

Faculté de santé publique

Les enjeux liés à l'intégration d'une maison de naissance et de mourance au sein d'un habitat groupé intergénérationnel

Une analyse qualitative du modèle CALICO, projet pilote à Forest, Bruxelles

Mémoire réalisé par
Marie Hanquinet

Promoteur(s)
William D'hoore
Nathalie Thomas

Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Les enjeux liés à l'intégration d'une maison de naissance et de
mourance au sein d'un habitat groupé intergénérationnel : une
analyse qualitative du modèle CALICO, projet pilote à Forest,
Bruxelles.

Remerciements

Dans un premier temps, je souhaite remercier mon promoteur, Monsieur William D'hoore et ma co-promotrice, Madame Nathalie Thomas pour leur disponibilité, leurs relectures et leurs judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je tiens à remercier toute l'équipe de Pass-ages pour m'avoir accueillie lors des réunions mensuelles tout au long de l'année. Tout particulièrement, je remercie Sabine François et Isabelle Verbist pour m'avoir donné l'occasion de réaliser mon travail de terrain. En effet, leur présence et leur bienveillance ont facilité mon intégration au sein du groupe.

J'adresse également tous mes remerciements à toutes les participantes qui ont accepté de contribuer à cette étude et de partager leur vision sur le projet de Pass-ages.

Je remercie également les chercheurs de la Vrije Universiteit Brussel, An-Sofie Smetcoren et Thomas Dawance, qui m'ont aidée à débiter cette recherche et qui ont contribué à l'élaboration de ma réflexion.

Un grand merci à Nathalie Roggeman pour ses conseils concernant mon style d'écriture, ils ont grandement facilité mon travail.

Je remercie chaleureusement ma maman, Brigitte Van Rompu, pour ses encouragements ainsi que l'aide qu'elle m'a apportée à chaque étape de mon parcours d'études.

Enfin, je remercie mes amis, Capucine, Manon, Marie, Léa qui ont été là pour moi tout au long de la rédaction de ce mémoire. Leurs relectures, leur soutien et leurs encouragements ont été d'une grande aide.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Tables des matières

INTRODUCTION	1
PARTIE 1 : THÉORIE	3
CHAPITRE 1 : Habitat groupé et intergénérationnel	3
1. Définitions et concepts.....	3
1.1. Habitat, logement et hébergement	3
1.2. Habitat groupé.....	4
2. Historique.....	5
3. Cadre juridique.....	6
4. Types de structures	7
4.1. Typologie des habitats groupés.....	7
4.2. Habitat groupé intergénérationnel.....	8
5. Enjeux de santé	11
CHAPITRE 2 : Naissance	12
1. Définitions et concepts	12
1.1. Choix du lieu de naissance.....	12
1.2. Maison de naissance	13
2. Historique	13
3. Cadre juridique	15
4. Les acteurs	16
CHAPITRE 3 : Mourance	17
1. Définitions et concepts	17
1.1. Les soins palliatifs.....	17
1.2. La mourance.....	17
2. Historique	18
3. Cadre juridique	19
4. Structures	20
Synthèse théorique, choix de la question et objectifs de la recherche	21
PARTIE 2 : RECHERCHE EMPIRIQUE.....	22
CHAPITRE 1 : Pass-ages.....	22
1. Définitions	22
2. Objectifs.....	23
2.1. Habitat groupé.....	23
2.2. Maison de naissance et de mourance	23
CHAPITRE 2 : Méthodologie.....	24

1. Type d'étude choisie.....	24
2. Ethique de la recherche.....	25
3. Choix des participants.....	25
3.1. Stratégie d'échantillonnage.....	25
3.2. Echantillon obtenu	26
4. Recueil des données.....	28
4.1. Observation continue	28
4.2. Entretiens semi-dirigés.....	28
4.3. Focus group.....	29
4.4. Elaboration du guide d'entretien.....	29
5. Méthode d'analyse de l'observation, des entretiens et du focus group	30
CHAPITRE 3 : Résultats.....	32
1. Structure de l'analyse	32
2. Présentation des enjeux.....	33
2.1. Enjeux propres à Pass-ages	33
A. Différence dans l'état d'avancement du projet	33
B. L'évolution et la viabilité du projet.....	35
C. Le travail volontaire	38
D. L'intelligence collective.....	41
2.2. Enjeux de santé	43
A. Repenser la naissance et la mourance	43
B. Le logement et l'habitat	47
C. Le Care.....	49
2.3. Enjeux sociétaux et politiques.....	51
A. Les métiers du <i>Care</i>	52
B. La vision de la naissance et de la mourance dans la société locale	53
C. L'inclusivité du projet.....	54
CHAPITRE 4 : Discussion.....	57
Limites et perspectives	66
CONCLUSION	67
BIBLIOGRAPHIE	69
ANNEXES	73

INTRODUCTION

Depuis toujours, la vie et la mort suscitent chez l'être humain de nombreuses questions, qui restent sans réponse unique. Ces interrogations amènent à réfléchir et à débattre sur le sujet (Haudiquet, 2009). Un groupe de citoyens visionnaires a réfléchi autour de cette thématique pour aujourd'hui créer le projet Calico. Il s'agit d'un projet d'habitat groupé intergénérationnel qui intègre une maison de naissance et de mourance. De cette manière, il replace la naissance et la mourance au cœur de la vie.

A l'heure actuelle, les initiatives d'habitat groupé grandissent mais la préoccupation d'associer l'habitat à la notion de participation n'est pas nouvelle. En effet, des initiatives de ce type voyaient déjà le jour au 19^{ème} siècle (Biau et Bacqué, 2010).

De plus en plus d'initiatives de maisons de naissance voient le jour aux Etats-Unis, au Canada, en Europe et notamment en Belgique et en France. De plus, de nombreuses études ont été menées pour évaluer leur efficacité et donner un appui scientifique sur leurs bienfaits. En France, la réflexion a émergé depuis une quinzaine d'années environ, en s'inspirant des projets réalisés dans les pays voisins. Cette réflexion répond aux directives de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui se positionne pour le choix libre des parents par rapport aux modes et lieux d'accouchement, dans un contexte de surmédicalisation. Les maisons de naissance proposent un changement de paradigme offrant un modèle de soin continu, où le patient est placé au centre des réflexions, l'accouchement est réalisé en ambulatoire et la salutogénèse (prévention) est valorisée (Chantry et al., 2019).

En Europe, le dernier siècle, a montré une évolution des circonstances de la mort. Les personnes décèdent à présent à un âge très élevé. Ces décès, précédés régulièrement d'une longue période de maladie chronique, ont principalement lieu dans des institutions. Les patients souhaitent privilégier la qualité de la mort à la prolongation de la vie. Ainsi, l'offre médicale évolue et les soins palliatifs ce sont petit à petit développés (Bilsen et al., 2007).

Nous remarquons que l'habitat, la naissance et la fin de vie ont évolués au cours des siècles et qu'ils se retrouvent aujourd'hui face à une réalité : la société contemporaine ne semble plus être satisfaite de la prise en charge de ces notions. Le projet Calico, un habitat groupé intergénérationnel qui intègre une maison de naissance et une maison de mourance, répond

à cette préoccupation. En effet, il intègre toutes les étapes de la vie au sein de l'habitat et tente de prendre soin de ces moments. La rédaction de ce mémoire sera l'occasion de donner un aperçu des enjeux liés à l'association de ces trois notions. Il s'agit, effectivement, d'un principe innovant, qui à notre connaissance n'est pas référencé dans la littérature.

Cette recherche est divisée en deux parties. La première partie présente le cadre théorique et les différents concepts mobilisés autour de notre sujet de recherche. Cette section se divise en trois chapitres. Le premier chapitre est consacré à l'habitat et plus particulièrement, nous définissons l'habitat groupé intergénérationnel. Le deuxième se consacre à la naissance et au cadre historique et légal autour de cette thématique. Le dernier chapitre discute la notion de mourance, un concept innovant et peu abordé au sein de la littérature. Nous traiterons donc principalement la fin de vie et les initiatives possibles en termes de prise en charge d'une personne mourante. La deuxième partie est empirique. Dans un premier temps, nous y contextualisons le sujet de notre recherche en exposant brièvement le projet de Pass-ages (l'intégration d'une maison de naissance et de mourance) au sein de Calico, un habitat groupé intergénérationnel. Ensuite, nous exposerons les résultats de notre recherche obtenus grâce à des données récoltées et analysées avec la méthode d'analyse thématique. Finalement, dans la discussion, nous confronterons les éléments qui émanent de notre analyse à ceux exposés dans la littérature. Nous terminons ce travail en formulant des recommandations par rapport aux enjeux exposés dans la partie empirique.

PARTIE 1 : THÉORIE

Au cours de l'analyse théorique, nous apportons une brève exploration conceptuelle des différentes notions abordées au cours de ce travail. Les concepts qui permettent d'éclairer notre réflexion par rapport à notre question de recherche sont les suivants : la notion d'habitat, de maison de naissance et finalement de maison de mourance. Pour ce dernier point, étant donné qu'il s'agit d'une initiative innovante, il existe peu de littérature sur le sujet. Nous nous concentrerons donc sur la notion de mourance et sur les soins palliatifs en fin de vie. Nous tenterons, lors de la partie empirique, d'apporter des zones de lumières pour venir éclairer ce nouveau concept.

CHAPITRE 1 : Habitat groupé et intergénérationnel

Dans ce premier chapitre, nous déclinons la notion de l'habitat pour tenter de comprendre les différentes nuances autour de ce terme. Plus particulièrement, nous centrerons notre recherche sur les habitats groupés et l'intergénérationnalité.

1. Définitions et concepts

1.1. Habitat, logement et hébergement

Pour définir l'habitat, il est nécessaire de présenter les différentes représentations qui peuvent en être envisagées. En effet, les termes utilisés pour parler de l'habitat sont multiples. On pourrait croire que « logement » et « hébergement » sont synonymes. Nous verrons cependant que le choix des mots est essentiel pour comprendre les notions qui en découlent.

Se loger peut prendre différente forme en fonction de la perspective qui est en jeu. Par exemple, pour les politiques publiques, le logement est appréhendé comme un produit technique et structurant du territoire. Dans un contexte économique, le logement est un vecteur de spéculation immobilière. Cependant, celui-ci peut aussi s'appréhender comme une expérience de vie, une aventure. Il s'agit dans ce cas-ci d'une approche qui place l'habitat au cœur de la vie des citoyens et qui rassemble des revendications fortes autour du logement, de l'habitat et de la société (Beurthey et Cortes, 2018). Effectivement, comme le revendique le réseau de l'habitat participatif qui fédère plusieurs associations autour d'expériences menées en faveur d'un habitat plus collectif, « *on ne fait pas la ville sans les habitants* » (Beurthey et Cortes, 2018, p.271).

C'est pour cette raison que nous avons décidé de différencier la notion **d'habitat** à celle **d'hébergement**. Le langage utilisé pour parler des habitats groupés est important et la notion d'habitat (lieu de vie) est préférée à celle d'hébergement (lieu d'accueil) (Gérard, 2017). Si nous prenons l'étymologie de ces deux termes, elles peuvent sembler relativement proches l'une de l'autre. Pourtant, leurs origines sont radicalement différentes. Selon Veysset (cité dans Argout, 2011, p.14), « *l'hébergement (heri-bergen) désigne les lieux retranchés de campement destinés aux armées, tandis que l'habitat (habere) est une déclinaison provenant du verbe avoir* ». Lorsque l'on parle d'habitat, il est important de préciser que celui-ci ne se limite pas au logement. Effectivement, il comprend également l'environnement dans lequel celui-ci s'intègre. Il représente donc le cadre de vie de la personne, c'est-à-dire l'endroit où la personne a placé ses repères (Veysset, cité dans Argout, 2011). Ces deux notions sont régulièrement confondues mais sont bel et bien distinctes. Lorsque le logement se définit comme un bien destiné à l'habitation, l'habitat correspond lui aux modes de vie et d'occupation de l'espace (Sala Pala, 2020).

1.2. Habitat groupé

Un habitat groupé est un lieu de vie qui rassemble des familles, un groupe de personnes, etc. qui font le choix d'habiter ensemble au sein d'un collectif. Celui-ci est caractérisé par la création d'espaces privés ainsi que d'espaces collectifs. Ce type d'habitat, favorisé par une auto-gestion de la part des habitants et par leur volonté de vivre de manière collective, a pour but l'épanouissement de la vie sociale de chacune des personnes au sein de l'habitat. En effet, au travers de la création des espaces communs, et des moments collectifs partagés ensemble, ce type d'habitat favorise la convivialité sans altérer l'épanouissement personnel de l'individu. De plus, cette forme d'habitat propose la mise en commun de nombreuses ressources. Par exemple, des ressources matérielles, financières mais aussi sociales et culturelles, en fonction des projets communs mis en avant par l'habitat groupé. Ces personnes veulent vivre une autre forme de convivialité avec leurs voisins. Ensemble, ils créent des projets collectifs et développent des mécanismes de solidarité, chacun spécifique en fonction des projets de l'habitat groupé. Il existe par exemple des habitats groupés qui rassemblent des personnes âgées et intègrent des personnes fragilisées ou isolées, des jeunes familles, etc. (Habitat et Participation asbl, n.d.).

Le vocabulaire utilisé pour définir ce type d'habitat est multiple : on parle « d'habitat participatif », « d'habitat coopératif », « d'habitat solidaire », « d'habitat autogéré » voire encore « d'Eco habitat groupé ». Tous reposent sur la même volonté : vivre ensemble chacun chez soi. Finalement, toutes ces initiatives qui ont été créées ces dernières années s'articulent autour d'un projet de vie commun. Les acteurs qui s'engagent dans ce type d'habitat s'opposent par exemple, à la spéculation, au logement en masse ou à l'intérêt égoïste. Ils tentent de créer un modèle d'habitat qui rassemble des valeurs et des attitudes communes en rupture avec les modèles « habituels ». Pour ce faire, ils mettent en avant la qualité de vie, la vie sociale, les relations avec le voisinage, l'authenticité ou encore des habitudes de vie respectueuses de l'environnement (Beurthey et Cortes, 2018).

2. Historique

Actuellement, de plus en plus d'expériences d'habitat groupé apparaissent en France, en Europe mais aussi en Amérique du Nord et du Sud. Cependant, la recherche d'alternatives dans le monde de l'habitat n'est pas une préoccupation nouvelle. Dès la fin du 19^{ème} siècle, la question de participation se mêle à celle de l'habitat. En effet, déjà à cette époque cette question fait l'objet d'une intervention publique et apparaît comme une nécessité dans le domaine politique (Biau et Bacqué, 2010).

La seconde guerre mondiale a engendré un climat social particulier. Face à la crise du logement, le développement d'un urbanisme fonctionnaliste et la diffusion d'un habitat standardisé sous la forme de grands ensembles ne sont plus envisageables. Henri Lefebvre pousse donc les habitants à bousculer leurs pensées. Il conçoit l'habitat comme un lieu de « vie » plutôt que de « survie », où la vision de l'habitant est prise en compte et est respectée et où la participation sociale est essentielle. Il encourage les habitants à se réapproprier leur habitat, à être imaginatifs et créatifs (Lefebvre, cité dans Beurthey et Cortes, 2018).

Cette approche, développée par Lefebvre, va petit à petit faire émerger de nouvelles luttes urbaines promouvant une dimension qualitative dans les années 1970. En effet, le niveau de vie et la situation financière sont des facteurs à prendre en compte ainsi que la qualité du cadre de vie (Amiot, cité dans Beurthey et Cortes, 2018). En 1979, des habitants se mobilisent pour créer le premier habitat dit « autogéré ». Ceux-ci veulent recréer du lien social et des relations de voisinage à leur goût trop peu présents au sein du milieu urbain (Bidou et Zachariassen, cités dans Beurthey et Cortes, 2018).

Les années 1970 font donc réémerger sur la scène politique la question de la participation au cœur des préoccupations liées à l'habitat. Jusque dans les années 1980, de nouvelles initiatives d'habitat collectif comme des coopératives, *cohousing*, habitat autogéré apparaissent au Québec, en Suisse ou en Belgique (Biau et Bacqué, 2010). Ces initiatives vont se restreindre dans les années 1980 pour resurgir actuellement avec des projets d'habitat « participatif » ou « groupé » (Beurthey et Cortes, 2018).

Dans les années 2000, de nombreux éléments amènent les habitants à se mobiliser pour créer des projets d'habitat « participatif ». En effet, la crise du logement et les inégalités urbaines se font ressentir (Beurthey et Cortes, 2018). La situation climatique est également au centre des préoccupations et renforce la motivation des personnes à se mobiliser pour des modes de vie plus collectifs et respectueux (Bruneau, cité dans Beurthey & Cortes, 2018). De plus, les modes en termes d'habitation, la composition des familles, les modalités d'expression de la solidarité et les repères généraux évoluent. Nous notons également un vieillissement de la population. Dans la ville de Bruxelles, la hausse des prix du foncier et la paupérisation des habitants accentuent également l'intérêt actuel pour des solutions d'habitats groupés, solidaires ou intergénérationnels (Habitat Groupé-Solidaire, n.d). C'est donc le contexte global actuel qui a motivé la création d'alternatives d'habitats.

3. Cadre juridique

Depuis 2014, la loi ALUR (Accès au logement et à l'urbanisme rénové) permet de donner un cadre juridique aux projets d'habitats participatifs. Les sociétés d'habitat participatif peuvent à présent rassembler des personnes autour d'un projet de construction et d'acquisition d'immeubles pour y construire un projet d'habitat groupé où des espaces communs seront partagés. Désormais, ce type de projets peut se concrétiser juridiquement. Les futurs habitants peuvent former une coopérative d'habitants ou une société d'attribution et d'autopromotion. En décembre 2015, un nouveau décret est venu préciser les conditions de fonctionnement des logements de type « habitat participatif » (L'Union Sociale pour l'Habitat, 2020).

4. Types de structures

Les initiatives d’habitat groupé sont régulièrement construites autour d’un projet commun qui peut prendre différentes formes : renforcement de la cohésion sociale, développement culturel, diminution de l’empreinte écologique, mutualité des ressources, sauvegarde du patrimoine, activités d’économie sociale, etc. (Habitat et Participation asbl, n.d). Les sujets qui rassemblent les personnes autour d’un habitat collectif sont donc divers et variés. Il existe donc autant d’habitats groupés, qu’il existe d’initiatives et leurs finalités sont parfois très différentes (Habitat Groupé-solidaire, n.d).

4.1. Typologie des habitats groupés

Afin de présenter un aperçu des différentes structures présentes aujourd’hui dans l’univers de l’habitat groupé, nous avons décidé de les classer selon leur finalité. Pour cela, nous nous sommes inspirés des critères formulés par l’Habitat Groupé-Solidaire (n.d.). Nous donnerons donc également quelques exemples de projets déjà existants ou qui verront bientôt le jour en Belgique. Nous présenterons donc ici sept finalités qui peuvent inspirer différents projets d’habitat groupé.

- **Finalité sociale** : Les personnes intégrées au projet recherchent une solidarité de voisinage basée sur la mixité sociale et générationnelle. En Belgique, il existe le projet Biloba à Schaerbeek.
- **Finalité économique** : Dans ce cas-ci, il s’agirait par exemple de collocations, ou de la mise en place de groupes d’achats solidaires ou encore de l’usage d’une monnaie alternative. Le principe étant d’accéder à un logement de qualité à moindre coût. Les initiatives du Community Land Trust Bruxelles (CLTB) en sont un exemple.
- **Finalité environnementale** : Ce type d’habitat proposera des solutions écologiques de proximité, de densification. Il existe, dans la ville de Bruxelles, le projet Brutopia à Forest ou Biplan à Haren.
- **Finalité culturelle** : Les personnes se rassemblent autour d’un projet de vie culturel. Par exemple, la ferme de Spy en Wallonie.

- **Finalité politique** : Il s'agit de projets qui valorisent l'émancipation citoyenne. Ceux-ci s'articulent autour de l'ouverture sur le quartier, la ville, des décisions politiques et tiennent compte de la place du citoyen. Par exemple, le CLTB lance une initiative de ce type à Molenbeek. Il s'agit de l'agence immobilière sociale Baita.
- **Finalité architecturale** : Cet habitat favorise l'appropriation, la rencontre et la convivialité. Il est construit en répondant aux besoins réels des habitants et du voisinage, ceux-ci sont intégrés et participent à la conception et à la construction du projet.
- **Finalité spirituelle** : Les habitants décident d'intégrer une dimension spirituelle au sein du projet (Béguinage, la communauté de la Poudrière, etc.).

4.2. Habitat groupé intergénérationnel

De nombreuses personnes âgées souhaitent rester habiter chez elles jusqu'au bout de leur vie. Cependant avec l'âge, leurs attentes peuvent changer, notamment à cause de l'évolution de l'état de santé. Certains font alors le choix de quitter le domicile pour se diriger vers d'autres structures. Une alternative aux maisons de retraite et de soins est l'habitat collectif (Argoud, cité dans Gérard, 2017).

Depuis une décennie, de plus en plus de projets visant à promouvoir de nouvelles formes d'habitat pour les personnes âgées voient le jour (Argoud, 2011). Grâce à la littérature, nous pouvons retracer une typologie de ces différentes initiatives. Nous présentons ci-dessous un tableau, réalisé par nos soins, qui déclinent les différentes typologies d'habitat groupé proposées aux personnes âgées.

TABLEAU 1 : Déclinaisons de la typologie des habitats groupés intergénérationnels

HABITAT GROUPE INTERGENERATIONNEL	
Déclinaisons	Explications
1. Habitat intermédiaire	<p>Activités articulées sous trois axes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La sécurité (gardiennage, environnement adapté, télé assistance, etc.) ; ➤ La convivialité (création d’espaces communs, d’activités et d’animations, etc.) ; ➤ La facilité (aide pour le ménage, pour l’alimentation et pour la mobilité, etc.) <p>Pour les personnes qui veulent créer du lien, se sociabiliser avec d’autres personnes tout en maintenant un espace privé (Nowik, cité dans Gérard, 2017).</p>
2. Habitat adapté	<p>Selon Argoud (2011), il s’articule autour de deux axes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Accessibilité et adaptabilité : construction plain-pied et aménagement adapté aux handicaps. ➤ Technologie : création d’une « bâtiment intelligent » pour assurer une sécurité et un confort de vie aux personnes âgées vivant dans des résidences agréées ou à leur domicile.
3. Habitat-services	<p>Deux types (Argoud, 2011) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Résidences avec des services : à l’intention des personnes âgées disposant de revenus importants, aussi appelées « villages-retraites ». Il s’agit d’une organisation qui prévoit des services à la carte pour diminuer le poids des charges collectives obligatoires. Ce type d’habitat permet aux personnes âgées de vivre dans un cadre tranquille et sécurisant.

	<p>➤ Initiative d’habitat social : Ce type d’initiative est mobilisé depuis quelques années pour faire face au vieillissement de la population en proposant des services pour maintenir les personnes âgées à domicile.</p>
4. Habitat intergénérationnel	Mixe les générations et crée des relations intergénérationnelles. Ces initiatives visent à créer du lien social et de la solidarité entre des personnes de générations différentes (Argoud, 2011).
5. Habitat partagé	<p>Deux types d’initiatives (Argoud, 2011) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Habitat kangourou (en France) : Il s’agit d’un immeuble qui intègre plusieurs générations de personnes issues de la même famille. ➤ Accueil familial partagé : Accueillir des personnes âgées ou des adultes en situation de handicap au sein de sa famille. Le domicile de la famille accueillante devient alors l’hébergement de ces personnes.
6. Habitat autogéré	Une initiative lancée par des personnes âgées. Celles-ci créent un lieu et un mode de vie, dont elles veulent garder la maîtrise malgré l’apparition d’aléas liés à l’âge. Un lieu au sein duquel règne une vie collective et d’entraide, tout en maintenant l’autonomie de chacun (Argoud, 2011).

Au vu des initiatives que nous exposons dans le tableau N°1, nous pouvons conclure que l’habitat groupé intergénérationnel est une nouvelle forme d’habitat qui permet de maintenir les personnes âgées à domicile en y intégrant une vie collective. De cette manière, ils maintiennent le sentiment de se sentir « chez eux » mais bénéficient également de l’accès à certains services (linge, ménage, restauration, animations) et peuvent créer des liens avec d’autres habitants (Nowik, cité dans Rosenfelder, 2017).

5. Enjeux de santé

De nombreuses personnes déclarent vouloir vieillir à domicile et cela est avéré. Les personnes âgées veulent vieillir dans un lieu où elles se sentent comme « chez elles ». L'habitat constitue donc un des facteurs de prévention des risques liés au vieillissement. C'est pour cette raison que depuis 2011, la Commission Européenne s'engage à prioriser ce facteur dans le but de maintenir les capacités d'autonomie de la personne âgée (Boulmier, 2011).

En plus de la notion d'autonomie des personnes âgées et de leur maintien à domicile, nous pensons qu'il est essentiel d'aborder le sentiment de solitude qu'elles éprouvent. Pour définir la solitude, nous nous basons sur les propos de Gierveld (cité dans Vandenbroucke et al., 2012). La solitude est « *le ressenti subjectif lié au manque désagréable ou intolérable de (qualité de) certaines relations* » (Vandenbroucke et al., 2012, p.13).

La solitude est un sentiment, ce qui signifie qu'elle est en partie déterminée par la personnalité de la personne. Pour une situation lambda qui pourrait engendrer un sentiment de solitude, chaque personne la percevra différemment et ressentira par conséquent les choses différemment. Le sentiment de solitude ne sera donc pas le même. Par conséquent, seule la personne elle-même peut déterminer si elle se sent seule ou non (Gierveld et van Tilburg, cités dans Vandenbroucke et al., 2012).

Ce ressenti est influencé par deux facteurs ; Il s'agit de la quantité et de la qualité des relations sociales. Le nombre de contacts sociaux influence le sentiment de solitude mais c'est essentiellement la qualité des relations sociales qui a le plus d'importance (Vandenbroucke et al., 2012). Finalement, selon Perlman et Peplau (cités dans Vandenbroucke et al., 2012, p.14), « *la solitude est le résultat de la disparité entre les contacts sociaux que l'on a et ceux que l'on aimerait avoir* ».

Cela nous amène à penser que l'**habitat groupé intergénérationnel** est une piste pour tenter de diminuer le sentiment de solitude des personnes âgées et pour leur permettre de rester vivre à leur domicile. En effet, l'étude réalisé par Vandenbroucke et al. (2012) présente ce type de réponse : « envisager des habitats groupés, avec des mélanges de générations », « plus de contacts entre les cohabitants », « cohabiter avec d'autres personnes âgées », « vivre en communauté », etc. Nous pouvons donc affirmer que les contacts sociaux, créer du lien et vivre en communauté sont des solutions pour limiter ce sentiment de solitude chez les personnes âgées.

Pour conclure, **l'autonomie** est une des valeurs centrales véhiculées par les habitats groupés. Pour les personnes âgées, il s'agit de garder la maîtrise des conditions liées à leur vieillissement. Pour permettre la pérennité dans ce type d'habitat et favoriser l'autonomie des personnes âgées, la solidarité semble être une piste enrichissante pour y parvenir. En effet, une entraide réciproque permet de sécuriser les aléas liés au vieillissement. De plus, **la solidarité** permet également de répondre au risque de solitude en offrant la possibilité de ne pas finir sa vie en solitaire mais de vivre avec un groupe de pairs pour le restant de ses jours (Rosenfelder, 2017).

Maintenant que nous avons défini le concept de l'habitat et plus particulièrement l'habitat groupé intergénérationnel, nous développerons celui de la naissance et de la mourance. Nous apporterons également une brève explication de l'évolution de ces moments dans la société contemporaine.

CHAPITRE 2 : Naissance

1. Définitions et concepts

Dans ce chapitre consacré à la naissance, nous avons choisi de développer uniquement le concept des maisons de naissance étant qu'il s'agit, entre-autre, du sujet de notre recherche.

1.1. Choix du lieu de naissance

Selon la recherche médicale, 70 à 80% des femmes enceintes sont à bas risque lors du début du travail de l'accouchement et la plupart des accouchements se déroulent sans intervention médicale (WHO, cité dans Gouilhers-Hertig, 2014). Cependant, dans les pays Occidentaux, la tendance dominante est d'accoucher à l'hôpital, dans un milieu qui est donc surmédicalisé et surveillé par le personnel médical et la technologie (Hanselmann et von Greyerz, cités dans Gouilhers-Hertig, 2014). Le monde médical justifie la nécessité d'accoucher à l'hôpital car celui-ci est l'endroit le plus adapté pour prendre en charge les complications éventuelles liées à un accouchement, celui-ci pouvant soudainement devenir pathologique et nécessiter une intervention médicale (Olsen et Claussen, cités dans Gouilhers-Hertig, 2014).

Cependant, de plus en plus de femmes font le choix de se tourner vers des structures moins médicalisées, telles que les maisons de naissance.

1.2. Maison de naissance

Selon l'Union professionnelle des sage-femmes belges, « *une maison de naissance est un petit établissement géré par une ou plusieurs sage-femmes. Elle vous permet d'accoucher dans un milieu moins médicalisé et recevoir des soins et des services axés sur la santé globale. Vous y trouverez de multiples services reliés à la maternité* ». Ce type de structure est accessible pour les femmes qui désirent aborder l'accouchement de manière naturelle et qui souhaitent avoir un suivi global tout au long de leur grossesse, ainsi qu'après l'accouchement. Cependant, il existe certains critères pour accoucher en maison de naissance. En effet, les femmes doivent être en bonne santé et ne pas présenter de contre-indications, telles que la naissance de jumeaux, un bébé qui se présente par le siège, etc.

La maison de naissance est donc un lieu intermédiaire entre le domicile et l'hôpital. Les professionnels de la périnatalité. Dans ce contexte, les sage-femmes et les futurs parents collaborent tout au long de la grossesse et de l'accouchement. Ce type de structure revendique l'accouchement physiologique et limite donc la médicalisation pour permettre de redonner à cet événement un caractère plus intime et familial et le sentiment d'être à la maison (Braun et Lalman, 2014).

Enfin, Netzwerk, réseau européen des maisons de naissance (cité dans Braun et Lalman, 2014, p.97), définit la maison de naissance comme « *une institution de santé primaire dans laquelle les femmes sont considérées comme responsables et libres de leurs décisions. Elle fonctionne en réseau avec l'ensemble du système de santé. C'est un établissement ayant accès aux services obstétricaux, pédiatriques, et néonataux d'un hôpital ou d'une clinique. La maison de naissance est une institution autonome, indépendante des institutions hospitalières ou cliniques, dans la mesure où une assistance à la naissance adaptée aux femmes y est pratiquée par des sage-femmes, dans le cadre de leurs compétences. La direction obstétricale de la maison de naissance est sous la responsabilité exclusive des sage-femmes* ».

2. Historique

La conception de la naissance et plus particulièrement de l'accouchement a bien évolué au cours du temps. A l'heure actuelle, la médicalisation a pris une part importante au sein de la grossesse. Ce que nous développerons ci-dessous. Cependant, la tendance semble s'inverser actuellement. Nous reviendrons d'ailleurs plus loin sur l'évolution des mentalités autour de la naissance au cours des siècles.

Jusque dans les années 1940, la majorité des femmes accouchaient à domicile (Hernandez et Alexander, 2017). En effet, pendant des siècles, les femmes accouchent dans les foyers, entourées par leur famille. Il s'agit d'un événement qui fait partie la vie quotidienne (Braun et Lalman, 2014). Dans les années qui ont suivi l'après-guerre, l'hôpital devient le lieu de prédilection pour accoucher. Ce changement s'effectue dans pratiquement tous les pays riches, en Europe, en Australie, dans le Sud-Est asiatique, au Canada et aux Etats-Unis. A cette époque, seulement les Pays-Bas semblent continuer de promouvoir les accouchements à domicile (Hernandez et Alexander, 2017).

Ensuite, durant la seconde moitié du 20^{ème} siècle, les technologies médicales s'améliorent et la surveillance durant l'accouchement devient électronique. À la suite de cette évolution de la médecine, les résultats montrent une diminution de la mortalité de la mère, de l'enfant et du fœtus (Hernandez et Alexander, 2017). L'amélioration des soins de santé modifie donc les comportements. L'accouchement en milieu hospitalier permet de vivre ce moment de la vie de manière plus efficace et plus sécurisée. En revanche, la naissance perd à présent en chaleur humaine, qui était pourtant précieuse pour l'accueil d'un enfant et la création d'une nouvelle famille (Braun et Lalman, 2014).

Néanmoins, depuis le 21^{ème} siècle la tendance s'inverse : les femmes désirent diminuer la médicalisation et la technologie présentes autour de l'accouchement sans pour autant diminuer la sécurité atteinte lors de la naissance (Hernandez et Alexander, 2017). En effet, depuis le début des années 2000, les futurs parents souhaitent revenir à des pratiques plus respectueuses du déroulement de la physiologie de l'accouchement et critiquent la surmédicalisation systématique de celui-ci (Chantry et al., 2019). Aujourd'hui, différentes structures s'offrent aux femmes pour accoucher : maternité classique, maison de naissance, domicile, etc. Le contexte actuel peut expliquer cette tendance à vouloir limiter la médicalisation autour de la naissance. Tout d'abord, la taille des maternités s'est agrandie avec les années. En effet, au début les femmes ont accouché dans des petites structures hospitalières de proximité. Celles-ci ont petit à petit fusionné entre-elles dans le but de répondre à la demande sur le plan des organisations des gardes. Cependant, les relations humaines sont inévitablement impactées dans une unité de maternité où la rentabilité des accouchements s'accroît. De plus, notamment en France et au Pays-Bas, les sage-femmes bénéficiaient auparavant d'une totale autonomie pour le suivi des accouchements.

Depuis que les accouchements ont lieu dans le milieu hospitalier, cette responsabilité est partagée avec les médecins. Finalement, l'empowerment¹ des femmes est non négligeable à notre époque. Celles-ci ont fait l'acquisition avec les années d'une plus grande autonomie, d'une capacité d'autodétermination et elles ont à présent les moyens d'élargir leurs choix de vie. Ensemble, les femmes influencent les changements sociaux pour se diriger vers une société plus juste et égalitaire (Hernandez et Alexander, 2017).

Le cadre historique dans lequel s'inscrit l'apparition des maisons de naissance est le produit du mouvement pour une naissance respectée en réaction à la surmédicalisation de la grossesse et de l'accouchement. Ces initiatives ont également pour but de revaloriser le métier de la sage-femme. La première maison de naissance apparaît aux Etats-Unis en 1975 et en 1994 au Canada. L'initiative est suivie dans les pays européens en 1987 en Allemagne. La Belgique quant à elle, ouvre sa première maison de naissance en 2005 (Braun et Lalman, 2014).

3. Cadre juridique

En Belgique, il n'y a pas de politique proprement dite pour permettre aux femmes de choisir le lieu de leur l'accouchement. Cependant, le nombre de maisons de naissance s'accroît de plus en plus. De plus, la sécurité sociale prend en charge l'accouchement hors hospitalier, que ce soit en maison de naissance ou à domicile. Le cadre juridique en ce qui concerne le lieu de naissance varie d'un pays à l'autre. En Allemagne, en Autriche et en Suisse, il existe également des maisons de naissance et les accouchements y sont aussi couverts par la sécurité sociale. Dans les pays du bloc soviétique, l'étude ne retrace pas la présence de maisons de naissance. Au Pays-Bas, l'hôpital est réservé aux grossesses compliquées et les femmes peuvent donc accoucher à domicile ou en maisons de naissance. Les pays nordiques suivent cette tendance, quel que soit le type de structures, c'est la sage-femme qui prend en charge les accouchements à bas risque. Finalement, les modalités mises en place varient d'un pays à l'autre mais la plupart des pays occidentaux acceptent de mettre en place des alternatives à l'accouchement conventionnel (à l'hôpital) (Hernandez et Alexander, 2017).

¹ « *L'empowerment est un processus de transformation personnelle par lequel les patients renforcent leur capacité à prendre effectivement soin d'eux-mêmes et de leur santé, et pas seulement de leur maladie et de leur traitement comme décrit le plus souvent dans la littérature médicale* » (Aujoulat, Centre d'Education Du Patient asbl., 2017).

4. Les acteurs

Nous avons choisi de développer ici principalement le rôle de la sage-femme dans l'accompagnement de la grossesse et de l'accouchement étant donné que ce sont les principales professionnelles qui travaillent au sein des maisons de naissance. Elles collaborent évidemment avec le corps médical de la périnatalité et les futurs parents, comme nous avons pu le préciser précédemment.

Lors de la grossesse et de l'accouchement, les femmes sont accompagnées par d'autres femmes. *L'étymologie du mot « obstétrique » d'origine latine vient du verbe « Obstaré » qui signifie être à côté, être devant, accompagner », c'est ainsi que la femme qui accompagne la (future) mère est désignée Obstetrix « celle qui se tient devant »* (Braun, Lalman, 2014, p13.). En effet, le rôle de la sage-femme est principalement d'accompagner les parents tout au long du processus autour de la naissance.

Elle préservera avant tout la physiologie, assurera le confort des futurs parents et réunira toutes les conditions matérielles et affectives pour leur permettre de mettre au monde leur enfant de manière idéale. La particularité du suivi de la sage-femme est qu'il se réalise au fil des mois pendant la grossesse, le jour de l'accouchement et se poursuit après celui-ci. De cette manière, la sage-femme connaît la future mère et son entourage de manière intime. Elle peut, si une difficulté se présente durant l'accouchement utiliser certains outils et organise, si le moindre doute est présent, un transfert vers un hôpital (Braun et Lalman, 2014).

En Belgique, les parents peuvent choisir le/la praticien.ne qu'ils souhaitent pour la grossesse. La majorité choisissent d'être accompagnés par des gynécologues et seulement 2 à 4% des femmes ont accès aux sage-femmes libérales en 2014 (Braun et Lalman, 2014).

Nous arrivons à présent à la présentation du dernier concept abordé dans cette recherche. Il s'agit de la mourance. Dans un premier temps, nous définirons les soins palliatifs. Ensuite nous aborderons le concept de la mourance et nous montrons également les ressemblances qui peuvent être observées entre ce concept et celui de la naissance, exposé dans le chapitre que nous venons de développer ci-dessus.

CHAPITRE 3 : Mourance

1. Définitions et concepts

1.1. Les soins palliatifs

Selon Conter (1995, p.3) « *Les soins palliatifs sont les soins globaux nécessaires durant le stade terminal de la maladie lorsque les traitements curatifs ne sont plus efficaces. On vise alors la qualité de la vie du patient et de sa famille en répondant aux besoins tant physiques (contrôle de la douleur et des autres symptômes) que psychologiques, sociaux et spirituels. Ils impliquent de la part du patient de son entourage et du corps médical, la reconnaissance et l'acceptation de l'issue finale de la maladie* ».

Les soins palliatifs ne constituent pas une nouvelle médecine mais revendiquent plutôt une nouvelle philosophie de celle-ci où l'attention est portée sur le malade et non plus sur sa maladie (Conter, 1995).

Par « soins palliatifs », il y a lieu d'entendre : l'ensemble des soins apportés au patient qui se trouve à un stade avancé ou terminal d'une maladie grave, évolutive et mettant en péril le pronostic vital, et ce quelle que soit son espérance de vie. Un ensemble multidisciplinaire de soins est garanti pour assurer l'accompagnement de ces patients, et ce sur les plans physique, psychique, social, moral, existentiel et, le cas échéant, spirituel » (Moniteur belge, lois, décrets, ordonnances et règlements, 2016).

1.2. La mourance

Dans son livre « La fin de vie, une aventure », Lydia Muller établit un lien entre la naissance et la fin de vie. Elle parle plus précisément de la mourance, ce qu'elle décrit comme « *le processus précédant la mort, qui elle signifie l'instant du trépas* » (Lydia Muller, 2012, p.13-14).

En effet, dans l'Occident, nous avons tendance à opposer la vie à la mort. Ce qui selon elle, engendre des conséquences. Si la mort s'oppose à la vie, elle est synonyme de non-vie, et celle-ci devient alors un élément effrayant à fuir au plus vite. Dans son livre, elle tente d'apporter des pistes pour les personnes mourantes et leurs proches en établissant le parallèle entre ces deux chemins de la vie que sont la naissance et la fin de vie.

« Je vous parle aujourd'hui non pas en raison de l'éventuelle proximité de ma mort, mais parce que je compte vivre. (...) Je vous parle parce que je tâche de vivre avec ma mort plutôt que contre elle » (Lydia Muller, 2012, p.17). La mourance est encore un sujet extrêmement tabou dans le monde occidental. Lydia Muller tente de montrer une autre facette de la fin de vie, du moins elle essaye de montrer aux personnes concernées comment aborder ce voyage de manière à pouvoir vivre ce processus de la meilleure manière possible. Elle l'aborde d'une autre façon, une expérience de vie à envisager comme une aventure à vivre, sans savoir pour combien de temps ni où cela vous mènera. Il s'agit d'apprendre à vivre avec cette perspective de mort imminente, mais en vivant vraiment. C'est de cette manière que dans son ouvrage, elle définit la mourance comme un accouchement en fin de vie. Comment pourrions-nous comprendre la sortie avant d'avoir compris l'entrée et inversement ? Ces deux chemins sont, selon elle, interreliés et les processus sont identiques mais inversés. Nous commençons notre vivre sur la terre par la naissance. Effectivement, la naissance nous permet de « venir au monde ». La mort peut être envisagée de la même façon mais de l'autre côté de l'existence, la mourance nous permettant donc de nous mettre « hors du monde » (Lydia Muller, 2017).

2. Historique

Auparavant, la mort était guidée par un cadre, une habitude, des pratiques dans lesquelles chacun pouvait prendre place. Le mourant, la famille, les femmes, les voisins, le curé, tout le monde connaissait à l'avance la place qui lui était attribuée. Le mourant, le cadavre, les angoisses, les personnes endeuillées, le temps du deuil, toutes ces choses prenaient place naturellement dans le cours de la vie de chacun à un moment ou à un autre et personne n'y était indifférent. Depuis une cinquantaine d'années, les pratiques funéraires se sont peu à peu perdues. La mort est toujours bel et bien présente, mais nous n'avons plus les mots pour en parler. Faute de mots pour l'évoquer, un silence d'incompréhension s'est tout doucement installé et parler de la mort est devenu tabou. En effet, aujourd'hui, les gens ne meurent pas mais ils disparaissent (Le Guay, 2008).

Progressivement, un nouvel idéal social s'est imposé : celui d'une mort qui ne perturbe pas la société et ses individus. La définition que nous avons de la mort a changé, l'être humain aussi. Dans une logique de plus en plus individuelle, il est devenu un être de durée qui vit pleinement dans l'instant. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce processus que Le Guay appelle « processus d'individualisation ».

Depuis des siècles, l'homme enterre ses morts et cette tâche s'effectue collectivement. Cependant, aujourd'hui, les rites funéraires sont en pleine mutation. Ces changements s'expliquent en partie par un désintérêt envers le caractère religieux qui fait apparaître l'idée d'une mort sans au-delà. En outre, la médecine prend de plus en plus de place, désormais, la mort se fait très souvent à l'hôpital (Le Guay, 2008). Finalement, autrefois pour bien aborder sa mort, l'idéal c'était de la vivre. *Aujourd'hui « la mort est sans pourquoi, sans appel ni au-delà »* (Ferry, cité dans Le Guay, 2008) alors à quoi bon la vivre ? Il est devenu préférable de ne pas en parler, de la cacher (Le Guay, 2008).

En ce qui concerne les soins palliatifs, ce concept apparaît à la moitié du 19^{ème} siècle, à Dublin, avec Mary Aikenhead, qui fonde l'ordre des sœurs irlandaises de la charité (« sisters of charity ») dont la mission était d'apporter des soins aux mourants. Elles créent alors des hospices, estimant que ces soins nécessitaient la création de lieux spécifiques. En parallèle, après la seconde guerre mondiale, Cicely Saunders (infirmière, assistance sociale, devenue par la suite médecin), entreprend des recherches sur la gestion de la douleur pour les patients inguérissables. Elle est convaincue que, malgré qu'il ne soit plus possible d'offrir une guérison au patient, elle se doit de soulager leur douleur, de faire disparaître les symptômes invalidants et de leur apporter un certain confort ainsi qu'une présence. Dans les années soixante, Elisabeth Kubler-Ross, inspirée par Saunders, réalise des travaux sur la psychologie du mourant et de sa famille. Dès lors, la première institution moderne de soins palliatifs voit le jour en 1967 : il s'agit du Saint-Cristopher's Hospice de Londres, créé par Cicely Saunders. Elle décide de proposer aux personnes en fin de vie un lieu pour mourir dignement, entourées de leur famille. Très rapidement, d'autres initiatives similaires voient le jour en Grande-Bretagne, aux Etats-Unis, au Canada, dans les pays européens et ailleurs (Conter, 1995).

3. Cadre juridique

En Belgique, ce n'est que dans les années 1980 que les premières initiatives en matière de soins palliatifs voient le jour (portail des soins palliatifs en Wallonie). Depuis juin 1994, en Belgique, La Fédération belge des associations de soins palliatifs a mis en place une charte des soins palliatifs où les grands principes sont énoncés. La place centrale du patient dans le programme de soins est une priorité, celui-ci est consulté sur l'ensemble des décisions qui le concerne (Conter, 1995).

En 2002, parallèlement à la loi sur le droit des patients et sur la dépenalisation de l'euthanasie, une nouvelle loi relative aux soins palliatifs est votée. « *Tout citoyen à le droit de bénéficier de soins palliatifs dans le cadre de l'accompagnement de sa fin de vie* » (portail des soins palliatifs en Wallonie, n.d.). La législation concernant les soins palliatifs continue à évoluer. En effet, en 2016, une nouvelle loi élargit la définition des soins palliatifs. Cette définition est plus précise et permet une compréhension plus large des soins palliatifs. Selon l'article 2 de cette nouvelle loi, « *tout patient a droit à des soins palliatifs lorsqu'il se trouve à un stade avancé ou terminal d'une maladie grave, évolutive et mettant en péril le pronostic vital, et ce quelle que soit son espérance de vie* » (moniteur belge, lois, décrets, ordonnances et règlements, 2016).

4. Structures

Depuis le 20^{ème} siècle, l'espérance de vie ne cesse d'augmenter. La fin de vie a donc fortement évolué au cours de ces cinquante dernières années (Pennec et al., 2013). De plus, le cadre dans lequel celle-ci se déroule a également changé. En effet, en France comme dans les autres pays occidentaux, auparavant les décès avaient lieu à domicile. Depuis 1950, le domicile cède sa place aux structures hospitalières (Pennec et al, 2015).

La majorité des personnes souhaitent mourir chez elles. Pourtant, en France, selon l'étude réalisée par Pennec et al (2015), seulement une personne sur quatre le fait. Le processus le plus courant est le suivant : la personne doit malheureusement quitter son domicile pour entrer à l'hôpital car sa fin de vie n'est pas considérée comme gérable à domicile. En effet, seulement 2% des personnes quittent ensuite l'hôpital pour finir leurs jours chez elles, les soins étant trop complexes pour être réalisés à domicile. Notre société a tendance à surmédicaliser la fin de vie et l'hospitalisation est souvent la seule solution apportée. Cette réalité pousse à réfléchir et à reconsidérer le maintien à domicile en formant les acteurs de santé et en développant de nouvelles alternatives à l'hospitalisation en créant de nouveaux lieux de fin de vie (Pennec et al, 2015).

Nous avons développé au sein de premier chapitre différentes alternatives qui s'offrent aux personnes âgées ne souhaitant pas quitter le domicile pour aller vivre en institutions de soins. Dans la deuxième partie empirique de notre travail, nous parlerons plus spécifiquement de Calico, un projet d'habitat groupé intergénérationnel. Il s'agit du projet qui a inspiré cette recherche.

Synthèse théorique, choix de la question et objectifs de la recherche

Au regard des écrits que nous avons évoqués au sein de la revue de littérature, il s'avère que l'habitat groupé, la naissance et la mourance sont des concepts en voie d'évolution. C'est la raison pour laquelle nous pensons qu'il est nécessaire de réfléchir à la manière d'apporter à ces trois concepts l'attention et la place qu'ils méritent.

Nous pouvons nous demander comment prendre soin de la naissance et de la mourance ? En quoi les intégrer à l'habitat peut-il être un facteur influençant la santé ? Ou quels sont les enjeux qui sont mobilisés en créant un projet qui associe deux moments de la vie qui peuvent être envisagé par la plupart des personnes comme une opposition l'un de l'autre ? Pour tenter de répondre à ces questions, notre recherche tente de montrer les enjeux liés à l'intégration d'une maison de naissance et de mourance au sein d'un habitat groupé intergénérationnel. Pour se faire, notre question de recherche est la suivante :

« Dans le cadre d'une nouvelle initiative d'habitat groupé intergénérationnel dans la ville de Bruxelles, comment envisager que l'intégration d'une maison de naissance et de mourance au sein de l'habitat influencera-t-elle la santé des personnes rattachées au projet ? ».

Au cours de l'analyse, nous discuterons les enjeux liés à cette intégration, contextualisés dans le cadre du projet CALICO à Forest, Bruxelles. Notre conception de la santé dans ce mémoire est envisagée en termes de santé communautaire. La santé est donc perçue de manière globale et elle englobe également les aspects sociaux, relationnels, psychologiques, spirituels, environnementaux, etc.

PARTIE 2 : RECHERCHE EMPIRIQUE

CHAPITRE 1 : Pass-ages

Pour introduire la partie empirique, nous présenterons ci-dessous le projet Calico, sur lequel se base notre recherche. Il s'agit d'une initiative innovante d'habitat groupé dans la commune de Forest, animé par une dynamique intergénérationnelle et sociale en interaction avec le quartier. Il s'agit d'un lotissement rassemblant 34 appartements répartis en 3 habitats (Pass-ages, AngelaD et le CLTB) (CALICO, n.d.).

Plus précisément, nous présenterons ici le projet et les valeurs de Pass-ages, l'ASBL qui a coconstruit le projet de la maison de naissance et de mourance. En effet, cette recherche s'articule autour des enjeux de santé associés à l'intégration de la maison de naissance et de mourance au sein d'un habitat groupé intergénérationnel. Nous conviendrons donc qu'il n'est pas nécessaire d'étudier l'ensemble du projet CALICO mais plutôt de présenter l'ASBL Pass-ages.

1. Définitions

« Pass-ages, c'est une maison de naissance et une maison de mourance au cœur d'un habitat groupé intergénérationnel, le tout situé à Bruxelles et plus spécifiquement rue Delta à Forest » (Pass-ages, n.d.).

Pass-ages met au cœur de ses préoccupations la naissance et la mourance en les intégrant au cycle de la vie. En effet, le choix d'intégrer ces deux passages de la vie à un projet d'habitat n'est pas anodin. De cette manière, le premier passage ainsi que le dernier souffle sont remis au cœur de la vie, dans un habitat groupé intergénérationnel au sein d'une dynamique collective, participative et vivante. En choisissant de s'associer au projet de CALICO, qui rassemble 34 logements dans un modèle anti spéculatif et solidaire, Pass-ages décide aussi de restaurer la création de liens dans le milieu urbain (Pass-ages, n.d.).

Le projet a été pensé en intelligence collective. Ainsi, les habitants, les professionnels et les chargés de projet ont travaillé main dans la main, en prenant les décisions ensemble grâce à la gouvernance partagée pour concrétiser le projet au fil des ans. Au sein de la maison de naissance et de mourance, ils proposeront un accueil, une présence et des services pour prendre soin de l'humain dans toutes ces dimensions.

2. Objectifs

2.1. Habitat groupé

Pass-ages propose « une forme nouvelle d’habitat groupé intergénérationnel en privilégiant une qualité de présence et de liens, et un accompagnement de la vie et des passages de vie : naître, cohabiter, grandir, vieillir, mourir » (Pass-ages, n.d).

Autour de cette nouvelle formule d’habitat, une multitude de personnes souhaitent cohabiter et traverser ensemble les différents passages de leur vie. De ce fait, Pass-ages rassemble une diversité générationnelle et sociale au sein du groupe d’habitants. L’objectif est de recréer du lien, d’organiser des activités communes, etc. en d’autres mots, de vivre ensemble tout en prenant soin de chacun et de chacune. Pour cela, les habitants disposent par exemple, d’un accès à un jardin partagé avec le reste du quartier de Forest, d’une salle commune et d’un appartement collectif pour alimenter la dynamique collective du projet. (Pass-ages, n.d).

2.2. Maison de naissance et de mourance

Le projet de Pass-ages, comme nous l’avons précisé précédemment, associe la naissance et la mourance en créant deux maisons interreliées.

L’équipe de sage-femmes de Pass-ages, qui a coconstruit la maison de naissance avec les habitants et les chargés de projet, proposent un accompagnement global et physiologique des familles depuis leur désir d’enfant jusqu’à un an après l’accouchement (Pass-ages, n.d.).

Pass-ages a donc décidé de mettre en parallèle la naissance avec la mourance, inspiré par le livre de Lydia Muller, *La fin de vie, une aventure*. Ces deux grands chemins de la vie sont les plus grands moments de transformation et de transition vers l’inconnu. Confronté à cette incertitude, l’être humain a besoin d’être entouré et écouté. Pass-ages décide donc d’accompagner les personnes en fin de vie et leurs proches dans un cadre familial, « comme à la maison », qui s’oppose au cadre médicalisé que nous avons l’habitude de retrouver dans les structures hospitalières. La maison de mourance a, quant à elle, été réfléchi par une équipe de volontaires, les habitants, les chargés de projet et une équipe d’infirmiers et infirmières spécialisées dans les soins palliatifs (Pass-ages, n.d.).

CHAPITRE 2 : Méthodologie

Cette recherche exploratoire est conduite dans le but de répondre à la question suivante : « *Dans le cadre d'une nouvelle initiative d'habitat groupé intergénérationnel dans la ville de Bruxelles, comment envisager que l'intégration d'une maison de naissance et de mourance au sein de l'habitat influencera-t-elle la santé des personnes rattachées au projet ?* ».

Nous discuterons des enjeux liés à l'intégration d'une maison de naissance et de mourance au sein d'un habitat groupé intergénérationnel, contextualisé dans le cadre du projet CALICO à Forest, Bruxelles. Notre choix méthodologique s'est porté vers une méthode qualitative et d'analyse thématique pour mieux comprendre les enjeux liés à l'intégration de la naissance et de la mourance au sein de la vie, dans un habitat groupé intergénérationnel. Nous développerons ci-dessous la méthodologie que nous avons suivie tout au long de cette recherche. Nous présenterons les participants, la méthode de recueil des données, l'éthique de la recherche et le dispositif d'analyse. Finalement, nous exposerons les résultats et discuterons ceux-ci dans la dernière partie de ce travail.

1. Type d'étude choisie

Une analyse thématique a donc été réalisée pour répondre à la question présentée ci-dessus. Ce mémoire s'inscrit donc dans une démarche qualitative, c'est-à-dire que les données récoltées sont non chiffrées et émanent d'une observation continue sur le lieu de recherche, d'entretiens semi-directifs et d'un focus group. Nous nous basons, d'une part sur des sources scientifiques pour la rédaction de la revue de littérature et d'autre part sur le vécu des personnes pour la partie empirique. En effet, la méthode qualitative s'intéresse aux comportements des participants et permet d'explorer leurs émotions, leurs sentiments et leurs expériences personnelles (Aubin-Auger, et al., 2008). Finalement, elle permet la compréhension des phénomènes sociaux des individus ou des situations sociales et apporte un éclairage nouveau sur ces phénomènes (Poisson, 1991). Par le biais de cette recherche, des nouveaux concepts et de nouvelles hypothèses pourraient donc être mis en lumière.

2. Ethique de la recherche

Afin de respecter l'éthique, chaque participant a été invité à prendre connaissance et à signer un formulaire de consentement (disponible dans les annexes). Celui-ci précisait notamment que le participant acceptait d'être enregistré pour permettre par la suite une retranscription des entretiens, essentielle pour l'analyse.

Dès le début de l'entretien, nous avons rappelé aux participants qu'ils étaient libres de participer à cette recherche mais également d'arrêter l'étude, à tout moment, sans devoir motiver leur décision.

Dans le but de veiller au bien-être des participants, il leur a été précisé qu'ils pouvaient s'exprimer librement tout au long de l'entretien et se sentir libres de ne pas répondre à certaines questions si celles-ci les mettaient dans une position inconfortable. De plus, tous les noms utilisés dans la rédaction de ce mémoire sont des noms d'emprunt pour garantir l'anonymat des participants.

3. Choix des participants

3.1. Stratégie d'échantillonnage

Cette recherche s'est centrée sur le public de CALICO et plus particulièrement sur les membres de l'ASBL Pass-ages. Les personnes interrogées ont toutes participé à l'élaboration du projet de la maison de naissance et de mourance. Il s'agissait d'une part de professionnels de la santé : de sage-femmes pour la naissance et d'infirmières pour la mourance, et d'autre part, de personnes chargées de projet et des futurs habitants. De cette manière, tous les aspects du projet ont été abordé c'est-à-dire, l'habitat, la naissance et la mourance.

Critères de sélections utilisés :

- Avoir participé à l'élaboration du projet de la maison de naissance et de mourance.
- Avoir travaillé sur la thématique de la naissance, de la mourance ou les deux.
- Avoir tenu un rôle au sein de l'ASBL Pass-ages et/ou être un professionnel de la santé spécialisé dans les soins périnataux et/ou dans les soins palliatifs et/ou être un.e futur.e habitant.e au sein du projet CALICO.

NB : Les participants devaient rassembler les caractéristiques de ces trois critères pour participer à l'enquête.

Les participants ont été sollicités par le biais d'une présentation de la recherche lors d'une réunion mensuelle de Pass-ages. Avec l'approbation d'une chargée de projet, un résumé de la recherche ainsi que les objectifs de celle-ci ont été présentés à l'ensemble du groupe. À la suite de cela, les membres de Pass-ages se sont montrés intéressés et ont manifesté beaucoup d'enthousiasme à partager leur expérience, c'est de cette manière que l'échantillon de la recherche a été constitué.

3.2. Échantillon obtenu

Au total, l'échantillon de cette recherche compte dix personnes. Pour recueillir les données, une observation continue, des entretiens semi-directifs et un focus group ont été réalisés. Nous avons mené des entretiens semi-directifs avec cinq personnes. Chacune d'entre-elles a accepté un entretien d'une durée variant de 57 minutes à 1h59. Ceux-ci ont été réalisés du 01 octobre 2021 au 26 octobre 2021 et pour la plupart d'entre-deux, ils se sont déroulés en présentiel. Cependant, deux entretiens semi-directifs ont été menés en vidéoconférence grâce au logiciel Zoom étant donné la distance géographique des participants. Un focus group qui rassemblait cinq autres personnes (différentes des personnes interrogées individuellement) a également été organisé le 10 octobre 2021. Celui-ci a duré deux heures. Parmi les participants, deux ont participé via le logiciel de vidéoconférence Zoom, leur travail les empêchant de se rendre sur place. L'échantillon du focus group devait initialement rassembler six personnes. Cependant, une participante n'a pas pu se présenter le jour du focus group pour des raisons médicales.

Pour assurer la compréhension de l'échantillon de recherche, une présentation détaillée des participants est nécessaire. Le tableau ci-dessous reprend les caractéristiques des personnes rencontrées (Tableau N°2).

TABLEAU 2 : Caractéristiques des participants²

Personnes	Genre	Profession(s)	Implication	Rôle
PARTICIPANTS – ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS				
Anne	Femme	Sage-femme Diplômée depuis sept ans	Construction de la maison de naissance + sage-femme dans la maison de naissance	Professionnel Sage-femme

² Des noms d'emprunt ont été utilisés pour préserver l'anonymat des participants

Jeanne	Femme	Sage-femme Diplômée en 1997	Construction de la maison de naissance	Professionnel Sage-femme
Julie	Femme	(1) Etudes de langues et master en sciences politiques. (2) Infirmière en soins palliatifs de deuxième ligne (deuxième profession)	Construction de la maison de mourance	Professionnel Infirmière
Justine	Femme	Infirmière spécialisée en oncologie et soins palliatifs	Construction de la maison de mourance	Professionnel Infirmière
Sophie	Femme	Infirmière A2 ; Formation à l'animation des questions de recherche et de sens en milieux populaires ; Accompagnement de personnes âgées ; Chargé de projet EVAbxl ;	A l'initiative du projet ; Chargé de projet ; Habitante ; Bénévole naissance et mourance	Membre de Pass-ages ; Habitante
PARTICIPANTS – FOCUS GROUP				
Caroline	Femme	Sociologue et économiste	Gestionnaire de projet à Pass-ages	Membre de Pass-ages
Fanny	Femme	Ergothérapeute et travaille dans un centre de jour avec des personnes âgées	Construction de la maison de mourance + habitante	Habitante
Chloé	Femme	Médecin généraliste et sage- femme	Construction de la maison de naissance	Professionnel Sage-femme
Audrey	Femme	Sage-femme	Construction de la maison de naissance	Professionnel Sage-femme
Léa	Femme	Sage-femme	Construction de la maison de naissance et de mourance	Professionnel Sage-femme
Camille (absente)	Femme	Infirmière	Construction de la maison de mourance	Professionnel Infirmière

Ces données sont extraites des entretiens réalisés et les noms des participants sont des noms d'emprunt pour garantir leur anonymat. Les dix personnes interrogées dans le cadre de cette recherche sont des femmes. Dans le cadre des entretiens semi-directifs, deux sage-femmes, une infirmière en soins palliatifs de deuxième ligne, une infirmière spécialisée en soins palliatifs et oncologie et une chargée de projet, également future habitante, ont été interrogées. Lors du focus group, une gestionnaire du projet Pass-ages, sociologue et économiste de formation, deux sage-femmes, une future habitante, une médecin

généraliste et sage-femme étaient présentes. Une infirmière devait également participer au focus group mais pour des raisons médicales, elle n'a pas pu prendre part à la discussion.

4. Recueil des données

4.1. Observation continue

L'observation en méthode qualitative consiste à observer quelqu'un et le prendre pour « objet d'observation ». L'observant regarde attentivement les êtres et leurs interactions, les choses, les événements, les phénomènes pour pouvoir par la suite les décrire, les étudier, les expliquer et en tirer des conclusions (De Ketele et Roegiers, cité dans Fernandez, 2021).

Une observation continue tout au long de l'année a également été de rigueur. La participation aux réunions mensuelles de l'ASBL Pass-ages ont permis de bien appréhender l'ensemble du projet, une notion non négligeable étant donné la complexité du sujet de recherche et du projet pilote qui en est l'objet (CALICO).

4.2. Entretiens semi-dirigés

Le but de ces entretiens était de récolter des informations sur leur expérience au sein du projet. Ceux-ci ayant tous participé à l'élaboration de la maison de naissance et de mourance, ils ont pu, grâce à leur vécu et leurs perceptions, mettre en lumière de nouvelles perspectives concernant les enjeux liés à l'intégration de la maison de naissance et de la maison de mourance au sein d'un habitat groupé intergénérationnel.

Le caractère semi-directif permet, dans un premier temps, de pouvoir guider la personne lors de son témoignage et de recentrer ses idées si celles-ci s'éloignent du sujet de recherche. Dans un second temps, il permet de rebondir sur les sujets abordés par le participant pour lui laisser la possibilité de les approfondir. Finalement, il permet également au chercheur de s'adapter en fonction de chaque participant. En effet, comme détaillé un peu plus loin, l'élaboration d'un guide d'entretien a été nécessaire mais le caractère semi-directif de celui-ci offre la liberté de pouvoir ajuster les questions selon le discours du participant. De cette manière, les questions posées ont varié d'un entretien à l'autre et certaines ont émergé grâce aux paroles de l'intervenant.

Ces entretiens semi-directifs étaient fixés au nombre de quatre. Cependant, un cinquième entretien a finalement été mené avec une personne rassemblant les mêmes caractéristiques que la personne n'ayant pas pu participer au focus group.

4.3. Focus group

La réalisation d'un focus group permet d'évaluer les dispositions, l'attitude, les idées et les expériences des participants (Luke et Goodrich, 2019). Cette méthode de collectes de données permet de mesurer des besoins, des attentes, des satisfactions et de mieux comprendre certaines opinions, motivations ou comportements. Elle permet également au chercheur de faire émerger de nouvelles idées, parfois inattendues. Les participants partagent au cours d'une discussion leurs idées et défendent leurs priorités, leurs préférences et leurs valeurs (Moreau et al., 2004). En effet, le focus group invite les participants à discuter entre eux de certaines questions et thématiques abordées par le chercheur, qui modère la discussion.

Le focus group a été réalisé le 10 octobre 2021, consécutivement à trois entretiens semi-dirigés. Une première analyse a été réalisée après les trois premiers entretiens pour faire ressortir certaines préoccupations autour de la thématique de recherche. De cette manière, la plus-value du focus group a été de pouvoir aborder plus précisément certaines questions récurrentes qui avaient été relevées après les trois premiers entretiens. Le focus a donc permis de faire ressortir d'éventuelles solutions aux préoccupations qui ont été mises en avant. De plus, le côté interactif du groupe a permis de faire émerger des divergences et convergences d'opinions.

Effectivement, la force du focus group est qu'il permet de mettre en avant différents éléments intéressants pour une analyse qualitative : le récit, la dynamique de groupe, l'initiative personnelle et l'expérimentation. Si les acteurs de terrain sont correctement choisis et qu'on tient compte de la dynamique du terrain, le focus group peut valoriser l'intelligence collective (Marty, 2021).

4.4. Elaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien (disponible en annexe) a été construit avec l'aide de Madame An-Sofie Smetcoren de la VUB. En effet, étant responsables de la rédaction de rapports pour le projet CALICO, les chercheurs de la VUB ont également épaulé cette recherche et ont mis à notre disposition leurs rapports réalisés précédemment sur CALICO.

Le guide est composé de cinq parties. Dans un premier temps, il propose quelques questions de présentation pour permettre de situer le participant au sein de la recherche et

de rassembler ses caractéristiques³, c'est-à-dire ses données d'identification et son investissement au sein de Pass-ages. Ensuite, il rentre dans le vif du sujet en décortiquant la philosophie et les objectifs du projet de maisons de naissance et de mourance. Par après, il aborde l'investissement du participant dans l'élaboration du projet ainsi que sa participation et l'organisation des réunions. Les enjeux de santé (physiques, mentaux, sociaux et spirituels) sont également abordés. Pour finir, il tentera d'amener les participants à parler de leur vision du projet au sein de la société actuelle et de l'influence qu'elle peut avoir sur celle-ci (en termes de santé). De cette manière, l'étude explore les différents aspects de la question de recherche. Les questions du guide d'entretien ont été écrites après la rédaction de la partie théorique et grâce l'observation réalisée tout au long de l'année. Elles visent à répondre à notre question de recherche.

5. Méthode d'analyse de l'observation continue, des entretiens et du focus group

Le choix de la méthode d'analyse s'est porté sur l'analyse thématique pour traiter les données obtenues grâce à l'observation continue, les entretiens semi-directifs et le focus group.

L'analyse thématique permet de résumer le corpus à l'aide de dénominations sous forme de « thèmes » et « sous-thèmes ». Le chercheur doit donc se demander ce qui est fondamental dans son corpus et comprendre ce qu'il traite pour pouvoir le thématiser en rapport avec la problématique abordée. « *L'analyse thématique consiste, dans ce sens, à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus* » (Paillé & Mucchielli, 2021, p.270). L'analyse thématique permet dans un premier temps de documenter tous les thèmes pertinents en lien avec les objectifs de la recherche. Ensuite, elle permet d'établir des parallèles ou de mettre en avant des oppositions, des divergences, des complémentarités, etc, entre ces thèmes. Si plusieurs témoignages sont soumis à l'analyse, il s'agira également d'observer les récurrences d'un matériau à l'autre et de voir de quelle manière ceux-ci se rejoignent, se contredisent ou se complètent. Finalement, l'idée est de construire un arbre thématique sous forme de schéma (Paillé & Mucchielli, 2021).

Comme précisé précédemment, le focus group a permis de répondre à certains questionnements des professionnels de santé. En effet, trois entretiens ont été réalisés avant le focus group. De cette manière, une première analyse a pu être effectuée au préalable.

³ Voir p.25-26 : TABLEAU N°2 : caractéristiques de l'échantillonnage

Elle a ainsi permis d'aborder avec plus de précision des questionnements récurrents lors du focus group. La discussion ouverte entre les différentes participantes a permis ensuite de confirmer ou non ces inquiétudes et d'en faire ressortir des solutions éventuelles et/ou l'intention de porter une attention particulière sur ces différents sujets.

Une fois les entretiens semi-directifs et le focus réalisés, ils ont été retranscrits dans le but d'en faciliter l'analyse. Celle-ci a été réalisée sur papier, les entretiens ont été codifiés grâce à un code couleur et différents thèmes ont été pointés. Ceux-ci ont ensuite été subdivisés en plusieurs sous-thèmes, permettant d'explorer plus en détails les principales thématiques abordées.

Une thématisation en continu a été possible via l'attribution des thèmes tout au long de la relecture des entretiens. Les sphères ont été regroupées et finalement hiérarchisées sous la forme de thèmes centraux et de sous-thèmes. L'outil d'analyse utilisé est l'arbre thématique présenté par Paillé et Mucchielli (2021), dans le livre « *l'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* ». Il a été construit progressivement tout au long de la recherche et montre un panorama des cas de figure des phénomènes faisant l'objet de cette étude. Par ce biais, une synthèse des résultats a pu être possible.

CHAPITRE 3 : Résultats

1. Structure de l'analyse

Trois thèmes se sont dégagés de notre analyse : les enjeux propres à Pass-ages, les enjeux de santé et, enfin, les enjeux sociétaux et politiques. La vision et les questionnements des personnes interrogées viennent éclairer chacune de ces trois sphères. Nous avons divisé chaque enjeu en plusieurs sous-thèmes afin d'approfondir notre analyse. Nous présentons l'arbre thématique, reprenant les différents thèmes abordés sous forme d'un tableau (TABLEAU N°3).

TABLEAU 3 : Arbre thématique

Thèmes		
2.1. Enjeux propres à Pass-ages	2.2. Enjeux de santé	2.3. Enjeux sociétaux et politiques
Sous-thèmes	Sous-thèmes	Sous-thèmes
A. Différence dans l'état d'avancement du projet B. Evolution et viabilité du projet C. Travail volontaire D. Intelligence collective	A. Repenser la naissance et la mourance B. Logement et habitat C. <i>Care</i>	A. Métiers du <i>Care</i> B. Vision de la naissance et de la mourance dans la société C. Inclusivité du projet

Le tableau ci-dessus représente l'ensemble des enjeux abordés lors de cette analyse ; (1) les enjeux propres à Pass-ages, (2) les enjeux de santé et (3) les enjeux sociétaux et politiques. Ces trois types d'enjeux sont donc les thématiques principales abordées. Celles-ci ont été divisées en sous-thèmes pour détailler les différents enjeux que nous avons identifiés tout au long de notre analyse. Au total, l'analyse des résultats rassemble quinze enjeux. Nous proposons un tableau plus détaillé dans les annexes⁴.

⁴ Voir annexes TABLEAU 3 : arbre thématique

2. Présentation des enjeux

2.1. Enjeux propres à Pass-ages

A. Différence dans l'état d'avancement du projet

L'objectif de Pass-ages est de remettre la naissance et la mourance au cœur de la vie dans notre société. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'ils ont créé une maison de naissance et une maison de mourance côte à côte au sein d'un habitat groupé intergénérationnel. Une volonté de vision commune entre les deux maisons et l'envie de lier ces deux passages de la vie sont en effet fondamentales. D'ailleurs, nous avons pu retracer des similitudes entre les deux, en voici en aperçu grâce aux verbatims ci-dessous.

Notre rôle principal ne va pas être des gestes très techniques, mais avec beaucoup de présence. (...) Ils se ressemblent aussi dans les étapes de vie et de lâcher prise quelque part (Sophie, habitante).

La magie, les questions plus philosophiques ou profondes par rapport à qu'est-ce que ça représente, etc. (...) Donc, je crois qu'il y a cet intérêt de vraiment vivre ça en commun et de voir comment c'est possible de le faire (Julie, infirmière).

Cependant, les personnes ayant participé à l'enquête précisent que l'état d'avancement des deux maisons est différent. Au départ, la création de la maison de naissance semblait plus compliquée à mettre en place à cause des nombreux protocoles à créer, de la liaison à établir avec une maternité à proximité des lieux, etc. Finalement, il s'est avéré que c'est le modèle qui est le plus abouti par rapport à celui de la maison de mourance.

Enjeu 1 : Faire connaître le projet de la maison de mourance

Ainsi, l'analyse a montré des divergences sur le parcours de construction. Celles-ci peuvent s'expliquer en partie par le caractère innovant du projet de la maison de mourance. L'ensemble des participants s'accorde pour dire qu'il existe une différence majeure entre l'évolution de la construction du projet de la maison de naissance et celui de la maison de mourance. Comme Jeanne (infirmière) nous le présente ci-dessous, le concept de la maison de mourance n'est pas connu du public. Il va donc devoir faire ses preuves et trouver un fonctionnement par lui-même.

La maison de mourance n'existant pas en tant que concept, il va falloir l'inventer (...) le côté pratique, aussi bien l'une que l'autre, ça va être beaucoup de travail, beaucoup d'efforts de chacun pour que les personnalités des différents professionnels réussissent à trouver une longueur d'onde, une façon de travailler dans cette structure nouvelle, qui n'a pas encore fait ses preuves, qui n'est pas connue du public, c'est tout un défi, c'est tout un challenge (Jeanne, sage-femme).

Lors du focus group, cette question a également été évoquée, et ensemble, les participantes ont pu mettre des mots sur les éventuelles raisons de cette différence d'état d'avancement entre les maisons lors de la construction du projet. Caroline nous dit :

Les maisons de naissance elles existent, il y a plein d'études qui ont été faites pour montrer à quel point il y a une plus-value incroyable (Caroline, Pass-ages).

Nous pouvons établir une autre distinction entre la maison de naissance et de mourance, il s'agit du pronostic vital. Les maisons de naissance requièrent un encadrement médical et la création de protocoles stricts en plus d'une collaboration entre les différents corps du métier médical. Du côté de la mourance, le but principal est de soulager les patients, de veiller à leur confort et de les accompagner dans leur processus de fin de vie pour qu'ils puissent vivre ce passage le plus sereinement possible. Aucun pronostic vital n'est réellement engagé dans l'accompagnement de la mourance, étant donné que la finalité est la mort, nous précise Julie (infirmière).

C'est aussi qu'il y a un danger vital à la maison de naissance. Parce qu'ils doivent être encadrés pour éviter le pire (...) il faut vraiment un cadre très, très clair avec des sages femmes aussi très expérimentées, etc. Pour détecter tous ces enjeux et pour pouvoir suivre des grossesses naturelles et pour éviter le pire. Côté mourance, on n'a pas d'enjeu vital. Comme j'ai déjà dit, mourir (...) on meurt, tout le monde va mourir (Julie, infirmière).

De plus, le projet de la maison de naissance a été porté par un groupe de sage-femmes bénévoles tout au long de son processus de construction. Du côté de la mourance, certains professionnels de la santé se sont investis au départ mais n'ont pas continué l'aventure, du moins pas autant que pour la naissance. L'analyse nous montre que le manque d'un ancrage du personnel soignant du côté de la mourance peut expliquer cette différence entre les deux maisons. En effet, la maison de mourance sera portée essentiellement par des bénévoles, les habitants, les aidants proches et les professionnels de soins mais qui ne seront pas engagés pour travailler dans la maison. Nous pensons donc que cette notion a pu influencer la motivation des soignants à s'investir dans la création du projet.

En effet, du côté de la naissance, les sage-femmes qui ont travaillé sur la réflexion ont la possibilité de postuler pour travailler ensuite au sein de la maison de naissance. Cette finalité n'est pas envisageable du côté de la mourance. Nous illustrons nos propos grâce au verbatim présenté ci-dessous.

On a eu une histoire de construction des deux maisons qui est assez différente en fait. La maison de naissance à un moment a vraiment été portée par un groupe de sage-femmes professionnelles. Tandis qu'au niveau de la mourance, le processus a été majoritairement porté par un groupe de volontaires. Et donc ça, c'est très différent en fait. Du coup, pour moi dans la maison de mourance, cette implication comme ça de départ de professionnels qui veulent en faire "leur maison" m'a manqué en tant que gestionnaire de projet, a manqué au projet je pense, sincèrement. Donc je ne sais pas pourquoi ça n'a pas pris (...) Peut-être que ça doit encore être fait. (...) Entre les sage-femmes où c'est leur maison, c'est la maison d'autres personnes aussi mais je veux dire c'est la maison des volontaires, de Pass-ages et tout mais c'est la leur. On n'a pas cette équivalence au niveau de la mourance (Caroline, Pass-ages).

Lors du focus group, dans un premier temps, les participantes ont envisagé cela comme une faiblesse, pouvant influencer négativement la continuité du projet de la maison de mourance. Cependant, par la suite, elles ont évoqué que la durabilité du projet peut être envisagée autrement. Il faudra ancrer le projet dans le quartier pour que celui-ci puisse assurer la pérennité du projet. C'est-à-dire d'inclure par exemple les structures du quartier déjà existantes comme une maison de repos, une maison médicale, etc. et de travailler ensemble, main dans la main avec les professionnels de santé.

B. L'évolution et la viabilité du projet

L'ensemble des participants affirme que le projet rassemble des valeurs porteuses et enrichissantes pour la société actuelle. Néanmoins, la plupart sont également curieux de voir comment celui-ci se développera jour après jour.

Je trouve ça beau, enrichissant, je suis curieuse de voir comment ça va se développer dans le quotidien (...) il faut voir aussi comment est-ce qu'on va le mettre en œuvre et ça c'est une grande interrogation pour moi (Jeanne, sage-femme).

Enjeu 2 : Evolution et ancrage du projet

Le projet doit à présent se frotter à la réalité. En effet, la construction a débuté il y a plusieurs années. A présent les appartements sont occupés par les habitants, les maisons de naissance et de mourance ouvriront bientôt leurs portes et toute la dynamique qui a été

imaginée par les gestionnaires de projet, les bénévoles, les professionnels de santé et les habitants doit se vivre au quotidien. Ainsi, ensemble, ils pourront ensuite envisager ce qui peut être remodelé, modifié, amélioré, etc.

Par exemple, Julie (infirmière) nous dit qu'à présent il faut se lancer et découvrir les choses qui fonctionnent et celles qui fonctionnent moins bien. Que ce soit dans la sélection des hôtes (de la maison de naissance et de mourance), dans la collaboration entre professionnels, des volontaires et des habitants, etc., il faut maintenant confronter ce rêve à la réalité. En effet, ce projet au départ a pu lui sembler « utopiste », comme elle nous le signale lors de l'entretien. Cependant, elle précise qu'elle n'avait peut-être pas l'énergie et le temps suffisant pour mettre tout en œuvre. Aujourd'hui, le lancement imminent du projet CALICO lui prouve que c'était possible. Il s'agit à présent de confronter les idées qui ont émergé lors de l'élaboration du projet aux réalités du terrain. Jeanne (sage-femme) nous précise qu'il va y avoir énormément de remises en question et de réajustements lors des prochaines années. Il est nécessaire de passer par cette première étape d'expérience avant de fonctionner de manière optimale. C'est un projet novateur qu'il faut appréhender et remodeler en fonction des situations pratiques et particulières. En effet, les équipes changeront et chaque personne qui participera de loin ou de près au projet apportera sa pierre à l'édifice. Comme dans la vie, il y a une notion cyclique et une évolution dans le temps, on ne peut pas attendre un aboutissement précis. Il faudra chercher perpétuellement à mieux faire en fonction des objectifs qui seront fixés au fur et à mesure.

Nous avons évoqué cette notion lors du focus group et les participantes ne s'inquiètent pas pour la suite du projet car, selon eux, il répond à un besoin. Il s'agit, en partie, du besoin de recréer du lien. Le principal enjeu qu'il faudra aborder et retravailler est la gestion du projet.

Moi je n'ai aucune crainte pour l'avenir du projet en tant que tel, ça répond à quelque chose. C'est une vraie plus-value sociale. Ça c'est évident, maintenant il y aura des challenges, de dynamique qui ne doit pas s'essouffler, de stabilité financière, d'accessibilité, des trucs comme ça mais c'est de la gestion de projet ça, ce n'est pas du fondamental au niveau de ce qu'on apporte à la société (Léa, sage-femme).

Lors de l'analyse, nous constatons que les bases de fonctionnement de Pass-ages sont solides et bienveillantes. Nous développerons ce point un peu plus tard mais il est nécessaire de le préciser ici pour la raison suivante : les questionnements des participants concernant le lancement du projet et son avenir se définissent plutôt comme une curiosité

et une envie de voir le projet se lancer que de réelles craintes. En effet, le verbatim ci-dessous illustre bien ce que nous venons d'affirmer.

C'est aussi la force de Pass-ages, il n'y a rien qui est figé et on peut encore tout reconstruire, réinventer, réorganiser. (...) J'ai peu de doutes. Même là ce n'est pas un vrai doute, c'est plus une curiosité et une envie de voir comment aussi aller vers toujours du mieux. Tout le reste semble très fluide, les bases de fonctionnement me semblent tellement saines. Les problèmes ne vont pas déstabiliser tout le projet (Justine, infirmière).

Les habitants de CALICO occupent les lieux depuis le mois de septembre 2021. Le projet de la maison de naissance et de mourance doit venir s'ajouter au projet d'habitat. Toutefois, la dynamique collective au sein de l'habitat n'est pas encore lancée et les habitants terminent seulement leur installation au sein de leur appartement. En effet, un autre enjeu pointé par les participants de l'enquête est qu'il faut que les habitants puissent s'approprier les lieux et qu'ils apprennent à se connaître avant que les maisons de naissance et de mourance n'ouvrent. Anne (sage-femme) pense que les habitants doivent créer leur village et une dynamique au sein de celui avant d'y intégrer une dimension supplémentaire avec la maison de naissance et de mourance. De plus, elle précise que selon elle, la maison de naissance doit encore travailler sur certains protocoles avant d'ouvrir.

Les maisons de naissance et de mourance devaient ouvrir leurs portes en novembre, mais, pour des raisons pratiques cela n'a pas été faisable. Lors du focus group, nous avons également discuté cette question et il en est ressorti qu'il était effectivement préférable de reporter l'ouverture.

Un déménagement c'est hyper stressant et on a besoin d'un petit peu se poser et juste souffler pour après repartir pour le projet dans lequel on s'est investi. On est tous super emballé mais je pense que si la maison de naissance avait ouvert exactement en même temps (...) les habitants auraient été en burn-out avant tout le monde (Fanny, habitante).

L'enjeu à présent c'est de se lancer et de voir ce que ça donne. Sophie (Pass-ages, habitante) nous dit que son rêve est que le projet soit suffisamment simple pour qu'il puisse être dupliqué. Le projet doit se vivre, continuer de mûrir et voir comment il peut être amélioré par la suite pour peut-être inspirer d'autres initiatives. Cependant, selon Justine (infirmière), ce n'est pas à Pass-ages de façonner ces changements et d'être porteur de nouveaux projets par la suite. Elle précise qu'avant de vouloir aller plus loin dans les réflexions, le projet doit s'ancrer dans une réalité et vivre tout ce qui a déjà été réfléchi.

Les deux verbatims ci-dessous nous montrent que l'intérêt n'est pas de dupliquer le projet en tant que tel mais plutôt d'aider à façonner les esprits et montrer au reste de la population qu'il est possible de changer notre façon d'appréhender notre société, en l'occurrence ici au travers de la naissance et la fin de vie, qui sont deux chemins inévitables, que nous traversons tous un jour.

Je pense qu'on rêve tous d'un monde meilleur pour demain. Je pense que c'est une manière de mettre des petites pierres, des petits pas pour avancer vers ça (...) j'aimerais tellement que demain cette société aille mieux, que les gens aillent mieux (Léa, sage-femme).

Moi j'ai l'impression que ça va faire germer des petits Pass-ages un peu partout. Je ne sais pas, dans 15-20 ans (Audrey, sage-femme).

Finalement, nous avons ressorti lors du focus group, qu'il serait utile de prévoir une évaluation des pratiques via un travail de recherche. Il faudra prévoir du temps pour évaluer la satisfaction et le vécu des hôtes qui viendront dans les maisons de naissance et de mourance. De plus, il serait également judicieux d'examiner leur impact éventuel sur les comportements. De cette manière, comme précisé précédemment, le projet pourra être réaménagé et s'assurer un avenir durable.

C. Le travail volontaire

La composante du volontariat est fondamentale pour Pass-ages. Selon Caroline (Pass-ages), elle représente l'âme de l'ASBL. Une attention particulière est donc portée à ce que les maisons de naissance et de mourance soient partiellement gérées par des bénévoles. Cependant, cet investissement sera différent d'une maison à l'autre. Effectivement, du côté de la naissance, les sage-femmes assureront la gestion de la maison. Tandis que du côté de la mourance, comme nous l'avons déjà précisé, les bénévoles seront les principaux acteurs de la maison.

Enjeu 3 : Trouver un équilibre entre le travail volontaire et celui des professionnels de la santé

Ce volontariat au sein des maisons est perçu différemment par les participants. Nous avons pu faire des rapprochements et globalement, les soignants sont plus réticents à cette implication volontaire. En effet, les trois soignants interrogés dans les entretiens semi-dirigés ont émis des inquiétudes face à cet aspect du projet. Tandis que les habitants et les

futurs bénévoles sont enthousiastes et ne perçoivent que le côté positif de cette collaboration avec les professionnels.

Du point de vue des soignants, ce travail volontaire n'est pas évident à gérer. Tout d'abord, ils évoquent que les personnes qui s'impliquent sont séduites par le projet et sont à la recherche de sens. Un projet tel que celui de CALICO est inspirant, il humanise la naissance et la fin de vie, il s'oppose à la tendance individualiste actuelle et met en avant l'importance de la notion de collectivité et d'entraide. Cependant, cette implication bénévole est effectuée en plus des obligations de vie telles que la vie de famille, le travail, etc. et malheureusement, c'est sûrement l'aspect qui est négligé si la personne n'arrive plus à gérer l'ensemble de ses activités.

Ensuite, Anne (sage-femme) nous partage qu'elle est impressionnée la volonté de la part des bénévoles de s'investir dans le projet, c'est selon elle le point positif de cette implication volontaire. Cependant, elle nous partage également ses craintes. La naissance et la mort sont des thématiques qui doivent être correctement encadrées et tout le monde ne peut pas s'investir dans de la relation d'aide. Les soignants s'entendent donc sur l'importance d'organiser des formations pour les bénévoles.

Un autre enjeu selon les soignants est qu'ils puissent réellement compter sur les bénévoles sans en être pour autant dépendants. Nous illustrons ce propos par le verbatim ci-dessous.

Les volontaires ils ont envie d'aider pour ça aussi, pour prendre soin de nous. (...) J'aimerais bien qu'il y ait une vraie implication volontaire sur qui on puisse compter. Mais pour l'instant, j'ai du mal à y croire. C'est peut-être ça. J'aimerais bien qu'il y ait une vraie vie autour et qu'il y ait une prise en charge, pas que de la mort, mais de la parentalité aussi de manière générale (...) Mais je n'ai pas non plus envie de leur demander de trop s'investir non plus parce que je veux qu'ils le fassent de manière juste. S'ils n'ont plus envie, ils n'ont plus envie mais il ne faut pas que ça nous fasse un gros trou dans (...) faut pas qu'on soit dépendant d'eux (Anne, sage-femme).

Notre analyse démontre néanmoins que quelques pistes peuvent être envisagées pour assurer la sérénité de cette collaboration entre les professionnels et les bénévoles. Il serait utile d'avoir une personne centrale qui puisse coordonner le travail des volontaires, de proposer un encadrement, des espaces pour échanger et de rédiger des rapports pour que les informations puissent circuler.

Nous nous attardons à présent sur la vision des bénévoles. En l'occurrence, ils sont tous enthousiastes face à cette implication volontaire. Tout d'abord, ils soulignent les bienfaits qu'ils peuvent apporter dans l'accompagnement à la naissance et dans la mourance. En effet, ils sont également garants de connaissances et d'une expertise grâce à leur propre parcours de vie. L'expérience par les pairs est une piste non négligeable selon eux qu'il faut mettre en avant.

Je pense que les sage-femmes vont donner tout ce qu'elles ont à donner et plus encore mais moi mon expérience personnelle, il y a plein de choses que j'ai appris, je n'ai pas dû téléphoner à ma sage-femme quinze fois car ce sont des copines qui m'ont dit, pense à ça et qui te donne des choses de la vie. D'avoir des habitants qui sont là, l'idée qu'il y ait du lien, de la conversation, qu'on puisse amener et enrichir (...) qu'il y ait de la transmission et dans la mourance aussi, ces expériences d'accompagnement (Fanny, habitante).

Ensuite, lors du focus group, le volontariat a également été évoqué comme pouvant être une solution pour favoriser la multiculturalité au sein des maisons de naissance et de mourance. En effet, la vision de la mort et la façon dont le processus de fin de vie est abordé sont fortement influencées par la culture. Fanny (habitante) nous partage que selon elle, les bénévoles pourront nourrir cet aspect-là du projet, avec ce qu'ils sont, leur culture et pourront le partager avec les autres.

Cette notion avait également été abordée lors d'un entretien semi-directif. Si différentes cultures sont représentées dans l'équipe de bénévoles, cela favorise également la multiculturalité des hôtes. Par exemple, en permettant de franchir la barrière de la langue.

Finalement, l'implication des volontaires peut avoir une portée plus large. Ils repartiront avec un bagage qui pourra se démultiplier et faire effet boule de neige. Ainsi, la vision de Pass-ages pourra être partagée au sein de la communauté et ainsi se perpétuer.

D. L'intelligence collective⁵

Pour terminer ce point sur l'analyse des enjeux propres à Pass-ages, nous parlerons de l'organisation des réunions et de la manière dont les décisions sont prises au sein du groupe depuis le début de la construction du projet.

Enjeu 4 : Maintenir l'intelligence collective pour assurer une gouvernance participative entre tous les acteurs du projet

Au départ, les réflexions émergent d'un petit groupe de bénévoles, qui a pris de l'ampleur au fur et à mesure des années pour devenir « Pass-ages ». Les réunions qui étaient donc assez générales dans un premier temps, se sont organisées et disciplinées au fil des ans. L'analyse du corpus nous montre que cette organisation s'est concrétisée lorsque le projet a reçu un financement de l'Europe. Dès lors, une personne est engagée pour coordonner l'ensemble de la réflexion et diviser la charge de travail. De cette manière, des groupes de travail ont été pensés pour d'une part avancer sur le projet de la maison de naissance et d'autre part, sur la maison de mourance. Des réunions qui liaient les deux maisons ensemble étaient également organisées.

C'est à ce moment-là que les porteurs de projet ont officiellement fait le choix de travailler en intelligence collective. Nous précisons cependant que l'ensemble de participants convient qu'une dynamique de gouvernance participative est en place depuis le départ.

Concrètement, chaque réunion débute par un temps d'ancrage et ce qu'ils appellent une « météo » des personnes présentes. Chaque participant dépose quelques mots pour dire l'état dans lequel il se sent avant de commencer. De cette manière, les besoins de chacun peuvent être entendus. Ils procèdent de la même manière en fin de réunion.

Selon Jeanne (sage-femme), cette manière de procéder est symbolique de l'esprit de Pass-ages. Toutes les participantes de l'enquête parlent de bienveillance, de respect, d'écoute et de prise en compte des réalités de chacun.

⁵ L'intelligence d'une vision commune permet de mieux s'adapter et d'agir. Elle s'inspire de nombreux travaux pour traduire l'enjeu important pour le bon fonctionnement des organisations de travailler en intelligence collective. Celle-ci se traduit par l'apprentissage en petits groupes où l'organisation constitue le lien entre l'intelligence individuelle et l'intelligence collective (Greselle Olfa Zaïbet, 2007).

Cependant, deux participantes évoquent le rythme soutenu des réunions et la facilité de perdre le fil si on manque l'une ou l'autre réunion. De plus, en analysant notre corpus, nous remarquons que les participantes, principalement les professionnelles de la santé (sage-femmes et infirmières) ne connaissent pas bien le projet dans son ensemble. En effet, la division du travail en sous-groupe ne permet pas d'avoir une vision globale du projet. Cette notion a été abordée lors du focus group et il en est ressorti que les groupes de travail évitent aux bénévoles de participer à un nombre trop important de réunions. Cela permet de concentrer son énergie sur certaines thématiques car à force de vouloir être partout, cela peut mener à l'épuisement. Finalement, il semble donc que cela soit plutôt bénéfique que les professionnels, bénévoles, etc. Concentrent leur énergie sur des thématiques particulières et ne s'investissent pas sur l'ensemble du projet, au risque de s'épuiser.

Lors de l'analyse, nous avons également ciblé que le groupe « mère », les premières personnes à s'être investies dans le projet, porte son regard sur l'ensemble des décisions, ce qui a été mal vécu par quelques participantes à certains moments. Le recrutement des sage-femmes semble également être mal vécu chez certaines. Elles ont investi du temps et de l'énergie dans un projet bénévolement, avec l'objectif d'y travailler par la suite mais elles n'ont pas de garantie d'être engagées. Nous évoquons tout à l'heure l'avantage de la maison de naissance d'être accompagné par des professionnels qui ont l'opportunité de pouvoir travailler au sein du projet ensuite. Néanmoins, nous remarquons que même si cela a été porteur pour le projet, cette dimension a pu être difficile pour certaines sage-femmes. En revanche, chacune des participantes ayant évoqué cet aspect s'accordent pour dire que malgré ce ressenti, elles se sont toujours senties écoutées et elles n'ont jamais perdu en légitimité lorsqu'elles avaient des idées divergentes. La bienveillance, la communication et la gouvernance participative qui règnent au cœur de Pass-ages ont permis de régler les conflits et les tensions qui ont pu subvenir au cours de la construction du projet.

Finalement, les résultats montrent que le choix de travailler en intelligence collective est également porteur pour la suite. En effet, intégrer toutes les personnes du projet au sein du processus de réflexion donne une cohérence avec la mission de Pass-ages, qui est d'accompagner des personnes en fin de vie et des parents dans leur parentalité. En effet, le projet de la maison de naissance et de mourance s'associe à un projet d'habitat groupé où le collectif est plus que jamais mis en avant. En proposant de travailler en intelligence collective, Pass-ages répond à cet enjeu de remettre le collectif comme un élément central. Chacun prend une place au sein du groupe et donne son avis mais c'est ensemble, dans un

tout qui est collectif, que la dynamique peut se créer. Fonctionner en groupe, ça prend peut-être plus de temps mais ça permet d'avancer mieux. Nous illustrons ceci grâce à deux verbatims ci-dessous.

Ce serait tellement chouette qu'on puisse tout le temps fonctionner comme ça en société, en famille et que ce soit un petit groupe, un grand groupe, en fait c'est tellement riche. C'est vrai que ça prend du temps mais d'un autre côté, je trouve qu'il y a une fluidité qu'il n'y a pas ailleurs (Audrey, sage-femme).

Ce qui compte c'est le projet, c'est le groupe qui porte le projet et ce que tu peux apporter à ça (Caroline, Pass-ages).

Nous clôturons donc l'analyse des enjeux propres à Pass-ages pour définir ci-dessous les enjeux de santé lié à l'intégration de la maison de naissance et de mourance au sein d'un habitat groupé intergénérationnel.

2.2. Enjeux de santé

Dans cette partie de l'analyse, nous structurons les enjeux de santé en quatre sous-thèmes et nous discutons ceux-ci autour de la santé globale. C'est-à-dire la santé physique, mentale, spirituelle et sociale. De plus, nous avons choisi d'orienter notre pensée en termes de santé communautaire. Nous tenterons donc de montrer de quelle manière les quatre types d'enjeux présentés ci-dessous sont des enjeux de santé communautaire.

A. Repenser la naissance et la mourance

Aujourd'hui, notre société surmédicalise des étapes de la vie pourtant très naturelles, telles que la naissance et la fin de vie. En effet, les femmes accouchent à l'hôpital et les personnes âgées finissent leurs jours dans des institutions de soins. Cette tendance s'explique en partie par l'amélioration des techniques et du savoir médical qui permettent de prendre en charge la naissance et la mort de la manière la plus sécuritaire possible. Cependant, cette modernisation entraîne une perte du sens commun de vivre pleinement ces étapes de vie. Le projet de la maison de naissance et de mourance permet de centrer les préoccupations sur l'accompagnement de moments clés de la vie (la naissance et la fin de vie) et d'en prendre soin, avec empathie et bienveillance.

Enjeu 5 : Permettre un accompagnement particulier de la naissance et de la mourance et une écoute des besoins de chacun

Notre société relègue la naissance et la mourance aux institutions de soins et il existe peu d'alternative pour les personnes qui ne souhaitent pas mourir à l'hôpital ou en maisons de

repos. Certes, les maisons de naissance prennent de l'ampleur depuis plusieurs années. Cependant, du côté de la mourance ce n'est pas le cas et l'alliance de ces deux passages de la vie à l'habitat, c'est un concept encore plus innovant. Le constat de la création du projet CALICO est donc le suivant :

La mort n'est pas toujours bien vécue et elle est reléguée à des institutions. La mort des personnes âgées a très souvent lieu dans des homes. Or, ce n'est pas le désir, en tous les cas d'un grand nombre de personne (...) il manquait à Bruxelles, un lieu beau où on peut vivre sa fin vie avec son entourage, mais aussi en lien avec la nature (...) un beau lieu où il y a des fleurs, des canards, des enfants qui courent et où il y aurait deux maisons, l'une pour mourir et (...) pas seulement mourir, aussi naître, et ça soit accompagné de personnes qui soient permanentes là, qui habitent là et qui assurent la vie, une forme maison (...) il manque des lieux, comme à la maison (Sophie, habitante).

Lors de l'analyse des résultats, nous avons ciblé plusieurs enjeux autour de la naissance et de la mourance. Tout d'abord, comme nous l'indique le verbatim présenté ci-dessus, la création d'un espace où les hôtes peuvent se sentir chez eux permet de vivre ces deux moments de la vie avec bienveillance, entouré de ses proches, soutenu et accompagné par des professionnels de la santé et des bénévoles. Il s'agit de mettre en place un réseau de soutien qui valorise le besoin de recréer du lien au sein de notre société, un enjeu primordial pour soutenir la santé sociale de la communauté.

Ensuite, le milieu hospitalier ne permet pas l'accompagnement particulier des patients. Effectivement, les nombreux protocoles qui sont nécessaires pour assurer une organisation de la charge de travail, l'efficacité et la sécurité autour de la naissance et de la fin de vie, ne permettent pas de prendre en compte les besoins particuliers des personnes hospitalisées. L'idée de Pass-ages, c'est de prendre le temps d'écouter les besoins de chacun et d'accompagner les hôtes personnellement dans leur cheminement et dans leurs choix.

Enjeu 6 : Déconstruire le tabou autour de la mort

Selon les participants, rassembler ces deux moments n'est pas vide de sens. En effet, il s'agit des deux grands passages d'un être humain au cours de sa vie, son premier souffle et son dernier souffle. Cependant, remettre la naissance et la mort au cœur de la vie engendre aussi certains défis. Lors d'un entretien, il en est ressorti que le mot « mourance » pouvait effrayer et déranger. C'est pour cette raison que nous avons abordé cette question lors du focus group. Caroline (Pass-ages) nous affirme qu'il est indispensable de parler de

« mourance » et que Pass-ages n'a pas choisi cette dénomination au hasard. Tout d'abord, ce terme permet de parler ouvertement de la mort, un sujet qui est devenu tabou au sein de la société. De plus, dans la mourance il y a une notion de temps. Il ne s'agit pas seulement du moment du trépas mais de tout le processus de fin de vie traversé par la personne avant celui-ci.

Il y a un temps de naissance, un temps de mourance. Ce n'est pas juste la mort (Léa, sage-femme).

Cependant, il ne faut pas négliger que la fin de vie est un sujet délicat. En effet, chaque personne interprète la mort à sa façon en fonction de son vécu, de sa culture et de ses croyances. Ce point a été abordé lors du focus group et les participantes s'accordent pour dire qu'il s'agira d'accompagner les hôtes dans leur cheminement. Connaître son interprétation de la mort, pourra faciliter cet échange mais il ne s'agit en aucun cas d'imposer une façon de vivre ce chemin mais plutôt d'épauler la personne dans ses réflexions tout au long du processus. En effet, comme le dit si bien Léa :

Il y a autant de façons d'appréhender la mort, qu'il y a d'êtres humains sur la terre (Léa, sage-femme).

Enjeu 7 : Redonner du pouvoir à la communauté

L'analyse des entretiens montre l'importance de redonner du pouvoir à la communauté. Dans la naissance et dans la mourance, il s'agira d'accompagner les hôtes dans leurs choix et leur processus de soins. En effet, dans une dynamique de santé communautaire, il faut tenter de renforcer les compétences, les savoirs et les savoir-faire de la communauté pour qu'elle puisse par la suite se prendre en charge par elle-même. Les professionnels de soins interrogés lors des entretiens insistent sur l'importance d'accompagner les personnes qui passeront les portes de Pass-ages et de ne pas se positionner en tant qu'expert.

Si nous prenons l'exemple de la naissance, dans un premier temps il s'agira d'informer les femmes sur les possibilités qui s'offrent à elles pour leur grossesse et leur accouchement. De cette manière, elles pourront par la suite prendre des décisions et faire des choix éclairés. Il faut redonner du pouvoir aux femmes, sur leur corps et sur leur capacité à être mère et donner la vie.

"Je ne t'accouche pas, c'est toi qui vas accoucher", même les soignants le disent "j'ai fait trois accouchements aujourd'hui". Non ce n'est pas toi qui as fait trois accouchements aujourd'hui. Il faut redonner du pouvoir aux femmes, sur leur corps, leur redonner du pouvoir même sur leur capacité à être mère, à donner la

vie. Ça, c'est vraiment mon idée ultime de mon métier, et c'est la raison pour laquelle je m'intéresse vraiment à la maison de naissance (Anne, sage-femme).

De manière plus générale, Sophie (Pass-ages, habitante) nous parle de l'intérêt pour la population de se réapproprier leur santé. En ce qui concerne la naissance et la mourance, elles doivent toutes les deux être encadrées par des professionnels de la santé mais il s'agit tout d'abord de la vie des personnes concernées et de leur vécu. La santé s'institutionnalise et se structure mais le risque c'est que celle-ci devienne essentiellement l'affaire des institutions de soins et qu'elle ne soit plus détenue par la communauté. Il s'agit d'un véritable enjeu de santé communautaire.

Lorsque, lors du focus group, nous avons posé la question suivante « Pourquoi est-ce que c'est important de remettre la naissance et la mourance au cœur de la vie et de créer autre chose au sein de notre société aujourd'hui ? » Fanny nous répond ceci :

Je peux répondre avec mon regard de maman. Moi c'est important, dans la maternité déjà, dans le fait d'être maman, de pas être toute seule et d'avoir des contacts avec mes voisins. Pour moi c'est important que mes enfants puissent aller jouer spontanément chez d'autres personnes, avec des enfants. Aussi, ce sont des sujets importants dans la vie et qu'ils puissent les aborder avec du naturel, que la mort mes filles puissent l'aborder avec naturel, le vieillissement, et que ce ne soit pas une crainte et que la naissance aussi. Pour mes enfants en tout cas, que tout soit un cycle naturel et qu'ils n'en aient pas peur (Fanny, habitante).

Nous clôturons donc cette première partie sur les enjeux de santé en montrant que ces deux accompagnements peuvent avoir lieu dans le quotidien, dans le tissu social, et de manière très humaine. L'enjeu principal consistera donc à réhumaniser la naissance et la fin de vie en permettant à la population de se réapproprier ces moments centraux.

Je pense qu'il y a un besoin de remettre tant la naissance que la mort au milieu de la vie. C'est pour ça que le fait que ce soit mis dans cet habitat intergénérationnel vient vraiment parfaitement combler ce besoin-là. On naît, on vit, on vieillit ou on est malade et on peut aussi y mourir et tout ça reste centralisé et on ne commence pas à décentraliser où c'est vite exclu et vécu de manière un peu cachée, un peu isolée. C'était très fort ce besoin de remettre tout ça dans le courant de la vie (Justine, infirmière).

Ce dernier verbatim nous amène à la deuxième dimension des enjeux de santé qui concerne la thématique de l'habitat et du logement.

B. Le logement et l'habitat

Enjeu 8 : Création d'un lieu de vie au milieu des prestations de soins

En fait en mettant du coup l'habitat groupé intergénérationnel, c'est vraiment pour que ce soit un projet de vie, parce que du coup ça comprend toutes les phases de la vie. Sinon ce serait juste la naissance et la mort et il manquerait tout ce qu'il y a entre les deux. Là toutes les tranches d'âges et toutes les étapes de vies sont présentes du coup ça fait vraiment un projet global et entier (Audrey, sage-femme).

L'association du projet de la maison de naissance et de mort au caractère intergénérationnel permet de rassembler toutes les tranches d'âges et de les remettre au centre de la vie grâce à l'habitat.

Lors du focus group, les participantes s'accordent pour dire que la maison de naissance et de mort ne sera pas simplement un lieu de prestations de soins. Ce sera un lieu vivant où des personnes habitent les lieux, comme des enfants, des personnes âgées, etc. Et cela permettra aux hôtes et aux professionnels de se sentir chez eux. Fanny (habitante) insiste sur l'importance de la présence des enfants, qui ramènent de l'innocence et de la simplicité dans des questionnements de la vie qui peuvent devenir compliqués avec un peu plus de maturité.

Il y aura des enfants, je trouve que c'est super important le rôle des enfants dans des lieux (...) dans une maison de mort, qu'il y ait des enfants qui passent. Ils vont remettre la vie aussi. Remettre un peu plus l'innocence des enfants, avec plus de simplicité (...) Et les enfants qui vont poser des questions (...) Ils viennent avec leur petit regard neuf et je pense qu'ils vont venir poser des questions aux gens (...) des questions qu'on ne pose pas quand on est adulte (Fanny, habitante).

Nous pouvons donc formuler ici un huitième enjeu qui concerne la création d'un lieu où des prestations de soins seront organisées mais qui sera également entouré par des habitants qui apporteront une dynamique vivante. L'association de l'habitat, la naissance et la mort dans toutes les étapes de la vie permet de créer un projet de vie. Cela nous amène donc au prochain enjeu de santé : le besoin de recréer du lien et de ramener le collectif au cœur de la société.

Enjeu 9 : Recréer du lien et revaloriser la solidarité

Le projet s'est notamment construit sur le constat d'un manque de liens en milieu urbain. Nous vivons dans une société plutôt individualiste et de plus en plus de personnes désirent

bouleverser cette tendance et prônent cette volonté de vivre autrement. Les participantes évoquent la notion de « village », de « villageois », de « tribu », pour évoquer l'envie de remettre le collectif au cœur des priorités. Cette dimension est une plus-value énorme en termes de santé sociale. En effet, la santé communautaire agit sur les déterminants de la santé et lutter contre l'isolement en fait partie. Avoir des bonnes relations avec ses voisins et un réseau amical et familial à proximité ne sont pas négligeables car cela apporte du soutien au quotidien pour affronter les épreuves de la vie.

Il y a la façon d'habiter ensemble, la façon de coexister, qui est aussi pour moi un facteur de santé. Du coup, pour moi la chance d'un habitat groupé, surtout dans une ville comme Bruxelles, où les gens sont très seuls et chacun dans son coin, ici tu as un lieu où il y a des espaces communs, où il y a une volonté de vivre ensemble, il y a un projet commun. C'est aussi quelque chose qui fait santé. Où on peut se soulager et s'entraider pour des petites ou des grandes choses (...) C'est aussi des choses qui font santé, qui apportent sécurité, je pense. Parce que la maison c'est ça, c'est ton lieu de base, de sécurité. Et donc si on prend soin de tout ça, si l'habitat et le logement peuvent prendre soin d'un certain nombre des besoins de base, ils font santé à mon avis (Sophie, habitante).

Ce verbatim illustre parfaitement la notion d'enjeu de santé liée à l'habitat avec le besoin de recréer des liens et de revaloriser la solidarité autour de celui-ci. Cet extrait traduit également l'influence des déterminants de santé sur celle-ci. Le logement en fait en partie et s'il ne répond pas à un certain nombre de critères, il peut influencer négativement la santé des personnes. Voici ci-dessous un autre extrait de l'entretien de Sophie qui permet d'illustrer nos propos concernant l'influence du logement sur la santé.

Il y a à la fois comment le logement est fait, pour la structure des matériaux, l'environnement, l'airco ou pas, le chauffage, l'utilisation de l'énergie, la luminosité et toutes ces choses et quand ils sont bien choisis en connexion avec l'humain, avec nos besoins, et donc qui répondent à nos besoins, qui sont des besoins très fondamentaux, d'air, de lumière, etc. déjà là ils répondent à nos besoins fondamentaux et ils font santé. Le problème, c'est quand ils ne répondent pas (...) quand nos besoins d'humains ne sont pas rencontrés par l'habitat, qui est un des socles et dans ce cas-là, il y a des soucis de santé énormes (Sophie, Pass-ages, habitante).

Aujourd'hui, l'enjeu pour Pass-ages c'est d'une part de créer petit à petit une dynamique vivante autour de la maison de naissance et de mourance. D'autre part, de susciter une énergie collective au cœur de l'habitat dans son ensemble, avec toutes les dimensions de

CALICO et pas seulement au sein de Pass-ages⁶. En effet, pour que le projet soit viable, il doit s'appréhender de manière globale et ne pas rattacher ensemble différentes entités qui ne communiquent pas entre elles. Ces liens se créeront jour après jour autour de moments de convivialité partagé ensemble.

C. Le Care⁷

Enjeu 10 : Prendre soin de soi-même et des autres en termes de santé globale

Nous abordons la dernière thématique concernant les enjeux de santé autour de la réflexion du *Care*. En effet, Pass-ages porte une attention particulière à ce que cette dimension soit au cœur des préoccupations. Les participants décrivent ce concept comme une manière de prendre soin de l'être humain de manière globale ; la santé physique, mentale, spirituelle, sociale et influencée par l'environnement.

La création de la maison de naissance et de mourance permet de prendre soin de ces moments de vie, trop souvent délaissés aux institutions de soins à l'heure actuelle. L'habitat groupé intergénérationnel quant à lui, permet de soigner les relations. En effet, comme le souligne Sophie (Pass-ages, habitante), le *Care* à une portée individuelle mais également collective.

La santé, elle a un aspect individuel et collectif d'emblée, et ça ne se dissocient pas l'un de l'autre. Pas seulement individuel et collectif, elle a une dimension très reliée à l'environnement, reliée aux autres, reliée au monde, à soi, à son corps, aux interactions, à la famille. Donc c'est d'abord ça, donc la santé est à la fois une sensation et à la fois une réalité objective de comment je me sens, comment je me sens dans l'être que je suis là aujourd'hui, dans mon corps, dans mon psychisme. Et c'est moi qui la définis et il y a forme de pouvoir, d'auto-détermination de ça (...) La santé, c'est comment je me sens dans l'être que je suis, dans mon corps (Sophie, habitante).

Une sage-femme précise qu'il est nécessaire de se former. Nous pensons que l'extrait d'entretien présenté ci-dessous, qui s'adresse aux professionnels, peut également l'être aux bénévoles et aux habitant.

⁶ Pour rappel : le projet CALICO est composé des trois habitats ; Pass-ages, AngelaD, CLTB avec chacun des objectifs différents

⁷ Le *Care* est « une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde », en sorte que sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie » (Tronto et Fisher, cité dans Tronto, 2008, p.244).

Je pense qu'en tant que soignant, on n'a jamais fini de se former à tout ce qui peut exister comme volet pour prendre soin, aussi bien des gens en mourance que pendant la naissance (Jeanne, sage-femme).

Cette dimension est transversale à l'ensemble du projet et consiste à remettre le soin au cœur de l'éthique de Calico. Nous avons abordé la question lors du focus group et les participantes se rejoignent pour dire, qu'au sein de l'habitat, il ne faut pas conceptualiser cette notion et qu'elle se fera spontanément. Cependant, il faut prendre en compte certains risques. Comme par exemple, veiller à la bienveillance et l'écoute dans l'accompagnement de la naissance et de la mourance, travailler en intelligence collective, prévenir les risques de burn-out, etc.

Nous profiterons de ce dernier exemple sur le risque d'épuisement professionnel pour enchaîner sur le dernier enjeu de santé. Celui-ci consiste à prendre soin des personnes qui sont rattachées au projet et pas seulement des hôtes qui passeront les portes de la maison de naissance et de mourance (les professionnels, les bénévoles et les habitants).

Enjeu 11 : Prendre soin des personnes rattachées au projet⁸

Nous remarquons une attention récurrente à prendre soin des professionnels de la maison de naissance et de mourance dans chacun des entretiens. En effet, les professions de la santé sont régulièrement exposées au risque d'épuisement. Cet extrait d'entretien nous illustre que l'épuisement des soignants a une portée beaucoup plus large. En effet, la relation de soin est, elle aussi, négligée lorsque qu'une infirmière est en burn-out et travaille malgré tout.

Il faut aussi inclure le bien être du personnel, on parle des unités d'oncologie, en tout cas de ce que je connais où il y a un taux de stress et de burn-out parmi le personnel (...) on sait que c'est une profession en pénurie, etc. Mais il y a des gens en burn-out qui travaillent encore et ça veut dire quoi travailler avec un burnout, quelle qualité de vie pour la personne qui soigne et quelle qualité de soins pour ceux qu'on soigne avec un risque d'erreur, avec une perte de sens, avec un épuisement qui mène à des conséquences de maltraitance. C'est un mot qui fait peur, mais voilà la négligence ou de ne pas donner une attention à la personne, c'est une forme de maltraitance aussi qui n'est pas voulue. Je ne jette pas la pierre à cette personne qui n'a pas le temps, qui est stressée et qui a encore la moitié de son couloir à traiter. Mais voilà, ça c'est la réalité de l'hôpital où une certaine réalité (Julie, infirmière).

⁸ Les professionnels de la santé, les habitants et les bénévoles

Cependant, même si Pass-ages s'efforce à en parler et à mettre des mécanismes en place pour éviter ces situations d'épuisement, nous remarquons lors de l'analyse que plusieurs participants ont dû prendre des distances avec le projet pour préserver leur santé et leur bien-être. Il serait plus agréable pour les soignants de prendre soin d'eux avant de pouvoir prendre soin des autres.

Beaucoup, beaucoup de burn-out chez les sage-femmes parce que les soignants, elles donnent tout et elles s'oublient complètement et donc elles craquent. Et moi, c'est le gros risque quand même. C'est le risque qui me fait peur ici, de devoir en donner trop. Mais je sais qu'il y a une bienveillance par rapport à ça, que les volontaires, ils ont envie d'aider pour ça aussi pour prendre soin de nous. Et c'est cool aussi. C'est ça génial à voir (Anne, sage-femme).

Les participantes du focus group ont échangé autour de cette thématique et il en est ressorti différents aspects. Tout d'abord, elles ont élargi le risque d'épuisement aux bénévoles et aux habitants. En effet, ces personnes sont elles aussi à risque de s'épuiser à force de s'engager volontairement et à en faire trop.

C'est un sujet qui est très présent et ils en parlent. Cependant, de temps en temps, des volontaires dépassent leurs limites et se voient submergés par le projet et leurs obligations de vie à côté. Néanmoins, elles s'accordent pour dire que jusqu'à présent, ces personnes en parlent et diminuent leur engagement pour prendre soin d'elles.

Audrey (sage-femme) nuance les propos en nous partageant que les personnes qui choisissent de s'investir au sein du projet CALICO le font aussi car celui-ci rassemble des valeurs qui leur sont chères. Selon elle, le risque de burn-out s'accroît lorsqu'il y a une perte de sens dans le travail qui est accompli, ce qui n'est visiblement pas le cas ici.

2.3. Enjeux sociétaux et politiques

Nous démontrons dans la partie précédente comment ce concept innovant influence la santé des personnes se rapprochant de loin ou de près au projet. Cette dernière phase de l'analyse expose les enjeux qui ont une portée sociétale et politique. En effet, en plus de répondre à un besoin en termes de santé communautaire, CALICO est un projet de société. Nous l'évoquons tout à l'heure dans la première partie des résultats (enjeux propres à Pass-ages), le projet répond à un besoin communautaire que nous avons formulé sous forme d'enjeux de santé. Cependant sa portée doit également être politique pour avoir un réel impact.

Un vrai projet de société (...) ce qui est gai quand tu vois ça, on a tous le pouvoir de faire changer le monde. C'est ça qui est fou (Léa, sage-femme).

En effet, CALICO est un petit projet de société en miniature, qui ose penser autrement, où le potentiel humain est observable. C'est un réel enjeu de santé publique et pour qu'il puisse se répercuter sur l'ensemble de la population, il doit être porté aux pouvoirs politiques.

Nous articulerons notre réflexion sur les enjeux sociétaux et politiques autour de trois sous-thèmes ; les métiers du *Care*, la vision de la naissance et de la mourance au sein de notre société et finalement, l'inclusivité du projet.

A. Les métiers du *Care*

Enjeu 12 : Les métiers du *Care*, principalement porté par des femmes

Les professions autour de la naissance et de la mourance sont des métiers du *Care*, où le soin est au centre des préoccupations. Lors de notre analyse, l'ensemble des participantes ciblent que ces thématiques sont systématiquement abordées par les femmes. Nous l'avons d'ailleurs objectivé lors de notre observation continue tout au long de l'année en participant aux réunions de Pass-ages. De plus, tous les participants de l'enquête sont des femmes. Nous remarquons que les hommes investis au sein de la construction du projet occupent des places dans la comptabilité, le côté juridique ou l'informatique. Cependant, ils ne participent pas ou peu à la réflexion autour du soin dans la naissance et dans la mourance.

Ce sont des métiers qui sont plus portés par des femmes et ça on le voit beaucoup (Caroline, Pass-ages).

Etant donné que cette notion est évoquée au sein de l'ensemble des entretiens, nous l'avons abordée lors du focus group. Les participantes ont échangé leur vision et leurs désaccords sur le sujet. Il résulte de cette discussion que ce n'est pas une particularité propre à Pass-ages mais bien de manière générale, une représentation dans la société. Cependant, nous exposons seulement brièvement ce résultat étant donné son caractère plutôt sociologique, qui n'a pas lieu d'être dans ce mémoire. En effet, nous nous intéressons à la thématique du *Care* dans une dimension de santé communautaire.

B. La vision de la naissance et de la mourance dans la société

Enjeu 13 : Evaluer des pratiques pour les porter aux instances politiques

Comme nous l'avons exposé au sein de la partie précédente de l'analyse, CALICO répond à un besoin de santé communautaire, tant au niveau de la mourance que du côté de la naissance. Les participantes sont convaincues de la plus-value sur la santé des personnes qui participent au projet d'une manière ou d'une autre. La création d'un lieu pour repenser autrement les rapports humains au sein de la société locale est donc indispensable aujourd'hui. En effet, à l'heure actuelle, la surmédicalisation de la naissance et la mourance nous force à réfléchir en termes d'enjeux de santé communautaire pour redonner du pouvoir à la communauté et qu'elle se réapproprie ces moments de la vie. Néanmoins, nous remarquons, en analysant notre corpus, que la portée de ces enjeux devient sociétale et politique. Les participantes affirment avec certitude que CALICO ne pourra pas à lui seul influencer ces changements sociaux. Il faudra créer d'autres initiatives et porter ces enjeux de santé aux instances politiques pour qu'ils puissent réellement induire des changements de comportement.

C'est un projet pilote qui ne peut pas répondre à tous les enjeux. Donc je pense avec deux lits palliatifs et la salle d'accouchement (...) On ne va pas répondre au problème de bien accompagner des personnes en fin de vie, mais pour moi c'est un peu l'idée de donner d'autres idées, à peut-être vivre ces étapes de la vie et je pense que le cœur du projet, c'est de rendre ça à la vie. Les habitants sont là pour vivre et ce qui se passe à côté, la naissance et la mourance, que ça fait partie de tout ce cercle de vie. Moi, je pense c'est un peu le constat de départ de vouloir proposer autre chose (Julie, infirmière).

En effet, comme nous l'avons évoqué à plusieurs reprises au cours de l'analyse, le besoin de remettre du lien au centre des institutions hospitalières est crucial, que ce soit dans la naissance ou dans la mourance. Cependant, Pass-ages ne peut pas répondre à l'ensemble des enjeux et les décideurs doivent suivre cette initiative pour que l'impact au sein de la société locale soit réel. Par exemple, en finançant la création de projets innovants qui replacent l'humain au centre des préoccupations. Les participantes réagissent en disant que la responsabilité est partagée et qu'elle n'est pas seulement réservée aux responsables politiques. Les personnes qui décident de venir à Pass-ages ont également la capacité de faire changer les mentalités et ils peuvent également participer à la construction d'un monde meilleur.

C. L'inclusivité du projet

Pour terminer notre réflexion autour des enjeux de sociétaux et politiques, nous abordons, dans un premier temps, la nécessité d'ouvrir le projet sur le quartier de Forest, dans la ville de Bruxelles. Ensuite, nous parlerons de l'aspiration du projet d'inclure une mixité culturelle et sociale au sein de la maison de naissance et de mourance.

Enjeu 14 : Ouvrir le projet sur le quartier

Les gestionnaires de projet aspirent depuis le départ à inclure CALICO au sein du quartier de Forest (Bruxelles-Ville). En effet, pour la continuité du projet, c'est indispensable que CALICO ne soit pas une entité isolée, sans interaction avec le quartier. Il doit, au contraire, s'inclure dans le tissu urbain et dans la ville de Bruxelles. L'ensemble de l'échantillon convient de l'importance que la structure interagisse avec le quartier. Cependant, les participants précisent que pour cela, CALICO doit également faire vivre le quartier en collaborant avec les structures déjà présentes au sein de celui-ci. Nous illustrons notre pensée grâce au verbatim suivant :

S'arrêter au bâtiment, ça n'aurait pas été logique. Finalement toutes les collaborations, tous les liens qui peuvent se faire, tant avec le coiffeur qui viendrait faire une coupe pour quelqu'un qui est dans la maison, que les petites restaurations du coin, que les maisons médicales, que tous les services de premières et deuxième lignes. Finalement ça été aussi un choix qui a été décidé de mettre cette petite lumière, qui sera mise à l'extérieur (...) l'idée c'est juste de manifester quand il y a une naissance, quand il y a quelqu'un qui part, que les gens du quartier puissent passer à côté en ayant une réflexion (...) d'extérioriser un peu les choses qui se vivent à l'intérieur vers l'extérieur (...) Et je pense que pour une intégration générale, c'était indispensable aussi d'impliquer les gens, ne fusse que maintenant pour avoir des personnes de contact pour quand il faut quelqu'un rapidement. Ça doit être dans le quartier sinon ce n'est jamais rapide. Du coup c'était vraiment nécessaire d'avoir une vraie implication du quartier (Justine, infirmière).

Cependant, grâce à l'extrait d'entretien présenté ci-dessous, nous verrons que l'interaction avec le quartier semble plus difficile à mettre en place que prévu.

On l'a toujours voulu. Maintenant, réalistement, moi je n'avais pas capté qu'en fait ça ne marchait pas s'il n'y avait pas des gens engagés pour tenir cette dynamique. Là ici c'est la réalité donc heureusement, et donc oui ça devient possible (Sophie, habitante).

En effet, CALICO s'associe au projet Rezone⁹. Ils occuperont la salle commune de l'habitat environ quatre-vingts pourcent du temps. Cette présence fera vivre les lieux et permettra un échange avec l'ensemble du quartier de Forest, ce qui n'aurait pas été envisageable sans eux.

Enjeu 15 : Mixité sociale et culturelle

Nous pouvons affirmer que le public de CALICO¹⁰ est hétérogène. En effet, lors de notre observation continue, nous avons pu déterminer que des diversités de genre, générationnelles, culturelles et sociales y sont représentées, en partie, grâce à la collaboration entre les différentes associations habitantes (Pass-ages, AngelaD et CLTB). Cependant la maison de naissance et de mourance arrivera-t-elle à rassembler un public aussi diversifié ?

*J'aurais l'impression qu'ils ont l'ambition que ce soit accessible à tous, au niveau financier, quel que soit ton niveau social (...) **Je pense que ce n'est pas une grande réussite de ce côté là quand même. Ce n'est pas encore gagné.** (...) En tout cas, par rapport à la maison de naissance, c'était une ambition, mais ça va être difficile. Il va falloir vraiment qu'on demande des subsides pour ça (...) alors la précarité par rapport à la maison de naissance, c'est un facteur d'exclusion. Quand tu n'as pas de quoi bouffer dans ton frigo, t'es pas en bonne santé, donc tu ne peux pas accoucher à la maison naissance. Il y a aussi un facteur d'exclusion quand même, de toute façon, au niveau de la santé. Mais il y a des femmes qui pourraient en avoir envie et qui n'ont pas assez de moyens parce que là, on va quand même demander dans les mille balles et plus (...) Donc ça c'est un échec, à moins qu'on ait des subsides pour financer les accouchements des femmes qui n'ont pas d'argent mais là les subsides, il faut les trouver. C'est encore en cours on va dire (Anne, sage-femme).*

Cet extrait nous amène à questionner l'aspect socio-économique lié à l'inclusivité des hôtes qui se présenteront à Pass-ages. Comme nous le rappelle Julie (infirmière), l'accessibilité aux soins de santé est une des valeurs primaires de la santé. Pass-ages cherche à démocratiser l'accès à la maison de naissance et de mourance pour que l'aspect

⁹ REZONE est un réseau de service dans le domaine de **santé mentale** actif sur le sud de Bruxelles. REZONE a pour objectif est de développer une **offre de soins et d'accompagnement** en santé mentale cohérente et coordonnée, dans la communauté, s'appuyant sur les choix des usagers et visant leur intégration dans la cité (Rézone, n.d.).

¹⁰ Les habitants du logement intergénérationnel

financier ne soit pas un frein, afin que certaines personnes en situation de précarité puissent bénéficier de cet accompagnement.

Les craintes sont bel et bien présentes chez les personnes interrogées. Nous reprenons un extrait d'entretien pour illustrer celles-ci.

Donc, est ce que ça devient à un projet qui se veut démocratique, mais qui revient à un projet un peu « bobo » où c'est une certaine élite qui se veut proche du peuple, mais qui a quand même des moyens autres (...) on rassemble les gens autour d'une philosophie pareil, mais où à un moment donné de percer vers d'autres, des personnes plus modestes ou précarisées qui n'ont pas ce luxe de se poser 30 mille questions, de philosophie (...) je ne dis pas ça pour discréditer, mais je me dis que c'est un luxe (...) Et j'ai un peu peur, c'est là où il faut voir comment on peut vraiment implanter.

La multiculturalité est, elle aussi, discutée lors des entretiens. Le projet s'inscrit dans la ville de Bruxelles, où de nombreuses nationalités sont représentées. Il faut donc tenir compte de cet aspect, l'aborder comme un enjeu primordial et élaborer des pistes pour tenter d'y répondre. Par exemple, Jeanne (sage-femme) aborde la barrière de la langue. Elle pense qu'il faudra prévoir une manière de pouvoir pallier cela pour que ça ne devienne pas un frein pour des personnes d'origine étrangère de se présenter à Pass-ages. Selon les participantes du focus group, cet aspect-là pourra être nourri en partie par le réseau de bénévoles.

Nous avons décidé d'aborder ce dernier enjeu de manière sociétale et politique. En effet, pour pouvoir y répondre, il faut travailler avec les instances gouvernementales. En cherchant par exemple un soutien financier pour permettre à des personnes en situation de précarité d'accéder au projet.

Pour conclure ces résultats, l'extrait d'entretien ci-dessous nous semble représentatif des aspirations de l'ensemble des participantes par rapport aux ambitions du projet. De plus, il est porteur d'espérance pour motiver ce changement de modèle social. Finalement, ce verbatim nous paraît représenter l'âme de Pass-ages. Ensemble, ils ont osé penser autrement pour concrétiser leur rêve.

Plus que jamais je trouve que l'on a besoin de gens qui pensent autrement. (...) les gens qui osent penser autrement ils doivent y aller. (...) Je l'ai entendu hier dans une vidéo, qu'il y a que 15% de gens qui osent penser vraiment autrement et qui sont un peu comme pendant la guerre, des résistants, c'est du même ordre, il n'y a

jamais plein de résistants mais seulement une petite proportion. (...) Oser dire : on peut penser autrement la naissance, on peut penser autrement la mort, on peut penser autrement l'habitat, on peut penser solidarité, on peut penser la vie avec un cycle, la vie et la mort qui se donne la main. Alors que c'est complètement à l'ouest, on est complètement à l'ouest de la pensée unique d'aujourd'hui. Aujourd'hui on ne parle pas de tout ça. Il y a vraiment une urgence de ce lieu qui est là (Léa, sage-femme).

CHAPITRE 4 : Discussion

L'objectif de la recherche est de répondre à la question suivante : « ***Dans le cadre d'une nouvelle initiative d'habitat groupé intergénérationnel dans la ville de Bruxelles, comment envisager que l'intégration d'une maison de naissance et de mourance au sein de l'habitat influencera-t-elle la santé des personnes rattachées au projet ?*** ». Les enjeux liés à cette intégration sont discutés et contextualisés dans le cadre du projet CALICO à Forest, Bruxelles.

Cette recherche a donc pour but d'identifier les enjeux liés à l'intégration d'une maison de naissance et de mourance au sein d'un habitat groupé intergénérationnel. Lors de l'analyse, nous avons retracé trois types d'enjeux : (1) les enjeux propres à Pass-ages, (2) les enjeux de santé et (3) les enjeux sociétaux et politiques. Au vu de la tournure des résultats, nous pouvons affirmer que ces enjeux sont dépendants l'un de l'autre et répondre à l'un d'eux nécessite forcément une réponse aux deux autres également. Cette discussion expose les résultats obtenus lors de l'analyse et les compare avec la littérature. Finalement, ce dernier chapitre permettra également de réfléchir sur les limites et les perspectives de notre recherche.

1. Prendre soin des différents passages de la vie, de la naissance à la mourance

Dans un premier temps, nous abordons l'importance de créer des lieux respectueux pour vivre la naissance et la mourance. Nos résultats montrent que le projet CALICO s'est construit, en partie, à cause de la déshumanisation de ces étapes de vie reléguées aux institutions de soin. En effet, les participants revendiquent l'importance de créer un réseau de soutien et de liens pour vivre ces moments de vie en étant bien entouré. Ils prônent également un accompagnement particulier, qui selon eux, n'est pas envisageable dans les

institutions de soins. Pass-ages aspire à prendre le temps d'écouter les besoins de chacun et d'accompagner les hôtes personnellement dans leur cheminement et dans leurs choix.

Pour commencer, nous parlerons de la naissance, où nos propos sont confirmés par ceux de Chantry (2019). Le 20ème siècle a montré une évolution de la vision de la naissance au sein de notre société. La grossesse et l'accouchement sont médicalisés grâce aux avancées technologiques dans le domaine de la médecine. Cependant « *certaines chercheurs nous avertissent qu'elles peuvent avoir des effets néfastes car ces nouvelles prises en charges sont trop techniques, trop standardisées et déshumanisantes* » (Chantry et al., 2019, p.9). Les pratiques changent progressivement pour renverser cette surmédicalisation. En effet, de plus en plus de structures plus respectueuses de la grossesse et de l'accouchement naturel pour les femmes à bas risques ouvrent leur porte. Ces initiatives, telles que les maisons de naissance, renversent la tendance de la médicalisation excessive des soins obstétricaux (Chantry et al., 2019, p.9).

Ensuite, en ce qui concerne la mourance, les résultats montrent qu'il s'agit d'un sujet tabou au sein de notre société contemporaine. En effet, nous avons évoqué la connotation du mot « mourance » qui pouvait paraître effrayante. Pass-ages a spécifiquement choisi de parler de mourance car de cette manière, on aborde ouvertement le sujet de la mort. De plus, dans le mot « mourance », il y a une notion de temps qui implique qu'il s'agit du chemin que l'on parcourt avant de mourir. Pass-ages s'est inspiré des propos de Lydia Müller (2012, p.13-14) qui définit la mourance *comme « le terme qui permet de décrire le processus précédant la mort qui, elle, signifie l'instant du trépas »*. CALICO, en intégrant une maison de mourance au sein du tissu urbain dans la ville de Bruxelles tente de remettre la mort, ainsi que tous les autres passages, au cœur de la vie. Effectivement, en associant ce projet à l'habitat, il regroupe toutes les générations au sein d'une collectivité. Nos résultats en ce qui concerne le tabou autour de la mort sont confirmés par le Guay (2008). En effet, il affirme que depuis une cinquantaine d'années, le sujet de la mort est devenu tabou au sein de notre société contemporaine. La mort est toujours bel et bien présente, mais nous n'avons plus les mots pour en parler. Faute de mots pour l'évoquer, un silence d'incompréhension s'est tout doucement installé et parler de la mort est devenu tabou.

De plus, nos résultats ont montré que la fin de vie est surmédicalisée et que des lieux pour mourir en dehors de l'hôpital ne sont pas encore suffisamment développés. En effet, selon une étude réalisée en France par Pennec en 2015, la majorité des personnes souhaitent

mourir chez elles. Pourtant, seulement une personne sur quatre le fait. Lorsque la fin de vie n'est plus considérée comme gérable, la personne doit malheureusement quitter son domicile pour entrer à l'hôpital. Notre société contemporaine a surmédicalisé la fin de vie et l'hospitalisation est souvent la seule solution apportée. Cette réalité pousse à réfléchir et à reconsidérer le maintien à domicile en formant les acteurs de santé et en développant de nouvelles alternatives à l'hospitalisation en créant de nouveaux lieux de fin de vie (Pennec et al, 2015).

CALICO se crée sur le constat d'un petit groupe de bénévoles qui pensent que les structures de soin actuelles ne permettent pas un accompagnement naturel de la naissance et de la mourance. Comme nous l'avons avancé dans les résultats, l'enjeu principal de Pass-ages consiste donc à réhumaniser la naissance et la mourance en permettant à la population de se réapproprier ces moments centraux. Nous avons abordé au cours de notre analyse une série d'enjeux réfléchis en termes de santé communautaire. Tout d'abord, nos résultats appuient l'importance de remettre la santé au cœur de la communauté locale. En effet, comme nous l'avons montré la surmédicalisation de la naissance et de la mourance entraîne une déshumanisation de ces moments de vie, qui sont relégués aux institutions de soins. Nous pensons que la population doit se réapproprier ces passages. Nos résultats sont soutenus par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, cité dans Motamed, 2015) qui affirme que le processus de santé communautaire permet aux membres d'une collectivité, géographique ou sociale de réfléchir ensemble sur leurs problèmes de santé. Ils expriment leurs besoins et participent activement à la réflexion d'activités à mettre en place pour répondre à ces priorités.

2. Le *Care* au cœur du projet de Pass-ages

Au cours des résultats, nous avons également abordé la théorie du *Care* qui semble s'initier au cœur du projet de Pass-ages. Les participants de l'enquête décrivent cette dimension comme l'importance de prendre soin de l'être humain de manière globale et dans toutes ses dimensions. Selon nos résultats, le *Care* prend soin de la santé physique, mentale, sociale et spirituelle des personnes. Nous ajoutons également une dimension personnelle et collective autour de la notion de prendre soin. Nos résultats sont confirmés par plusieurs auteurs au sein de la littérature. Loute (2016) reprend les propos de Garrau et Le Goff pour affirmer que le terme *care* induit une attention portée à l'autre dans un souci de bien-être. Pour favoriser celui-ci, un ensemble de tâches individuelles et collectives sont effectuées.

De plus, « *le travail du Care désigne l'ensemble des pratiques qui apportent soin, hygiène, attention à autrui et sans lesquelles il n'y aurait pas de vie humaine collective possible* » (Ibos, cité dans Loute, 2016, p.3). Finalement, nous reprenons également la définition de Tronto (2008) car elle nous semble aborder les différentes dimensions du *Care* et l'objectif de celles-ci. Selon l'auteure, le *Care* est « *une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde », en sorte que sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie* » (Tronto et Fisher, cité dans Tronto, 2008, p.244). Cette définition semble, en effet, coller parfaitement aux valeurs de Pass-ages. Le projet CALICO tente de participer à la construction d'un monde meilleur en prenant soin de toutes les étapes de la vie, de la plus tendre enfance jusqu'à la mort.

Lors de notre analyse nous avons montré que le travail du *Care* est porté essentiellement par des femmes et que la vision du *Care* au sein de la société contemporaine est dévalorisée. Nos résultats sont soutenus par ceux de Paperman (2010) affirmant que les activités du *Care*, sont des préoccupations qui sont rejetées par la sphère publique. Elles sont réduites au rang de sentiments et dénuées d'une portée morale et politique. Nos résultats sont également dans la ligne de ceux de Tronto (2008). Selon lui, la conception idéologique est construite selon laquelle les femmes sont plus émotives et les hommes rationnels. De cette manière, la femme possède plus d'aptitudes pour le soin. Tandis que la dimension du soin associée aux hommes se limitent à prendre soin de leurs projets rationnels comme prendre soin de leur famille. Ainsi, les tâches de soin sont laissées aux femmes. Dans le projet de Pass-ages, nos résultats montrent effectivement que les hommes qui se sont investis dans la construction du projet étaient assignés à des postes de comptable ou d'informaticien.

Cependant, la portée du *Care* est puissante et les dispensateurs de soin apportent un soutien essentiel à la vie. En effet, sans soin, les enfants ne deviendraient pas des adultes et les hommes n'auraient pas d'enfant qui hériteraient de leur fortune, etc. De plus, les liens établis entre l'enfant et la personne qui en prend soin forgent la manière dont la personne continue d'interagir avec le monde dans le futur de sa vie (Tronto, 2008). Ceci nous permet d'affirmer que le projet Calico, qui prend soin de la personne dès son plus jeune âge jusqu'à sa mort, permet de créer une société locale plus aimante et bienveillante comme nous l'avons montré dans notre analyse.

Finally, the results obtained evoke the importance of taking care of all the people who are attached to the project. However, the risk of exhaustion is present for the actors. We have shown that volunteers, residents and health professionals do not want to invest in this project because it corresponds to values that are dear to them. However, at the current hour, people involved in the project have already shown signs of exhaustion in the past. Medical professions and voluntary investment can both lead to exhaustion. In fact, the search for meaning in work that is accomplished and the desire to bring help can lead people to forget themselves in the work of others or their own work. In both cases, it will be a matter of taking care of oneself before investing in the relationship of help.

3. La reliance sociale pour expliquer le besoin de remettre le collectif au cœur des préoccupations

Pass-ages has chosen to associate the birth and the maturation of a project of intergenerational housing to create a project of life. The participants evoke the lack of links in the urban environment and the need to recreate links within the community. We think that this issue is a plus-value in terms of social health. It consists therefore in revalorizing solidarity within the community. In fact, living in community with the capacity to enrich, receive and support each other, this can also be a driver for the individual health of each one. In the framework of this research, we expose that the housing and the way of living together influence the health of people, a result that is confirmed by what we expose in our literature review. When the housing is defined as a good destined to housing, the housing corresponds to the modes of life and occupation of the space (Sala Pala, 2020).

In addition, housing is also a determinant that influences health as we evoke in our results. A study carried out by Bonnefoy (2004) indicates that poor housing conditions negatively influence health. On the one hand, the author exposes that the physical health of the person (prevalence of asthma, respiratory allergies and skin, etc.) is harmed when the housing does not gather the good sanitary conditions. On the other hand, housing is also closely linked to psychological and social sufferings (depression, isolation, anxiety, etc.).

We have shown during this analysis that the lack of links within society today pushes people to create new initiatives in the field of housing.

En effet, CALICO c'est un projet innovant qui inscrit le collectif au centre des préoccupations. Les participants affirment que des initiatives, telle que celle de Calico, peuvent pallier ce manque crucial de liens, de solidarité et d'entraide. Pour confirmer nos résultats, nous reprenons le concept de « reliance sociale » abordé par Bolle de Bal (2003). Celui-ci nous semble être pertinent pour comprendre la problématique du lien social dans la société contemporaine. Il définit dans un premier temps le sens du verbe « relier » de la sorte : « *créer ou recréer des liens, établir ou rétablir une liaison entre une personne et soit un système dont elle fait partie, soit l'un de sous-systèmes* » (Bolle de Bal, 2003, p.103). De cette définition très globale, il envisage cinq types¹¹ de reliance. Nous nous intéressons à la conception de la reliance entre deux acteurs sociaux collectifs : la reliance sociale. La reliance sociale se définit donc comme « *la production de rapports sociaux médiatisés, c'est-à-dire de rapports sociaux complémentaires ou, en d'autres termes, la médiatisation de liens sociaux* » (Bolle de Bal, 2003, p.105). La création de nouveaux liens sociaux intervient en réponse à l'un des traits essentiels de la société contemporaine. Bolle de Bal, parle d'une société de « déliance » impactée par des carences de reliance en ce qui concerne les liens sociaux. La société contemporaine peut être qualifiée de société de consommation, d'organisation, bureaucratique, technocratique, développée, informatisée, programmée, etc. Une société qui fonde son raisonnement sur la raison, ce qui lui donne un caractère rationnel et raisonnable. La déliance dont souffrent les êtres de notre temps n'est pas sans conséquence. Ils ne sont plus reliés aux autres mais à des machines, ne sont plus reliés à eux-mêmes, à la terre ou au ciel. Face à cette constatation, les individus isolés souhaitent être liés à nouveau et autrement. Ainsi, des initiatives communautaires aspirent à la reliance sociale. En effet, des communautés, des luttes nationales, le mouvement écologiste, des groupes de rencontre, etc. De nombreuses initiatives sont adoptées pour pallier à cette maladie de notre époque, la déliance (Bolle de Bal, 2003). Ce bref aperçu des propos de Bolle de Bal nous permet d'affirmer l'urgence actuelle de créer des lieux de reliance de la même manière que nous l'exposons dans nos résultats. En effet, les participants de l'enquête affirment que le projet CALICO s'est créé, en partie, sous le constat suivant : le manque de liens dans le tissu urbain. Ils pensent également que l'habitat

¹¹ (1) La reliance entre une personne et des éléments naturels, (2) la reliance entre une personne et l'espèce humaine, (3) la reliance entre une personne et les différentes instances de sa personnalité, (4) la reliance entre une personne et un autre acteur social, (5) la reliance entre deux acteurs sociaux collectifs, définie comme la reliance sociale (Bolle de Bal, 2003).

groupé est une solution pour pallier ce manque de liens et pour favoriser la santé des personnes qui participent au projet.

4. La dimension volontaire et participative

Les résultats obtenus lors de cette recherche développent l'importance du travail volontaire au sein du projet CALICO. Même si les avis semblaient partagés entre les participants, en partie à cause de l'inquiétude des soignants face à cette implication bénévole, la nature des résultats montre que l'âme de Pass-ages réside dans l'implication volontaire. En effet, les soignants, les habitants et les bénévoles tentent de trouver une marge à suivre pour que cette collaboration entre les bénévoles et les professionnels soit fructueuse. Nous pensons que l'implication volontaire peut permettre de revaloriser les aspects de la vie, comme la naissance et la mourance, malheureusement trop souvent délaissés au sein de la société contemporaine. Nos résultats sont soutenus par le travail d'Anselm Jappe (2009) lorsqu'il aborde le « côté obscur » de la valeur et du don. Selon lui, la société contemporaine est obnubilée par la valeur et par conséquent l'échange d'équivalents. Cette dimension ne laisse pas la place pour le don et les actes non liés à un calcul, qui ne sont par conséquent, pas valorisés au sein de la société contemporaine. Au 20ème siècle, le capitalisme envahi la reproduction quotidienne sous forme de « services » comme avec la commercialisation des soins consacrés à l'enfance et à la vieillesse. En effet, comme nous le démontrons dans notre analyse, la naissance et la mourance sont reléguées aux institutions de soins et il existe peu de lieux en Belgique qui permettent de vivre ces moments de manière moins médicalisée. Si nous nous basons sur la théorie de Jappe, la naissance et la mourance sont reléguées aux valeurs non-marchandes et ceci expliquerait la raison pour laquelle elles sont moins mises en avant au sein notre société contemporaine.

De plus en ce qui concerne le travail volontaire, les participants ont évoqués les bienfaits de l'éducation par les pairs. Nous évoquions au début de cette analyse l'importance de remettre la santé dans les mains de la communauté. Il s'agit en effet, d'un des fondements de la santé communautaire. En proposant de mettre en avant l'éducation par les pairs, grâce au travail volontaires des bénévoles et aux habitants, Pass-ages s'inscrit dans une démarche de santé communautaire.

Pour conclure, l'enjeu principal en ce qui concerne le volontariat est que chaque personnalité qui s'investi au sein du projet puisse trouver sa place ; les habitants, les

professionnels de la santé et les bénévoles. Tous ensemble, en collaborant, ils vont créer une dynamique qui pourra être porteuse pour le projet, mais ça prendra du temps.

5. Question culturelle et socio-économique

Nos résultats montrent que le public de CALICO (de l'habitat groupé intergénérationnel) est multiculturel et que les personnes ne sont pas tous de la même classe socio-économique. Nous avons également pu l'objectiver lors de notre observation continue tout au long de l'année. Cependant cet idéal semble plus difficile à atteindre au niveau de la maison de naissance et de mourance. Nous constatons au sein des entretiens qu'il s'agit pour le moment d'une ambition qui n'est pas encore atteinte. Néanmoins, cette approche est au cœur des préoccupations des personnes impliquées dans la construction de la maison de naissance et de mourance. Des initiatives seront réfléchies pour tenter de faire bénéficier l'accès au projet à des personnes avec un revenu plus modeste. Nous pensons que l'accès aux soins fait partie des principes de base de la santé primaire. C'est la raison pour laquelle Pass-ages tente de rendre son projet accessible à tous, de toutes classes sociales ou cultures confondues. Nos résultats confirment les propos de l'Organisation Mondiale de Santé (2006). Celle-ci définit la santé comme « *un état de complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». De plus, Le meilleur état de santé possible est un droit pour tout être humain, quelles que soient sa nationalité, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale, etc.

Nous avons décidé d'aborder ce dernier enjeu de manière sociétale et politique. En effet, pour pouvoir y répondre, il faut travailler avec les instances gouvernementales. En cherchant par exemple un soutien financier pour permettre à des personnes en situation de précarité d'accéder au projet.

6. Question politique

Selon nous, l'aspect culturel et socio-économique ne sont pas les seuls qui doivent avoir une portée politique. Nous pensons également que les enjeux de santé communautaire doivent être pris en charge par le politique également pour voir les actions perpétuer dans le temps et permettre un réel changement de comportement et des mentalités de la collectivité. Nos résultats sont soutenus par Motamed (2015) qui suggère que les solutions ne doivent pas se limiter à l'aide individuelle mais doivent avoir une portée plus large. En effet, les politiques et les planificateurs doivent mener des recherches pour identifier ce qui détermine les problèmes de santé. Par la suite, il s'agira de repenser les structures, les

services et les modes d'organisation pour les innover en fonction et permettre de véritables changements majeurs. Il faut envisager la population comme partenaire, qui détermine elle-même ses besoins concernant sa santé. Cela confirme les résultats que nous avons obtenus concernant l'importance de mettre en place des programmes d'évaluation pour évaluer les pratiques. En effet, de cette manière le politique peut avoir un regard pertinent sur la situation et prendre des décisions en adéquation avec les besoins de la population.

Pass-ages devra dans un premier temps imaginer une marche à suivre pour la viabilité des maisons de naissance et de mourance. En effet, aujourd'hui, l'enjeu est de trouver un fonctionnement optimal et de façonner une organisation pour le projet des maisons de naissance et de mourance. Celle-ci doit être envisagée en tenant compte de l'habitat, des professionnels de santé et des bénévoles. Ensuite, il faudra revoir les pratiques au cours du temps pour que les maisons puissent évoluer chacune sereinement malgré la différence d'avancement d'un projet par rapport à l'autre. Finalement, nous avons ressorti des résultats l'importance de prévoir une évaluation des pratiques réalisée par des chercheurs. Ainsi que d'observer les changements de comportement pour pouvoir porter les résultats aux instances politiques et faire évoluer les pratiques.

Finalement, lors de l'analyse, nous avons démontré que l'initiative de Pass-ages influence la santé des personnes rattachées au projet (les habitants, les bénévoles et les professionnels de la santé) de différentes manières. En effet, si nous envisageons celle-ci en termes de santé communautaire, nous pouvons affirmer que le projet de la maison de naissance et de mourance influencera probablement leur santé physique, psychologique, relationnelle, sociale et environnementale. En effet, la santé physique des personnes semblerait être influencée mais surtout les relations sociales et le vivre ensemble de ces personnes. De plus, le projet influencera également les personnes du quartier de Forest étant donné son imbrication au sein de celui-ci. Finalement, la création de ce projet, qualifié par les habitants de « projet de société », montre également une portée politique et des enjeux sociétaux, tel que nous l'avons exposé lors de l'analyse. A plus large spectre, nous pouvons donc nous attendre à des changements sur les représentations sociales de la naissance et de la mourance au sein de la société.

Pour conclure, comme nous l'affirmons au début de la discussion, les trois types d'enjeux exposés dans les résultats sont dépendants l'un de l'autre. Ainsi, nous pensons qu'il faut d'abord envisager de réagir aux enjeux propres à Pass-ages avant d'aspirer à répondre aux

enjeux de santé et politiques. En effet, selon nous, ces deux types d'enjeux se répercuteront sur la communauté locale. Tandis que le premier type d'enjeux montre ceux qui nous semblent être essentiels pour assurer la pérennité du projet.

Limites et perspectives

La principale limite que nous avons constaté de cette étude est le nombre restreint de personnes interrogées lors de cette recherche. De plus, notre échantillon est constitué essentiellement de femmes. Par conséquent, dix personnes ne permettent pas d'assurer une représentativité optimale. Nous pensons également que l'échantillon aurait pu être plus diversifié. En effet, notre hypothèse de recherche induit que la santé des personnes rattachées au projet est influencée par l'alliance entre la naissance, la mourance et l'habitat. Cependant, nous remarquons au cours de l'analyse que les participants de l'enquête pensent que la portée du projet influencera également la santé des personnes de la communauté de Forest et à la plus large spectre la société. De ce fait, il aurait été pertinent d'élargir notre échantillon de recherche à des personnes du quartier de Forest pour comprendre leur vision du projet et l'influence qu'il pourrait apporter en termes de santé sur cette communauté du quartier.

Finalement, le monde scientifique n'est pas encore suffisamment renseigné sur l'assemblage de ces trois notions interreliées (la naissance, la mourance et l'habitat). L'objet de ce mémoire a été de démontrer les enjeux de santé lié cette alliance. En effet, il s'agit d'un projet pilote qui est en application seulement depuis septembre 2021. Nous ne pouvons donc pas encore affirmer que ces enjeux de santé influencent bel et bien les personnes rattachées au projet. En outre, nous avons dû nous restreindre dans le développement des concepts au sein de la partie théorique. Nous pouvons l'expliquer par le caractère innovant et la complexité du projet. En effet, celui-ci aborde de nombreux aspects et l'influence sur la santé sera donc probablement multiple et variée elle aussi.

Pour conclure, nous recommanderions une évaluation sur le long terme de l'ensemble des notions abordées au cours de cette recherche. En effet, nous avons abordé les enjeux liés à cette alliance entre la naissance, la mourance et l'habitat. Il s'agirait à présent de voir réellement dans le temps leur influence.

CONCLUSION

Notre recherche a été conduite pour tenter de répondre à la question suivante : « *Dans le cadre d'une nouvelle initiative d'habitat groupé intergénérationnel dans la ville de Bruxelles, comment envisager que l'intégration d'une maison de naissance et de mourance au sein de l'habitat influencera-t-elle la santé des personnes rattachées au projet ?* ».

Dans un premier temps, nous avons conceptualisé les notions abordées dans cette recherche, c'est-à-dire l'habitat groupé intergénérationnel, la naissance et la mourance. De cette manière, nous avons apporté au lecteur un bref aperçu de ces thématiques et nous avons construit notre question de recherche. En effet, étant donné le caractère innovant du projet, il nous a semblé essentiel de montrer de quelle manière l'interaction entre ces trois notions pourrait influencer la santé des personnes rattachées au projet. L'objectif de l'analyse a été de mettre en avant les enjeux liés à cette intégration et de les contextualiser dans le cadre du projet CALICO à Forest, dans la ville de Bruxelles.

Les résultats de cette recherche ont permis de mettre en évidence quinze enjeux. Nous les avons classés de la sorte : (1) les enjeux propres à Pass-ages, (2) les enjeux de santé et (3) les enjeux sociétaux et politiques. Lors de l'analyse, nous avons fait ressortir les résultats principaux en les appuyant avec la littérature scientifique. L'intégration de la naissance et de la mourance au sein de l'habitat influence non seulement la santé des personnes rattachées au projet mais également les relations sociales et le vivre ensemble de ces personnes. De plus, la portée du projet ne se limite pas à la santé des personnes rattachées au projet, à savoir les habitants, les bénévoles et les professionnels de santé. En effet, la santé des personnes du quartier de Forest (dans la ville de Bruxelles) et à plus large spectre la société est également influencée par le lancement de CALICO dans le tissu urbain de Bruxelles. De plus, la création de ce projet, qualifié par les habitants de « projet de société », montre également une portée politique et des enjeux sociétaux, tel que nous l'avons exposé lors de l'analyse.

Finalement, en Belgique, l'existence de lieux pour vivre respectueusement la naissance et la fin de vie ne semblent pas encore suffisante. Notre analyse montre l'importance d'humaniser ces moments de vie et de les remettre dans les mains des personnes concernées. De plus, il s'agit également de les replacer au cœur de la vie pour déconstruire

le tabou autour de la mort et lutter contre la surmédicalisation qu'ils subissent à l'heure actuelle.

Pour conclure l'initiative de Pass-ages semble remplir toutes les conditions pour apporter effectivement une influence positive sur la santé des personnes rattachées au projet. Il s'agira à présent de voir comment le projet va évoluer dans le temps. Nous lui souhaitons de réussir. Cette initiative aspire effectivement à la mise en avant de valeurs essentielles pour la construction d'un monde meilleur, bienveillant et à l'écoute des besoins des personnes au sein de la communauté. Comme le disait si bien l'une des participantes de l'enquête, l'objectif de développer des projets tel que celui de CALICO est de créer sur le long terme « une société plus aimante ».

BIBLIOGRAPHIE

- Absil, G., Vandoorne, C., & Demarteau, M. (2012). Bronfenbrenner, l'écologie du développement humain. Réflexion et action pour la Promotion de la santé (p. 1-19). Université de Liège. <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/114839/1/ELE%20MET-CONC%20A-243.pdf>
- Alain Loute, « La démesure du care : surabondance de l'amour, excédent sémantique ou contradiction ? », Cahiers du GRM [En ligne], 10 | 2016, mis en ligne le 26 décembre 2016, consulté le 27 décembre 2016. URL : <http://grm.revues.org/829>
- Argoud, D. (2011). De l'hébergement à l'habitat : une évolution ambiguë. *Gérontologie et société*, 34(136), 13-27. <https://doi.org/10.3917/gs.136.0013>
- Aubin-Auger, I., Mercier A., Baumann L., Lehr-Drylewicz A-M., Imbert P., Letrilliart L., et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone (GROUM-F). (2008). Introduction à la recherche qualitative. *La revue française de médecine générale*, 19(84), 142-145.
- Aujoulat. I. (2017). L'empowerment du patient. Centre d'Education Du Patient asbl. Retrieved from <https://www.educationdupatient.be/index.php/education-du-patient/news/27-l-empowerment-du-patient>
- Beurthey, R. & Costes, L. (2018). Habitat participatif, Habitat groupé: Vers une ouverture à la diversité sociale ?. *L'Homme & la Société*, 208, 269-293. <https://doi.org/10.3917/lhs.208.0269>
- Biau, V. et Bacqué, M-H. (2010). Habitats alternatifs : des projets négociés ? DOI: 10.13140/RG.2.2.24329.24163
- Bilsen, J., Cohen, J. & Deliens, L. (2007). La fin de vie en Europe : le point sur les pratiques médicales. *Population & Sociétés*, 430, 1-4. <https://doi.org/10.3917/popsoc.430.0001>
- Bolle De Bal, M. (2003). Reliance, déliance, liance : émergence de trois notions sociologiques. *Sociétés*, n°80, 99-131. <https://doi.org/10.3917/soc.080.0099>
- Bonnefoy, X., Amnesi-Maesano, I., Moreno Aznar, L., Braubach, M., Croxford, B., Davidson, M., Ezratty, V., Fredouille, J., Gonzalez-Gross, M., Van Kamp, I., Maschke, C., Mesbah, M., Moissonnier, B., Monolbeav K., Moore, R., Nicol, S., Niemann, H., Nygren, C., Ormandy, D., Röbbel, N., Rudnai, P. (2004). Habitat et santé : état des connaissances. *Les Echos du Logement. Doctrine* n°4 (145-152).
- Braun, F. & Lalman, L. (2014). Naissance respectée ? Naissance d'un mouvement. *CEFA ASBL*

Boulmier, M. (2011). Habitat, territoires et vieillissement : un nouvel apprentissage. *Gérontologie et société*, 34(136), 29-46. <https://doi.org/10.3917/g.s.136.0029>

CARE and Living in COMMUNITY. (n.d.). *titre de la page*. Retrieved from <https://calico.brussels/fr/> consulté le 15/11/21

Chantry, A., Sauvegrain, P., Roelens, I., Guiguet-Auclair, C., Goyet, S. & Vendittelli, F. (2019). Rapport d'étude sur la qualité des soins prodigués en maisons de naissance en France.

Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. (2006). Documents fondamentaux, supplément à la quarante-cinquième édition, octobre 2006.

Conter, B. (1995). Les soins palliatifs en Belgique. *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 1487, 1-37. <https://doi.org/10.3917/cris.1487.0001>

Fernandez, Lydia. (2021). « Chapitre 10. L'observation », Antoine Bioy éd., *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie*. Dunod, pp. 161-177.

Gérard, A. (2017). Enjeux et stratégies de l'appropriation des espaces collectifs. *Gérontologie et société*, 39(152), 143-154. <https://doi.org/10.3917/g.s.152.0143>

Gouilhers-Hertig, S. (2014). Vers une culture du risque personnalisée : choisir d'accoucher à domicile ou en maison de naissance. *Socio-Anthropologie*, (29), 101-119. <https://doi.org/10.4000/socio-anthropologie.1696>

Habitat et participation asbl. (n.d.). *Habitat groupé*. Retrieved from <https://www.habitat-participation.be/habitat-groupe>

Habitat et participation asbl (n.d.). *Qui sommes-nous ?* Retrieved from <https://www.habitat-participation.be/qui-sommes-nous>

Habitat groupé-solidaire. (2017). *Habitat groupé/solidaire/intergénérationnel : kesako ?* Retrieved from <https://www.habitat-groupe.be/outils-methodologiques/reflexions-autour-de-lhabitat-solidaire/lhabitat-groupe-solidaire-intergenerationnel-kesako/>

Haudiquet, A. (2009). La fin de vie : une question de responsabilités. *Empan*, 73, 136-147. <https://doi.org/10.3917/empa.073.0136>

Hernandez, A. & Alexander, S. (2017). Maisons de naissance en Europe : accouchements extrahospitaliers par choix. *Revue de Médecine Périnatale*, 9, 47-54. <https://doi.org/DOI 10.1007/s12611-016-0382-8>

Jappe, A. (2009). Le « côté obscur » de la valeur et le don. *Revue du MAUSS*, 34, 96-113. <https://doi.org/10.3917/rdm.034.0096>

Le Guay, D. (2008). Représentation actuelle de la mort dans nos sociétés: les différents moyens de l'occulter. *Études sur la mort*, 134, 115-123. <https://doi.org/10.3917/eslm.134.0115>

Lois, décrets, ordonnances et règlements. (2016). Loi modifiant la loi du 14 juillet 2002 relative aux soins palliatifs en vue d'élargir la définition des soins palliatifs.

Lois, décrets, ordonnances et règlements, LOI 2017/08/11 (chapitre 8 – article 55) http://www.soinspalliatifs.be/images/pdf/Loi_2002_SP_-_MOD_2016_07_21.pdf

Alain Loute, « La démesure du care : surabondance de l'amour, excédent sémantique ou contradiction ? », Cahiers du GRM [En ligne], 10 | 2016, mis en ligne le 26 décembre 2016, consulté le 27 décembre 2016. URL : <http://grm.revues.org/829>

L'union sociale pour l'habitat. (2020). *Dossier habitat participatif*. Retrieved from <https://www.union-habitat.org/centre-de-ressources/habitants-politiques-sociales/dossier-habitat-participatif>

Lydia Müller. (2012). La fin de vie, une aventure. Dervy. ISBN 978-2-84454-941-9

Marty, Laurent. (2021). « Chapitre 12. Le focus group », Antoine Bioy éd., *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie*. Dunod, pp. 197-213.

Melissa Luke & Kristopher M. Goodrich (2019) Focus Group Research: An Intentional Strategy for Applied Group Research, *The Journal for Specialists in Group Work*, 44:2, 77-81, DOI: 10.1080/01933922.2019.1603741

Moreau A., Dedianne M-C., Letrilliart L., Le Goaziou M-F, Labarère J., Terra J-L. (2004). Méthode de recherche : s'approprier la méthode du focus group. *La revue du praticien. Médecine générale*, 18/n°645, 382-384.

Motamed, S. (2015). Qu'est-ce que la santé communautaire : Un exemple d'une approche participative et multisectorielle dans une commune du Canton de Genève, en Suisse. *L'information psychiatrique*, 91, 563-567. <https://doi.org/10.1684/ipe.2015.1374>

Olfa Zaïbet, G. (2007). Vers l'intelligence collective des équipes de travail : une étude de cas. *Management & Avenir*, 14, 41-59. <https://doi.org/10.3917/mav.014.0041>

Paillé, P. & Mucchielli, A. (2021). Chapitre 12. L'analyse thématique. Dans : , P. Paillé & A. Mucchielli (Dir), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (pp. 269-357). Paris: Armand Colin.

Paperman, P. (2010). Éthique du care : un changement de regard sur la vulnérabilité. *Gérontologie et société*, 33(133), p.51-61. Retrieved from <https://doi.org/10.3917/gs.133.0051>

Pass-ages. (n.d.). *Habitat groupé intergénérationnel : un modèle de vie innovant*. Retrieved from <https://www.pass-ages.be/habitat-group%C3%A9/> consulté le 15/11/21

Pass-ages. (n.d.). *La naissance et la mourance au cœur de la vie*. Retrieved from <https://www.pass-ages.be/> consulté le 15/11/21

Pass-ages. (n.d.). *Maison de naissance*. Retrieved from <https://www.pass-ages.be/maisondenaissance/> consulté le 15/11/21

Pennec, S., Gaymu, J., Monnier, A., Riou, F., Aubry, R., Pontone, S. & Cases, C. (2013). Le dernier mois de l'existence : les lieux de fin de vie et de décès en France. *Population*, 68, 585-615. <https://doi.org/10.3917/popu.1304.0585>

Pennec, S., Gaymu, J., Riou, F., Morand, E., Pontone, S., Aubry, R. & Cases, C. (2015). Mourir chez soi : un souhait majoritaire mais une situation peu fréquente. *Population & Sociétés*, 524, 1-4. <https://doi.org/10.3917/popsoc.524.0001>

Poisson, Yves (auteur), Presses de l'université du Québec (éditeur), 1991 (année de publication), 190 (pages) ISBN 978-2-7605-0643-5

Portail des soins palliatifs. (n.d.). *Législation*. Retrieved from <http://www.soinspalliatifs.be/legislation-intro.html>

Réseau Santé Mentale Bruxelles Sud. (n.d.). Retrieved from <https://www.rezone.be/>

Rosenfelder, C. (2017). Vieillir dans un habitat autogéré : la question du « vivre ensemble ». *Gérontologie et Société*, 39 / n° 152 (1), 155. <https://doi.org/10.3917/g1.152.0155>

Sala Pala, V. (2020). Logement et habitat. Dans : Romain Pasquier éd., *Dictionnaire des politiques territoriales* (pp. 333-338). Paris: Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.pasqu.2020.01.0333>

Tronto, J.C. (2008). Du care. *Revue du MAUSS*, 32, p.243-265. Retrieved from <https://doi.org/10.3917/rdm.032.0243>

Union Professionnelle des Sage-Femmes Belges. (n.d.). *En maison de naissance*. <https://sage-femme.be/parents/lieux-de-naissance/en-maison-de-naissance/>

Vandenbroucke, S., Lebrun, J.-M., Gosset, C., Declercq, A., Maggi, P., & Delye, S. (2012). Vieillir, mais pas tout seul. In F. Pissart, A. Van Meerbeeck, & A. Vasseur (Eds.), *Une enquête sur la solitude et l'isolement social des personnes âgées en Belgique* (p. 176). Fondation Roi Baudouin. ISBN 978-2-87212-670-5