



HAL
open science

L'architecture des Ehpad et son influence sur le bien-être des résidents

Perrine Nedelec, Dominique Somme, Kevin Charras

► **To cite this version:**

Perrine Nedelec, Dominique Somme, Kevin Charras. L'architecture des Ehpad et son influence sur le bien-être des résidents. *Gérontologie et Société*, 2023, *Gérontologie et Société*, 45 (2), pp.105-124. 10.3917/g1.171.0105 . hal-04479564

HAL Id: hal-04479564

<https://hal.science/hal-04479564v1>

Submitted on 28 Feb 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Titre court : Architecture des Ehpad et bien-être

Rubrique : articles scientifiques originaux

L'architecture des Ehpad et son influence sur le bien-être des résidents

Perrine NEDELEC

Docteure en médecine générale· CHU Rennes, Living Lab Vieillesse et Vulnérabilités

Dominique SOMME

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier en Gériatrie· Université Rennes 1, CHU Rennes, CNRS, ARENES – UMR 6051, F-35000 RENNES, FRANCE

Kevin CHARRAS

Docteur en psychologie environnementale, CHU Rennes, Living Lab Vieillesse et Vulnérabilités

Résumé – La proportion de personnes âgées dépendantes ne va cesser d'augmenter en France. Ces dernières décennies, les solutions d'hébergement pour ces personnes se sont médicalisées, notamment au sein des Ehpad, pouvant parfois impacter leur bien-être. Des réflexions sont en cours sur de nouveaux modèles d'habitat souhaitables pour les personnes âgées. L'objectif de cette étude est d'identifier des éléments architecturaux susceptibles d'influencer le bien-être des personnes âgées résidant en Ehpad.

Cette étude s'est déroulée d'avril à août 2021, dans 17 Ehpad bretons, grâce à une enquête quantitative par questionnaire menée auprès de trois groupes (résidents, entourage, professionnels).

Les résidents qui estiment vivre dans un « lieu de vie » ont un bien-être moyen significativement supérieur à ceux qui estiment vivre dans un « lieu de soin ». Grâce aux réponses des participants il a été possible d'identifier certains éléments d'aménagement pouvant répondre à leurs aspirations.

Il semble pertinent d'appliquer une approche domestique dans les projets de réhabilitation ou de construction des nouveaux établissements et d'utiliser des démarches participatives pour impliquer pleinement les usagers.

Mots clés – Architecture, Ehpad, Bien-être, Résidents, Domestique

Abstract – The architectural of nursing home and its influence on the well-being of residents

The proportion of dependent elderly people will continue to increase in France. In recent decades, the accommodation solutions for these people have become more and more medicalized, particularly in EHPADs, which can sometimes impact their well-being. Reflections are currently underway on new desirable housing models for the elderly. The objective of this study is to identify the architectural elements likely to influence the well-being of elderly people living in Ehpad.

This study took place from April to August 2021, in 17 breton EHPADs, thanks to a quantitative survey by questionnaires carried out with three groups (residents, family and friends, professionals).

Residents who consider themselves to be living in a "place of life" have a significantly higher average well-being than those who consider themselves to be living in a "place of care". Thanks to the participants' answers, it was possible to identify certain design elements that could meet their aspirations.

It seems relevant to apply a domestic approach in the rehabilitation or construction projects of new establishments and to use participative approaches to fully involve the users.

Keywords - Architecture, Ehpad, Well-being, Residents, Domestic

Introduction

Contexte

Une population de plus en plus âgée et dépendante

Le public de personnes âgées accueilli en institution a considérablement évolué depuis les années soixante. Les hospices ont laissé la place aux premières maisons de retraite, qui se sont rapidement médicalisées au vu des incapacités fonctionnelles de leurs occupants, entraînant la création de places de section de cure médicale (Villez, 2007). La volonté des familles d'assurer la présence constante d'un soignant auprès de leur proche et le développement d'une vision biomédicale du vieillissement ont favorisé le développement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) s'inspirant du modèle hospitalier (Brami, 2013). Ce modèle « médical » a perduré et s'est renforcé face à la nécessité d'accueillir des personnes âgées plus dépendantes et/ou isolées socialement, avec des pathologies plus lourdes.

D'ici 2040, la proportion de personnes âgées de 80 ans et plus en France représentera 10 % de la population, et le nombre de celles en « *perte d'autonomie* » pourrait passer de 2,5 millions en 2015 à 4 millions en 2050 (Champion *et al.*, 2019; Léon, 2010). Selon le modèle de projection « Lieux de Vie et Autonomie », si les possibilités de maintien au domicile ne se développent pas et que l'évolution de la dépendance des personnes âgées reste constante, il faudra doubler le rythme d'ouverture de places en Ehpad, afin de pouvoir accueillir 108 000 résidents supplémentaires d'ici 2030 (Drees, 2020).

Une image dégradée des Ehpad français

Aujourd'hui, ces établissements souffrent d'une image négative, qui renvoie à la fois à la vision d'un Ehpad « mouvoir », datant du temps des hospices et persistant dans l'imaginaire collectif, mais aussi à celle d'établissements déshumanisés par la médicalisation, au sein desquels « *la référence permanente aux soins enferme les résidents [...] dans un statut de patient* » (Fourrier, 2020, p. 124 ; Villez, 2007). La crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 a de nouveau terni ce portrait, mettant en avant les restrictions de liberté et des questionnements éthiques sur le droit à l'autonomie et celui de mourir dans la dignité (Balard *et al.*, 2021).

Par ailleurs, le déficit de personnel a des conséquences non négligeables sur le bien-être des résidents, pouvant parfois conduire à une forme de maltraitance (personnes âgées laissées au lit, protections souillées changées tardivement... - voir Fourrier, 2020). Il faut aussi s'interroger sur les restrictions de libertés subies par les résidents et suscitées par l'organisation collective, avec un rythme et des règles imposés par l'institution et des normes de sécurité et d'hygiène qui contraignent le quotidien (Billé, 2005 ; Charras et Cérèse, 2017).

Une réflexion déjà amorcée sur les liens entre architecture et bien-être des résidents

Au vu de ces constats et de l'augmentation prévisible des besoins en termes d'hébergement pour les personnes âgées, il est nécessaire de réfléchir dès aujourd'hui à l'évolution des habitats en plaçant le *bien-être*¹ au cœur des débats.

Pour certains auteurs, les Ehpad étant avant tout des lieux de vie, il est indispensable de les repenser comme tels, en les abordant sous l'angle de la « domesticité » (Charras et Cérèse, 2017), c'est-à-dire en permettant à la personne de « *disposer d'un « chez-soi », lieu d'expression de ses attentes, de ses choix de vie et de ses préférences* » (CNSA, 2018, P. 26). Ces éléments sont également au cœur des réflexions du *Think Tank* Matières Grises sur « *L'Ehpad du futur* », dans ses propositions pour un changement de modèle (Broussy, Guedj et Kuhn-Lafont, 2021). Une approche d'accompagnement fondée sur le quotidien a déjà montré son intérêt dans les pôles d'activités et de soins adaptés (Dupré-Lévêque et Charras, 2019). On peut alors supposer que ces modifications auraient un impact positif sur l'ensemble des personnes âgées.

L'Ehpad : un lieu de vie et de travail

Deux groupes d'usagers principaux évoluent au sein des Ehpad : les résidents et les professionnels. Étant à la fois lieu de vie pour les uns et lieu de travail pour les autres, cette situation peut conduire à des conflits d'usage. Ces derniers naissent de « *l'utilisation différente d'un même lieu par plusieurs types d'usagers susceptibles d'avoir des intérêts, des pratiques ou des formes d'appropriations contradictoires* » (Charras et Cérèse, 2017, p. 175). L'Ehpad peut être considéré de deux manières : comme un lieu de vie dans lequel des personnes âgées plus ou moins dépendantes habitent, et l'architecture devrait alors suivre une logique d'habitat, proche de celle d'une maison ; ou comme un lieu de travail pour des professionnels de la gérontologie, l'architecture suivant alors une logique de soin, proche de celle d'un hôpital.

¹ La conception du bien-être subjectif est appréhendée comme un ensemble comportant des composantes cognitives (satisfaction de la vie) et des composantes émotionnelles (affects positifs et négatifs) (Rolland, 2000).

Problématique et hypothèses

En regard des éléments de contexte cités ci-avant et de l'ambition des pouvoirs publics d'aborder un virage domiciliaire, il est important aujourd'hui de déterminer les éléments de l'environnement architectural² pouvant avoir un impact sur le bien-être des résidents et d'interroger la manière dont les acteurs appréhendent l'aspect domestique des Ehpad et le continuum lieu de vie/lieu de soin. Nous émettons l'hypothèse selon laquelle les éléments architecturaux (mobilier, dimensions des pièces, agencement...) faisant primer la logique de l'habitat sur la logique de soin sont ceux identifiés par les répondants comme ayant un impact positif sur le bien-être des résidents.

Méthode

Cette étude fondée sur une méthodologie mixte a été réalisée d'avril à août 2021, dans le cadre d'une recherche universitaire en santé publique, au sein de 17 Ehpad bretons du réseau du Living Lab Vieillesse et Vulnérabilités (LL2V) : 2 privés lucratifs, 8 privés associatifs, 3 publics territoriaux et 4 publics hospitaliers. Un avis favorable du comité d'éthique du CHU de Rennes a été émis pour cette étude.

Échantillon

Les échantillons ciblés pour l'étude étaient : des résidents habitant en Ehpad, des professionnels travaillant dans ces établissements et des personnes de l'entourage des résidents.

Dans le groupe des résidents, toute personne habitant l'Ehpad depuis au moins trois mois était incluse, avec les critères d'exclusion suivants (pour des raisons éthiques et de faisabilité) : résidents souffrant de troubles cognitifs majeurs, d'une altération de l'état général ou d'un déficit sensoriel majeur, résidents en fin de vie ou recevant des soins palliatifs et personnes sous tutelle ou curatelle. Les directeurs d'établissement sélectionnaient des résidents répondant aux critères, qui étaient ensuite validés ou non par l'équipe de recherche. Concernant l'entourage, était incluse dans l'étude toute personne majeure ayant un proche résidant dans un des Ehpad, que ce proche soit inclus dans l'étude ou non. Enfin, le groupe des professionnels ciblé était composé de personnes en contact quotidien avec les résidents et ayant une activité d'accompagnement social ou de soin.

Tous les Ehpad du réseau du LL2V ont reçu une proposition de participation à l'étude.

Enquête quantitative par questionnaire

Des questionnaires ont été réalisés sur le logiciel Framiform[®] pour chaque groupe, comprenant des questions fermées et des questions ouvertes appelant des réponses courtes.

Des données sociodémographiques étaient recueillies et chaque répondant (dont les résidents eux-mêmes) devait évaluer le bien-être des résidents sur une échelle Likert allant de 1 à 6. Puis, chacun devait classer six lieux de l'Ehpad selon un ordre de préférence (la chambre, le restaurant, le hall d'entrée et les couloirs, les salons, la salle d'animation, et les espaces extérieurs), « 1 » étant le lieu dans lequel le résident éprouvait le plus de bien-être. Des supports visuels ont été créés pour aider les résidents à répondre (images représentant des lieux, des chiffres et des émoticônes). Les participants étaient ensuite invités à décrire les éléments environnementaux agissant positivement sur le bien-être des résidents dans le lieu classé en premier.

Il était ensuite demandé aux participants s'ils estimaient que leur Ehpad ou celui de leur proche était plutôt un lieu vie ou un lieu de soin et d'expliquer leur choix. Enfin, les répondants pouvaient s'exprimer sur des modifications architecturales souhaitables pour améliorer le bien-être des résidents.

Les questionnaires ont été envoyés par les directeurs à l'ensemble des familles des résidents et à l'ensemble des professionnels concernés par courriel, avec un texte explicatif présentant l'étude, ses objectifs et le caractère anonyme et confidentiel du recueil de données. Ceux des résidents ont été remplis en face-à-face avec l'aide de l'investigatrice de l'étude. L'objectif fixé était d'inclure 18 Ehpad avec 5 réponses par groupe pour chacun, pour arriver à un total de 270 réponses. Des relances ont eu lieu pour atteindre le nombre de réponses nécessaires.

² Nous entendons par environnement architectural la structuration et l'aménagement des espaces de vie des usagers d'un lieu.

Traitement des données

Une analyse descriptive des données quantitatives issues des questionnaires a été réalisée. Pour répondre à l'hypothèse principale, certaines variables ont été analysées à l'aide du test de Student ou du test du Khi2. Tous les tests statistiques ont utilisé un seuil de significativité de 0,05.

Les verbatim issus des réponses aux questions ouvertes du questionnaire ont fait l'objet d'une analyse de contenu avec un codage ouvert puis axial et quantification de la récurrence des codes. Les catégories thématiques ont évolué au cours de l'analyse pour aboutir à une classification finale permettant la compréhension du phénomène étudié.

Résultats et discussion

Description de la population

Population de l'étude

Sur les 18 Ehpad inclus dans l'étude, seul un s'est rétracté pour des raisons organisationnelles. L'enquête par questionnaire a donc été menée dans 17 Ehpad, avec 401 réponses aux questionnaires reçues dont : 87 résidents, 115 professionnels et 199 personnes de l'entourage. Neuf résidents ont été exclus car habitant l'Ehpad depuis moins de trois mois et neuf professionnels car n'exerçant pas au quotidien au contact des résidents. Au total, 383 réponses ont été analysées, comprenant des données quantitatives (questions fermées) et qualitatives (verbatim issus des questions ouvertes).

Données sociodémographiques

Dans le groupe des résidents, 76 % sont des femmes, la moitié habite l'établissement depuis plus de 24 mois et la majorité d'entre eux est âgée de 81 ans ou plus (78 %) (Tableau 1).

Dans le groupe de l'entourage, 71 % sont des femmes. La catégorie d'âge 61 - 75 ans est la plus représentée, et les retraités sont les plus nombreux (48 %). La majorité d'entre eux déclare être l'enfant d'un résident (79 %) (Tableau 2).

Tableau 1 - Données sociodémographiques des résidents

Variable	Sexe	Femme n= 61 (76%)	Homme n= 17 (24%)	Total n= 78 (100%)
Catégorie d'âge				
70 ans ou moins		4 (7 %)	5 (29 %)	9 (12 %)
71 - 80 ans		6 (10 %)	2 (12 %)	8 (10 %)
81 - 90 ans		32 (52 %)	5 (29 %)	37 (47 %)
91 ans ou plus		19 (31 %)	5 (29 %)	24 (31 %)
Catégorie socio-professionnelle				
Agriculteur exploitant		10 (16 %)	1 (6 %)	11 (14 %)
Artisan, commerçant et chef d'entreprise		4 (7 %)	0 (0 %)	4 (5 %)
Cadre et profession intellectuelle supérieure		3 (5 %)	1 (6 %)	4 (5 %)
Profession intermédiaire		9 (15 %)	4 (24 %)	13 (17 %)
Employé		22 (36 %)	6 (35 %)	28 (36 %)
Ouvrier		5 (8 %)	5 (29 %)	10 (13 %)
Autre personne sans activité professionnelle		8 (13 %)	0 (0 %)	8 (10 %)
Durée de résidence				
Entre 3 et 6 mois		6 (10 %)	1 (6 %)	7 (9 %)
Entre 6 et 12 mois		13 (21 %)	6 (35 %)	19 (24 %)
Entre 12 et 18 mois		8 (13 %)	1 (6 %)	9 (12 %)
Entre 18 et 24 mois		4 (7 %)	0 (0 %)	4 (5 %)
Plus de 24 mois		30 (49 %)	9 (53 %)	39 (50 %)

Tableau 2 - Données sociodémographiques de l'entourage

Variable	Sexe	Femme n = 142 (71%)	Homme n = 57 (29%)	Total n = 199 (100%)
Catégorie d'âge				
30 ans ou moins		1 (1 %)	1 (2 %)	2 (1 %)
31 - 45 ans		3 (2 %)	2 (3 %)	5 (3 %)
46 - 60 ans		64 (45 %)	14 (25 %)	78 (39 %)

61 - 75 ans	70 (49 %)	37 (65 %)	107 (54 %)
Plus de 75 ans	4 (3 %)	3 (5 %)	7 (3 %)
Catégorie socio-professionnelle			
Agriculteur exploitant	1 (1 %)	0 (0 %)	1 (0 %)
Artisan, commerçant et chef d'entreprise	2 (1 %)	1 (2 %)	3 (2 %)
Cadre et profession intellectuelle supérieure	32 (23 %)	15 (26 %)	47 (24 %)
Profession intermédiaire	10 (7 %)	1 (2 %)	11 (6 %)
Employé	31 (22 %)	2 (3 %)	33 (17 %)
Ouvrier	1 (1 %)	0 (0 %)	1 (0 %)
Étudiant	0 (0 %)	1 (2 %)	1 (0 %)
Autre personne sans activité professionnelle	5 (3 %)	1 (2 %)	6 (3 %)
Retraité	60 (42 %)	36 (63 %)	96 (48 %)
Lien de parenté			
Sa conjointe / Son conjoint	6 (4 %)	1 (2 %)	7 (4 %)
Sa fille / Son fils	115 (81 %)	42 (74 %)	157 (79 %)
Sa petite-fille / Son petit-fils	2 (1 %)	1 (2 %)	3 (1 %)
Sa nièce / Son neveu	5 (4 %)	5 (9 %)	10 (5 %)
Sa sœur / Son frère	5 (4 %)	2 (3 %)	7 (4 %)
Sa cousine / Son cousin	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Sa belle-fille / Son beau-fils	6 (4 %)	2 (3 %)	8 (4 %)
Un(e) amie(e)	2 (1 %)	2 (3 %)	4 (2 %)
Autre	1 (1 %)	2 (3 %)	3 (1 %)

Dans le groupe des professionnels, 96 % sont des femmes et la majorité a entre 26 et 55 ans. Ceux ayant le plus répondu sont les aides-soignants (36 %) et les infirmiers (25 %). Ils sont 87 % à exercer dans l'établissement depuis plus d'un an et 50 % depuis plus de cinq ans (Tableau 3).

Tableau 3 - Données sociodémographiques des professionnels

Variable	Sexe	Femme n = 102 (96%)	Homme n = 4 (4%)	Total n = 106 (100%)
Catégorie d'âge				
18 - 25ans		11	1	12 (11 %)
26 - 35ans		26	0	26 (25 %)
36 - 45ans		30	1	31 (29 %)
46 - 55ans		32	1	33 (31 %)
56ans et plus		3	1	4 (4 %)
Métier				
Aide-soignant(e)		37	1	38 (36 %)
Infirmier(e)		23	3	26 (25 %)
Aide médico-psychologique		16	0	16 (15 %)
Agent de service hospitalier		14	0	14 (13 %)
Autre, dont :		12	0	12 (11 %)
- Psychologue		4	0	4
- Ergothérapeute		2	0	2
- Médecin coordonnateur		2	0	2
- Cadre de santé		1	0	1
- Coordinatrice de projets d'animation		1	0	1
- Gouvernante		1	0	1
- Chef de service		1	0	1
Ancienneté dans l'Ehpad				
Moins de 3 mois		3	0	3 (3 %)
Plus de 3 mois mais moins de 1 an		11	0	11 (10 %)
Plus de 1 an mais moins de 5 ans		38	1	39 (37 %)
Plus de 5 ans		50	3	53 (50 %)

Les trois groupes de cette enquête paraissent représentatifs des usagers des Ehpad français au regard de leur similitude sociodémographique avec les échantillons des enquêtes de la Drees (Besnard et Abdoul-Carime, 2020 ; Drees, 2015 ; Muller, 2017).

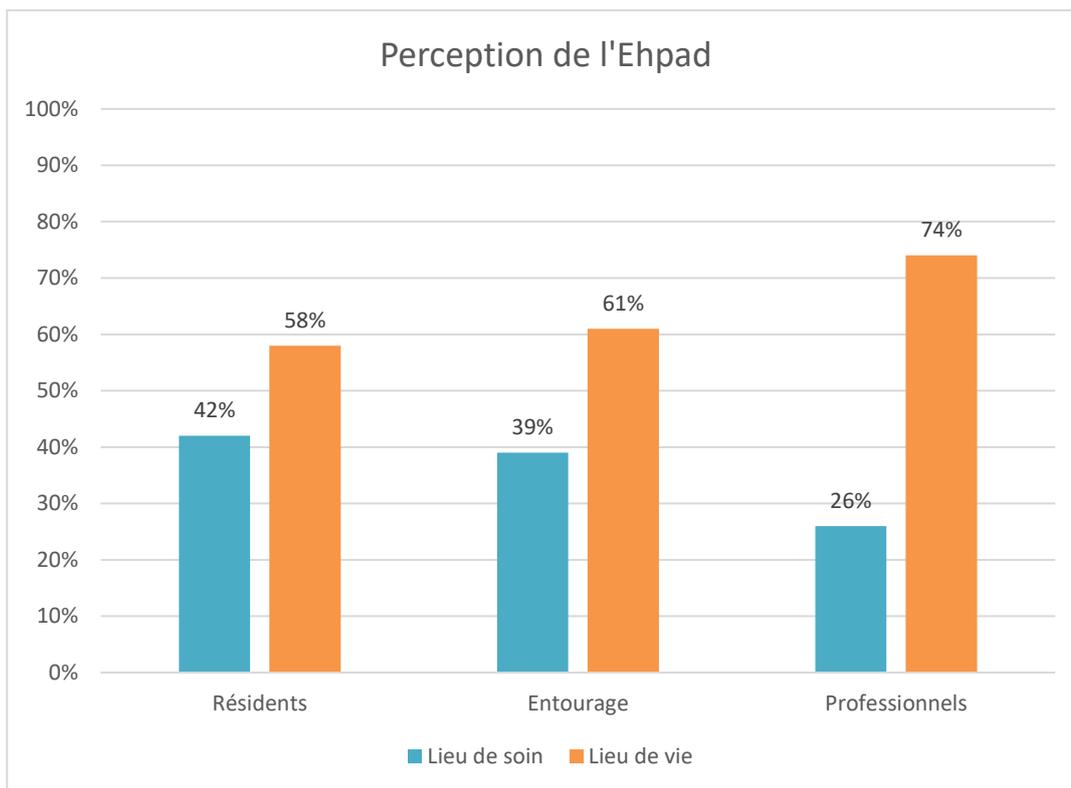
Bien-être des résidents et environnement architectural

Les résidents interrogés estiment leur bien-être sur les dernières semaines en moyenne à 4.56/6 ($\sigma = 1.10$), les professionnels notent le bien-être des résidents à 4.57/6 ($\sigma = 0.73$), tandis que l'entourage évalue celui de leur proche à 4.23 juin ($\sigma = 1.15$). Ceci laisse supposer qu'au moment de l'étude les résidents étaient plutôt satisfaits des conditions de vie qui leur étaient proposées.

Le lieu de vie plus promoteur de bien-être que le lieu de soin

Sur les 383 répondants, 64 % estiment que leur Ehpad ou celui de leur proche est plutôt un « lieu de vie » et 36 % plutôt un « lieu de soin ». Cette perception de l'Ehpad comme lieu de vie est plus fréquente chez les professionnels (74 %), que chez l'entourage (61 %) et les résidents (58 %) (Figure 1).

Figure 1 - Perception de l'Ehpad dans chaque groupe



Les résidents qui estiment vivre dans un « lieu de vie » ont un bien-être moyen significativement supérieur à ceux qui estiment vivre dans un « lieu de soin » ($p = 0,006$). Cette différence est également significative lorsque le bien-être est estimé par l'entourage et par les professionnels (Tableau 4).

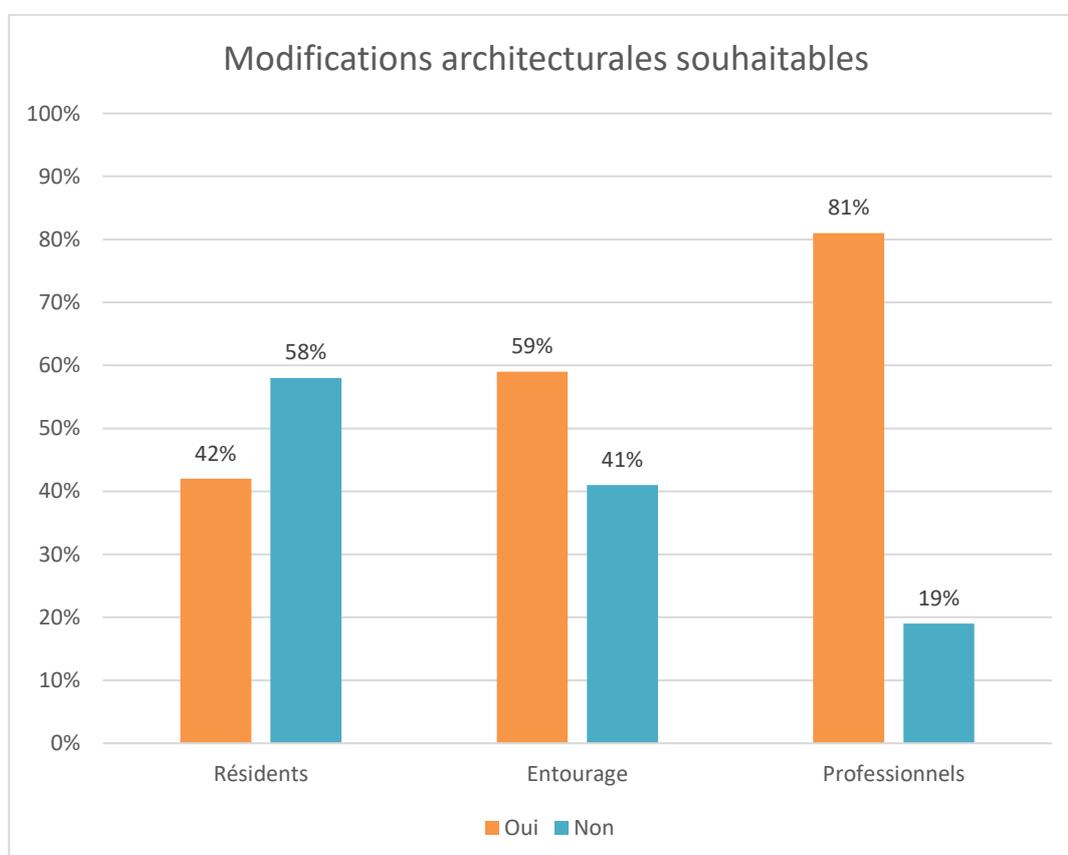
Tableau 4 : Bien-être moyen des résidents en fonction du type de lieu déclaré

Groupe	Type de lieu déclaré	Taille de l'échantillon	Moyennes de bien-être des résidents	IC 95 %	t =	ddl	p-value
Résidents	Lieu de soin	33	4,15	[-1,22 ; -0,21]	-2,86	57.6	0,006
	Lieu de vie	45	4,87				
Entourage	Lieu de soin	78	3,57	[-1.38 ; -0.76]	-6.78	135.95	3.42⁻¹⁰
	Lieu de vie	121	4,64				
Professionnels	Lieu de soin	28	4.04	[-1.05 ; -0.39]	-4.37	38.96	8.86⁻⁵
	Lieu de vie	78	4.76				

Des modifications architecturales souhaitées pour améliorer le bien-être

Sur les 383 répondants, 65 % souhaitent apporter des modifications architecturales à leur Ehpad pour pouvoir améliorer le bien-être des résidents, dont : 81 % des professionnels, 59 % de l'entourage et 42 % des résidents (Figure 2).

Figure 2 : Souhaits de modifications architecturales pour améliorer le bien-être des résidents dans chaque groupe



En moyenne, les résidents souhaitant des modifications évaluent leur bien-être de façon inférieure aux résidents n'en souhaitant pas ($t_{ddl} = 73.7 = 2,50$; $p = 0,0146$).

Dans les trois groupes confondus, la volonté d'apporter des modifications architecturales de toute nature pour améliorer le bien-être des résidents est significativement plus fréquente chez ceux qui estiment que leur Ehpad est plutôt un lieu de soin (77 %), que chez ceux qui estiment que leur Ehpad est un lieu de vie (58 %) ($K\chi^2 = 13.73$, $p = 0.0002$).

La chambre : un lieu de bien-être pour les résidents ?

Le lieu le plus souvent classé en premier, au sein duquel les résidents se sentent le mieux est « la chambre », et ce, dans chacun des trois groupes (67 % des résidents, 50 % de l'entourage et 34 % des professionnels). Pour l'entourage et les professionnels, elle est classée à égalité avec « les espaces extérieurs », tandis que ce lieu n'arrive qu'en quatrième position pour les résidents. Dans les trois groupes, « les salons » et « le hall d'entrée et les couloirs » sont les plus fréquemment classés en derniers (Tableau 5).

Tableau 5 : Mode* attribué à chaque lieu en fonction du groupe de répondants

Type de lieu \ Groupe	Résidents	Entourage	Professionnels
Chambre	1	1	1
Espaces extérieurs	4	1	1
Restaurant	2	3	2
Salles d'animation	3	4	3
Salons	5	5	5
Hall d'entrée et couloirs	5	6	6

* Le mode d'une série statistique ou variable dominante, est la valeur de la variable la plus fréquente au sein de la série.

Ces données laissent entendre que les lieux d'intimité sont plus appréciés par les différents groupes, dans lesquels les résidents subissent moins la présence de l'institution.

La chambre semble privilégiée par les résidents, pour des raisons qui peuvent varier selon leur personnalité, leur parcours de vie antérieur et leur milieu socio-culturel. Les réactions de ceux-ci lors de l'étude a permis d'identifier des profils de résidents, correspondant aux groupes identifiés par Isabelle Mallon (2003). Pour les premiers, la chambre est un « *concentré de l'ancien domicile* » constituée d'objets personnels et lieu des rencontres familiales et amicales (Mallon, 2003, p. 127).

J'ai mes micro-ordinateurs, ma télé, mon fauteuil amovible, ma bibliothèque, ma cafetière, les tableaux faits par ma petite-fille, Whatsapp que j'utilise pour discuter avec ma famille...
(Résident, 81-90 ans, ancien employé)

Pour les seconds, qui s'investissent en participant intensément à la vie collective, elle est un lieu intime où ils se replient pour vaquer à leurs loisirs personnels lorsque les contraintes du collectif se font trop fortes.

J'y suis quand je veux être tranquille, je peux travailler, regarder la télé.
(Résidente, 91 ans ou plus, ancienne employée)

Enfin, l'auteure décrit un troisième groupe de résidents, majoritaire : ceux qui ne parviennent pas à reconstruire un chez-soi au sein de l'Ehpad et adoptent un comportement de fuite de la collectivité, préférant rester dans leur chambre, même si elle n'est pas personnalisée (Mallon, 2003).

J'ai du mal autour de moi à voir des gens qui ne vont pas très bien. Ça me rend triste de les voir comme ça.
(Résidente, 81-90 ans, ancienne employée)

Ainsi, bien qu'investie différemment, la chambre prend presque toujours une place centrale dans la vie des résidents.

Dans notre étude, les répondants sont 44 % à aborder l'intimité de cette pièce. Le psychologue Thierry Darnaud (2007) parle d'un espace cabane, un lieu privé et secret dont chacun a besoin pour exister. Certains résidents apprécient de pouvoir fermer à clé la porte de leur chambre, montrant l'importance du contrôle de l'espace privatif (Charras et Cérèse, 2017). Ainsi, un « *espace totalement ouvert, dont on ne peut fermer aucune partie à aucun public, n'est pas un espace domestique au vrai sens du terme : ce n'est qu'un espace où l'on vit* » (Staszak, 2001, p. 345). La possibilité d'apporter des affaires personnelles et des objets rappelant le passé semble également primordiale au bien-être du résident.

Toutefois, pour certains, l'espace privé que représente la chambre est trop restreint.

Je ne peux pas demander un palais, je suis pas la reine d'Angleterre, mais 20 m² alors que je vivais dans un grand appartement de 100 m²...
(Résidente, 91 ans ou plus, ancienne employée)

D'autres expriment l'impossibilité d'y recréer un « chez-soi », une unique pièce ne pouvant constituer un véritable logement.

Selon Jean-François Staszak (2001, p. 344), l'espace domestique est un lieu dans lequel « *on ne fait pas n'importe quoi n'importe où* ». Or en Ehpad, la chambre est le lieu de nombreuses activités qui ne sont habituellement pas dévolues à cette pièce (recevoir des visiteurs sur son lit, manger à son fauteuil...). Certains participants imaginent donc une pièce avec plusieurs espaces structurés (kitchenette, petit salon, bureau...).

Les caractéristiques architecturales d'un lieu de vie favorisant le bien-être des résidents

À partir des réponses aux questions ouvertes nous avons dressé le portrait d'un habitat qui répondrait mieux aux aspirations des participants, tout groupe confondu. Ceci prend en compte les caractéristiques architecturales des Ehpad considérés comme des lieux de vie, les éléments promoteurs de bien-être au sein des lieux classés en premier, et les modifications architecturales souhaitées par les participants.

Un dimensionnement à taille humaine, intime et familier

Pour la plupart des répondants, l'Ehpad comme lieu de vie est un bâtiment à « taille humaine » avec un aménagement « cocooning ». À l'inverse, les participants estimant que leur Ehpad est un lieu de soin décrivent un bâtiment trop grand, organisé en ailes ou services avec de longs couloirs donnant sur des chambres alignées et identiques. Ils souhaitent des bâtiments de taille plus modeste et certains évoquent la création de petites unités de vie pour se rapprocher d'un espace à l'échelle domestique avec des dimensions de l'ordre du mètre (Staszak, 2001). La chambre et le jardin sont souvent jugés trop exigus, à l'inverse du restaurant, du hall d'entrée et des couloirs, jugés trop spacieux. Plus qu'un problème global de taille du bâtiment, il s'agirait donc plutôt d'une inadéquation entre la dimension des pièces et les souhaits et usages des résidents.

La notion d'intimité est évoquée pour décrire le lieu préféré, surtout par les résidents (36 %). Les participants expriment que les espaces favorisant le bien-être sont ceux dans lesquels il est possible d'être tranquille et abordent la nécessité d'aménager des recoins intimes dans les lieux communs en les rendant plus identifiables.

La personnalisation de l'espace apparaît primordiale pour transposer les habitudes de vie des résidents au sein de l'Ehpad. Cette personnalisation est parfois difficile et participe à l'image d'un lieu de soin. En effet, pour rendre l'espace domestique, il faut qu'il soit « *anthropique* », c'est-à-dire décoré et aménagé de manière à y inscrire la marque des normes et valeurs de la personne qui y habite (Staszak, 2001, p. 344). C'est en « *transformant l'espace en territoire* », que le résident peut y « habiter » et non plus uniquement y « vivre » (Charras *et al.*, 2017, p. 172).

Un espace de liberté

Le lieu préféré est décrit comme un endroit où les résidents se sentent libres d'agir. Ces éléments sont évoqués uniquement pour décrire la chambre et les espaces extérieurs. La notion de liberté a été citée par 49 % des résidents qui considèrent que leur Ehpad est un « lieu de vie ».

Moi je vais chercher mon café à la machine le midi et je vais le boire à la terrasse. C'est un instant de liberté. [...] C'est primordial..

(Résidente, 91 ans ou plus, anciennement cadre et profession intellectuelle supérieure)

Certains résidents expriment leur besoin de territorialité :

Dans la chambre c'est moi le patron !

(Résident, 91 ans ou plus, anciennement d'une profession intermédiaire)

Cette notion de contrôle et d'appropriation de l'espace est développée par plusieurs auteurs. Une étude menée en Angleterre au sein de 120 maisons de retraite montre que les caractéristiques architecturales favorisant le choix et le contrôle des résidents sur leur environnement (contrôle de la température de la chambre, accès libre aux jardins...) sont significativement associées à un meilleur bien-être (Parker *et al.*, 2004). Dans une autre étude menée auprès de 30 résidents français, Julia Faure et François Osiurak (2013) identifient la chambre comme le lieu dans lequel les résidents estiment avoir le plus de contrôle, les règles trop contraignantes des espaces collectifs rendant difficile l'appropriation de ces lieux.

Le manque de liberté est décrit par les personnes qui considèrent leur Ehpad comme un lieu de soin, avec par exemple l'impossibilité de sortir sans autorisation, particulièrement durant la pandémie de Covid-19. Certains vont même jusqu'à des comparaisons avec le milieu carcéral.

Ces règles sont parfois dictées par la volonté de prévenir les risques : contention, systèmes anti-fugue, normes d'hygiène alimentaire... (Fourrier, 2020). Il s'agit pour certains d'un « *paradoxe de l'institution* » (Faure et Osiurak, 2013, p. 7). Ainsi, « *en acceptant la mission intenable de veille permanente, les directeurs et les professionnels deviennent maltraitants mais par bienveillance !* » (Darnaud, 2007, p. 96).

S'il est nécessaire de redonner de la liberté aux résidents pour améliorer leur bien-être, il n'est pas possible de s'affranchir totalement des règles qu'exige la vie en collectivité. Une démarche participative avec des groupes de réflexion impliquant les acteurs concernés permettrait aux usagers de déterminer ensemble des solutions pour améliorer les droits des résidents d'Ehpad, tout en prenant en compte les conditions de travail des professionnels et les obligations réglementaires imposées aux directions. C'est l'objectif du conseil de la vie sociale, créé par la loi du 2 janvier 2002.

Un lieu beau et naturel, ouvert sur l'extérieur

Les répondants de notre étude qui considèrent l'Ehpad comme un lieu de soin le décrivent souvent comme « laid » ou « vétuste » à cause des peintures, de l'ameublement ou des décorations, tandis que ceux estimant évoluer dans un lieu de vie décrivent un environnement coloré, moderne et esthétique. Plusieurs personnes évoquent la nécessité de rénover complètement certains Ehpad.

Quel que soit le profil des participants, ceux-ci souhaitent des lieux plus chaleureux, avec davantage d'éléments naturels, qu'ils soient à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement (plantes, fleurs, animaux...). De nombreux travaux scientifiques ont pu observer des effets positifs de la nature sur les processus psycho-sociaux, psychologiques, et physiologiques (sentiment de solitude, anxiété, qualité du sommeil...) (Girard *et al.*, 2020).

Pour améliorer l'accès à l'extérieur, certains évoquent l'idée d'un Ehpad construit de plain-pied, pour rendre accessible visuellement, physiquement et psychologiquement ces espaces (Charras *et al.*, 2017). La construction de fenêtres, baies vitrées ou terrasses avec vue sur la nature, permet de s'évader depuis l'intérieur et de pouvoir assister à des scènes de vie se déroulant dehors.

Si le temps le permet on est dehors, on voit la vie. Ça bouge. Les enfants handicapés d'à côté, ils courent, crient, chantent...
(Résidente, 81 - 90 ans, sans activité professionnelle)

Une ambiance calme, lumineuse, avec des sonorités douces

L'ambiance sensorielle du lieu est également un facteur important du bien-être, lorsqu'elle est en adéquation avec les usages de l'espace (citée par 32 % des résidents). Sur le plan auditif, le silence est apprécié dans la chambre, la musique est bénéfique dans les lieux communs, tandis que les espaces extérieurs plaisent pour leurs sonorités naturelles. Visuellement, les pièces préférées sont claires, lumineuses et colorées et le plaisir gustatif est évoqué lorsque le restaurant est le lieu favori des résidents. L'ambiance sensorielle est un des éléments nécessaires pour former l'identité d'un lieu, même si elle n'est pas suffisante à la création d'un chez-soi (Charras *et al.*, 2017).

Un cadre favorisant les liens sociaux

L'importance des relations sociales au sein du lieu préféré est une notion abordée par de nombreux participants (31 %), notamment dans les lieux de vie communs. Des liens de solidarité et d'entraide peuvent se créer, et la possibilité d'accueillir sa famille et ses amis est aussi primordiale.

Ça rejoint la vie sociale. Rencontrer d'autres, pour moi c'est vivre. [...] J'aime aussi le repas des gourmets où on peut inviter du monde de l'extérieur : mes amis, ma famille...
(Résident, 91 ans ou plus, anciennement d'une profession intermédiaire)

Certains souhaitent la création d'espaces permettant les rencontres et événements festifs. Lorsque le restaurant, la salle d'animation ou le hall d'entrée sont classés en premier, ce sont les ambiances « conviviales » et « vivantes » qui semblent promouvoir le bien-être des résidents.

Ça bouge, ça vit, ça chante, elle peut chanter. Il y a du passage, des activités.
(Fils d'un résident, 61-75 ans, profession intermédiaire)

Certains décrivent aussi la possibilité de rencontrer des personnes extérieures, permettant une mixité générationnelle et/ou sociale.

C'est un jardin public, on n'y rencontre pas que des vieux. J'ai rencontré des Kosovars, des immigrés, un Sénégalais... [...] J'aime aussi la présence des enfants, [...] C'est stimulant.
(Résidente, 81 - 90 ans, sans activité professionnelle)

À l'inverse, des liens sociaux pauvres ou insatisfaisants participent à l'image de l'Ehpad comme lieu de soin. La vision de la maladie et de la dépendance des autres résidents comme source de mal-être est souvent abordée, et explique que certaines personnes souhaitent fuir les lieux de vie communs (Billé, 2005).

Il est plein de fauteuils avec des personnes handicapées. Je n'y vais pas avec mes petits-enfants, ça risque de les choquer.
(Résidente, 81-90 ans, sans activité professionnelle)

Ainsi, de nombreux résidents préfèrent rester dans leur chambre pour ne pas être confrontés aux résidents désorientés qui perturbent les interactions sociales au sein des espaces collectifs (Mallon, 2003).

Un lieu d'expression des compétences

Les activités sont abordées par 26 % des participants et 19 % des résidents ayant choisi la chambre comme lieu préféré expliquent que regarder la télévision participe à leur bien-être. Au-delà des activités en elles-mêmes, c'est le fait qu'elles

soient stimulantes intellectuellement et/ou physiquement, et qu'elles donnent un objectif au résident, qui est apprécié, surtout par l'entourage et les professionnels.

Les ateliers proposés rythment la semaine, donnent des repères dans le temps. Ils lui permettent d'être reconnue pour ses capacités, d'être stimulée.
(Fille d'une résidente, 46-60 ans, profession intermédiaire)

Isabelle Mallon (2007) explique la nécessaire recomposition des rôles dans la vie en institution. Certaines activités de la vie quotidienne étant désormais prises en charge par l'établissement (faire la cuisine, laver le linge ...), les résidents vont chercher à restructurer leur emploi du temps pour s'occuper à des activités valorisantes, leur donnant un but (Mallon, 2007). Parmi ces activités, les participants évoquent les bienfaits de celles qui sont réalisées en lien avec des personnes extérieures.

Le Think Thank Matières Grises préconise cette ouverture sur l'extérieur, en interaction avec les acteurs de la vie sociale locale (partenariats avec des établissements scolaires, jumelages avec des clubs sportifs, activités culturelles...) (Broussy *et al.*, 2021).

Un espace fonctionnel, accessible, sécurisant et sécurisé

Le lieu préféré est apprécié pour sa fonctionnalité par 10 % des répondants et pour son aspect sécurisé et sécurisant par seulement 8 % d'entre eux. Ils mentionnent notamment la nécessité d'améliorer la circulation des personnes en fauteuil roulant ou en déambulateur et d'un meilleur accompagnement humain en cas de troubles de l'équilibre, en particulier dans les espaces extérieurs, au sein desquels ils expriment une crainte des chutes.

Kévin Charras *et al.* (2017) montrent effectivement l'importance d'espaces extérieurs sécurisés (stabilisation des sols, assises...) et sécurisants (possibilité de surveillance depuis l'intérieur).

Une cohabitation sans conflit d'usage où le soin se fait discrètement

Dans les Ehpad décrits comme des lieux de vie, les répondants apprécient l'absence de matériel médical visible et d'odeur hospitalière, le faible nombre de personnel soignant et le fait qu'ils portent des tenues civiles. Dans ces établissements, le soin n'a pas priorité absolue et l'accompagnement des résidents est adapté à leurs aspirations.

On reporte les soins quand les résidents ne veulent pas, nous prenons des rendez-vous en cas de refus.
(Aide-soignante, 26-35 ans)

L'environnement pourrait venir en support de ce principe, par exemple en créant une infirmerie et un cabinet médical dans des espaces différenciés des lieux de vie. Les résidents les moins dépendants pourraient alors s'y déplacer lorsqu'ils auraient besoin de soins, tandis que les autres bénéficieraient de visites à domicile.

À l'inverse, les participants décrivant l'Ehpad comme un lieu de soin sont 58 % à aborder la forte présence de l'aspect sanitaire. La présence de la maladie, de la dépendance, voire de la mort donnent une image valétudinaire à l'environnement. Dans certains établissements, l'activité de soin semble primer sur l'accompagnement social, situation qui a parfois été aggravée par la pandémie de Covid-19.

La notion de « chez-soi » pour qualifier le lieu préféré s'applique presque toujours à la chambre. À l'inverse, les couloirs et salons, susceptibles d'accueillir simultanément plusieurs groupes de personnes, n'ont pas cette dimension domestique, en raison des conflits d'usages. C'est cette superposition des fonctions de l'Ehpad qui est à la fois un espace de vie, un espace de travail et un espace de visite qui rend complexe l'application de la domesticité aux lieux collectifs (Charras et Cérèse, 2017).

Le salon ? C'est pas un salon, c'est un dépôt pour les employés.
(Résidente, 81-90 ans, ancienne agricultrice)

Plusieurs résidents affirment toutefois éprouver du bien-être à vivre dans leur Ehpad, sans pour autant s'y sentir chez-soi.
Je crois que c'est difficile de se dire qu'on se sent chez-nous parce qu'on sait bien qu'on n'y est pas. Mais... On se sent bien.
C'est l'essentiel hein !
(Résidente, 80 ans, anciennement cadre et profession intellectuelle supérieure)

Certains vont même plus loin, estimant que chercher absolument à se sentir chez soi en Ehpad est en inadéquation avec la manière dont ils sont conçus et que cette dissonance peut entraîner un mal-être.

Je pense que c'est même une erreur de vouloir se sentir chez soi. [...] Si on veut être comme chez soi on ne peut pas rester.
[...] Alors je pense que ça précipite la phase finale chez certains.
(Résidente, 91 ans, anciennement cadre et profession intellectuelle supérieure)

Limites de l'étude

Cette étude comporte quelques limites. Tout d'abord, il peut exister un biais de sélection des Ehpad inclus, les directions participantes étant peut-être déjà sensibilisées à l'aspect domestique et aux liens entre architecture et bien-être des résidents. Ceci pourrait en partie expliquer qu'une majorité de répondants considère leur Ehpad plutôt comme un lieu de vie, ce qui peut paraître surprenant au vu de la médicalisation actuelle de nombreux établissements. De plus, le classement des lieux doit être relativisé car il était basé sur six propositions imposées aux répondants : ainsi, le lieu classé en premier est celui le plus apprécié parmi ceux proposés et non pas le lieu idéal. Il existe aussi un potentiel biais de sélection des résidents interrogés, la méthode de recueil des données choisie n'ayant pas permis d'inclure les personnes les plus dépendantes ou celles en fin de vie. De plus, ce sont les directeurs qui ont orienté le choix des résidents, pouvant alors sélectionner des personnes plutôt satisfaites de leurs conditions de vie. Toutefois, les réponses émanant des professionnels et de l'entourage ont permis d'estimer le bien-être et les aspirations de l'ensemble des résidents, même s'il s'agissait d'un recueil indirect.

Conclusions

Cette étude montre que les résidents des Ehpad éprouvent plus de bien-être lorsqu'ils estiment évoluer dans un lieu de vie plutôt qu'un lieu de soin et qu'ils sont plus demandeurs de modifications architecturales lorsqu'ils vivent dans un Ehpad considéré comme un lieu de soin. Par ailleurs, cette étude identifie plusieurs éléments architecturaux qui semblent avoir un impact positif sur les résidents, la plupart se conciliant avec les envies de l'entourage et des professionnels mais certains pouvant également mener à des conflits d'usage. Ceci conforte la nécessité d'appliquer une approche domestique dans l'architecture des habitats pour personnes âgées et d'initier des démarches participatives et de co-construction avec l'ensemble des usagers concernés par des projets de conception ou de réhabilitation des structures. Mais vouloir à tout prix recréer du domicile dans les Ehpad peut interroger : les efforts doivent-ils se concentrer sur la création d'un aspect domestique au sein des institutions ou sur l'amélioration des conditions de vie à domicile pour les personnes qui souhaitent y rester ?

La création d'un modèle d'habitat unique qui conviendrait à tous semble illusoire. En effet, selon leur état de santé, toutes les personnes âgées n'ont pas besoin du même niveau de présence du soin. Par ailleurs, elles ont également des aspirations différentes concernant leur mode de vie : si certaines souhaitent pouvoir évoluer en communauté et partager des activités avec de nouvelles personnes, d'autres préféreront l'isolement et la tranquillité, avec des relations plus intimes, essentiellement avec leurs proches.

Au vu de ces différents constats, il paraît souhaitable de disposer d'une large variété de modèles d'habitats, du domicile à l'USLD, en passant par les résidences autonomie, les Ehpad, les habitats inclusifs ou intergénérationnels... En concentrant nos efforts sur l'amélioration des conditions de vie et d'accompagnement dans les structures existantes et à domicile, et sur la conception de nouveaux types d'habitats en concertation avec les usagers concernés, il sera possible d'offrir à chacun la possibilité de s'orienter vers un modèle adapté à ses besoins et ses aspirations.

RÉFÉRENCES

- Balard, F., Caradec, V., Castra, M., Chassagne, A., Clavandier, G., Launay, P., Schrecker, C. et Trimaille, H. (2021). Habiter en Ehpad au temps de la Covid-19. *Revue des politiques sociales et familiales*, 141(4), 31-48. <https://doi.org/10.3917/rpsf.141.0031>
- Besnard, X. et Abdoul-Carime, S. (2020). L'entourage des personnes âgées en établissement : Relations familiales et sociales, aides reçues. Résultats de l'enquête « CARE-Institutions » 2016. *Les dossiers de la Drees*, (71), 36 p. Drees. Repéré à : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/dd71.pdf>
- Billé, M. (2005). L'entrée en institution dernière mise en demeure ? *Gérontologie et société*, 28(112), 63-72. <https://doi.org/10.3917/gs.112.0063>
- Brami, G. (2013). Les paradoxes de l'évolution des Ehpad. *Empan*, (91), 56-61. <https://doi.org/10.3917/empa.091.0056>
- Broussy, L., Guedj, J. et Kuhn-Lafont, A. (2021). *L'Ehpad du futur commence aujourd'hui. Propositions pour un changement radical de modèle* (No 4; Les études de Matières Grises, P. 77). Matières Grises - Le Think Tank. Repéré à : https://matieres-grises.fr/nos_publication/lehpads-du-futur-commence-aujourd'hui/
- Cérèse, F. (2019). Repenser l'Ehpad pour qu'il devienne un habitat adapté et désirable. Les apports de l'architecture en gériatrie. *La Revue de gériatrie*, 44(6), 355-360.
- Champion, J.-B., Collin, C., Glénat, P., Lesdos-Cauhapé, C. et Quénechdu, V. (2019, juillet). 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050. *Insee Première*, (1767), 1-4. Repéré à : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949>
- Charras, K. (2016). Quelques principes pour la conception des espaces intérieurs en Ehpad. *Guide du vieillissement*, 390-394.
- Charras, K. et Cérèse, F. (2017). Être « chez-soi » en Ehpad : Domestiquer l'institution. *Gérontologie et société*, 39(152), 169-183. <https://doi.org/10.3917/gs1.152.0169>
- Charras, K. et Eynard, C. (2014). Penser un environnement pour l'accueil de personnes présentant des vulnérabilités sociales et psychologiques : De l'élaboration à la conception architecturale. Dans Sandrine Depeau, Dorothee Marchand et de Karine Weiss, *L'individu au risqué de l'environnement : Regards croisés de la psychologie environnementale* (pp. 175-197, Chapitre 6). Paris : Editions In Press, coll. Ouverture Psy.
- Charras, K., Lulier, V., Varcin, A. et Aquino, J.-P. (2017). Designing gardens for people with dementia: Literature review and evidence-based design conceptual frame. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 15(4), 417-424. <https://doi.org/10.1684/pnv.2017.0703>
- CNSA. (2018). Chapitre 1 : Pour une société inclusive ouverte à tous. Dans *Démarche prospective du conseil de la CNSA*. Repéré à : https://www.cnsa.fr/documentation/web_cnsa_13-08_dossier_prospective_exe1.pdf
- Darnaud, T. (2007). L'impossibilité de l'intime dans les institutions gériatriques. *Gérontologie et société*, 30(122), 91-107. <https://doi.org/10.3917/gs.122.0091>
- Drees. (2015, novembre). L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA).
- Dupré-Lévêque, D. et Charras, K. (2019). S'il vous plaît... Dessine-moi un PASA ! *Revue gériatrique*, 8(44), 5.
- Faure, J. et Osiurak, F. (2013). L'appropriation de l'espace chez les personnes âgées dépendantes résidants en Ehpad. *Pratiques Psychologiques*, 19(2), 135-146. <http://dx.doi.org/10.1016/j.prps.2012.06.001>
- Fourrier, M.-A. (2020). Bien vieillir en Ehpad : Une gageure ? *Imaginaire & Inconscient*, 1(45), 123-131. <https://doi.org/10.3917/imin.045.0123>
- Girard, M., Charras, K., Lulier, V. et Galopin, G. (2020). *Conception et élaboration de jardins à l'usage des établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires*. Fondation Médéric Alzheimer. Repéré à : <https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/guide-pratique-jardins-nouvel-outil-professionnels>
- Léon, O. (2010). La population des régions en 2040 : Les écarts de croissance démographiques pourraient se resserrer. *Insee Première*, (1326), 1-4. Repéré à : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280900>
- Mallon, I. (2003). Des vieux en maison de retraite : Savoir reconstruire un « chez-soi ». *Empan*, 52(4), 126-133. <https://doi.org/10.3917/empa.052.0126>
- Mallon, I. (2007). Le « travail de vieillissement » en maison de retraite : *Retraite et société*, 52(3), 39-61. <https://doi.org/10.3917/rs.052.0039>
- Muller, M. (2017). 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015. *Études et résultats Drees*, (1015), 1-8. Repéré à : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/728-000-residents-en-etablissements-dhebergement-pour-personnes>
- Parker, C., Barnes, S., Mckee, K., Morgan, K., Torrington, J. et Tregenza, P. (2004). Quality of life and building design in residential and nursing homes for older people. *Ageing and Society*, 24(6), 941-962. <https://doi.org/10.1017/S0144686X04002387>
- Rolland, J.-P. (2000). Le Bien-Être subjectif : Revue de question. *Pratiques Psychologiques*, (1), 5-21. Repéré à : https://www.researchgate.net/publication/260683181_Le_Bien-Etre_subjectif_Revue_de_question

Staszak, J.-F. (2001). L'espace domestique : Pour une géographie de l'intérieur//For an insider's geography of domestic space. *Annales de Géographie*, 110(620), 339-363. <https://doi.org/10.3406/geo.2001.1729>

Villez, A. (2007). Ehpad : La crise des modèles. *Gérontologie et société*, 30(123), 169-184. <https://doi.org/10.3917/g.s.123.0169>

E-mails auteurs

nedelec Perrine@gmail.com

kevin.charras@chu-rennes.fr

dominique.somme@chu-rennes.fr

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier la société Khors pour le financement du stage pour lequel s'est déroulée cette étude.