

L'architecture comme soutien pour bien vieillir

Entre valeur patrimoniale et changement sociétal, quel est le devenir des lieux d'accueil pour nos personnes âgées ?

Cas d'étude Le Grand Hospice Pachéco de Bruxelles



Quynh Céline NGUYEN

2024 -2025

UCLouvain - LOCI Bruxelles

TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES EN ET SUR L'ARCHITECTURE [LBARC2200] (16 ECTS)

EN-TÊTE

TFE 2025 [LBARC2200] - LOCI Bruxelles

Titre : L'architecture comme soutien pour bien vieillir - Entre valeur patrimoniale et changement sociétal, quel est le devenir des lieux d'accueil pour nos personnes âgées ? Cas d'étude : Le Grand Hospice Pachéco de Bruxelles

Etudiant-e : NGUYEN Quynh Nhu Céline

Copromoteur-expert : LELEU Myriam

Copromoteur 2 : GILLIS Christophe

Copromoteur 3 : MAIRY Cécile

Copromoteur 4 : VANDENBROUCKE David

Date de présentation : 18 juin 2025

RÉSUMÉ

Ce mémoire s'inscrit dans un contexte du vieillissement progressif de la population et des transformations sociétales qu'il entraîne, en questionnant le rôle que peut jouer l'architecture dans l'accompagnement de cette transition. Alors que les réponses institutionnelles traditionnelles ne suffisent plus à refléter la diversité des parcours et des besoins des personnes âgées, ce travail interroge la manière dont les lieux de vies peuvent évoluer pour soutenir l'autonomie, le lien social et le sentiment d'utilité. La recherche s'articule autour de trois axes : une compréhension du vieillissement dans ses dimensions multiples biologiques, sociales et fonctionnelles ; une analyse des choix résidentiels et des attentes des aînés ; et enfin une étude des typologies d'habitat pour les personnes âgées de l'habitat individuel à l'établissement médicalisé, en passant par les formes intermédiaires : l'habitat partagé, groupé et les résidences. Le travail se conclut par la mise en pratique des éléments théoriques à travers un projet sur le cas d'étude du Grand Hospice Pachéco à Bruxelles, ancienne maison de repos.

MOTS-CLEFS

Vieillessement – Vieillir - Lieux d'accueil pour personnes âgées – Personnes âgées – Mode de vie – Qualité de la vie.

TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES EN ET SUR L'ARCHITECTURE [LBARC2200]**DECLARATION DE DEONTOLOGIE à intégrer aux documents du TFÉ**

Considérant que le plagiat est une faute inacceptable sur les plans juridique, éthique et intellectuel ;

Reconnaissant que le Règlement Général des Etudes et Examens de l'UCLouvain précise la notion de plagiat et décrit les procédures et sanctions liées à sa pratique : <https://uclouvain.be/fr/etudier/reglement-general-des-etudes-et-des-examens.html>

Notant que les étudiant-e-s sont sensibilisé-e-s aux questions d'intégrité intellectuelle durant leur parcours académique et que le site web de l'UCLouvain met à disposition des ressources spécifiques sur le sujet : <https://uclouvain.be/fr/etudier/lutter-contre-le-plagiat.html>

Je déclare sur l'honneur que ce travail de fin d'étude a été écrit et dessiné de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (dessins, maquettes, idées, phrases, graphes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur.

Notant qu'un travail universitaire est le fait d'une production personnelle, réflexive et critique, je déclare en outre avoir fait l'usage suivant des outils d'intelligence artificielle de type agent conversationnel et/ou de production graphique :

	Oui	Non
J'ai utilisé l'IA		X
J'ai utilisé l'IA pour produire/retravailler des images, auquel cas une mention explicite est indiquée en légende desdites images ;		X
J'ai utilisé l'IA pour retravailler/traduire mon texte, auquel cas une mention explicite est indiquée en préambule ;	X	
J'ai utilisé l'IA pour récolter/compiler des données, auquel cas une mention explicite des requêtes formulées et des réponses reçues de l'IA est indiquée dans la section présentant la méthode de recherche ;		X
J'ai utilisé l'IA pour synthétiser/analyser de l'information, auquel cas la réponse produite par l'IA est utilisée comme source secondaire faisant l'objet d'une analyse critique personnelle explicite, impliquant que je reconnais comme miens les éléments présentés dans le travail et prends toute responsabilité à leur égard.		X

Fait à Uccle

Le 05/05/2025

Signature de l'étudiant-e



Master en architecture à finalité spécialisée
TFE « *En et Sur L'architecture* ».

Dimension «Héritages»

Dossier de recherche théorique

L'architecture comme soutien pour bien vieillir

Entre valeur patrimoniale et changement sociétal, quel est le
devenir des lieux d'accueil pour nos personnes âgées ?

Cas d'étude Le Grand Hospice Pachéco de Bruxelles

Quynh Céline NGUYEN

Experte

Myriam LELEU

Co-promoteurs

Christophe GILLIS

David VANDENBROUCKE

Cécile MAIRY

Année académique

2024 - 2025

RÉSUMÉ

Ce mémoire s'inscrit dans un contexte du vieillissement progressif de la population et des transformations sociétales qu'il entraîne, en questionnant le rôle que peut jouer l'architecture dans l'accompagnement de cette transition. Alors que les réponses institutionnelles traditionnelles ne suffisent plus à refléter la diversité des parcours et des besoins des personnes âgées, ce travail interroge la manière dont les lieux de vies peuvent évoluer pour soutenir l'autonomie, le lien social et le sentiment d'utilité. La recherche s'articule autour de trois axes : une compréhension du vieillissement dans ses dimensions multiples biologiques, sociales et fonctionnelles ; une analyse des choix résidentiels et des attentes des aînés ; et enfin une étude des typologies d'habitat pour les personnes âgées de l'habitat individuel à l'établissement médicalisé, en passant par les formes intermédiaires : l'habitat partagé, groupé et les résidences. Le travail se conclut par la mise en pratique des éléments théoriques à travers un projet sur le cas d'étude du Grand Hospice Pachéco à Bruxelles, ancienne maison de repos.

REMERCIEMENT

Je tiens à remercier toute les personnes qui m'ont soutenue et accompagnée tout au long de ce travail.

Je souhaite tout d'abord remercier mon experte, Myriam Leleu, pour avoir accepté de me guider dans ce travail. Sa disponibilité et ses conseils inhérents à la problématique de recherche, m'ont été d'une aide précieuse dans l'élaboration de ce mémoire.

À mes enseignants et co-promoteurs, Christophe Gillis, David Vandenbroucke et Cécile Mairy, pour leurs suivis réguliers, leurs encadrements et leurs retours qui m'ont permis de progresser et d'approfondir mon projet.

À mes amis, pour leur présence et tous ses beaux moments de partage, sans qui ces six années d'étude n'auraient pas eu la même saveur.

Enfin, un tout grand merci, à ma famille et à mon copain, d'avoir toujours cru en moi et pour leur soutien sans faille, en particulier durant les périodes les plus difficiles.

Table des matières

PRÉFACE	13
INTRODUCTION	17
ETAT DE L'ART	19
MÉTHODOLOGIE	21

PARTIE I : RECHERCHES

CHAPITRE 1 LA PERSONNE ÂGÉE : Caractéristique du vieillissement d'une personne

1 Le vieillissement démographique	23
2 Le vieillissement biologique	27
2.1. La dépendance et la perte d'autonomie	31
3 Le vieillissement cognitif, psychologique et social	33
3.1. La solitude et l'isolement	35
4 Le vieillissement fonctionnel	37
4.1. L'accessibilité et la mobilité	37
4.2. Support de soin et d'accompagnement	39
5 Enseignement	43

CHAPITRE 2 ÉVOLUTION DES LIEUX D'ACCUEIL DE LA PERSONNE ÂGÉE

1 Évolution de la prise en charge de la vieillesse en Belgique	45
1.1. L'hospice, la genèse d'une proposition d'assistance à la vieillesse	45
1.2. Le XIX ^e siècle, de la charité à la prise en charge de l'État	47
1.3. Le XX ^e siècle, de l'hospice à la maison de repos	50
1.4. La place des enfants dans la prise en charge de la vieillesse, de la solidarité familiale	53
2 Vieillir chez soi ou ailleurs ?	55
2.1 La volonté de vieillir chez soi	55

2.2. La volonté de vieillir en lien avec les autres	57
2.3. La volonté de vieillir en partageant une structure de vie	59
2.4. La nécessité de vieillir en connexion avec des supports de soin	61
3 Enseignement	63
 CHAPITRE 3 STRUCTURE ARCHITECTURALE ET ENJEUX QUALITATIF :	
Concevoir un logement adapté aux personnes âgées	
1 Les différents typologies de lieux de vie pour les personnes âgées	67
1.1. L'habitat individuel	67
1.2. L'habitat partagé	69
1.3. L'habitat groupé	73
1.4. Les résidences-services	75
1.5. Les centres d'accueil	77
1.6. Les établissements médicalisés	79
2 Les caractéristiques architecturales au service du bien vieillir	83
2.1. Les caractéristiques favorisant le soutien fonctionnel	83
2.3. Les caractéristique favorisant le soutien social	85
2.4. Les caractéristique favorisant le soutien d'identification	89
3 Enseignement	91
 CONCLUSION	93
 PARTIE II : CAS D'ÉTUDE	
CHAPITRE 1 ÉTUDE DU GRAND HOSPICE PACHÉCO	
1 Analyse historique et contextuelle	97
2 Analyse architecturale et patrimoniale	101
 CHAPITRE 2 PROPOSITION DE PROJET	
1 Démarche conceptuelle	109
1.1. Analyse programmatique	109
1.2. Intervention constructive	111

PRÉFACE

Mon intérêt pour le sujet du vieillissement s’est construit au fil du temps, à travers des expériences personnelles marquantes. Tout d’abord, en voyant mes grands-parents, puis mes parents, vieillir sous mes yeux et perdre peu à peu la vivacité qui les caractérisait. Cette évolution, à la fois naturelle et douloureuse, m’a confrontée à un sentiment d’impuissance et m’a poussée à m’interroger : dans quels espaces vieillirons-nous demain ? Et comment, en tant qu’architecte, puis-je contribuer à améliorer la qualité de vie de ceux que j’aime ?

C’est à l’occasion du cours de projet d’architecture Master 1, centré sur la thématique du *Care*, que cette réflexion s’est concrétisée. Ce travail m’a amenée à questionner notre manière de concevoir les espaces, en mettant au centre les besoins des plus vulnérables. J’y ai découvert que l’architecture ne se résume pas uniquement à une réponse esthétique ou fonctionnelle. Elle peut être un véritable moyen de prendre soin, d’accompagner, de soutenir et de valoriser nos aînés.

Cette première approche du sujet a nourri ma curiosité et renforcé mon intérêt pour le sujet. C’est ainsi qu’a émergé la question qui est au cœur de ce travail de mémoire : « L’architecture comme soutien pour bien vieillir – entre valeur patrimoniale et changement sociétal, quel est le devenir des lieux d’accueil pour nos personnes âgées ? »

Note préalable :

Comme attesté précédemment dans la déclaration de déontologie, au cours de la rédaction de travail, certaines formulations de phrases ont été retravaillées par l’intelligence artificielle (IA).

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population, longtemps perçu comme un horizon lointain, a pris de plus en plus d'ampleur ces dernières années. En Belgique comme partout ailleurs, l'allongement de l'espérance de vie, combiné à la baisse de la natalité, transforme en profondeur la structure démographique et questionne les modèles traditionnels de prise en charge des personnes âgées. Ces évolutions s'accompagnent de bouleversements multiples : biologiques, sociaux, cognitifs et fonctionnels, qui redéfinissent les besoins des personnes âgées.

Dans ce contexte, la question des lieux de vie des aînés devient centrale. Alors que les structures médicalisées représentaient autrefois l'unique réponse à la dépendance, de nouveaux modèles émergent, traduisant une volonté croissante de vieillir autrement : chez soi, en lien avec les autres, dans des structures partagées ou connectées à des dispositifs de soins. Cette pluralité des aspirations, conjuguée à l'hétérogénéité des besoins liés au vieillissement, appelle à repenser en profondeur les formes d'habitat des aînés.

Ce travail de mémoire essayera de répondre à cette problématique à travers la question : « L'architecture comme soutien pour bien vieillir : entre valeur patrimoniale et changement sociétal, quel est le devenir des lieux d'accueil pour nos personnes âgées ? ». Pour y répondre, ce travail s'est déroulé en quatre temps.

Le premier chapitre proposera une lecture transversale du vieillissement, à travers ses dimensions démographiques, biologiques, sociales et fonctionnelles, afin de mieux comprendre la diversité des parcours et des besoins associés à l'avancée en âge.

Ensuite, le deuxième chapitre se penchera sur les choix résidentiels des personnes âgées et sur les dynamiques de soutien qui en découlent.

Le troisième chapitre sera consacré à l'analyse des différentes typologies d'habitat et aux caractéristiques architecturales qui permettent de soutenir ces différents besoins et aspirations.

Enfin, cette réflexion sera mise en pratique à travers le cas d'étude du Grand Hospice Pachéco de Bruxelles. Ancien hospice et maison de repos, il est un bon exemple pour explorer de quelle façon un lieu patrimonial peut être réinventé à la lumière des nouveaux besoins des aînés.

ÉTAT DE L'ART

Depuis les années 60, de nombreuses recherches ont été consacrées à la question du vieillissement des personnes âgées. Ce sujet, loin d'être récent, a pris plus d'ampleur ces dernières années en raison du vieillissement de la population et a ainsi fait l'objet d'une large documentation. Parmi cette multitude de sources, les apports de Jean-Claude Henrard en 2002¹ et de Juliette Rennes en 2019² ont été particulièrement pertinents. Leurs recherches ont contribué à affiner la compréhension des différentes notions autour du vieillissement et de la vieillesse.

Ensuite, les écrits de Sophie Richelle en 2019³ et d'Iris Loffeier en 2017⁴, complétés par ceux d'Erving Goffman en 1979⁵, ont permis de retracer le cadre historique et social ayant conduit à l'évolution des lieux d'accueil pour les personnes âgées.

Les besoins et les désirs des personnes âgées ont, quant à eux, été largement discutés à travers les études de Vincent Caradec (2010)⁶ portant sur les trajectoires résidentielles, celles de Christian Van Rompaey (2003)⁷ sur la solitude et le vieillissement, ainsi que les études réalisées par la Fondation Roi Baudouin sur les thématiques liées au vieillissement.

Enfin, pour ce qui est de la question de ces lieux d'accueil, Olivier Masson et Damien Vanneste ont permis d'explorer la question des typologies, grâce à leur inventaire sur les formes d'habitat qui soutiennent l'indépendance et l'autonomie.⁸

1 Jean-Claude HENRARD (2002), *Les multiples facettes du vieillissement*, In : santé, société et solidarité n°2

2 Juliette RENNES (2019), *Âge biologique versus âge social : une distinction problématique*, Genèse n°117

3 Sophie RICHELLE (2019), *Une histoire sensible de la vieillesse : Bruxelles, 1830-1914*, Presses universitaires de Rennes

4 Iris LOFFEIER, Sophie RICHELLE (2017), *Expérience de la vieillesse en établissement à deux siècles d'intervalle : l'humanisation en question*, Genèse n°106

5 Erving GOFFMAN (trad. Liliane et Claude Lainé) (1979), *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Les Éditions de Minuit

6 Vincent CARADEC (2010), *les comportements résidentiels des retraités*, PUCA

7 Christian VAN ROMPAEY (2003), *Solitude et vieillissement*, journal « en marche »

8 Oliver MASSON, Damien VANNESTE (2015), *Habitat et vieillissement. Inventaire des formes de logements qui supportent l'interdépendance et l'autonomie des seniors*, UCL

MÉTHODOLOGIE

La recherche menée autour de la thématique « L'architecture comme soutien pour bien vieillir – entre valeur patrimoniale et changement sociétal, quel est le devenir des lieux d'accueil pour nos personnes âgées ? » s'est déroulée en plusieurs étapes.

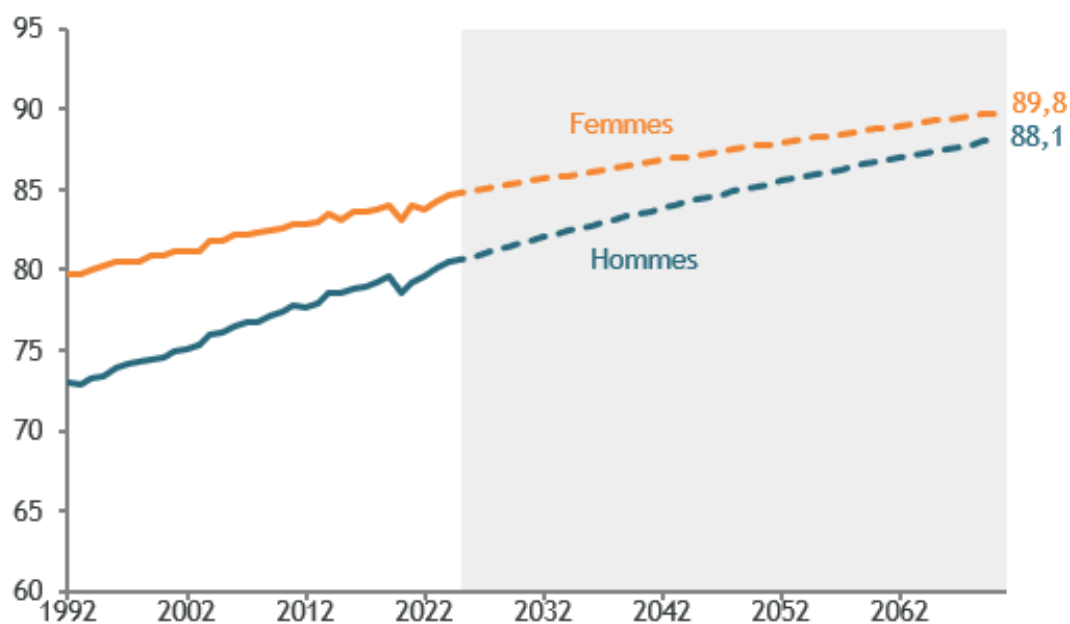
Tout d'abord, elle a débuté par une collecte de données générales dans des ouvrages de référence et des articles en ligne. Les différentes lectures m'ont permis d'approfondir mes connaissances sur les personnes âgées et l'évolution de leur prise en charge au fil du temps. Elles ont contribué à mettre en lumière leurs besoins et leurs attentes quant aux formes d'habitat adaptées à leur avenir.

Par la suite, la recherche s'est concentrée sur l'identification des différentes typologies de structures d'accueil pour les personnes âgées à travers des études de cas, des ouvrages et des articles – notamment ceux d'Olivier Masson et Damien Vanneste « Habitat et vieillissement, Inventaire des formes de logements qui supportent l'interdépendance et l'autonomie » –, grâce auxquels j'ai pu dresser un inventaire des modèles d'habitat existant actuellement. Parallèlement, l'analyse de ces typologies en regard avec les approches théoriques a permis de relever les enjeux qualitatifs liés à la conception architecturale des lieux d'accueil pour personnes âgées.

Pour finir, ces différents enjeux qualitatifs ont été expérimentés au sein d'un projet d'architecture sur le cas d'étude Grand Hospice Pachéco de Bruxelles. Ce site, autrefois hospice, puis maison de repos, aujourd'hui désaffecté et occupé temporairement par l'association Pali-Pali, constitue un potentiel considérable et très intéressant pour aborder la question du devenir des lieux d'accueil pour les personnes âgées. L'objectif de cette dernière phase est de confronter les apports théoriques à la réalité d'un lieu concret et de tester, par le projet, la pertinence des hypothèses formulées au cours de la recherche théorique. Par là même, elle contribue également à évaluer les limites et les potentialités de la problématique générale de recherche.

Espérance de vie à la naissance

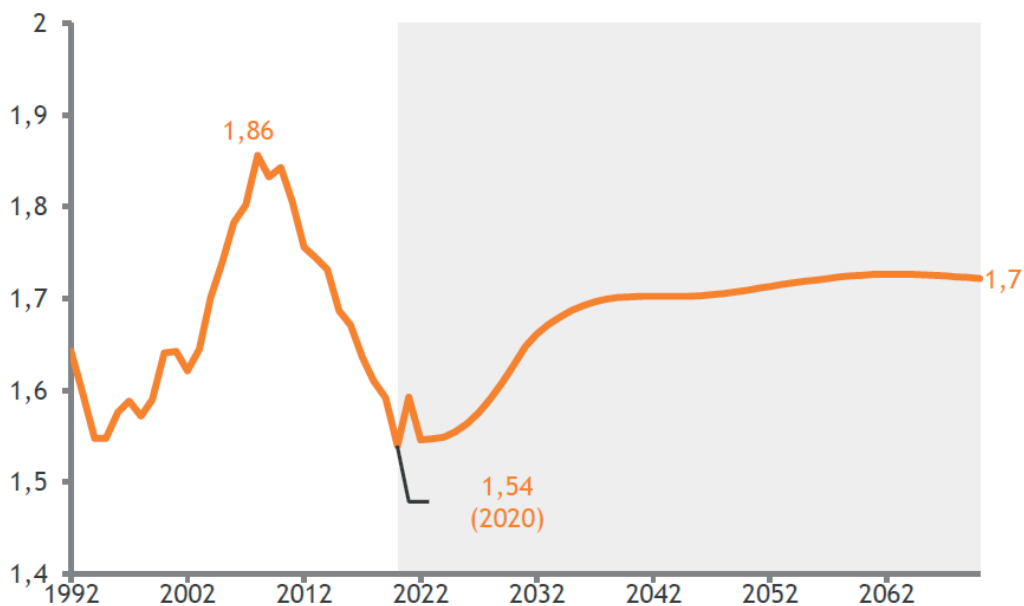
Années



Source : 1992-2023 : Statbel.

2024-2070 : Perspectives démographiques 2024-2070, BFP

Nombre moyen d'enfants par femme – Belgique



Source : Registre national, Statbel, BFP, Perspectives démographiques 2021-2070

Fig. 1-2

Vieillesse démographique

Stabel (2024), *À partir de la fin des années 2040, la croissance de la population reste positive seulement en Région flamande*

CHAPITRE 1

LA PERSONNE ÂGÉE :

Caractéristique du vieillissement d'une personne

Comme tout être vivant, l'être humain naît, grandit, atteint sa maturité, vieillit, puis meurt. La vieillesse constitue donc une étape naturelle et inévitable de la vie. Mais comment peut-on définir cette étape ? Quelles réalités recouvre-t-elle ?

Ce chapitre propose d'explorer les différentes caractéristiques du vieillissement d'une personne âgée, non seulement dans sa dimension démographique, mais également sous ses aspects biologiques, psychologiques, sociaux et fonctionnels. Cette approche transversale permettra de mieux cerner les problèmes liés au vieillissement d'une personne et, de ce fait, les besoins spécifiques qui émergent avec l'avancée en âge.

1 Le vieillissement démographique

Le vieillissement de la population ou le vieillissement démographique désigne « l'augmentation de la proportion de personnes âgées dans une population, en raison de la diminution de la fécondité et de la mortalité. »⁹ Gérald-François Dumont, géographe, économiste et démographe, emploie, quant à lui, le terme de gérontocroissance.

Historiquement, ce vieillissement démographique a débuté au milieu du XX^e siècle, sous l'effet conjugué des progrès médicaux, de l'amélioration de l'hygiène et des conditions de vie. Ces avancées ont entraîné une baisse significative du taux de mortalité, notamment infantile, et par conséquent un allongement de l'espérance de vie. Ainsi, davantage de personnes atteignent un âge avancé et vivent plus longtemps. En Belgique, d'après les données de Statbel de 2023, l'espérance de vie à la naissance est passée de 75 ans en 1997 à 83 ans en 2023.

Dans le même temps, les sociétés occidentales connaissent une baisse importante du taux de fécondité. En Belgique, le nombre de naissances par femme, toujours selon les données de Statbel, s'élève à 1,54 enfant par femme en 2020. Ce chiffre est inférieur à 2,1 enfants, qui correspond au seuil de renouvellement des générations pour maintenir une population stable.

⁹ Définition de l'INED (Institut national d'études démographique)(2024), Vieillissement démographique, INED

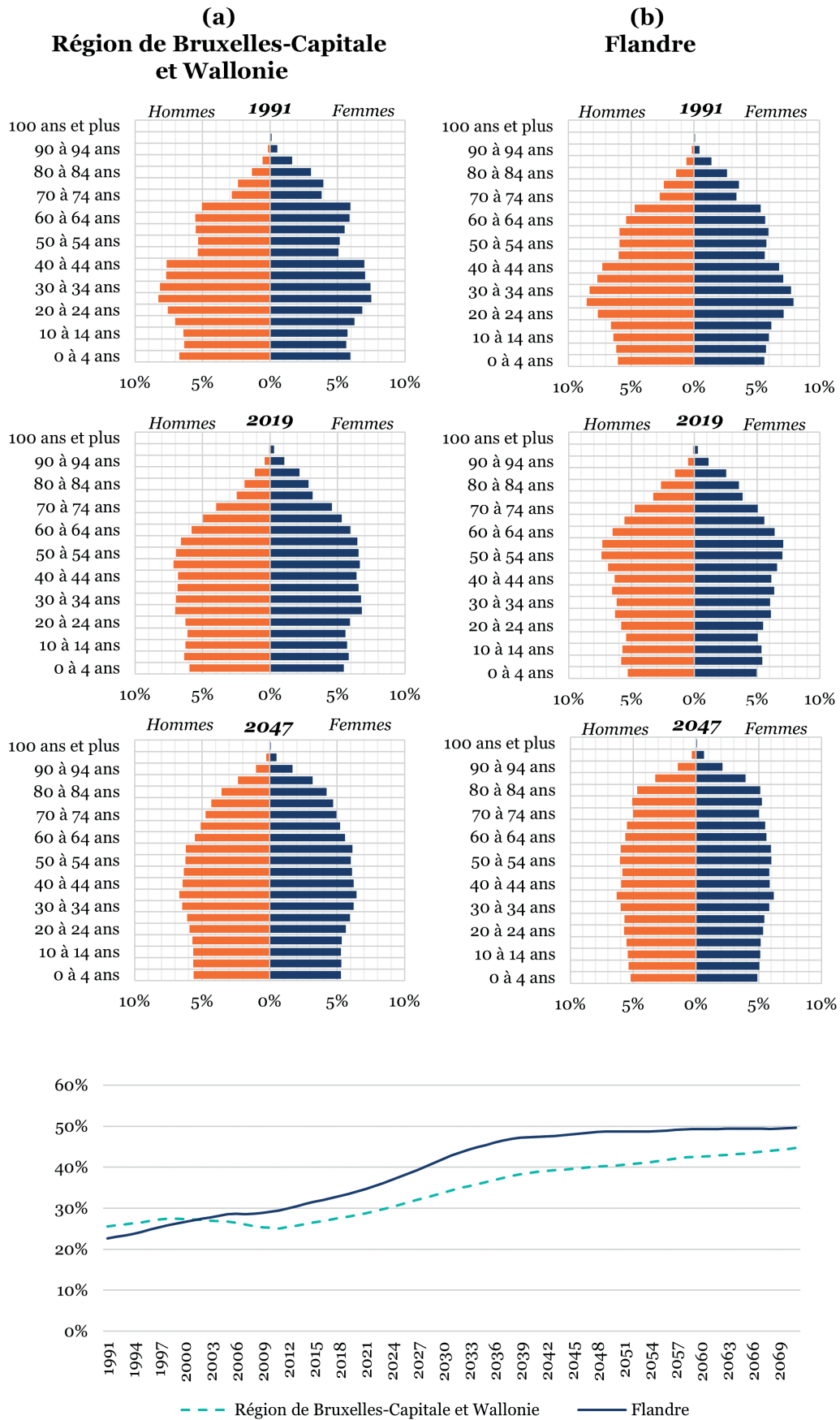


Fig. 3-4

Vieillesse démographique

Xavier FLAWINNE, Sergio PERELMAN (2021), *La vie après 50 ans*

Ces deux évolutions – baisse de la fécondité (moins de jeunes) et allongement de la durée de vie (plus de personnes âgées) – s’additionnent et entraînent une augmentation de la proportion de personnes âgées dans la population.

D’après l’OMS (Organisation mondiale de la Santé), d’ici à 2030, une personne sur six dans le monde aura 60 ans ou plus. Dans le même temps, la population âgée de 60 ans et plus passera de 1 milliard de personnes en 2020 à 1,4 milliard. En 2050, la population de personnes âgées de 60 ans et plus dans le monde aura doublé pour atteindre 2,1 milliards de personnes. Le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus devrait, pour sa part, tripler entre 2020 et 2050, jusqu’à atteindre 426 millions de personnes.¹⁰

En Belgique, on dénombre en 2023 environ 2,3 millions de 65 ans et plus. Ce nombre correspond à 20 % de la population. D’ici 2050, le Bureau Fédéral du Plan prévoit que ce taux dépassera 25 %. La pyramide des âges révèle par ailleurs une disparité régionale. On observe une part de la population âgée plus importante en Flandre qu’en Wallonie ou qu’en Région bruxelloise. Cette tendance est également visible au niveau du graphique de « ration de dépendance ». Ce ratio consiste à comparer deux populations et exprime le poids de la population âgée de 65 ans et plus par rapport à la population active (18-64 ans). Ce graphique montre une croissance plus importante en Flandre par rapport aux deux autres régions. En Flandre, le taux passerait de 33 % en 2018 à 48 % en 2047, tandis qu’en Wallonie et à Bruxelles il passerait de 28 % en 2018 à 40 % en 2047, soit une différence de 8 % à l’horizon 2047 entre la Flandre et la Fédération Wallonie-Bruxelles.¹¹

L’un des effets du vieillissement démographique est le déséquilibre intergénérationnel, avec une proportion plus élevée des personnes de plus 60 ans par rapport à la population active, c’est-à-dire en âge de travailler. De plus, les personnes sont non seulement plus nombreuses, mais elles vivent également plus longtemps, ce qui accentue les besoins en accompagnement médical et social. Face à cette situation, les gouvernements sont contraints de repenser les systèmes de retraite, de soins et de santé, ainsi que de logement pour répondre à ces enjeux.

10 OMS (2022) *Vieillesse et santé*, OMS

11 Xavier FLAWINNE, Sergio PERELMAN (2021) *La vie après 50 ans*, Presses universitaires de Liège

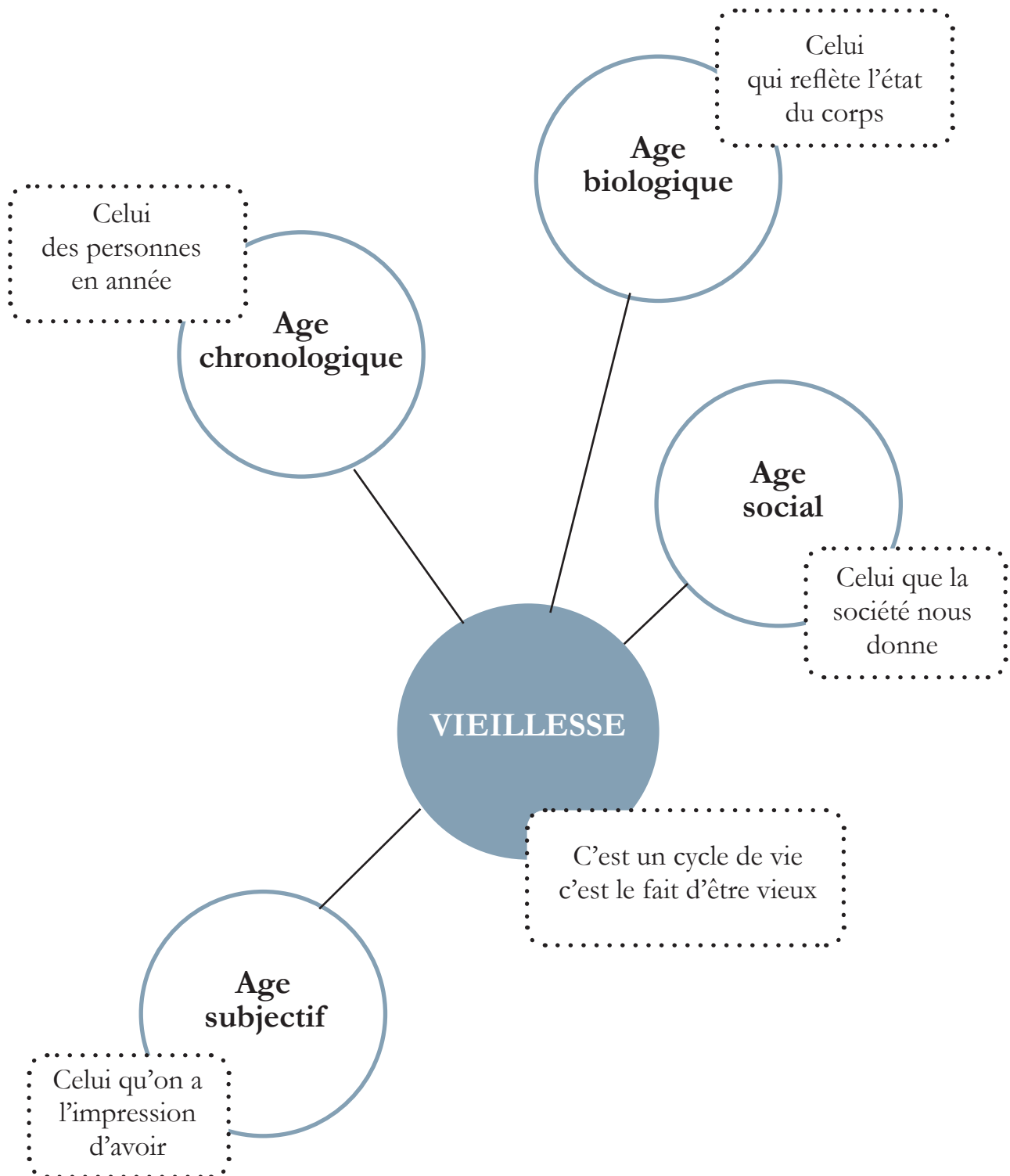


Fig. 5
Vieillesse

2 Le vieillissement biologique

Le vieillissement biologique constitue un processus universel et progressif qui affecte les cellules, les organes et les fonctions vitales de l'organisme. Pour mieux le comprendre, il convient d'abord de distinguer la notion de « vieillesse » et de « vieillissement ».

La vieillesse constitue une phase de la vie correspondant à une étape sur l'échelle des âges. C'est le fait d'être vieux. Tandis que, le vieillissement, aussi appelé sénescence, est habituellement défini comme l'ensemble des processus biologiques qui, au fur et à mesure de l'avancée en âge, rendent les individus plus sensibles aux facteurs susceptibles d'entraîner la mort.¹² C'est le fait de devenir vieux.

La vieillesse

La vieillesse est ainsi généralement associée à l'âge. Mais à quel âge devient-on vieux ? Pour y répondre, les sociologues ont mis en évidence diverses façons d'appréhender l'âge :

L'âge chronologique est l'âge qu'on utilise le plus souvent pour désigner un individu. C'est le nombre d'années (éventuellement de mois et de jours) qui le sépare de sa date de naissance.¹³ Le terme peut également signifier une période du parcours de vie : l'âge mûr, l'âge adulte, le troisième âge, ...

Ensuite, selon John Macnicol, l'âge biologique ou physiologique désigne l'état physique et cognitif mesuré à partir de tests relatifs aux capacités fonctionnelles, à la mobilité, la force, la dextérité, la densité osseuse, la santé des organes et la performance intellectuelle.¹⁴ C'est l'âge qui dépend du vieillissement biologique d'un individu.

L'âge social, quant à lui, reflète la manière dont une société situe un individu à un moment donné de sa vie. C'est l'âge que la société utilise pour assigner à l'individu des droits et des devoirs : l'âge de la majorité civile, politique, pénale et sexuelle ainsi que l'âge d'entrée ou de cessation du marché du travail.

Enfin, l'âge subjectif est celui qu'on se sent avoir « dans sa tête », qu'on se donne soi-même. Une personne peut être considérée comme vieille au regard de la société ou de son apparence physique, tout en se sentant intérieurement plus jeune.

Dans notre société, une personne est considérée comme âgée au moment où elle prend sa retraite. Cet âge varie légèrement selon les pays. En Belgique, depuis le 1er janvier 2025, l'âge légal de la retraite est de 66 ans. Il passera à 67 ans à partir du 1er janvier 2030.

12 Jean-Claude HENRARD (2002), *Les multiples facettes du vieillissement*, In : santé, société et Solidarité n°2 p.14

13 Juliette RENNES (2019), *Âge biologique versus âge social : une distinction problématique*, Genèse n°117 p. 110

14 John MACNICOL (2009) cité par Juliette RENNES (2019), *Âge biologique versus âge social : une distinction problématique*, Genèse n°117 p. 111

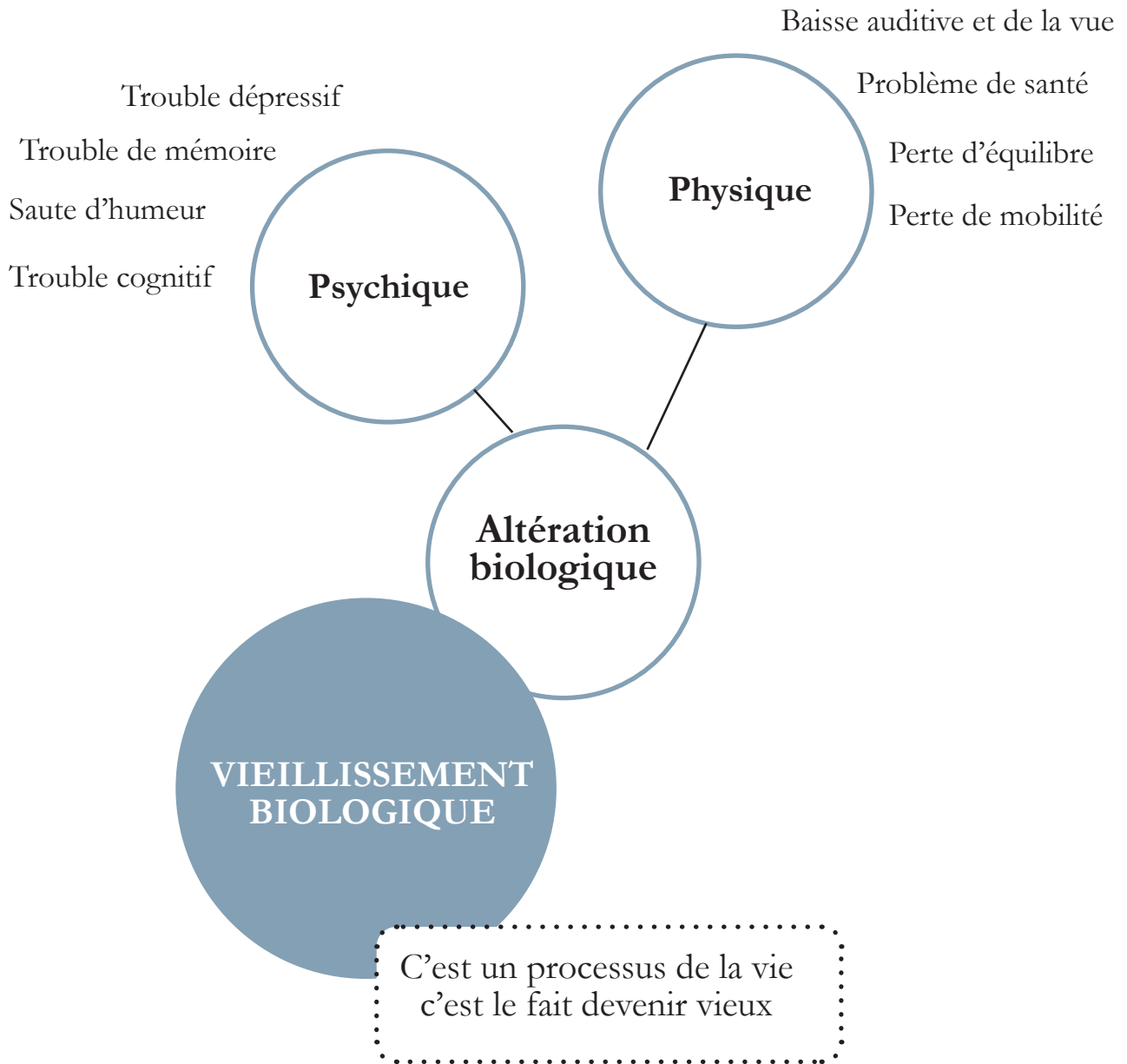


Fig. 5
Vieillessement biologique
NGUYEN Quynh (2025) *Vieillessement biologique*

Dans son rapport de 2002, l'Organisation des Nations Unies a défini 3 tranches d'âges au sein de la vieillesse. Les analyses des parcours de vies menées par le Dr. Phillippe Dutilleux en 2017 ont permis, quant à eux, de distinguer différentes étapes du vieillissement :

- Le troisième âge – les jeunes vieux (65 - 74 ans) : les capacités sont globalement préservées, l'autonomie est maintenue ;
- Le quatrième âge – les vieux-vieux (75 - 84 ans) : une certaine fragilité apparaît, nécessitant parfois un soutien ponctuel ;
- Le cinquième âge – les grands vieux (85 ans et plus) : cette étape est souvent marquée par une dépendance accrue et des soins réguliers.

Le vieillissement

Le vieillissement est, quant à lui, le résultat de l'accumulation des dégradations cellulaires et moléculaires au cours du temps. Les cellules se détériorent et perdent de leur capacité de régénération : la peau perd de sa souplesse, les os deviennent moins denses, et les organes fonctionnent moins bien. Ces transformations biologiques entraînent chez la personne âgée une diminution des capacités physiques et psychiques.

Sur le plan physique, on peut observer une réduction des capacités sensorielles (goût, ouïe, vue), des problèmes de santé tels que les maladies cardiovasculaires, cardiaques ou encore pulmonaires, ou des troubles de l'équilibre.

Sur le plan psychique, les fonctions exécutives comme la mémoire de travail, l'attention ou la vitesse de traitement de l'information peuvent connaître un déclin progressif, engendrant ainsi des troubles de mémoire ou des problèmes de coordination de mouvement. Ce ralentissement naturel peut également conduire à un vieillissement pathologique neurodégénératif comme la maladie d'Alzheimer ou la maladie de Parkinson, qui entraîne une perte de mobilité.

Par ailleurs, il est fondamental de rappeler que le vieillissement est propre à chaque individu. On parle de vieillissement différentiel. Certaines personnes peuvent être en pleine forme à 70 ans, tandis que d'autres du même âge souffrent de graves problèmes de santé. Cette différence s'explique en grande partie par des facteurs exogènes, liés au parcours de vie et à l'environnement, qui peuvent retarder ou accélérer la sénescence. Une personne ayant, par exemple, exercé toute sa vie un métier physiquement exigeant sera plus susceptible de présenter, en vieillissant, des difficultés à récupérer ses forces et à maintenir ses capacités physiques. L'usure prématurée du corps, liée à l'effort répété, le port de charges lourdes ou les postures contraignantes, peut entraîner une fragilisation de l'organisme.

À terme, ces altérations biologiques finissent par affecter profondément l'autonomie de la personne dans ses activités de la vie quotidienne, rendant plus difficiles à accomplir les gestes essentiels tels que se déplacer, se nourrir ou encore se laver. Lorsque ces limitations deviennent trop importantes, elles peuvent conduire à une situation de dépendance.

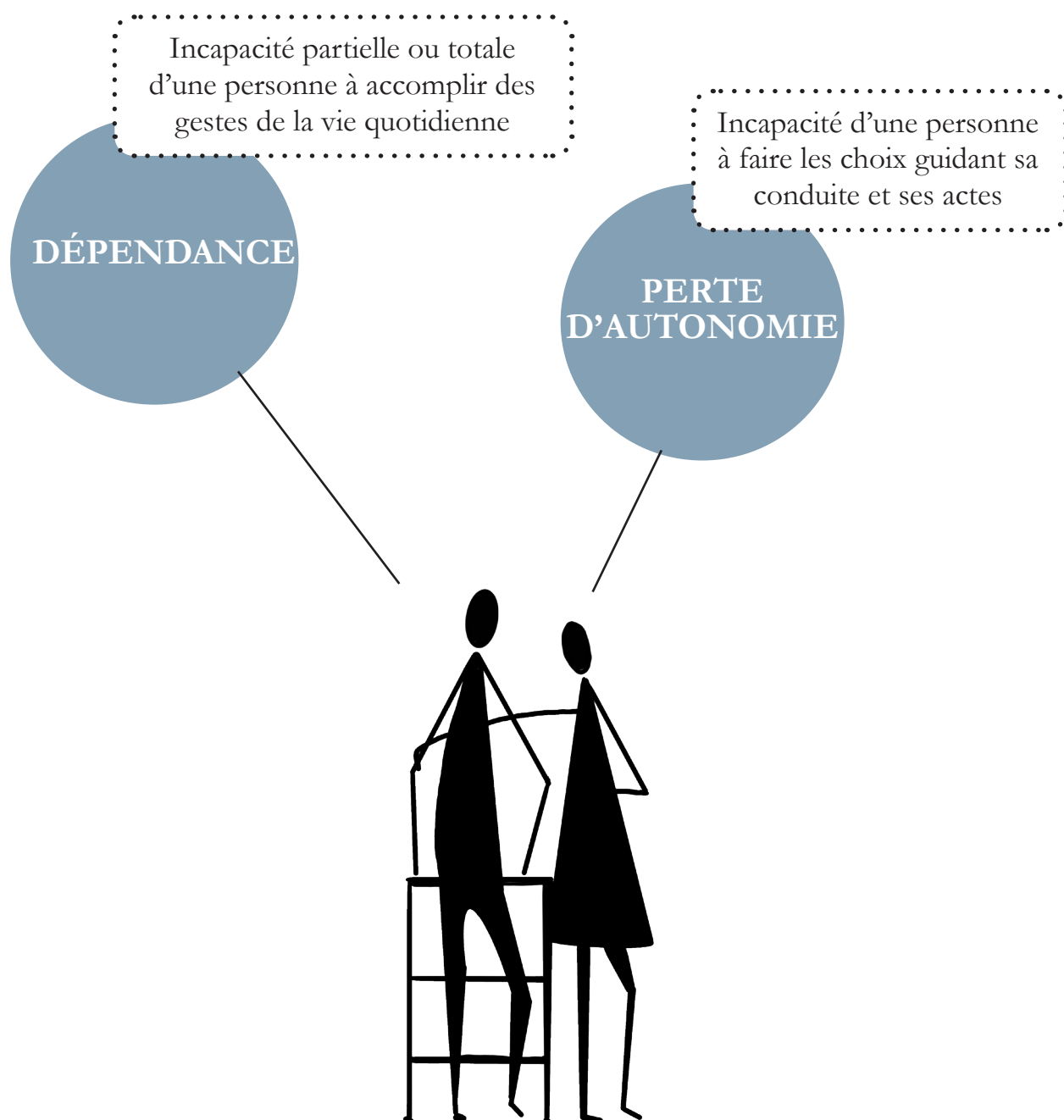


Fig. 6

Dépendance et autonomie

NGUYEN Quynh (2025) *Dépendance et autonomie*

2.1. La dépendance et la perte d'autonomie

La perte d'autonomie et la dépendance sont deux expressions distinctes :

La perte d'autonomie désigne l'incapacité d'une personne à faire les choix guidant sa conduite et ses actes, ainsi qu'à évaluer les risques liés à une situation. C'est donc la liberté de décider pour soi qui, ici, n'existe plus.¹⁵ Par conséquent, elle concerne le libre arbitre et la capacité à évaluer les risques ou faire des choix éclairés.

La dépendance, en revanche, désigne l'incapacité partielle ou totale d'une personne à accomplir des gestes de la vie quotidienne comme s'habiller, manger, se laver, se déplacer, préparer un repas ou faire la lessive. Elle implique souvent l'aide d'un tiers pour effectuer ces actes essentiels, ainsi qu'une surveillance constante.

Ainsi, la perte d'autonomie fait référence à la prise de décision et au libre arbitre de l'individu, tandis que la dépendance renvoie à sa capacité de réaliser une action. Cependant, ces deux notions ne sont pas opposées. Au contraire, elles sont plutôt complémentaires. En effet, la perte d'autonomie d'une personne a un impact sur la dépendance de celle-ci. Plus la perte d'autonomie sera importante, plus la dépendance de la personne sera élevée.

La dépendance affecte profondément la vie d'une personne âgée, tant sur le plan pratique que psychologique. Elle limite la liberté d'action, engendre un besoin d'aménagement dans le logement et peut-être une source de vulnérabilité, voire de souffrance émotionnelle. L'identification du degré de dépendance est essentielle pour permettre de mieux adapter les soins, l'environnement et les aides nécessaires.

En Belgique, l'échelle de Katz est souvent utilisée pour évaluer le niveau de dépendance d'une personne âgée et à déterminer les types de soins nécessaires : assistance quotidienne ou occasionnelle, ou encore soins infirmiers. Elle est utilisée pour orienter les soins dans les maisons de repos – et de soins – mais également pour déterminer l'éligibilité aux aides financières comme l'APA (Allocation pour l'Aide aux Personnes Âgées)

L'échelle se présente sous forme d'un questionnaire qui évalue leurs capacités dans 6 domaines de la vie quotidienne :

- Se laver ;
- S'habiller ;
- Se transférer et se déplacer ;
- Aller à la toilette ;
- La continence (contrôle des fonctions urinaires et fécales) ;
- Manger.

Pour chaque activité, le patient reçoit une note allant d'un point (entièrement autonome) à quatre points (entièrement dépendant)

¹⁵ Philippe DEHAN (1997), *L'habitat des personnes âgées : du logement adapté aux établissements spécialisés*, Le Moniteur p.20

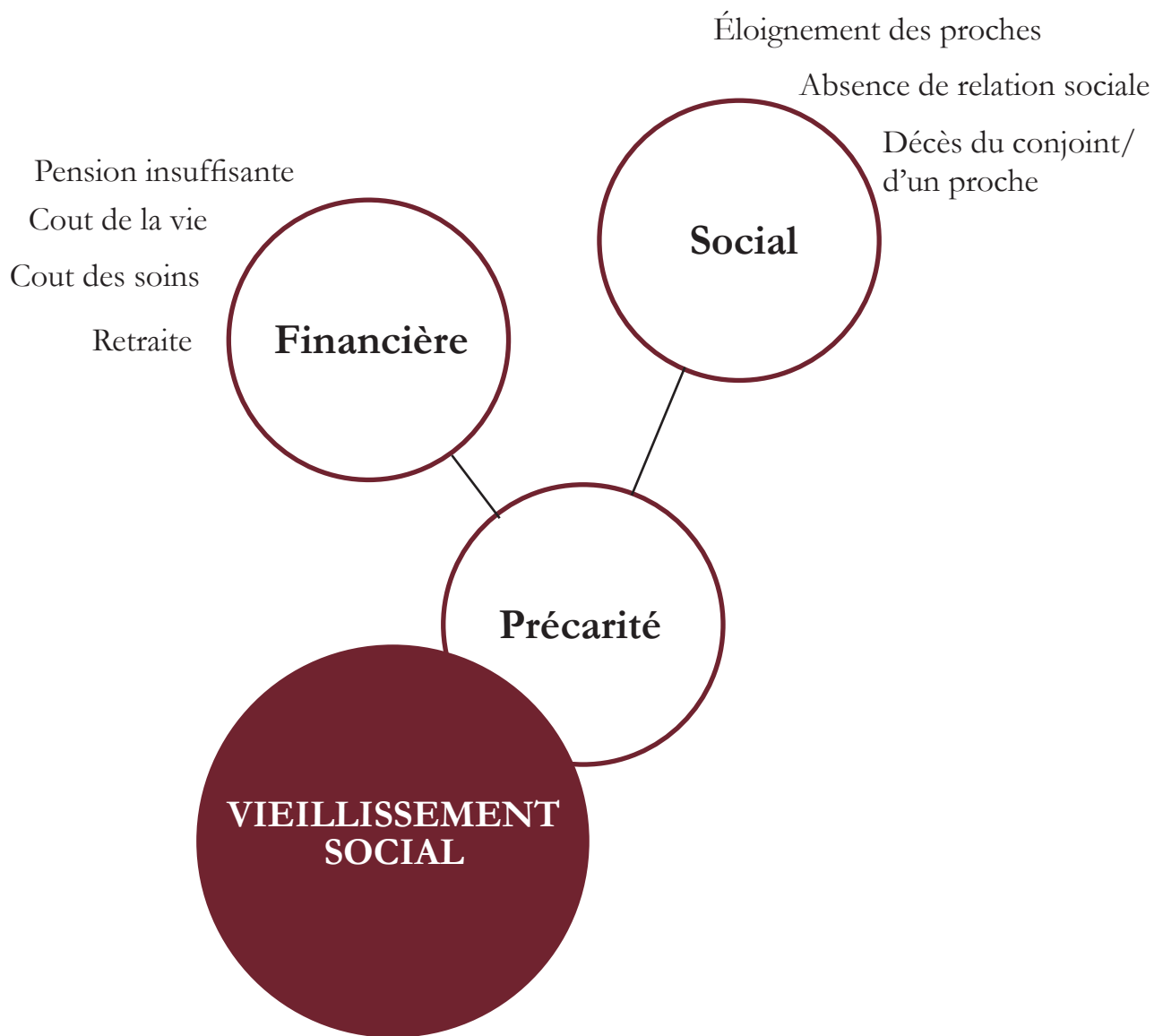


Fig. 7

Vieillesse sociale

NGUYEN Quynh (2025) *Vieillesse cognitive, sociale et psychologique*

Néanmoins, l'échelle de Katz n'est pas complète car elle ne prend pas en compte : les aspects psychologiques ou émotionnels tels que l'anxiété ou la dépression, ainsi que les activités complexes comme les gestions des finances ou encore les courses. Pour se faire une meilleure idée de l'état de dépendance d'une personne âgée, il faut utiliser des outils complémentaires. Par exemple, l'échelle de Lawton évalue la capacité d'une personne à effectuer des activités instrumentales de la vie quotidienne : utiliser le téléphone, faire des achats, préparer un repas, faire les tâches ménagères, faire la lessive, se déplacer autrement qu'en marchant, prendre des médicaments ou gérer son argent.

3 Le vieillissement cognitif, social et psychologique

Le vieillissement ne se limite pas à des transformations physiques : il s'accompagne également de modifications profondes sur le plan cognitif, social et par conséquent psychologique. Ces dimensions interagissent entre elles et impactent directement le bien-être, l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées.

Premièrement, comme cité précédemment, le vieillissement entraîne un déclin cognitif caractérisé par une diminution avec l'âge des capacités mentales. Le ralentissement de la vitesse de traitement des informations et de la capacité de concentration entraîne des difficultés à effectuer des gestes, résoudre des problèmes ou réaliser plusieurs tâches simultanément. La mémoire s'altère également, ce qui entraîne des difficultés à trouver les mots exacts, à retenir de nouvelles choses ou encore à se souvenir.

Sur le plan social, le vieillissement se caractérise par des changements dans la place, le rôle et les relations sociales d'une personne : perte du rôle professionnel au moment de la retraite, du rôle parental au départ des enfants et du rôle conjugal au décès du conjoint.

Ces changements liés à l'avancée en âge peuvent, pour certaines personnes, être vécus de manière positive, comme une forme de liberté retrouvée. La retraite, par exemple, peut être perçue comme un moment de reconversion, d'engagement dans de nouvelles activités et dans des rôles socialement valorisés, comme ceux de grand-parent ou de bénévole. Elle représente également une période durant laquelle il devient possible de faire ce que l'on n'a pas eu le temps de réaliser auparavant.¹⁶

Pour d'autres, en revanche, cette transition peut s'avérer difficile à traverser. Le départ de la vie active, la perte des repères sociaux ainsi que le retrait des rôles identitaires valorisés, peuvent engendrer un déséquilibre psychologique. À cela s'ajoute la transformation progressive du corps, accompagnée du ralentissement des capacités physiques et cognitives. Ces changements peuvent altérer la perception de soi, voire, s'ils sont combinés, susciter chez la personne âgée un sentiment de vide, d'inutilité ou de dévalorisation. La capacité à faire face à ces transitions dépend en grande partie du soutien affectif reçu, des ressources psychologiques des personnes (estime de soi) mais aussi de l'environnement social. En l'absence de ces relations significatives et de soutien stable, la personne âgée peut progressivement se replier sur elle, réduisant ses interactions et favorisant ainsi l'apparition de situations d'isolement social ou d'un profond sentiment de solitude.

16 Vincent CARADEC (2009), *L'expérience sociale du vieillissement*, Armand Colin p.39

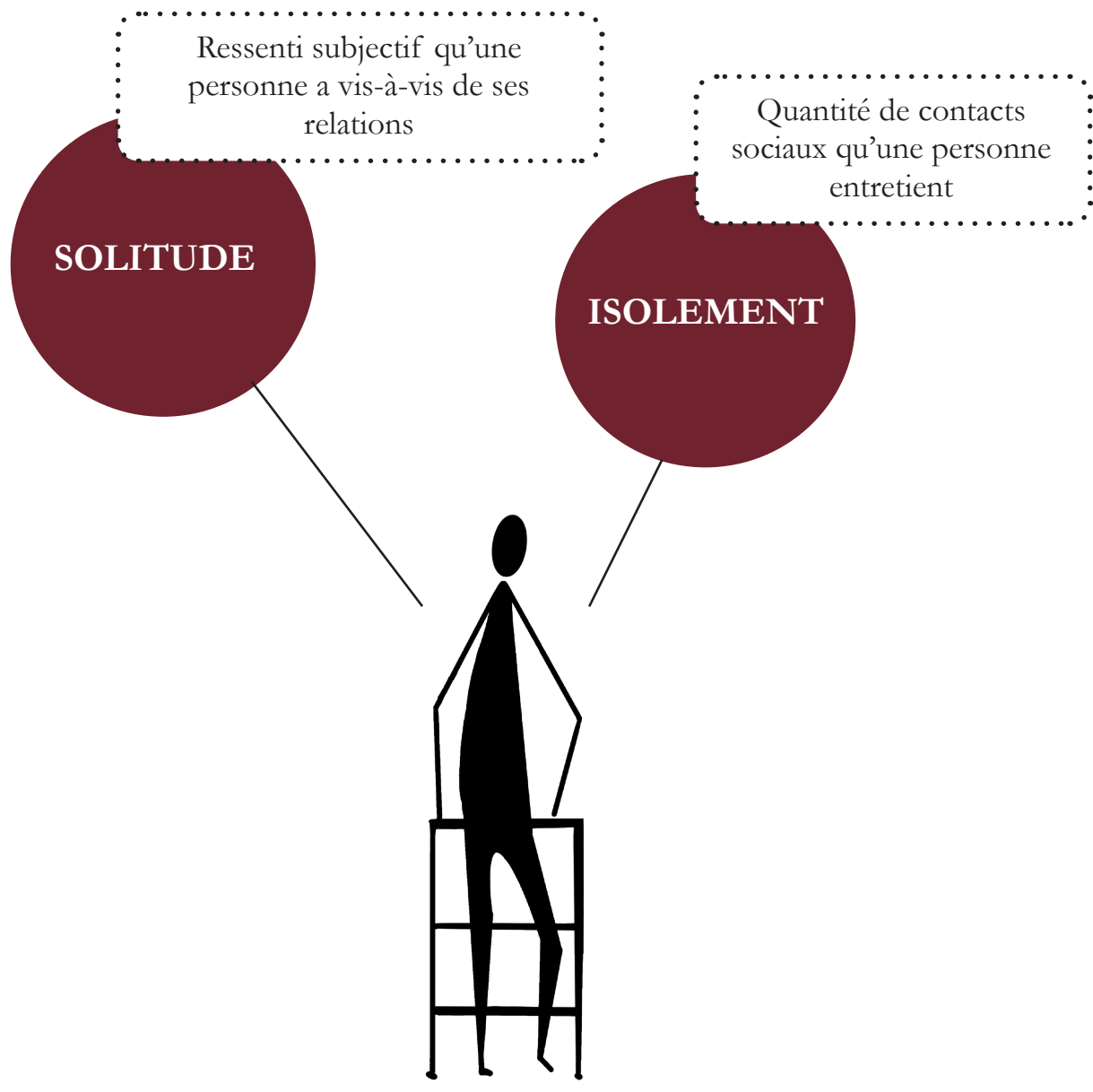


Fig. 8
Solitude et isolement
NGUYEN Quynh (2025) *Solitude et isolement*,

3.1. La solitude et l'isolement

La solitude et l'isolement social comptent parmi les effets marquants du vieillissement. Bien que ces notions soient souvent assimilées l'une à l'autre, il est essentiel de savoir les différencier, car elles renvoient à des réalités différentes. En effet, une personne peut éprouver une profonde solitude même en étant entourée et, inversement, une personne peut être seule sans pour autant ressentir un sentiment de solitude.

L'isolement social est un concept objectif, défini par la quantité de contacts sociaux qu'une personne entretient dans sa vie quotidienne. On parle d'isolement social lorsqu'une personne a moins ou pas de contacts avec les autres. Chez les personnes âgées, cette situation est souvent accentuée par la perte d'un proche, l'éloignement familial, ou encore la diminution des capacités physiques et psychiques qui restreignent progressivement les interactions sociales.

La solitude est un ressenti subjectif lié au manque désagréable ou intolérable de (qualité) certaines relations.¹⁷ Elle ne dépend pas seulement du nombre ou de la fréquence des interactions, mais surtout de la satisfaction qu'on éprouve vis-à-vis de cette relation. Une personne entourée de nombreux contacts superficiels peut éprouver une plus grande solitude qu'une autre personne ayant une seule relation, mais jugée riche et significative.

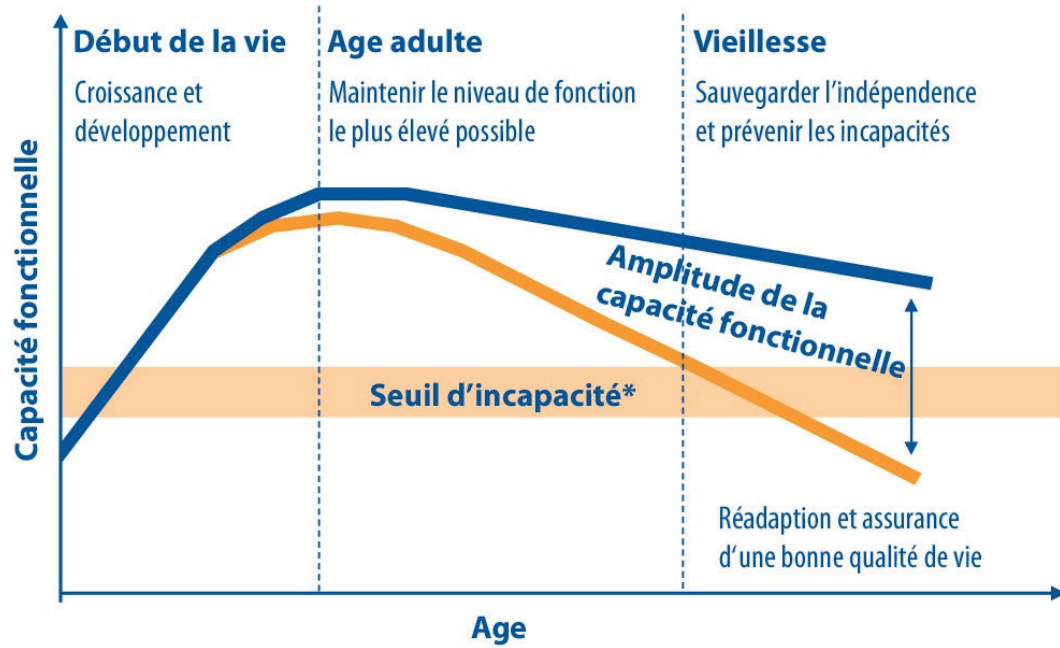
Bien que le sentiment de solitude ne soit pas toujours directement lié à l'isolement social, il est tout de même plus courant chez les personnes socialement isolées, et s'accroît avec l'âge.

Par ailleurs, l'isolement social et la solitude peuvent également être renforcés par la précarité financière. Avec l'arrivée à la retraite, de nombreuses personnes voient leur revenu diminuer de manière significative. Cette baisse de revenus peut entraîner une série de restrictions qui, combinées, fragilisent les liens sociaux. D'abord, la précarité limite l'accès à la mobilité. Un revenu trop faible ne permet pas de financer un véhicule personnel, ni même des déplacements en transport en commun, ce qui complique la participation à des activités extérieures, les visites aux proches, ou encore les rendez-vous médicaux. Ensuite, les ressources limitées conduisent souvent à renoncer à toutes formes de vie sociale. Les coûts des inscriptions à des clubs, les frais de participation à des ateliers, ou même une simple sortie pour prendre un café peuvent freiner la personne âgée, la privant ainsi d'occasion de créer du lien, d'échanger et de se sentir utile à la communauté. Enfin, les équipements informatiques (tablette, ordinateur) ou l'abonnement à internet représentent des dépenses difficilement soutenables pour les retraités modestes. Cette inaccessibilité aux technologies numériques les prive non seulement des outils de communication modernes pour garder contact avec leur famille éloignée, mais aussi de l'accès à des services essentiels, qui, pour la plupart, sont aujourd'hui digitalisés, comme les démarches administratives et les consultations médicales en ligne.

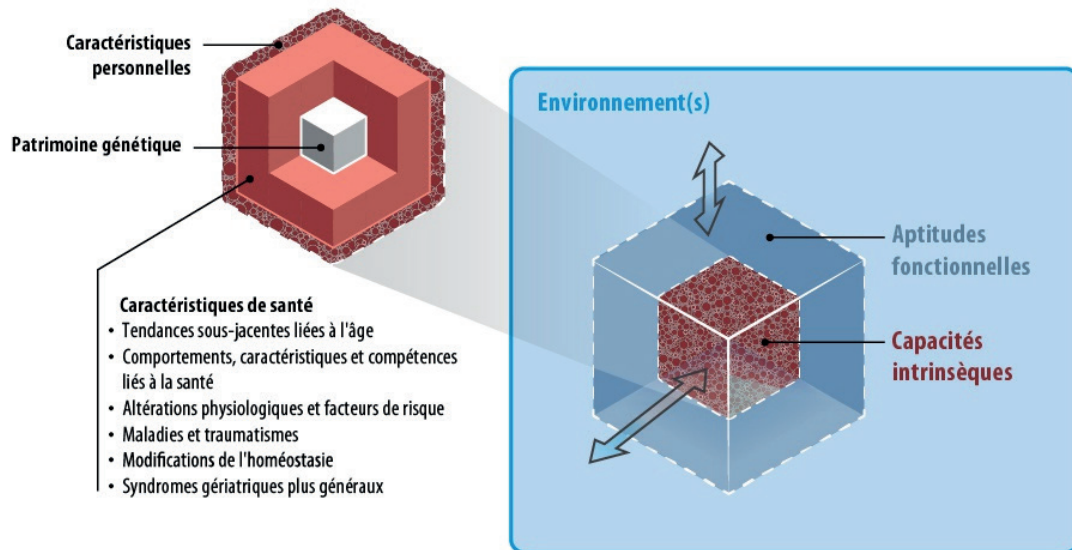
Selon une enquête réalisée en 2020 par la Fondation Roi Baudouin sur 2000 personnes âgées de 65 ans et plus, on constate que les catégories de 75 ans sont davantage touchées par la solitude. Près d'un quart des 75-79 ans se sentent seuls plusieurs fois par semaine (17%, contre 8% en 2017), voire chaque jour (6%, contre 3% en 2017). 36% se sentent seuls de temps en temps, tandis que le nombre de personnes qui n'éprouvent jamais de solitude passe sous la moitié (44%, contre 63% en 2017).¹⁸

17 DE JONG GIERVELD (1984) cité par VANDENBROUCKE Sylvia et coll. (2012) *Vieillir mais pas tout seul. Une enquête sur la solitude et l'isolement social des personnes âgées en Belgique*, Fondation Roi Baudouin p.13

18 Cathy VERBYST (2021), Les seniors sont heureux, mais le sentiment augmente chez les plus de 75 ans, Fondation Roi Baudouin



Source: Kalache et Kickbusch, 1997/OMS, 2002



OMS, *Vieillir en bonne santé*, 2016

Fig. 9 - 10

Vieillessement fonctionnel

Thibault MOULAERT (2018) *Les habits neufs du « vieillissement en bonne santé » : activité et environnement*

Certaines recherches scientifiques ont démontré la corrélation entre l'isolement social et la solitude et le niveau de santé. Une étude de l'université de York, réalisée en 2016 sur 180 000 cas, révélait que l'isolement social augmente de 29% le risque de crise cardiaque et de 32% celui d'accident vasculaire cérébral (AVC). Une étude américaine de l'université de Chicago, conduite en 2014, montrait que le sentiment de solitude favorise les risques de dépression.¹⁹ En 2018, une étude menée par l'Université de Floride, portant sur 12 000 patients suivis durant dix ans, a démontré que la solitude augmente de 40 % la probabilité de développer des troubles cognitifs tels que la démence. L'isolement social et la solitude peuvent également accroître le risque de développer des symptômes de dépression, d'anxiété ou encore un comportement autodestructeur (addiction, mauvaise alimentation, etc.).

4 Le vieillissement fonctionnel

4.1. L'accessibilité et la mobilité

Comme énoncé précédemment, le vieillissement s'accompagne inévitablement d'un affaiblissement progressif des capacités physiques et cognitives. En vieillissant, les muscles se raidissent, la coordination des mouvements diminue, et les déplacements deviennent plus laborieux, nécessitant fréquemment le recours à des aides techniques telles qu'une canne, un déambulateur ou un fauteuil roulant.

Ce déclin des aptitudes fonctionnelles – c'est-à-dire des capacités physiques et mentales qu'un individu a pour accomplir les activités nécessaires à sa vie quotidienne – modifie profondément le rapport que les personnes âgées entretiennent avec leur environnement immédiat, notamment leur logement et leur quartier. Ils ont plus de difficulté à se déplacer sans encombre avec leur déambulateur, atteindre des objets en hauteur ou encore ramasser quelque chose par terre.

Par ailleurs, le vieillissement fonctionnel ne se limite pas aux aspects moteurs. Il inclut aussi les altérations progressives des capacités sensorielles. La baisse de la vision peut altérer la perception de l'espace, rendant plus difficile la distinction des contrastes, de la profondeur et des obstacles au sol, tandis que la diminution des facultés auditives nuit à la détection des voix et des signaux sonores.

Selon l'enquête de santé de 2018 réalisée sur la population bruxelloise, 3,6 % des personnes âgées bruxelloises de 65 ans et plus sont confrontées à des limitations en matière de mobilité, 36,7 % à des limitations dans les activités de base à cause d'un problème de santé, 26,1 % à des limitations dans les activités quotidiennes et 43,8 % à des limitations dans l'exécution des tâches domestiques.²⁰

Ces contraintes fonctionnelles doivent être prises en compte dans la conception des logements, des établissements de soins, mais également dans l'aménagement des espaces publics. Ainsi, il est essentiel de prévoir des surfaces suffisamment larges pour permettre la rotation aisée d'un fauteuil roulant ou d'un déambulateur, de supprimer les seuils et les marches, d'installer des revêtements de sols antidérapants, et

19 Petits Frères des Pauvres (2019), *L'isolement social nuit gravement à la santé*, Petits Frères des pauvres

20 Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2022) *Les personnes âgées en Région Bruxelloise : Aperçu de leur situation socio-sanitaire et de l'offre d'accueil et d'hébergements*. Commission communautaire commune p.23

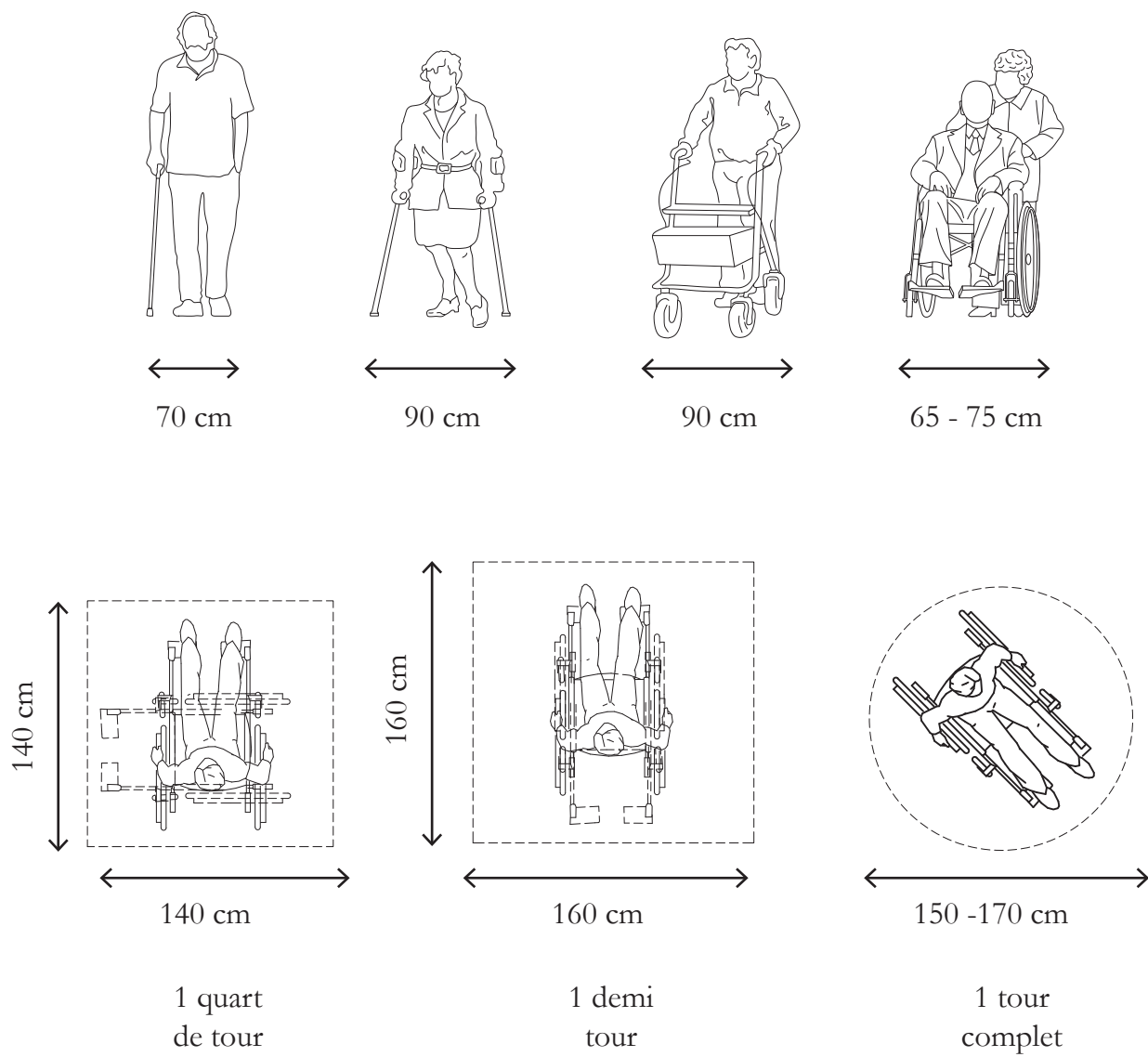


Fig. 11
Accessibilité et mobilité
NGUYEN Quynh (2025) *Vieillessement fonctionnel*

d'ajuster la position des équipements (meubles, poignées, barres d'appui, interrupteurs) de manière que les personnes puissent les atteindre sans effort.

L'inadaptation du cadre de vie peut accroître la vulnérabilité des personnes âgées, en les exposant à des situations stressantes ou dangereuses qu'elles ne parviennent plus à surmonter seules. Une telle situation peut entraîner une dégradation rapide de leur état de santé, accentuant ainsi le niveau de dépendance. En effet, les accidents domestiques figurent parmi l'une des principales causes de blessures et de décès prématuré chez les personnes âgées. D'après les statistiques, environ 60 % des accidents domestiques chez les aînés sont causés par des chutes. Celles-ci peuvent, dans certains cas, provoquer de légères fractures, mais dans d'autres, elles peuvent conduire à des incidences bien plus graves : hospitalisation de longue durée, dépendance accrue, voire décès.

De plus, un environnement inadapté peut accroître l'isolement des personnes âgées en raison des difficultés de déplacement et d'accessibilité à certains services « primaires » pour se nourrir, se soigner ou encore sociabiliser. Cette rupture avec leur environnement et leurs repères habituels limite leur autonomie et réduit leurs possibilités d'interactions sociales, contribuant ainsi à la dégradation de leur bien-être mental. Par conséquent, un cadre de vie accessible et bien aménagé favorise l'indépendance, renforce les relations sociales et la confiance en soi.

4.2. Support de soin et d'accompagnement

Face à ce vieillissement et à la perte progressive d'autonomie, les personnes âgées ont besoin d'un accompagnement prolongé pour leur activités quotidiennes, et parfois de soins infirmiers. En fonction de l'état de santé et du niveau de dépendance, les nécessités de soins et d'accompagnement diffèrent.

Dans un premier temps, cet accompagnement est généralement assuré par des aidants informels ou proches – familles, amis, voisins – qui jouent un rôle important, autant sur le plan affectif que pratique. Cependant, les aidants font fréquemment face à une forte surcharge mentale et physique, renforcée par une absence de reconnaissance et de formation.

Lorsque que cette solidarité n'est plus envisageable ou lorsqu'elle s'avère insuffisante, des services professionnels prennent le relais. Les services d'aide à domicile interviennent afin d'apporter un soutien dans les tâches quotidiennes : accompagnement lors des démarches administratives, préparation des repas, courses, aide aux déplacements à l'extérieur ou encore assistance ménagère (entretien du logement et tâches ménagères).

Si la personne âgée a besoin de soins médicaux ou d'aides supplémentaires pour, par exemple, faire sa toilette, des services de soins à domicile peuvent être mobilisés. Ceux-ci sont assurés par du personnel qualifié comme des infirmiers ou des aides-soignantes, afin de garantir un suivi adapté dans un cadre familial.

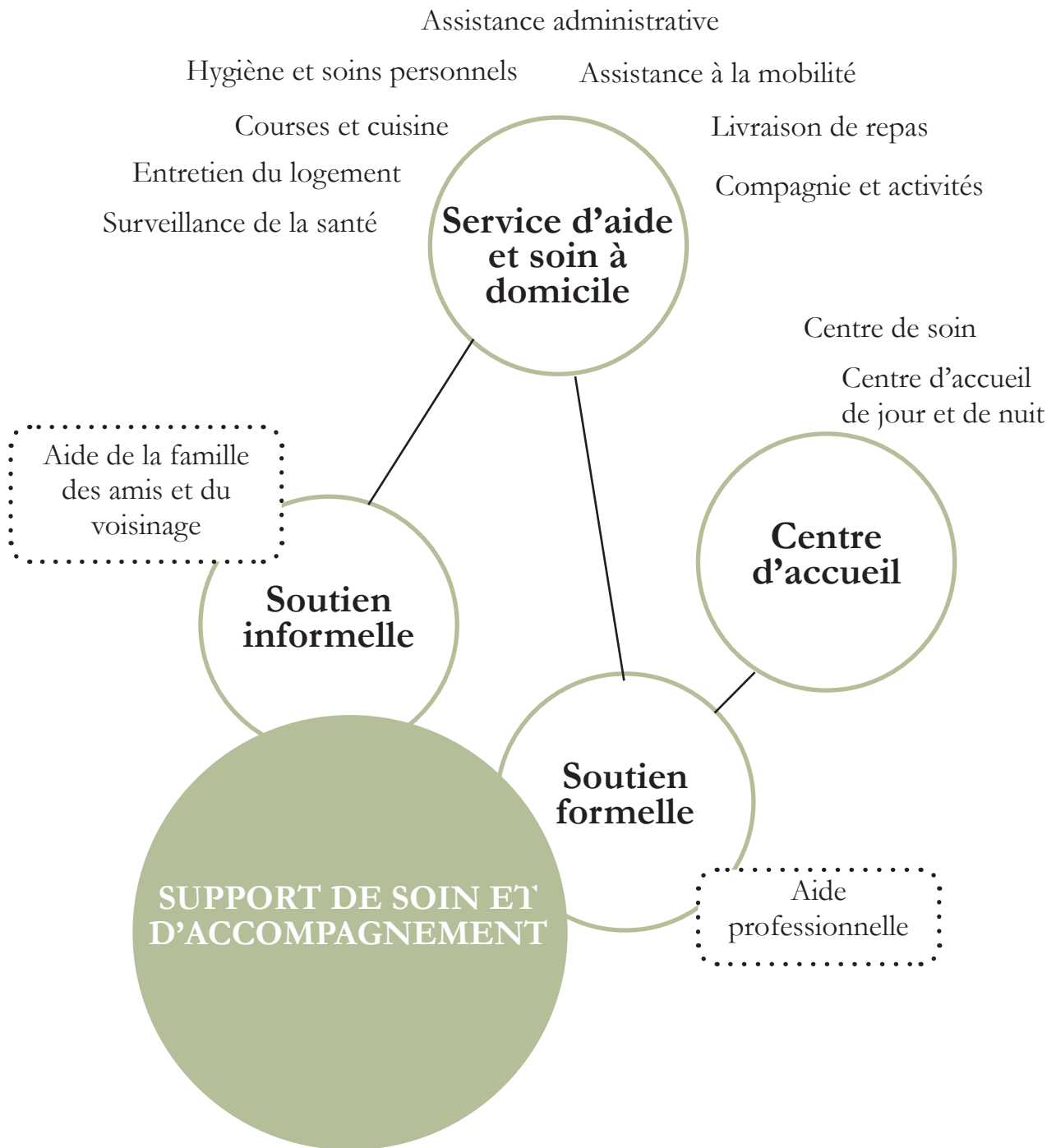


Fig. 12

L'enquête de santé, menée par Sceinsano en 2018 sur la population bruxelloise, a mis en évidence que près d'un quart (22%) des Bruxellois de 65 ans et plus ont fait appel à des services de soins et d'aide à domicile. À titre de comparaison, ce pourcentage monte à 23,8 % chez les Wallons et à 26,3 % chez les Flamands.²¹

Pour permettre aux aidants proches d'avoir un peu de répit, il existe des centres d'accueil de jour et de nuit, des centres de soins de jour ainsi que des centres de court-séjour. Ces centres permettent aux aînés de vivre indépendamment et de bénéficier de services d'aide, de soins et de soutien communautaire dans un cadre adapté.

Ces services permettent aux aînés de rester le plus longtemps possible chez eux. Toutefois, lorsque le niveau de dépendance devient trop important et que le cadre de vie ne permet plus le maintien à domicile, une prise en charge en établissement médicalisé s'impose. En Belgique, selon le degré de besoins, différentes structures existent : les maisons de repos (MR) pour les personnes âgées qui nécessitent des soins d'hygiène personnelle et des soins médicaux modérés ; et les maisons de repos et de soins (MRS), destinées aux personnes âgées présentant une dépendance importante, nécessitant des soins adaptés et réguliers. La même enquête a révélé que la Région de Bruxelles-Capitale compte une plus grande proportion de personnes âgées qui sont en maison de repos – et de soins –, à savoir 7.6 % contre 5,3 % en Région Flamande et 6,1 % en Région Wallonne.

Par ailleurs, il convient de souligner les inégalités d'accès aux services de soins et d'accompagnement, qui peuvent être dus à des obstacles financiers, géographiques ou culturels. Les personnes âgées vivant dans des zones rurales ou isolées ont parfois une offre limitée en termes de soins de santé. De plus, les coûts financiers des aides et des soins et la méconnaissance de ceux-ci constituent autant d'obstacles à une prise en charge équitable.

21 Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2022) *Les personnes âgées en Région Bruxelloise : Aperçu de leur situation socio-sanitaire et de l'offre d'accueil et d'hébergements*. Commission communautaire commune p.25

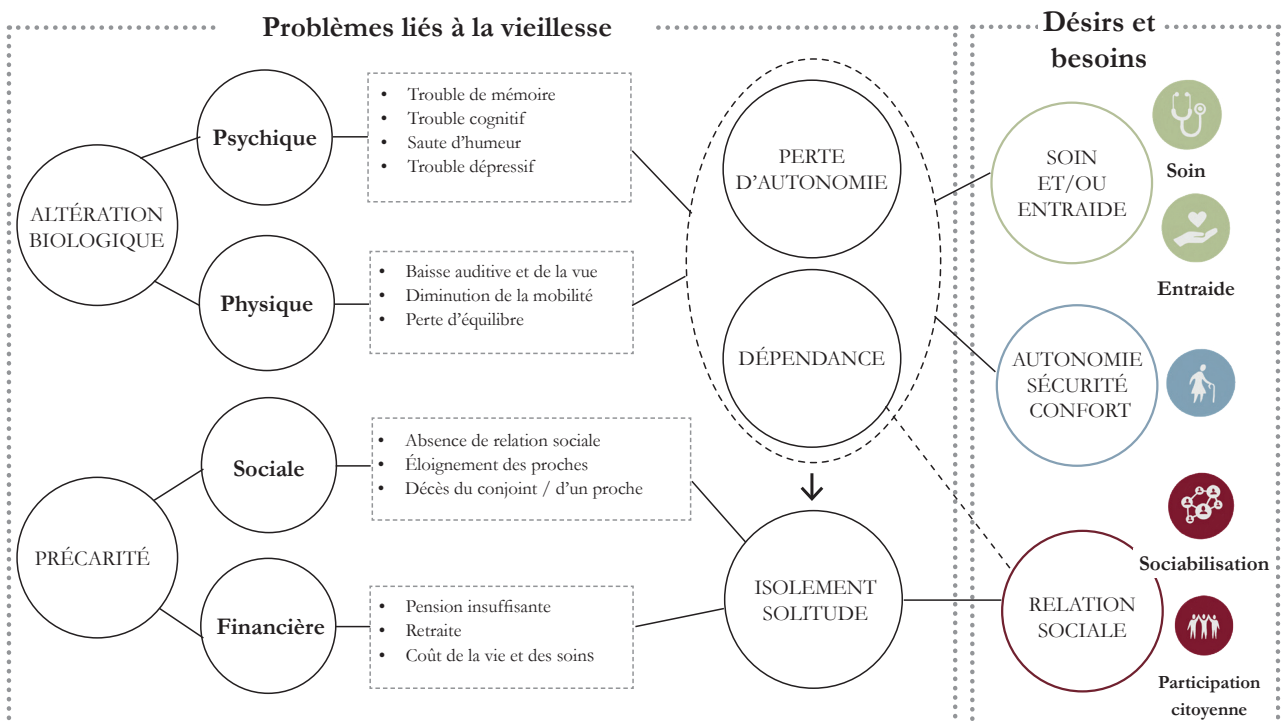
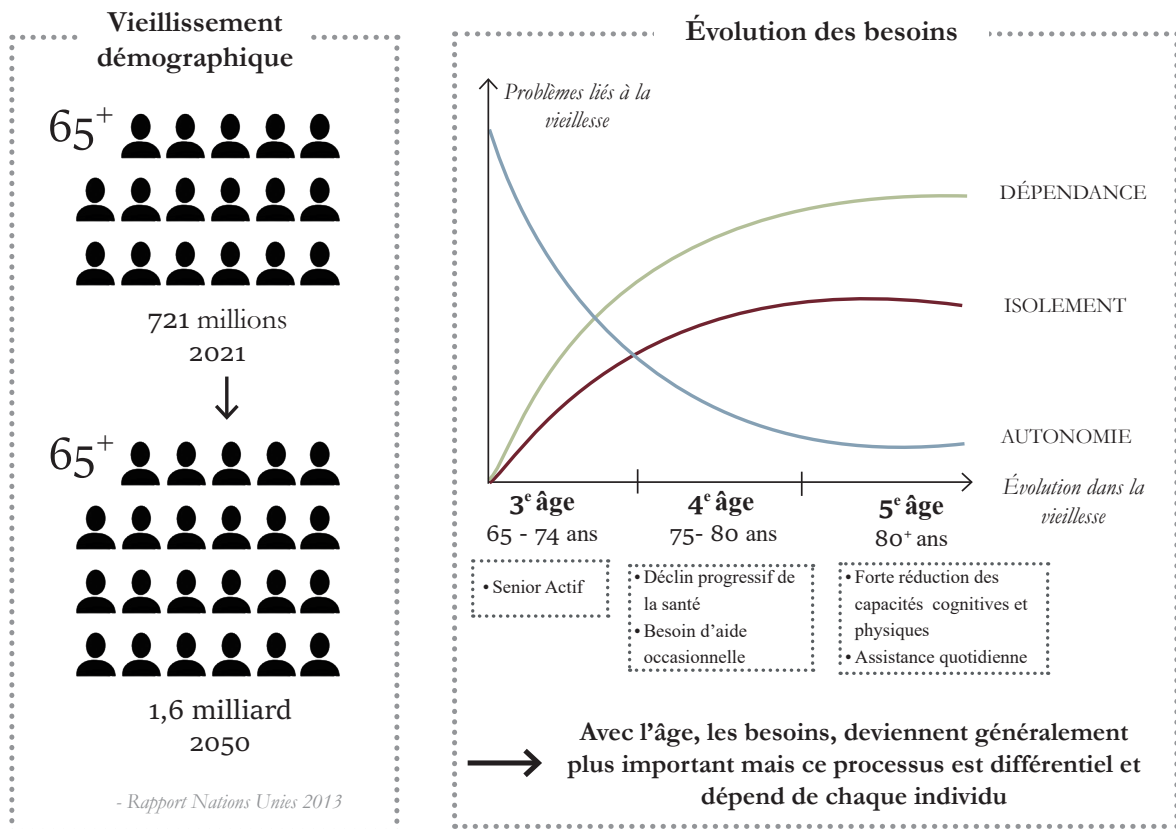


Fig. 13

Enseignements

NGUYEN Quynh (2025) *Typologies de lieux d'accueil pour les personnes âgées*

5 Enseignement

En conclusion, l'analyse des différentes facettes du vieillissement – démographique, biologique, cognitif, fonctionnel et social – permet de mieux saisir la complexité de cette étape de la vie. Le vieillissement n'est ni uniforme, ni linéaire. Il s'exprime de différentes façons selon les individus : leur parcours de vie, leur environnement social et physique, et les soutiens disponibles.

Les données démographiques indiquent une hausse significative de la part des personnes âgées, accompagnée par un allongement de la durée de vie et une baisse de la natalité. Cette évolution engendre un déséquilibre entre la population âgée et la population active, c'est-à-dire en âge de les soutenir, et par conséquent une augmentation des situations de fragilité, de dépendance et d'isolement.

Les altérations biologiques et fonctionnelles liées à l'âge – perte de mobilité, déclin des capacités sensorielles et cognitives – restreignent progressivement l'autonomie dans les gestes du quotidien et augmentent les risques d'accidents domestiques, notamment les chutes. En l'absence d'un environnement adapté et sécurisant, ainsi que d'un accompagnement approprié, ces limitations renforcent la dépendance, l'isolement social et la solitude.

Sur la plan social et psychologique, la perte des rôles sociaux, l'éloignement, le décès progressif des proches et la précarité accentuent les situations d'isolement et le sentiment de solitude, et fragilisent en outre le bien-être global, aggravant ainsi les risques de dépendance.

L'ensemble de ces constats permet de souligner la nécessité de repenser le cadre de vie pour mieux répondre aux besoins évolutifs des personnes âgées. Cela implique, d'une part, de préserver l'autonomie le plus longtemps possible par l'adaptation de l'environnement – qu'il s'agisse du logement, de l'espace public ou des services de proximité – et, d'autre part, de renforcer les liens sociaux, le sentiment d'appartenance et les dispositifs de soutien afin d'éviter l'isolement et accompagner les transitions liées à l'avancée en âge.

CHAPITRE 2

ÉVOLUTION DES STRUCTURES D'ACCUEIL DE LA PERSONNE ÂGÉE

Au regard des éléments précédemment développés, il apparaît que le vieillissement s'accompagne de transformations physiques, psychiques et sociales qui redéfinissent les besoins des personnes âgées et la manière d'habiter. À mesure que l'autonomie et les liens sociaux se fragilisent, la question du lieu devient centrale et conduit à nous interroger : où et comment les personnes âgées souhaitent-elles vivre aujourd'hui ?

Ce chapitre s'attachera dans un premier temps à retracer les grandes étapes de la prise en charge de la vieillesse afin de comprendre les différentes mutations politiques, économiques et sociétales qui ont conduit à la création des structures d'accueil. Dans un second temps, il abordera les aspirations actuelles des personnes âgées concernant leur lieu de vie. Cette partie s'articulera autour de quatre grandes dynamiques : la volonté de vieillir chez soi, le besoin de conserver un lien avec les autres, le choix de vivre dans des structures partagées et enfin la nécessité de relier les lieux de vie aux dispositifs de soin et d'accompagnement.

1 L'évolution de la prise en charge de la vieillesse en Belgique

1.1. L'hospice : la genèse de l'assistance à la vieillesse

Un hospice est :

« Une maison religieuse, couvent où l'on donne l'hospitalité aux religieux du même ordre, aux pèlerins, aux voyageurs. L'hospice du Grand-Saint-Bernard. »

« Un établissement public où sont hébergés et soignés les personnes âgées, les infirmes et les incurables. Un hospice de vieillards. L'hospice des aliénés, des enfants trouvés (vieilli). » ²²

La coexistence de ces deux définitions dans le dictionnaire de l'Académie française 9^e édition reflète l'évolution de la fonction du bâtiment à travers le temps et les mutations politiques, économiques et sociétales.

22 Définition du dictionnaire de l'académie française 9^e édition (2025), *Hospice*



Fig. 14

Hospice de Namur - Extrait du plan de Larcher d'Aubancourt, 1746 (Archives du Génie, Vincennes)

Office du tourisme de Namur (2025) Le Saint-Gilles 1724 : Parle- m'en

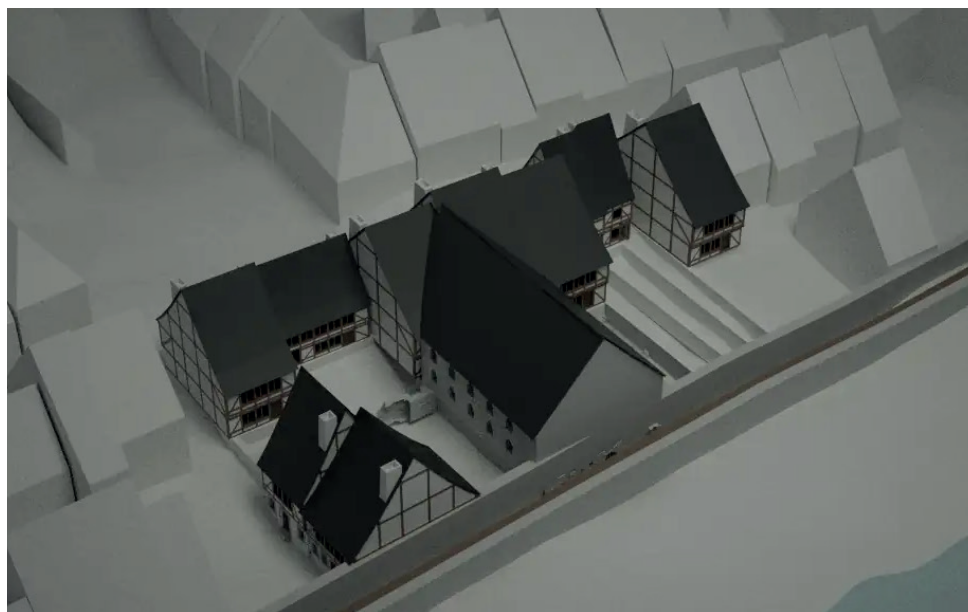


Fig. 15

Représentation 3D de l'Hospice de Namur au 13^e siècle

Office du tourisme de Namur (2025) Le Saint-Gilles 1724 : Parle- m'en

Il convient notamment de distinguer l'hospice de l'Hôtel-Dieu. Pendant longtemps, cette différence a été difficile à établir, car tous deux avaient pour vocation de porter assistance aux malades, aux misérables, aux pèlerins et aux vieillards. Cependant, avec le temps, les institutions se sont spécifiées. On distingue alors les établissements destinés à l'accueil des malades – les Hôtels-Dieu, ancêtres des hôpitaux – et ceux destinés de préférence aux vieillards, infirmes et incurables : les hospices.

Les hospices du Moyen-Âge

Les hospices apparaissent dès le Moyen-Age sous le nom de *xenodochia*, une sorte d'« hôpital » en grec. Ils étaient tenus par des ordres religieux pour accueillir et soigner les voyageurs, les pauvres, les incurables et les personnes âgées : une partie de la population en marge de la société, considérée comme porteuse de désordre social, voire déviante. Leur mission principale était d'offrir une hospitalité chrétienne, y compris des soins de base, de la nourriture et un abri. À cette époque, les connaissances en médecine étaient très limitées. De ce fait, les soins médicaux étaient rudimentaires et souvent accompagnés de prières et de rituels religieux. Les établissements étaient modestes et leurs places restreintes. Les pèlerins n'étaient autorisés à y séjourner qu'une seule nuit, voire quelques nuits en cas de maladies. Quant aux pauvres, ils n'y étaient admis que s'ils étaient trop affaiblis pour continuer à mendier.

En Belgique, à cette époque, les hospices pour vieillards étaient nombreux et dispersés un peu partout dans le territoire. Toutefois, leur capacité d'accueil était extrêmement limitée. En moyenne, ils comptaient entre 7 et 8 pensionnaires. L'hospice de Saint-Gilles à Namur, construit et inauguré comme hôpital au XIII^e siècle, est un exemple représentatif de cette époque. À la même époque, on peut également citer comme exemple l'hospice Saint-Jean au Luxembourg, l'hospice de Bruges ou encore l'Hospice de Beaune en France.

Durant cette période, les hospices fonctionnaient essentiellement grâce à la charité. Il s'agissait d'établissements de bienfaisance. La place des aînés dans la société était ainsi mise au second plan, et il faudra attendre le début du XIX^e siècle pour avoir un nouveau regard sur la vieillesse.

1.2. Le XIX^e siècle, de la charité à une prise en charge par l'État

Les hospices du XIX^e siècle

En effet, l'assistance aux personnes âgées va connaître de grands bouleversements au XIX^e siècle. Ces changements sont dus à plusieurs facteurs.

Premièrement, au fil des siècles et grâce aux avancées de la médecine, l'espérance de vie augmente progressivement. Jusqu'alors, elle ne dépassait pas les 50 ans. Les gens commencent donc à vivre de plus en plus longtemps et, avec l'évolution démographique, ils sont de plus en plus nombreux. Par ailleurs, le XIX^e siècle est marqué par l'avènement d'un nouveau régime ainsi que par la Révolution industrielle, ce qui génère un important exode rural.



Fig. 16

Le XIXe siècle , de la charité à la prise en charge de l'État
Archive d'Urban Brussel, Grand Hospice Pachéco - dortoir des femmes

Par conséquent, le nombre de vieux et de démunis sans soutien familial augmente dans les villes. Pour pallier ce problème, l'État décide de prendre en charge les anciens hospices, autrefois gérés par les ordres religieux, et d'en assurer leur gestion. L'assistance aux indigents devient désormais une responsabilité des pouvoirs publics. Sous sa charge, l'État met en place de grands travaux de restructuration et modernisation des anciens hospices, jugés trop vétustes. Les établissements sont centralisés, deviennent plus grands et permettent d'accueillir plus d'une centaine de lits. Les normes d'hygiène et de sécurité sont revues.

À titre d'illustration, en Belgique, on peut citer le refuge des Ursulines, l'hospice Réunis, l'hospice Sainte- Gertrude ainsi que le Grand Hospice Pachéco, dont l'analyse sera abordée plus en détail dans la dernière partie de ce travail.

Cependant, malgré l'avancée de la médecine, les soins restaient rudimentaires et permettaient seulement d'accompagner les pensionnaires dans leur fin de vie. Les personnes âgées nécessitant un accompagnement et une surveillance quotidienne étaient laissées à la charge des familles.

Entre assistance et enfermement : une institution totale

Au-delà d'une institution d'accueil et de soin, les hospices étaient surtout envisagés par l'État comme un moyen d'éviter les troubles d'ordre public, en isolant les populations considérées comme « indésirables » et inadaptées à la société au sein d'un établissement. À l'intérieur, les conditions n'étaient pas idylliques.

« Les séjours dans les hospices et les hôpitaux du XIXe siècle n'étaient pas une sinécure. Les malades, les handicapés, les orphelins et les personnes âgées étaient hébergés dans des bâtiments froids et humides, dénués de la moindre forme de confort sanitaire. Les malades étaient rassemblés dans de grandes salles de 20 à 40 lits, les chambres individuelles étant extrêmement rares. [...] De surcroît, la mauvaise ventilation apportait son lot de nuisances olfactives. En hiver, les salles étaient chauffées au moyen d'un poêle à charbon central, qui diffusait autant de poussière que de chaleur. L'éclairage au gaz ne commença progressivement à faire son apparition qu'à partir des années 1850. Avant cela, la lumière était produite par des bougies ou des lampes à huile fumantes. Bref, il est bien compréhensible que ce type d'établissement fût synonyme de mouvoir aux yeux du peuple. »²³ (Bruynell 2009)

Les édifices étaient souvent imposants et enclavés, symbolisant une séparation entre les pensionnaires et le monde extérieur. Au sein du bâtiment, les pensionnaires devaient suivre des règles strictes : les heures de sortie et de visite étaient contrôlées, et les horaires de lever, de coucher et de repas étaient réglementés. De plus, ils ne pouvaient pas circuler librement au sein de l'établissement : une série d'espaces leur étaient interdits ou alors l'accès était strictement contrôlé. C'était par exemple le cas des buanderies, des cuisines et des magasins. En outre, les pensionnaires valides étaient tenus d'effectuer les tâches ménagères telles que faire le lit, nettoyer les légumes ou allumer le feu. Certains travaillaient même au profit de l'établissement dans des ateliers de couture ou de cordonnerie. Ils n'étaient autorisés à sortir qu'une fois leur tâche achevée. Toute infraction à ce règlement était sévèrement sanctionnée, allant de la détention dans des cellules jusqu'à l'exclusion complète.

23 BRUYNEEL Élisabeth (2009), *Le Conseil Supérieur de la Santé* (1849-2009). Trait d'union entre la science et la santé publique, Éditions Peeters, p.51 (cité dans Richelle 2019)

Ainsi, les hospices pouvaient s'apparenter à de véritables institutions totales selon la définition de Erving Goffman : « un lieu de résidence et de travail, où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées. »²⁴ Dans son ouvrage « *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus* », Erving Goffman identifie également 5 types d'institutions totales :

- Les institutions pour personnes inoffensives : les maisons de repos et de soin ;
- Les institutions pour personnes dangereuses : les prisons ;
- Les institutions pour personnes suspectées d'intentions menaçantes : les camps de concentration
- Les institutions à caractère utilitaire : les écoles militaires et internats ;
- Les institutions qui assurent une retraite hors du monde : les monastères et les couvents.

L'usage de l'adjectif « total » par Erving Goffman se réfère au fait que l'institution prend en charge l'ensemble des besoins des individus – manger, dormir, apprendre, travailler, se distraire – tout en contrôlant strictement la durée, l'organisation et le rythme de ces activités au quotidien.

Cette institution influence fortement l'identité de la personne, influence engendrée par ce que Goffman appelle le « processus de mortification de soi » : les rituels d'entrée (perte du nom, des vêtements, des objets personnels) visent à dépouiller l'individu de ses repères identitaires et des éléments sur lesquels se fonde son identité. Il devient un résident, un patient, un détenu plus qu'une personne. Par ailleurs, les règles strictes imposent des routines identiques à tous, et cela à des horaires précis. Ainsi, l'individu n'est plus maître de ses choix quotidiens ni de son identité individuelle.

Après la publication des travaux du sociologue sur la condition des malades mentaux, la société commence à s'interroger sur ce modèle. Une dense littérature va donc se développer à ce sujet, et des réformes sont progressivement mises en place dans ces structures dès la moitié du XXe siècle.

1.3. Le XXe siècle, de l'hospice à la maison de repos

Comme énoncé précédemment, vers la deuxième moitié du XXe siècle, avec l'évolution des mœurs, la prise de conscience des conditions institutionnelles et des schémas familiaux, la société va remettre en question ce modèle de l'hospice associé à l'asile. Ainsi, les hospices vont évoluer, voire être remplacés par une nouvelle structure de prise en charge : les maisons de repos. Sophie Richelle et Iris Loffeier parlent, dans « *Expériences de la vieillesse en établissement à deux siècles d'intervalle : l'humanisation en question* », d'un processus d'« humanisation » :

²⁴ Erving GOFFMAN (trad. Liliane et Claude Lainé) (1979), *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Les Éditions de Minuit. p.41

« Une réforme normative d'inspiration humaniste des conditions de prise en charge de la vieillesse dans les établissements [...] Mais l'humanisation implique surtout, selon nous, un rapport au temps qui s'articule autour de la nécessité de modernité, d'un effort pour faire disparaître la violence comme mode relationnel dans les établissements et de la possibilité pour leurs usagers d'influer ou d'intervenir sur les modes d'organisation et de fonctionnement de ces établissements » (Richelle et Loffeier 2017)

La Commission Laroque, chargée en France de poser les prémices d'une politique du troisième âge en 1960, ouvrira la voie vers une interprétation moins pessimiste de la vieillesse, en s'intéressant non seulement à la sécurité économique des personnes âgées, à leur santé et à l'offre de services et d'équipements collectifs, mais aussi à leur intégration sociale et culturelle.²⁵

Dès lors, le passage de l'hospice à la maison de repos – et de soins – réside avant tout dans le passage du mode de gestion : d'une administration principalement locale, nous sommes passés à un encadrement institutionnel et juridique défini à l'échelle nationale, en dehors du cadre strictement interne de l'établissement. Les établissements sont ainsi soumis à des dispositifs réglementaires couvrant plusieurs aspects essentiels pour garantir la qualité de vie et la sécurité des résidents : statut des établissements, capacité d'accueil, soins et services proposés, droits des résidents, sécurité et accessibilité, etc.

Le premier statut de maisons de repos dans notre pays remonte à la loi du 12 juillet 1966. La maison de repos y est définie comme un établissement destiné à l'hébergement de personnes âgées de soixante ans au moins, qui y ont leur résidence habituelle et y bénéficient des services collectifs familiaux, ménagers, d'aide à la vie journalière, et s'il y a lieu, de soins infirmiers ou paramédicaux.²⁶

Les maisons de repos et de soins ont été instituées, quant à elles, par la loi du 27 juin 1978. L'origine de leur création provient soit de la transformation des lits d'hôpitaux, soit de la requalification des lits des maisons de repos, en réponse à la détérioration de l'état de santé et à l'augmentation de la dépendance chez les personnes âgées.

En Belgique, la gestion de ces établissements diffère selon les régions :

- En région wallonne, la gestion est assurée par l'AVIQ (Agence pour une vie de Qualité) ;
- Dans la région de Bruxelles-Capitale, cette mission est confiée à Iriscare, un organisme d'intérêt public de la Commission communautaire commune (Cocom) ;
- En région flamande, elle relève de l'Agentschap Zorg en Gezondheid.

25 Myriam LELEU (2004), *Etre un sujet âgé*, Confluence n°8 p.36

26 Christophe CORDIEN (2021) *Réformer nos maisons de repos* Centre Jean Gol , p.14



Fig.17

La place de la famille dans la prise en charge de la vieillesse, solidarité familiale
Helène COMBIS (2023), De l'hospice à l'Ehpad, des vieillards dans les mouvoirs aux retraités

1.4. La place des enfants dans la prise en charge de la vieillesse, la solidarité familiale

Parallèlement à l'émergence et à l'évolution de ces structures d'accueil, il est important de souligner le rôle central qu'a joué la famille – et particulièrement les enfants – dans la prise en charge de la vieillesse au fil du temps.

Traditionnellement, avant l'intervention des institutions religieuses et puis de l'État, la prise en charge des aînés reposait principalement sur la solidarité familiale, à travers le devoir moral issu des traditions judéo-chrétiennes. Les enfants s'occupaient de leurs parents âgés et, en échange, les grands-parents aidaient dans l'éducation des petits-enfants. Les trois générations vivaient sous un même toit. Il s'agissait donc de l'habitat intergénérationnel d'antan.

Cependant, cette configuration familiale s'est progressivement transformée. Les contraintes économiques, les mutations sociales et les évolutions démographiques ont rendu plus difficile la prise en charge des aînés au sein du foyer. Les familles les plus modestes, souvent dans l'incapacité matérielle de s'occuper de leurs parents âgés, ont été les premières à s'en remettre à des structures intentionnelles – les hospices – pour assurer cette mission.

Au cours du XX^e siècle, la transition vers une société industrielle, le développement du salariat et l'arrivée des femmes sur le marché du travail ont profondément transformé l'organisation familiale. Le modèle traditionnel de la famille souche intergénérationnelle a progressivement cédé la place à la famille nucléaire, centré sur les parents et les enfants.

Dans ce nouveau modèle, une fois devenus adultes, les enfants quittent le nid familial pour créer leur propre foyer. Contrairement à ce que l'on entend souvent, cette distanciation géographique modifie les dynamiques intergénérationnelles plutôt que de les rompre. Après la deuxième guerre mondiale, les personnes âgées bénéficient de systèmes d'aide à la retraite (une pension) qui leur permettent souvent d'être autonomes par rapport à leurs enfants. Ces derniers sont ainsi déchargés de l'obligation de les nourrir et de les loger. Après la retraite, les grands-parents ont davantage de temps et consacrent celui-ci à s'occuper de leurs petits-enfants. C'est le cas dans beaucoup de familles monoparentales ou de familles recomposées. Selon la Fondation Roi Baudouin et l'étude de « Kind en Gezin » sur la garde des enfants entre 3 mois et 11 ans, les chiffres montrent qu'environ 40 % des grands-parents s'occupent régulièrement d'un ou de plusieurs petits-enfants. Environ 40 autres pourcents des grands-parents veillent sur leurs petits-enfants de façon occasionnelle. Il n'y a que 10 % des grands-parents qui n'aident pas les enfants de ce point de vue.²⁷

De plus, avec l'avancée en âge et l'altération de la santé des parents âgés, on remarque que certaines familles se déplacent afin d'être plus proches de leurs parents vulnérables. La famille nucléaire est confrontée à la nécessité de se réorganiser différemment pour arriver à inclure ces nouvelles tâches²⁸ : aide à l'organisation des soins quotidiens, du ménage, des courses, etc.

27 Fondation Roi Baudouin, (2012) *Être grands-parents aujourd'hui*, La Fondation Roi Baudouin et la Fédération Royal du Notariat belge, p.22

28 Edith GOLDBETER-MERINFELD (2007), *Temps individuel et temps familial aux différents âges de la vie* Thérapie familiale, p. 344

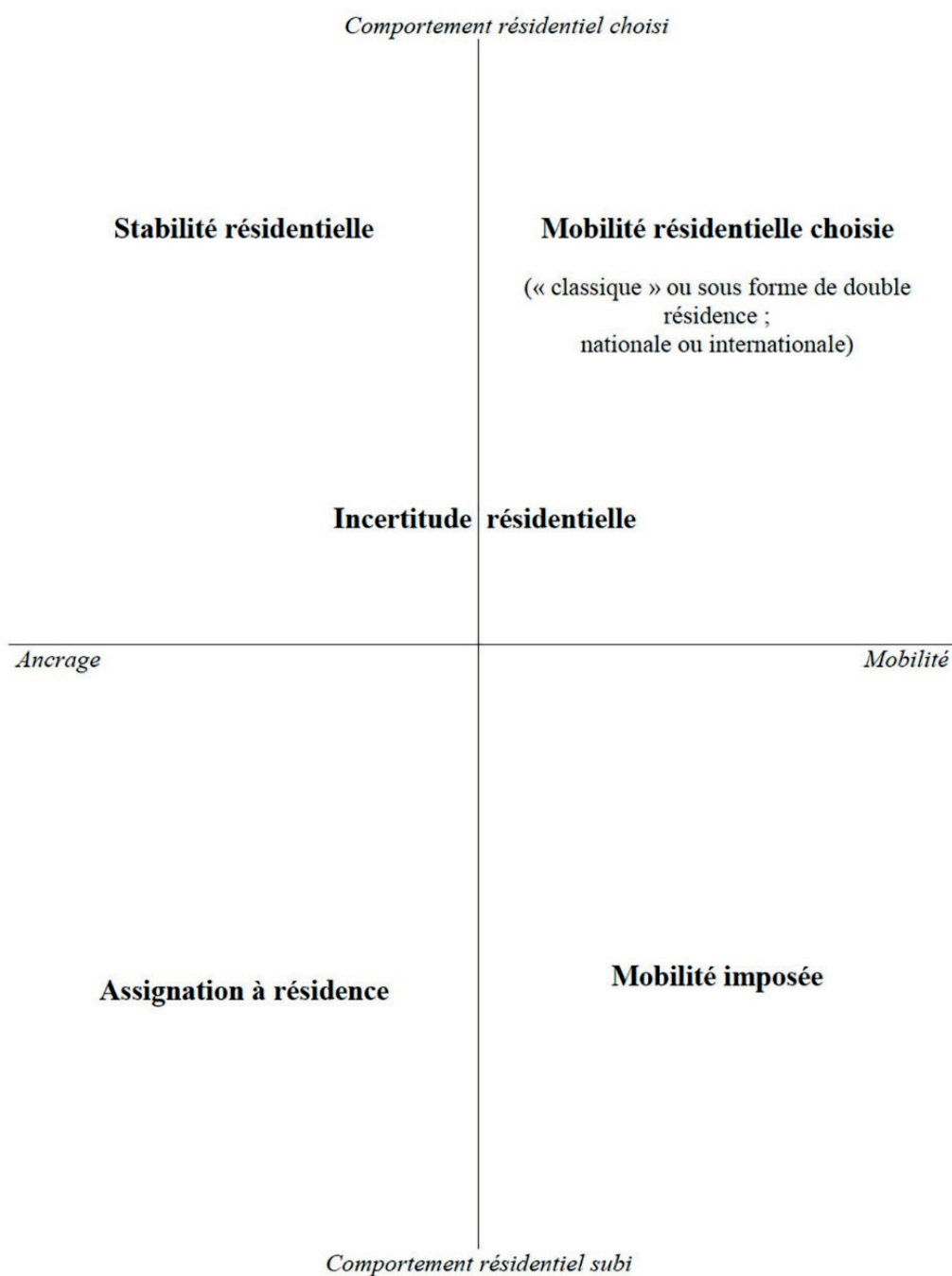


Fig. 18

Comportement résidentiel

Vincent Caradec (2010) les comportements résidentiels des retraités

2 Vieillir chez soi ou ailleurs ?

2.1. La volonté de vieillir chez soi

Avec l'avancée en âge et le départ à la retraite, on distingue, selon V. Caradec, sociologue français spécialiste des questions de vieillissement, 4 types de comportement résidentiel :

- La mobilité résidentielle choisie ;
- La stabilité résidentielle (souhaitée) ;
- La mobilité contrainte ;
- L'assignation résidentielle.

Les deux premiers comportements relèvent d'une décision personnelle, tandis que les deux autres sont subis. Ces derniers correspondent à des comportements soit contraints par des difficultés financières ou un mauvais état de santé, soit imposés par un tiers, par exemple en raison de travaux urbains ou lorsqu'un enfant pousse son parent âgé à entrer en maison de repos.

Parmi ces quatre types, la stabilité résidentielle est le comportement résidentiel le plus répandu chez les personnes âgées. La très grande majorité des retraités choisissent, au moment de leur de cessation d'activité (et plus encore au cours de leurs années de retraite) de demeurer là où ils sont déjà installés.²⁹ Selon une enquête de la Fondation Roi Baudouin menée en 2022 et réalisée sur un échantillon de 2401 personnes âgées de 60 à 85 ans, à la question « En matière de logement, quels scénarios envisagez-vous après votre départ à la retraite ? », 55 % de l'échantillon ont répondu vouloir rester chez eux, et à la question « Après votre retraite, avez-vous déménagé vers une autre habitation ou une autre commune ? », 73 % ont répondu n'avoir jamais déménagé. Il est vrai que, pour cette population, l'image de ces institutions est très négative et renvoie souvent à l'idée, héritée du passé, de prison et de mouvoir. Par conséquent, cette décision n'est que rarement issue d'une démarche volontaire de la personne âgée. Dans la plupart du temps, elle provient d'une pression de l'entourage suite à une hospitalisation ou une chute. L'entrée en institution est donc perçue comme une solution de dernier recours, lorsqu'on ne sait plus faire autrement. Toutefois, certaines personnes âgées font le choix d'y rentrer volontairement, que ce soit pour préserver leurs proches de charges trop lourdes ou pour rompre l'isolement.

Le « chez soi », un espace physique et symbolique

Ce besoin de stabilité résidentielle peut être compris à travers la notion de « chez soi ». Les écrits de Perla Serfaty-Garzon dans « chez soi : habitat et intimité », nous invitent à définir « la notion de « chez soi » en la décomposant. Le « chez » dérive du mot latin *casa* et représente l'habitat. Le pronom personnel « soi », quant à lui, renvoie à l'habitant, à sa maîtrise de son intérieur mais aussi à sa manière subjective d'habiter.»³⁰ Le « chez soi » est donc, selon Serfaty, « l'espace de constitution d'une identité et de la dynamique de l'évolution de cette dernière [...] Il est l'espace de la prise en conscience mais aussi de la connaissance de soi, de ses capacités et de ses responsabilités. »³¹

29 Vincent CARADEC (2010), *Les comportements résidentiels des retraités*, PUCA

30 Perla SERFATY-GARZON (2003) *Habitat et intimité*, Armand Collin p.8

31 Ibid



Fig. 19

La volonté de vivre en connexion avec les autres
NGUYEN Quynh (2025) *La volonté de vivre en connexion avec les autres*
sur base illustration de Cha Pornea for Vox (2021)

De son côté, Sabine Vassart souligne dans « habiter » que la notion de chez soi s'apparente à un espace où il est possible de devenir ou de redevenir soi, loin des rôles publics ou sociaux que nous assumons dans notre vie professionnelle. Le « chez soi » fait ici figure d'un abri, d'un refuge au sein duquel, plus qu'ailleurs, il nous est donné l'occasion de goûter à ce sentiment de liberté, d'être à l'aise, pleinement soi-même.³²

Avec l'âge, ces dimensions prennent une importance croissante. Le corps change, les capacités diminuent, les relations se raréfient et le rythme de la vie ralentit. Face à ces changements, le « chez-soi » représente un repère stable, un environnement familial. Il permet à la personne âgée de préserver une part de son autonomie, de ses habitudes. Être chez soi, c'est rester acteur de son quotidien : décider de son rythme de vie, de ses activités quotidiennes et de ses relations et préserver son intimité.

Ainsi, la volonté de vieillir chez soi se traduit par un attachement à son environnement – un attachement au « chez soi » dans lequel on a investi (et dans lequel on s'est personnellement investi), mais également un attachement au « petit bout de territoire » que l'on a choisi, où l'on vit souvent depuis de longues années et autour duquel on a noué des relations et construit des habitudes.³³

2.2. La volonté de vivre en connexion avec les autres

Les relations sociales et le sentiment d'appartenance sont deux enjeux majeurs pour bien vieillir. Le départ à la retraite, l'éloignement et le décès des proches contribuent à une diminution des liens sociaux, exposant les personnes âgées à un risque accru d'isolement et à un sentiment de solitude. Dans ce contexte, la volonté de maintenir des relations avec les autres – qu'ils soient familiaux, amicaux, de voisinage ou communautaires - constitue une forte attente.

Parmi ces relations, les liens familiaux occupent une place centrale. Comme le souligne l'analyse historique (1.4), la place de la famille a longtemps joué un rôle important dans l'accompagnement de la vieillesse. En effet, le modèle de cohabitation intergénérationnelle, dans lequel les grands-parents, parents et enfants partageaient un même toit, permettait un soutien réciproque : les aînés étaient pris en charge par leurs enfants et, en retour, ils contribuaient à la garde et à l'éducation des plus jeunes. Bien que ce modèle se soit largement transformé avec la modernisation et la reconfiguration des schémas familiaux, cette solidarité familiale conserve une importance majeure. Aujourd'hui, elle s'exprime sous diverses formes : visites fréquentes, aide informelle dans les tâches du quotidien, ou encore cohabitation temporaire à la suite d'une hospitalisation ou lors d'un épisode de fragilité. Parallèlement, de nombreux grands-parents souhaitent se rendre utile en apportant leur soutien à leurs enfants ou en s'occupant des petits-enfants, renforçant ainsi les liens intergénérationnels. Certaines personnes âgées font également le choix, après la retraite, de se rapprocher géographiquement de leurs proches afin de maintenir un lien fort et rassurant. Selon les données Stabel de 2020, près de 52 % des grand-parents habitent à moins de 5 km d'au moins un de leur petits-enfants.

32 Sabine VASSART (2006), *Habiter*, Pensée plurielle n°12 p.14

33 Ibid

À ces liens familiaux s'ajoutent également d'autres formes de sociabilité comme les liens de voisinage, les liens amicaux et les liens communautaires.

Au-delà de la sphère familiale, les liens de voisinage contribuent également aux interactions sociales. Ces relations, souvent discrètes, permettent une veille mutuelle et un soutien de proximité : un voisin, passant prendre des nouvelles, prévient en cas de problème ou propose une aide ponctuelle comme tondre le jardin ou arroser les plantes. Ce type de lien spontané crée un sentiment de sécurité et d'inclusion locale. Enfin, les liens communautaires – clubs seniors, engagements associatifs, activités culturelles – permettent aux personnes âgées de rester actives, tout en leur donnant des occasions de s'investir, de valoriser leurs compétences ou encore de retrouver une dynamique sociale après la vie professionnelle. Selon la même enquête de la Fondation Roi Baudouin, près de 40 % des seniors ont participé en tant que volontaires pour des projets ou des associations au cours de l'année 2020.

Dans l'ensemble, ces relations sociales participent à prévenir l'isolement, à préserver l'autonomie et à renforcer le sentiment d'utilité, indispensable au bien-être mental.

2.3. La volonté de vivre en partageant des structures de vie

Au-delà des liens que les aînés entretiennent avec leur entourage ou leur voisinage, certaines personnes âgées expriment une volonté plus profonde : celle de vivre et vieillir ensemble dans des lieux de vie partagés. Selon une étude de la Fondation Roi Baudouin sur les choix de vie des personnes âgées, environ 10 % des personnes de plus 60 ans désirent déménager dans des habitats partagés ou groupés en cas de dépendance.

Les motivations qui sont derrière cette aspirations sont multiples. Pour beaucoup, il s'agit avant tout d'un moyen de rompre l'isolement, le sentiment de solitude et de retrouver un sentiment de sécurité. Après le départ des enfants, le décès du conjoint et l'éloignement des proches, de nombreuses personnes âgées se retrouvent à vivre seules dans un logement devenu inadapté, soit beaucoup trop grand et trop lourd à gérer seul. L'habitat partagé et groupé permet ainsi de retrouver un quotidien familial rythmé par des interactions, des repas partagés autour d'une table, des discussions spontanées ou encore des activités communes. Cette collectivité permet également aux aînés de se sentir rassurés. En cas de chute accidentelle ou d'urgence, ils savent qu'ils peuvent compter sur les autres résidents.

De plus, cette vie en communauté permet aux aînés de sentir utile. Chacun, à sa manière, participe aux tâches quotidiennes, à l'organisation de la vie collective ou à l'entretien des espaces communs. Dans certains cas, cette dynamique collective s'enrichit d'une dimension intergénérationnelle. Des jeunes étudiants, par exemple, partagent un lieu de vie avec une personne âgée, en échange d'un loyer modéré et de services mutuels. Cette cohabitation encourage l'échange de savoirs et de soutien mutuel. À titre d'exemple, un étudiant aide un senior à utiliser son téléphone ou à passer une commande en ligne, tandis que ce dernier lui apprend à cuisiner un plat traditionnel ou lui raconte des anecdotes. Ces petits instants simples de partage tissent peu à peu les liens entre les générations.

Déploiement du support dans la sphère privée	
Déploiement du support dans des espaces contigus	
Déploiement du support se fait à travers l'espace public	

Fig. 20

Déploiement des support

Olivier Masson, Damien Vanneste (2015), *Habitat et vieillissement. Inventaire des formes de logements qui supportent l'interdépendance et l'autonomie des seniors*

Par ailleurs, l'aspect économique est également une motivation importante : le partage des espaces de vie permet de mutualiser les dépenses comme le loyer, les courses ou encore le chauffage et l'électricité, réduisant ainsi les charges financières, ce qui peut être bénéfique pour les personnes âgées en situation de précarité.

2.4. La nécessité de vivre en connexion avec des supports de soins

Comme on a pu le constater dans le premier chapitre, en vieillissant, le corps s'affaiblit. Petit à petit, les gestes simples du quotidien deviennent des épreuves. La dépendance s'accroît et la nécessité de soins et d'accompagnement devient essentielle pour préserver la qualité de vie.

Cette aide peut être informelle (soutien non rémunéré, provenant des proches) et/ou formelle (soutien professionnel rémunéré), de nature domestique et/ou médicale.

Dans *Habitat et Vieillesse*, Olivier Masson et Damien Vanneste identifient trois positions de l'aide par rapport au logement, à la sphère privée : le support extérieur, contigu et interne. Ces trois positions ne répondent pas aux mêmes besoins, et leur pertinence varie selon le degré de dépendance de la personne âgée.

Le support extérieur à la sphère privée est un support totalement séparé du logement. Cela signifie qu'il n'existe pas de lien direct entre les deux. Leur position est variable. C'est, par exemple, la situation d'une infirmière à domicile, un service de livraison ou encore un centre d'accueil de jour. Ce type de support permet un accompagnement occasionnel, tout en préservant l'intimité du cadre de vie. Ce type de soutien convient, en général, aux premières étapes de la vieillesse : lorsque les capacités physiques ou cognitives sont suffisamment préservées pour permettre l'autonomie de la personne.

À mesure que les fragilités s'accroissent, ces aides extérieures deviennent souvent insuffisantes. Le support contigu à la sphère privée est un support qui est extérieur mais articulé au logement. Ainsi, il existe une liaison spatiale entre les deux. C'est le cas d'un logement familial annexé à un logement qu'occupe une personne âgée. Ce type de soutien permet d'avoir une proximité physique, tout en préservant l'intimité personnelle. En outre, il garantit une certaine sécurité. En cas de besoin, les personnes âgées savent qu'elles peuvent faire appel à cette aide à tout moment.

Enfin, lorsque la dépendance devient trop importante, il est nécessaire de se tourner vers un support interne. Un support qui vient de l'intérieur de la sphère privée est donc un support produit ou inscrit dans les limites d'une enceinte privée, que celle-ci soit constituée d'un seul logement, d'un duo de logements ou d'un groupe de logements.³⁴ Il s'agit par exemple de la situation d'un(e) soignant(e) ou d'un proche qui partage un logement avec une personne âgée. Ce support permet un suivi régulier et une présence quotidienne.

34 Oliver Masson, Damien Vanneste (2015), *Habitat et vieillissement. Inventaire des formes de logements qui supportent l'interdépendance et l'autonomie des seniors*, UCL p. 40

3 Enseignement

Tout d’abord, ce chapitre permet de mettre en évidence le rôle encore central, et désormais pluriel, de la solidarité familiale et des liens intergénérationnels. Si les enfants ne partagent pas systématiquement le logement de leurs parents, ils restent des figures clés de l’accompagnement, tant par leur présence que par des aides et des visites occasionnelles.

Parallèlement, les différentes aspirations résidentielles, qu’il s’agisse de rester chez soi, de tisser des liens avec le voisinage, ou de partager un habitat avec d’autres habitants, soulignent une volonté centrale : vieillir dans un environnement qui permet de préserver une liberté, sans être isolé, avec les ressources nécessaires à disposition afin de maintenir un équilibre entre intimité personnelle, utilité et sécurité.

Enfin, le dernier enseignement essentiel réside dans la nécessité de bénéficier d’un accompagnement qui s’adapte à l’évolution des besoins. En effet, le vieillissement est progressif et requiert donc des dispositifs de soutien diversifiés, capables de s’ajuster et d’évoluer en fonction de celui-ci.

Ainsi, la qualité de vie des personnes âgées repose sur la capacité à construire des environnements de vie où s’articulent harmonieusement l’habitat, les relations sociales et les services de soins.

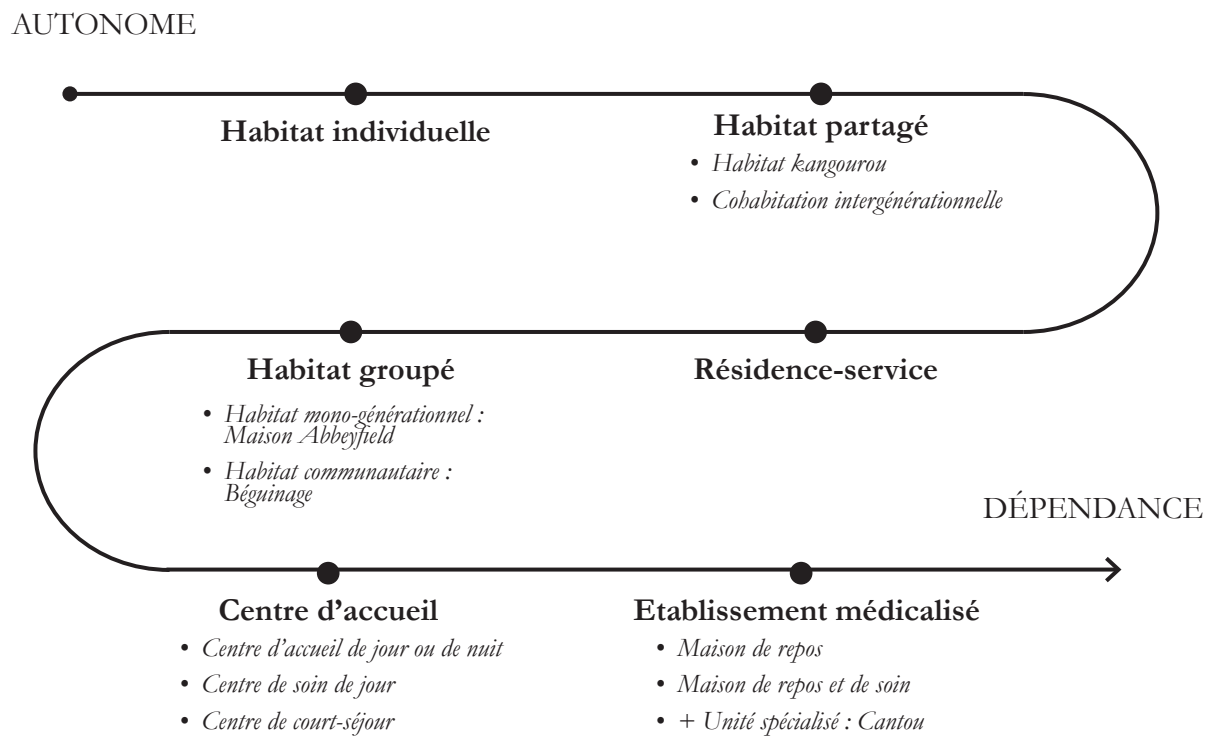


Fig.21

Typologie de lieu d'accueil

NGUYEN Quynh (2025) *Typologies de lieux d'accueil pour les personnes âgées*

CHAPITRE 3

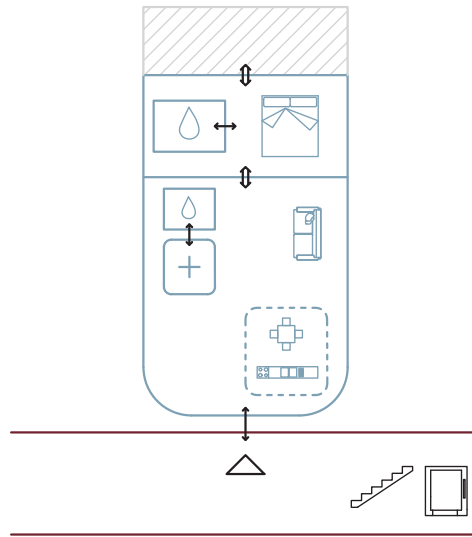
STRUCTURE ARCHITECTURALE ET ENJEUX QUALITATIF

Concevoir un logement adapté pour les personnes âgées

Les chapitres précédents ont permis de dégager les besoins liés au vieillissement d'une personne âgée et leurs désirs en termes de lieux de vie : Désirs et besoins de préserver une autonomie, un lien social et une identité malgré le vieillissement du corps et de l'esprit.

Ce troisième chapitre s'attache, quant à lui, à dresser un catalogue des différentes typologies de structures d'accueil qui existent aujourd'hui. A travers l'analyse d'étude de cas, l'objectif est, tout d'abord, d'évaluer dans quelle mesure ces éléments répondent aux besoins des personnes âgées : degré d'autonomie fonctionnelle, sécurité et confort, degré de lien social et type de support de soin. Dans un second temps, il vise à identifier les différentes caractéristiques architecturales mises en œuvre dans ces projets pour répondre à ces besoins en vue de déterminer les leviers d'actions à adopter pour concevoir un logement adapté aux aînés.

Appartement



Maison

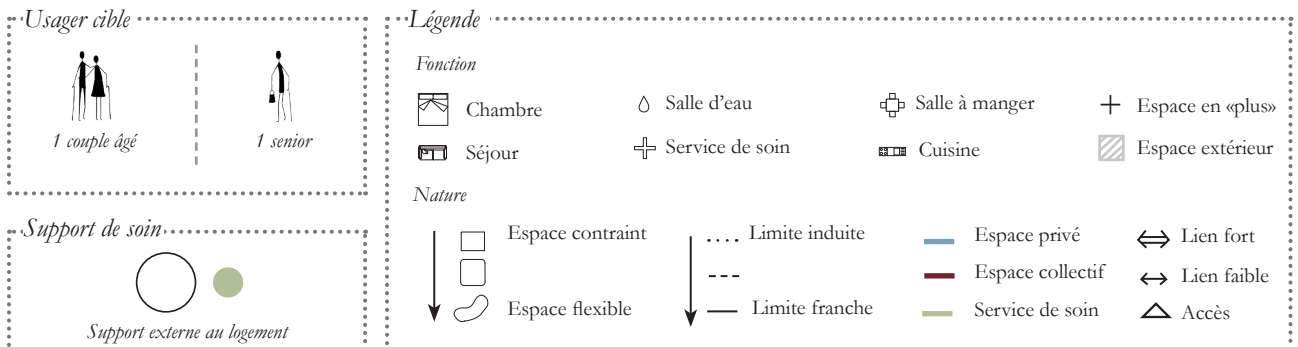
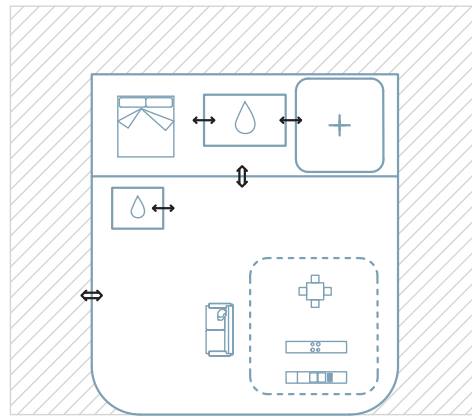


Fig. 22

Habitat individuel

1 Les différents typologies de lieux de vie pour les personnes âgées

1.1. L'habitat individuel

Il s'agit d'un logement privé, occupé par une personne âgée, seule ou en couple. Ce logement peut être une maison ou un appartement, situé aussi bien en milieu urbain qu'en zone rurale, qu'il soit isolé ou entouré de voisins de tout âge, de commerces et de services.

Degré d'autonomie, sécurité et confort

L'habitat individuel, ou le chez-soi, permet une grande liberté de mouvement, d'organisation et de rythme de vie. Cette liberté renforce le sentiment de maîtrise de soi et de son environnement. Toutefois, en cas de déclin des aptitudes fonctionnelles, le logement peut rapidement devenir inadapté : escaliers, salles de bains étroites ou cuisine non sécurisée deviennent des obstacles fonctionnels.

Des travaux d'adaptation (ex : barre d'appui, monte-escalier, douche de plain-pied) sont nécessaires afin de permettre à la personne âgée de rester chez elle le plus longtemps possible. Mais ces travaux restent coûteux et inégalement accessibles, notamment pour les personnes précaires ou locataires.

Degré de lien social

L'habitat individuel ne garantit pas le maintien du lien social. S'il offre la possibilité de conserver ses repères de voisinage ou ses habitudes quotidiennes, ce lien est fragile : la perte de mobilité, l'éloignement des proches, la raréfaction des activités associatives ou collectives peuvent conduire à un isolement social. En particulier, ce risque d'exclusion peut être renforcé dans les zones rurales ou périurbaines peu desservies.

Support de soins

En cas de besoin, la personne âgée peut avoir accès à des aides formelles ou informelles extérieures au logement : infirmiers à domicile, aides-soignants, médecin de visite, service de livraison de repas ou de courses ou encore service d'aide-ménagère. Toutefois, les services de soins sont occasionnels et ne permettent pas une surveillance permanente. Cette absence peut générer un sentiment d'insécurité, notamment pour les personnes vivant seules ou nécessitant un suivi régulier en cas de dépendance avancée, de troubles cognitifs ou de pathologies chroniques.

Ce type de logement convient aux personnes âgées autonomes voire semi-autonomes, capables de gérer seules leurs tâches quotidiennes (hygiène, déplacement, alimentation). Il permet de maintenir les habitudes de vie et la liberté d'action. Toutefois avec l'avancée en âge, la qualité de vie des personnes âgées dépend essentiellement de son environnement physique et social (proximité des services, relations sociales et logement adapté).

Habitat kangourou

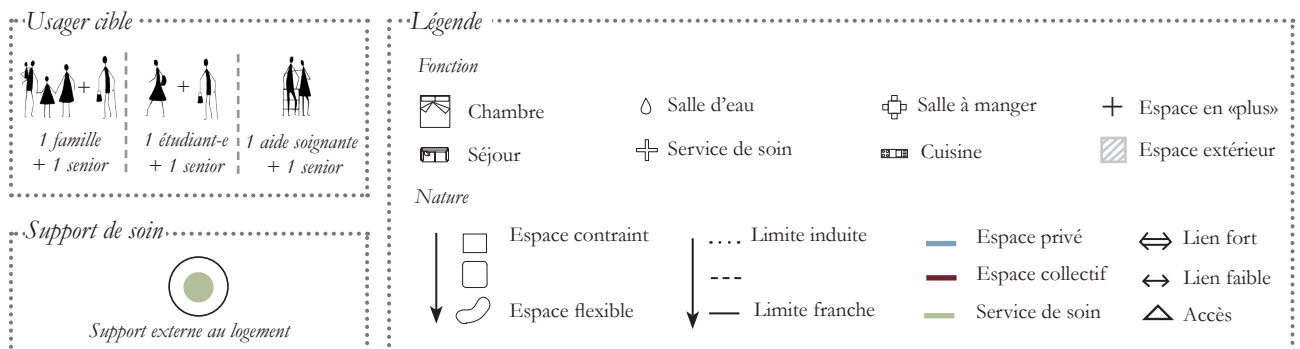
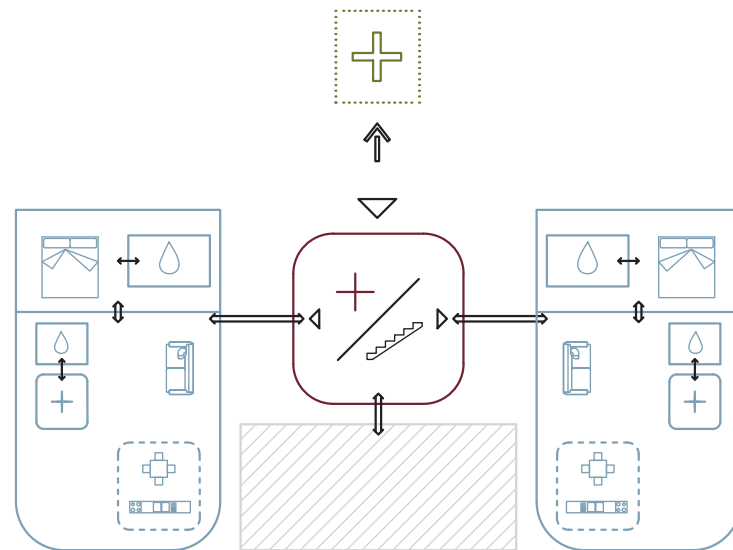


Fig. 23

Habitat partagé

NGUYEN Quynh (2025) Typologies de lieux d'accueil pour les personnes âgées

1.2. L'habitat partagé

HABITA KANGOUROU OU INTERGÉNÉRATIONNEL

L'habitat kangourou ou intergénérationnel est un concept qui consiste à faire cohabiter sous un même toit plusieurs générations : une personne âgée avec soit une famille, un(e) jeune étudiant(e), un(e) travailleur/euse ou encore une famille monoparentale. Dans la plupart des cas, la personne âgée est la propriétaire des lieux. Les modalités des services et du loyer sont prévues dans un contrat. Comme exemple, en Belgique, on peut citer le foyer Dar Al Almal à Molenbeek qui date de 1979.

Degré d'autonomie, sécurité et confort

Chaque génération vit séparément dans des logements indépendants. Ceux-ci sont soit répartis par étage, avec la personne âgée au rez-de-chaussée et le cohabitant à l'étage, soit reliés par un palier commun qui sert d'espace de transition entre les deux logements. Ainsi, la personne âgée peut préserver son indépendance, son autonomie et son intimité personnelle tout en bénéficiant d'une présence quotidienne et d'un soutien mutuel.

Degré de lien social

Ce type d'habitat ne dispose pas d'espace commun de partage. Toutefois, le cadre favorise les interactions sociales régulières sans les imposer. Ainsi, une personne âgée, peut si elle souhaite inviter sa colocataire à partager un moment convivial autour d'un thé ou d'un café.

Support de soins

Les soins reposent principalement sur le système d'entraide mutuelle. En cas de besoin, la personne âgée peut compter sur sa colocataire pour l'accompagner dans certaines tâches du quotidien, comme remplir des papiers administratifs, aller à pharmacie pour récupérer ces médicaments ou faire les courses. En retour, elle peut lui proposer son aide pour garder les enfants, arroser les plantes ou reprendre un vêtement.

Cohabitation

COHABITATION INTERGÉNÉRATIONNELLE

Il s'agit d'une maison partagée dans laquelle plusieurs personnes, de la même génération ou non, décident de vivre ensemble. Par exemple, il peut s'agir d'une personne âgée qui décide d'accueillir, moyennant un loyer, un(e) étudiant(e) dans son logement devenu beaucoup trop grand, ou de plusieurs seniors qui décident de s'installer ensemble pour lutter contre la solitude. En Belgique, il existe l'association 1toit2Ages qui initie des projets de cohabitation entre des personnes âgées et des jeunes travailleurs ou étudiants.

Degré d'autonomie fonctionnel, sécurité et confort

En cohabitation, les espaces privés se résument à une chambre et éventuellement une salle de bain privative. Ce mode d'habitat offre l'avantage de réduire les dépenses, qu'il s'agisse du loyer ou des courses, en partageant les coûts entre résidents. Les tâches quotidiennes sont également partagées. L'ensemble des charges sont réparties en fonction des capacités de chacun (financière ou fonctionnelle), permettant ainsi à chaque habitant de se sentir utile et de contribuer, à son échelle, à la vie commune. Par ailleurs, la présence quotidienne des uns et des autres renforce le sentiment de sécurité.

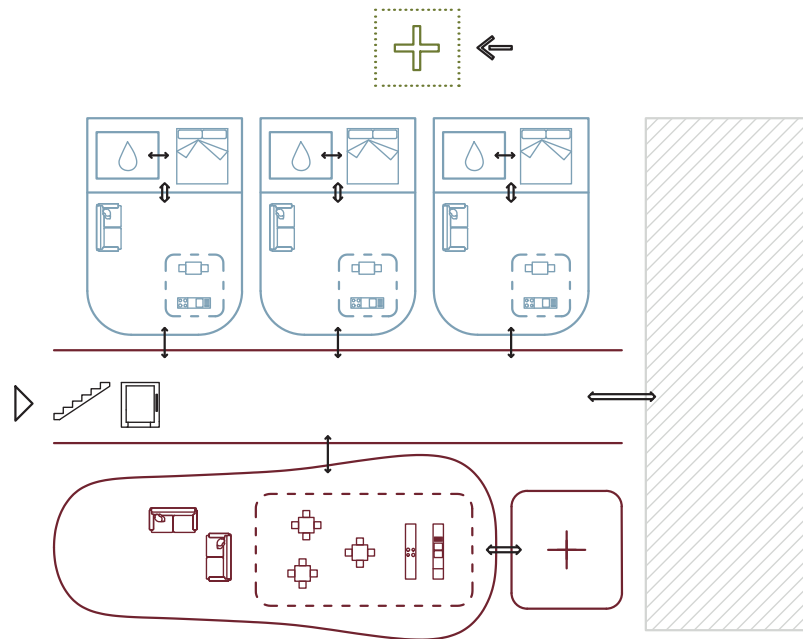
Degré de lien social

Les espaces communs comme la cuisine, le salon et la salle à manger sont partagés. Cette organisation permet de renforcer les moments de partage, en encourageant les échanges et la convivialité, ce qui contribue ainsi à rompre l'isolement et à développer un véritable esprit de communauté.

Support de soins

Comme pour l'habitat kangourou, les soins sont assurés grâce à l'entraide. Les cohabitants veillent chacun les uns et les autres. Néanmoins, les personnes âgées peuvent toujours faire appel à des aides extérieures en cas de problème.

L'objectif de l'habitat partagé est de vivre en bon voisinage et de s'apporter un soutien mutuel en cas de besoin. Ce type d'habitat présente des avantages tant pour la personne âgée que pour les autres cohabitants, qui profitent d'une présence et d'une aide quotidienne tout en préservant leur indépendance.



Béguinage

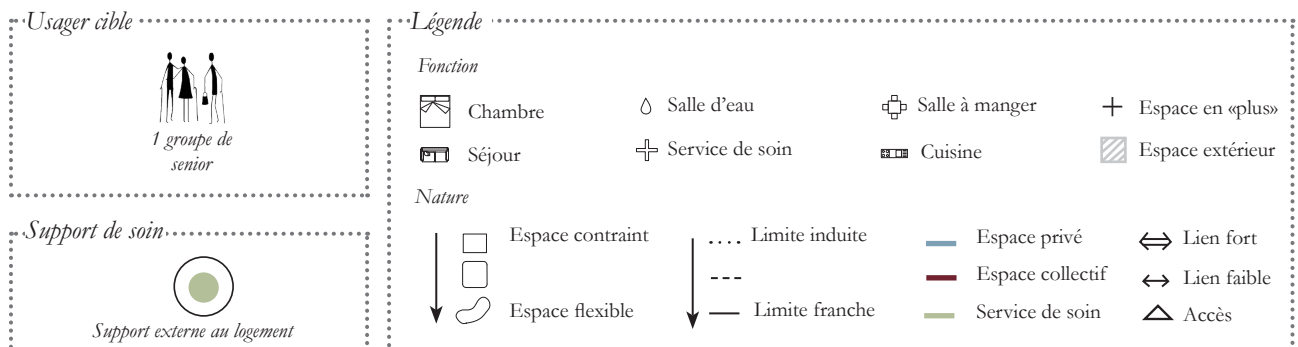
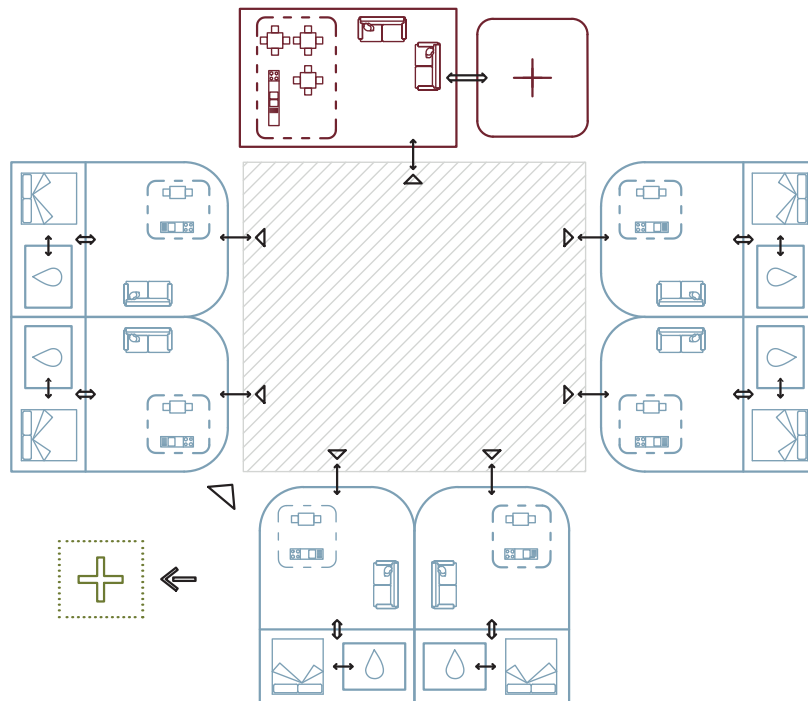


Fig. 25

Habitat groupé

1.3. L'habitat groupé

HABITAT MONO-GÉNÉRATIONNEL AUTOGÉRÉ : LES MAISONS ABBEYFIELD

Les maisons Abbeyfield sont des habitats solidaires et participatifs qui regroupent des habitants de plus de 55 ans, autonomes ou semi-autonomes. La structure est de petite taille et peut compter en moyenne dix occupants. Il existe actuellement 12 maisons Abbeyfield réparties un peu partout sur le territoire belge, comme le Martin-Pêcheur à Watermael-Boitsfort, la tour de Table à Namur, le Getouw à Malle, de Bowoater à Gand ou encore de Notenkraker à Louvain.

Degré d'autonomie, sécurité et confort

Chaque résident dispose de son propre logement de minimum 40 m², équipé d'un séjour, d'une kitchenette, d'une chambre et d'espaces sanitaires. Les résidents gèrent entièrement les espaces, et sont épaulés par des bénévoles extérieurs. Chacun participe à la vie communautaire. Ils se partagent les tâches nécessaires au bon fonctionnement de l'habitat et organisent des activités et des repas collectifs.

Degré de lien social

Les habitants ont délibérément choisi de vivre en communauté. En complément des espaces privatifs, on peut également retrouver des espaces communs comme une buanderie, une chambre d'amis, un jardin commun, une cuisine et une salle à manger qui permettent de partager des repas, discuter ensemble et s'épauler. Les relations sociales sont fondées sur la solidarité, la coopération de chacun et la convivialité.

Support de soins

Les maisons Abbeyfield ne proposent pas de services médicaux ou d'aides au sein de l'habitat. Le fonctionnement repose avant tout sur l'entraide entre les résidents, chacun apportant son soutien selon ses capacités. Toutefois, en cas de besoins, les habitants peuvent solliciter des services d'aide externes. Cette souplesse permet aux résidents de conserver leur autonomie tout en s'assurant, si nécessaire, un accompagnement ponctuel adapté.

HABITAT COMMUNAUTAIRE : LES BÉGUINAGES

Les béguinages sont des groupements de dix à vingt maisons, généralement de plain-pied, qui s'organisent autour d'une cour commune. Les personnes âgées disposent chacune d'une maison privative. Ils s'adressent en particulier à des personnes de plus de 60 ans avec un revenu modeste. Le tarif mensuel varie entre 450 euros et 700 euros. Le béguinage de Lauzelle à Louvain-la-Neuve, datant de 1995, est le plus ancien « néo-béguinage » et le premier à accueillir des personnes âgées.

Le degré d'autonomie, sécurité et confort, le degré de lien social et les supports de soins sont identiques aux maisons Abbeyfield.

Les logements groupés sont des bons choix pour les personnes âgées qui ne souhaitent pas vivre seules mais désirent tout de même préserver leur liberté individuelle et leur intimité. Ils permettent également de lutter contre la solitude et de renforcer les liens de solidarité.

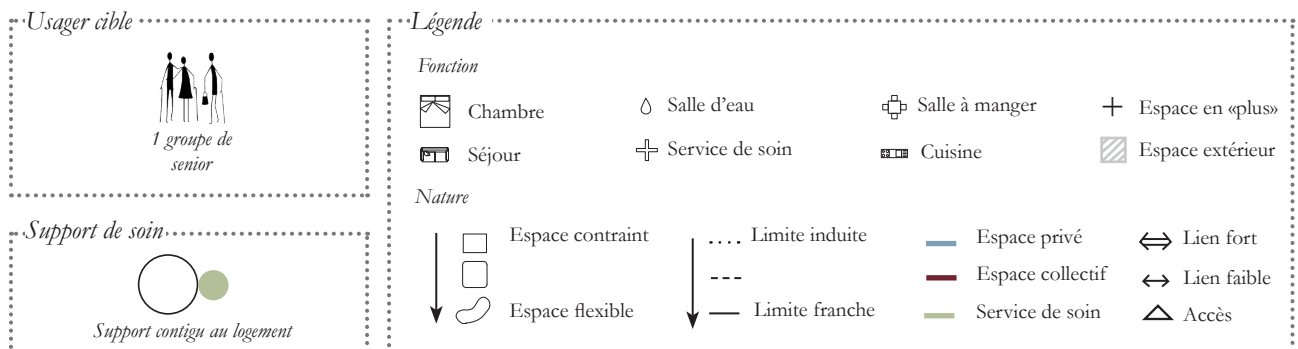
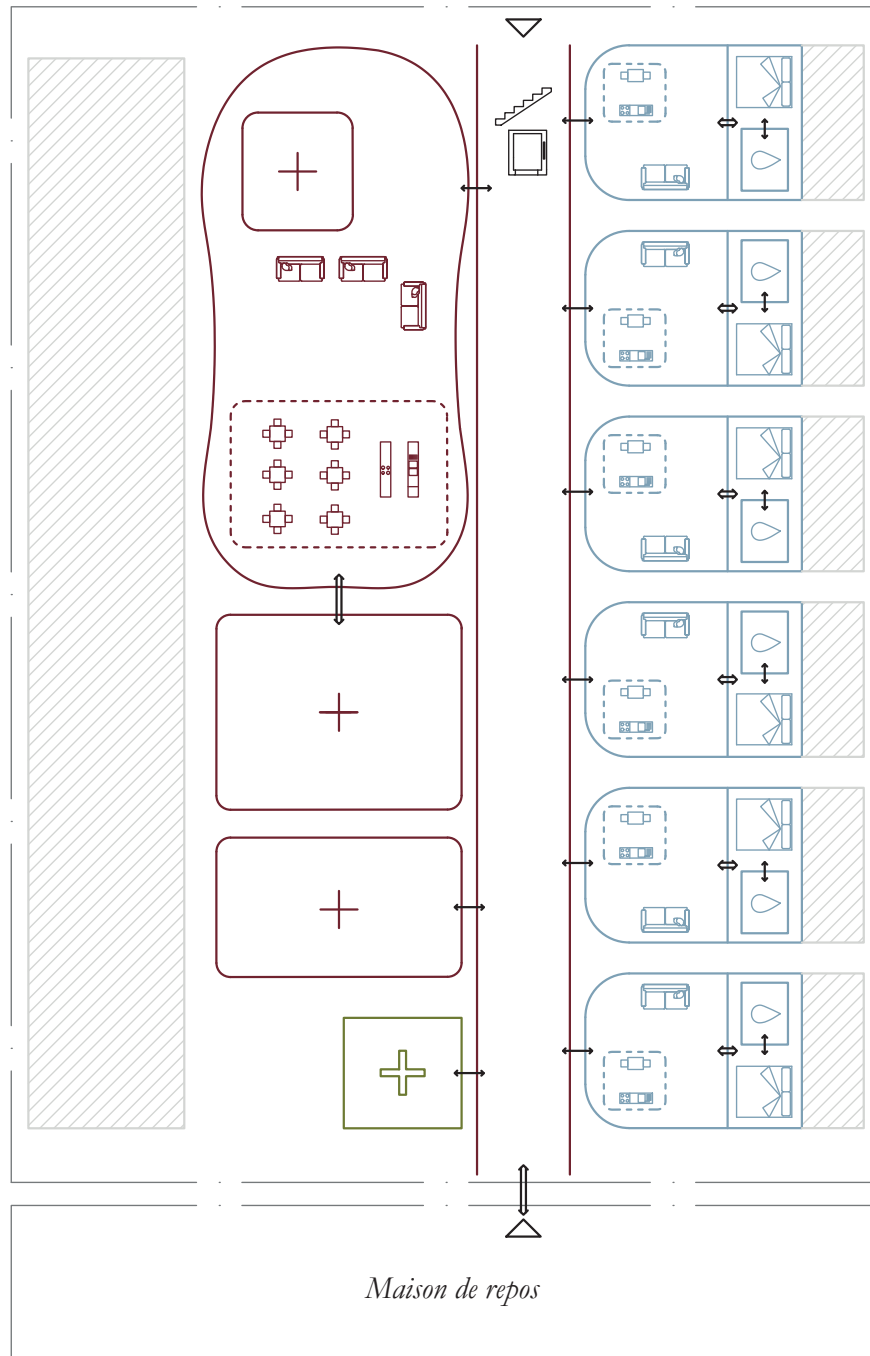


Fig. 26

Résidences-services

NGUYEN Quynh (2025) Typologies de lieux d'accueil pour les personnes âgées

1.4. Les résidences-services

Les résidences-services sont situées à proximité d'une maison de repos avec laquelle ils entretiennent des liens fonctionnels. Ils accueillent des personnes âgées de plus de 60 ans, en couple ou seules, autonomes ou légèrement dépendantes. Les résidences-services comprennent des logements particuliers destinés ou offerts à la location, à la vente ou à toute autre forme d'usage ou d'occupation, même à titre gratuit. Cela permet aux personnes âgées une vie indépendante, avec des équipements communs de services auxquels elles peuvent faire librement appel. Un membre du personnel est toujours présent dans l'établissement, de jour comme de nuit, afin de pouvoir répondre sans délai à tout appel en provenance d'une personne âgée.³⁵ Les résidences-services sont soumises à une législation. L'habitat doit être agréé et respecter une série de normes architecturales (norme PMR, norme de sécurité et incendie), de contrôle des prix, etc. En Belgique, on retrouve comme exemples la résidence Vertefeuille à Tournai, Les tilleuls à Saint-Gilles ou la résidence les Eaux Vives à Uccle

Degré d'autonomie, sécurité et confort

Chaque résident dispose de son propre logement. Le logement comprend au moins un séjour, une cuisine, une chambre et des sanitaires. Le logement est adapté à l'avancée en âge et tous les logements sont équipés d'une sonnette d'alarme, qui peut être utilisée en cas de chute ou de malaise. Cette aide est disponible 24 heures sur 24. De plus, la proximité d'un centre de soins ainsi que celle des voisins contribuent à renforcer ce sentiment de sécurité. Les habitants peuvent jouir de leur indépendance et de leur autonomie mais peuvent également bénéficier de services de soins ou d'aide, à tout moment, moyennant un prix.

Degré de lien social

Les résidents sont entourés de personnes de la même génération avec laquelle ils peuvent nouer des contacts. Au sein de la résidence, des espaces collectifs sont prévus comme une buanderie, une salle de réunion ou d'activité, des jardins communs, une bibliothèque ou encore une chambre d'amis pour encourager les interactions sociales. Des programmes d'animations et des activités collectives sont souvent mis en place (atelier, sortie, événements). Toutefois, les participations restent libres et les liens sociaux dépendent alors de la volonté des résidents et de la dynamique du lieu.

Support de soins

Les services de soins ne sont pas directement intégrés dans la résidence, mais sont accessibles à travers l'établissement médicalisé auquel elle est adossée. Les résidents peuvent y faire appel à tout moment, que ce soit ponctuellement, en cas de besoin spécifique, ou lors d'une urgence. Pour des soins quotidiens, ils peuvent faire appel à des services extérieurs. Parfois, par exemple après une hospitalisation, les besoins peuvent être plus importants. Dans ce cas, les résidents peuvent faire appel aux services disponibles de manière plus intensive, durant le temps nécessaire à sa re-convalescence. Toutefois, ces services sont des suppléments. En fonction des services choisis, un supplément est ajouté au prix mensuel de base.

Ce logement constitue un idéal pour les personnes âgées qui souhaitent préserver une indépendance au quotidien, vivre seules mais entourées, avec un accès à proximité à des services de soins et d'aide disponibles en permanence. Ce modèle valorise la liberté individuelle tout en anticipant les premiers signes de fragilité.

35 Iriscare (2025), *Résidence-service*, Iriscare

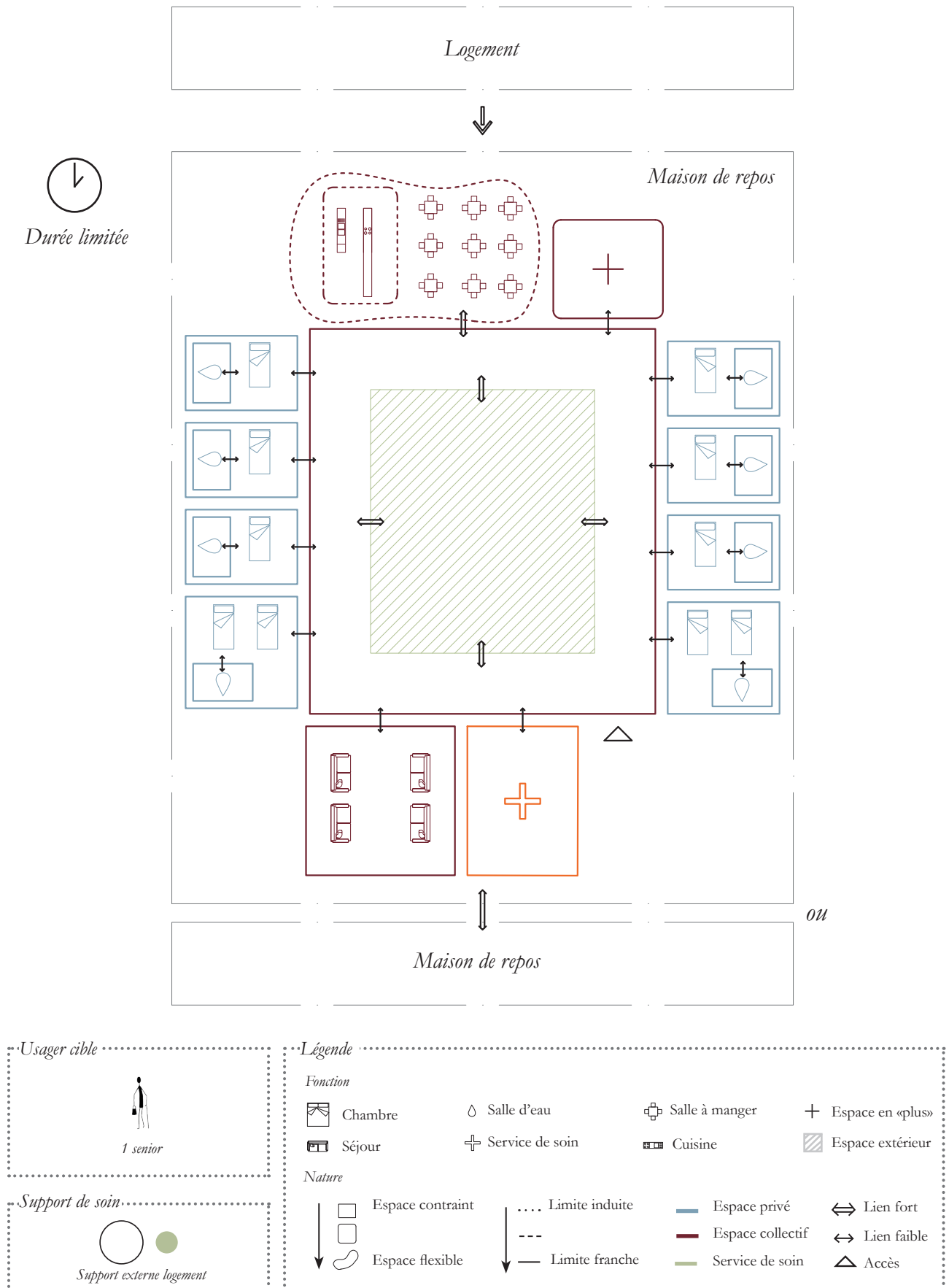


Fig. 27

Centre d'accueil

NGUYEN Quynh (2025) Typologies de lieux d'accueil pour les personnes âgées

1.5. Les centres d'accueil

LES CENTRES DE COURT-SÉJOUR

Les centres de court-séjour sont des hébergements temporaires pour les personnes âgées. Ils sont situés soit à côté, soit au sein d'un établissement médicalisé. Ce type séjour ne peut pas dépasser plus de 90 jours, soit 3 mois par année civile. Cette durée peut être divisée en plusieurs périodes dans le même établissement ou dans un autre établissement de son choix. Ces établissements s'adressent à des personnes âgées de plus de 60 ans. Leur objectif est d'offrir une période de répit aux familles ou aidants proches, mais également une période de convalescence à la suite d'une hospitalisation ou d'un problème de santé.

Les personnes âgées sont hébergées en chambre individuelle ou commune (deux lits) et bénéficient des services et des commodités disponibles au sein de la maison de repos et de soins. Étant donné que la finalité du court séjour est de permettre à la personne de retrouver son domicile, la maison de repos assure un rôle de coordination entre la personne âgée, ses proches, son médecin traitant et les services d'aide ou de soins à son domicile, afin d'assurer que le retour s'effectue dans les meilleures conditions.

LES CENTRE D'ACCUEIL DE JOUR OU DE NUIT

Les centres d'accueil permettent aux personnes âgées qui vivent à domicile de bénéficier d'une aide, de soins et d'animations en journée (9h-17h) ou en soirée (entre 20h et 9h). Ils accueillent des personnes âgées de 60 ans et plus, vivant chez elles et en perte d'autonomie.

LES CENTRES DE SOIN DE JOUR

Les centres de soins de jour, contrairement aux centres d'accueil, accueillent, en journée, des personnes dépendantes souffrant de problèmes physiques ou atteintes de démence, qui ne peuvent plus assurer leur vie quotidienne.

Degré d'autonomie, sécurité et confort (des 3 typologies)

Ces types de centre permettent de préserver une autonomie quotidienne. Ces personnes peuvent rester chez elles et, si elles le souhaitent, se rendre dans ces centres afin de bénéficier d'aides ou de soins.

Degré de lien social (des 3 typologies)

Chaque jour, les centres organisent des activités créatives ou de maintien en forme. Ils organisent également des activités socio-culturelles dans le but de maintenir l'autonomie et favoriser les interactions sociales.

Support de soins (des 3 typologies)

Les supports de soins sont extérieurs au logement. Dans le centre d'accueil, les personnes âgées sont prises en charge par une équipe d'infirmiers. Dans les centres de soins et de court-séjour, l'accompagnement comprend en plus une équipe d'aides-soignants, d'ergothérapeutes, de neuropsychiatres, offrant ainsi un suivi médical plus spécifique.

Ces types d'accueil constituent de bons compléments au maintien à domicile. Ils permettent aux personnes âgées de recevoir, en cas de besoin, un accompagnement médical, des soins adaptés, ainsi que des activités sociales. En plus de soulager les proches aidants, ils contribuent à maintenir les capacités physiques et cognitives tout en réduisant les risques d'isolement social et de solitude.

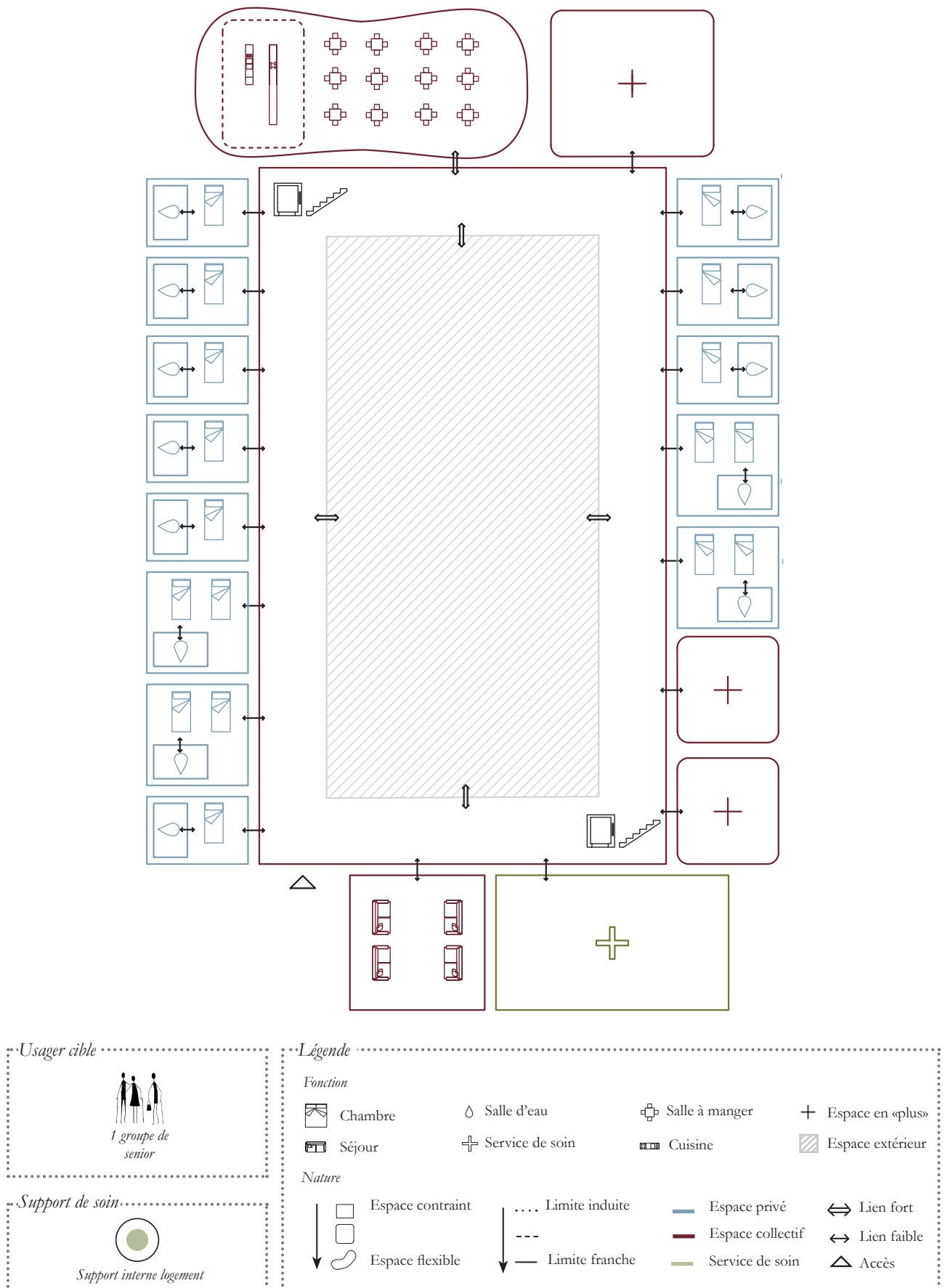


Fig. 28

Court séjour et Maison de repos -et- de soin -
 NGUYEN Quynh (2025) *Typologies de lieux d'accueil pour les personnes âgées*

1.6. Etablissement médicalisé

LES MAISONS DE REPOS (MR) ET LES MAISONS DE REPOS ET DE SOINS (MRS)

Les maisons de repos – et de soins – sont des établissements collectifs, souvent de grande taille. Elles accueillent des personnes âgées de 70 ans minimum en Région wallonne et de 60 ans en Région bruxelloise. Les résidents paient un prix journalier (variant de 50 € à 150 €).

Les maisons de repos sont destinées aux personnes âgées autonomes ou semi-autonomes ayant besoin d'un accompagnement pour les tâches de la vie quotidienne (repas, toilette, déplacement) mais ne nécessitant pas de suivi médical régulier.

Les maisons de repos et de soins sont, quant à elles, destinées aux personnes âgées nécessitant des soins médicaux et une prise en charge plus importante en raison de leur état de dépendance. Ainsi, avant de rentrer, il est nécessaire d'effectuer une évaluation (évaluation de Katz) pour confirmer la nécessité d'une prise en charge spécialisée et quotidienne.

Certaines maisons de repos et de soins disposent d'une unité spécialisée pour les personnes âgées présentant des troubles cognitifs (démence ou maladie de type Alzheimer). Ces personnes bénéficient alors d'un accompagnement adapté et spécifique visant à préserver leurs capacités. Ces unités sont appelées Cantou (Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupation Utiles). La première initiative de Cantou en Belgique est le Cantou de Mariemont village situé à Morlanmez.

Comme pour les résidences-services, les maisons de repos – et de soins – sont soumises au respect des normes architecturales et législatives.

Degré d'autonomie, confort et sécurité

Les résidents peuvent solliciter à tout moment les services d'aide et de soins. Le personnel soignant passe régulièrement tout au long de la journée pour les accompagner dans les tâches comme se laver, se nourrir ou prendre des médicaments. Cette disponibilité constante renforce le sentiment de sécurité et de soutien mais engendre, toutefois, un rythme de vie très structuré, calé sur les horaires du personnel soignant. En effet, ce dernier détermine l'heure à laquelle la personne âgée se lève, mange, prend sa douche, participe à des activités, bénéficie de soins médicaux et se couche. De nombreuses personnes âgées expriment alors le sentiment de ne plus être maîtresses de leur propre vie.

De plus, la taille très réduite des chambres, souvent limitée à un lit et un espace d'eau, ne permet pas aux résidents d'y accueillir leurs proches. Les visites doivent donc se dérouler dans les espaces communs, à des horaires prédéfinis, ce qui limite l'intimité et la spontanéité des échanges.

Degré de lien social

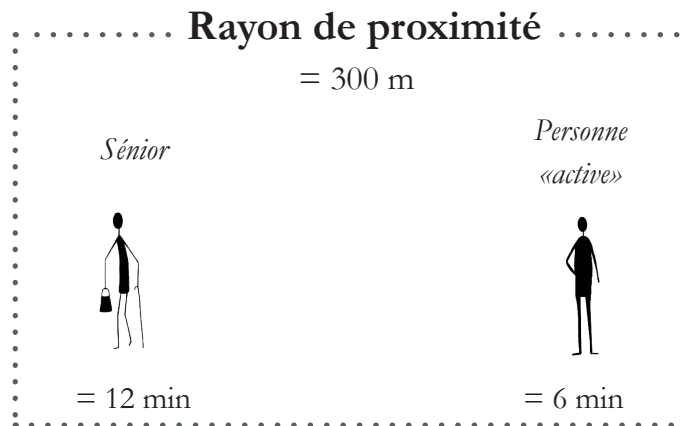
Cependant, la petitesse des chambres est compensée par une offre de services et d'équipements plus importante. Notamment, des espaces communs sont présents pour partager des repas, ainsi que des espaces de détente, des espaces extérieurs collectifs et des lieux où les personnes âgées peuvent se rencontrer et discuter ensemble. Des activités et animations sont également organisées afin de renforcer les liens sociaux. Les espaces sont beaucoup plus spacieux par rapport aux résidences-services. On retrouve ainsi une bibliothèque, une grande cafétéria, un coiffeur, un séjour, une salle des fêtes, une salle d'atelier, etc.

Support de soins

Les résidents disposent, au sein de l'établissement, de services d'aide et de soins avec un personnel médical (infirmiers, soignants, personnels paramédicaux, médecins, ...) présent en permanence, jour comme nuit, pour assurer la surveillance, l'accompagnement et les soins des résidents.

Ce logement convient pour les personnes à forte dépendance qui nécessitent des soins réguliers et une surveillance permanente. La qualité de vie est assurée par un environnement sécurisé et adapté mais souvent au détriment de la liberté, de l'autonomie et de l'individualité de la personne. Ainsi, le modèle peut s'avérer peu satisfaisant pour les gens qui ont un fort désir d'indépendance.

Face à ces limites, de nouveaux modèles émergent, à l'image du modèle Tubbe, expérimentés dans plusieurs établissements. Inspiré de l'expérience scandinave, ce modèle repose sur la création d'une structure à échelle plus humaine, offrant une meilleure autonomie aux personnes âgées en les impliquant davantage dans l'organisation du lieu de vie, comme dans la préparation des repas ou des activités. Ce modèle cherche à réintroduire du sens, de la participation active et un cadre de vie plus proche du cadre familial, afin de redonner aux résidents le pouvoir d'agir sur leur environnement, et ce malgré l'accroissement de leur dépendance.



Service de proximité			
	Sénior	Commun	Habitant du quartier
Mobilité		• Transport en commun • Taxi	
Santé	• Centre de soin spécialisé	• Centre médical • Pharmacie • Hôpital	
Bien-être		• Coiffeur • Esthéticienne • Spa	
Alimentation		• Commerce alimentaire • Restauration	
Loisir et culture		• Bibliothèque • Théâtre • Cinéma • Club de sport • Salle polyvalente	
Travail et éducation		• Centre de formation • Atelier participatif	• École, Université • Espace coworking

Fig. 29

Service de proximité

NGUYEN Quynh (2025) *Les caractéristiques favorisant le soutien fonctionnel*

2 Les caractéristiques architecturales au service du bien vieillir

2.1. Les caractéristiques favorisant le soutien fonctionnel

SERVICE DE PROXIMITÉ

Avec l'avancée en âge, les mobilités se fragilisent et conduisent progressivement à un rétrécissement de l'espace de vie. Dans ce contexte, la présence de services de proximité et d'activités permet aux personnes âgées de rester indépendantes : elles peuvent aller chercher leurs médicaments, aller faire leurs courses, prendre soin d'elles en allant chez le coiffeur sans nécessairement devoir demander de l'aide à autrui. La proximité des différentes activités permet aux personnes âgées de rester actives en participant à des activités culturelles, sportives ou associatives. De ce fait, il s'agit d'un bon moyen pour entretenir, créer des liens et faire partie d'une communauté, et ainsi contribuer à contrecarrer le sentiment de solitude et d'inutilité. De plus, en vieillissant, les besoins de santé deviennent plus fréquents. La proximité de services de soins devient alors un facteur déterminant pour leur bien-être et leur qualité de vie.

Ces services bénéficient à la fois aux personnes âgées mais également aux habitants du quartier et peuvent être :

- Mobilité : transport en commun, taxi, navette ;
- Santé : centre médical, médecin généraliste, pharmacie, centre de soins ou hôpital ;
- Bien-être : coiffeur, esthéticienne, spa ;
- Alimentation : commerce alimentaire, restaurant, café ;
- Loisir et culture : bibliothèque, théâtre, cinéma, club de sport, salle polyvalente, atelier associatif ;
- Travail et éducation : centre de formation, atelier.

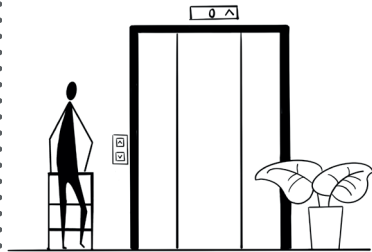
Cette logique s'inscrit pleinement dans le cadre de la ville du quart d'heure imaginé par l'urbaniste Calos Moreno. Ce modèle urbain vise à ce que chaque habitant puisse accéder, dans un rayon de 15 minutes à pied ou à vélo depuis son domicile, à tous les services dont il a besoin pour vivre. Pour une personne âgée, dont les capacités de déplacement sont restreintes, ce rayon de proximité peut être estimé à environ 300 mètres, ce qui équivaut à 12 minutes à pied. Ce rayon peut s'étendre à 400 m pour une personne âgée active, c'est-à-dire en bonne forme physique. À titre de comparaison, pour une personne « active », ce rayon de proximité correspond à environ 600 m, soit le double.

ACCESSIBILITÉ PMR

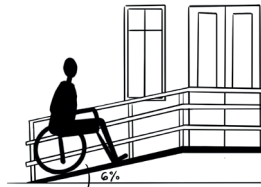
Les établissements hébergeant des personnes âgées doivent impérativement respecter les normes d'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite (PMR). Cela implique la mise en place d'aménagements adaptés à leurs capacités physiques.

Par exemple, les couloirs doivent être suffisamment large, minimum 1,40 m, afin de permettre à une personne utilisant un déambulateur ou un fauteuil roulant de croiser facilement une autre personne dans un espace. Lorsque l'entrée d'un immeuble est surélevée par un trottoir, une rampe d'accès avec une pente maximale de 6 % doit être aménagée pour garantir l'accessibilité au bâtiment. La présence d'un ascenseur est nécessaire pour tout bâtiment comportant des étages. S'il n'est pas possible d'installer un ascenseur

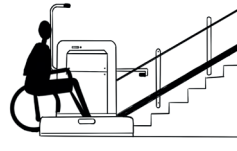
Dispositifs d'accessibilité



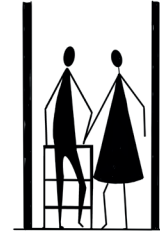
Ascenseur



Rampe



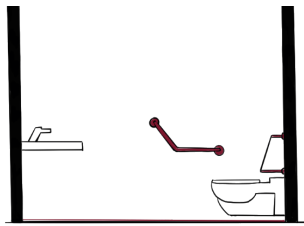
Monte escalier



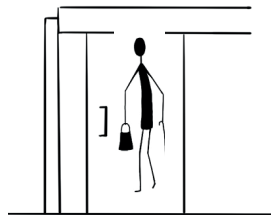
Largeur des
cheminement

Dispositifs d'adaptabilité

Sécurité



Barre d'appui et
revêtement de sol
antidérapant

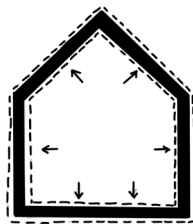


Porte et fenêtre
coulissantes



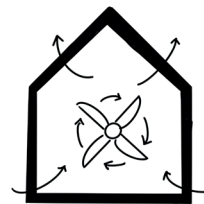
Modularité de
l'espace

Confort



Isolation thermique
(Par l'extérieure ou intérieure)

Confort thermique



Système de ventilation
(Naturelle ou mécanique)

Fig. 30

ou une pente, deux types de « monte-escalier » existent et peuvent s'adapter à tous les types de cages d'escalier soit un fauteuil posé sur un rail qui suit l'escalier, soit une plateforme élévatrice permettant de porter un fauteuil roulant.

ADAPTABILITÉ DU LOGEMENT

Le logement doit pouvoir être adaptable, c'est-à-dire qu'il doit pouvoir s'ajuster aux besoins évolutifs de ses occupants, notamment en cas de perte d'autonomie liée à l'âge, à un handicap ou à une maladie. L'adaptabilité du logement permet de préserver l'autonomie, éviter les accidents domestiques et assurer un meilleur confort de vie à ses occupants.

Sécurité

Les pièces de vie doivent être suffisamment larges et dégagées pour permettre une circulation fluide en fauteuil roulant ou avec un déambulateur. Afin d'éviter les chutes, un revêtement de sol antidérapant et des barres d'appuis ou mains courantes sont conseillées aux endroits qui nécessitent des manœuvres compliquées, tel que les sanitaires.

Afin de rendre l'ouverture des portes et fenêtres moins contraignante pour les seniors les plus âgées, il est préférable d'opter pour des modèles coulissantes, voir de les supprimer lorsque c'est possible.

Les espaces doivent être modulables afin de pouvoir être réaménagés facilement : un bureau situé au rez-de-chaussée doit pouvoir être transformé en chambre pour pouvoir s'adapter à une éventuelle perte de mobilité.

Confort

Avec l'âge les personnes âgées deviennent plus sensibles aux températures basses et hautes. Elles se plaignent souvent d'avoir froid aux extrémités du corps. C'est également la part de la population qui risquent davantage un malaise ou de déshydratation lors des canicules. Une bonne isolation thermique et un bon système de ventilation et de chauffage sont indispensables pour assurer leur confort thermique.

2.2. Les caractéristiques favorisant le soutien social

RAPPORT AVEC LE QUARTIER

Le rapport au quartier, et plus largement aux espaces publics, est l'un des enjeux majeurs pour les établissements à destination des aînés. De plus en plus de projets intègrent, généralement au rez-de-chaussée, des fonctions entièrement publiques. L'idée est d'encourager la mixité des usages et d'ouvrir ces lieux de vie, souvent trop cloisonnés, sur l'extérieur.

Certains projets tels que le « Dries Platanen » à Oostende, le « Gitschotel » à Anvers ou encore le « Die Gosserei » en Suisse illustrent cette démarche. En intégrant divers services directement à l'intérieur de la résidence, ils transforment l'intérieur de l'îlot en un véritable parc semi-public, propice aux rencontres. Le léger retrait par rapport à la rue favorise un environnement plus calme et sécurisé, idéal pour les aînés.

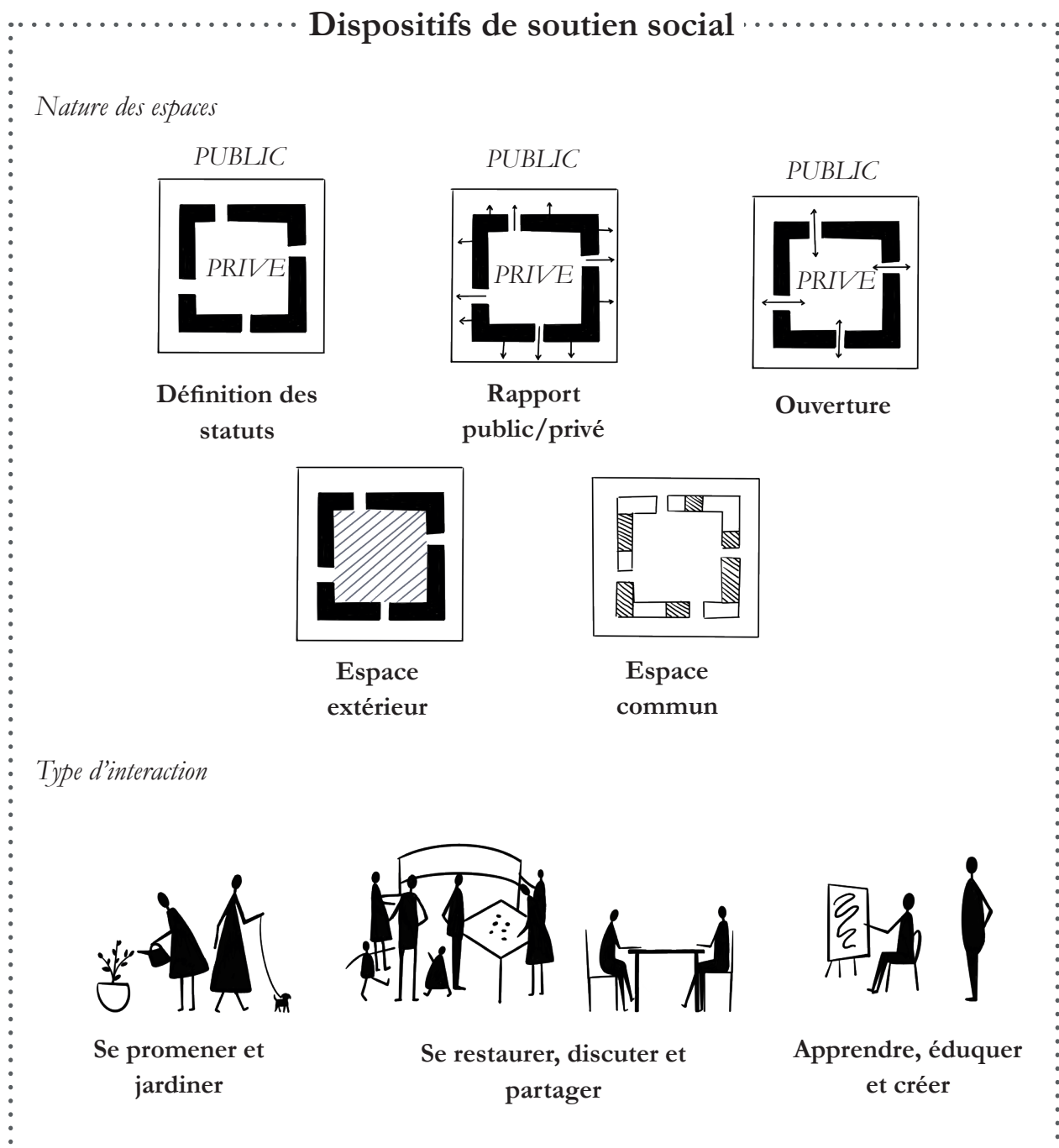


Fig. 31

Dispositif de soutien social

NGUYEN Quynh (2025) *Les caractéristiques favorisant le soutien social*

Dans le projet « Die Gosserei », la présence d'un restaurant coopératif, de petits commerces et d'ateliers d'art et de musique participe non seulement à faciliter le quotidien des aînés, mais offre également des services utiles aux habitants du quartier. Ces espaces ouverts vers l'extérieur encouragent les interactions intergénérationnelles et contribuent à rompre l'isolement.

Par ailleurs, les espaces extérieurs privatifs, comme les balcons orientés vers l'extérieur, permettent aux résidents de rester connectés au monde extérieur. Depuis chez eux, les personnes âgées peuvent contempler les dynamiques de la ville. Cette connexion visuelle devient essentielle lorsque leurs capacités physiques et mentales diminuent fortement et les obligent à rester chez eux.

ESPACE EXTÉRIEURE

Les espaces extérieurs, qu'ils soient privatifs ou collectifs – jardins, parcs, cours, terrasses, balcons – jouent un rôle essentiel pour assurer une bonne qualité de vie aux aînés. Pour les personnes âgées, moins mobiles, qui sortent peu de chez elles, les balcons et les coursives constituent de précieux prolongements du domicile. Ils leur offrent un accès direct à l'air libre, à la lumière du jour, et la possibilité de cultiver quelques plantes. Lorsqu'ils sont conçus pour un usage collectif, ces espaces deviennent des lieux de rencontre, propices aux moments de partage entre voisins.

Un jardin ou une cour bien aménagée, pensés pour être accessibles à tous, incitent les aînés à sortir davantage, à pratiquer une activité physique afin de maintenir leur corps en mouvement et ainsi ralentir le déclin physique et mental.

Les allées bordées de plantes aromatiques ou de fleurs colorées invitent à la promenade et stimulent les sens – parfums, couleurs, textures. Ces jardins à vertu thérapeutique sont bénéfiques pour les personnes atteintes de troubles cognitifs.

L'aménagement de bancs, de tables de jardin ou de coins de repos contribue à créer des espaces propices à la contemplation ou à la conversation. Enfin, la présence de potager partagé apporte aux aînés un passe-temps simple mais gratifiant, qui renoue parfois avec de vieux souvenirs, réactive des gestes oubliés ou offre tout simplement un moment de sérénité au contact de la nature.

ESPACE COMMUN

Les espaces communs constituent un élément central de tout projet de logement pour personnes âgées. Des lieux tels que le séjour, la cuisine ou encore la salle polyvalente deviennent des lieux de rassemblement, de collectivité et de partage. On y célèbre des anniversaires, on y évoque les souvenirs d'autrefois, on y échange des savoirs, on y bricole, on joue ou l'on partage simplement des repas dans une ambiance chaleureuse. Ces moments de convivialité au quotidien créent du lien, nourrissent le sentiment d'appartenance et rompent l'isolement des personnes âgées.

Le projet « Gielbos » à Lille, réalisé par le bureau Dierendonckblancke, en est un parfait exemple. Ici, dans le projet, la cuisine a été pensée comme un lieu central offrant une vue sur chaque recoin de la maison.

2.3. Les caractéristiques favorisant le soutien d'identification

ESPACE PARTICIPATIF

En vieillissant, les personnes âgées voient leur statut et leur rôle social amoindris, voire réduits à néant. Cette perte engendre chez les aînés un sentiment d'inutilité. Des espaces participatifs tels que des centres communautaires, des maisons de quartier, des espaces associatifs ou encore des bibliothèques permettent d'encourager les personnes âgées à rester actives, prendre part à la vie sociale, se rendre utile et par conséquent renforcer l'estime de soi. Ils favorisent les interactions sociales. Le volontariat donne également la possibilité aux aînés d'acquérir de nouvelles compétences, ou d'en transmettre.

Par exemple, la maison de repos et de soins le Libert, à Marche-en-Famenne, a ouvert au rez-de-chaussée de l'établissement un service co-accueil pour accueillir 14 enfants de 0 à 3 ans. Les résidents peuvent ainsi, quand ils le souhaitent, venir rencontrer les enfants et participer à la vie sociale en partageant des moments avec eux et ainsi aider le personnel professionnel. Le projet « papi et mamie lecture » permet aux aînés de venir dans des écoles pour lire des livres aux enfants.

CHAMBRE D'AMIS

Dans de nombreux projets, la présence d'une chambre d'amis ou d'une chambre supplémentaire est primordiale. De nombreux projets disposent d'un tel espace pour que les aînés puissent accueillir sans souci leurs enfants éloignés qui leur rendent visite, ou même encore s'occuper des petits-enfants le temps d'un week-end. C'est le cas, par exemple, dans la maison Abbeyfield – Martin Pêcheur, ou dans l'habitat groupé de Voorkekaar, qui disposent d'une chambre d'amis à l'étage.

3 Enseignement

Le premier chapitre nous a montré que les formes d’habitat sont diverses, allant de l’habitat individuel à l’établissement médicalisé, en passant par des formes intermédiaires telles que l’habitat partagé ou groupé. Cette pluralité de typologies traduit la diversité des parcours, des besoins et des aspirations. Chaque forme d’habitat présente des atouts et des limites en fonction du degré d’autonomie de la personne, de son réseau social ou encore de sa capacité d’agir dans son environnement.

Ainsi, l’habitat individuel est souvent synonyme de grande indépendance, mais peut être rapidement inadapté à la perte progressive des capacités physiques et cognitives, au risque de renforcer l’isolement et de fragiliser la qualité de vie des aînés. À l’opposé, l’établissement médicalisé garantit un haut niveau de sécurité et de soins, mais au prix d’une organisation institutionnelle contraignante, qui peut restreindre la liberté d’action et altérer le sentiment d’individualité.

Le second chapitre a mis en évidence que la qualité de l’environnement bâti – accessibilité, adaptabilité, lien au quartier, présence de services de proximité, de supports de soins et d’espaces collectifs et extérieurs – constitue une condition clé pour faire de l’habitat un réel soutien à la qualité de vie. Un logement bien conçu, connecté aux services de proximité et ouvert sur le quartier permet non seulement de compenser les fragilités liées à l’âge, mais également de renforcer le lien social, de maintenir l’activité quotidienne et de préserver l’estime de soi.

En conclusion, ce double regard montre que vieillir dans des bonnes conditions ne dépend pas uniquement du lieu où l’on vit, mais de la manière dont cet espace accompagne la personne dans ses transformations. Le bon habitat, quel qu’il soit, est celui qui permet de continuer à décider pour soi, à rester en lien avec les autres, et à évoluer dans un environnement vivant et sécurisant.

CONCLUSION

Ce travail, structuré en trois parties, a permis d'appréhender les enjeux et les points d'attention nécessaires à la conception des lieux de vie adaptés aux personnes âgées.

Le premier chapitre a révélé combien le vieillissement est un processus hétérogène, influencé par une multiplicité de facteurs biologiques, cognitifs, sociaux et fonctionnels, qui varient selon les parcours individuels et l'environnement. Vieillir ne se réduit ni à un âge ni à une perte : c'est une transformation progressive qui implique des besoins spécifiques. Pour que cette étape soit vécue dans la dignité, il est indispensable de garantir une continuité d'autonomie, de lien social et d'estime de soi.

Le deuxième chapitre, en retraçant l'évolution historique et sociale des lieux d'accueil, a montré la transition progressive d'un modèle institutionnel, souvent vécu comme une mise à l'écart, vers des formes plus souples et plus ouvertes d'habitat. Qu'il s'agisse de rester chez soi, de partager un logement, ou de rejoindre un habitat collectif, les personnes âgées expriment un besoin clair : continuer à vivre au cœur de la société avec un équilibre entre indépendance, sécurité, et sociabilité. Ces désirs supposent une réinvention des lieux d'accueil, plus flexibles, plus connectés et mieux ancrés à la vie locale.

Le dernier chapitre a souligné que le bien vieillir ne repose pas sur une forme d'habitat figé, mais sur la capacité des lieux à accompagner l'évolution de la personne. Un environnement – accessible, adaptable, relié à des services et inséré dans son quartier – peut devenir un véritable soutien à l'autonomie et à l'inclusion sociale.

Au croisement de ces trois chapitres se dégage un enjeu essentiel : penser les lieux d'accueil à destination des personnes âgées comme des espaces adaptables, évolutifs et en lien avec le quartier, où chacun peut continuer à vivre pleinement, à faire ses propres choix et à tisser des liens.



Fig. 32
Vue aérienne du Grand Hospice
Grand Hospice (2025) Un patrimoine historique

CHAPITRE 1

ÉTUDE DU GRAND HOSPICE PACHÉCO

Situé en plein cœur de Bruxelles, le Grand Hospice Pachéco se distingue par son architecture monumentale. De 1826 à 2017, il a joué un rôle fondamental dans l'accueil des personnes âgées en situation de précarité, faisant ainsi partie intégrante de l'histoire des institutions d'assistance de la ville. Cependant, en raison de son incapacité à satisfaire les normes d'hygiène et de santé actuelles, il a été contraint à fermer ses portes après plus de deux décennies de service. Aujourd'hui, le bâtiment, délabré, est occupé temporairement par l'association Pali-Pali, dans l'attente d'un nouveau projet de logement et de services collectifs.

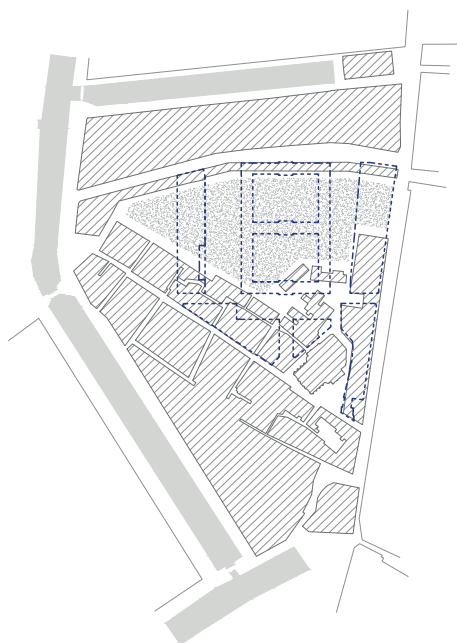
1 Analyse historique et contextuelle

Une histoire liée à la prise en charge de la vieillesse en Belgique

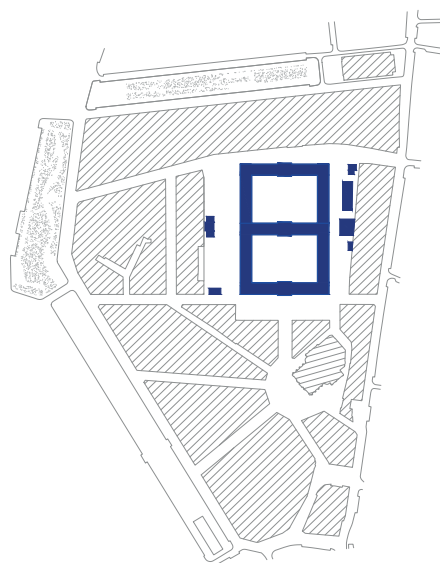
Le grand Hospice Pachéco, autrefois connu sous le nom de l'hospice de l'infirmerie, fut construit entre 1824 et 1826, à l'arrivée du nouveau régime. Comme mentionné dans la première partie de ce travail, cette période est marquée par de profonds bouleversements socio-économiques qui incitent l'État à prendre conscience de la situation des plus vulnérables et à en assumer la gestion. Jusqu'alors, l'assistance aux personnes âgées et aux pauvres reposait essentiellement sur la charité religieuse.

C'est dans ce contexte que le Conseil général des Hospices (précurseur du CPAS) reçoit pour mission de construire un hospice moderne à Bruxelles : Le Grand Hospice Pachéco, conçu pour accueillir les résidents de l'Hôpital St-Jean, de l'Hôpital St-Pierre et de l'Hôpital Réunis. Ainsi, il devient le premier hospice bruxellois administré par l'État et s'inscrit comme l'une des trois plus importantes institutions de soins à Bruxelles, avec les hôpitaux Saint-Jean et Saint-Pierre. Cette étape marque un tournant majeur dans la prise en charge de la vieillesse.

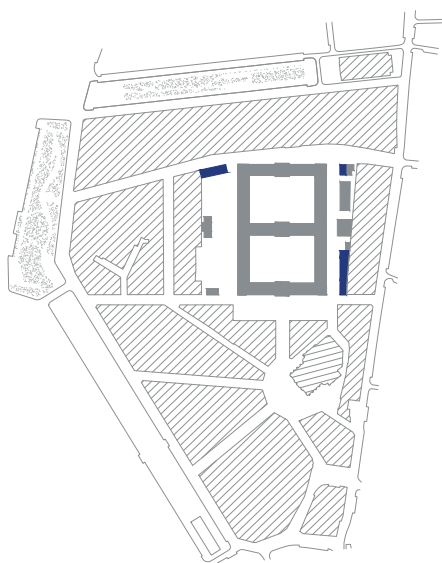
À l'origine, l'édifice comprenait des ailes distinctes et des cours : celles situées au nord, donnant sur la rue du Canal, étaient destinées aux hommes, tandis que celles au sud, du côté de la rue de l'Hospice, étaient destinées aux femmes. Les résidents étaient répartis selon leur sexe ainsi que leurs aptitudes physiques : les vieillards valides occupaient le rez-de-chaussée, les infirmes étaient installés au premier étage et les cancéreux étaient relégués dans un des pavillons situés à l'extérieur de l'édifice. Dès sa création, l'établissement intégrait des services de surveillance en gériatrie et en recherche sur le cancer, qui prirent une importance croissante au cours du XIXe siècle.



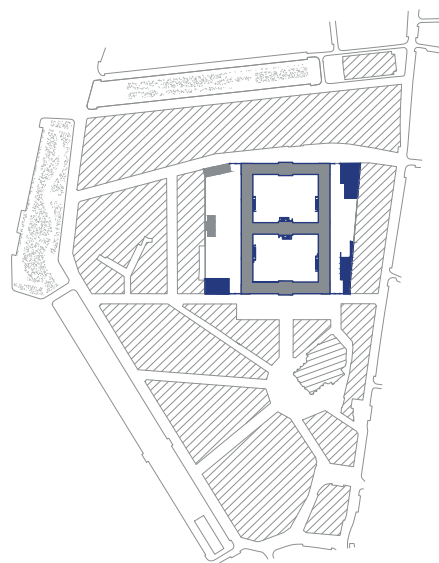
XIII^e siècle - XVIII^e siècle
Le béguinage de Bruxelles



1824 - 1835
*Construction du Grand Hospice
+ Travaux de transformation du quartier*



1845 - 1872
Transformation et ajout de pavillons



1976 - 1982
*Rénovation de l'ensemble du bâtiment
par les architectes F. Blomme, J.P. Petit, J.
Vandevoorde, P. Vissers*

Fig. 33

Évolution du bâtiment au cours du temps
NGUYEN Quynh (2025) *Analyse historique et contextuelle*

Vers le XIXe siècle, une crise majeure touche l'ensemble du territoire, affectant aussi bien les villes que les campagnes. Cette situation entraîne une augmentation significative du nombre d'indigents dans les hospices. En 1849, l'établissement n'abrite pas moins de 725 pensionnaires, contre 480 au moment de sa création. Pour faire face à cette surcharge, les autorités décident de limiter l'accueil aux vieillards infirmes et incurables et de renvoyer le restant des résidents chez eux. Cette orientation vers une assistance à domicile a permis de désengorger l'hospice et de libérer les locaux.

De 1851 à 1888, les espaces ainsi vacants sont loués à la ville de Bruxelles, qui y installe l'École de commerce et d'industrie. À partir de 1889, ces espaces sont abrités par les pensionnaires de l'ancien hospice Pachéco. Fondé en 1713 par Isabelle Des Marez, en souvenir de son époux Antoine Pachéco, cet hospice était destiné à accueillir des femmes âgées, veuves et issues de la bourgeoisie. Initialement, les pensionnaires résidaient dans un édifice situé sur l'ancienne rue Pachéco, avant d'être transférées vers 1829 dans un nouvel édifice érigé, selon les plans également de Partoes, en bordure du boulevard Waterloo. Toutefois, l'aménagement des abords du Palais de Justice entraîna la démolition de ce second bâtiment, et les pensionnaires furent une dernière fois déplacés vers l'Hospice de l'infirmerie (Grand Hospice). Peu de temps après la fusion de ces deux institutions, l'hospice de l'infirmerie fut rebaptisé Institut Pachéco ou Grand Hospice Pachéco. Avec le temps, au rythme des mutations sociétales et des réformes politiques, l'édifice se transforme peu à peu, passant du statut d'hospice à maison de repos.

Un bâtiment et son quartier

Le bâtiment fut édifié sur l'emplacement des jardins de l'ancien quartier du béguinage de Bruxelles. Ce béguinage datait du XIIIe siècle et fut démantelé à la fin du XVIIIe siècle, après la conquête des Pays-Bas par la France. En complément de porter assistance aux pauvres et aux démunis, la construction de l'hospice s'inscrivait dans un vaste projet d'embellissement et d'assainissement des quartiers insalubres de la ville. Dès le départ, le programme prévoyait de grands travaux de restructuration du quartier. Les égouts furent voûtés et enfouis sous terre, tandis que les tracés des voiries furent repensés et agrandis afin de clarifier le tissu urbain. L'ancien quartier des béguines, autrefois isolé de la ville, fit alors partie intégrante de la ville. Les petites ruelles et impasses devinrent des voies publiques, et les anciennes habitations des béguines furent, pour la plupart, détruites ou totalement transformées.

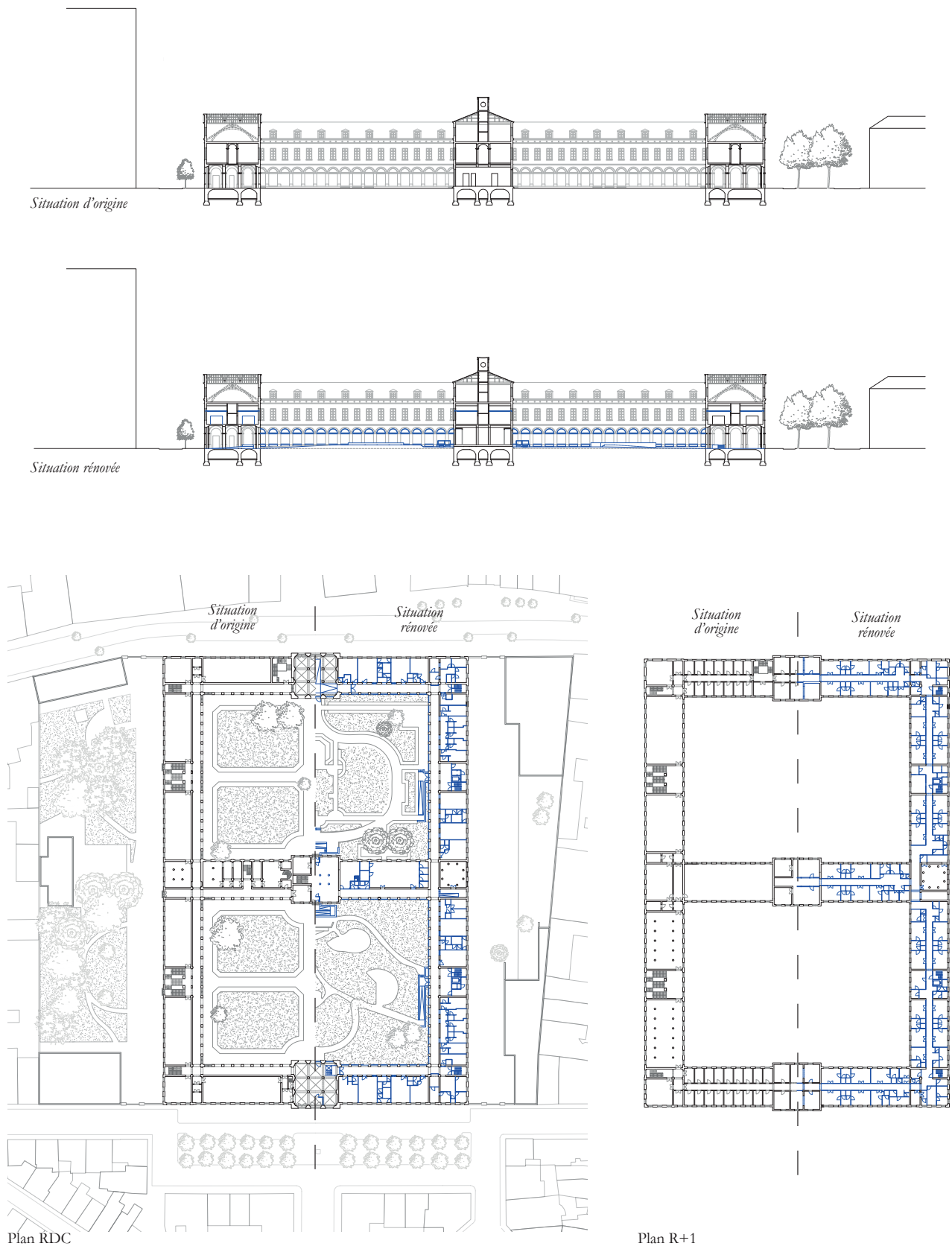


Fig. 34

Plan et coupe - situation d'origine vs situation rénovée
NGUYEN Quynh (2025) *Analyse architecturale et patrimoniale*

2 Analyse architecturale et patrimoniale

Sur base des théories de l'architecte et théoricien J.N.L. Durand, l'architecte Henri Louis Partoes dessina un édifice tout en symétrie, sur un rythme régulier, combinant ordonnance, rationalité et sobriété. L'édifice se compose de deux quadrilatères abritant au centre 2 vastes cours. La composition du plan est structurée selon une grille rigoureusement déterminée par le croisement d'axes de symétrie. Les éléments de supports et les ouvertures y sont répartis de manière régulière, en conformité avec cette trame géométrique et la répartition symétrique des espaces.

Les cours sont bordées tout le long de larges galeries voûtées, percées d'arcades cintrées dont chaque colonne rythme le plan. Ces galeries servent de promenoirs et de zones de transition entre l'espace privé et l'espace public. L'aile centrale, qui sépare les deux cours, accueillait auparavant les équipements collectifs tels que le réfectoire, les cuisines, la buanderie et la pharmacie, ainsi que le logement du directeur. Les ailes latérales, quant à elles, étaient destinées aux chambres, salles communes et escaliers. Au cœur de l'aile droite, on trouve une chapelle sur deux niveaux, conçue selon le modèle des salons italiens. Cette rotonde est surmontée d'une coupole et décorée à l'intérieur de quatre œuvres de François-Joseph Navez : la Vierge à la chaise, ainsi que les allégories de la Foi, de l'Espérance et de la charité.

L'élévation sobre compte deux niveaux sur caves et est rythmée par une succession de travées régulières, soulignées par des bandeaux continus. La monotonie de l'ensemble est toutefois atténuée par une série d'éléments. Chaque aile transversale est interrompue par un pavillon central légèrement en retrait, les quatre angles se démarquent par un léger ressaut, et la répartition ainsi que la largeur des travées varient subtilement d'une aile à l'autre, permettant d'apporter des ajustements visuels et d'adoucir la rigidité de l'ensemble de la composition.

Évolution du bâtiment au cours du temps

Après sa construction, l'édifice n'a connu qu'une seule intervention majeure, réalisée dans les années 1970. Jusque-là, le Grand Hospice n'avait subi aucune modification profonde, hormis des travaux d'entretien ou des transformations au niveau des pavillons annexes.

Cette rénovation avait pour objectif de moderniser l'établissement afin de l'adapter aux besoins gériatriques des maisons de repos de cette époque. La transformation a principalement porté sur l'amélioration du confort thermique, avec le remplacement des châssis simples par du double vitrage. Les anciens dortoirs collectifs ont été transformés en chambres, offrant aux résidents davantage de confort et d'intimité. L'accessibilité du bâtiment a également été revue en prévoyant des rampes et en installant des ascenseurs pour les personnes à mobilité réduite. Malgré cette rénovation, les principes fondamentaux de la composition d'origine ont été scrupuleusement respectés, préservant ainsi l'harmonie et la symétrie du bâtiment. Seul le dessin des jardins au niveau des cours intérieures a été entièrement repensé.

Grâce à ce projet, les architectes F. Blomme, J.P. Petit, J. Vandevoorde, P. Vissers ont remporté le prix Europa Nostra qui récompense les projets patrimoniaux exemplaires.

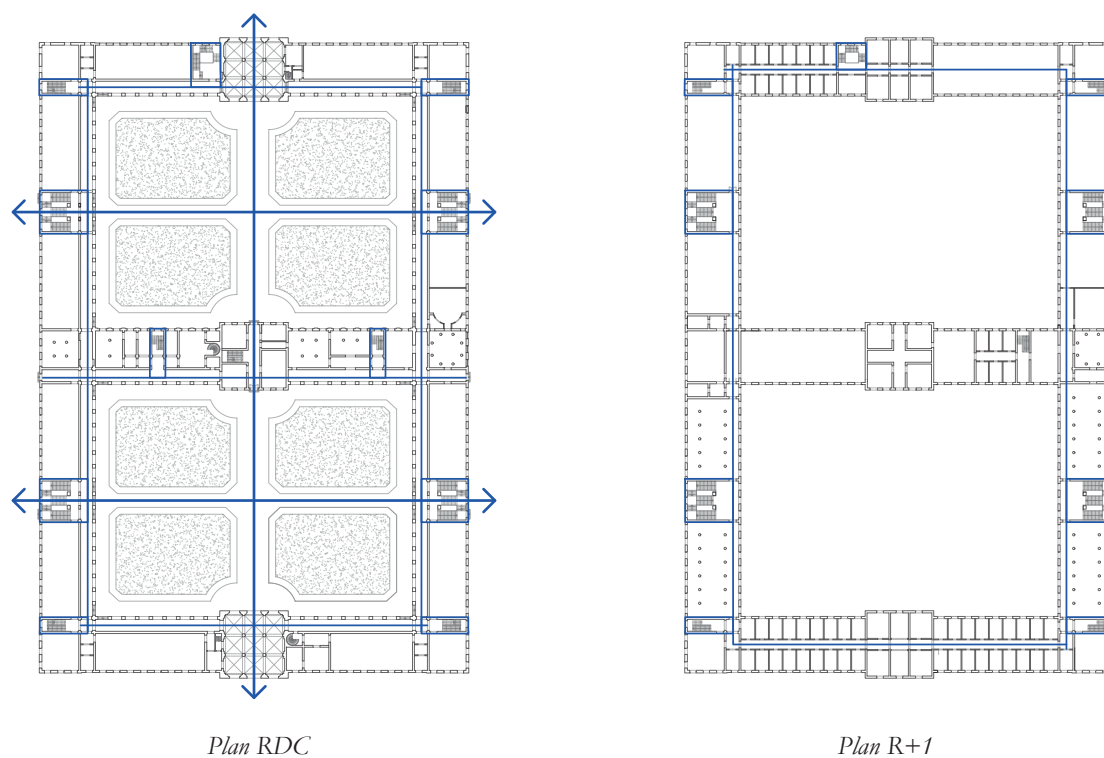


Fig. 35
Schéma de principe - circulation d'origine
NGUYEN Quynh (2025) *Analyse architecturale et patrimoniale*



Fig. 36
Escalier monumental d'origine - Photographie ancienne
COEKELBERGHS D., COENEN H., LOZE P. , (1983) *Un ensemble néo-classique à Bruxelles : le grand hospice et le quartier du Béguinage*

En 2017, après deux décennies de service, le bâtiment a été contraint de fermer ses portes car il ne répondait plus aux normes d'hygiène et de santé en vigueur pour les maisons de repos. Par conséquent, les résidents ont dû être transférés dans d'autres établissements. Depuis sa fermeture, l'édifice est occupé temporairement par l'association Pali-Pali, dans l'attente d'un projet de reconversion. Les anciens espaces ont été réinvestis par divers acteurs – artistes, artisans et associations de quartier – afin d'y organiser des activités et des événements collectifs et participatifs : braderies, ateliers artistiques, séances de méditation, concerts, représentations théâtrales et tant d'autres. Cette initiative, par la réouverture du site au public et par un renforcement des dynamismes de quartier, vise à redonner vie à ce site remarquable.

Valeur patrimoniale

En conclusion des éléments abordés précédemment, plusieurs caractéristiques font du bâtiment du Grand Hospice et de son quartier un ensemble remarquable et de très grand intérêt patrimonial, tant sur le plan architectural qu'historique.

Tout d'abord, l'édifice illustre parfaitement les caractéristiques de l'architecture néo-classique en Belgique. Les façades, construites en briques rouges enduites, reposent sur un soubassement en pierre bleue. Les éléments décoratifs sont sobres, avec des colonnes doriques et des frontons triangulaires qui couronnent les entrées principales. Enfin, l'ensemble de la composition a été conçu selon des principes majeurs propres à ce courant architectural : symétrie, axialité, ordonnance, rythme, répétitivité et hiérarchie.

À ces qualités formelles s'ajoutent également quelques éléments architecturaux remarquables encore visibles aujourd'hui : les quatre escaliers monumentaux, dont la forme a été modifiée mais dont le principe de circulation d'origine a été maintenu, les galeries qui longent les cours intérieures, la chapelle, les bâtiments marquant les entrées principales, le bâtiment central du directeur ainsi que les combles.

Au-delà de son architecture, le Grand Hospice se distingue également par son histoire. Il témoigne de l'évolution des politiques sociales au XIX^e siècle en Belgique, en marquant un tournant dans la prise en charge des pauvres et des personnes âgées : le passage de la charité religieuse à l'assistance publique.

Ainsi, l'ensemble de ses caractéristiques font de ce patrimoine un édifice qui vaut la peine d'être (re)valorisé.

- Arrêté du 4/11/1975 : Classement de la totalité des bâtiments d'origines
 - Le quadrilatère
 - Les pavillons Ouest et Est
- Arrêté du 3/07/1997 : Classement des jardins de l'hospice
 - L'ancienne cour des femmes au Sud
 - L'ancienne cour des hommes au Nord
 - Le jardin situé à l'Ouest du bâtiment
- + Classement d'arbres remarquables sur le site
 - Un marronnier du Japon de 21 m de haut et de 16 m de couronne (le plus gros de son espèce dans la région de Bruxelles-Capitale)
 - Un marronnier commun de 21 m de haut et 11 m de couronne



Fig. 37

Galleries - Photographie ancienne

COEKELBERGHS D., COENEN H., LOZE P. , (1983) *Un ensemble néo-classique à Bruxelles : le grand hospice et le quartier du Béguinage,*



Fig. 38

Chapelle - Photographie ancienne

COEKELBERGHS D., COENEN H., LOZE P. (1983) *Un ensemble néo-classique à Bruxelles : le grand hospice et le quartier du Béguinage*



Fig. 39

Bâtiment de l'entrée principale- Photographie ancienne

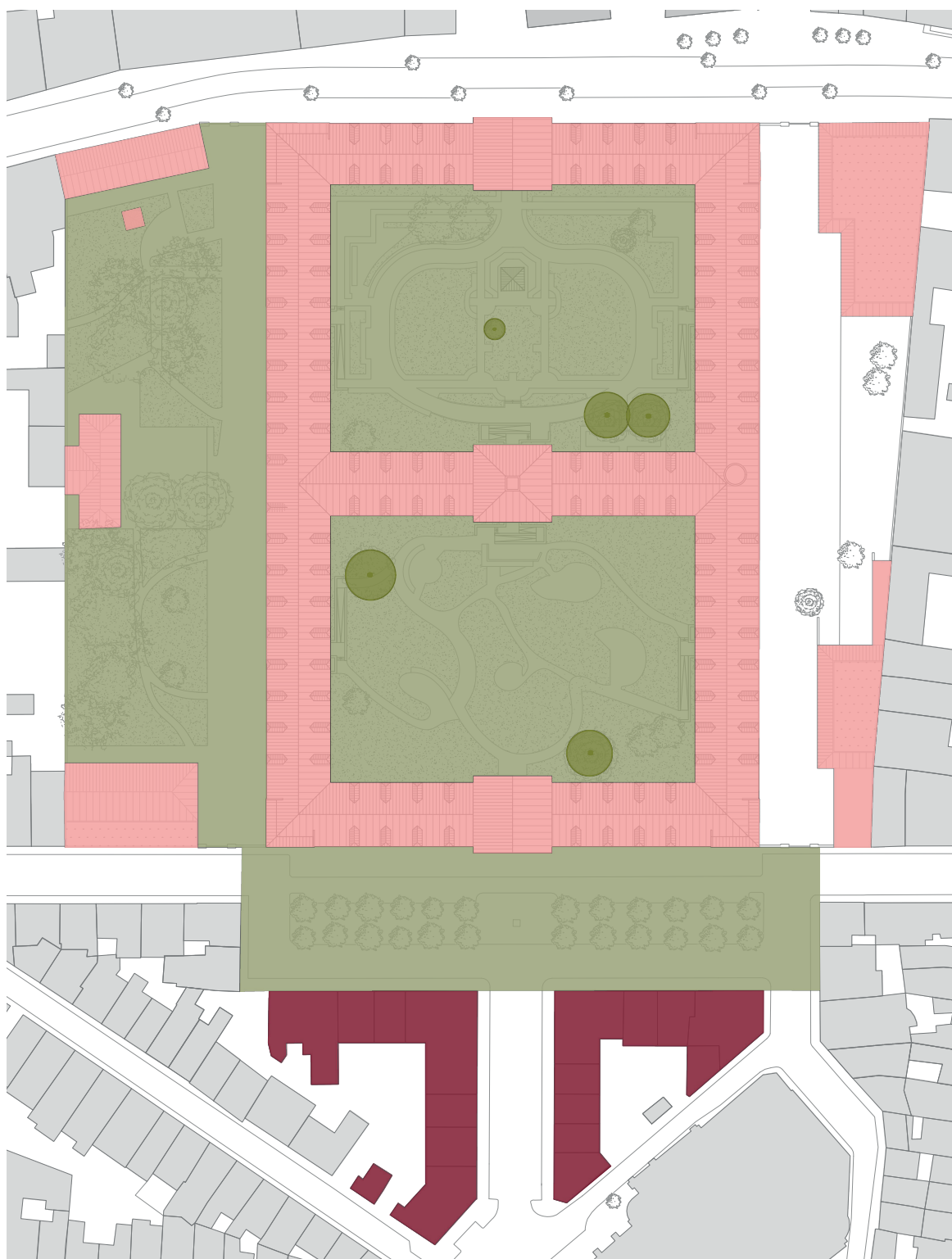
COEKELBERGHS D., COENEN H., LOZE P. (1983) *Un ensemble néo-classique à Bruxelles : le grand hospice et le quartier du Béguinage*



Fig. 40

Chapelle - Photographie ancienne

Archive d'Urban Brussel



- | | |
|---|---|
| ■ Arrêté du 4/11/1975 : Classement de la totalité des bâtiments d'origines | ■ + Classement des arbres remarquables sur le site |
| ■ Arrêté du 3/07/1997 : Classement des jardins de l'hospice | ■ Arrêté du 10/05/1997 : Classement du complexe Sud situé sur la rue Grand-Hospice |

Fig. 41

Classement patrimoniale

NGUYEN Quynh (2025) *Analyse architecturale et patrimoniale*

Un frêne à feuille étroite de 23 m de haut et 12 m de couronne (le deuxième plus gros de son espèce dans la région de Bruxelles- Capitale)

- Arrêté du 10/05/1997 : Classement du complexe Sud situé sur la rue Grand-Hospice

État actuel

Depuis sa fermeture, le bâtiment présente des signes évidents de dégradation liés au manque d'entretien. À l'extérieur, la façade perd peu à peu de sa teinte d'origine, l'enduit de finition se fissure et se détache par endroits. De plus, des traces d'humidité et des infiltrations d'eau sont également visibles sur plusieurs parties de la façade, témoignant d'une altération continue du bâti. À l'intérieur, le revêtement et les châssis en bois s'effritent progressivement.

Ces détériorations, si elles se poursuivent, risquent non seulement d'altérer durablement la valeur patrimoniale du lieu, mais également sa réutilisation future. Elles soulignent ainsi la nécessité d'une réhabilitation afin de préserver la valeur historique et patrimoniale de l'édifice, tout en le préparant à un nouvel usage plus adapté aux besoins actuels.

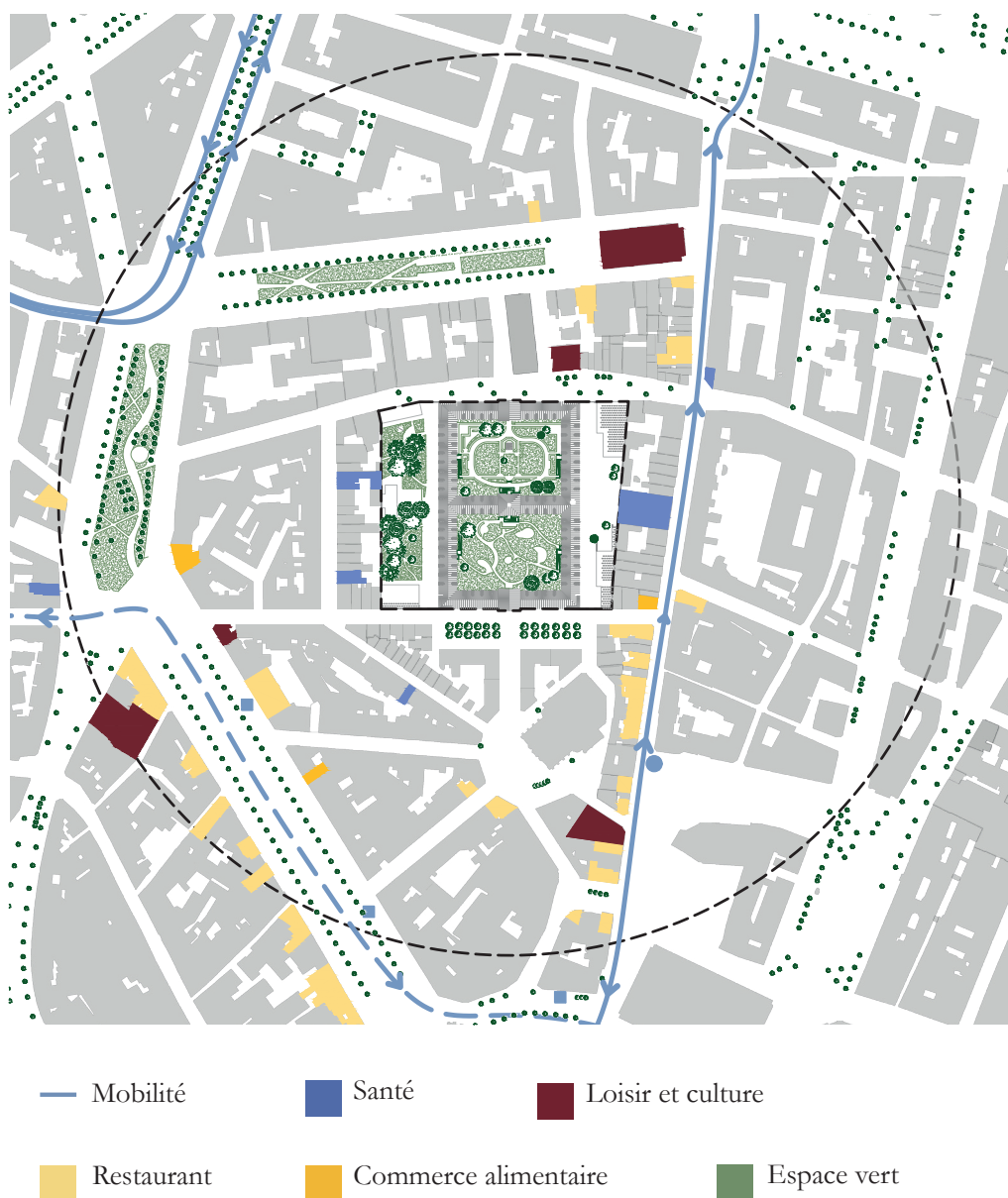


Fig. 42
 Quartier du Grand Hospice - Service de proximité
 NGUYEN Quynh (2025) *Analyse programmatique*

CHAPITRE 2

PROPOSITION DE PROJET

1 Démarche conceptuelle

1.1. Analyse programmatique

SERVICE DE PROXIMITÉ

Le bâtiment se situe au cœur de Bruxelles, dans un quartier bien desservi par le transport en commun, avec des lignes de métro dans un rayon de 300 mètres. On y retrouve également de nombreux restaurants. En revanche, le quartier manque d'activités culturelles, de lieux de loisirs et de commerces alimentaires. Afin de répondre aux besoins quotidiens des personnes âgées et de dynamiser le quartier, mon choix s'est porté sur l'intégration de plusieurs services et équipements au sein du bâtiment et des de ses pavillons. S'appuyant sur la listes de services de proximité bénéfique à fois aux senior et aux habitants du quartier cité précédemment, le programme comprend : centre médical, un atelier manuel, une épicerie, un espace de co-working/atelier associatif, une maison de quartier, une garderie/crèche, un restaurant associatif, une maison d'accueil ainsi qu'un salon de coiffure et esthétique.

RAPPORT PUBLIC/ PRIVÉ

Le Grand Hospice Pachéco comprend quatre espaces extérieurs : deux jardins intérieurs situés au sud et au nord du bâtiment et deux jardins latéraux à l'est et l'ouest. Le jardin sud, donnant sur la rue du Grand Hospice et sur le centre-ville de Bruxelles. Dans cette logique de favoriser les interactions sociales et d'ouverture vers le quartier, il adopte ainsi un statut public. A l'inverse, le jardin nord, plus en retrait par rapport au centre-ville, est réservé à un usage privé. Les espaces latéraux complètent cette organisation : celui à l'est, plus étroit, s'apparente à une ruelle traversante, tandis que celui à l'ouest, plus clos est pensé comme un parc privatif.

Ainsi au regard du statut des espaces extérieurs, on peut dire qu'au niveau du rez-de-chaussée : les usages publics sont regroupés du côté sud (restaurant, maison de quartier) et le long de l'aile est (espace de co-working/atelier, salon de coiffure et esthétique). Les ailes nord et ouest accueillent quant à elles des fonctions à caractère semi-privées telles que les logements et les équipements. Cette logique s'étend également aux pavillons extérieurs : à l'ouest, on retrouve des usages semi-privés (garderie/crèche et maison d'accueil) tandis qu'à l'est, le long de la ruelle se concentrent des fonctions publiques telles que l'épicerie, l'atelier manuel et le centre médical.

HABITAT ADAPTÉ ET ÉVOLUTIF

Le bâtiment du Grand Hospice Pacheco présente une grande spatialité, lui permettant d'accueillir une diversité de typologies d'habitat citées précédemment : habitat partagé, groupé, habitat individuel, centre d'accueil et résidence-services. Mais, il peut également offrir des espaces d'habitat pour les personnes autonomes ou semi-autonomes et les personnes dépendantes. Le quadrilatère situé au nord, à caractère privé, est alors dédié aux personnes semi-autonomes. Il comprends des équipements médicaux (infirmierie, cafétéria, ...) et des logements individuels adaptés aux personnes à mobilité réduite. A l'inverse, le quadrilatère sud est dédié aux personnes autonomes et semi-autonomes avec au niveau de l'aile ouest et est des logements partagés fonctionnant en duplex. Les ailes sud et centrale, beaucoup plus larges permettent d'avoir un logement groupé.

1.2. Interventions constructives

L'analyse du cas d'étude du Grand Hospice Pacheco a permis de mettre en lumière sa valeur patrimoniale et historique. Toutefois, la structure actuelle, héritée d'un modèle institutionnel rigide, limite sa capacité à répondre aux besoins actuels des personnes âgées identifiés tout au long de cette recherche : connexion au quartier, accessibilité et adaptabilité du logement. Ainsi, la stratégie de reconversion s'articule autour deux axes complémentaires : préserver et valoriser les éléments remarquables tout en adaptant le bâtiment aux évolutions sociales et aux nouvelles attentes.

CONSERVER ET VALORISER

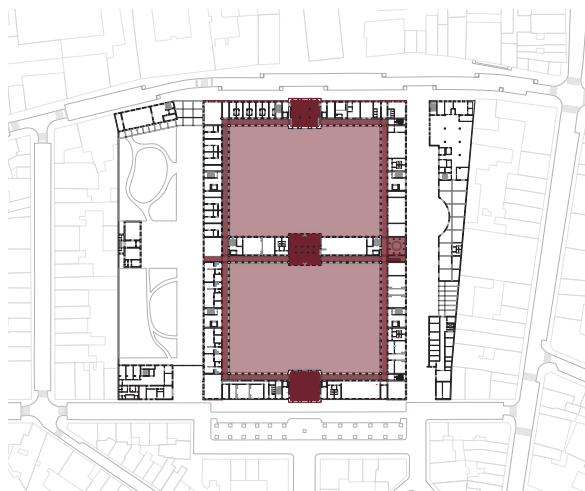
Les éléments à revaloriser sont ceux identifiés comme remarquables dans le chapitre précédent : les jardins intérieurs, les galeries, les bâtiments d'entrée principaux ainsi que le bâtiment central du directeur. Les jardins intérieurs sont repensés pour offrir des espaces conviviaux et sécurisants, propices aux interactions sociales. Le jardin public, situé au sud, est aménagé comme un lieu de détente à vocation thérapeutique, invitant à la promenade, aux discussions ou à un moment de pause en terrasse. Au nord, le jardin plus intime est structuré pour accueillir diverses activités : un potager, un terrain de pétanque ou encore une grande table destinée à des moments festifs comme des anniversaires ou des fêtes de quartier.

Le parc extérieur, situé du côté ouest et relié à la garderie, est conçu pour les enfants. Il comprend des aires de jeux et du mobilier (bancs, table de terrasse) offrant aux personnes âgées la possibilité de partager des moments privilégiés avec leurs petits-enfants.

Les galeries sont conservées dans leur état initial. Elles sont ponctuées d'espaces de rencontre et de mobiliers favorisant les échanges et les temps de repos.

Afin de retrouver la lisibilité transversale originelle du site, les bâtiments conservent une organisation à plan libre. Ainsi, le bâtiment central, ancien logement du directeur, devient un foyer de vie, jouant un rôle de lien entre les différentes zones du site, facilitant la transition entre les zones publics et privés, et offrant la possibilité aux habitants de se l'approprier selon leurs besoins

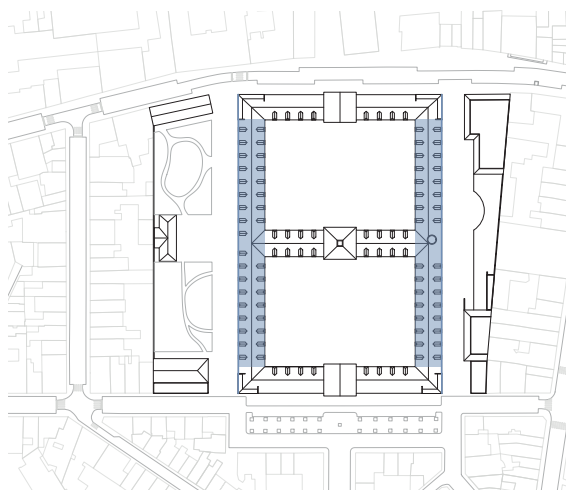
CONSERVER ET VALORISER



Éléments remarquables du site à valoriser

- Galeries
- Bâtiments des entrées principaux et du Directeur
- Chapelle
- Jardins intérieurs

ADAPTER ET TRANSFORMER

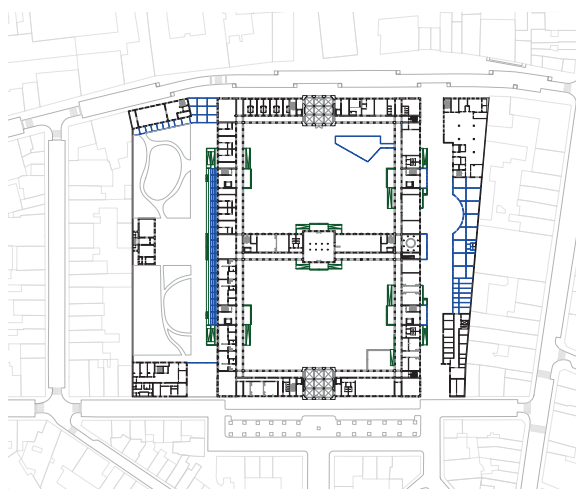


OUVERTURE
LATÉRALE SUR
LE QUARTIER



Éléments à transformer

- Toitures et façades de l'aile ouest et est



Transformation

- Ajout de terrasse au niveau des combles
- Aménagement de rampe + Extension façade

Fig. 44

ADAPTER ET TRANSFORMER

Pour répondre aux nouveaux usages et aux attentes spécifiques des personnes âgées, certaines parties du bâtiment nécessitent une transformation en profondeur.

Les ailes ouest et est sont entièrement repensées afin de favoriser une meilleure ouverture sur l'extérieur et le quartier. Des extensions viennent enrichir les façades : à l'est, coté ruelle, trois volumes sont ajoutés au niveau des circulations verticales et de l'aile centrale, afin de marquer les accès publics et renforcer le lien avec le quartier ; à l'ouest, une large coursive offre des prolongements extérieurs aux logements avec vue le parc dédié aux enfants.

Dans cette même dynamique d'ouverture, les toitures sont transformées pour accueillir des terrasses, du type tropéziennes, offrant aux résidents de nouveaux espaces extérieurs en hauteur.

Enfin, des rampes viennent compléter les accès principaux pour garantir une accessibilité aux personnes à mobilité réduite.

BIBLIOGRAPHIE

Recherche théorique

- AMIOTTE-SUCHET Laurent, HIGELIN Cruz Audrey (2023) *Des institutions totalement goffmaniennes*, ethnographier les institutions totales
URL : https://www.ethnographiques.org/2023/Amiotte-Suchet_Higelin-Cruz
- BOHN Félix, *Habitat pour personnes âgées*, Centre Suisse pour la construction adaptée aux handicapés
- CARADEC Vincent (2010), *les comportements résidentiels des retraités*, PUCA
- CARADEC Vincent (2009); *L'expérience sociale du vieillissement*, Idées économiques et sociales n°157
- CORDIER C, DENYS F, HERBAUX V, KULLAK A, RIGA V, de SALLE C (2021), *Réformer nos maisons de repos*, Les études du Centre Jean Gol.
URL : <https://www.cjg.be/wp-content/uploads/2021/03/CJG-ETUDE-Maisons-de-repos-ppp.pdf>
- COMBIS Hélène (2023), *De l'hospice à l'Ehpad, des vieillards dans les mouroirs aux retraités*, RadioFrance
URL : <https://www.radiofrance.fr/franceculture/de-l-hospice-a-l-ehpad-du-vieillard-au-re-traite-1278659>
- DEHAN Philippe (1997), *L'habitat des personnes âgées : du logement adapté aux établissements spécialisés*, Paris, Le Moniteur
- DEPOTTE Remy (2024), TFE: *La réaffectation des lieux de cultes en logement collectifs. Quel type et quelle densité est-il envisageable dans les lieux de culte désacralisés ? Le cas de l'église Saint Hubert à Watermael-Boisfort*, Bruxelles, UCL
- Dictionnaire de l'académie française 9e édition (2025), *Hospice*, Dictionnaire de l'académie française
- GOFFMAN Erving (trad. Liliane et Claude Lainé) (1979), *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Les Éditions de Minuit
- Fondation Roi Baudouin, (2012) *Être grands-parents aujourd'hui*, La Fondation Roi Baudouin et la Fédération Royal du Notariat belge
URL : <file:///C:/Users/quynh/Downloads/Brochure%20FRB%20Grands%20parents.pdf>
- FLAWINNE Xavier, Sergio PERELMAN (2021), *La vie après 50 ans*, Presses universitaires de Liège
- GOORMANS Charlotte (2020), TFE : *Vieillir à cité Modèle : l'architecture comme soutien intergénérationnel*, Bruxelles, UCL
- HENRARD Jean Claude HENRARD (2002), Les multiples facettes du vieillissement, In : santé, société et solidarité n°2
- Indi Ville (2020), *Choix de vie chez les personnes de 60 ans et plus ne nécessitant pas d'aide – mesures de suivi 2020*, Fondation Roi Baudouin.
URL : <https://media.kbs-frb.be/fr/media/8052/Choix%20de%20vie%20chez%20les%20personnes%20de%2060%20ans>
- INED (Institut national d'études démographiques), *Vieillesse démographique*.
- URL : <https://www.ined.fr/fr/lexique/vieillesse-demographique/#:~:text=Augmentation%20de%20la%20proportion%20de,f%C3%A9condit%C3%A9%20et%20de%20la%20mortalit%C3%A9>
- LOFFEIER Iris, RICHELLE Sophie (2017), *Expérience de la vieillesse en établissement à deux siècles d'intervalle : l'humanisation en question*, Genèse n°106
- Iriscare (2025), *Résidence-service*, Iriscare

- URL : <https://www.iriscare.brussels/fr/citoyens/aines/residences-services-pour-personnes-agees/>
- LeManuelMSD, *Echelle de Lawton des activités instrumentales de la vie quotidienne*, Msdmanuals.com
URL : <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/multimedia/table/echelle-de-lawton-des-activit%C3%A9s-instrumentales-de-la-vie-quotidienne>
 - LELEU Myriam (2004), *Etre un sujet âgé*, Confluence n°8 p.36
 - MAKAY Isabelle, Lampaert Luc, *Besoin et désir en matière d'habitat : 10 formes d'habitat comme pistes de réflexion*, Kenniscentrum Woonzorg Brussel
 - MASSON Olivier et VANNESTE Damien (2015), *Habitat et vieillissement. Inventaire des formes de logements qui supportent l'interdépendance et l'autonomie des seniors*, UCL
 - Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2022) *Les personnes âgées en Région Bruxelloise : Aperçu de leur situation socio-sanitaire et de l'offre d'accueil et d'hébergements*. Commission communautaire commune
 - MEMBRADO Monique, MANTOVANI Jean (2014), *Vieillir et voisiner : de la sociabilité aux solidarités ?*, Presses Universitaire de Rennes
URL : <https://books.openedition.org/pur/68516?lang=en>
 - OMS (Organisation mondiale de la Santé) (2022), *Vieillesse et santé*, OMS.
URL : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=Tous%20les%20pays%20du%20monde,2020%20%C3%A0%201%2C4%20milliard>
 - Petits Frères des Pauvres (2019), *L'isolement social nuit gravement à la santé*, Petits Frères des pauvres
URL : <https://www.petitsfreresdespauvres.fr/sinformer/actualites/l-isolement-social-nuit-gravement-a-la-sante/#:~:text=Un%20v%C3%A9ritable%20enjeu%20de%20sant%C3%A9,dont%20la%20sant%C3%A9%20est%20menac%C3%A9e%2080%20>
 - RENNES Juliette (2019) *Âge biologique versus âge social : une distinction problématique*, Genèse n°117
 - RetraitePlus, *Comprendre l'échelle de Katz : Un guide pratique pour évaluer la dépendance*, Retrait-plus
URL : <https://www.retraiteplus.be/blog/bien-etre-sante-des-seniors/comprendre-echelle-katz-guide-pratique-pour-evaluer-dependance>
 - RICHELLE S. (2019), *Hospice, Une Histoire Sensible De La Vieillesse Bruxelles, 1830 - 1914*, Rennes, Presses Universitaire de Rennes.
 - SERFATY-GARZON Perla (2003) *Habitat et intimité*, Armand Collin
 - Stabel (2024), *Perspective de la population*, Stabel
URL : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/perspectives-de-la-population>
 - Stabel (2024), *À partir de la fin des années 2040, la croissance de la population reste positive seulement en Région flamande*, Stabel
URL : <https://statbel.fgov.be/nl/nieuws/vanaf-het-einde-van-de-jaren-2040-blijft-de-bevolkings-groei-alleen-nog-het-vlaams-gewest>
 - Stabel, 2024, *Natalité et fécondité*, Stabel
URL : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/natalite-et-fecondite>
 - Stabel, 2024, *Tables de mortalité et espérance de vie*, Stabel
URL : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mortalite-et-esperance-de-vie/tables-de-mortalite-et-esperance-de-vie>
 - Senoah.asbl, *Choisir mon lieu de vie en fonction de mes envies et de mes besoins*, Namur, Senoah.asbl [en ligne]
https://www.senoah.be/wp-content/uploads/2022/02/150222_Senoah_BrochureDecision-

nelle_06_LR.pdf

- VAN ROMPAEY Christian (2003), Solitude et vieillissement, journal « en marche »
- VANDENBROUCKE S. ; LEBRUN J.M. ; VERMEULEN B. ; DECLERCK A. ; MAGGI P. ; DELYE S. ; GOSSET C. (2012), *Vieillir, mais pas tout seul. Une enquête sur la solitude et l'isolement social des personnes âgées en Belgique*, Fondation roi Baudouin
- VASSART Sabine (2006), Habiter , Pensée plurielle

Cas d'étude

- ARAU (2024), *Grand Hospice : l'occupation temporaire, outil d'occultation de l'incurie de la Ville?*, Arau.org [En ligne]
URL : https://www.arau.org/content/uploads/2024/06/20240617_avis_arau_grand_hospice.pdf
- COEKELBERGHS D., COENEN H., LOZE P. (1983), *Un ensemble néo-classique à Bruxelles : le grand hospice et le quartier du Béguinage*, Institut royal du patrimoine artistique, Bruxelles.
- Patrimoines.brussels (2025), *Inventaire du patrimoine architectural : anc. Grand Hospice/ Institue Pachéco*, Monument.heritage.brussels [En ligne]
URL : https://monument.heritage.brussels/fr/Bruxelles_Pentagone/Rue_du_Grand_Hospice/5/32578
- RICHELLE S. (2019). *Hospice, Une Histoire Sensible De La Vieillesse Bruxelles, 1830 - 1914*, Presses Universitaire de Rennes. Rennes.

ICONOGRAPHIE

- Fig. 1-2 :Stabel (2024), *À partir de la fin des années 2040, la croissance de la population reste positive seulement en Région flamande*
- Fig. 3-4 :Xavier FLAWINNE, Sergio PERELMAN (2021), *La vie après 50 ans*
- Fig. 9 - 10 :Thibauld MOULAERT (2018) *Les habits neufs du « vieillissement en bonne santé » : activité et environnement*
- Fig. 14 : Office du tourisme de Namur (2025) *Le Saint-Gilles 1724 : Parle- m'en*
- Fig. 15 : Office du tourisme de Namur (2025) *Le Saint-Gilles 1724 : Parle- m'en*
- Fig. 16 : Archive d'Urban Brussel, *Grand Hospice Pachéco - dortoir des femmes*
- Fig.17 Helène COMBIS (2023), *De l'hospice à l'Ehpad, des vieillards dans les mouiroirs aux retraités*
- Fig 18 : Vincent CARADEC (2010), *les comportements résidentiels des retraités*
- Fig. 19 : Quynh NGUYEN (2025) *La volonté de vivre en connexion avec les autres*
- sur base illustration de CHA PORNEA for Vox (2021)
- Fig 20 : Oliver MASSON, Damien VANNESTE (2015), *Habitat et vieillissement. Inventaire des formes de logements qui supportent l'interdépendance et l'autonomie des seniors*, UCL
- Fig. 32 : Grand Hospice (2025) *Un patrimoine historique*
- Fig 36 - 39 : COEKELBERGHS D., COENEN H., LOZE P. , (1983) *Un ensemble néo-classique à Bruxelles : le grand hospice et le quartier du Béguinage*
- Fig 40 : Archive d'Urban Brussel

Les plans du Grand Hospice sur base des documents d'archives ainsi que ceux de Gérard LEDENT. Ils ont par la suite retravaillé par l'étudiant.

Les autres illustrations ont été réalisé par l'auteur