UNIVERSITÉ PARIS 1
PANTHÉON SORBONNE

HABITAT INCLUSIF, AUTONOMIE ET DEPENDANCE

Une approche philosophique de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes en 2018

Corentin BRAMARD, Julia COLUSSI-CORTE, Sébastien ROUILLERE

Rapport de mission
Master 2 ETHIRES

Sous la direction de Marie Garrau

2018-2019

Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne

Remerciements

Nous tenons d'abord à remercier l'équipe de l'UFR de philosophie et du Master ETHIRES pour leur encadrement, leur aide précieuse et leur générosité.

Nous remercions aussi la *Maison des Sages* et en particulier Alain Smagghe pour avoir accepté de nous soumettre cette mission passionnante, nous avoir aidé à la mener à bien et nous avoir fait confiance, ainsi que pour sa bienveillance.

Enfin nous remercions toutes les personnes qui ont contribué à ce travail et notamment celles qui ont bien voulu nous recevoir et discuter avec nous au cours d'entretiens aussi intéressants qu'éclairants.

Remarques préliminaires

Ce rapport est le fruit d'un travail de recherche et d'enquête mené de septembre à décembre 2018, dans le cadre du Master 2 Professionnel de Philosophie « ETHIRES » de l'Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne et d'une mission proposée par la *Maison des Sages*. Il a donné lieu à une restitution orale le 20 décembre 2018.

A partir d'une réflexion sur un projet d'habitat inclusif en cours d'élaboration, nous avons élargi le champ à la prise en charge des personnes âgées dépendantes en France à l'heure actuelle. Pour ce faire, nous avons parcouru un corpus bibliographique pluridisciplinaire et étudié la documentation interne au projet, des initiatives comparables ainsi que la production juridique récente. Nous avons pu également réaliser quatorze entretiens avec différents types d'acteurs issus du champ du médico-social, de la recherche, de la psychologie sociale et cognitive, de la sociologie, de la philanthropie et de l'associatif. Cela nous a permis de constituer, à travers leurs expériences propres, les perspectives problématiques qui s'attachaient à cette question.

Introduction

A une époque de vieillissement croissant de la population à l'échelle européenne et dans le cadre des efforts pour adapter la société à cette évolution, il apparaît nécessaire de s'interroger sur la place qui y est faite aux personnes âgées. Bien que les vieillesses soient infiniment variées, le nombre des personnes concernées par la dépendance et l'intensité croissante de celle-ci impose de nouvelles mesures pour faire face à ce défi. Près de 1 300 000 personnes touchent l'Allocation Personnalisée d'Autonomie en 2017[1] et la maladie d'Alzheimer concernera 1 250 000 personnes en France et un quart des personnes âgées de plus de 65 ans d'ici 2020[2].

Pour cela, de nouveaux acteurs questionnent le rôle que l'habitat pourrait jouer dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées dépendantes et proposent des projets de ce que l'on appelle: « Habitat Inclusif », usage entériné par la loi ELAN promulguée le 23 novembre 2018[3]. Le projet de la *Maison des Sages*, porté par Christine Odinot, Alexandre Schmitt et Alain Smagghe, s'inscrit dans cette lignée. L'habitat inclusif (ou ses ancêtres) s'est d'abord développé dans le secteur du handicap. Le projet de la Maison de Buc, porté par *La Maison des Sages*, est adressé aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ce projet, aujourd'hui financé par la philanthropie, prend la forme d'une demeure bourgeoise qui accueillera huit personnes âgées en colocation et ouvrira au cours de cette année 2019. Différents types d'acteurs interviendront dans la maison : des aides à domicile, deux pendant la journée et une pendant la nuit, les proches et familles seront encouragés à participer activement à la vie de la maison, des bénévoles seront également appelés à proposer des activités aux résidents, enfin toutes les personnes participant de près ou de loin à la vie de la maison peuvent être considérés comme des acteurs (personnels de ménages, voisins, jardinier, commerçants de proximité etc.). Les soins médicaux seront externalisés et assurés par le corps médical de proximité.

L'inclusion imprègne aussi bien les discours publics et politiques que l'analyse des phénomènes sociaux et confine aujourd'hui au lieu commun. Qu'est-ce qui justifie alors son

[1] *DREES, Enquêtes Aide Sociale*

[2] France Alzheimer, https://www.francealzheimer.org/maladie-dalzheimer-vos-questions-nos-reponses/maladie-dalzheimer-chiffres/ Dernière consultation le 201/01/209

[3] Loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique. Sur l'habitat inclusif, voir le Code de l'action sociale et des familles, Livre II, Titre VIII

usage dans le cas de la dépendance des personnes âgées ? Pourquoi parle-t-on d'habitat inclusif ? D'où vient cette exigence d'inclusion ?

La prise en charge des personnes âgées dépendantes conduit à différents phénomènes marginalisation. L'exclusion passe par des représentations sociales dévalorisantes. Ces représentations se rapportent selon nous à une opposition fondamentale entre l'autonomie et la dépendance, qui traverse l'habitat inclusif. L'autonomie individuelle est aujourd'hui une norme sociale : elle sépare et hiérarchise d'une part, les personnes en situation de dépendance physique, psychologique ou matérielle (politique, sociale) et d'autre part, les personnes perçues comme autonomes. Cela soulève deux questions d'ordre politique et social : la première est celle du statut politique des personnes dépendantes (leur reconnaissance, leurs droits) et la seconde celle de la responsabilité de l'État et de la société civile.

L'habitat inclusif constitue une tentative de réponse face aux insuffisances des solutions existantes, réponse qu'il nous revient d'examiner pour en dévoiler les impensés, les bénéfices, mais aussi les limites. Nous commencerons pour cela par faire le diagnostic de la situation contemporaine, traversée par la question de l'exclusion, à l'aune de ce problème de l'autonomie. De là, nous pourrons analyser conceptuellement l'ambition de l'habitat inclusif : inclure dans la société les personnes dépendantes, par une vie en communauté au sein d'un habitat. L'analyse de ce modèle d'habitat, sur le plan humain et médical, nous a conduit à l'inscrire dans un contexte social et politique global. C'est de ce contexte que proviennent les principaux obstacles à l'inclusion et c'est à partir de lui que nous pourrons avancer, pour finir, des recommandations pertinentes.

Entre autonomie et dépendance : quelle exclusion ?

Adressée à un public de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, la formule de l'habitat inclusif proposée par la *Maison des Sages* est traversée par la question des représentations sociales du vieillissement. Nous allons commencer par interroger ces représentations, la dévalorisation qu'elles impliquent et derrière laquelle se joue l'opposition entre l'autonomie et la dépendance, pour comprendre les ressorts des formes d'exclusion qui s'exercent alors.

Comprendre la dépendance : une approche sociologique du vieillissement

Le phénomène du vieillissement s'appréhende habituellement comme un processus biologique. Vieillir signifie multiplier les problèmes de santé, avoir des rides ou les cheveux blancs. Mais le vieillissement ne se limite pas à cela, il signifie aussi être à la retraite, faire du bénévolat associatif ou habiter en maison de retraite. Il s'agit d'un phénomène social. Aborder le vieillissement uniquement du point de vue biologique, physiologique ou médical revient à occulter les phénomènes sociaux et politiques propres à la vieillesse. Le concept sociologique de « police des âges »[4] nous permet de comprendre comment la politique interfère dans les mécanismes biologiques, ici celui du vieillissement. La vie est ainsi « découpée » en différentes étapes dans le parcours de vie, généralement selon une tripartition « éducation-travail-retraite ». La retraite est une création politique qui détermine très fortement le processus de vieillesse et participe à le créer et le distinguer en tant qu'étape de la vie et par suite à constituer le groupe social des personnes âgées. Ainsi, la sociologie de la vieillesse nous montre en quoi le vieillissement est un phénomène pluriel et pluridimensionnel.

Au sein même du groupe social des personnes âgées, on observe deux types de différences. D'une part, les différences héritées des catégories sociales d'âge, de genre, de sexe, de race, de culture, de revenus se perpétuent. D'autre part, on assiste à des différences internes et spécifiques à ce groupe social : il est segmenté selon des catégories comme celles

[4] PERCHERON Annick, REMOND René (Dir.), *Âge et politique*, Paris, Economia, 1991

de troisième ou de quatrième âge, ou celle de « seniors ». La dépendance est un critère majeur de différenciation. Elle sert de fondement à la catégorisation des populations vieillissantes pour ce qui est de la mobilité, de l'attribution d'aides sociales, de la prise en charge médicale ou du logement. S'appuyant sur la notion de dépendance telle qu'elle a été élaborée dans le champ médical, les politiques publiques l'ont traduite dans le champ social et ont contribué à la cristalliser sous sa forme contemporaine[5]. La grille AGGIR[6] illustre cette acception contemporaine : elle évalue le niveau de dépendance par paliers, selon des critères et variables fondés sur les capacités physiques et mentales de l'individu. Elle s'inscrit dans le modèle de la dépendance que l'on peut qualifier de « biomédical ».

Deux modèles de la dépendance

En effet, comme l'explique le sociologue Bernard Ennuyer, on peut distinguer deux modèles de la dépendance. D'une part, le modèle de la dépendance « incapacitaire » associe la dépendance à un état individuel et biologique d'incapacité physique ou mentale qui demande une réponse médicale, curative et individuelle. Ce modèle est largement dominant au sein de la société et est renforcé par les politiques publiques. D'autre part, le modèle de la « dépendance lien social » envisage la dépendance comme résultant avant tout d'un processus social, inscrit dans une organisation sociale particulière et déterminée. Les réponses seront alors préventives, collectives ou correctrices des inégalités[7].

Toutes les catégories de la vieillesse ne sont pas représentées de la même manière socialement, elles ne sont pas sujettes à la même valorisation ou dévalorisation. Entre un jeune retraité, en bonne santé et encore très actif et une personne âgée lourdement dépendante, il y a une différence de représentation qui pèse en retour sur leur existence. Comme l'écrit Marie Garrau, « *être étiqueté comme dépendant revient à être exclu au moins symboliquement* de la participation à la vie sociale, faute de pouvoir prétendre à quelque utilité sociale que ce soit[8] ». Cette exclusion n'est pas seulement symbolique et peut avoir des conséquences réelles sur l'expérience vécue des personnes. Dans la mesure où la dévalorisation, dont découlent les situations d'exclusion, repose sur le statut des personnes dites dépendantes, il nous revient d'examiner ce concept.

---

[5] ENNUYER Bernard, « Les malentendus de l'autonomie et de la dépendance dans le champ de la vieillesse », *Le sociographe* 2013/5, pp. 139-157

[6] De cette évaluation dépend l'attribution de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie). Cf. Annexe 1

[7] ENNUYER Bernard, *ibid.*

[8] GARRAU Marie et LE GOFF Alice, *Care, justice et dépendance. Introduction aux théories du care*, Paris, Presses Universitaires de France, 2010, p. 25

L'autonomie en question : vers un modèle de l'autonomie relationnelle

Poser la question de l'autonomie revient à interroger ce qui gît sous les représentations sociales de la dépendance. Comme l'écrit Marie Garrau dans *Care, justice et dépendance* :

> « La dépendance est une notion complexe et multiforme, susceptible d'être ressaisie à différents niveaux. Elle évoque à la fois la précarité de la vie corporelle et biologique, manifeste dans la petite enfance, la grande vieillesse et la maladie ; le caractère fondamental des besoins à satisfaire pour que la vie se maintienne ; la fragilité des identités qui se constituent au travers des attachements formés entre les individus ; mais aussi inversement l'emprise et le pouvoir qu'ont sur nous un environnement naturel, social et relationnel dont nous ne pouvons jamais nous extraire absolument, que nous ne pouvons jamais non plus maîtriser absolument[9]. »

La dépendance renvoie tout aussi bien à un état de la vie qu'à un rapport constitutif de l'humain aux besoins et à l'identité. Cette pluri-dimensionnalité de la dépendance est masquée par le modèle réducteur de la dépendance-incapacitaire. Il atteste d'une opposition, d'une polarité entre l'autonomie et la dépendance.

Qu'est-ce que l'autonomie ?

Le concept ambigu d'autonomie apparaît à plusieurs échelles et sous plusieurs formes dans les projets d'habitat inclusif, ce qui justifie d'autant plus que l'on s'y arrête. Il est question d'autonomie dans la loi ELAN[10] avec la notion de « perte d'autonomie », mais aussi dans les projets d'habitat inclusif. En effet, le degré de perte d'autonomie peut constituer un critère d'accessibilité et la question de la préservation de l'autonomie des habitants est récurrente.

Arrêtons-nous d'abord sur une définition philosophique de l'autonomie. Etymologiquement, ce mot vient du grec *autos* qui signifie « soi-même » et *nomos*, « loi ». L'autonomie désigne, comme le formule Kant, la capacité à se donner soi-même sa propre loi, c'est-à-dire à obéir à la raison et donc à faire des choix raisonnables[11].

---

[9] *Ibid.*, p. 11

[10] cf. Annexe 5

[11] Kant Immanuel, *Fondements de la Métaphysique des mœurs*, section 2, trad. V. Delbos, in Marlène Jouan, *Psychologie morale. Autonomie, responsabilité, rationalité pratique*, Paris, Vrin, 2008, p. 49-77.

Il y a plusieurs modèles de l'autonomie. Dans nos sociétés contemporaines, le modèle prédominant est celui de l'autonomie libérale. L'autonomie se trouve associée à la liberté d'action, c'est-à-dire, à l'absence d'obstacle dans la réalisation de l'action individuelle.

Le modèle libéral de l'autonomie et la polarité autonomie-dépendance

C'est avec l'affirmation du libéralisme que se tisse un lien entre l'autonomie, la rationalité et l'intérêt. Ce lien se trouve incarné, comme le formule Michel Foucault, dans la figure de l'*homo oeconomicus* :

> « L'*homo oeconomicus*, c'est celui qui obéit à son intérêt, c'est celui dont l'intérêt est tel que, spontanément, il va converger avec l'intérêt des autres. (...) Ce principe d'un choix individuel, irréductible, intransmissible, ce principe d'un choix atomistique et inconditionnellement référé au sujet lui-même, c'est cela que l'on appelle l'intérêt[12]. »

Le sujet est conçu comme un agent rationnel, indépendant et libre parce que son action est régie par son intérêt propre.

Quels sont les effets de la prédominance du modèle de l'autonomie libérale sur nos sociétés contemporaines, et sur l'habitat inclusif en particulier ? L'opposition entre l'autonomie et la dépendance peut être interprétée, comme le suggère la philosophe Joan Tronto, à travers le prisme des besoins :

> « L'état de besoin étant conçu comme une menace pour notre autonomie, ceux qui ont davantage de besoins que nous-mêmes nous paraissent moins autonomes et donc comme disposant de moins de pouvoirs et de capacités. Il en résulte qu'une des manières dont nous interprétons socialement la situation de ceux qui ont besoin du *care* est de les considérer comme pitoyables, parce qu'ils demandent de l'aide. De plus, une fois les destinataires du soin devenus pitoyables du fait de cette représentation, il devient plus difficile aux autres de reconnaître leurs besoins en tant que tels[13]. »

Le modèle libéral de l'autonomie nous amène à envisager des individus dépendants (en état de besoin) d'une part et des individus indépendants d'autre part. Cette polarité a des conséquences sur nos représentations symboliques, sociales et politiques mais également sur l'expérience vécue des personnes : les personnes bénéficiaires du soin et les travailleurs du soin sont dévalorisés.

> « Le travail du soin est dévalorisé ; la sollicitude l'est également conceptuellement, car elle est reliée à la sphère privée, à l'émotion et à la nécessité. Puisque notre société considère la

---

[12] FOUCAULT Michel, *Naissance de la biopolitique*. *Cours au Collège de France (1978-1979)*, Paris, Gallimard, 2004, p. 274-277

[13] TRONTO Joan, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care* (1993), trad. Hervé Maury, Paris, La Découverte, 2009, p. 257

> réussite publique, la rationalité et l'autonomie comme des qualités louables, le *care* est dévalorisé dans la mesure même où il incarne les qualités opposées[14]. »

Cette dévalorisation découle d'un système de valeurs qui privilégie la rationalité et l'autonomie. Par exemple, une personne âgée voulant acheter du pain, fait face à une série de difficultés qui peuvent se comprendre comme des situations d'exclusion. Que ce soit l'environnement urbain hostile pour les personnes en situation de mobilité réduite, ou, une fois parvenu à la boulangerie, considérer ses options, choisir, compter ses pièces, prenant ainsi du temps et se voyant réprimandée et bousculée par les autres clients. Elle sera perçue par autrui comme une personne « dépendante », ce qui affectera son image d'elle-même et la dissuadera d'aller acheter seule son pain. Ce modèle de l'autonomie, parce qu'il conduit à des situations d'exclusion, est inadéquat.

Interdépendance et autonomie relationnelle

Réélaborer un modèle de l'autonomie nécessite, comme l'écrit Joan Tronto, de « repenser nos conceptions de la nature humaine, pour passer du dilemme de l'autonomie et de la dépendance à un sentiment plus élaboré de l'interdépendance [15]. » L'enjeu du concept d'interdépendance est donc de sortir de la polarité entre l'autonomie et la dépendance. Cela passe par une redéfinition de la dépendance, au regard de sa dimension anthropologique, comme « relation nécessaire et potentiellement positive[16]. » En effet, nous dit Tronto, « tous les humains naissent dépendants et apprennent à devenir autonomes[17]. » La dépendance est plus visible à certaines périodes de la vie comme l'enfance, la vieillesse et pendant la maladie mais il s'agit d'un état vécu par tous et non d'une identité. La dépendance étant une caractéristique inhérente à l'expérience humaine, il semble plus pertinent de parler d'interdépendance.

Comment articuler l'interdépendance avec un modèle de l'autonomie ? L'autonomie relationnelle s'appuie sur une conception intersubjective de l'identité humaine, dans laquelle le « moi » est social et se forme à travers un ensemble d'interactions avec autrui. Comme le montre le philosophe Axel Honneth, notre identité pratique se constitue à travers des relations de reconnaissance. L'individu se trouve dans une dépendance originelle et radicale vis-à-vis d'autrui, et donc dans une situation de vulnérabilité fondamentale. Cette

---

[14] TRONTO Joan, « Du Care », *Revue du MAUSS* 2008/2, n°32, p. 243-265 ; qui correspond à une reproduction du chap. IV de l'ouvrage *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, précité, p. 254

[15] TRONTO Joan, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, *op. cit*., p. 141

[16] GARRAU Marie et LE GOFF Alice, *Care, justice et dépendance. Introduction aux théories du care*, Paris, PUF, 2010, p. 13

[17] TRONTO Joan, *op. cit*., p. 213

vulnérabilité a trois aspects[18] : elle est *affective* parce que nous sommes des sujets de besoins pris dans des relations primaires d'amour. Elle est aussi *morale* car elle nous permet de nous penser comme autonomes et moralement égaux aux autres. Elle est *sociale*, enfin, en ce que nous dépendons de l'estime sociale d'autrui.

> « La vulnérabilité […] apporte un démenti au mythe selon lequel nous serions des citoyens toujours autonomes et potentiellement égaux. Supposer l'égalité entre les humains laisse de côté d'importantes dimensions de l'existence. Au cours de notre vie, chacun de nous passe par des degrés variables de dépendance et d'indépendance, d'autonomie et de vulnérabilité. Un ordre politique qui présume que seules l'indépendance et l'autonomie constituent l'essence de la vie passe à côté d'une bonne part de l'expérience humaine [...][19] ».

La vulnérabilité nous permet de repenser nos relations aux autres, et la façon dont nous envisageons l'autonomie et la dépendance. Notre autonomie ne peut s'exercer que par rapport aux relations qui constituent l'environnement social dont nous dépendons.

[18] Reformulés par M. GARRAU, *Politiques de la vulnérabilité*, Paris, CNRS, 2018, pp. 89-124
[19] *Ibid.* p. 181-182

Une réponse par l'habitat ?

Examinons à présent la pertinence d'une réponse à l'exclusion et à la perte d'autonomie par l'habitat inclusif, en commençant par mettre en lumière ce que signifie « habiter » avant d'explorer la communauté qui s'organise autour de cet habitat.

Qu'est-ce que l'habitat ?

Pour qu'un projet tel que la *Maison des Sages* soit réellement l'occasion de proposer un type de vie ordinaire par opposition aux établissements du médicosocial, il faut que ce projet soit un habitat et pas uniquement un logement. Quand on habite on s'approprie l'espace du logement, on y déploie sa personne, son être, sa vie sociale ou sa vie affective. L' « habiter » donne un contenu anthropologique d'existence au simple « se loger » qui se limite au fait d'avoir un espace « logement » dans lequel on réalise ses activités quotidiennes.

Qu'est-ce qui fait concrètement un habitat ? En quoi se distingue-t-il du simple logement ? Nous pouvons évoquer deux types de conditions, des conditions internes à l'habitat lui-même et des conditions externes. Pour ce qui est des conditions internes nous nous appuyons sur le travail du sociologue Jean-Luc Charlot qui a énoncé trois conditions de l'habitat[20].

Trois conditions minimales

Premièrement, il y a la condition d' « intimité[21] ». Un habitat doit garantir un espace d'intimité dans lequel chaque personne peut avoir des activités intimes et personnelles. Cela signifie qu'un espace du logement doit être réservé à chaque résident. Dans l'habitat inclusif en colocation et dans la Maison des Sages cela correspond au fait que chaque chambre doit être un espace intime. L'habitant doit pouvoir la décorer comme il l'entend pour permettre une réappropriation personnelle et intimiste de l'endroit, recevoir ses proches en toute intimité, loin des autres et de leurs regards, ou bien encore pouvoir y garder ses secrets.

En association avec cette première condition d'intimité, il y a également la condition de « clôture »[22]. Elle correspond au fait d'avoir un pouvoir de décision sur qui peut ou ne

[20] CHARLOT Jean-Luc, *Le pari de l'habitat*, L'Harmattan, Paris, 2016.
[21] CHARLOT Jean-Luc, « De nouvelles formes d'assistance pour les formules d'habitat inclusif ? », *Vie sociale et traitement*, ERES, 2018/3, n°139, p. 42
[22] *Ibid.* p. 42

peut pas entrer dans son habitat, ou au moins dans son espace intime. Cette liberté de choix de l'entrée ou la sortie de personnes dans son espace peut être particulièrement compliqué dans notre cas des personnes dépendantes qui sont suivies quotidiennement par des aides à domiciles. En effet, les aides à domiciles possèdent souvent les clés des maisons des personnes qu'elles prennent en charge et, par habitude, perdent le geste de demander l'autorisation d'entrer ou non dans le logement de la personne. Pourtant cette condition de clôture apparaît primordiale pour créer un véritable « chez-soi[23] ». Pour répondre à la condition de clôture, il faudrait par exemple que chaque personne qui est amenée à pénétrer dans l'espace intime d'une autre personne en demande systématiquement la permission.

Enfin, la dernière condition interne à l'habitat est celle de la gouvernance du temps[24]. Il s'agit simplement du fait d'avoir un droit de regard, voire de décider comment on organise notre journée temporellement. Pour être encore plus concret, cela signifie pouvoir choisir à quelle heure on se lève, on se lave, on voit ses proches, *etc*. Il apparaît effectivement difficile d'envisager une réelle appropriation d'un logement par une personne pour en faire un habitat, un « chez-soi » si cette personne ne peut pas choisir ou avoir une marge de manœuvre sur la temporalité de sa journée. Ces trois conditions forment ce que nous appelons conditions internes à l'habitat.

Le tissu social

Mais il faut également considérer les conditions de l'habitat qui sont externes à l'espace de logement. Ces conditions, nous les regroupons sous l'idée générale de l'intégration dans un tissu social. L'habitat doit être accessible, aussi bien adapté au fauteuil roulant, que desservi par des transports publics suffisants. Fondamentalement, il doit pouvoir permettre de créer une vie sociale. Il doit permettre aux habitants de participer à toute sorte d'activités ordinaires (aller à la poste, faire ses courses), mais aussi culturelles, associatives, etc., extérieures à l'habitat lui-même. Cela implique des questions architecturales, urbanistiques, mais aussi des questions relatives à l'organisation de la vie ordinaire, en favorisant la possibilité de relations humaines.

Dans la plupart des institutions et établissements du secteur médico-social, ces conditions sont rarement entièrement remplies. Par exemple, les EHPAD situés en périphérie des villes n'offrent pas aux résidents la possibilité de participer activement et régulièrement

[23] CHARLOT Jean-Luc, « De nouvelles formes d'assistance pour les formules d'habitat inclusif ? », *op. cit.*, p. 42
[24] *Ibid.* p. 43

à la vie de la société extérieure, et donc de s'intégrer à un tissu social local. C'est pourquoi l'habitat inclusif, s'il veut être une réelle alternative, doit s'efforcer d'y répondre.

Il faut évoquer les différentes formes que peuvent prendre les habitats inclusifs. Le modèle de la *Maison des Sages* n'est qu'une possibilité parmi d'autres. Il peut s'inscrire dans la typologie proposée par la sociologue Anne Labit[25], laquelle se décline selon deux axes : le premier est celui du mode de gestion, plus ou moins autonome, avec des habitats autogérés d'un côté et des habitats accompagnés de l'autre (par une structure accompagnante qui n'est pas constituée des habitants eux-mêmes) et le second est celui de la forme du groupement des logements. Ainsi, d'un côté, on retrouve les habitats partagés, sous la forme, par exemple, d'une colocation, de l'autre, les habitats groupés sous la forme de logements individuels avec des espaces communs, par exemple un ensemble de studios individuels qui partagent quelques espaces communs comme un salon. La *Maison des sages* correspond donc à un habitat partagé accompagné.

L'habitat semble donc bien être un élément essentiel de l'habitat inclusif. Comme l'indique Stéphane Lenoir[26], coordinateur national du *Groupement pour l'Insertion des Personnes Handicapées Physiques*, l'expression peut être considérée comme une tautologie : à défaut d'être inclusif, l'habitat ne serait qu'un logement. Il s'agit là presque d'une tautologie. Mais l'habitat inclusif n'est pas qu'une question d'habitat : on peut y voir, d'une certaine manière, une « hétérotopie ». Quand l'utopie est sans lieu, l'hétérotopie, ainsi que l'esquisse Michel Foucault[27], est un lieu *autre*. C'est un lieu qui fonctionne autrement du reste du monde, avec son système d'ouverture et de fermeture, où les valeurs, les rôles changent, où le temps s'écoule différemment. Si à l'extérieur, l'exclusion a cours, à l'intérieur, c'est l'inclusion qui prévaut. Sur quoi repose donc cette inversion du cours des choses ?

[25] LABIT Anne, « L'habitat inclusif pour vieillir en citoyenneté et solidarité. Une solution pour les territoires ruraux ? », *Pour* 2018/1 (N° 233), p. 117-122. Cf. Annexe 2
[26] Entretien mené le 9/11/2018 avec M. Stéphane Lenoir, Coordinateur national du GIHP, Paris, (durée 135 minutes).
[27] FOUCAULT Michel, *Le Corps Utopique - Les Hétérotopies*, Paris, Lignes, 2009

La communauté de soin

Si l'inclusion se fait au sein de l'habitat et pour partie grâce à lui, dans un tissu social local, elle est d'abord et avant tout inclusion à un groupe de personnes qui prennent part à la vie du lieu et développent des relations avec les habitants. On peut parler, pour désigner ce groupe, de communauté d'habitat. Toutes ces personnes, mais aussi toutes celles qui œuvrent, en dehors de la maison, à prendre soin des habitants forment ce que nous désignons du terme de « communauté de soin ».

Communauté de care

Lorsque nous parlons de soin, nous nous référons à la notion d'éthique du *care* (qu'on peut traduire par soin) dont Joan Tronto et Berenice Fisher ont donné une définition d'ensemble qui invite à considérer le *care* au niveau le plus large comme « une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre "monde", en sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible[28]. »

On peut, pour mieux comprendre ce dont il s'agit, songer à la distinction entre *care*, qui comporte une dimension de sollicitude, de souci, et *cure* qui a trait au guérir, au soigner et se rapporte donc plutôt aux soins médicaux à proprement parler. Les autrices distinguent quatre phases du *care*[29] qui correspondent respectivement à l'identification d'un besoin, à la reconnaissance d'une responsabilité d'y répondre et aux actes pour ce faire : se soucier de (*caring about*), se charger de (*taking care of*), accorder des soins (*care giving*) et en recevoir (*care receiving*). Comme activité, le *care* est à la fois une *pratique* (qui passe par des gestes, se manifeste matériellement, dans le *care giving* et le *care receiving*) et une *disposition* (notamment dans le *caring about*), « un souci porté à la vie engageant l'activité d'êtres humains dans les processus de la vie quotidienne[30]. »

La communauté de soin[31] est ainsi formée par l'ensemble des acteurs – les *caregivers* – qui entrent dans des relations de soin visant à rendre l'inclusion réelle, à l'intérieur de la maison comme au-dehors. Dans ces relations de soin, il s'agit de bien plus que de soins médicaux : l'habitat, les relations humaines, la vie ordinaire en font partie. C'est à travers

---

[28] FISHER B. et TRONTO J., 1991, « Toward a feminist theory of care », *in* ABEL E. et NELSON M. (dir.), *Circles of Care: Work and Identity in Women's Lives*, State University of New York Press, Albany, NY.
[29] TRONTO Joan, « Du care », Revue du MAUSS 2008/2 (n° 32), p. 243-265
[30] *Ibid.*
[31] Cf. Annexe 3

tout cela qu'il faut comprendre et répondre aux besoins divers des personnes et contribuer à leur « bien-vivre ». Plusieurs groupes concentriques sont à distinguer dans la communauté de soin, du centre vers le niveau le plus général : en premier lieu les habitants et les auxiliaires de vie qui partagent la maison, puis les visiteurs réguliers qui participent à la vie commune (les familles et les bénévoles, notamment), viennent ensuite les instances de soin médicales et d'accompagnement (médecins, infirmiers, gestionnaires, aides sociales etc.) et, au-delà, la société.

On peut énoncer trois principes généraux qui doivent orienter la communauté de soin : 1° Le maintien de conditions d'existence confortables et l'accomplissement des soins médicaux. 2° Le respect de tous les membres comme des participants égaux. 3° La garantie de l'autonomie. Ces trois principes sont solidaires les uns des autres et contribuent à ce que tous soient non seulement reconnus comme des personnes à part entière mais traités comme telles (c'est le cœur de l'inclusion), d'une façon qui permette leur bien-vivre. Ces principes produisent, par la communauté qui les met en œuvre et dans cette communauté, une « forme de vie ».

Forme de vie

La notion de forme de vie[32] est aujourd'hui l'objet de nombreux usages, mais il nous semble qu'elle condense particulièrement bien les enjeux qui nous occupent. La forme de vie rend compte d'une intrication fondamentale entre les dimensions biologique (vitale) et sociale de la vie humaine. En première approche et par une analogie, on peut dire que c'est la forme que prend la vie dans l'existence concrète d'individus particuliers. Mais c'est aussi (d'un même mouvement) la forme que prend la vie en commun de ces individus au sein du collectif. Ses contours sont dessinés par les gestes quotidiens les plus minimes, les habitudes prises, la façon dont la parole se déploie (ou non), les rythmes de chacun, tout ce qui donne à la vie sa texture propre, qui s'exprime dans les relations entre les personnes mais aussi en-deçà, dans la simple façon d'être, d'exister dans le monde.

Dans son analyse du normal et du pathologique[33], Georges Canguilhem est conduit à caractériser la santé comme « marge de tolérance des infidélités du milieu » sur fond d'une vie fondamentalement normative : une capacité d'adaptation, de soi au milieu et du milieu à

[32] Pour un panorama de la notion et de ses usages, voir l'introduction d'Estelle Ferrarese et Sandra Laugier à *Formes de vie*, E. Ferrarese et S. Laugier (Dir.), CNRS Editions, Paris, 2018. Nous nous référons principalement à Ludwig Wittgenstein et Giorgio Agamben.

[33] CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 2015

soi. Par contraste, l'état pathologique est une « norme inférieure, en ce sens qu'elle ne tolère aucun écart des conditions dans lesquelles elle vaut (…) Le vivant malade est normalisé dans des conditions d'existence définies et il a perdu la capacité normative, la capacité d'instituer d'autres normes, dans d'autres conditions[34] ».

La maladie doit, d'une part, se comprendre à l'échelle de l'individu qui bien souvent fait la différence, du point de vue de son expérience vécue, entre être malade ou en bonne santé, mais aussi être rapportée aux conditions de vie. Le milieu doit donc recouvrir, pour une personne, l'espace matériel où elle vit aussi bien que ses relations et que les déterminations sociales qui pèsent sur sa vie, ce qui fait de tout cela des composantes véritables de son état de santé, au-delà d'une caractérisation purement médicale insuffisante. La santé (et en creux la pathologie) se rapporte à des possibilités de vie pour partie définies par un état biologique et physique et pour partie par la façon dont il entre en relation avec ce milieu (au sens élargi), au sein, donc, d'une forme de vie.

Que cela signifie-t-il pour la situation de personnes atteintes d'Alzheimer qui viendraient vivre dans un habitat inclusif ? Précisément que nous avons affaire à une forme de vie spécifique, nouvelle, à la fois individuellement et collectivement. Individuellement, au sens où le sujet voit sa façon d'être se modifier, en particulier par l'altération de ses facultés cognitives et les effets associés, de sorte qu'il devient autre que celui qu'il était jusque-là. Si c'est certainement le cas tout au cours de la vie de chacun, le nœud du problème (et de la souffrance) tient au degré des changements, à l'apparente solution de continuité avec la personne que l'on était, dans une certaine mesure à sa perte, mais aussi aux représentations sociales internalisées (en lien avec la dévalorisation dont nous avons traité). Ses possibilités de vie ont changé et se sont restreintes. Collectivement, dans la mesure où des personnes diverses, touchées ou non, sont amenées à vivre, agir, parler dans le contexte nouveau de la communauté d'habitat et de soin. Pour achever de faire comprendre de quoi il retourne avec le milieu, prenons l'exemple d'un EHPAD où les conditions de prise en charge sont telles – peu importe les raisons – que les résidents sont livrés à eux-mêmes le plus clair de leur temps, largement isolés. Il est clair que le milieu est hostile et restreint leurs possibilités de vie, aussi divers soit ce que ce terme peut désigner, au-delà de ce qu'implique leur condition physique et mentale. De manière cohérente avec ce que l'on vient d'exposer,

[34] *Ibid.*, p. 157

on pourrait dire, pour employer une formule volontairement appuyée, qu'une personne atteinte d'Alzheimer n'est pas forcément *malade* d'Alzheimer pour autant[35].

La forme de vie permet d'ouvrir le champ de tout ce qui, dans la vie ordinaire, est pertinent pour rendre compte des modalités singulières d'existence des personnes. En retour, cela permet de savoir où doivent porter le regard et l'action pour que l'inclusion soit effective et permette le bien-vivre. Ce faisant, on se place d'emblée sur le terrain de l'éthique[36], la forme de vie partagée jouant le rôle d'arrière-plan des considérations morales. La morale n'est pas affaire de concepts univoques qu'on appliquerait à la réalité. Selon Iris Murdoch, que paraphrase Sandra Laugier, « nos concepts dépendent, dans leur application même, de la vision du « domaine », de la narration ou description que nous en donnons[37] » et, ajoute Cora Diamond, « nous différons dans notre façon de laisser (ou pas) les concepts moraux agencer notre vie et nos relations aux autres[38]. » On retrouve l'éthique du *care* en ce que la description, c'est-à-dire l'appréhension morale d'une situation, doit être placée sous le signe de l'*attention* (du souci, si l'on veut) au particulier, qui définit la bonne posture éthique, sur le fond de la forme de vie. La posture morale consiste ainsi à identifier *ce qui compte* pour l'agent et pour le groupe, non pas dans l'absolu, mais dans l'arrière-plan de la vie, des actions et des relations humaines.

Autonomie et valeurs

Au fond, c'est précisément cela qui est en jeu dans l'autonomie et qui doit nous permettre de la reformuler. Dans un article qui entend élucider les conditions de l'autonomie et la pertinence de la notion chez les personnes atteintes d'Alzheimer, Agnieszka Jaworska[39] met en évidence que l'autonomie dépend de la capacité à donner une valeur (*to value*) et que le bien-être (*wellbeing*, on peut y lire le bien-vivre dont nous avons parlé puisqu'il s'agit de plus que du bien-être physique) consiste à « vivre en accord avec ses valeurs »[40]. Être autonome, c'est ainsi pouvoir vivre selon nos fins et nos valeurs, quand bien même on serait atteint de troubles cognitifs. Certes, ces valeurs et leur expression se reconfigurent sous

---

[35] Les travaux qui proposent une conception sociale du handicap peuvent ici fournir un éclairage précieux.

[36] Nous nous inspirons pour ce passage d'un article de Sandra Laugier, « L'autonomie et le souci du particulier », in Marlène Jouan et al., *Comment penser l'autonomie ?*, PUF, 2009, p. 407-432

[37] LAUGIER Sandra, *ibid.*, p. 408

[38] Citée par Sandra Laugier, *ibid.*, DIAMOND Cora, « Différences et distances morales : quelques questions », *in* S. Laugier (Dir.), *Éthique, littérature, vie humaine*, Paris, PUF, 2006, p. 53-94, 83-84

[39] JAWORSKA Agnieszka, Respecting the Margins of Agency: Alzheimer's Patients and the Capacity to Value, *in* Philosophy & Public Affairs, Vol. 28, No. 2 (Spring, 1999), pp. 105-138. Nos traductions.

[40] *Ibid.*, p. 109

l'effet de ces troubles, mais à partir du moment où l'on reconnaît les personnes comme capables d'évaluations (comme *valuers*), la question de leur capacité propre à concevoir rationnellement les moyens de les mettre en œuvre n'est pas déterminante : les questions morales se posent de la même façon que pour toute autre personne. Dans un souci pragmatique, Jaworska propose des critères minimaux qui permettent de ne pas assimiler simplement valeur et désir ponctuel : une personne qui accorde de la valeur à quelque chose pense être en droit de vouloir ce qu'elle veut et en général cela est lié à son estime de soi, mais cela n'est pas incompatible avec le fait que ces valeurs soient liées à des choses triviales ou de l'ordre du sensible.

Prenons un exemple que l'autrice détaille tout au long de l'article : celui de Mme Rogoff. Avant de développer les symptômes d'Alzheimer, cette dame était réputée comme cuisinière et hôtesse hors-pair. Depuis, elle ne peut plus cuisiner correctement, qu'elle ait du mal à manipuler les ustensiles ou qu'elle n'arrive pas à se souvenir d'une recette et à en suivre les étapes. Elle s'irrite lorsque son aide, Fran, cuisine des plats élaborés et celle-ci la calme en la faisant participer par de petites tâches qu'elle peut accomplir. Son estime de soi est toujours liée à sa pratique en cuisine. C'est particulièrement le cas lorsque Mme Rogoff invite sa famille et ses petits-enfants pour déjeuner et qu'elle se met en jeu comme responsable de la bonne conduite du repas et de sa préparation. Aussi, lorsque Fran l'aide et lui donne les conditions matérielles pour mettre ses fins en pratique, elle rend effective son autonomie. C'est ce qui met en lumière le caractère relationnel de cette dernière : elle est à construire, par les relations de soin qui donnent les moyens appropriés à la réalisation des fins de ceux qui en sont empêchés. Parler de perte d'autonomie signifie donc qu'elle demande des pratiques spécifiques pour exister, avec pour point de départ la capacité à donner une valeur. Jaworska rejoint ici l'éthique du *care* en faisant reposer le rôle de l'aidant, du soignant (au sens général du soin que nous avons donné) sur une attention particulière qui permette d'identifier les valeurs cardinales de la personne dans l'entrelacs de ses désirs, volitions et opinions passagères (sans pour autant négliger celles-ci), tout en composant avec les contraintes matérielles.

Notons que les problèmes qui peuvent se poser dépendent du stade de la maladie, jusqu'à un point limite où l'autonomie, même comprise comme relationnelle, devient minimale. En outre, si la description d'une situation morale, la mise en relief de « ce qui compte » se font dans le langage, il ne faut pas pour autant considérer que ce n'est que par la parole qu'on peut avoir accès aux préférences et aux valeurs des habitants. Qu'il y ait aphasie ou non, il faut à la fois, dans le *care,* prendre en compte les gestes révélateurs (par

exemple, une personne qui a du mal à se mouvoir et dispose autour d'elle et à portée de regard les objets dont elle se sert régulièrement ou auxquels elle tient) et trouver des modes de communication non-verbaux (deux choses qui sont ressorties de nos entretiens).

Des conséquences politiques

Il faut tirer deux conclusions de cette traduction de l'habitat en termes de communauté de soin et de forme de vie. D'abord – c'est particulièrement vrai pour l'autonomie – la responsabilité à l'égard des habitants est partagée entre tous ceux qui sont en mesure de contribuer ou de nuire à leur autonomie, à leur bien-être et à leur bien-vivre : c'est aussi le sens de la communauté. Ensuite, celle-ci, comme forme de vie collective, signifie pour ceux qui y prennent part (avant tout, dans la maison) que leurs actions, leurs échanges, leurs attitudes et leurs relations ont un poids sur l'ensemble, définissent la direction qu'elle prendra, mais aussi qu'ils méritent également d'être considérés avec sollicitude et comme destinataires de relations de soin. Nous ne saurions suffisamment insister sur ce point pour ce qui concerne les travailleurs du soin, qui plus est après avoir souligné leur rôle capital comme agents moraux. Cette responsabilité qui est la leur va de pair avec un travail éprouvant physiquement et mentalement, largement dévalorisé, comme nous l'a expliqué Pascale Molinier[41]. Cela exige de la part de tous les autres participants non seulement de faire preuve de respect, mais de mettre à leur disposition les moyens de prendre pleinement part à la vie du lieu, aux décisions qui s'y font, ainsi que de porter un regard et un discours sur leurs pratiques et de les partager, entre elles et avec les autres. De cela dépend notamment leur capacité à être réellement attentifs aux besoins des habitants. La revalorisation passe également par la reconnaissance et la prise en compte des conditions matérielles du travail (demande illimitée des bénéficiaires du soin, rémunération, horaires).

Enfin, la confrontation entre les interprétations diverses de *ce qui compte* de la part des acteurs peut poser problème. Par exemple, les membres de la famille peuvent comprendre les besoins et les valeurs de leur parent d'une autre manière que les aides à domicile qui le côtoient. Tout cela bien sûr est pris dans des relations de pouvoir, dont dépend en grande part l'issue des décisions et qu'il faut désamorcer. L'espace de l'habitat inclusif est donc d'emblée politique et la question du statut de tous ses membres doit se poser.

[41] Cf. MOLINIER Pascale, *Le travail du care*, Paris, La Dispute, 2013

Penser les conditions de possibilité d'une société (plus) inclusive ?

Après avoir souligné le rôle et les implications de l'habitat et de la communauté de soin dans la mise en œuvre de l'inclusion, il apparaît qu'on ne peut les appréhender - pas plus que l'exclusion - séparément du contexte social et politique où ils s'inscrivent. Nous proposons une lecture de ce contexte du point de vue des besoins et de la justice sociale, à partir de la notion de subordination statutaire, subordination à laquelle il faut remédier et qui s'appuie sur une gouvernementalité néolibérale.

Politiser la communauté de soin

Politiser la communauté de soin consiste d'une part à la replacer dans la société du *care* et d'autre part à poser la question du statut social, politique et juridique des personnes.

La société du *care* et le travail du *care* : renverser les valeurs pour penser l'habitat inclusif

Il existe des liens indissociables entre le *care* et la question de la justice. Comme le formule Eva Feder Kittay :

> « Une conception de la justice qui ne prend pas en compte la nécessité de répondre à la vulnérabilité avec *care* est incomplète et (…) un ordre social qui ignore le *care* ne saurait être qualifié de juste[42] ».

Comment un ordre social structuré par le *care* se caractérise-t-il ? La société du *care* opère un renversement des valeurs : la sollicitude devient l'épicentre et l'état de besoin est réinterprété à travers le prisme de l'interdépendance. Cela permet une revalorisation du statut des personnes en état de besoin qui bénéficient du soin, mais aussi des travailleurs du soin. Ce statut est pour nous un critère d'évaluation de la société du point de vue de la justice sociale.

[42] KITTAY E.F., « Human Dependency and Rawlsian Equality », cité et traduit dans M. GARRAU et A. LEGOFF, *Care, justice et dépendance. Introduction aux théories du care*, Paris, Presses Universitaires de France, 2010, p. 111

La subordination statutaire comme problème politique et social

Pour comprendre comment politiser la communauté de soin, nous nous appuyons sur les études de Nancy Fraser. Elle analyse les sociétés contemporaines en termes de rapports de domination et de subordination :

> « Les sociétés capitalistes contemporaines ne sont pas simplement pluralistes. Elles sont plutôt stratifiées et différenciées en groupes sociaux qui n'ont ni le même statut, ni le même pouvoir, ni le même accès aux ressources, et sont traversées par des axes d'inégalité de classe, de genre, de race, d'ethnicité et d'âge omniprésents[43]. »

Ces rapports de domination et de subordination sous-tendent les situations d'inégalité et d'exclusion. Ils marquent l'habitat inclusif et l'expérience vécue de ses acteurs mais s'inscrivent aussi et surtout dans des rapports politiques et sociaux étendus à l'ensemble de la société.

Pour Fraser, comprendre les situations de subordination et d'exclusion passe par une remise en question du modèle de la reconnaissance qualifié de « modèle identitaire »[44]. Ce modèle renvoie à l'ensemble des théories de la reconnaissance inspirées de la phénoménologie hégélienne :

> « L'idée hégélienne selon laquelle l'identité se construit dialogiquement, à travers un processus de reconnaissance mutuelle. Selon Hegel, la reconnaissance désigne une relation réciproque idéale entre des sujets, dans laquelle chacun perçoit l'autre à la fois comme égal et comme séparé de soi. Cette relation est constitutive de la subjectivité : on ne devient un sujet individuel qu'en reconnaissant, et en étant reconnu par, un autre sujet. La reconnaissance par les autres est donc essentielle au développement d'une conscience de soi. Se voir dénier la reconnaissance […] c'est souffrir à la fois d'une déformation de la relation à soi-même et d'une atteinte à son identité[45]. »

La reconnaissance mutuelle est constitutive de l'identité du sujet. On retrouve cette spécificité dans la théorie de la reconnaissance intersubjective de Honneth que nous avons évoquée. Selon ce modèle identitaire, lorsqu'un individu ou un groupe est victime du mépris social d'un groupe dominant à répétition, il intériorise une image de soi négative et ne peut développer une identité culturelle stable. La politique de la reconnaissance vise alors à lutter contre ces identités de groupe dévalorisantes pour les remplacer par de nouvelles représentations de soi garantissant le respect et l'estime de la société. En quoi ce modèle peut-il s'avérer insuffisant dans la lutte contre les situations d'exclusion et de subordination et en particulier le déni de reconnaissance ?

---

[43] FRASER Nancy, *Unruly Practices. Power, Discourse and Gender in Contemporary Social Theory*, University of Minnesota Press, 1989, p. 145. Nous traduisons.

[44] FRASER Nancy, *Qu'est-ce que la justice sociale ? Reconnaissance et redistribution*, trad. E Ferrarese, Paris, La Découverte, 2005, p. 74

[45] *Ibid.* p. 74-75

Le problème posé par le modèle identitaire est double. Ce modèle évacue la question politique et économique de la redistribution en considérant la reconnaissance sous l'angle de la culture. En conséquence, nous dit Fraser, « il dépouille le déni de reconnaissance de ses assises dans la structure sociale et l'identifie à une identité déformée[46] ». Or, la redistribution et la reconnaissance sont pour Fraser des enjeux indissociables de la justice sociale, intriqués dans des situations complexes d'exclusion. En outre, le modèle identitaire tend à réifier l'identité et donc à nier la complexité des existences humaines et de la diversité des identifications possibles :

> « Le modèle identitaire fonctionne donc comme un vecteur de déni de reconnaissance : en réifiant l'identité de groupe, il en arrive à dissimuler la politique d'identification culturelle, les luttes à l'intérieur du groupe pour l'autorité et le pouvoir de le représenter[47]. »

Alors même qu'il se constitue dans le but de lutter contre le déni de reconnaissance, le modèle identitaire peut s'avérer être (re)producteur de situations de déni. Comment opérer un décentrement par rapport à la question de l'identité ? Comment lier la question de la reconnaissance à la redistribution ?

Fraser propose un autre modèle pour penser les situations d'exclusion et le déni de reconnaissance : le modèle statutaire. Cela implique de changer de perspective : plutôt que de poser la question de la reconnaissance en tant que réalisation de soi, Fraser pense le problème en termes de justice :

> « Il faut plutôt déclarer injuste le fait que des individus et des groupes se voient déniés le statut de partenaires à part entière dans l'interaction sociale en conséquence de modèles institutionnalisés de valeurs culturelles à la construction desquelles ils n'ont pas participé sur un pied d'égalité et qui déprécient leurs caractéristiques distinctives ou les caractéristiques distinctives qui leur sont attribuées.[48] »

De cette façon, nous dit Fraser, nous évitons le piège de la psychologisation consistant à rapporter tout déni de reconnaissance à l'identité individuelle ou groupale et à la réalisation de soi. Le déni de reconnaissance ne s'apparente pas seulement à une violence psychologique liée aux attitudes, aux croyances ou aux représentations dépréciatives des autres. C'est « un tort relevant du statut, situé dans les relations sociales et non dans la psychologie[49] », statut des membres d'un groupe en tant que partenaires dans l'interaction sociale. Fraser définit ainsi la « subordination statutaire » : le déni de reconnaissance est

---

[46] *Ibid.* p. 76
[47] *Ibid.* p. 78
[48] FRASER Nancy, « Justice sociale, redistribution et reconnaissance », *Revue du MAUSS* 2004/1 (n°23), p. 158
[49] *Ibid.* p. 159

« une relation institutionnalisée de subordination sociale[50] ». Il y a, par exemple, subordination statutaire dans certaines lois du mariage qui excluent l'union de partenaires de même sexe jugée illégitime, ou encore dans des pratiques policières comme le profilage racial qui associent l'individu racialisé à la criminalité. Le déni de reconnaissance peut prendre plusieurs formes, puisqu'il peut s'agir de lois, de politiques ou de pratiques qui structurent les interactions sociales. En quoi l'habitat inclusif est-il reproducteur de subordinations statutaires ? Comment peut-on les identifier et y remédier ?

Remédier aux subordinations statutaires

> « Remédier au déni de reconnaissance signifie alors changer les institutions sociales, ou, plus précisément, changer les valeurs régulant l'interaction qui font obstacle à la parité de participation dans tous les lieux institutionnels opportuns. La manière exacte dont cela doit être fait dépend dans chaque cas du mode d'institutionnalisation du déni de reconnaissance. Les formes juridicisées de déni requièrent un changement de la loi, les formes renfermées dans les politiques publiques un changement de ces politiques, les formes associatives une mutation des associations (…) Le modèle statutaire ne s'engage donc a priori pour aucun type de solution, il prévoit plutôt un éventail de possibilités, qui dépendent de ce dont les individus subordonnés ont besoin pour être en mesure de participer en tant que pairs à l'interaction sociale[51]. »

Pour remédier à la subordination statutaire, il faut identifier au préalable le type de déni de reconnaissance dont il s'agit, la forme qu'il prend, les valeurs qu'il met en jeu et les institutions qu'il implique à partir des besoins des individus subissant cette subordination.

Du point de vue de législatif, l'habitat inclusif est encadré par l'article 129 de la loi ELAN, reproduit aux articles L281-1 à L281-4 du *Code de l'action sociale et des familles*[52]. Dans une version de travail antérieure, la loi prévoyait une spécification du public concerné qui incluait les personnes handicapées et les personnes âgées « en perte d'autonomie ». Nous pouvons analyser cette spécification comme susceptible de créer une subordination statutaire. En effet, la qualification de « perte d'autonomie » n'est pas anodine. La perte d'autonomie est évaluée par la grille nationale AGGIR qui mesure le degré de perte d'autonomie des demandeurs de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à partir de dix-sept variables dont dix critères discriminants physiques et psychiques (les déplacements, l'alimentation, la capacité à réaliser des activités telles que la toilette et le ménage, la cohérence du propos etc.). Il y a six paliers qui encadrent l'évolution de la perte d'autonomie. Faire reposer les conditions de l'habitat inclusif sur le fait que les personnes sont en perte

[50] FRASER Nancy, *Qu'est-ce que la justice sociale ?, op. cit.,* p. 79
[51] *Ibid*. p. 81-82
[52] Cf. Annexe 4

d'autonomie peut donc caractériser une subordination statutaire : les personnes âgées qui ne sont pas tout à fait autonomes et ont besoin d'une aide à domicile régulière mais ne répondent pas aux critères définis par la grille AGGIR ne peuvent accéder à la formule de l'habitat inclusif. C'est pourquoi l'amendement de la loi conduisant à la suppression de cette précision dans l'article 129 est pertinent. Cependant, elle se retrouve dans l'article L281-2 qui encadre l'attribution d'un forfait pour l'habitat inclusif aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées en perte d'autonomie.

En tant qu'habitat inclusif, la maison de Buc mobilise différents types d'acteurs par rapport auxquels la subordination statutaire prend diverses formes. Les habitants sont des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et amenées à vivre en colocation.
La question de l'accessibilité se pose. Les personnes concernées, lorsqu'elles se portent candidates au projet, doivent remplir plusieurs conditions, dont fait notamment état le document de repérage pour le montage d'un « Habitat partagé et accompagné (colocation) pour personnes atteintes de troubles neurocognitifs associés à la maladie Alzheimer ou à une maladie apparentée » qui détermine *a priori* les personnes concernées à l'entrée :

> « Des personnes seules ou en couple (si les deux conjoints sont atteints), atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, dont le diagnostic est établi,
> - pour lesquelles une alternative au maintien au domicile individuel est souhaitée,
> - qui ont des aptitudes/désir à vivre en petite collectivité,
> - présentant encore certaines capacités de communication et de mobilité,
> - adhérant ainsi que leurs aidants familiers au projet collectif[53]. »

Que reflètent ces conditions ? L'accessibilité des personnes à la formule de l'habitat inclusif pose le problème des ressources. Toutes les personnes concernées et potentiellement intéressées par la formule de l'habitat ne bénéficient pas de la même retraite, ni des mêmes aides (*APA* par exemple) ou encore du soutien financier de leurs familles. En cela, l'habitat inclusif est susceptible de reproduire une subordination statutaire des personnes âgées en situation de précarité. En outre, la maison de Buc accueillera uniquement des personnes atteintes d'Alzheimer. Cette condition restrictive peut être mise en question. En effet, il existe d'autres formules d'habitat partagé qui se fondent sur la mixité des publics accueillis. L'habitat doit-il, pour être inclusif, évacuer la mixité ? Ou au contraire n'est-elle pas une condition de la dimension inclusive de l'habitat ? L'homogénéité toute relative (limitée dans ce cas à la catégorie des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer) des habitants

[53] Voir plus précisément le *Guide de l'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées*, du Ministère des Solidarités et de la Santé, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-de_l-habitat-inclusif-pour-les-personnes-handicapees-et-les-person.pdf |Consulté le 03/03/2019

facilite l'organisation des soins, comme l'a souligné M. Talandier lors d'un entretien[54]. Cependant, cette condition d'accessibilité semble aller à l'encontre de la visée inclusive que porte le projet de la Maison des Sages. En effet, l'inclusion se fait entre les murs de la maison mais également, comme nous l'avons vu, à travers l'intégration de la maison dans un environnement social plus large. Or, la mixité semble plus propice à la garantie de la création et la pérennisation du lien social dans et hors de la maison. La notion de subordination statutaire recouvre également le champ des pratiques : il s'agit d'interroger les pratiques qui se donnent au sein de l'habitat inclusif et donc de prendre en compte, dans le processus décisionnel établi, l'expérience vécue des habitants, ce qui est fondamental pour éviter la reproduction de subordinations statutaires.

Les aides à domiciles sont les autres acteurs qui œuvrent au quotidien dans l'habitat inclusif. En tant que travailleuses[55] du *care*, elles font l'objet de représentations sociales dévalorisantes et la question de la subordination statutaire se pose avec d'autant plus de force. A l'échelle des pratiques sociales globales, la question de la formation et de l'évaluation des compétences se pose. En effet, les compétences du *care* ne se prêtent pas à l'évaluation quantitative. De même, elles privilégient une formation par l'expérience qui n'est pas forcément valorisée voire prise en compte par les formations diplômantes. Au sein de la Maison de Buc – et des projets d'habitat inclusif – la question de la subordination statutaire se matérialise dans plusieurs éléments concrets. D'une part, la place accordée aux aides à domicile dans l'organisation hiérarchique est importante. Le type de processus et les instances décisionnels choisis doivent accorder une place centrale aux personnes qui sont quotidiennement en présence des habitants (leur parole, leur expérience vécue). D'autre part, la détermination des salaires et de l'aménagement horaire est importante dans la mesure où ces personnes jouent un rôle central dans l'organisation quotidienne de la vie en communauté et où leurs professions demandent, comme nous l'avons vu, un investissement physique et psychique très lourd. Ces conditions matérielles et psycho-sociales du travail du *care* ont été abordées par Mme Pascale Molinier[56] lors d'un entretien. Cela nous permet d'introduire les autres acteurs : les familles et les bénévoles. Comme nous l'avons vu, l'espace du *care* est caractérisé par une conflictualité politique. Celle-ci doit être prise en

[54] Entretien mené le 16/11 avec M. Fabrice Talandier, Directeur régional des Petits Frères des Pauvres, Paris, (durée : 90min)
[55] Féminin générique dont la justification est empruntée à P. Molinier qui considère que « le care n'est féminin que du fait d'un contexte socio-historique » et inscrit son choix dans une perspective féministe cf. Molinier Pascale, *Le travail du care*, Paris, *La Dispute*, 2013, p. 18
[56] Entretien mené le 3/10/19 avec Mme Pascale Molinier, Professeure de psychologie sociale, Paris, (durée 60min)

compte dans la détermination des processus décisionnels, c'est-à-dire, la place accordée à la parole de chacun dans la prise de décision.

Le modèle de justice sociale en question

> « La subordination statutaire ne peut être comprise en étant isolée des dispositions économiques, pas d'avantage que la reconnaissance ne peut être abstraite de la distribution. C'est au contraire en prenant en même temps en considération les deux dimensions que l'on peut déterminer ce qui est un obstacle à la parité de participation dans chaque cas particulier[57]. »

La politisation de la communauté de soin replace la subordination statutaire dans un modèle de justice sociale plus large. La justice « bidimensionnelle » rend compte « de la complexité de la dynamique politique contemporaine en abordant la redistribution et la reconnaissance comme des dimensions de la justice que l'on peut trouver dans tous les mouvements sociaux »[58]. Chaque situation d'exclusion ou d'inégalité sociale doit donc être envisagée à partir de ces deux dimensions. Par exemple, une personne qui est à la fois âgée, atteinte de la maladie d'Alzheimer et précaire en raison d'une retraite peu élevée a autant besoin de reconnaissance (de son identité et de sa pathologie) que de redistribution (des ressources). La norme de participation vise à garantir la participation à l'interaction sociale sur un pied d'égalité à tous les membres, à deux conditions : une distribution des ressources matérielles de façon à assurer aux participants un statut indépendant et une liberté d'expression (condition objective) d'une part, et des modèles institutionnalisés d'interprétation et d'évaluation assurant l'égal respect de tous les participants et l'égalité des chances dans la recherche de l'estime sociale (condition intersubjective) d'autre part.

En outre, la politisation de la communauté de soin passe par la politisation de l'interprétation des besoins. Fraser propose une analyse des systèmes de protection sociale américains à travers le prisme des rapports de domination et de subordination. Elle considère que le découpage socio-culturel des besoins en trois sphères (économique, sociale et politique) est sous-tendu par des inégalités. Cette analyse passe par l'identification de moyens socio-culturels d'interprétation et de communication qui déterminent l'interprétation des besoins et par extension les modes de subjectivation des individus et des groupes. L'interprétation des besoins informe deux types de citoyennetés et de subjectivités : d'un côté, des citoyens considérés comme détenteurs de droits qu'ils peuvent faire valoir notamment pour accéder aux services et donc autonomes (« *right-bearing beneficiaries and*

---

[57] FRASER Nancy, *Qu'est-ce que la justice sociale ?, op. cit.,* p. 84
[58] *Ibid.,* p. 154

purchasing customers of services »[59]), de l'autre, des citoyens non pas détenteurs de droits mais plutôt bénéficiaires du système de protection sociale et donc dépendants (« *dependent clients and the negatives of possessive individuals* »[60]). Ces représentations sont incorporées et appropriées par les groupes subordonnés, alors mêmes qu'elles leurs sont défavorables. Cette analyse a deux implications. En premier lieu, les besoins économiques et domestiques doivent être sortis de leurs sphères respectives, et leur interprétation doit être repolitisée. La re-politisation se fait sur le terrain du « social » : c'est l'espace où s'expriment, à travers des contestations, les besoins sortis de leur sphère d'interprétation (« *runaway needs* »[61]), et c'est aussi l'espace dans lequel l'Etat est susceptible d'identifier de nouvelles interprétations de ces besoins. En second lieu, l'interprétation du contenu des besoins doit être réappropriée par les groupes concernés. Ceci est garanti par l'existence et la création d'espaces d'expression, de délibération et de luttes.

Pour répondre à une biopolitique de la dépendance

Il semble évident, lorsqu'on considère l'évolution actuelle de la protection sociale et du secteur des soins en France, que l'on ne se dirige pas vers une telle société du *care*.

Politique de santé

Revenons un instant dans le passé. Michel Foucault analyse le tournant qui s'opère au XVIIIe siècle entre une pratique privée de la médecine et une gestion de la médecine par les autorités, « appuyée sur un appareil administratif, encadrée par des structures législatives strictes, et s'adressant à la collectivité tout entière[62]. » Foucault y voit l'émergence d'une « politique de santé », dont il donne les caractéristiques suivantes, qui sont pour nous éclairantes. L'objectif général s'élargit de la seule guérison à la prévention de toute maladie. La santé devient « le résultat observable d'un ensemble de données (fréquence des maladies, gravité et longueur de chacune, résistance aux facteurs qui peuvent la produire) », et s'appuie sur « la détermination de variables caractéristiques d'un groupe ou d'une collectivité : taux

[59] *Ibid.*, p. 153
[60] *Idem.*
[61] *Ibid.* p. 169
[62] FOUCAULT Michel, *Dits et Ecrits*, II, texte 257, « La politique de la santé au XVIIIe siècle », p. 725 et suivantes.

de mortalité, durée moyenne de vie, espérance de vie pour chaque tranche d'âge, forme épidémique ou endémique des affections caractérisant la santé d'une population. » Les types d'intervention ne sont plus strictement médicaux et « concernent les conditions et les modes de vie, l'alimentation, l'habitat, le milieu, la manière d'élever les enfants, etc. » Enfin, la pratique médicale s'intègre à une « gestion économique et politique, qui vise à rationaliser la société[63] ».

Comme nous l'avons vu plus haut grâce à Bernard Ennuyer, la politique de santé contemporaine procède par catégorisation des individus selon un paradigme biomédical qui dote les personnes dont nous parlons d'un statut administratif (qui déterminera très largement leur vie à venir), statut qui se base sur des critères individuels et médicaux qui participent à établir un stigmate et qui reconduisent une dévalorisation. Cela s'inscrit dans le cadre de ce qu'on peut appeler, avec Foucault, une biopolitique. La biopolitique prend pour objet la *population* en tant que telle, au-delà des personnes qui la composent. Pour ce faire, la population est constituée comme un objet de savoir dont il faut saisir les mécanismes naturels et vitaux (voir les variables de la démographie par exemple) en vue d'améliorer son état de santé[64].

Santé et néolibéralisme

Nous appelons « biopolitique de la dépendance » le paradigme biomédical tel qu'il s'inscrit dans un contexte néolibéral, où les individus qui composent la population sont considérés abstraitement comme *homo oeconomicus* (voir notre première partie), des êtres autonomes d'intérêts, et où l'Etat adopte peu à peu une position d'observateur et de garant des mécanismes économiques pensés comme régulateurs. Comme le dit Foucault à partir des travaux des théoriciens du néolibéralisme :

> « Le problème du néolibéralisme, c'est [...] de savoir comment on peut régler l'exercice global du pouvoir politique sur les principes d'une économie de marché. Il s'agit donc […] de projeter sur un art général de gouverner les principes formels d'une économie de marché[65]. »

Cela signifie notamment d'agir aussi peu que possible sur les processus économiques mais plutôt sur leur cadre, les facteurs qui conditionnent l'économie de marché, par exemple la population. Foucault souligne les conséquences en termes de politique sociale qui, si elle doit s'intégrer à une politique économique, ne peut servir de contrepoids à celle-ci ni *viser*

---

[63] *Ibid.*, p. 727

[64] Voir FOUCAULT Michel, *Sécurité, Territoire, Population,* « Leçon du 5 avril 1978 », Paris, Gallimard-Seuil, 2012, et *Naissance de la biopolitique, op. cit.*

[65] FOUCAULT Michel, *Naissance de la biopolitique, op.cit,* « Leçon du 14 février 1979 », p. 137

l'égalisation « dans l'accès de chacun aux biens de consommation ». Selon cette rationalité néolibérale, il faut donc minimiser la redistribution des richesses et privatiser la prise en charge des risques :

> « La politique sociale devra être une politique qui aura pour instrument non pas le transfert d'une part des revenus à l'autre, mais la capitalisation la plus généralisée possible pour toutes les classes sociales, qui aura pour instrument l'assurance individuelle et mutuelle, qui aura pour instrument enfin la propriété privée[66]. »

C'est une tendance que confirme Colette Bec dans un article récent[67], en retraçant l'évolution de la protection sociale en France. Elle souligne que même si « le rôle d'amortisseur de la Sécurité sociale face à la crise[68] » est avéré et précieux, il se dégrade peu à peu et que se succèdent des « mesures ciblées, visant à limiter et à corriger marginalement la dégradation sociale[69] » (ce que Foucault attribuait déjà à la protection néolibérale) sans vision d'ensemble sur l'adaptation de l'institution. Dans un mouvement d'exclusion des défavorisés qui se rapportent en définitive à assurer la survie, se développe un « marché de la prévoyance[70] » où les mutuelles entrent en concurrence avec les institutions de prévoyance et les entreprises d'assurance privées à but lucratif. Citons un paragraphe qui montre bien le lien entre l'évolution néolibérale et le modèle de l'autonomie que nous avons critiqué :

> « La question de la protection non seulement n'échappe pas à la norme de fonctionnement imposée par le marché, mais elle en devient même un secteur majeur vu son poids économique et ses effets sur l'imaginaire de la protection. Un bon indicateur de ces transformations est l'élargissement de l'offre assurantielle. Le calcul, la recherche de l'intérêt individuel et d'un besoin de protection face à un futur souvent inquiétant deviennent une sorte de modèle culturel, dont l'intériorisation tend à orienter les choix d'un individu souverain, supposé responsable et, en bon consommateur, conscient de ses intérêts[71]. »

Ainsi, dans le secteur de la protection sociale, de la santé et de la vieillesse, cela se traduit par une tendance à se reposer sur une régulation par l'économie des interactions entre des acteurs indépendants qui prétendent répondre à des besoins, tirant la personne vulnérable (au sens qu'on a vu) vers la figure du client ou de l'usager, jugé responsable de lui-même, et dont l'autonomie consiste essentiellement à évoluer parmi l'offre de services en fonction de ses ressources. L'Etat se défait pour une part de sa responsabilité envers ses citoyens en reportant la charge sur des instances de la société civile, entreprises ou associations (comme dans le cas d'une délégation de service public) sans se défaire de son pouvoir mais en

---

[66] *Ibid*., p. 149

[67] BEC Colette, « La sécurité sociale entre solidarité et marché », *Revue Française de Socio-Économie*, vol. 20, no. 1, 2018, pp. 167-185

[68] *Ibid.*, p. 180

[69] *Ibid.*

[70] *Ibid.*, p. 182, citant LYON-CAEN Gérard, « La deuxième jeunesse de la prévoyance sociale », Droit social, n° 4, avril 1986, p. 290

[71] *Ibid.*, p. 184

l'exerçant au prisme d'une gouvernementalité (une façon de le concevoir) néolibérale. On assiste à l'émergence de « quasi-marchés » (*quasi-markets*)[72]. Marthe Nyssens actualise la notion pour le contexte français[73]. Il y a deux critères pour parler de quasi-marché : « 1) les prestataires à finalité lucrative et non lucrative sont mis en concurrence ; 2) le pouvoir d'achat des consommateurs s'exerce soit directement par l'attribution d'allocations monétaires personnalisées et/ou par le biais de titres de paiement donnant accès à certains types de services, soit indirectement par l'intermédiaire d'une « tierce partie » qui joue un rôle d'interface entre l'usager et le prestataire[74]. » Elle souligne que dans le cas des allocations personnalisées, la « mise en avant de la capacité de choix par les usagers peut être questionnée notamment pour des usagers vulnérables qui, en outre ne connaissent pas la qualité du service au moment de ce choix[75] ».

Cela pose des problèmes de fond. Un des dangers les plus flagrants est celui d'inégalités territoriales, économiques et sociales qui ne peuvent manquer de s'aggraver en l'absence d'instances de répartition. Le recours à la philanthropie est significatif puisqu'il ne saurait constituer une solution nationale aux besoins croissants et est indissociable de biais dus aux représentations des pourvoyeurs de fonds mais aussi de contraintes inhérentes à la recherche de financements et à leur emploi. Elle peut cependant jouer le rôle davantage ponctuel et localisé de catalyseur de l'expérimentation et de l'innovation sociale, comme le défendait Anne-Claire Pache, titulaire de la chaire de philanthropie à l'ESSEC[76].

En outre, si le secteur est pénétré par la logique économique, cela signifie en outre que l'on abandonne peu à peu la vision des bénéfices collectifs des dispositifs qui doivent répondre à la viabilité voire au profit. Nyssens affirme ainsi :

> « Sur un marché, ni des producteurs mus par une logique de maximisation de profit, ni les usagers ne prennent en compte les bénéfices collectifs dans leurs choix. Laissé au marché, un service porteur de bénéfices collectifs risque de ne pas être produit, ou pas assez du point de vue de l'intérêt général. Dans ce dernier cas, seuls les usagers ayant les moyens financiers auront accès au service, ou bien celui-ci sera confiné au travail au noir[77]. »

La biopolitique de la dépendance est donc prise dans une ambivalence entre solidarité et gouvernementalité économique qui dessine les limites des projets d'habitat inclusif. Ce

---

[72]GLENNERSTER Howard, LE GRAND Julian, « Le développement des quasi-marchés dans la protection sociale », *Revue française d'économie*, volume 10, n°3, 1995. pp. 111-135

[73]NYSSENS Marthe, « L'émergence des quasi-marchés : une mise à l'épreuve des relations pouvoirs publics – associations », *Les politiques sociales*, Vol. 75, 2015, p. 32-51

[74] *Ibid.*, §2.

[75] *Ibid.*, §2.3

[76] Entretien mené le 15/10/2018 avec Mme Anne-Claire Pache, Chaire de Philanthropie (durée 60 minutes)

[77] *Ibid.*, §3.1

sont ces limites qu'il faut garder à l'esprit lorsqu'on entend élaborer un tel projet, mais qui doivent aussi certainement faire l'objet d'un déplacement.

Recommandations

L'enquête que nous avons menée nous a permis de formuler des recommandations qui portent sur trois niveaux. L'éthique du *care* doit jouer selon nous un rôle de principe régulateur à toutes les échelles. Nous détaillerons l'échelle de l'Etat et celle de l'habitat inclusif.

Le principe régulateur et la condition essentielle de l'inclusion : l'éthique du *care*.

L'éthique du *care* doit régir la vie de la communauté au sein de l'habitat partagé, de la répartition des tâches aux relations ordinaires entre les personnes. Mais elle doit aussi s'étendre à toutes les instances de la vie publique, individus comme collectifs, pour les transformer. Elle se formule comme une question que doivent se poser l'ensemble des acteurs :

> « La question morale considérée comme centrale dans une éthique du *care* n'est pas : que dois-je (devons-nous) aux autres ? Mais plutôt : de quelle façon puis-je (pouvons-nous) le mieux m'(nous) acquitter de mes (nos) responsabilités de soin[78]? »

Il nous faut préciser que cette éthique doit avoir des conséquences politiques et sociales, formulées par Joan Tronto sous forme de droits :

> « Il devrait exister, en définitive, un devoir de se soucier du *care* public, ce qui exige de reconnaître **la responsabilité collective envers l'ensemble des besoins**. Le but est de partir de ces trois présupposés : 1) chacun a le droit de (*is entitled to*) recevoir le *care* approprié tout au long de sa vie ; 2) chacun a le droit de participer à des relations de *care* qui confère un sens à sa vie ; 3) chacun a le droit de participer au processus public par lequel se formulent les jugements sur la façon dont la société devrait garantir les deux premières prémisses.[79] »

Comment peut-on mettre en œuvre ces droits ? En quoi sont-ils pertinents pour les projets d'habitat inclusif ?

---

[78] TRONTO Joan, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care* (1993), *op. cit.*, p. 184

[79] TRONTO Joan et WHITE Julie, « Les pratiques politiques du *care* : les besoins et les droits », *Cahiers philosophiques*, 2014/1, n°136, p. 98, souligné par nous.

L'Etat

L'Etat a un double rôle :

1° être garant de l'équité et de l'égalité de tous, sur tout le territoire. En effet, il est le garant ultime de l'intérêt général et des bénéfices collectifs et il dispose seul des moyens financiers et juridiques nécessaires à la régulation des quasi-marchés qu'il contribue par ailleurs à mettre en place et à la correction des inégalités, particulièrement territoriales. Les moyens d'action ne manquent pas, comme l'écrit Marthe Nyssens :

> « Le financement et la régulation prennent des formes différentes suivant les pays (critère d'accès au service en fonction des besoins et/ou des revenus, montant de la subvention, respect de normes de qualité, fixation du prix, caractéristiques des appels d'offre...)[80] »

Elle ajoute cependant que

> « la valorisation [des] bénéfices collectifs est fonction de choix de société. Tout dépend de ce qui est considéré dans une société donnée comme un besoin essentiel, du ressort de la prise en charge par la collectivité [81]. »

Comme nous l'avons vu avec la justice bidimensionnelle de Fraser, l'Etat est tout aussi bien garant de la reconnaissance que de la redistribution. Nous prônons le recours à deux leviers d'action pour garantir l'égalité et l'équité : la norme de parité de participation et l'interprétation politique des besoins.

2° favoriser l'élaboration d'une diversité de projets au niveau local, façonnés par les acteurs concernés, sur le principe d'une expérimentation de modèles qui se nourrissent de l'expérience vécue de tous les participants. Pour pallier à la fois les risques des quasi-marchés et de la reproduction du modèle biomédical de la dépendance par des politiques publiques, il nous paraît essentiel de s'appuyer fondamentalement sur les acteurs locaux et directement concernés pour chaque projet d'habitat inclusif. Les politiques publiques doivent alors favoriser l'émergence des projets d'habitat inclusif ou soutenir des structures d'accompagnement qui ne se substituent pas au pouvoir de décision des personnes concernées. Le « bricolage social local[82] », une « démarche d'invention » promue par Jean-Luc Charlot dans le champ du handicap[83], est un moyen de viser la transformation de la vie des personnes âgées dans la Cité. Il se matérialise au niveau des instances locales, accessibles

---

[80] NYSSENS Marthe, *op. cit.*, §1.1
[81] *Ibid*., §3.1
[82] Jean-Luc Charlot élabore cette notion dans le champ du handicap, voir *Le pari de l'habitat*, *op.cit.*
[83] Entretien mené le 22/10/2018 avec M. Jean-Luc Charlot, Sociologue et directeur de l'association Fabrik Autonomie Habitat, Paris, (durée 110 minutes).

et plus petites, et donc plus susceptible de renverser les représentations dévalorisantes des personnages âgées. Ces projets sont locaux pour des raisons d'efficacité de mobilisation des acteurs publics et des particuliers, et également pour assurer un ancrage dans une communauté qui doit s'inscrire dans la Cité. Bricolage, car il n'existe pas à l'heure actuelle de solutions globales. Ces solutions d'habitats doivent se réinventer à chaque projet, et mobilisent donc des acteurs qui ne peuvent être que locaux.

L'habitat inclusif : la Maison de Buc

A l'échelle de l'habitat inclusif, nous proposons de poser les conditions de réalisation de la Maison de Buc :

Le premier principe organise le développement du projet d'habitat inclusif et doit permettre d'équilibrer entre l'expérimentation de nouveaux modèles d'habitat, aux formes pensées d'avance, et l'adaptation, jour après jour, à la vie des personnes :

- d'une part, en formulant clairement et *a priori* la situation dans laquelle s'engagent les acteurs. Cela peut passer par une convention d'engagements réciproques qui définit *a minima* les rôles des acteurs du projet et s'inspirer du document de repérage « Habitat partagé et accompagné (colocation) pour personnes atteintes de troubles neurocognitifs associés à la maladie Alzheimer ou à une maladie apparentée[84] » auquel des précisions seront apportées en fonction du projet de chaque habitat.

- d'autre part, en prenant en compte l'expérience vécue des acteurs de l'habitat pour transformer le projet. Les acteurs deviennent ainsi créateurs des normes du projet. C'est ce que le psychologue du travail Christophe Dejours préconise avec la notion d' « activité déontique[85] » : les acteurs sont amenés à délibérer sur des nœuds de conflictualité, et en arrivent à des consensus, qui sont à l'origine de nouvelles règles partagées. Ces règles sont ainsi évolutives et contributives :

> « L'analyse de la construction des règles de travail représente un moyen pour reconstituer la confiance dans les rapports de travail, dans la mesure où la responsabilité (re)devient partagée et représente un des réquisits majeurs de l'activité collective. (…). Confiance et responsabilité ne sont donc pas envisagées comme des qualités psychologiques intrinsèques, mais résultent de l'activité délibérative sur le réel du travail, proposition qui se rapproche

[84] Cf. Annexe 5, ou le Guide du Ministère de la Santé, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-de_l-habitat-inclusif-pour-les-personnes-handicapees-et-les-person.pdf

[85] DEJOURS Christophe et GERNET Isabelle, *Travail, subjectivité et confiance*, ERES, 2012/1 n°13, p. 85

des travaux sur la confiance collective.[86] »

La confiance et la responsabilité partagée dépendent de cette activité déontique.

Le second principe consiste à aménager les espaces de délibération :

- Les espaces de délibération garantissent l'égalité de parole et de l'égal partage de la responsabilité. Leur constitution peut s'appuyer sur la norme de participation de Fraser, c'est-à-dire la règle selon laquelle tous les adultes concernés doivent pouvoir participer à l'interaction sociale sur un pied d'égalité. Ces espaces doivent être pluriels (en fonction de l'objet de la délibération) et mobiliser l'ensemble des acteurs. Ils sont la condition de création d'une vie en communauté au sein de l'habitat.

- L'éthique du *care* peut permettre de penser l'organisation des soins, la répartition des tâches et l'ensemble des gestes et interactions de la vie ordinaire au sein de l'habitat : le développement des compétences éthiques d'accompagnement des habitats passe par la communication des différentes visions morales portées par les aides à domiciles. La mise en œuvre de cette éthique passe par une attention aux besoins d'autrui et un partage égal de la responsabilité.

- Ces considérations nous amènent à discuter de la position du médiateur, qui fait partie des pistes de la Maison des Sages, et de l'organisation des instances décisionnelles, déterminantes dans la conduite de la vie et des échanges. Nous remettons en question la pertinence de la position du médiateur qui serait en charge de gérer les conflictualités entre les acteurs. Elle reprend le *phronimos* aristotélicien, c'est-à-dire la figure de l'individu exemplaire, disposant d'une sagesse pratique qui le rend capable de prendre une décision après avoir justement délibéré.

Dans son implémentation au sein de l'habitat inclusif, ce rôle pose deux difficultés. D'une part, la reproduction du modèle familialiste avec la figure du *pater* ou *mater familias* reproduite par la position du médiateur. La colocation s'appuie sur un espace de vie partagé, dans lequel s'organise une vie en communauté, mais se distingue du foyer familial. Pour préserver l'autonomie relationnelle des habitants, il faut éviter l'écueil du modèle familialiste fondé sur une structure hiérarchique et des relations verticales, ainsi que la fonction moralisante (paternalisme ou maternalisme) rattachée à la figure du *pater-mater familias*. D'autre part, la concentration du pouvoir décisionnel en une seule personne (une

[86] *Ibid*., p. 85

subjectivité, une vision des choses), qui, si elle n'est pas en position de hiérarchie explicite, conserve une position hiérarchique implicite en tant que médiateur c'est-à-dire personne qui sert l'intermédiaire entre différentes entités. Cela semble aller à l'encontre de l'idée d'une responsabilité partagée et d'une égalité de parole fondée sur la délibération collective.

Nous préconisons un système fondé sur la représentation démocratique et la pluralité des instances décisionnelles concrétisés dans les espaces de délibération.

Conclusion

L'habitat inclusif répond à des formes d'exclusion qui découlent tout aussi bien de situations matérielles (précarité, isolement) que de représentations sociales (autonomie et dépendance). Il permet une double inclusion par et dans la communauté de soin : à l'intérieur de l'habitat à travers la vie quotidienne en communauté d'une part, et dans un tissu social local (interactions, participation à une vie de quartier etc.) d'autre part. Mais la mise en œuvre des projets d'habitat inclusif nécessite de prendre en compte une réflexion à plusieurs échelles, en particulier dans le contexte de légifération de cette formule d'habitat dans la loi ELAN qui favorise la démultiplication et la normalisation de ces projets. A l'intérieur de l'habitat, ce sont les relations entre les acteurs qui doivent être envisagées avec leur dimension de conflictualité politique. L'attention portée à autrui (à ses besoins et interprétations) et la constitution d'espaces de délibération incluant tous les acteurs peuvent guider la vie en communauté au sein de l'habitat. A l'échelle globale, l'habitat inclusif se présente comme une alternative au modèle de l'EHPAD, et a vocation à garantir un choix aux personnes âgées qui ne peuvent plus vivre seules. Il doit pour ce faire mobiliser tout aussi bien des acteurs locaux conscients des enjeux politiques et sociaux propres au territoire, que des acteurs globaux publics et privés. Les discussions et recherches menées par des organismes intermédiaires comme l'Observatoire national de l'habitat inclusif peuvent et doivent selon nous accompagner les transformations de cette nouvelle forme d'habitat et de vie.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 2015

CHARLOT Jean-Luc, *Le Pari de l'habitat*, Paris, L'Harmattan, 2016

CARADEC Vincent, *La sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris, Armand Colin, 2015

GARRAU Marie et LE GOFF Alice, *Care, justice et dépendance. Introduction aux théories du care*, Paris, Presses Universitaires de France, 2010

GARRAU Marie, *Politiques de la vulnérabilité*, Paris, CNRS, 2018

HONNETH Axel, *La lutte pour la reconnaissance* (1992), trad. Pierre Rusch, Paris, Gallimard, 2000

FERRARESE Estelle et LAUGIER Sandra (dir.), *Formes de vie*, CNRS Editions, Paris, 2018

FOUCAULT Michel, *Dits et Ecrits*, tome 2, Paris, Gallimard, 2001

FOUCAULT Michel, *Naissance de la biopolitique*, Paris, Seuil, 2004

FOUCAULT Michel, *Le corps utopique, les hétérotopies*, Paris, Lignes, 2009

FOUCAULT Michel, *Sécurité, Territoire, Population*, Paris, Gallimard/Seuil, 2012

FRASER Nancy, *Unruly Practices. Power, Discourse and Gender in Contemporary Social Theory*, University of Minnesota Press, 1989

FRASER Nancy, *Qu'est-ce que la justice sociale ? Reconnaissance et redistribution*, trad. E. Ferrarese, Paris, La Découverte, 2005

JOUAN Marlène, *Psychologie Morale. Autonomie, responsabilité et rationalité pratique*, Paris, Vrin, 2008

LAUGIER Sandra et JOUAN Marlène (dir.), *Comment penser l'autonomie ? Entre compétences et dépendances*, Paris, Presses Universitaires de France, 2014

MALHERBE Michel, *Alzheimer. La vie, la mort, la reconnaissance*, Paris, Vrin, 2015

MOLINIER Pascale, *Le travail du care*, Paris, La Dispute, 2013

TRONTO Joan, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care* (1993), trad. Hervé Maury, Paris, La Découverte, 2009

ARTICLES

BEC Colette, « La sécurité sociale entre solidarité et marché », *Revue Française de Socio-Économie*, vol. 20, no. 1, 2018, pp. 167-185

CHARLOT Jean-Luc, « De nouvelles formes d'assistance pour les formules d'habitat inclusif ? » *Vie sociale et traitement*, ERES, 2018/3, n°139, pp. 38-48

CHARLOT Jean-Luc, « Domicile ou établissement médico-social. A la recherche du moindre coût ?» *Vie Sociale et traitement*, ERES, 2018/3, n°139, pp. 49-53

DEJOURS Christophe et GERNET Isabelle, « Travail, subjectivité et confiance », *ERES*, 2012/1 n°13, pp. 75-91

ENNUYER Bernard, « Les politiques publiques et le soutien aux personnes âgées fragiles », *Gérontologie et société*, 2004/2, n°109, pp. 141-154

ENNUYER Bernard, « A quel âge est-on vieux ? La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus », *Gérontologie et société*, 2011/3, n°138, pp. 127-142

ENNUYER Bernard, « Les malentendus de l'autonomie et de la dépendance dans le champ de la vieillesse », *Le sociographe*, 2013/5, pp. 139-157

ENNUYER Bernard, « Quel avenir pour les personnes âgées ayant besoin d'aide et de soins dans leur vie quotidienne ?» , in M. Guillemard (dir.), *Allongement de la vie*, Paris, La Découverte, 2017, pp. 179-195

FISHER Berenice et TRONTO Joan, « Toward a feminist theory of care », in ABEL E. et NELSON M. (Dir.), *Circles of Care: Work and Identity in Women's Lives*, State University of New York Press, Albany, NY, 1991

FRASER Nancy, « Justice sociale, redistribution et reconnaissance », *Revue du MAUSS* 2004/1 (n°23), p. 152-164

GLENNERSTER Howard et LE GRAND Julian, « Le développement des quasi-marchés dans la protection sociale », *Revue française d'économie*, volume 10, n°3, 1995. pp. 111-135

HONNETH Axel, « L'autonomie décentrée », *in* JOUAN Marlène, *Psychologie Morale. Autonomie, responsabilité et rationalitépratique*, Paris, Vrin, 2008, pp. 347-365

JAWORSKA Agnieszka, « Respecting the Margins of Agency: Alzheimer's Patients and the Capacity to Value », *Philosophy & Public Affairs*, Vol. 28, No. 2 (Spring, 1999), pp. 105-138

LABIT Anne, « L'habitat inclusif pour vieillir en citoyenneté et solidarité. Une solution pour les territoires ruraux ? », *Pour* 2018/1 (N° 233), p. 117-122

LAUGIER Sandra, « L'autonomie et le souci du particulier », in Marlène Jouan et al., *Comment penser l'autonomie ?* PUF, 2009, p. 407-432

MOLINIER Pascale, « Apprendre des aides-soignantes », *Gérontologie et société*, n°133, 2010, pp. 133-144

MOLINIER Pascale, « L'accueil et le plaisir de soigner », *Le sujet dans la cité*, L'Harmattan, 2016/2, n°7, pp. 144-150

NYSSENS Marthe, « L'émergence des quasi-marchés : une mise à l'épreuve des relations pouvoirs publics – associations », *Les politiques sociales*, Vol. 75, no. 1 & 2, 2015, p. 32-51

TRONTO Joan, « Du Care », *Revue du MAUSS* 2008/2, n°32, pp. 243-265

TRONTO Joan et WHITE Julie, « Les pratiques politiques du *care* : les besoins et les droits », *Cahiers philosophiques*, 2014/1, n°136, pp. 69-99

ENTRETIENS

Claudette BOUAZIZ, Directrice d'EHPAD

Jean-Luc CHARLOT, Sociologue

Philippe DOAZAN, Consultant en *fundraising*

Laurène DERVIEU, Conseillère Citoyenneté et Autonomie, UNIOPSS

Hélène GRES, Psychiatre en hôpital de jour

Sophie DE HEAULME, Psychologue clinicienne

Stéphane LENOIR, Coordinateur national, GIHP

Pascale MOLINIER, Professeure de psychologie sociale, Paris VIII

Christine ODINOT, Alexandre SCHMITT, Alain SMAGGHE, Co-fondateurs et co-fondatrice de la Maison des Sages

Warda OUSAID, Aide-soignante AMP

Anne-Claire PACHE, Chaire de Philanthropie, ESSEC

Catherine DE SALINS, Secrétaire nationale, l'Arche en France

Pauline Stecken, Psychologue en EHPAD

Fabrice TALANDIER, Directeur Hauts-de-France, Petits Frères des Pauvres

ANNEXES

Annexe 1 – Grille AGGIR

Source : https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229

Qu'est-ce que la grille Aggir ?

Vérifié le 11 avril 2018 - Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre), Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

La grille nationale Aggir permet de mesurer le degré de perte d'autonomie du demandeur de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa). Elle sert à déterminer si le demandeur a droit à l'Apa et, s'il y a effectivement droit, le niveau d'aides dont il a besoin. Les degrés de perte d'autonomie sont classés en 6 groupes dits "iso-ressources" (Gir). À chaque Gir correspond un niveau de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne.

De quoi s'agit-il ?

La grille Aggir est utilisée dans le cadre d'une demande d'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) (https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10009).

Elle mesure les capacités de la personne âgée à accomplir :

- 10 activités corporelles et mentales, dites *activités discriminantes*,
- et 7 activités domestiques et sociales, dites *activités illustratives*.

Seules les 10 activités *discriminantes* sont utilisées pour déterminer le groupe "iso-ressources" (Gir) dont relève la personne âgée.

Les 7 activités *illustratives* sont destinées à apporter des informations complémentaires à l'évaluateur pour mieux appréhender la situation globale de la personne.

La grille Aggir est intégrée à un référentiel d'évaluation qui permet de recueillir l'ensemble des informations nécessaires à l'élaboration du plan d'aide de la personne âgée.

Activités évaluées

Activités corporelles et mentales (dites "discriminantes")

- Communiquer verbalement et/ou non verbalement, agir et se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes admises par la société
- Se repérer dans l'espace et le temps
- Faire sa toilette
- S'habiller, se déshabiller
- Se servir et manger
- Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale
- Se lever, se coucher, s'asseoir, passer de l'une de ces 3 positions à une autre
- Se déplacer à l'intérieur du lieu de vie
- Se déplacer en dehors du lieu de vie
- Utiliser un moyen de communication à distance (téléphone, alarme, sonnette, etc.) dans le but d'alerter en cas de besoin

Activités domestiques et sociales (dites "illustratives")

- Préparer les repas et les conditionner pour qu'ils puissent être servis
- Gérer ses affaires, son budget et ses biens, reconnaître la valeur monétaire des pièces et des billets, se servir de l'argent et connaître la valeur des choses, effectuer les démarches administratives, remplir les formulaires
- Effectuer l'ensemble des travaux ménagers courants
- Utiliser volontairement un moyen de transport collectif ou individuel
- Acheter volontairement des biens
- Respecter l'ordonnance du médecin et gérer soi-même son traitement
- Pratiquer volontairement, seul ou en groupe, diverses activités de loisir

Classement dans un groupe Gir

En fonction de son degré de perte d'autonomie, la personne âgée est classée dans un groupe iso-ressources (Gir).

Il existe 6 Gir.

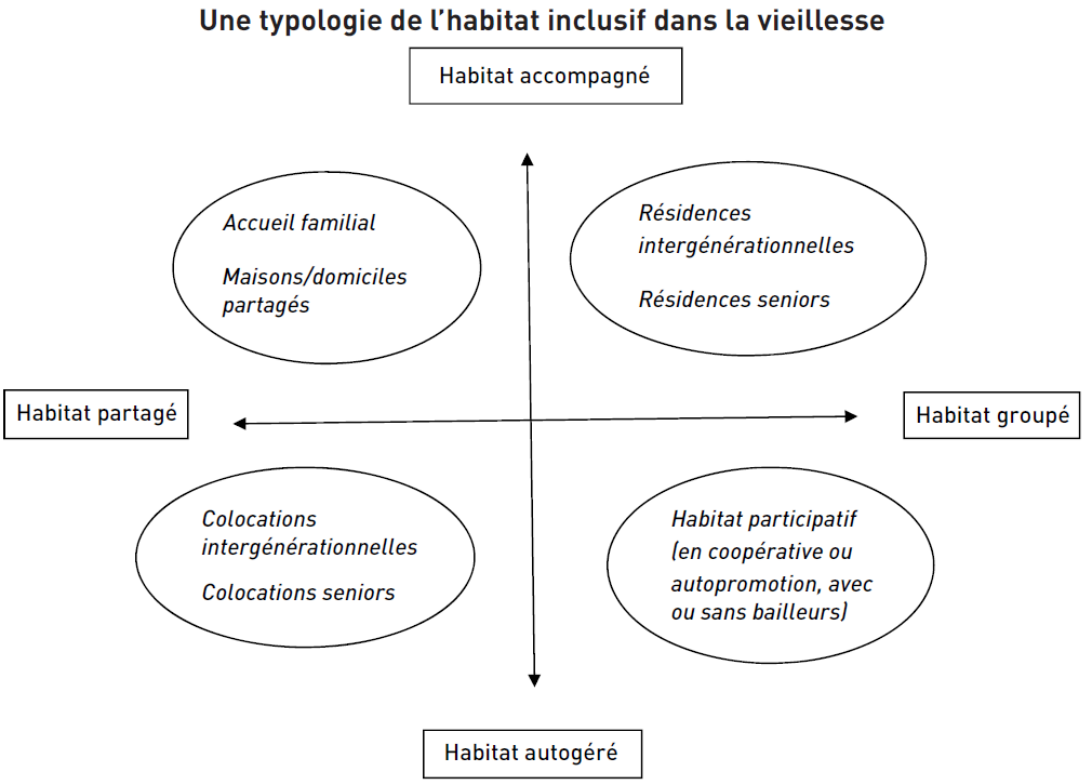
Seuls les Gir 1 à 4 ouvrent droit à l'Apa.

La personne relevant des Gir 5 ou 6 peut demander une aide ménagère ou une aide auprès de sa caisse de retraite (https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F245).

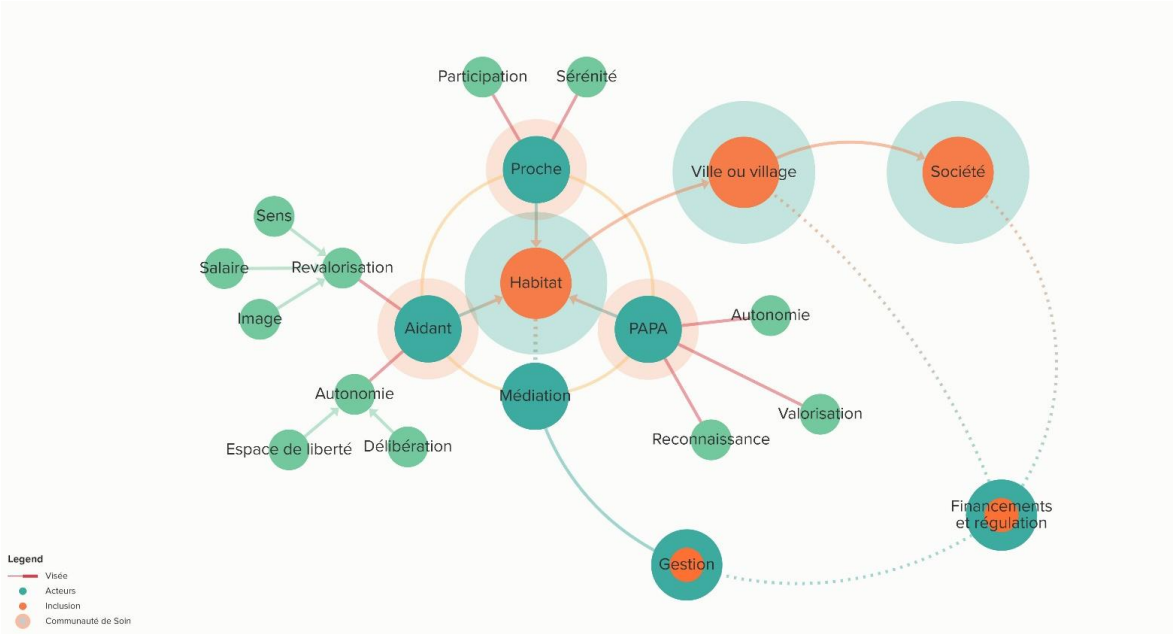
Caractéristiques du demandeur en fonction du Gir auquel il est rattaché

Gir (Gir : Groupe iso-ressources)	**Degrés de dépendance**
Gir 1	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants - Ou personne en fin de vie
Gir 2	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, - Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	- Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage, - Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
Gir 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

Annexe 2 - LABIT Anne, « L'habitat inclusif pour vieillir en citoyenneté et solidarité. Une solution pour les territoires ruraux ? », *Pour* 2018/1 (N° 233), p. 117-122.



Annexe 3 – La communauté de soin étendue. Schéma personnel.



Annexe 4 – Code de l'action sociale et des familles, Article L281-1

Legifrance.gouv.fr
LE SERVICE PUBLIC DE LA DIFFUSION DU DROIT

Chemin :

Code de l'action sociale et des familles
- Partie législative
  - Livre II : Différentes formes d'aide et d'action sociales
    - Titre VIII : Habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées
      - Chapitre unique : Habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées

Article L281-1

Créé par LOI n°2018-1021 du 23 novembre 2018 - art. 129

L'habitat inclusif est destiné aux personnes handicapées et aux personnes âgées qui font le choix, à titre de résidence principale, d'un mode d'habitation regroupé, entre elles ou avec d'autres personnes, le cas échéant dans le respect des conditions d'attribution des logements locatifs sociaux prévues au chapitre Ier du titre IV du livre IV du code de la construction et de l'habitation et des conditions d'orientation vers les logements-foyers prévues à l'article L. 345-2-8 du présent code, et assorti d'un projet de vie sociale et partagée défini par un cahier des charges national fixé par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du logement. Ce mode d'habitat est entendu comme :

1° Un logement meublé ou non, en cohérence avec le projet de vie sociale et partagée, loué dans le cadre d'une colocation telle que définie au I de l'article 8-1 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986 ou à l'article L. 442-8-4 du code de la construction et de l'habitation ;

2° Un ensemble de logements autonomes destinés à l'habitation, meublés ou non, en cohérence avec le projet de vie sociale et partagée et situés dans un immeuble ou un groupe d'immeubles comprenant des locaux communs affectés au projet de vie sociale et partagée.

L'habitat inclusif peut être notamment constitué dans :

a) Des logements-foyers accueillant des personnes handicapées ou des personnes âgées mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation qui ne relèvent pas des 6°, 7° et 12° du I de l'article L. 312-1 du présent code ;

b) Des logements mentionnés au troisième alinéa du III de l'article L. 441-2 du code de la construction et de l'habitation.

Il ne peut pas être constitué dans des logements relevant des sections 3 à 5 du chapitre Ier du titre III du livre VI du même code.

Liens relatifs à cet article

Créé par: LOI n°2018-1021 du 23 novembre 2018 - art. 129

TABLE DES MATIERES

Introduction 1
Comprendre la dépendance : une approche sociologique du vieillissement 3
Deux modèles de la dépendance 4
L'autonomie en question : vers un modèle de l'autonomie relationnelle 5
Qu'est-ce que l'autonomie ? 5
Le modèle libéral de l'autonomie et la polarité autonomie-dépendance 6
Interdépendance et autonomie relationnelle 7
Une réponse par l'habitat ? 9
Qu'est-ce que l'habitat ? 9
Trois conditions minimales 9
Le tissu social 10
La communauté de soin 12
Communauté de care 12
Forme de vie 13
Autonomie et valeurs 15
Des conséquences politiques 17
Penser les conditions de possibilité d'une société (plus) inclusive ? 18
Politiser la communauté de soin 18
La société du *care* et le travail du *care* : renverser les valeurs pour penser l'habitat inclusif 18
La subordination statutaire comme problème politique et social 19
Remédier aux subordinations statutaires 21
Le modèle de justice sociale en question 24
Pour répondre à une biopolitique de la dépendance 25
Politique de santé 25
Santé et néolibéralisme 26
Recommandations 29
Le principe régulateur et la condition essentielle de l'inclusion : l'éthique du *care* 29
L'Etat 30
L'habitat inclusif : la Maison de Buc 31
Conclusion 33
BIBLIOGRAPHIE 34
ENTRETIENS 37
ANNEXES 38
TABLE DES MATIERES 43