



Séance N°8 · Un regard de sociologue et d'architecte

# • Autonomie des personnes âgées, hébergement et habitat



## Manon Labarchède

Diplômée en architecture et docteure en sociologie, post-doctorante du projet COMPAC.

### Compte-rendu de la séance du 17 décembre 2024

Laure Saincotille, équipe programme du PPR Autonomie.

Séminaire organisé par le PPR Autonomie, en partenariat avec **L'Institut de la longévité, des vieillesse et du vieillissement (ILVV)** et la **Fédération pour la recherche sur le handicap et l'autonomie (Fedrha)**.

Que nous apprennent les évolutions architecturales des lieux de vie des personnes âgées ?

De l'aménagement du domicile ordinaire à la reconception des espaces de l'EHPAD, en passant par la grande multiplicité des caractéristiques développées dans le processus de diversification de l'offre d'habitat service, Manon Labarchède nous propose un tour d'horizon de ces changements d'organisation spatiale et sociale, sous le signe de la recherche de l'inclusion.

# Le séminaire « Autonomie(s), indépendance et dépendances »

Alors que **les projets financés dans le cadre du Programme prioritaire de recherche (PPR) Autonomie visent à interroger la notion d'autonomie (défi 1)**, cette **première année du séminaire** entend accompagner la réflexion des communautés de recherche au travail et être **un espace de dialogue privilégié rassemblant bien au-delà des chercheuses et chercheurs parties prenantes des projets du PPR Autonomie**. En discutant la diversité des définitions et des usages du concept d'autonomie, tant théorique que pratique, ce séminaire se conçoit comme un **lieu d'ouverture, d'échange et de cumulation de savoir sur une notion clé de la vie sociale contemporaine**.

Le séminaire s'intéresse à la notion d'« autonomie » dans sa **qualité d'abstraction, en tant qu'elle est investie de multiples interprétations inspirées par des corpus disciplinaires, des positions normatives ou encore des expériences sociales diversifiées de l'autonomie**. Il est l'occasion d'une exploration et d'un dialogue interdisciplinaire autour de ces diverses interprétations. Les intervenants et intervenantes adoptent donc une logique diachronique, mais aussi et surtout disciplinaire : ils et elles contribuent à la réflexion sur l'autonomie en apportant leur regard d'historien, de philosophe, de sociologue, de politiste ou encore de praticien de santé. Ils et elles **cartographient les enjeux de controverse autour de cette notion, au sein de leur discipline ou de leur champ de recherche**, mais aussi la façon dont les débats publics, au sens plus large, ont été informés et peut-être transformés par ces controverses.

La contribution de Manon Labarchède, portant sur les effets de la diversification de l'offre d'habitat à destination des personnes âgées sur leur autonomie, offre un regard de sociologue et d'architecte sur la conception des établissements et des logements dits « adaptés ».

La **coordination scientifique** de ce séminaire est assurée par **Philippe Martin**, juriste à l'université de Bordeaux, membre du Centre de droit comparé du travail et de la sécurité sociale (COMPTRASEC), **Olivier Lipari-Giraud**, politiste au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM), membre du Laboratoire interdisciplinaire pour la sociologie économique (LISE) et **Myriam Winance**, sociologue à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), membre du Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société (Cermes3).

# Sommaire

|  |           |
|--|-----------|
| <b>À propos de</b>   | <b>4</b>  |
| <u>Manon Labarchède</u>  | 4         |
| <b>Pourquoi penser à partir de l'architecture ?</b>                  | <b>5</b>  |
| <b>Qu'est-ce que « l'habitat » ?</b>                                 | <b>6</b>  |
| <b>L'offre d'habitat à destination des personnes âgées en France</b> | <b>7</b>  |
| <u>Le domicile</u>   | 8         |
| <u>L'EHPAD</u>   | 9         |
| <b>La diversification de l'offre d'habitat</b>                       | <b>13</b> |
| <u>L'habitat service</u>   | 13        |
| <b>Conclusion</b>  | <b>16</b> |

À propos de

# Manon Labarchède

---

Manon Labarchède est diplômée en architecture et docteure en sociologie. Ses travaux de recherche portent sur la relation entre habitat et vieillissement. Sa thèse, soutenue en 2021, repose sur une analyse socio-spatiale de l'évolution de l'offre d'hébergement collectif destinée aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Elle a également contribué à deux programmes de recherche : « Habitat, vieillissement et filière de production : vers des innovations sociales » (dir. Guy Tapie), visant à interroger les spécificités d'une offre d'habitat destinée aux personnes âgées et à identifier des innovations pertinentes au regard de leurs besoins actuels; « Le logement du bien-vieillir » (financement Leroy-Merlin Source), qui analyse les appropriations d'un logement adapté à des curistes (Dax) afin d'étudier ses effets sur l'anticipation du vieillissement.

Ses travaux actuels, menés dans le cadre du projet COMPAC financé dans le cadre du PPR Autonomie, s'intéressent à la mise en œuvre, au niveau local, des politiques de l'autonomie à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap et leur conséquence sur le parcours des individus.

Dans le cadre plus spécifique de cette intervention, elle interroge le lien entre autonomie et habitat des personnes âgées à partir d'une réflexion sur les caractéristiques architecturales de l'offre d'habitat et leurs effets sur l'expérience de vie des personnes et sur leur autonomie.

---

# Pourquoi penser à partir de l'architecture ?

L'**architecture** est très présente dans notre quotidien. Elle est support de nombreuses **représentations** et amène des **jugements individuels qui reposent sur des référentiels personnels et sociaux**. Face à un bâtiment, nous émettons rapidement des jugements esthétiques, indépendamment des intentions initiales de l'architecte qui l'a conçu. Nous sommes aussi capables de **comprendre la fonction d'un bâtiment en observant son architecture** – s'il s'agit d'une école, d'un hôpital, etc.

L'architecture **conditionne également les modalités d'usage des lieux et organise les rapports sociaux**. Par exemple, un amphithéâtre est conçu de façon à mettre en valeur l'orateur, désigné comme un sachant, par rapport à un public assemblé pour l'écouter : l'orateur est placé sur une estrade, l'agencement des sièges du public fait converger tous les regards vers lui, et peu d'ouvertures directes sont installées afin d'éviter de déconcentrer l'auditoire. Cet agencement crée un rapport particulier entre le sachant et celles et ceux qui l'écouent. L'architecture est ainsi **signifiante des caractéristiques sociales, statutaires ou identitaires de ses usagers**.

Enfin, notre façon de concevoir l'espace à l'échelle de nos sociétés contemporaines **traduit les évolutions des besoins et attentes des individus, relatives à de nouvelles manières d'habiter ou de travailler, à de nouvelles normes**, notamment de confort.

# Qu'est-ce que « l'habitat » ?

Il faut **distinguer l'habitat de l'habitation**, cette dernière renvoyant au seul logement. L'habitat inclut quant à lui des **caractéristiques environnementales plus larges** – le pallier, l'immeuble, le quartier, la ville – **ainsi que les relations sociales** qui y sont associées.

L'habitat est soumis à des **logiques de construction de l'espace**, c'est pourquoi il est important de prendre en compte l'architecture lorsque l'on souhaite s'y intéresser. Dans le cas de **l'habitat générique, un dialogue est établi entre le concepteur et l'habitant**. Dans le cas de **l'habitat dédié à l'avancée en âge, les interlocuteurs tendent à se multiplier**, ce qui complexifie leur conception. Divers usagers sont amenés à fréquenter les lieux de vie des personnes âgées – la famille, l'entourage, les professionnels de soin – et une multiplicité de concepteurs intervient dans leur conception, notamment des ergothérapeutes. Les **contextes politiques et économiques**, qui fixent par exemple des plans d'aide à l'adaptation de l'habitat ordinaire ou les logiques de conception de certains établissements d'accueil, **impactent également fortement l'aménagement des espaces**.

Une autre caractéristique de l'habitat est qu'il **doit offrir des possibilités d'appropriation et être vecteur d'identité**, notamment pour ses habitants. Cela passe par la perception et la représentation sociale que renvoie l'architecture, les formes de vie collective développées dans l'unité résidentielle, et à l'adéquation entre la vie quotidienne et les différents espaces du logement.

La conception architecturale d'un habitat peut être entendue comme le **résultat d'une opération de mise en forme et de mobilisation de l'espace et de ses dynamiques d'appropriation**, mais aussi comme le résultat d'une **logique de production** impliquant des acteurs politiques, des tutelles, des architectes, des usagers – autant d'**acteurs qui peuvent entrer en tension**.

# L'offre d'habitat à destination des personnes âgées en France

Historiquement, **l'habitat des personnes âgées en France s'est structuré autour de deux pôles**. Le **domicile historique** est considéré comme un **idéal de la vie résidentielle** – un lieu chargé de la mémoire familiale, de souvenirs et de repères. L'**institution** est quant à elle traditionnellement conçue comme **dédiée à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes**. Cette organisation dichotomique de l'habitat entraîne une **approche stéréotypée de la trajectoire résidentielle des individus**, fondée sur une **vision déficitaire de la vieillesse** : la personne peut rester à domicile jusqu'à ce que ses incapacités l'obligent à entrer en institution, lieu qui sera plus à même de pourvoir à ses besoins sanitaires et médicaux.

**Le domicile est entendu comme l'habitat le plus à même de préserver et de protéger l'autonomie décisionnelle des personnes**. Il trouve ses limites dans l'adéquation entre les possibilités d'adaptation de l'espace liées au vieillissement, et les difficultés rencontrées : il **peut exposer à un risque d'accentuation de la perte d'autonomie fonctionnelle** des individus. De son côté, l'**institution, sous la forme de l'EHPAD, apparaît comme une offre adaptée à l'autonomie fonctionnelle** du fait de l'aménagement de ses espaces et de l'accompagnement qui y est offert. Mais elle **peut mettre à mal l'autonomie décisionnelle** des résidents du fait de la prise en charge collective des personnes et des dynamiques d'accompagnement qui s'y développent.

Actuellement, **les politiques publiques s'engagent dans un « virage domiciliaire et inclusif »**, qui était déjà soutenu par les acteurs du secteur depuis plusieurs années. Cette évolution, qui porte tant sur le domicile que sur l'institution, a pour objectif d'**amener des améliorations dans l'offre d'habitat dédiée aux personnes âgées**. A l'égard du domicile, il s'agit de venir **renforcer la dynamique de maintien à domicile** des personnes qui le souhaitent et le peuvent – par la mise en œuvre de services à domicile, par l'**adaptation du lieu de vie**, et par le développement d'une **offre complémentaire**. A l'égard de l'EHPAD, le travail engagé vise à **rendre plus désirable l'offre** d'hébergement actuelle **en garantissant plus de droits et de libertés aux résidents**. Les établissements se présentent moins à travers la prise en charge médicale, et développent davantage l'accompagnement social des personnes tout en s'ouvrant sur la vie de la cité afin d'éviter la mise à l'écart des individus.

---

## Le domicile

### Adapter son domicile

#### Qu'est-ce qu'un logement adapté – ou inadapté – au vieillissement ?

Trois éléments viennent interroger, dans l'imaginaire collectif, l'adaptation du domicile au vieillissement.

La question du **fauteuil roulant**, héritée de la mise en accessibilité PMR des logements, façonne la logique d'adaptation du domicile : élargissement du seuil des portes, vérification de la présence d'espaces pour effectuer les cercles de rotation, etc.

La question de la **baaignoire** est également centrale lors de l'avancée en âge. Les solutions apportées à cet égard consistent la plupart du temps à poser une douche à bac extra-plat pour éviter les seuils et à installer des barres de maintien pour aider les personnes à se relever.

Enfin, la question de l'**escalier**, et plus largement de l'emmarchement, des seuils, de la différence de niveau, est importante et appelle à l'installation de plans inclinés et de barres de maintien. Cette problématique peut également amener à l'installation d'une chambre au rez-de-chaussée, associée à une salle-de-bain accessible.

**Lorsque ces différents travaux ont été effectués, on tend à considérer que le logement de la personne est adapté.** En réalité, **l'impact de ces modifications est relativement limité** car elles ne permettent de prendre en compte que certaines pathologies et difficultés. Elles ne sont pas à même de combler d'autres types de problématiques – visuelles, liées à des mouvements de mobilisation, etc. Les dispositifs d'adaptation des logements apparaissent parfois comme étant **trop standardisés** et ne correspondent pas à la réalité des situations vécues par les personnes.

### Deux logiques de transformation du logement

L'**adaptation des lieux aux usages** est une première logique qui consiste à mettre en œuvre des travaux plus ou moins importants – gros œuvre ou mise en place de domotique. Elle est **contrainte** d'une part, par la **capacité structurelle et architecturale** des logements et d'autre part, par les **caractéristiques sociales, économiques ou encore de santé** des habitants qui ne permettent pas toujours de s'engager dans ces travaux, car ils exigent d'être en capacité de gérer un chantier, de faire appel à différentes aides et à un soutien de la famille,

etc. Enfin, les personnes doivent être en mesure de se projeter dans leur propre vieillissement, d'accepter la transformation de leur domicile et de l'anticiper. C'est pourquoi toutes n'aménagent pas leur logement de la même manière et selon la même temporalité.

Les **représentations associées à ces différentes modifications des logements** suivent deux dynamiques qu'il convient de distinguer. L'adaptation d'un logement, qui repose sur une visée essentiellement pratique, **risque de mettre à mal l'identité des occupants**, notamment si les dispositifs installés sont jugés inesthétiques, stigmatisants voire gérontomarqués. L'**aménagement du domicile**, en revanche, associe à une visée pratique une recherche esthétique et de gain de confort. Il **favorise l'expression de l'identité des personnes** ainsi que l'acceptabilité sociale et individuelle de ces transformations.

La seconde logique de transformation du logement est celle de l'**adaptation des usages** au lieu. Elle peut renvoyer à l'**impossibilité de réaliser les travaux nécessaires ou au refus de le faire**. Différentes stratégies sont alors adoptées : l'arrêt de certaines activités, la restriction de l'occupation des lieux à un nombre restreint de pièces du logement modifiant les espaces et leurs fonctions, au risque de transformer en profondeur les conditions d'habiter et les repères que fournit le domicile, mais également le détournement de l'usage des objets ou encore le maintien et la revendication de sa capacité d'action face à des situations extérieurement perçues comme étant peu ergonomiques voire dangereuses.

---

## L'EHPAD

### Trois références architecturales principales

Ces dernières années, **les EHPAD ont évolué** : différentes références sont mobilisées afin d'interroger l'aménagement de l'espace et le statut qu'occupent les personnes accueillies.

La **référence hospitalière** correspond à une approche pathologique du vieillissement et **oriente l'usage des espaces autour du soin** en reprenant les codes des services hospitaliers. Le résident est un patient auquel on fournit un soin.

La **référence hôtelière** a quant à elle été introduite par l'**émergence d'une offre privée** visant à répondre aux attentes d'une clientèle. Elle mène au

développement de nouveaux profils de professionnels dans les résidences, notamment avec l'arrivée de gouvernantes, mais également à l'instauration d'une logique marchande appelant l'installation d'un service client. **Le résident devient un client payant pour des services**, ayant des attentes et pouvant faire des réclamations quant à la qualité du service offert. L'aménagement de l'espace mobilise alors des codes plus classiques de l'hôtellerie.

La **référence domestique**, enfin, vise à transformer les EHPAD en lieu de vie en redonnant une place plus équilibrée au soin. **La sphère privée est étendue dans un contexte institutionnel à travers la promotion d'une « vie ordinaire »**. Des marqueurs du domicile sont introduits dans les établissements pour donner aux résidents le statut d'habitants – une place particulière et singulière –, afin de transformer ces espaces en lieux où majoritairement des personnes vivent, et où des professionnels sont amenés à intervenir.

L'**interaction de ces trois références architecturales** témoigne d'une évolution de l'aménagement qui reflète de nouvelles modalités de prise en charge et d'accompagnement des personnes au sein des EHPAD.

### **L'intégration urbaine et sociale des établissements**

L'**intégration urbaine et sociale des établissements** est de plus en plus interrogée : **les EHPAD font face à une injonction à s'ouvrir**, notamment à travers la structuration d'une offre de service pensée comme un support de vie et de lien social pour les personnes.

Il s'agit d'abord de penser l'EHPAD comme une **ressource pour un territoire, dans une dynamique de production de services**, sanitaires dans un premier temps, à destination des personnes âgées vivant à proximité de l'établissement. Cette tendance se diversifie à travers notamment l'**émergence des tiers-lieux**, dispositifs fortement soutenus par les pouvoirs publics, qui visent à ouvrir des services, plutôt culturels ou de consommation sur l'extérieur. L'objectif est, au-delà de la nature du service offert, d'**amener les personnes non-résidentes à entrer dans l'établissement afin d'instaurer une forme de mixité sociale**.

Mais **cette logique est cependant limitée**, car les résidents restent pour leur part à l'intérieur de la structure. Pour répondre à cette problématique, d'autres établissements commencent à développer une **stratégie inverse, qui s'appuie sur la consommation de services existants en dehors de l'établissement** et déjà présents sur le territoire. Les résidents sont alors invités à sortir de la structure pour y avoir recours.

Dans ces deux cas de figure, le mouvement de circulation des individus ne se fait que dans un sens, ce qui peut limiter certaines personnes : celles qui ont des difficultés à sortir des établissements pour avoir recours aux services, et celles qui se trouvent au contraire contraintes à rester au sein de leur structure alors qu'elles souhaiteraient en sortir. **Une logique plus inclusive des établissements consisterait à croiser ces deux approches**, en produisant des services utiles pour les territoires et en consommant ceux déjà existants, pour penser une réelle mixité sociale.

Cette injonction à l'ouverture des structures **impacte donc la conception de leur architecture**, notamment pour donner envie aux personnes extérieures d'y entrer et faciliter l'intégration urbaine et sociale des structures. La façade est alors un enjeu important car les EHPAD, souvent pensés comme des équipements publics, sont fortement marqués par un aspect sanitaire et ressemblent davantage à un hôpital qu'à un lieu de vie. De nouveaux projets de construction de bâtiments tentent ainsi de **mobiliser des formes urbaines plus génériques, renvoyant une image de maison ou de village** et correspondant aux usages et programmes que l'on souhaite y développer, c'est-à-dire à des lieux d'habitation. Il s'agit aussi de formes architecturales moins stigmatisantes pour les personnes qui y vivent : elles leur renvoient un statut d'habitant et non plus de résident ou de patient.

### **L'organisation interne des établissements**

Les EHPAD, construits auparavant sur le **modèle autarcique**, sont généralement des bâtiments **mis à distance de l'espace urbain et comprennent des services entièrement accessibles depuis l'intérieur** (coiffeur, lieu de culte, salle de gymnastique, etc.). Cela implique de connecter l'ensemble des espaces les uns aux autres avec de nombreux couloirs. Les bâtiments sont la plupart du temps organisés en unités de vie reproduisant les mêmes dynamiques : un petit lieu de vie entouré d'espaces privés avec les chambres des résidents et des espaces techniques ou professionnels. Au centre du bâtiment se trouve un grand espace collectif dédié à la sociabilisation (restaurant ou salle d'animation), qui permet de réunir l'ensemble des résidents lors de divers moments. Cet espace instaure une sociabilisation forcée : les résidents sont obligés, lors de certains moments de la journée, de s'y retrouver. Il ne s'agit pourtant ni des lieux les plus agréables des établissements, ni des plus appréciés par les résidents.

L'incitation à l'ouverture des EHPAD amène également à en **reconcevoir l'organisation interne : il faut y intégrer de nouveaux services comme**

**Les tiers-lieux** par exemple, sans pour autant démultiplier la superficie de bâtiments déjà très imposante. Dans les bâtiments organisés selon un schéma autarcique, les surfaces de circulation intérieures occupent une place importante, qui est critiquée par les résidents et les professionnels qui y travaillent. La diminution du nombre de couloirs implique que les différentes unités de la structure ne sont plus connectées les unes aux autres par l'intérieur pour développer une vie résidentielle propre, qui ne dépend plus non plus d'un seul et même espace commun devant accueillir tous les résidents. Ces espaces de sociabilité plus réduits créent des **conditions plus proches du domicile ordinaire que d'une grande collectivité**, celle-ci étant souvent mal vécue et décriée par les résidents. La réduction des surfaces de circulation peut également amener à une mutualisation des différents espaces en fonction des moments de la journée, et à l'augmentation des surfaces des espaces privés.

### La place du soin

Historiquement, la conception architecturale des EHPAD présente de nombreuses **similitudes avec l'univers sanitaire, mais aussi carcéral**, notamment à travers la logique de surveillance qui y est mise en place – des postes vitrés situés de sorte à ce que l'on puisse surveiller les résidents en permanence. A la faveur d'une **remise en cause de la surveillance**, ces dispositifs (aussi inconfortables pour les professionnels que pour les résidents) sont peu à peu abandonnés.

Enfin, les nouveaux projets de construction d'EHPAD cherchent à **invisibiliser le soin à travers de nouveaux agencements architecturaux**.

### L'adéquation des usages et des lieux

Le réaménagement des espaces ne suffit pas à faire changer les pratiques s'il n'est pas associé à une **nouvelle organisation de la vie résidentielle**.

Par exemple, on constate que certains éléments, conçus comme domestiques, sont positionnés dans différents espaces des EHPAD mais ne sont pas pour autant utilisés comme tels. Les vaisseliers, par exemple, de plus en plus présents dans les unités, ne sont pas toujours utilisés : ils sont vides, ou bien contiennent une vaisselle qui n'est pas celle qui sert aux résidents.

**L'inadéquation entre l'aménagement de l'espace et l'usage de ces lieux leur confère une dimension factice qui limite le pouvoir d'agir des résidents** : les éléments les renvoient à leur statut d'habitant, mais l'usage leur en est refusé.

# La diversification de l'offre d'habitat

Le domicile historique tel qu'il a été mis en avant ne devait pas être une réponse unique à la question de la production de logements adaptés au vieillissement. **D'autres formes d'habitat se sont structurées comme de véritables produits immobiliers** tentant de répondre aux besoins et attentes des usagers.

---

## L'habitat service

L'habitat service est la forme la plus ancienne. Il **couple une offre de logements à des services à la carte spécifiques, adaptés aux personnes âgées** : animation, entretien des logements, soins, etc. Cette offre peut être privée (les résidences services senior) ou publique (les résidences autonomie). Ce produit immobilier s'appuie sur une **homogénéité catégorielle : le senior autonome**. L'idée d'autonomie implique une temporalité dans le parcours résidentiel et repose sur un certain niveau d'autonomie fonctionnelle, en particulier pour les résidences autonomie. En outre, ces résidences produisent un certain entre soi, choisi et assumé.

La configuration spatiale de cet habitat implique une **architecture insulaire** : un ensemble homogène distinct de l'espace urbain, avec des morphologies variées, mais comportant des limites physiques très marquées afin de mettre en avant la sécurité, la préservation de l'intimité et le développement d'un lien social au sein d'un même groupe d'âge. Les résidences sont **souvent situées en centre-ville**, les villages seniors (situés dans des communes plus rurales) ayant connu un déclin récent. La configuration des logements y varie en fonction des options choisies et vont du T1 au T4, les nouvelles constructions privilégiant le T1.

## L'habitat intergénérationnel

L'habitat intergénérationnel repose sur une **forme d'utopie : celle de l'entente parfaite entre différentes générations** qui, étant amenées à vivre les unes à côté des autres, en viendraient spontanément à se rendre service. Son ambition est de **lutter contre une mise à l'écart subie des personnes âgées**. Cependant, l'intergénérationnalité ne se décrète pas et n'émerge pas d'elle-

même. Aussi, des tentatives d'**organisation pour la favoriser à travers la cohabitation sont mise en place**, tant à l'échelle du quartier, de la résidence que du logement.

A l'**échelle de la résidence**, certains bailleurs sociaux ont développé des projets d'habitat intergénérationnel thématique, afin de **mettre l'accent sur des relations de voisinage comme ingrédient de la vie collective**, toutes générations confondues. Des réflexions sur le **fonctionnement et les règles d'attribution de ces logements** sont également menées : l'acceptation d'un logement social n'est pas nécessairement motivée par la volonté de participer activement à un projet intergénérationnel, et des animations peuvent être envisagées pour accompagner le tissage des liens sociaux. Les bâtiments de ces programmes ne sont pas identifiés par une configuration architecturale particulière. Le palier est pensé comme un support de l'unité résidentielle, et l'agencement des logements les uns par rapport aux autres est interrogé pour **favoriser au mieux les dynamiques intergénérationnelles**. Pour les personnes âgées, les logements vont du T2 au T3, certains étant adaptables, d'autres étant conçus plus spécifiquement pour les besoins des personnes âgées – la définition de cette spécificité restant en question.

A l'**échelle du logement**, l'habitat intergénérationnel via une cohabitation s'organise en général autour de la **vie commune entre personnes âgées et étudiants**. Il repose sur des considérations tant économiques que sociétales : l'accès facilité à un logement à moindre coût, et l'obtention potentielle d'un complément de retraite pour les personnes âgées. La structuration de ces formes d'habitat passe par des **mises en relation entre les personnes, qui se font de plus en plus à travers le biais d'organismes ou d'associations**, alors qu'elles étaient auparavant davantage initiées par les familles ou par des annonces déposées par les personnes âgées. Leur configuration spatiale incite au **partage d'un lieu de vie qui auparavant appartenait à l'une des deux parties**. Cela engendre de fait un déséquilibre qui oblige à la mise en place de règles d'utilisation de l'espace : il ne s'agit pas simplement de cohabiter, mais d'être dans **une relation et une dynamique sociale forte**.

### **L'habitat participatif**

L'habitat participatif repose sur un **investissement du citoyen dans le processus de fabrication de son logement**. Ce n'est pas un habitat spécifiquement dédié aux personnes âgées. Ces projets **impliquent la création de liens très forts au sein du collectif des résidents**. Rien n'y est figé,

toutes les caractéristiques en sont définies dans un rapport à la fois collectif et individuel, que cela soit à l'égard de l'organisation des espaces communs, du choix des personnes accueillies au sein du groupe d'habitants ou des caractéristiques des logements.

La forte implication des résidents est un atout autant qu'un point faible de ce type d'habitat : il s'agit en effet de **projets très longs**. Ils **correspondent fortement aux attentes des personnes qui s'y engagent**, qui peuvent choisir la manière dont elles souhaitent vivre et vieillir. La question de la **perte d'autonomie fonctionnelle reste prégnante et est inscrite dans une démarche collective** visant à définir ce que les personnes souhaitent faire, comment elles s'occupent les unes des autres.

### **L'habitat inclusif**

L'habitat inclusif a commencé à se développer avec la loi Elan de 2018. Il s'agit d'**habitats groupés ou partagés, de petite taille, situés soit au sein d'une même résidence, soit diffus dans la ville, mais toujours à proximité de services**. Cette forme d'habitat met en son centre un **projet de vie sociale et partagée**, et est dotée de financements spécifiques – auparavant par l'intermédiaire du forfait habitat inclusif attribué par l'ARS, aujourd'hui par l'Aide à la vie partagée attribuée par les Conseils départementaux. Ce sont ces financements qui ont permis la pérennisation de l'habitat inclusif, qui auparavant peinait à se structurer.

La configuration spatiale de cet habitat varie en fonction des porteurs de projet, mais également des cahiers des charges des départements – nombre minimum et maximum d'habitants concernés, distance des logements les uns par rapport aux autres, distance des logements par rapport aux commerces et services, etc.

# Conclusion

La structuration de l'offre d'habitat dédiée aux personnes âgées ainsi que son évolution font apparaître un **concept de l'autonomie plus ou moins diffus, mais qui se manifeste fortement à travers la reconnaissance et la préservation du statut d'habitant des personnes âgées**. C'est ce statut d'habitant qui mène à développer des aménagements et des architectures qui soient moins stigmatisants et permettent aux personnes de conserver leur identité d'individu et leur statut de maîtres des lieux. Il mène également à la remise en cause d'un modèle institutionnel et à la reconnaissance d'un droit à la « vie ordinaire » au sein des établissements. Enfin, il préside à la diversification d'une offre d'habitat visant à proposer davantage de choix et d'alternatives au domicile ordinaire et à l'EHPAD, qui permet une diversité de parcours résidentiels correspondant mieux aux besoins et attentes des personnes.

**La question de l'inclusion apparaît également fortement, et est aujourd'hui un enjeu incontournable de la structuration des projets d'habitat.** Elle engendre une évolution importante des différents types d'habitat, et notamment des EHPAD : ces structures doivent donner aux personnes l'envie d'y vivre, tout en permettant de changer les représentations associées à ces espaces de vie.

## Nous contacter

- [Notre site internet](#)
- [Notre mail](#)

## Nos réseaux sociaux

- [LinkedIn](#)
- [Bluesky](#)
- [Mastodon](#)



**PPR Autonomie**  
Programme Prioritaire de Recherche

