



**HAL**  
open science

## Vers un “ comme chez-soi ” en Ehpad: retour d’expérience d’un atelier de co-design avec des habitants

Clémentine Pègues, Manon Labarchède, Fany Cérèse, Stéphane Safin,  
Stéphane Adam

### ► To cite this version:

Clémentine Pègues, Manon Labarchède, Fany Cérèse, Stéphane Safin, Stéphane Adam. Vers un “ comme chez-soi ” en Ehpad: retour d’expérience d’un atelier de co-design avec des habitants. *Gériatrie et psychologie & neuropsychiatrie du vieillissement*, 2024, 22 (2), pp.177 - 190. 10.1684/pnv.2024.1171 . hal-04663768

**HAL Id: hal-04663768**

**<https://telecom-paris.hal.science/hal-04663768>**

Submitted on 29 Jul 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.

## Vers un « comme chez-soi » en Ehpad : retour d'expérience d'un atelier de co-design avec des habitants

### *Towards “homelike” in nursing home: feedback from a co-design workshop with residents*

CLÉMENTINE PÈGUES<sup>1</sup>  
MANON LABARCHÈDE<sup>2</sup>  
FANY CÉRÈSE<sup>3</sup>  
STÉPHANE SAFIN<sup>4</sup>  
STÉPHANE ADAM<sup>5</sup>

<sup>1</sup> DER Design, ENS Paris-Saclay, Gif-sur-Yvette, France  
<clementine.pegues@ens-paris-saclay.fr>

<sup>2</sup> Passages UMR CNRS 5319, Pessac, France

<sup>3</sup> Pôle Recherche Atelier AA, Montpellier, France

<sup>4</sup> I3 UMR CNRS 9217, Télécom Paris, Palaiseau, France

<sup>5</sup> UPsySen, Université de Liège, Liège, Belgique

**Correspondance** : C. Pègues

**Résumé.** S'il est nécessaire de repenser l'aménagement des établissements hospitaliers pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) pour offrir les conditions d'un « chez-soi » aux personnes âgées, le risque est grand qu'il soit réduit à de la décoration. L'objectif est de réussir à concilier lieu de soins et lieu de vie. Nous faisons l'hypothèse que le co-design, en tant qu'approche impliquant les usagers dans la conception des espaces de vie, est une solution. Nous proposons des outils et un protocole, puis réalisons le retour d'expérience d'un atelier de co-design d'un espace collectif avec trois habitants dans un Ehpad en Île-de-France. Nous analysons exhaustivement les contributions des habitants lors de l'atelier, puis confrontons leurs propositions à l'avis de soignants. Nos résultats montrent que l'atelier permet aux participants d'exprimer des besoins concrets qui tendent vers des propositions s'apparentant à l'aménagement de l'espace domestique. La convergence des expertises quotidiennes, via le co-design, favorise des solutions d'aménagement adaptées à tous, tandis que son rôle dans la médiation soutient un changement d'organisation dans l'établissement.

**Mots-clés** : aménagement intérieur, comme chez-soi, co-design, Ehpad, personnes âgées

**Abstract.** While it is necessary to provide « homelike » in nursing homes, the risk is to reduce it to decoration. As the aim is to reconcile care and home, we propose co-design, an approach involving users in the design of living spaces, as a solution. We propose tools and a protocol, then provide feedback from a workshop on co-designing a collective space with three residents in a nursing home in Île-de-France. We thoroughly analyse the contributions of the residents during the workshop, and then compare their proposals with the opinions of the nurses. We found that the workshop enabled participants to express concrete needs that tended towards « homelike » proposals. The convergence of day-to-day expertise, through co-design, encourages design solutions that are suitable for everyone, while its role in mediation supports organisational change in the nursing home.

**Keywords:** interior design, homelike, co-design, nursing home, elders

## Introduction

La réalité démographique de notre société amènera, dans les prochaines années, à une augmentation du nombre de personnes âgées qui auront besoin de soins à domicile, mais aussi de soins en institution<sup>1</sup> [1]. Cette problématique concerne la France ainsi que la plupart des pays occidentaux [2]. Parmi les enjeux de cette évolution démographique, la question des soins donnés aux personnes de grand âge est

centrale. Bien qu'il y ait un enjeu à augmenter le nombre de places dans ces établissements, il est tout aussi important d'assurer la qualité de vie.

Les Ehpad d'aujourd'hui sont bien plus médicalisés que les hospices d'autrefois, en raison de l'augmentation de l'âge et du niveau de dépendance des personnes à l'entrée des établissements [3], du regard porté sur le vieillissement considéré comme une maladie à traiter et des décisions politiques favorisant cette médicalisation [4]. Une situation accentuée par la pandémie de la Covid-19 qui a eu pour effet instinctif de pousser davantage l'accompagnement des personnes au sein des établissements dans une dynamique de

<sup>1</sup> Les termes « institutions », « établissements », « Ehpad » désignent dans cet article les établissements qui proposent un accompagnement collectif des personnes âgées dépendantes.

soin et de sécurisation, au détriment des enjeux psychosociaux liés au vieillissement [5]. Cette tendance, comme le souligne Cérèse [6], va à l'encontre de l'autodétermination<sup>2</sup> des habitants avec une réduction du contrôle sur les espaces de vie et les activités quotidiennes.

La pandémie a également souligné les limites d'une architecture de type « hôpital » (grandes unités de vie, longs couloirs, etc.) qui favorise la transmission des virus, la désorientation et le sentiment de solitude [7, 8]. Un environnement médicalisé conduit les habitants à se percevoir plus faibles qu'ils ne le sont [9], augmentant ainsi leur sollicitation du personnel soignant [10]. Cette situation accentue le degré de dépendance des personnes âgées, la charge de travail des professionnels, l'insatisfaction au travail et les difficultés de recrutement [11, 12], engendrant un cercle vicieux de déshumanisation [6].

En 2012, un sondage Opinion Way pour l'Observatoire de l'intérêt général révélait que 90 % des Français préféreraient vieillir à leur domicile malgré une perte d'autonomie, privilégiant la garantie de liberté et d'un « chez-soi ». Bien que les établissements pour personnes âgées offrent un cadre plus sécurisé, ils négligent souvent la dimension domestique des lieux, les rendant moins attrayants pour le public âgé [13]. Plusieurs études rapportent qu'accentuer la domesticité des lieux (petites unités d'habitation, mobilier ordinaire, etc.) améliore la qualité de vie des habitants [14, 15]. Néanmoins, le risque est que les établissements limitent la transformation domiciliaire à de la décoration impersonnelle, sans plus considérer les envies spécifiques des habitants, ce qui aboutirait à ne créer qu'un « décor » [16]. Il est crucial pour les établissements de considérer les diverses dimensions du « chez-soi », comme l'échelle, l'identité, l'ambiance et l'usage des espaces [17], afin de permettre aux habitants d'investir et de contrôler le plus possible leur lieu de vie [18, 19].

## Caractériser la domesticité par le co-design

Si le besoin d'instaurer une logique domiciliaire dans les institutions pour personnes âgées a bien été identifié par les acteurs de terrain et aujourd'hui cadré par les pouvoirs publics<sup>3</sup>, la façon de procéder à cette transformation reste encore difficile à comprendre et à maîtriser pour les établissements [16]. L'enjeu est d'envergure, puisqu'il concerne près de 11 000 structures rien qu'en France [20]. Même si la plupart des établissements présentent des caractéristiques architecturales communes, inscrites dans un modèle médicalisé (grandes unités de vies, longs couloirs, etc.), chaque

situation est singulière en raison de son implantation géographique, de son organisation architecturale et administrative ainsi que de la diversité de ses habitants (parcours de vie, habitudes, etc.). La présente étude interroge les freins et les défis à relever pour assurer le déploiement de la transformation domiciliaire des Ehpad, afin que l'aménagement des lieux de vie soit adapté aux aspirations et aux besoins spécifiques de leurs usagers.

Si comme le souligne Eynard [21], « allier institution et vie privée relève parfois du paradoxe » [18], il reste nécessaire de prendre en compte les caractéristiques physiques et mentales des résidents pour penser les aménagements intérieurs. Bien qu'instaurer une logique domiciliaire soit nécessaire en établissement pour personnes âgées [16] elle ne doit pas être poussée à bout si elle met en péril la santé ou la sécurité des personnes. Trouver l'équilibre entre *lieu de soins* et *maison* dans la transformation des espaces de vie en établissement nécessite l'articulation de l'expertise des parties prenantes [22]. Par ailleurs, ce qui fait « maison » pour chacun peut être extrêmement variable, car relevant des expériences de vie, des aspirations subjectives, des goûts esthétiques. Le risque est grand de « standardiser » les approches domiciliaires et, ce faisant, de les dénaturer.

Dès lors, la transformation des aménagements en Ehpad nécessite d'associer les habitants ainsi que leurs entourages dans la conception (soignants, famille, etc.). Le co-design, qui est une forme d'inclusion des usagers dans la démarche de conception pour développer des solutions plus adaptées à des situations spécifiques [23], apparaît comme une démarche prometteuse dans le cas de la transformation des institutions. Le principe du co-design est de déployer des moyens d'expression et de créations adaptés à des publics « non-designers », afin qu'ils contribuent à l'expression concrète de solutions de conception [23, 24]. Nous faisons ici l'hypothèse qu'une démarche de co-design permettrait de contribuer à transformer les établissements pour personnes âgées de façon plus adaptée : en recueillant une expertise spécifique aux habitants et en développant leur force de proposition pour guider le projet vers plus de pertinence et de personnalisation [25]. L'enjeu est aussi financier : si la participation des usagers impliqués génère à court terme un investissement supplémentaire [26], il s'agit aussi de penser sur le long terme à la potentielle réduction du coût des soins liée à un environnement capacitant, « comme à la maison », plus favorable à la qualité de vie des habitants, à leur santé et à leur autonomie.

## Problématique

Dans cette étude, nous développons et expérimentons un atelier de co-design d'un espace de vie avec des habitants dans un Ehpad. Les contributions des habitants lors de l'atelier, portant sur le réaménagement d'un espace commun,

<sup>2</sup> « Exercer le droit propre à chaque individu de gouverner sa vie sans influence externe induite à la juste mesure de ses capacités. » (Haute Autorité de Santé, 2022)

<sup>3</sup> Rapports annuels de la CNSA (2018, 2023).

sont analysées de manière exhaustive. Le retour d'expérience est construit autour de deux critères de « preuve de soin » formulés par Fleury-Perkins et Fenoglio [22] et déjà appliqués dans l'étude de Bailleul et Marie-Bailleul [27] :

- le premier critère porte sur les potentiels de renfort des capacités d'autodétermination des parties prenantes (exprimer ses envies, participer aux décisions, etc.) ;
- le deuxième critère porte sur la capacité du dispositif à développer un environnement plus adapté aux besoins et aspirations spécifiques des habitants/usagers, allant dans le sens d'une meilleure qualité de vie.

À travers cette étude à caractère exploratoire, l'objectif est d'identifier, d'une part, les bénéfices et les limites de l'atelier de co-design dans le contexte de la transformation des aménagements intérieurs en Ehpad ; et d'autre part, les contributions d'une démarche participative pour une transformation domiciliaire fiable et durable.

## Méthodologie

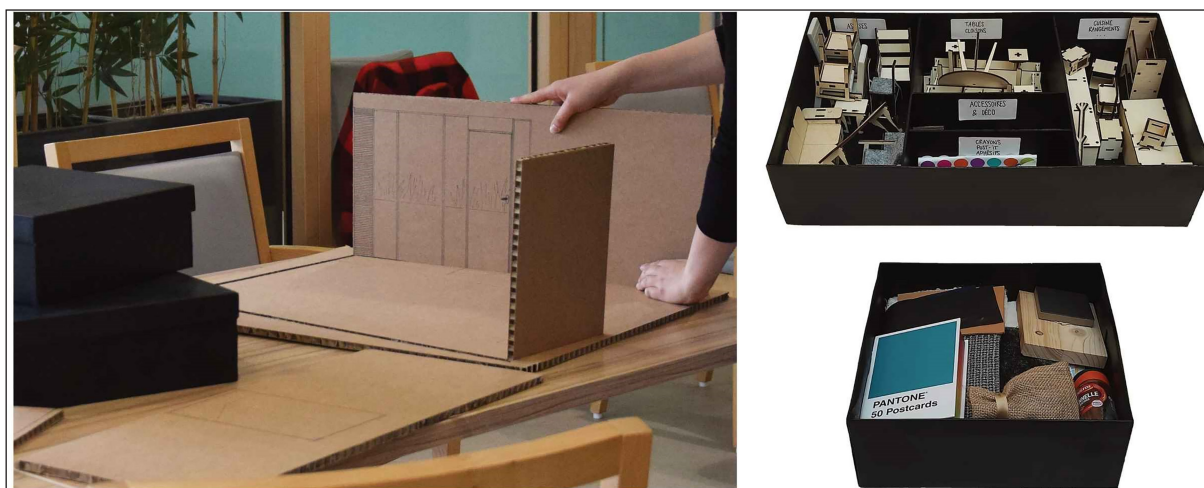
### Participants

Un premier atelier de co-design a été réalisé en avril 2023 dans un Ehpad en Île-de-France, avec trois habitants d'un même étage. Le groupe a été formé de sorte à être le plus représentatif possible de la population de l'unité de vie. Aucun des participants n'est sujet à une maladie neurodégénérative (type Alzheimer). Ces derniers ont été rencontrés par le biais de la psychologue de l'établissement et se sont portés volontaires pour participer à l'atelier présenté comme un projet fictif dans le cadre d'une étude scientifique. Leurs noms ont été modifiés pour préserver leur anonymat :

- M. X est un homme âgé de 88 ans, il est entré dans l'établissement il y a quelques semaines, il est non-voyant et a exercé en tant que technicien ;
- Mme Y est une femme âgée de 96 ans, elle est entrée dans l'établissement il y a quatre ans, elle se déplace en fauteuil roulant et a exercé en tant que cadre ;
- Mme Z est une femme âgée de 88 ans, elle est entrée dans l'établissement il y a quatre ans, elle se déplace en fauteuil roulant et a exercé en tant que commerçante.

### Outils de co-design

Notre atelier de co-design invite un groupe d'habitants à repenser l'aménagement et l'utilisation d'un espace dans leur établissement en fonction de leurs besoins et de leurs envies. Les participants réaménagent cet espace à l'aide de plusieurs outils : une maquette représentant le volume de l'espace à investir, une bibliothèque d'objets pour définir des usages et une matériauthèque pour définir les ambiances sensorielles (voir *figure 1*). Une attention particulière a été portée, dans nos choix formels, à la capacité d'appréhension des outils par un public âgé et handicapé. La maquette est à échelle 1/12 ce qui facilite l'intervention de plusieurs personnes avec des objets particulièrement reconnaissables et saisissables, à la manière de la maquette de médiation « maison miniature » initiée par Erasme en 2017, ou de la boîte à outils tridimensionnelle développée par Sanders en 2006 [23]. La maquette de l'espace et la bibliothèque d'objets sont pensées comme une base visuelle immersive ayant pour but de faciliter l'engagement d'un public non-expert dans le co-design [28], et tout particulièrement un public très âgé [29]. L'ajout d'une matériauthèque permet à la fois d'élargir la personnalisation de l'aménagement et d'accroître la dimension sensorielle de



**Figure 1.** La maquette, la bibliothèque d'objet et la matériauthèque.

*Figure 1.* The model, the furniture library and the material library.

l'atelier, rendant ainsi le co-design plus avenant pour le public âgé [29].

Les choix de formes, de matériaux et de fabrication des outils ont également été guidés par le souci de proposer des éléments assez génériques pour s'adapter à différents espaces en établissement, et assez économiques pour ne pas être un frein à la démarche de co-design. La bibliothèque d'objets est composée d'une cinquantaine de meubles et accessoires à échelle 1/12, fabriqués à la découpe laser ou à l'impression 3D à partir de modèles open sourcés. La maquette de l'espace est composée d'un sol et de murs ajustables en carton alvéolé sur lesquels on peut facilement accrocher des éléments (tissus, objets) à l'aide d'adhésifs. La matériauthèque, elle, se compose d'éléments récupérés ou peu onéreux, comme des échantillons de matériaux, un nuancier de couleurs ou encore des éléments parfumés (bougie, sachet de lavande, etc.). D'autres éléments pratiques comme des crayons, des post-it, de l'adhésif, des ciseaux, des catalogues ou des magazines de décoration ont été mis à la disposition des participants pour permettre une plus grande personnalisation de la maquette.

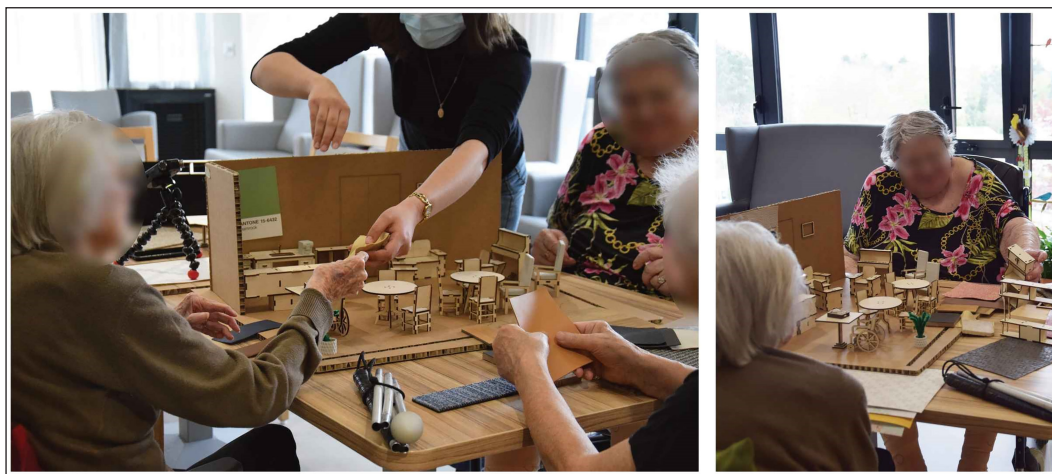
### Protocole de l'atelier

L'atelier a pris place dans l'espace commun de l'étage dans lequel vivent les participants (voir *figure 2*). Ce même espace a fait l'objet du projet fictif. Dans notre expérimentation, l'animateur, est une personne extérieure à la structure (chercheur designer) doté d'une expertise en aménagement intérieur et en facilitation (méthodes d'animation collaborative). L'atelier est structuré en cinq étapes, comprenant chacune des objectifs précis (voir *figure 3*) :

- **1. Lancement des échanges** (5 minutes). L'atelier démarre avec une question générale « Quand je dis Ehpad, vous

pensez à quoi ? ». Ce premier temps permet de rapidement engager la parole chez les participants, de saisir leurs premières impressions et leur état d'esprit général (représentation plutôt positive ou négative de la vie en établissement).

- **2. Recueil des expériences des usagers** (45 minutes). Ensuite, l'animateur invite les participants à extérioriser leurs expériences du lieu (habitudes, conflits d'usage, restrictions) en s'appuyant sur l'aménagement initial de l'espace reproduit sur la maquette. En questionnant des aspects concrets comme « Que faites-vous dans cet espace ? », « Quand est-ce que vous vous y rendez et avec qui ? » et « Aimez-vous aller dans ce lieu ? », les participants extériorisent leurs expériences sous forme de scénario, dans le but de soulever une forme d'expertise usagère [30]. D'une part, le recueil d'expérience crée un sentiment d'écoute qui encourage les participants à s'engager dans l'activité [31, 32]. D'autre part, il permet de préciser les besoins et des objectifs précis pour améliorer l'aménagement, pour être plus efficace lors de la co-conception [31].
- **3. Co-conception** (45 minutes). À l'aide des outils de co-design (maquette, bibliothèque d'objets, matériauthèque), le médiateur accompagne les participants dans le réaménagement de l'espace en s'appuyant sur les besoins et les envies formulées plus tôt. L'animateur questionne également les participants sur leur lieu de vie antérieur pour faire émerger des expériences et déceler des caractéristiques spatiales plaisantes ou constitutives du « chez-soi » chez ces personnes. L'animateur peut aussi être force de proposition dans les choix d'aménagement en fonction du besoin d'animation de l'atelier. Ce dernier



**Figure 2.** Photos de l'atelier de co-design.

**Figure 2.** Pictures of the co-design workshop.

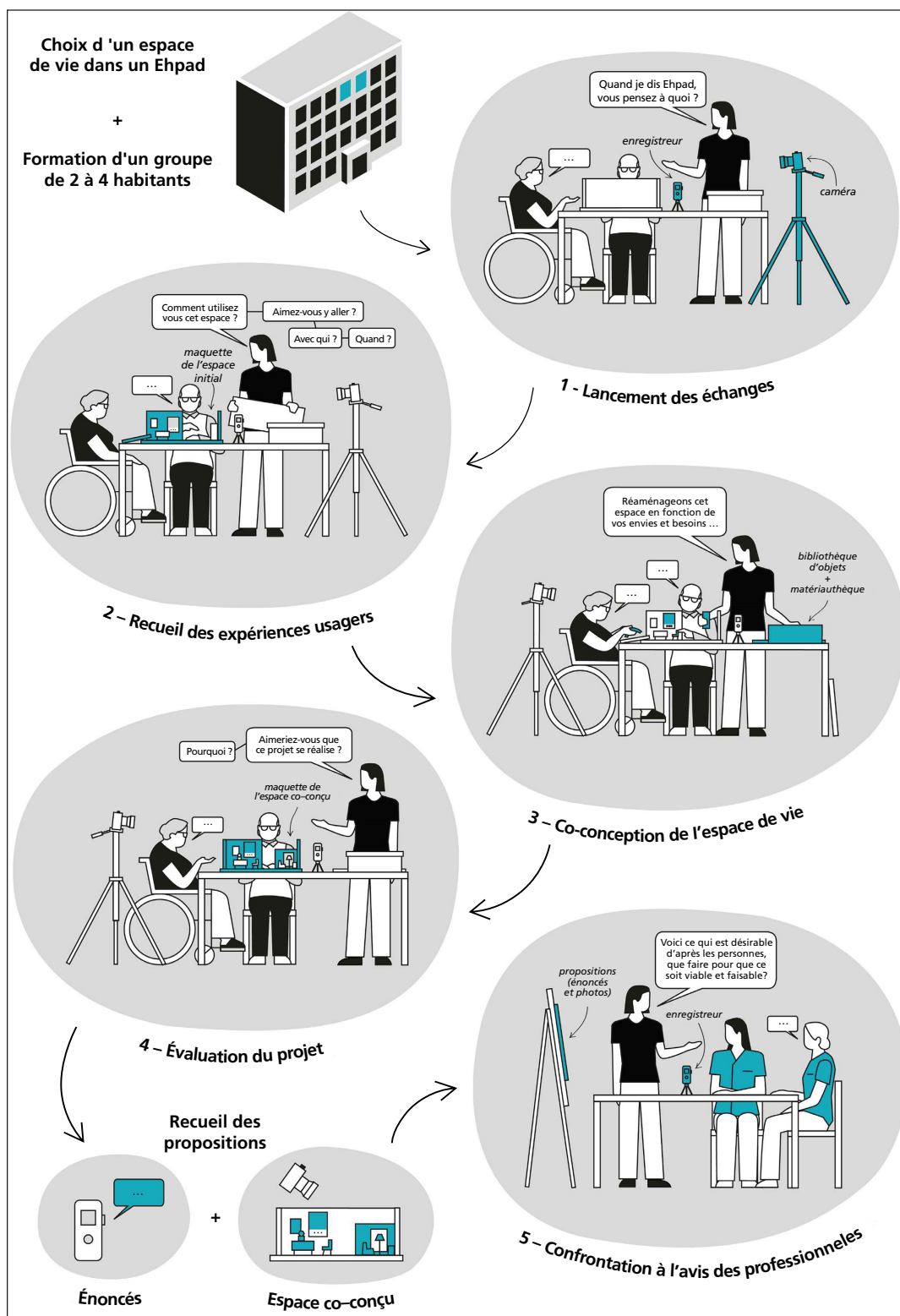


Figure 3. Protocole illustré de l'expérience.

Figure 3. Illustrated protocol of the experiment.

fait particulièrement attention à recueillir l'avis de tous les participants pour que les choix d'aménagement ne soient pas imposés.

- **4. Évaluation du projet** (30 minutes). Lorsque le réaménagement de la maquette arrive à son terme, l'animateur demande à chaque participant de décrire comment il aimerait utiliser ce nouvel espace, les éléments qu'il apprécie ou n'apprécie pas. À nouveau, cette étape vise à permettre aux participants de projeter des scénarii d'usage pour affiner les choix d'aménagement [30]. Une conclusion permettra de recueillir ce que les participants ont apprécié de l'atelier, dans son contenu et sa forme.
- **5. Confrontation du projet à l'avis des professionnels** (60 minutes). Un échange avec des professionnels (dans notre cas deux aides-soignantes travaillant à l'étage dans lequel les participants vivent) a eu lieu un mois après l'atelier. L'objectif est de relever la connaissance que les professionnels ont des envies de participants et des contraintes organisationnelles de l'établissement. Des photographies de la maquette montrant l'aménagement co-conçu et une sélection des énoncés les plus significatifs et récurrents des habitants sont présentés et servent de support de discussion. Cet échange a permis, en aval de l'atelier, d'évaluer la faisabilité des propositions d'aménagement des participants et, le cas échéant, de relever les conditions ou contraintes liées à leur réalisation.

Un caméscope et un enregistreur ont été employés durant toute la durée de l'atelier et la confrontation pour conserver les échanges verbaux et les actions associées (propositions d'aménagement sur la maquette, expressions non verbales).

### Méthode d'analyse

Une retranscription manuelle de l'enregistrement vocal a été réalisée pour extraire les énoncés liés à des besoins, des envies ou des expériences rattachées à la vie dans l'établissement. Nous définissons un énoncé comme une proposition ayant une unité de sens unique et émise par un seul participant. Ainsi, un énoncé peut contenir plusieurs phrases, et une même phrase peut contenir plusieurs énoncés (voir *figure 4*). Nous ne considérons dans l'étude que les énoncés portant sur la conception. Les énoncés ont chacun été qualifiés selon le temps et l'auteur (M. X, etc.).

Nous avons ensuite codé les énoncés selon leur référence à la dimension du *lieu de soins* (soin, sécurité, hygiène, peu de contrôle, etc.) ou de la *maison* (habitudes de vie, tâches domestiques, autodétermination, etc.) pour mieux lire les préoccupations des participants dans l'équilibre maison/hôpital. Pour approfondir cette lecture, les énoncés sont codés en fonction de l'expression d'un désir ou non, grâce à des indications comme « ce serait bien », « j'aime bien » ou « je n'aime pas » des participants.

Nous relevons également si un énoncé correspond à une *critique de l'existant* ou à une *critique de la maquette* afin de visualiser le déroulement de l'activité durant l'atelier. Une catégorie *proposition* permet de relever si l'énoncé aboutit à une solution concrète d'aménagement, et, si tel est le cas, de décrire sa nature (objet, type d'agencement, etc.). Enfin, chaque proposition est qualifiée par son niveau de faisabilité (oui, sous conditions et non) sur la base du retour des professionnels (issu de l'étape 5), ainsi que le coût et les normes de sécurité incendie en vigueur [33]. La *figure 4* montre des exemples concrets d'encodage pour les différents paramètres.

## Résultats

### Déroulement de l'atelier

L'atelier, qui a duré près de 2 h 15, s'est déroulé dans la bienveillance avec des participants impliqués et attentifs tout au long de l'activité. On remarque tout de même une inégalité dans la répartition de la parole et des propositions entre les participants (*figure 5*), avec un certain leadership de Mme Z, qui est la personne présentant les meilleures capacités physiques et cognitives du groupe. L'activité a demandé une forte implication de l'animateur pour approfondir les échanges, proposer des solutions ou encore pour structurer et dynamiser l'atelier. La méthode d'analyse utilisée a permis de sélectionner soixante-dix-sept énoncés formulés par les participants, ainsi que plusieurs propositions d'aménagement formalisées à l'intérieur de la maquette (*figure 6*). Les exemples présentés ci-dessous ne constituent pas un modèle standard de « chez soi » en établissement, mais représentent les envies particulières d'individus dans un lieu spécifique.

Pour mieux comprendre les comportements produits durant l'atelier, nous tentons ici de visualiser son déroulement. Les participants partagent au début de l'atelier une vision plutôt négative de l'établissement, avec des adjectifs péjoratifs comme « mourir », « prison » ou « comme un pensionnat ». Ainsi, dans un premier temps, nous observons une forte critique de l'existant (*figure 7*). Cette première phase de *diagnostic* laisse ensuite place à une longue phase de *propositions*. Au bout de 1 h 40, les participants procèdent à un bilan par la critique des propositions effectuées sur la maquette, avant de s'engager spontanément dans une phase d'*affinement* (exemples : « Il faudrait plus de distance entre les choses. » ; « Et le tourne-disque, il devrait être plus près du fauteuil. »). Nous constatons que les deux premières phases occupent une grande partie de l'atelier et correspondent au protocole défini en amont. La dernière phase est plus courte, mais réitère le schéma des deux premières, dans un objectif de précision du projet.

Nous observons que dans certains cas, les outils de co-design en eux-mêmes (bibliothèque d'objet et matériauthèque) mènent à la formulation de désirs et de propositions chez les

			Lieu de soins Faible autodétermination Soin/Hygiène/Sécurité	Maison Forte auto-détermination Bien-être/Qualité de vie	Critique existant = situation actuelle maquette = situation co-conçue		Faisable oui = pas de contraintes sous condition = respect des contraintes institutionnelles, etc. non = sauf évolution des contraintes		
a	b	c	d	e	f	g	h	i	
Temps	Auteur	Énoncé (verbatim)	Lieu de soins	Maison	Désirable	Critique	Proposition	Faisabilité	
1	15:36	Mme.Z	« Ici on est interdit de cuisine. »	X			Existant		
2	17:13	Mme.Y	« Moi au quatre heure je boirais bien du thé, ça manque (...). »		X	X	Existant	Chaix du thé au goûté (théière)	Oui
3	01:06:15	M. X	« Un vaisselier j'en avait un, donc ça me rappellerait de bans souvenirs. J'y mettais des bibelots. »		X	X		Vaisselle ancien en bois (+ bibelots)	Sous conditions (bois >18mm)
4	01:07:22	Mme.Z	« Il est bien joli votre meuble mais si c'est trop haut on peut pas y accéder. Il faudrait un buffet plus bas. »		X	X	Maquette	Tiroirs/rangements accessibles en fauteuil	Oui
5	01:35:30	Mme.Y	« Il faudrait régler pour qu'elle soit plus douce la lumière, moins forte. »		X	X	Existant	Lumière d'appoint (lampadaire)	Sous conditions (norme NF)

1d : Ne pas avoir accès à la cuisine renvoie à une posture de patients en mettant la priorité sur la sécurité et l'hygiène.  
 1g : L'énoncé reflète l'expérience vécue dans l'établissement.  
 2e : « ça manque » renvoie à la vie quotidienne, la résidente fait référence à une habitude.  
 2g : « ça manque », renvoie à la critique de la situation actuelle.  
 3e : L'extrait renvoie à la personnalisation de l'espace, le résident fait référence à son précédent logement.  
 3i : Normes de sécurité incendie pour le mobilier en bois en établissement de type J et U.  
 4e : La résidente fait référence à l'accès et à l'utilisation du mobilier, ce qui renvoie à la vie quotidienne et à la maison.  
 4g : La résidente critique la proposition du vaisselier placé sur la maquette.  
 5e : Une lumière douce renvoie à l'aspect chaleureux et à l'aspect domestique d'une maison  
 5h : La solution évoquée est l'apport de lumières d'appoints avec accès aux interrupteurs.  
 5i : Peu onéreux, doit respecter la norme électrique NF.

Figure 4. Exemples d'encodage commentés.

Figure 4. Encoding examples with comments.

participants (exemples : « Oh [...] des napperons, j'en mettrais bien un sous le vase, pour le rehausser. » ; « Un vaisselier, j'en avais un, donc ça me rappellerait de bons souvenirs. »). Cependant, nous constatons que le plus souvent, la formulation des désirs et des propositions se fait après un travail de facilitation de l'animateur, en questionnant les participants pour faire émerger leur expertise, en conseillant des solutions d'aménagement, en suggérant l'avis de tous, etc.

### Nature des propositions

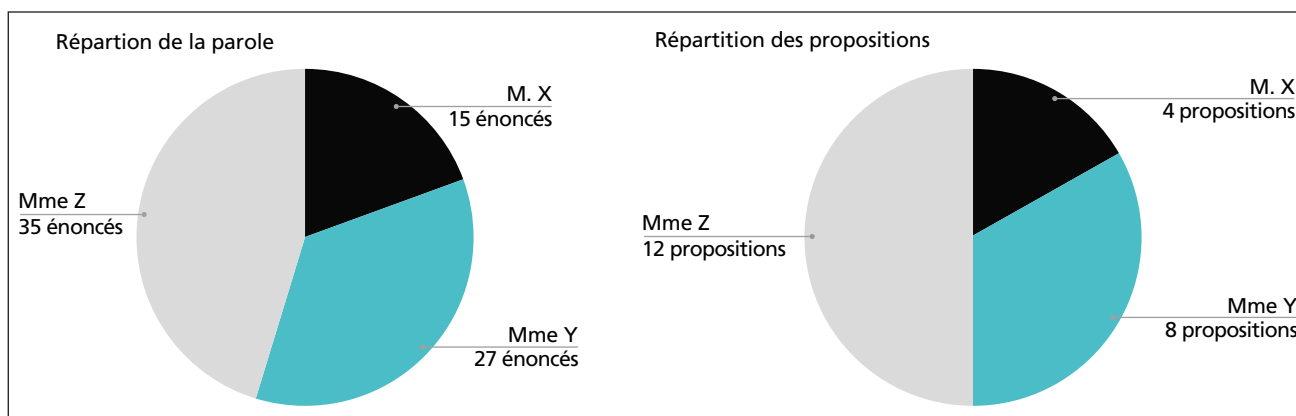
De manière globale, les participants échangent davantage autour de la dimension de la *maison* que de celle du *lieu de soins* et que leurs aspirations et propositions portent majoritairement sur la dimension de la *maison* (voir figure 8). Cela se lit notamment à travers la différence entre l'aménagement initial et l'aménagement co-conçu de l'espace par les habitants (figure 6) : par exemple les fauteuils gériatriques et alignées le long des murs à la façon d'une « salle d'attente » sont remplacés par des fauteuils ordinaires, un canapé et une lampe d'appoint disposés de façon à créer un espace « salon ». L'appétence des personnes âgées pour l'aspect de la *maison* en institution est confirmée par de récentes études [34, 14].

Les énoncés liés de la dimension *lieu de soins* sont plutôt rattachés à une critique de l'existant (Mme Z : « On n'a pas le droit de rentrer dans la cuisine. »), à laquelle les participants

projetent ensuite des désirs et des propositions plus proches de la *maison*, tant en matière d'ambiance que d'usages des lieux (M. X : « C'est bizarre quand même que nous ne fassions pas de cuisine. Ils pourraient nous demander d'éplucher des choses [...] » ; Mme Z : « Ce serait préférable d'avoir accès à la cuisine. Parce qu'une cuisine ça compte dans une maison. »). Les participants ont tout de même exprimé des préoccupations liées à la sécurité (M. X : « Ce serait bien pour se faire chauffer de l'eau, après ce qui est compliqué, c'est pour verser l'eau chaude. ») ou bien à l'hygiène (Mme Z : « Ah oui, le carrelage aussi, j'aime bien, c'est facile d'entretien. », « Ça, c'est doux, mais à nettoyer hein ! »), mais qui témoignent aussi de leur capacité à se projeter dans la réalisation de tâches domestiques quotidiennes (préparation du café, nettoyage du sol, etc.).

Parmi les désirs formulés par les participants, nombreux font référence à la personnalisation de l'espace et à la vie quotidienne, ce qui leur permet d'échanger avec les autres à propos de leur vie antérieure (exemple de Mme. Z : « Moi ce que j'aimais, c'est la violette ! Je la prenais à Fragonard, à Grasse. »). Par ailleurs, nous relevons que les propositions vont au-delà d'une simple « décoration » et touchent divers aspects de la « maison » comme l'ambiance (exemples : parfum, lumière, textiles), l'usage (exemples : accéder aux espaces et aux objets, se repérer par le toucher) et les relations (exemples : avoir un animal de compagnie ; « s'affaler avec son amoureux » dans





**Figure 5.** Répartition de la parole et des propositions entre les participants.

*Figure 5.* Distribution of speaking and proposals among participants.

un canapé deux places). Le sujet des relations, notamment entre les habitants et les professionnels, est très peu abordé durant l'atelier avec cette seule évocation de Mme Y : « Le personnel qu'on aime bien, ils sont pas là, ils ont autre chose à faire. ». À la fin de l'atelier, les participants ont exprimé un dissensus sur leur vision de la *maison* (exemple de Mme Z : « Et puis, chacun son goût. On ne peut pas être tous d'accord. Et heureusement que toutes les maisons n'étaient pas décorées et meublées pareilles. »).

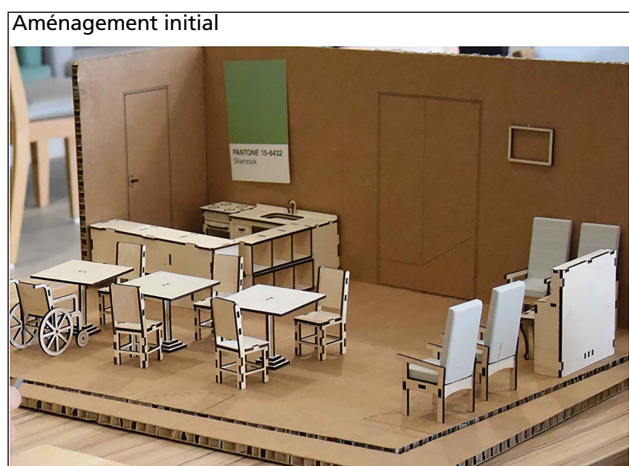
### Confrontation à l'avis des professionnels

Nous avons réalisé un échange avec deux aides-soignantes un mois après l'atelier de co-design pour évaluer la faisabilité des propositions des habitants/participants (figure 9). Cet échange a duré près d'une heure, mais a été interrompu à plusieurs reprises par des appels et des sollicitations de soins reçues par les deux professionnelles. Tout d'abord, nous constatons que la majorité des propositions formulées par les participants sont jugées faisables par les professionnelles. Seulement deux des propositions sont considérées comme non réalisables, dont l'accès libre à la cuisine et la mise en place d'une machine à café en libre accès pour les résidents et les familles. Les arguments mobilisés sont d'ordre logistique (gestion des stocks, risque de vol, etc.) et de sécurité (risques de brûlures que la direction ne souhaiterait pas engager). Il est intéressant de constater que les deux propositions dont la faisabilité est réduite par la responsabilité de l'établissement font partie de celles qui élargissent le pouvoir d'agir des personnes et leur permettent d'effectuer les gestes de la vie quotidienne.

Il apparaît également que certaines propositions peuvent entrer en conflit les unes avec les autres, notamment dans des oppositions entre usages personnels et collectifs des espaces partagés, fait couramment observé dans les établissements. Un exemple soulevé par l'atelier est le besoin d'une grande table

rectangulaire, formulée par M. X pour être plus à l'aise lorsqu'il peint, qui se confronte à celui d'accueillir plusieurs petites tables lors des déjeuners entre familles formulé par les deux professionnelles. Enfin, nous observons aussi que la confrontation des idées avec les professionnels n'aboutit pas uniquement à une acceptation ou un rejet des propositions, mais constitue une occasion de réfléchir à court terme, aux moyens ou alternatives permettant de concrétiser au mieux les propositions des habitants en fonction des contraintes : par exemple, ils proposent de réagencer les fauteuils existants avant de pouvoir investir dans du nouveau mobilier pour créer un espace plus chaleureux et observer si cela plaît aux habitants.

L'échange avec les professionnels a aussi permis de confronter les propositions des participants (figures 7 et 8), à leurs propres représentations des risques et à leurs connaissances des habitants. D'après l'une des professionnelles, lorsque le frigo de la cuisine était accessible, l'une des habitants buvait directement dans les bouteilles, ce qui posait des problèmes d'hygiène vis-à-vis des cohabitants. La solution à ce problème a été tout simplement de condamner l'accès à la cuisine. D'un autre côté, la connaissance des professionnels s'avère limitée, notamment lorsque l'on apprend durant l'échange la surprise d'une soignante face à une proposition de Mme Y : « Je n'ai jamais entendu qu'elle voulait un thé. Après, ils ne nous disent pas tout. ». Certaines de ces affirmations semblent même trompeuses, particulièrement lorsqu'une des soignantes affirme qu'elle préfère porter une blouse blanche, car il s'agit d'un marqueur de professionnalisme qui « rassure les résidents », alors que plusieurs études démontrent l'impact négatif de la blouse blanche sur les relations habitants/aidants et la qualité de vie des personnes âgées [9, 35]. Enfin, nous relevons un manque de considération de l'autodétermination des professionnels dans l'institution : « Ils [la direction] ne nous ont jamais demandé notre avis. ».



Aménagement co-conçu



Figure 6. Espace initial et espace co-conçu formalisés sur la maquette.

Figure 6. Initial space and co-designed space on the model.

## Retour d'expérience

Le retour d'expérience a pour but d'identifier les potentiels, bénéfiques et limites du co-design dans le contexte de la transformation domiciliaire des Ehpad. Nous explorons aussi la manière dont l'atelier de co-design contribue à l'expression de besoins très concrets des habitants, à la conception d'espaces de vie plus adaptés aux besoins et aspirations des personnes.

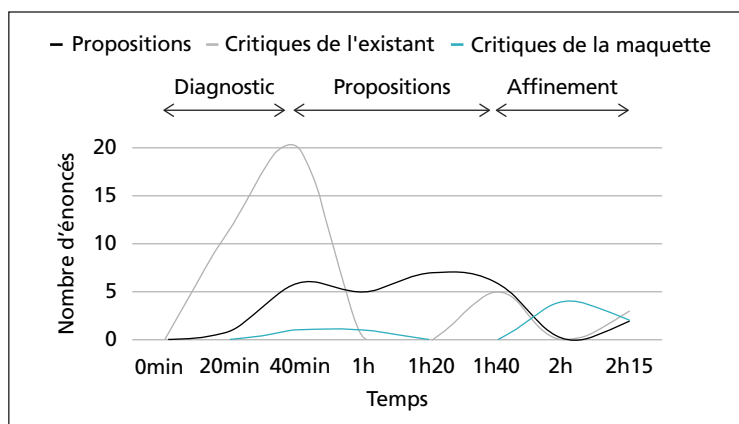
### Renforcer l'autodétermination des parties prenantes

Dans un premier temps, nous étudions les résultats sous le prisme de notre premier critère d'analyse, à savoir dans quelle mesure l'atelier de co-design met en capacité d'autodétermination des personnes. Nous tenterons aussi de soulever les limites de cette démarche et de s'interroger sur leur dépassement.

Nos observations montrent que la dimension immersive de la maquette et des outils de co-design (bibliothèque d'objets, matériauthèque) a aidé les participants à s'engager rapidement dans la phase de co-design (au bout d'un quart d'heure). Le retour des participants à la fin de l'atelier indique qu'ils ont apprécié l'investissement du chercheur dans la fabrication des outils, et que cela a suscité en eux un plus grand engagement [36]. Le détail apporté aux objets, comme par exemple une représentation des *Nymphéas* de Monet sur un tableau miniature, a mené l'une des participantes à détailler ses goûts artistiques, mais aussi à partager un souvenir personnel d'une visite dans la maison du peintre. L'atelier favorise un « climat narratif » dans lequel les habitants peuvent parler de leur vie antérieure, ce qui participerait à reconstruire leur identité et le « chez-soi » dans l'établissement [18, 19] et à encourager leur engagement dans la phase de co-design [32]. À la fin de l'atelier, les participants ont désigné l'atelier comme un moment convivial et divertissant, aspect non négligeable pour donner envie aux parties prenantes de s'engager dans le projet.

Nous relevons une répartition inégale de la parole et des propositions (voir figure 4), et que c'est la participante la plus jeune et avec les meilleures capacités physiques qui est la plus active du groupe. Nous supposons que la personnalité et le parcours des participants influencent la répartition de la parole, ce qui peut créer une inégalité dans la participation, et donc, dans la représentation des habitants dans les propositions d'aménagement [37]. Par ailleurs, l'intérêt pour le réaménagement du lieu de vie varie d'une personne à l'autre, et rejoint le constat que les habitants s'adaptent différemment à la vie en institution [18]. L'adaptation à la vie institutionnelle peut influencer le niveau d'engagement des personnes, comme pour M. X « Moi, j'ai l'impression que je fais plus caméléon, je m'adapte à n'importe quoi. », et Mme Y « Moi, je m'en fiche de l'aménagement. » qui optent pour une adaptation passive à l'institution, tandis que Mme Z adopte une posture plus active et autodéterminée : « Choisir des meubles, décorer [...] ça, je saurais aider. ». Nous constatons, malgré cette disparité, que chaque participant a su être « force de proposition » lors de l'atelier. La cécité de M. X, qui peut être considérée comme une incapacité, permet, à l'aide de la matériauthèque et des méthodes de co-design, l'expression d'une expertise qui combine aspects sensoriels et qualité d'usage (par exemple : disposer des odeurs et de textures de manière stratégique pour aider les personnes malvoyantes à se repérer dans l'espace).

En dépassant la phase de critique de l'existant, les participants se projettent peu à peu dans une nouvelle vision de la vie en institution. Nous remarquons même que les participants s'engagent spontanément dans un processus itératif avec un travail d'affinement des propositions, ce qui démontre que le dispositif développe l'autodétermination des personnes dans la démarche de co-design. Cependant, comme c'est le cas pour toute approche participative, il est essentiel de définir claire-



**Figure 7.** Nombre de propositions, de critiques de l'existant (espace initial) et de critiques de la maquette (espace co-conçu) sur la durée de l'atelier implémenté des phases de conception identifiées (diagnostic, propositions, affinement).

**Figure 7.** Number of proposals, criticisms of the existing layout (initial space) and criticisms of the mock-up (co-designed space) over the duration of the design phase workshop (diagnosis, proposals, refinement).

ment la latitude décisionnelle, les marges de manœuvre des personnes, les objectifs du projet, ainsi que le mode de gestion et de gouvernance du projet. Ceci est nécessaire pour élaborer un « contrat de participation » cohérent et transparent qui prévient des risques liés l'insatisfaction des participants. Aussi, réaliser des ateliers de co-design avec toutes les parties prenantes (habitants, aidants, etc.) semble représenter un trop grand investissement (temps, financement) pour la transformation domiciliaire d'une institution. Néanmoins, l'atelier de co-design en groupe plus restreint offre une base de propositions d'aménagement (espace co-conçu sur la maquette, liste de propositions) à partir de laquelle il serait possible de recueillir les avis et les suggestions de tous.

### Contributions pour une transformation domiciliaire fiable et durable

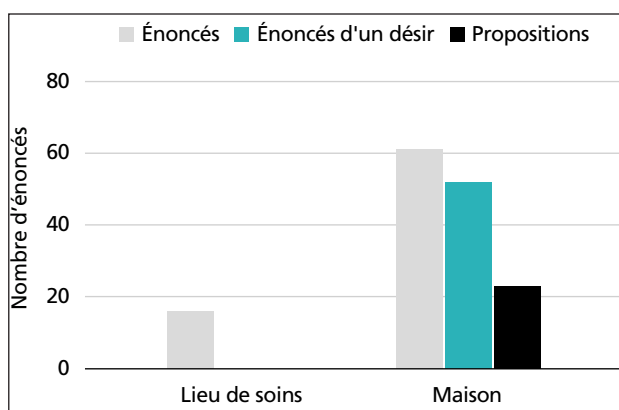
Dans cette deuxième partie, nous relevons, dans la mesure du possible, les externalités positives et les contributions de l'atelier pour développer un projet d'aménagement plus adapté. Dans le cadre de l'expérimentation seule de l'atelier, il s'agit ici d'en exhausser les éléments suffisamment significatifs pour être considérés comme porteurs de sens. Nous relèverons également les externalités négatives qui en découlent pour mieux s'en prémunir.

Le climat « narratif » de l'atelier est propice au recueil de l'expertise du quotidien de chaque participant [36], et ceux, sur divers aspects du quotidien (activités, organisation, ameublement, décoration, lumière, odeurs, relations, etc.). La dimension collective de cet atelier ouvre le dialogue entre les résidents, ce qui permet de confronter les expériences et expertises du quotidien pour formuler des propositions plus constructives. Cela est aussi l'occasion de projeter les possibles conflits d'usages et de soulever des contraintes, voire, des solu-

tions d'aménagement (exemples : Mme. X « Je n'écoute que de la grande musique, ce n'est pas du goût de tout le monde. » ; Mme. Y « Quand on mange, on n'écoute pas la musique, on bavarde. » ; Mme. Y « Le tourne-disque, on pourrait plutôt le mettre dans le salon, sur une petite table basse, ce serait bien. »). Un des enjeux de la médiation est de soutenir les activités d'argumentation qui accompagnent ces propositions, leurs critiques et leurs contre-propositions, pour informer la prise de décision.

Nous constatons que ce premier atelier n'a pas permis de concevoir un aménagement satisfaisant tous les participants, et que la proposition réalisée sur la maquette ne constitue pas une solution complètement fiable et définitive. Les habitants ne remplacent pas le rôle du concepteur, mais apportent des connaissances spécifiques (expertise d'usage) qui peuvent efficacement soutenir les choix de conception. L'échange avec les professionnels permet de relever leur connaissance des résidents et leurs besoins, qui s'est avérée parfois limitée ou basée sur des idées préconçues. De plus, les représentations des contraintes institutionnelles et du profil des résidents peuvent varier selon le statut du professionnel (aide-soignant, infirmière, etc.). L'avis de ces derniers ne doit donc pas être, tout comme celui des résidents, considéré comme prescriptif, mais plutôt comme informatif pour le processus de conception.

L'animateur remplit plusieurs rôles dans le co-design [38], il endosse le rôle de médiateur pour faciliter les échanges entre les participants et l'articulation de leurs besoins, et restituer leurs propositions auprès des professionnels et de la direction, dans un contexte institutionnel (rapports d'autorités, hiérarchie verticale, charge de travail) peu propice à l'expression de suggestions et à la communication entre les différentes parties [11, 18, 39]. Durant l'échange avec les aides-



**Figure 8.** Nombre total d'énoncés, d'énoncés évoquant un désir et d'énoncés évoquant ou donnant suite à une proposition d'aménagement en fonction des dimensions lieu de soins et maison.

**Figure 8.** Total number of statements, statements evoking a desire and statements evoking or following up on a proposal for accommodation in terms of place of care and home.

soignantes, nous remarquons que ces dernières favorisent souvent le « risque » au « bénéfique » face aux propositions des habitants (pas d'accès à la cuisine pour éviter les brûlures et les contaminations par exemple), chose à laquelle le médiateur peut les aider à réévaluer le coût bénéfices/risques. À cet égard, l'implication de cadres ou de membre de la direction nous apparaît essentielle, car les revendications du « comme chez soi » portent généralement sur le sentiment de liberté et d'autonomie, éléments qui, pour être pris en compte, doivent dépasser les pures questions d'aménagement, mais porter aussi, sinon surtout, sur des éléments organisationnels.

Le fait de repenser collectivement un espace, à travers le co-design, permet aux habitants et aux professionnels de mutuellement mieux connaître les besoins et aspirations de chacun, et donc, de se sentir davantage considéré et d'aboutir à des solutions d'aménagements plus adaptés aux attentes individuelles. Cela nous mène à considérer les avantages de réaliser un atelier de co-design en groupe mixte (habitants, aidants, proches).

## Discussion

À partir de notre retour d'expérience, nous relevons des perspectives de développement et d'accompagnement autour de l'atelier de co-design, et plus largement d'une démarche participative, dans le contexte de la transformation domiciliaire.

Nous soulignons que l'intérêt de l'atelier est surtout de faire émerger des désirs d'habiter, puis de réfléchir à comment permettre aux personnes de les satisfaire avec une vision élargie. Il manque alors sans doute un temps d'itération associant habitants et professionnels, permettant de combiner les

désirs et de proposer des solutions qui puissent répondre aux contraintes techniques et organisationnelles, ou de négocier des solutions alternatives pour rendre possible les usages identifiés d'une manière différente (exemple : « Voici tout ce qui ne rentre pas dans l'espace retenu ou impossible dans l'espace collectif. Pour autant, il nous semble indispensable de rendre possibles ces usages. Comment pourrions-nous faire pour... ? »). Au même titre que les soignants peuvent mieux comprendre les enjeux de la vie des résidents, le co-design, comme méthode favorisant l'apprentissage mutuel, pourrait aussi permettre aux résidents de mieux comprendre les enjeux et contraintes des professionnels, l'intérêt serait alors pour tous ces acteurs de négocier des solutions articulant leurs besoins respectifs.

Comme évoqué antérieurement, le contexte institutionnel n'est pas propice aux propositions des participants. L'échange avec les professionnelles après l'atelier a permis de cibler les contraintes organisationnelles qui freinent la réalisation d'activités du quotidien comme le libre accès à la cuisine et à une cafetière. La démarche participative demande en parallèle de penser de nouvelles pratiques en institution, comme le consentement au risque ou le partage des responsabilités [40]. De plus, pour les soignantes questionnées, la plupart des désirs formulés par les participants se heurtent au manque de professionnels et à la priorisation du soin (« On aimerait prendre le temps, mais on ne peut pas. »), mais aussi à une organisation verticale (« Ils ne nous ont jamais demandé notre avis. »). Une sensibilisation et un accompagnement au changement de culture dans les établissements pour personnes âgées (formations) favoriseraient le déploiement d'une approche participative et d'une transformation domiciliaire [5]. Inversement, les initiatives du type de celle que nous avons menée peuvent contribuer à sensibiliser les institutions et leur personnel, notamment en dédramatisant la question des besoins des habitants, en privilégiant le partage de points de vue et en créant des espaces communs de réflexion autour des problématiques du quotidien des habitants et des professionnels.

Faire évoluer les aménagements en institution implique aussi de repenser la manière de financer le projet. Le contexte institutionnel incite à acheter du mobilier gériatrique neuf et très coûteux, qui respecte généralement plus de normes que réellement exigés dans les Ehpad [33]. Ce type d'achat tend à rendre un projet de réaménagement moins accessible. Tant pour des enjeux économiques que de bien-être pour les habitants [16], les établissements devraient diriger leurs achats vers du mobilier ordinaire, tout en s'assurant qu'ils sont adaptés à l'avancée en âge (ex : présence d'accoudoirs, hauteur d'assise suffisante pour se relever aisément, etc.). Des matériaux qualitatifs et authentiques sont aussi à privilégier pour ne pas tomber dans les effets visuels et les « trompes l'œil » qui peuvent renforcer la désorientation et dévaloriser l'image des habitants (principe de compréhension sensorielle) [41].

« Faisables »	« Faisables sous conditions »	« Non faisables »																								
(Peu onéreux, pas soumis à des normes cu à des contraintes institutionnelles)	(Si respecte les normes sécurité/incendie, le budget, les contraintes institutionnelles)	(Contraintes institutionnelles)																								
<table border="1"> <tr><td>thé au goûter</td></tr> <tr><td>carrelage dans la cuisine</td></tr> <tr><td>canapé deux places en tissus</td></tr> <tr><td>fauteuils en cuir</td></tr> <tr><td>tourne disque</td></tr> <tr><td>papier peint gris texturé</td></tr> <tr><td>peinture jaune dans la cuisine</td></tr> <tr><td>tableau nymphéas (Monnet)</td></tr> <tr><td>napperons</td></tr> <tr><td>pas de télévision commune</td></tr> <tr><td>pendule en bois</td></tr> <tr><td>léger parfum de fleur</td></tr> <tr><td>aérer davantage</td></tr> <tr><td>vaisselier</td></tr> <tr><td>table d'appoint</td></tr> <tr><td>accès aux tiroirs en fauteuil</td></tr> </table>	thé au goûter	carrelage dans la cuisine	canapé deux places en tissus	fauteuils en cuir	tourne disque	papier peint gris texturé	peinture jaune dans la cuisine	tableau nymphéas (Monnet)	napperons	pas de télévision commune	pendule en bois	léger parfum de fleur	aérer davantage	vaisselier	table d'appoint	accès aux tiroirs en fauteuil	<table border="1"> <tr><td>rideaux avec motif</td></tr> <tr><td>lampe d'appoint</td></tr> <tr><td>meublier en bois/parquet au sol</td></tr> <tr><td>grande table rectangulaire en bois</td></tr> <tr><td>rapprocher l'accès au robinet</td></tr> <tr><td>chat</td></tr> </table>	rideaux avec motif	lampe d'appoint	meublier en bois/parquet au sol	grande table rectangulaire en bois	rapprocher l'accès au robinet	chat	<table border="1"> <tr><td>cafetière libre d'accès</td></tr> <tr><td>accès à la cuisine</td></tr> </table>	cafetière libre d'accès	accès à la cuisine
thé au goûter																										
carrelage dans la cuisine																										
canapé deux places en tissus																										
fauteuils en cuir																										
tourne disque																										
papier peint gris texturé																										
peinture jaune dans la cuisine																										
tableau nymphéas (Monnet)																										
napperons																										
pas de télévision commune																										
pendule en bois																										
léger parfum de fleur																										
aérer davantage																										
vaisselier																										
table d'appoint																										
accès aux tiroirs en fauteuil																										
rideaux avec motif																										
lampe d'appoint																										
meublier en bois/parquet au sol																										
grande table rectangulaire en bois																										
rapprocher l'accès au robinet																										
chat																										
cafetière libre d'accès																										
accès à la cuisine																										

**Figure 9.** Liste des propositions des habitants et évaluation de leur faisabilité selon l'avis des professionnels et les normes sécurité/incendie en vigueur.

*Figure 9.* List of residents' proposals and assessment of their feasibility according to professionals opinion and current fire and safety standards.

Privilégier la récupération, le réemploi et la participation des familles permet également d'obtenir du mobilier à moindre coût et plus personnalisé. Permettre aux habitants de choisir et acheter eux-mêmes le mobilier et la décoration et valoriser leurs compétences manuelles renforcerait davantage leur autodétermination. Par ailleurs, une grande partie des propositions qui ont émergé de l'atelier sont relativement faciles à mettre en place. Nous relevons un tourne-disque, l'ouverture des fenêtres pour aérer, des bougies, en opposition à des dispositifs « gériatriques » très coûteux et nécessitant la formation de professionnels (borne musicale, espace snoezelen, etc.). Une meilleure communication autour des normes en vigueur auprès des directions et des professionnels des Ehpad faciliterait également l'acceptation et la mise en place de mobilier ordinaire dans ces établissements.

L'aménagement co-conçu durant l'atelier est « figé » dans le temps, tandis que de nouveaux habitants et professionnels se succèdent dans un même lieu de vie. Les habitants, actuels et futurs, devraient être encouragés à investir les espaces de vie tout au long de leur séjour [39]. Les entrées en institutions sont souvent précipitées (décès du conjoint, hospitalisation,

etc.) et limitent la possibilité de « revendiquer » ses habitudes de vie dans l'établissement [18]. Les efforts des institutions pour soutenir le sentiment de « chez-soi » se concentrent généralement sur l'aspect matériel plutôt qu'identitaire ou se limitent à la personnalisation de la chambre [19]. Un accompagnement et une expertise continue dans les établissements (réalisation d'ateliers, formations, focus groupes), soutiendrait les futurs habitants dans la poursuite de leur quotidien et les aideraient à s'approprier leur lieu de vie, dont les espaces collectifs. Il en va de même pour la sensibilisation des futurs professionnels et directions à la logique domiciliaire pour en assurer la durabilité.

Les outils de l'atelier semblent également intéressants en eux-mêmes : M. X suggère, à la fin de l'atelier, de mettre à disposition des maquettes aménagées pour les habitants non-voyants, pour faciliter leur repérage dans l'établissement par le toucher. En sélectionnant et en développant certains outils de l'atelier (matériaux, éléments odorants, etc.), il serait possible d'approfondir des dimensions précises du domicile lors d'autres ateliers (bruits, odeurs, toucher, etc.) en fonction des besoins du contexte.

La petite échelle d'application de l'atelier et des participants rend difficile la généralisation de nos résultats. Réaliser un retour d'expérience sur de futurs ateliers et dans d'autres formats (groupes mixtes par exemple) permettrait de confirmer ou d'infirmer les externalités que nous relevons dans cette première étude. L'identification des bénéfices et limites des ateliers de co-design devrait, par la suite, s'étendre à celle d'un aménagement co-conçu afin de valider le déploiement d'une démarche participative dans la transformation domiciliaire des Ehpad. Nous soulignons le manque d'experts dans la transformation des aménagements intérieurs des établissements (designers, architectes d'intérieur, etc.), et d'une sensibilisation de ces concepteurs à la logique domiciliaire, comme un possible frein au déploiement d'une démarche de conception participative.

## Conclusion

Cette étude exploratoire met en lumière les bénéfices et les limites du co-design dans le contexte de la transformation des établissements pour personnes âgées. Nous relevons la capacité du co-design à élargir l'autodétermination des parties prenantes, en se penchant sur l'accessibilité des ateliers et des outils. L'implication des participants dans le projet est également observée, soulignant des disparités dans la participation. Néanmoins, les méthodes de co-design permettent aux habitants de passer de la critique de l'existant à des propositions d'aménagement modelées à leurs aspirations et besoins.

La contribution du co-design pour développer des espaces de vie plus adaptés, met ici en évidence l'importance du recueil

d'expertises du quotidien et leur articulation pour aboutir à des solutions d'aménagement plus adaptées. Nous suggérons aussi que le co-design peut jouer un rôle important dans la médiation entre habitants, professionnels et direction, favorisant ainsi une transformation domiciliaire fiable et durable.

En matière de perspectives, nous soulignons la nécessité d'opérer un changement de culture en institution au travers de futurs ateliers, formations et publications. Nous proposons aussi des pistes pour aménager autrement en repensant les modes financements, en privilégiant l'utilisation de mobilier ordinaire et le partage des responsabilités. Enfin, nous explorons la question de l'appropriation des outils de co-design, soulignant la nécessité d'adapter l'atelier selon les besoins spécifiques des personnes et des situations construites.

## Remerciements

Nous adressons nos remerciements aux résidents ayant participé à l'atelier, aux aides-soignantes volontaires pour le temps d'échange qui a suivi, ainsi qu'à la psychologue de l'établissement pour l'organisation de ces événements. Nous tenions également à remercier Benoît Quéron, Rémi Duffo, Daphné Hamilton-Jones et Victoire Bruna pour leur assistance durant l'atelier et l'échange. Enfin, nous remercions Florence Mathieu et Aliénor Morvan pour leurs précieux conseils.

**Liens d'intérêts :** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en rapport avec cet article.

## Références

- Insee. 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050. *Insee*, 2019 (1767).
- Duthé G, Samuel O, Solaz A. Avant-propos. *Population* 2021 ; 76 : 2234.
- Villez A. Ehpad: La crise des modèles. *Gérontol Soc* 2007 ; 30 : 169-84.
- Brami G. Les paradoxes de l'évolution des Ehpad. *Empan* 2013 ; 91 : 56-61.
- Adam S, Marquet M, Missotten P. *Maison de repos, maison de vie ?* Liège : Altura, 2022.
- Cérèse F. Architecture et liberté d'aller et venir dans les lieux de vie institutionnels. *Gérontol Soc* 2023 ; 45 : 15766.
- Anderson D, Grey T, Kennelly S, O'Neill D. Nursing Home Design and Covid-19: Balancing Infection Control, Quality of Life, and Resilience. *J Am Med Direct Assoc* 2020 ; 21 : 1519-24.
- Szczerbińska K. Could we have done better with Covid-19 in nursing homes? *Eur Geriatr Med* 2020 ; 11 : 639-43.
- Marquet M, Boutaayamou M, Schwartz C, et al. Does negative information about aging influence older adults' physical performance and subjective age? *Arch Gerontol Geriatr* 2018 ; 78 : 181-9.
- Coudin G, Alexopoulos T. "Help me! I'm old!" How negative aging stereotypes create dependency among older adults. *Aging Mental Health* 2010 ; 14 : 516-23.
- den Ouden M, Kuk NO, Zwakhalen SM, Bleijlevens MH, Meijers JM, Hamers JP. The role of nursing staff in the activities of daily living of nursing home residents. *Geriatric Nursing* 2017 ; 38 : 225-30.
- Bazin M, Muller M. Le personnel et les difficultés de recrutement dans les Ehpad. *Études & Résultats* 2018 (1067).
- Muller A, Missotten P, Adam S. Transforming nursing home culture: Opinions of older people. A cross-sectional study in Belgium. *J Aging Studies* 2022 ; 61 : 101020.
- Nedelec P, Somme D, Charras K. L'architecture des Ehpad et son influence sur le bien-être des résidents. *Gérontol Soc* 2023 ; 45 : 105-24.
- Eijkelenboom A, Verbeek H, Felix E, van Hoof J. Architectural factors influencing the sense of home in nursing homes: An operationalization for practice. *Frontiers Architectural Res* 2017 ; 6 : 111-22.
- Charras K, Cérèse F. Être « chez-soi » en Ehpad : domestiquer l'institution. *Gérontol Soc* 2017 ; 39 : 169-83.
- Cérèse F. *Environnement architectural, santé et domesticité : étude des effets d'un aménagement architectural domestique sur la qualité de vie, l'usage et la perception de l'espace dans les lieux de vie institutionnels pour personnes âgées*. [Thèse de doctorat]. Université Montpellier 3, 2015.
- Orban AC, Dayez JB. Le « chez-soi » en maison de repos : une question de chambre ou d'établissement ? *Analyses Énéo* 2014 (13).
- Rield M, Mantovan F, Them C. Being a nursing home resident: A challenge to one's identity. *Nursing Res Pract* 2013 ; 932381.
- Drees. *Laide et l'action sociales en France*. Paris : Drees, 2020, pp. 109-115.
- Eynard C. La chambre comme espace d'intimité. *Gérontol Soc* 2007 ; 30 : 85-9.
- Fleury-Perkins C, Fenoglio A. Le design peut-il aider à mieux soigner ? Le concept de proof of care. *Soins* 2019 ; 64 : 58-61.

23. Sanders E, Stappers PJ. Co-creation and the New Landscapes of Design. *CoDesign* 2008 ; 4.
24. Dorta T, Safin S, Boudhraâ S, Marchand EB. Co-Designing in Social VR. Process awareness and suitable representations to empower user participation. *ArXiv* 2019.
25. Hanington BM. Generative research in design education. Proceedings of the International Association of Societies of *Design Research* 2007.
26. Sumner J, Chong L, Bundele A, Wei Lim Y. Co-designing technology for aging in place: A systematic review. *Gerontologist* 2020 ; 61 : e395-e409.
27. Bailleul M, Marie-Bailleul G. Éthique de la sollicitude dans une unité cognitive comportementale : Des « proofs of care » aux « outils pour le care ». *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 2021 ; 21 : 11825.
28. Hiltus S, Hart R. Participatory planning and design of recreational spaces with children. *Architecture Comportement* 1994 ; 10 : 361-70.
29. Jay I. Faire de la co-conception avec les personnes âgées : promesses, difficultés et enjeux. *Gestion et Management* 2021. dumas-03545099
30. Rosson MB, Carroll J. Scenario-Based Design. In: Jacko J, Sears A (eds.). *The Human-Computer Interaction Handbook: Fundamentals, Evolving Technologies and Emerging Applications*. Lawrence Erlbaum Associates, 2002, pp. 1032-1050.
31. Pirinen A. The barriers and enablers of co-design for services. *IJ Design* 2016 ; 10 : 27-42.
32. Duque E, Fonseca G, Vieira H, Gontijo G, Ishitani L. A systematic literature review on user centered design and participatory design with older people. *Proceedings of the 18th Brazilian Symposium on Human Factors in Computing Systems*, 2019.
33. Anesm. *Normes de sécurité incendie dans les Ehpad (structures J et U) : entre normes et personnalisation des espaces*, 2018.
34. Muller A, Missotten P, Adam S. Transforming nursing home culture: Opinions of older people. A cross-sectional study in Belgium. *J Aging Studies* 2022 ; 61 : 101020.
35. Crutzen C, Adam S. "What if It's not Just an Item of Clothing?" – A Narrative Review and Synthesis of the White Coat in the Context of Aged Care. *Psychologica Belgica* 2022 ; 62 : 62-74.
36. Olivier M, Rey S, Voilmy D, Ganascia JG, Lan Hing Ting K. Combiner cultural probes et entretiens avec des soignants pour co-concevoir une solution robotique mobile sociale. *JETSAN* 2021.
37. Künemund H, Hahmann J. Social inequalities and falls: Correlations and consequences for gerontechnology. *Gerontechnology* 2016 ; 15 : 42S.
38. Fougères AJ, Ospina VE. Médiation et connaissances coopératives dans un EIAH. *EGC'05*, 2005.
39. Prévot J, Weber A. Participation et choix des personnes âgées vivant en institution. *Retraite et société* 2009 ; 59 : 181-93.
40. Cérèse F. Repenser l'Ehpad pour qu'il devienne un habitat adapté et désirable. Les apports de l'architecture en gériatrie. *Revue de Gériatrie* 2019 ; 44 : 35560.
41. Zeisel J, Silverstein NM, Hyde J, Levkoff S, Lawton MP, Holmes W. Environmental correlates to behavioral health outcomes in Alzheimer's special care units. *Gerontologist* 2003 ; 43 : 697-711.