

**PUCA**

**Programme de recherche  
« Vieillessement de la population et Habitat »**

**« La convergence des politiques publiques du vieillissement  
et des politiques locales de l'habitat :  
réalités et perspectives »**

**Association Nationale pour l'Information sur le Logement (ANIL)**  
Responsable équipe : Béatrice Herbert

**Rapport final  
Février 2009**

*Référence : 06.35/0600441*

Plan urbanisme Construction Architecture

Ministère de l'Ecologie, de l'Energie, du Développement Durable et de l'Aménagement du Territoire

Ministère du Logement et de la Ville

## Sommaire

---

### Préambule

---

## Première partie : articulations « institutionnelles » entre vieillissement et habitat : acteurs, compétences et informations statistiques

---

### Une convergence au plan national des politiques de l'habitat et du vieillissement

#### La dépendance, une question centrale pour l'action publique

- **Du vieillissement aux situations de dépendance**  
La transformation des âges de la vieillesse  
Vieillesse démographique et vieillissement physiologique  
Des personnes âgées aux personnes en situation de handicap  
L'APA, prestation centrale à l'articulation de l'habitat et de la dépendance
- **Le financement de la dépendance, enjeu majeur pour les finances publiques**  
La croissance de la dépense publique pour la dépendance  
Une question fondamentale pour les Conseils généraux

#### Les impacts du vieillissement et de la dépendance sur le logement

- **L'impact du vieillissement sur les marchés et les besoins en logement**
- **Dépendance et logement**

#### Les personnes âgées et leurs conditions de vie : les informations disponibles au plan national

- **Les sources disponibles**
- **Synthèse thématique**  
Démographie  
Etat de santé et dépendance  
Revenus  
Conditions de vie à domicile et en établissements  
Mobilité
- **Des données insuffisantes, lacunaires ou trop peu actualisées**

---

## Deuxième partie : articulation habitat/vieillesse au plan local : de la connaissance aux orientations et programmes d'actions

---

#### Acteurs et répartition des compétences au plan local

- **En matière de politiques gérontologiques**  
Répartition des compétences dans le domaine social et médico-social  
Le schéma gérontologique, instrument de coordination des acteurs locaux
- **En matière de politique du logement**  
Répartition des compétences  
La place des personnes âgées dans les documents de planification

## **Les informations disponibles au plan local**

- **Le département**  
Schémas gérontologiques  
Les PDALPD : un public spécifique émergent ?  
Les PDH
- **Les intercommunalités**  
Les personnes âgées : un public spécifique dans tous les PLH  
Des sources d'information pauvres  
Des orientations et programmes d'actions aux ambitions très générales

---

## **Troisième partie : le maintien à domicile au carrefour de l'habitat et du médico-social**

---

### **L'adaptation des logements à la perte d'autonomie : un domaine consensuel, mais des déficits d'articulation**

- **Les aides mobilisables : multiples et différentes selon les territoires**  
Les principaux types d'aides disponibles : cadrage national  
Les aides disponibles dans les cinq départements étudiés
- **Adapter son logement : du renseignement au bénéfice éventuel de subventions en passant par la définition des travaux : de multiples points d'articulation et de difficultés**  
Les canaux d'information à disposition des personnes âgées  
Les logiques d'évaluation des besoins  
Le montage technique du dossier : évaluation du coût des travaux et des financements disponibles  
Travaux proposés et prise de décision des personnes âgées
- **L'aménagement du domicile comme révélateur des problèmes d'articulation**
- **Le cas particulier des aides à l'adaptation dans le parc HLM**

### **Viellir dans son logement en accueillant un jeune ou « l'intergénérationnel à domicile »**

- **Présentation de la formule et des questions qu'elle soulève**
- **L'intergénérationnel dans les cinq départements**

### **L'accueil temporaire ou accueil de jour : un moyen de rester à domicile ou une étape avant l'entrée en EHPAD ?**

- **Présentation de la formule et des questions qu'elle soulève**
- **L'accueil temporaire ou accueil de jour dans les cinq départements**

### **Le droit au maintien dans les lieux des locataires âgés : un débat houleux pour le parc social, un problème inaperçu pour le parc privé**

- **Le droit au maintien dans les lieux face à la rationalisation du parc social**
- **Les conditions du droit au maintien dans les lieux dans le parc privé**

---

## **Quatrième partie : de la formule intermédiaire entre logement et établissement à l'entrée en EHPAD : une articulation difficile entre habitat et médico-social**

---

**Les formules d'accueil des personnes âgées à la lumière du droit : les frontières entre logement et établissement**

**Les formules présentes dans les cinq départements enquêtés**

- *Formules intermédiaires et places en Ehpad dans les schémas gérontologiques*
- *Le point de vue des acteurs de l'habitat*

**Les solutions les mieux connues : les logements-foyers et les Ehpad**

- *Les logements-foyers*
- *Les Ehpad*
- *Le passage du domicile à l'Ehpad*

**Accueil familial et résidences services en copropriété ou locatives : deux formules d'accueil connues mais peu évoquées**

- *L'accueil familial*
- *Les résidences services privées*

**Zoom sur les formules innovantes rencontrées**

- *Les domiciles partagés dans le Morbihan*
- *Les domiciles adaptés en Ille et Vilaine*
- *Les Petites Unités de Vie (PUV) en Haute Vienne*

---

## **Conclusion : les vecteurs d'une possible « re-coordination » des acteurs**

---

**Constituer le secteur des personnes âgées au plan général**

- *Les difficultés d'une politique publique conçue de manière « top-down »*
- *La médicalisation de la vieillesse comme forme d'articulation*
- *Des formes de coordination « bottom-up »*

**De la dépendance à l'autonomie : vers un rapprochement personnes âgées / personnes handicapées ?**

**Redonner une centralité aux personnes âgées**

- *Un traitement en personne*
- *La participation des personnes âgées aux politiques publiques du vieillissement*

**Annexes**

***Éléments de bibliographie***

***Liste des entretiens réalisés***

## Préambule

### Un contexte en évolution rapide

Alors que la question du vieillissement associé à la dépendance a donné lieu à de très nombreux rapports, lois et plans au cours des cinq dernières années, la mise en place du cinquième risque soulignant l'importance de la question, la période n'a guère été moins riche pour l'habitat.

Du côté de la dépendance, après la mise en place de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en 2002, la canicule du mois d'août 2003 souligne la fragilité des personnes âgées et conduit à l'adoption du plan Vieillesse Grand Age (ensemble de mesures en direction des personnes âgées, dont le renforcement de la médicalisation, la création de places en maisons de retraite...). Un an plus tard, la loi du 30 juin 2004 crée la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) pour contribuer à la prise en charge des personnes âgées et handicapées. C'est d'autre part la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, entrée en application au 1er janvier 2006, qui a contribué à un rapprochement du handicap et du vieillissement, notamment via l'attribution d'une prestation de compensation du handicap non discriminée par l'âge. L'année 2006 est celle du « Plan Solidarité Grand âge », quand l'année 2007 est décrétée « Année Alzheimer », en prélude au Plan Alzheimer 2008-2012.

Cette période a également été jalonnée par d'importants rapports cherchant à éclairer les décideurs publics sur les incidences financières des projections démographiques concernant le nombre de personnes âgées en situation de perte d'autonomie. Ainsi en est-il du rapport de la Cour des Comptes, « Les personnes âgées dépendantes » en 2005, du rapport du Centre d'Analyse Stratégique, coordonné par S. Le Boulter, « Personnes âgées dépendantes : Bâtir le scénario du libre choix », enfin du rapport d'H. Gisserot pour le ministre P. Bas, « Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 ». Ce dernier rapport a nourri à son tour l'élaboration et la mise en place du Plan « bien vieillir », pour les années 2007-2009, mais également les réflexions autour de l'élaboration d'une « cinquième branche » ou d'un « cinquième risque » de la sécurité sociale.

Du côté de l'habitat, les années 2003 à 2007 ont vu se succéder, pour reprendre l'introduction du rapport du Sénat consacré à l'examen du projet de loi de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion, « pas moins de six textes consacrés en totalité ou partiellement aux conditions d'exercice de la politique du logement » dont, au premier chef, les lois Urbanisme et Habitat en 2003, Libertés et responsabilités locales en août 2004, Programmation pour la cohésion sociale en 2005, Engagement National pour le Logement en juillet 2006 et Droit Opposable au logement en mars 2007. De nombreux rapports, notamment parlementaires, ont accompagné la promulgation de ces lois et ont contribué à alimenter les débats sur les politiques locales du logement, s'agissant notamment de sujets sensibles comme le foncier ou le renouvellement urbain. Si la question du vieillissement n'est pas centrale, ces textes esquissent la volonté d'un rapprochement entre l'habitat et le médico-social, notamment dans le cadre des Plans Départementaux de l'Habitat (PDH) et des Programmes Locaux de l'Habitat (PLH), et des articles précisent le cadre juridique des modes d'hébergement des personnes âgées, qu'il s'agisse par exemple des résidences en copropriété ou de l'accueil familial. La dotation exceptionnelle de 50 millions d'euros allouée à l'Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat (ANAH) en 2007 pour l'adaptation du parc de logements privés est un autre exemple d'une convergence accrue des champs de l'habitat et du vieillissement.

Dans ce contexte, toute personne amenée à s'intéresser à la thématique du vieillissement et de l'habitat est saisie d'un sentiment contradictoire. D'un côté, la littérature sur le sujet, officielle et non officielle, scientifique ou non-scientifique, abonde. Lesancements de programmes se multiplient. Les expériences locales se démultiplient. Sans aller jusqu'à évoquer un trop plein, la thématique semble désormais solidement installée et investie. De l'autre côté, et en étudiant d'un peu plus près les choses (ex : documents de planification gérontologique, stratégies globales des bailleurs sociaux ou

dispositifs d'évaluation des personnes dépendantes), le sentiment est avant tout celui d'un chantier dont le stade d'avancement se limite encore aux fondations. Cette situation explique en partie le titre de cette recherche : La convergence des politiques publiques du vieillissement et des politiques locales de l'habitat : réalités et perspectives. A n'en pas douter, cette convergence est déjà une réalité en termes de débat, de réflexion, de programmes et d'expériences éclatés. Mais elle est aussi, et peut-être surtout, une perspective en devenir. Le déficit d'articulation entre les deux volets résulte d'un problème classique de l'action publique parfaitement analysé il y a une trentaine d'années par Jean-Claude Thoenig :

*« La complexité de la gestion publique que l'analyse révèle est encore accrue par le fait qu'il lui faut faire face « à des problèmes publics dont l'énoncé et la solution ne recoupent que très rarement la division des compétences et les frontières institutionnelles entre les multiples organisations. Il en résulte souvent une non-congruence, parfois une incompatibilité entre le champ des problèmes auxquels les politiques publiques répondent et le champ des organisations qui interviennent dans leur élaboration et dans leur mise en oeuvre. »<sup>1</sup> »*

## **Du national au local : existe-il une articulation des échelles ?**

La question de l'articulation des politiques en direction des personnes âgées et des politiques « habitat » est le fruit du vieillissement de la population, de l'allongement de la vie et, corrélativement, de l'apparition du phénomène de la dépendance des personnes âgées. Le nombre croissant de personnes âgées en perte d'autonomie a un impact sur la question de l'équipement en différents types d'hébergement collectif et, en particulier, en établissements médicalisés. Toutefois, l'impact majeur du vieillissement sur l'habitat résulte d'un choix politique visant à favoriser au maximum le maintien à domicile. Ce choix politique constitue le point commun des politiques nationales en matière d'habitat et celles en direction des personnes âgées. Il a permis en tout cas un premier rapprochement dans la formulation des politiques publiques.

Ce schéma de convergence est cependant troublé par le processus de décentralisation où le droit au logement, le droit à la mobilité et celui au maintien à domicile sont érigés en principes d'action publique, mais qui a inégalement distribué les compétences dans ces domaines de politiques publiques : si en matière de politique sociale et médico-sociale, les Conseils généraux sont devenus les chefs de file de la politique gérontologique, en matière d'habitat, le logement demeure pour eux une compétence optionnelle. A l'inverse, alors que les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) sont devenus les « chefs de file » des politiques locales de l'habitat, notamment les communautés urbaines et communautés d'agglomération pour qui cette compétence est obligatoire, alors qu'elle demeure optionnelle pour les communautés de communes, l'action sociale est rarement exercée à l'échelle intercommunale, les communes en demeurant les principales responsables. La convergence des politiques rencontre également un point d'achoppement qui est celui du coût de la dépendance pour les collectivités locales, les budgets consacrés à l'APA, devenue la prestation centrale à l'articulation de l'habitat et de la dépendance, ne cessant de croître.

La décentralisation des politiques médico-sociales en direction des personnes âgées qui a fait du département le pivot des politiques gérontologiques s'est faite en scindant la population des personnes âgées en deux catégories distinctes : celle des non-dépendants et celle des dépendants. En sorte que la politique publique n'est pas celle des personnes âgées – ou encore des *aînés*, comme on tend à les renommer aujourd'hui –, mais bien celle des personnes âgées *dépendantes*. Les politiques sociales et médico-sociales locales, en faisant émerger ce public spécifique, se saisissent – non sans difficulté, ni atermoiement – de la question du logement, en tant que conséquence de la politique nationale de maintien à domicile. Il n'en va pas de même des politiques de l'habitat. Celles-ci, dans les débuts de leur mise en œuvre au plan local, se sont révélées souvent peu capables de considérer ce

---

1. Thoenig J.-C., « Enseigner le management public », *Enseignement et gestion*, n° 15, 1976, p. 3-33

public spécifique des personnes âgées dépendantes. Les documents de planification, tant en matière gérontologique qu'en matière d'habitat, révèlent toutefois des points d'articulation et potentialités de coordination des acteurs administratifs et politiques.

Ce que met en lumière l'analyse localisée des politiques publiques en direction des personnes âgées, c'est qu'il existe bien des domaines où elles mettent en jeu de manière prépondérante la question de l'habitat et du logement. L'enquête de terrain et les entretiens effectués auprès d'élus des Conseils généraux, des EPCI ou des communes (élus délégués aux personnes âgées d'une part, à l'habitat d'autre part) et des responsables de leurs services, de représentants des structures d'information et de coordination (CLIC, ADIL) ou de conseil (PACT-ARIM), mais aussi d'opérateurs (bailleurs sociaux), et encore de responsables d'organismes de protection sociale (CRAM, DRASS) et de caisse de retraite complémentaire (MSA) montrent que c'est autour de la question de l'autonomie que de nombreux acteurs ont cherché à coordonner les efforts sur leur territoire. Cette coordination devient particulièrement cruciale au regard du domicile – le choix du maintien à domicile supposant en effet l'intervention depuis des secteurs différents de multiples acteurs autour du problème de l'adaptation des logements dans le parc privé, comme dans le parc public.

Dans une première partie, nous nous attacherons donc à retracer les formes d'articulation « institutionnelle » nationale entre les secteurs du vieillissement et de l'habitat. Il s'agira d'analyser les convergences des politiques nées d'une réflexion autour de la dépendance. On verra que l'acte II de la décentralisation a fait du département le pivot des politiques de la dépendance, en même temps qu'il en faisait un problème crucial pour les finances locales. On verra également qu'au-delà des enjeux financiers, la question de l'articulation des politiques naît des impacts du vieillissement sur les marchés et les besoins en logement, mais aussi des problèmes que fait surgir la survenue de la dépendance sur l'hébergement des personnes âgées. On achèvera cette mise au point en effectuant une synthèse critique des informations disponibles au plan national concernant les personnes âgées en général, et les personnes dépendantes en particulier.

Dans une deuxième partie, nous resserrerons la focale, en analysant les formes d'articulation des politiques Vieillesse et Habitat au plan local. Après avoir présenté les acteurs des deux secteurs et leurs compétences, nous examinerons la place de l'habitat dans les documents de planification gérontologique et, réciproquement, celle des personnes âgées dans les documents de planification du secteur de l'habitat : PDH, PDALP, PLH.

La troisième partie, quant à elle, sera spécifiquement consacrée au maintien à domicile, en particulier autour du problème de l'adaptation des logements au vieillissement. Après avoir rappelé et analysé les dispositifs d'aides à l'adaptation, on cherchera à retracer l'ensemble des étapes du montage d'un dossier d'adaptation, avec l'idée que c'est au fil de ces étapes que l'on pourra analyser au mieux les points d'articulation, mais aussi leur carence. On examinera également certaines des formules inventées pour permettre, au-delà de l'aménagement, le maintien à domicile (le logement intergénérationnel, mais aussi les accueils de jour et les diverses formes d'hébergement temporaire). In fine, il s'agira de revenir sur le principe même du maintien de la personne âgée dans son propre domicile. En effet, cette question a tendu à focaliser les discussions quand elle s'applique au parc social, devenant par là même, un révélateur des tensions que suscite la politique de maintien à domicile, en même temps qu'elle contribue à occulter la situation des personnes âgées locataires dans le parc privé.

Dans une quatrième partie, nous nous intéresserons au développement de « formules intermédiaires entre logement et établissement », encouragé par les différents plans et fréquemment évoqué, tant du côté de l'habitat que du côté du médico-social, via notamment leur inscription dans les schémas gérontologiques. Pour autant, on soulignera que ces formules intermédiaires, juridiquement instables, peu décrites, peu diffusées, et dès lors peu évaluées semblent plutôt relever de prototypes extrêmement localisés que d'un développement massif. On examinera pourquoi ces formules demeurent quasi invisibles, par rapport aux formules visibles et connues que sont le foyer logement

et l'Ehpad. On montrera ensuite que la question du passage du domicile à l'Ehpad, quoiqu'au carrefour du logement et du vieillissement n'est que très mal appréhendée, en termes de choix de mode de vie ou de parcours résidentiel.

Alors que la convergence des politiques publiques du vieillissement et des politiques locales de l'habitat relève plus d'une perspective en devenir que d'une réalité, la conclusion s'attachera, dans cette perspective à définir les vecteurs d'une possible « re - coordination » des acteurs.

## Choix des terrains

Les enquêtes de terrain se sont déroulées dans cinq départements de trois régions métropolitaines : les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne pour l'Île de France, la Haute-Vienne pour le Limousin et l'Ille-et-Vilaine et le Morbihan pour la Bretagne. Le choix de ces terrains a été commandé par leurs disparités de profil en termes de poids de la population âgée au sein de la population totale, de migrations de retraite, des ressources des ménages âgées, ainsi que de « modes d'habiter » des personnes âgées.

### *Démographie et migrations de retraite*

L'Île de France est une région jeune, où les migrations de retraite s'exercent dans le sens des départs ; dans une toute récente publication<sup>1</sup>, l'INSEE souligne que la région reste, plus que jamais, la région la plus jeune de France métropolitaine (16,6 % de la population francilienne a ainsi plus de 60 ans en 2006), la forte natalité ainsi que le jeu des migrations internes limitant le vieillissement de la population francilienne. Ainsi, alors que l'âge moyen de la population française augmente de 1,1 an entre 1999 et 2006, il n'augmente que de 0,6 an en Ile-de-France. Le Limousin a contrario reste la région la plus âgée, même si la population, toujours selon l'INSEE, vieillit moins vite, depuis 1990, que l'ensemble de la France (la part des personnes de 60 ans ou plus est aujourd'hui proche de 30 %, et elle atteindra près de 40 % en 2030). Ce vieillissement lié à l'allongement de l'espérance de vie, est également le fait de facteurs régionaux tels que la faible fécondité et le départ de nombreux jeunes, mais aussi de l'attractivité de la région pour les retraités<sup>2</sup>. La Bretagne présente une situation « intermédiaire », l'augmentation du nombre d'habitants de 60 ans ou plus demeurant toutefois entre 1999 et 2006 une caractéristique majeure de l'évolution de la population avec, à horizon 2030, 500 000 personnes de plus qu'en 2005 (on passerait ainsi de 23% de la population régionale à 32%, soit une augmentation près de 10 points). Plus que dans le Limousin, les migrations de retraite jouent un rôle considérable dans ce vieillissement. Le solde migratoire des retraités, continûment positif depuis 1968, place aujourd'hui la Bretagne au 3<sup>ème</sup> rang des régions pour le taux de solde migratoire des seniors, du fait d'un faible taux de sorties et d'un taux particulièrement élevé d'entrées, qui sont tout particulièrement le fait de l'Ille et Vilaine et du Morbihan<sup>3</sup>.

Corrélativement au vieillissement plus prononcé de la Haute Vienne et à la moindre représentation des ménages âgés en Ile de France, le taux de bénéficiaires de l'APA, versée aux personnes dépendantes, est lui aussi très différent ; il varie de 215 allocataires pour 1000 personnes de plus de 75 ans en Haute Vienne à 128 allocataires dans le Val de Marne (voir annexe I).

---

1. Cf. Charrier (R.), « Les migrations ralentissent le vieillissement en Ile-de-France », INSEE-Ile de France-A la page, n°319, juillet 2009.

2. Cf. INSEE, *La population âgée en Limousin*, avril 2005.

3. Cf. INSEE, *Octant*, n°90, 2002 ; n°108, 2007 ; n°111, 2008 ; n°152, 2009. Voir également le rapport du Conseil économique et social régional de septembre 2007.



Population âgée : nombre d'habitants et part de la population départementale

	Population 65-79 ans	Population 80 ans et plus <sup>1</sup>	Population totale	Part population âgée		
				65-79 ans	plus de 80 ans	Ensemble 65 ans et +
Ille et Vilaine	103 460	40 679	945 850	11%	4%	15%
Morbihan	98 653	36 266	694 818	14%	5%	19%
Haute Vienne	53 033	24 442	367 155	14%	7%	21%
Hauts de Seine	142 817	62 117	1 536 096	9%	4%	13%
Val de Marne	121 553	48 184	1 298 341	9%	4%	13%

Source INSEE, RGP 2006

### Revenus

Si l'on se réfère au taux de bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse, soit l'un des minima sociaux en vigueur, la Haute Vienne se caractérise par un poids plus marqué de ménages pauvres, avec 6,3 allocataires pour 100 personnes de plus de 65 ans pour une moyenne nationale de 5,1 au 1<sup>er</sup> janvier 2007 (voir annexe I). A l'inverse, ce taux est particulièrement bas dans les Hauts de Seine (3,7), les autres départements occupant une position intermédiaire.

### Logement et hébergement

Les données du dernier recensement de population permettent de mesurer le poids des ménages âgés au sein de l'ensemble des ménages, un ménage équivalent pour l'habitat à une résidence principale. A l'échelle nationale, le parc de résidences principales est occupé par 26% de ménages de plus de 65 ans (4 750 000) dont 8% ont plus de 80 ans (quelques 2 millions de ménages). Au sein des cinq départements de l'échantillon, le poids des ménages âgés est supérieur à la moyenne nationale dans le Morbihan et plus encore en Haute Vienne, alors qu'à l'inverse, il est nettement inférieur dans les Hauts de Seine et le Val de Marne. De par son rôle de capitale régionale, l'Ille et Vilaine demeure également en-deçà de la moyenne française.

Ménages âgés : nombre de ménages et part des ménages du département

	Ménages 65-79 ans	Ménages plus de 80 ans	Ensemble des ménages	Part des ménages âgés		
				65-79 ans	plus de 80 ans	Ensemble 65 ans et +
Ille et Vilaine	66 790	27 840	401 732	17%	7%	24%
Morbihan	64 609	25 557	302 494	21%	8%	30%
Haute Vienne	34 135	16 920	170 099	20%	10%	30%
Hauts de Seine	96 799	45 870	679 456	14%	7%	21%
Val de Marne	81 047	34 934	541 600	15%	6%	21%

Source INSEE, RGP 2006

S'agissant des structures d'hébergement (maison de retraite, logements foyers et hébergement temporaire), le nombre de lits offerts pour 1000 personnes de plus de 75 ans, appelé taux d'équipement, apparaît particulièrement élevé en Bretagne, et notamment en Ille-et-Vilaine, alors qu'en Ile-de-France, mais aussi en Haute-Vienne, il est inférieur à la moyenne nationale, le lien entre vieillissement et taux d'équipement n'étant à l'évidence pas avéré.

1. En proposant, pour la première fois un découpage des tranches d'âge selon la césure 65/79 ans et plus de 80 ans au lieu de plus de 75 ans, l'INSEE permet, en 2009, de mieux appréhender le « grand vieillissement ».



---

## **Première partie : articulations « institutionnelles » entre vieillissement et habitat. Acteurs, compétences et informations statistiques**

---

Le propos de cette partie est dans un premier temps de déterminer la position du problème de l'articulation des politiques. Nous montrerons ainsi que c'est à partir de la notion de « dépendance » que la question doit être posée. C'est en effet à partir d'une dépendance mesurée que les acteurs, qu'ils soient publics ou privés, nationaux ou locaux, sont confrontés au problème du logement des personnes âgées, tant l'impact du vieillissement et de la dépendance est important sur l'habitat. Ce problème se trouve toutefois surdéterminé par les enjeux financiers de la dépendance et des projections concernant le vieillissement de la population française à l'horizon 2050.

Il s'agira, dans un deuxième temps, de se livrer à une synthèse et une analyse des connaissances mobilisées pour analyser le vieillissement et l'habitat *au plan national*, afin d'appréhender les domaines d'articulation courants, mais aussi les déficits de connaissance. Au vrai, les informations disponibles au plan national sur la population des personnes âgées ne facilitent pas leur prise en compte par les politiques publiques. Ces informations paraissent insuffisantes, lacunaires et trop peu actualisées. Surtout, alors même qu'émergent les contours d'une population spécifique, rares sont les enquêtes qui lui sont dédiées spécifiquement. Ces données nationales apparaissent, dès lors, inadéquates à la construction de politiques publiques.

### **Une convergence au plan national des politiques de l'habitat et du vieillissement**

Les politiques de l'habitat et du vieillissement ont été marquées, toutes deux mais de manières différentes, par la décentralisation. Le logement demeure, on l'a dit, une compétence optionnelle pour les collectivités locales. Alors que les EPCI – notamment les communautés urbaines et les communautés d'agglomération – sont les chefs de file des politiques locales de l'habitat, les politiques sociales ne sont, en revanche, qu'une compétence optionnelle pour elles ; les communes en demeurant à ce jour les principales responsables. Au plan national, un point commun réunit toutefois l'ensemble des acteurs nationaux : celui d'une politique de maintien à domicile des personnes âgées.

Au cours des dernières années, les circulaires de programmation annuelles du ministère en charge du logement précisent que les politiques publiques dédiées à la population spécifique des personnes âgées sont « essentiellement axées sur une politique de maintien à domicile tout en favorisant en parallèle le développement d'une offre d'accueil en établissements médicalisés, et que la finalité est de préserver le libre choix des personnes en leur garantissant, en ce qui concerne le logement et les établissements d'accueil, des conditions de vie dignes et adaptées ». Pour le logement ordinaire, il est précisé que « l'approche devra être aussi partenariale que possible et se faire en lien avec les politiques vieillesse et handicap menées par les Conseils généraux et les collectivités locales concernées, ainsi qu'avec les représentants de l'ANAH, des associations et des bailleurs sociaux » ; pour les structures collectives, les circulaires annuelles les plus récentes mettent l'accent sur le partenariat et, en 2006, on note même une véritable évolution de la doctrine ; du financement de logements foyers réservés à des personnes autonomes, on passe au financement d'établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes âgées et handicapées, compte-tenu de la difficulté de fixer une frontière claire entre le public autonome et non autonome. Le ministère souligne que seuls les établissements relevant du champ sanitaire ne relèvent pas des crédits

logement. En outre, l'adaptation du logement au handicap et au vieillissement fait partie depuis de nombreuses années des axes d'intervention de l'ANAH.

Les politiques médico-sociales, toujours au plan national, saisissent le logement des personnes âgées de manière centrale. Qu'il s'agisse du Plan solidarité grand âge en 2006, du plan « bien vieillir » (2007-2009), ou de la préfiguration du 5<sup>ème</sup> risque en 2008, on retrouve les mêmes grands axes, en ce qui concerne le logement des personnes âgées. Il s'agit d'abord du libre choix de rester à domicile. Ainsi, le Plan solidarité grand âge précise-t-il : « Avec l'allongement de la longévité, notre vision du domicile doit changer. Beaucoup de personnes âgées peuvent rester chez elles. C'est un choix de vie qu'elles doivent être en mesure d'exercer en toute liberté, si leur état de santé le permet. Mais cela suppose de faciliter la vie au domicile. Développement de l'offre de soins et de services ménagers, soutien à l'entourage familial, création de nouvelles formes de logement : tous les leviers doivent être mobilisés pour adapter le domicile au service du grand âge. » Dans cette perspective, le plan suppose le développement des services de soins et d'aide à domicile, le soutien aux aidants familiaux, et la capacité d'assurer une continuité entre domicile et maison de retraite. Il s'agit en second lieu d'inventer « la maison de retraite de demain », qui permette d'éviter les ruptures de prise en charge entre domicile et hébergement et, pour les personnes âgées, d'y mieux vivre. L'objectif est de leur offrir des établissements plus médicalisés, avec une palette de services diversifiés en lien avec le domicile. Le plan, à cet égard, vise également à renforcer la lutte contre la maltraitance, à augmenter le nombre de soignants et à maîtriser les prix. En troisième lieu, le plan prévoit une adaptation de l'hôpital aux personnes âgées, en développant la filière gériatrique et en resserrant des liens tant avec le domicile qu'avec la maison de retraite.

Le plan « bien vieillir » reprend ces thèmes, en particulier l'amélioration de l'environnement individuel et collectif et de la qualité de vie de la personne âgée : logement (avec notamment des visites à domicile systématiques pour l'adaptation du logement), aides techniques, aménagement de la cité au plan architectural ou des transports... Ce plan développe, par ailleurs, l'idée de favoriser les expériences d'habitat intergénérationnel (offre d'un logement par la personne âgée en contrepartie d'une aide bénévole à l'occupant du logement et de relations amicales et de solidarité).

A partir de 2005, la Convention d'Objectif et de Gestion (COG) de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) préconise, quant à elle, un recentrement de la politique d'action sociale sur le maintien de l'autonomie des retraités. Les caisses de retraite se doivent de proposer dans le cadre du maintien à domicile un plan d'actions personnalisé et de contribuer au développement d'une gamme de lieux de vie collectifs pour les retraités. L'objectif affirmé pour la branche Retraite est ainsi de retarder, voire d'éviter la perte d'autonomie des personnes âgées, en apportant des réponses en termes de prévention et d'aide dans le cadre de son domicile, comme dans celui des domiciles collectifs avec services et des établissements médicalisés ; soit directement au profit de cette population cible, soit indirectement dans le cadre d'une politique d'aide aux aidants. La COG 2009-2013 reprend ces aspects en insistant aussi sur l'aide au retour à domicile après hospitalisation, ainsi que la modernisation et l'adaptation des lieux de vie collectifs (en particulier les foyers logements).

Les politiques médico-sociales dans leur volet logement sont en même temps inséparables des diverses formes d'allocation de compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées. Nous reviendrons plus loin sur le dispositif phare en la matière, l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA), instituée en 2002. Soulignons seulement les difficultés budgétaires qu'entraîne le financement de la perte d'autonomie. Ce problème auquel s'est ajoutée la complexité des circuits de financement a, de fait, suscité l'idée de la mise en place d'un cinquième risque de protection sociale. La compensation personnalisée pour l'autonomie deviendrait un droit universel quels que soient l'âge de la personne et les causes de sa perte d'autonomie. Ce droit donnerait accès à une évaluation des besoins d'aide à l'autonomie qui prendrait en compte les spécificités de chaque situation et à l'élaboration d'un plan personnalisé de compensation intégrant les prestations, biens et services, identifiés comme nécessaires – aussi bien en matière de soin que d'aménagement de l'habitat. La négociation avec les partenaires sociaux, achevée le 22 décembre 2008, a porté notamment sur le

contenu du « panier de biens et services » du cinquième risque et sur son financement, la définition de la part de la solidarité nationale et de celle de l'individu en constituant l'une des questions clés.

L'existence d'une convergence des acteurs nationaux de l'habitat et du vieillissement ne garantit toutefois pas une véritable coordination des politiques. Comme le soulignait l'un de nos interlocuteurs, cela n'est pas même le cas dans le champ des acteurs médico-sociaux nationaux : « Sur les subventions qu'on donne, on a les régimes de protection sociale qui donnent les subventions ; la CNSA qui lance des appels d'offre sur les mêmes thématiques ; et comme si ça ne suffisait pas, il y a le plan de l'Etat. Donc les institutions, et pas les moindre (CNSA, ministère, CNAV...) sont incapables de se mettre d'accord pour lancer des thématiques communes. »

## **| La dépendance : une question centrale pour l'action publique**

### **Du vieillissement aux situations de dépendance**

- **La transformation des âges de la vieillesse**

Le vieillissement étant un processus d'avancée en âge (processus social autant que biologique) mais non borné par de quelconques frontières d'âges, il concerne potentiellement l'ensemble de la population française<sup>1</sup>. Plutôt que d'étudier le phénomène dans son ensemble, nous nous attacherons au vieillissement couvrant l'ensemble des personnes âgées. La plupart du temps, ce lien entre vieillissement et personnes âgées est implicitement fait. Par exemple, lorsque le vieillissement a été désigné comme « l'un des changements sociaux les plus importants du XXI<sup>e</sup> siècle » par les chercheurs réunis en juillet 2005 à Tours pour le 25<sup>e</sup> Congrès international de la population, cela visait explicitement les personnes âgées. Si ce défi du vieillissement concerne l'ensemble des pays développés, les pays émergents connaîtront un vieillissement encore plus massif. Ce défi a aussi été identifié par l'Organisation des Nations Unies, qui prévoit que la part des plus de 60 ans dans la population mondiale passera de 10% à 21% d'ici 2040. Dans l'ensemble des pays européens, la première moitié du XXI<sup>e</sup> siècle sera marquée par le vieillissement des générations nombreuses du « baby-boom », nées entre 1945 et 1965. Ainsi, le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans dans l'UE passerait de 19 millions à 35 millions en 2030. L'ampleur et le calendrier de ce processus varient cependant d'un pays à l'autre. A ce titre, la France devrait connaître un vieillissement un peu moins marqué que ses voisins européens.

Cette question du vieillissement et des personnes âgées est historiquement inséparable du processus de modernisation des pays occidentaux, qui s'est progressivement accompagné d'une institutionnalisation du cours de la vie dans lequel âge chronologique et rôles sociaux convergent. La place centrale occupée par le travail a amené à une partition grossière entre trois principales étapes de la vie : une phase de préparation au travail, une période d'activité et une phase de retraite. Ce découpage, accentué à la fin du 19<sup>e</sup> siècle sous l'influence du capitalisme industriel, a atteint son apogée au cours des Trente Glorieuses<sup>2</sup> avec la généralisation des systèmes de retraite. De telle sorte que l'ensemble administratif des personnes âgées se confond généralement avec l'ensemble des retraités. Nous avons alors affaire à des représentations globalisantes des « personnes âgées », malgré leur irréductible hétérogénéité. Si la catégorie d'âge 60 ans et plus est encore utilisée par l'INSEE pour désigner les personnes âgées, elle est devenue depuis obsolète et inopérante pour décrire à elle seule un processus complexe et variable selon chaque personne. Les disparités de situation sont importantes et dépendent de facteurs de santé étroitement liés aux conditions économiques plus ou moins favorables qui ont prévalu depuis la vie active jusqu'à la retraite.

---

1. Cette partie a été écrite en collaboration avec T. Frinault.

2. Gaullier (X.), « La protection sociale et les nouveaux parcours de vie », *Esprit*, février 2001, p.93-111.

En tout état de cause, traiter la question du vieillissement et de l'habitat revient ici à évoquer celle de l'habitat des personnes âgées de plus de 60 ans, qu'il s'agisse de politiques publiques, de comportements individuels ou des deux. Mais il apparaît cependant indispensable de tenir compte de la diversité que recouvre ce terme générique. En 2005, lors d'une étude portant sur le logement des personnes âgées, les étudiants de l'ENA proposaient une distinction en trois groupes fondée sur l'âge chronologique : les jeunes retraités (60 à 75 ans), parfois appelés « seniors » ; les personnes de 75 à 85 ans dont l'autonomie commence progressivement à décroître ; les personnes de plus de 85 ans, souvent confrontées aux difficultés liées à la dépendance :

« Cette distinction s'avère pertinente dès lors qu'il s'agit d'appréhender la relation que les personnes âgées entretiennent avec leur lieu de vie. Si les jeunes retraités n'éprouvent généralement pas de difficultés majeures pour continuer à vivre dans le logement qu'ils ont choisi, les personnes de plus de 75 ans doivent parfois recourir à des services d'aide ou engager des travaux d'aménagement de leur logement. Ces difficultés pour se maintenir au domicile touchent plus nettement les personnes de plus de 85 ans, ce qui explique qu'une partie plus importante d'entre elles choisisse de vivre au sein d'établissements médico-sociaux. Il convient par conséquent d'élargir l'acception commune de la notion de logement à ces structures collectives, qui ne sauraient être réduites à de simples lieux d'hébergement. Cette étude exclut toutefois les courts et moyens séjours en hôpital, qui n'ont par définition pas vocation à constituer des lieux de vie pérennes ».

La présente étude ne souhaite toutefois pas figer la relation entre âge chronologique, degré de dépendance et relation avec le lieu de vie. Repartons ici de l'ancien découpage ternaire des âges. Au moment même où il atteignait son apogée durant les Trente Glorieuses, son érosion commençait à se produire sous l'effet de la transformation des âges et temps sociaux. Aux trois temps classiques (formation, production, repos) ont succédé trois nouvelles étapes : « celui de la transition professionnelle (entre formation scolaire et participation à la production), celui de la transition sociale (entre retraite et vieillesse) et celui de la vieillesse<sup>1</sup>. Autant le critère de distinction applicable aux sous-ensembles des seniors, des pré-retraités, des retraités, du troisième âge est un critère social, autant le passage du retraité au vieillard repose sur un critère biologique<sup>2</sup>. Il trace la ligne de démarcation entre deux vieillesse : la vieillesse autonome (qui n'en est donc pas une) et la vieillesse dépendante. La première se compose de personnes capables de tenir encore un rôle social si elles le désirent, voire un rôle économique et de personnes autonomes très âgées mais pouvant rester à domicile sans concours extérieur. Il y aurait, à l'inverse, la vieillesse dépendante observable dès lors que les possibilités physiques ou psychiques se trouvent notoirement dégradées, et que les personnes ont besoin d'une assistance et/ou d'aides importantes afin d'accomplir les actes courants de la vie quotidienne.

Selon la classification de Wood, qui sert de référence internationale en matière de handicap, la déficience se définit comme l'altération d'une fonction physique, mentale ou sensorielle. Elle se matérialise par la perte partielle ou totale de la capacité à accomplir les gestes de la vie quotidienne (se tenir debout, se laver, monter les escaliers, s'habiller, mémoriser ...). On parle alors d'incapacité. Cette dernière devient un handicap lorsque l'environnement matériel et social de la personne n'est pas adapté, rendant ainsi impossible l'accomplissement des rôles sociaux habituels. Dès que l'aide d'un tiers devient nécessaire pour pallier ce handicap, la personne devient dépendante. En dépit des progrès de la médecine, de l'amélioration des conditions de vie et des programmes d'intervention publics sous-tendus par l'idéologie intégrative, il demeure toujours une « vieillesse irréductible, un reste »<sup>3</sup>. Ce reste, anciennement associé à la vieillesse invalide ou semi-valide, a progressivement été désigné sous le vocable de dépendance, procédure d'étiquetage qui la qualifie comme relevant de la sphère de compétence des autorités publiques<sup>4</sup>. Elle circonscrit un champ supposé être d'une

---

1. Legrand (M.), « Introduction », in Legrand (M.) (dir.), *La retraite : une révolution silencieuse*, Toulouse, Erès, 2001, p. 16.

2. Veysset (B.), *Dépendance et vieillissement*, Paris, L'Harmattan, 1989.

3. Deremble (J.-P.), Veysset (B.), « La valeur paradoxale de la vieillesse », *Les Cahiers de la Recherche sur le Travail Social*, Université de Caen, 15, 1988, p. 47-58, p.52.

4. Padioleau (J.-G.), *L'Etat au concret*, Paris, PUF, 1982, p.25.

autonomie suffisante pour faire l'objet d'une politique sociale spécifique<sup>1</sup>. Devenue une catégorie usuelle du langage commun, le vocable « dépendance » a acquis la capacité, à lui seul, de faire simultanément disparaître la notion de personne et d'âge. Ainsi, il n'est pas rare d'entendre parler de « dépendants »<sup>2</sup>. Nous repartirons de cette catégorie « dépendance » telle qu'elle a été construite pour penser la question de la convergence des politiques de l'habitat et du vieillissement. Si la probabilité d'entrée en dépendance entretient un lien étroit avec l'avancée en âge chronologique, il n'y a à notre sens pas lieu de vouloir pour autant y associer une catégorie d'âge. Le cœur de la problématique ici envisagée, et non la totalité, est d'abord celle de la survenue, présente ou à venir, de la dépendance et de son impact sur les politiques de l'habitat.

## • Vieillesse démographique et vieillissement physiologique

Cette problématique s'est très largement nourrie d'une vision inquiète quant au phénomène de vieillissement démographique et ses conséquences supposées sur la dépendance. Ceci commande de revenir sur le lien entre âge et dépendance. Pour que le vieillissement affecte de manière significative un indicateur, deux conditions doivent être remplies: que le phénomène ait, d'abord, avec l'âge, un lien relativement stable; que ce phénomène ait, ensuite, au niveau individuel, un profil fortement contrasté selon l'âge et très déporté vers les âges élevés, de manière marquée<sup>3</sup>. Le recensement de 1999 faisait apparaître une croissance de la population totale de 3,3% par rapport à 1990. Sur la même période, la population âgée de 60 à 74 ans croissait de 9,1%, celle de 75 à 94 ans de 10,4% et celle de plus de 95 ans de 88,7%. En 2050, la France métropolitaine compterait entre 61 millions et 79 millions d'habitants selon les hypothèses choisies, et 70 millions d'habitants selon le scénario central de projection<sup>4</sup>. Selon cette dernière hypothèse, en 2050, les 65 ans ou plus seraient quasiment multipliés par 2, les plus de 75 ans par 3, et les plus de 85 ans par 4<sup>5</sup>. Or l'avènement du grand âge s'accompagne d'un risque croissant d'entrée en dépendance autrefois appelée « invalidité ». L'une des principales nouveautés est que la survie en dépendance s'est considérablement allongée, sous l'effet de soins médicaux ou paramédicaux, comme le soulignent les études épidémiologiques. L'accroissement ininterrompu, en valeur absolue et relative du nombre de personnes très âgées a fortement soutenu l'inscription à l'agenda politique de la dépendance<sup>6</sup>. Les précautions souvent prises pour ne pas assimiler âge et état de santé ont presque toujours été annulées par une connexion entre âge, démographie et dépendance<sup>7</sup>. Idée condensée par l'INSEE, titrant « Aisance à 60 ans dépendance et isolement à 80 ans »<sup>8</sup>. Tous les bilans et prospectives démographiques n'ont cessé de constituer des indices tangibles de problématisation. Les analyses et commentaires ont perpétué un jugement préoccupé à l'endroit de l'espérance de vie croissante, véhiculé par la notion de « vieillissement démographique » inventée par les démographes français. Elle désigne le remplacement des personnes d'un groupe d'âge donné par des nouveaux effectifs moindres. Dans les deux cas, nous avons eu affaire à une construction idéologique et politique du vieillissement reposant sur une vision statique de l'âge<sup>9</sup>.

---

1. Bouget (D.), Tartarin (R.), dir., *Le prix de la dépendance*, Paris, CNAV, La Documentation française, 1990, p.2.

2. Ennuyer (B.), « Histoire d'une catégorie : « Personnes âgées dépendantes », in Martin (C.), *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ?*, Rennes, PUR, p. 95-114, p.97.

3. Blanchet (D.), « Les débats sur le vieillissement : un besoin de recentrage », *Gérontologie et société*, 81, 1997, p. 15-23.

4. Robert-Bobée (I.), « Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. La population continue de croître et le vieillissement se poursuit », *Insee Première*, n° 1089, Juillet 2006.

5. Cf. INSEE, *Les personnes âgées*, INSEE, coll. « Références », 2005.

6. Attias-Donfut (C.), « Dépendance des personnes âgées : pourvoyance familiale et pourvoyance sociale », *Revue française des affaires sociales*, 47 (4), 1993, p. 33-52.

7. Circulaire n°1575 du 24 septembre 1971 sur la politique relative aux équipements sanitaires et sociaux en faveur des personnes âgées ; rapport de l'Intergroupe en 1971 ; rapport du Conseil Economique et Social, dit rapport Brudon (1976) ; rapport du Haut-Comité de la population sur le « vieillissement de la population (1980) ; rapport du Commissariat général du Plan, dit rapport Lion (1980) ; rapport Teulade (cf. Secrétariat d'Etat auprès du Premier ministre chargé du Plan, Protection Sociale – rapport de la Commission présidée par M. René Teulade, Xème Plan, 1989-1992, Paris, La Documentation Française, 1989, p.28).

8. David (M.-G.), Starzec (C.), « Aisance à 60 ans, dépendance et isolement à 80 ans », *Insee Première*, n° 447, avril 1996.

9. Bourdelais (P.), *L'âge de la vieillesse*, Paris, Odile Jacob, 1993.

En effet, les indicateurs statiques objectivent, contre toute évidence, un vieillissement de plus en plus marqué de la population française. Le risque est d'assimiler le *vieillesse physiologique* et individuel analysé plus haut et le *vieillesse démographique*, reposant sur une base collective et une évolution à long terme. Si un individu a des probabilités croissantes d'entrer en dépendance à mesure qu'il vieillit, une comparaison en coupe diachronique montre qu'un individu aujourd'hui âgé de 80 ans a plus de probabilités d'être bien portant qu'un homme âgé de 70 ans au début du siècle dernier. Ainsi, le déplacement continu du seuil d'entrée dans la vieillesse conduit à opposer les évidences fournies par l'indicateur statistique avec la part des vieux grabataires. Celle-ci ne s'est pas accrue en France depuis le milieu du 19<sup>ème</sup> siècle<sup>1</sup>. D'ailleurs, la conviction désormais partagée selon laquelle la vie se rajoute aux années a fini par s'imposer. Elle tire en partie sa force de l'émergence d'un nouvel indicateur de santé baptisé « espérance de vie sans incapacité ». Mais celui-ci n'a pas suffi à remettre en cause l'idée première d'un lien quasi-mécanique entre vieillissement et dépendance. Ensuite, divers scénarii s'opposent quant à son impact. Dans le scénario d'extension de la morbidité (ou pandémie des maladies chroniques), les années gagnées en longévité seront des années de vie avec incapacité. Dans le scénario de maintien de la morbidité (ou de l'équilibre), l'âge moyen d'apparition des maladies et la date du décès se décaleront parallèlement. Enfin, dans le scénario de compression de la morbidité, l'âge moyen d'apparition des maladies invalidantes sera davantage retardé que l'âge de la mort. Les progrès de la médecine permettront aux personnes atteintes d'une incapacité temporaire de reprendre leurs activités<sup>2</sup>. En 1999, l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance (HID), première photographie générale du handicap en France, a permis de souligner une légère diminution de la prévalence de la dépendance physique de 8,5% à 6,4% pour les personnes âgées de 65 ans et plus entre 1990 et 1999 (670 000 à 600 000 personnes en nombre absolu). Une évolution qui n'est pas transposable aux situations de dépendance psychique (en particulier Alzheimer).

- **Des personnes âgées aux personnes en situation de handicap**

En s'intéressant à la question de la dépendance, plutôt qu'à la question de l'âge chronologique, nous sommes autant amenés à nous intéresser aux situations de handicap qu'à la question stricto sensu des personnes âgées définies par l'âge. Même s'il n'est plus besoin de rappeler la corrélation entre l'avancée en âge et les états invalidants, l'expression « personne en situation de handicap » permet de désigner aussi bien les personnes âgées que les plus jeunes alors que l'expression « population handicapée » est réservée aux adultes âgés de moins de 60 ans. Force est de constater, comme nous le verrons dans la première partie, que les réponses aux situations de handicap en termes d'habitat peuvent concerner les personnes âgées, de manière non exclusive.

Ce chevauchement entre personnes âgées, situations de handicap et habitat nous invite à rappeler que la France a fait un choix singulier en réservant le qualificatif « dépendance » aux seules personnes âgées. Celui d'une approche causale examinant, au-delà de l'identification du besoin d'une tierce personne, l'origine du handicap. Cette distinction entre personnes âgées et personnes handicapées adultes (âgées de moins de 60 ans) particularise la politique française. Cette séparation juridique des publics conduit à une prise en charge différenciée en France, ce qui n'est pas le cas dans d'autres pays européens, notamment en Allemagne, en Belgique, au Luxembourg et en Suède. Ces pays, qui ont structuré leur politique autour des « soins de longue durée », prennent exclusivement en compte les conséquences du handicap conformément aux recommandations internationales comme celle du comité des ministres européens ou du Conseil de l'Europe<sup>3</sup>. Cette référence à la dépendance a des conséquences qui sont un isolement des pratiques de notre pays par rapport aux communautés

---

1. Bourdelais (P.), « Vieillesse de la population ou artefact statistique », *Gérontologie et société*, 49, p. 22-32.

2. Source : INSEE, France, *Portrait social*, Dossier « La dépendance des personnes âgées : recours aux proches et aux aides professionnelles », 1998/1999.

3. « La dépendance est un état dans lequel se trouvent des personnes qui, pour des raisons liées au manque ou à la perte d'autonomie physique, psychique ou intellectuelle, ont besoin d'une assistance et/ou d'aides importantes afin d'accomplir les actes courants de la vie. Toutes les sections de la population peuvent se trouver affectées par la dépendance, et pas uniquement les personnes âgées... » (Recommandation n°98(9) du comité des ministres aux Etats membres relative à la dépendance).

professionnelles et scientifiques du monde entier, ainsi qu'un isolement en matière de politique publique<sup>1</sup>.

La dépendance va donc, en France, être liée à un facteur âge (avoir plus de 60 ans) et un facteur biomédical. Pour mesurer celui-ci, on a recours à la grille AGGIR – contraction d'Autonomie Géronte Groupes Iso-ressources. Cette grille sert de référence pour attribuer les prestations liées à la dépendance au-delà de 60 ans ; elle fonctionne selon 10 items discriminants cotés à 3 niveaux pour évaluer l'état d'Autonomie Gérontologique des personnes âgées. Le programme informatique Groupe Iso-Ressources (GIR) permet de ventiler chaque patient dans un des 6 groupes iso-consommateurs de charge de travail. Malgré l'accumulation de critiques quant à sa validité et sa pertinence, la grille AGGIR est devenue l'outil légal d'évaluation de la dépendance dans le cadre de la loi PSD (décret 97-427 du 28 avril 1997). Désormais, le groupe de dépendants résulte de la réunion d'un critère d'âge, d'une approche fonctionnelle et d'un seuil. Alors qu'en PSD (Prestation spécifique dépendance)<sup>2</sup>, seuls les trois premiers GIR étaient éligibles à la prestation, le quatrième a été intégré au sein du dispositif remplaçant, l'APA, entré en application en 2002.

### • **L'APA, prestation centrale à l'articulation de l'habitat et de la dépendance**

L'APA est versée aussi bien en établissement qu'à domicile. Si l'ouverture des droits n'est pas soumise à conditions de ressources, les bénéficiaires s'acquittent toutefois d'un ticket modérateur proportionnel au montant du plan d'aide accordé, et dont le taux croît avec leur revenu.

Aujourd'hui, seules les personnes classées en GIR 1 à 4 sont considérées comme dépendantes et sont prises en charge à ce titre par les politiques publiques.

- Le groupe 1 (GIR 1) comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil, qui ont perdu leur autonomie mentale, corporelle et sociale et qui ont besoin d'une présence continue d'intervenants ;
- Le GIR 2 inclut les personnes confinées au lit ou démentes ;
- Le GIR 3 regroupe les personnes qui ont conservé leur autonomie mentale et partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin d'assistance pour leur autonomie corporelle (toilette et habillage) ;
- Le GIR 4 correspond aux personnes qui ont besoin d'aide pour se lever, pour assurer leur hygiène corporelle et/ou la prise des repas ;
- Le GIR 5 est composé des personnes qui nécessitent une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;
- Le GIR 6 comprend les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les principaux actes de la vie quotidienne.

Le plan d'aide est une composante essentielle de l'APA à domicile. Il est établi par une équipe médico-sociale, et recense les besoins du demandeur. A la fin 2004, selon l'INSEE, le plan d'aide comporte principalement des aides directes en personnel, qui représentent en moyenne 92% du montant de l'aide accordée. Le restant (8%) est consacré à d'autres dépenses : service de téléalarme, portage de repas, acquisition de fauteuil roulant, réalisation de petits travaux d'aménagement du logement, hébergement temporaire ou accueil de jour.

S'agissant de l'APA à domicile, le montant moyen du plan d'aide attribué est de 504 euros par mois, (dont 414 euros à la charge des conseils généraux), et de 460 euros pour les personnes résidant en

---

1. On peut toutefois observer une tendance au rapprochement de ces deux populations. Le code de la construction et de l'habitation (article R. 441-4) reconnaît par exemple aux personnes âgées « dont l'état le justifie » une priorité pour l'attribution d'un logement social adapté au handicap en l'absence de candidat handicapé. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées constitue un pas supplémentaire. Elle prévoit la suppression d'ici 2010 de cette distinction juridique pour les seules personnes handicapées vieillissantes. Depuis 2006, la PCH (prestation de compensation du handicap) peut être attribuée à des personnes handicapées de plus de 60 ans, en lieu et place de l'APA, pour peu qu'elles le choisissent.

2. La PSD, instituée en 1997 était soumise à des conditions de ressources est destinée aux personnes de 60 ans et plus les plus dépendante (GIR 1 à 3). L'APA s'est substituée à partir de 2002 à la PSD.



établissements (dont 310 euros à la charge des conseils généraux). Le montant moyen du plan d'aide dépend logiquement du degré de perte d'autonomie : en moyenne 1016 euros par mois pour les bénéficiaires évalués en GIR 1, 795 euros pour les GIR 2, 587 euros pour les GIR 3 et 354 euros pour les GIR 4.

En établissement, l'APA aide ses bénéficiaires à acquitter le tarif dépendance qui est une des trois composantes du tarif pratiqué (un tarif hébergement réglé par la personne accueillie ou, en cas d'insuffisance par l'aide sociale départementale, un tarif « soins » financé par l'assurance maladie et un tarif dépendance réglé grâce à l'APA). Il existe trois tarifs dépendance correspondant respectivement aux GIR 1 et 2, aux GIR 3 et 4 et aux GIR 5 et 6. L'allocation mensuelle correspond à la différence entre le tarif dépendance de l'établissement correspondant au GIR du bénéficiaire, et la participation laissée à sa charge. En juin 2008, le montant moyen du tarif dépendance facturé dans les établissements qui ne sont pas sous dotation globale s'élevait à 544 euros pour une personne évaluée en GIR 1 ou 2 et 335 euros pour une personne évaluée en GIR 3 ou 4.

## **Le financement de la dépendance, enjeu majeur pour les finances publiques**

- **La croissance de la dépense publique pour la dépendance**

Globalement, entre 2005 et 2025, les coûts annuels de personnel (quel que soit le financeur, y compris l'usager) pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes passeraient, à domicile, de 4,3 Meuros à 12,2 Meuros (hors inflation) et, en établissement, de 9,2 Meuros à 17,4, voire 19,3 Meuros, soit des taux d'augmentation des coûts de 3,2 à 5,8% selon les cas. Dans la même période, les besoins de financement globaux liés à l'investissement s'inscriraient quant à eux dans une fourchette de 14,1 à 29,2 Meuros<sup>1</sup>.

C'est face à ces problèmes de financement que l'État s'est engagé dans la création d'un « cinquième risque » de la protection sociale, dont la mise en place était prévue début 2009. L'idée de départ est que les quatre risques de sécurité sociale – maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, famille, vieillesse – n'ont pas été conçus pour apporter une réponse adaptée au défi de la dépendance : « Entre les prestations liées à l'état de santé et celles liées à une perte de revenu, il manque un maillon dans notre système de protection sociale pour compenser les restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et de la vie sociale.<sup>2</sup> ». La création de ce cinquième risque devra permettre d'abord d'assurer la prise en charge des générations de plus en plus nombreuses qui seront touchées par la perte d'autonomie. Il s'agit également de permettre le maintien à domicile des personnes en situation de perte d'autonomie, quel que soit leur âge. Elle permettra d'augmenter le nombre de places en établissements médicalisés et d'alléger le reste à charge pour les familles. Le financement du dispositif doit reposer sur un socle de financement par la solidarité nationale, mais également sur un partenariat avec les organismes privés de prévoyance. Le financement doit enfin prendre en compte les capacités contributives des personnes, et c'est dans ce cadre que pourrait prendre place une formule de prêt viager hypothécaire<sup>3</sup>.

---

1. Cf. Le Bouler (S.), *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*, Second rapport de la mission « Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes », Centre d'analyse stratégique, juin 2006, p. 99.

2. Cf. les orientations pour la mise en place du cinquième risque, présentées devant le CNSA, le 28 mai 2008.

3. Voir à ce sujet Taffin (C.), Vorms (B.), « La mobilisation de l'actif résidentiel des personnes âgées pour participer au financement des dépenses dues au grand âge. Le recours au prêt viager hypothécaire », Note au ministre du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité, 7 mai 2008.

- **Une question fondamentale pour les Conseils généraux**

Depuis les lois de décentralisation, entrées en vigueur au début des années quatre-vingt, les collectivités locales, au premier plan desquelles les départements, exercent des compétences renforcées en matière sanitaire et sociale ; la question du montant et de l'évolution des dépenses d'action sociale (RMI, soutien à l'enfance, aux personnes handicapées, aux personnes âgées et autres dépenses) figure au premier plan de leurs préoccupations budgétaires. Dans sa lettre de juin 2008, l'Observatoire National de l'Action Sociale décentralisée (ODAS)<sup>1</sup> indique ainsi que les dépenses d'action sociale - qui représentent le principal domaine d'intervention des Conseils généraux et dont le montant ne cesse de croître - constituent en 2007 plus de 46% des dépenses totales hors remboursement de dettes et 60% des seules dépenses de fonctionnement ; leur montant étant deux fois supérieur aux efforts consentis en matière d'investissement et atteint 19,4 milliards d'euros (dépense nette après déduction des apports de l'Etat). A titre de comparaison, les autres grands domaines de compétence des départements affichent des poids budgétaires bien moins marqués ; un peu plus de 7% des dépenses totales pour les collèges, 10% pour la voirie et près de 4% pour les Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS).

Le soutien aux personnes âgées représente à lui seul, toujours en 2007, 21,5% des dépenses d'aide sociale des départements, soit 4,21 milliards d'euros. Abondamment CNSA compris (1,41 milliard d'euros), la dépense nette d'action sociale en faveur des personnes âgées s'élève donc à 5,62 milliards d'euros, dont 78% sont imputables à l'APA, versée à plus d'un million de bénéficiaires et 20% à l'hébergement, versée au titre du placement chez des particuliers (anecdotique) ou de l'hébergement dans un établissement public ou privé du secteur médico-social (114 000 bénéficiaires environ en 2007)<sup>2</sup>. A noter que les montants des dépenses d'aide sociale en faveur des personnes âgées, convertis en euros par habitant, sont toutefois sensiblement variables d'un département à l'autre, au regard des caractéristiques de la population<sup>3</sup>. Alors que la moyenne des dépenses d'aide sociale aux personnes âgées en euros par habitant s'élève à 80,8 pour la France métropolitaine et 85,4 pour la province en 2005, ce montant dépasse fréquemment 100 euros dans les départements ruraux (à titre d'exemple ce montant varie de 69 à 70 euros pour les deux départements franciliens de notre échantillon à 79 et 86,5 euros pour les deux départements bretons et enfin 119 euros pour la Haute Vienne).

L'ampleur des dépenses en direction des personnes âgées et les prévisions de croissance des coûts<sup>4</sup> risquent de se heurter aux limites des budgets des collectivités locales, et en particulier des départements, dans le contexte actuel de baisse des ressources, lié à la crise de l'immobilier. Cette crise commence, en effet, à réduire, sur la période 2007/2008, le montant des droits de mutations à titre onéreux<sup>5</sup> perçus par ces derniers (7,7 milliards d'euros en 2007, soit une progression de +5%

---

1. « Action sociale 2007 : le calme avant la tempête ? », La lettre de l'ODAS, juin 2008.

2. Notre propos n'est pas ici de détailler les autres aides versées, principalement à domicile, que sont l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et l'aide ménagère. Voir en annexe les effectifs des différentes prestations d'aide sociale aux personnes âgées et leur évolution entre 2003 et 2007.

3. Voir le montant des dépenses d'aide sociale en 2005 en euros par habitant, disponible sur le site de l'INSEE <http://www.statistiques-locales.insee.fr>.

4. L'ODAS souligne que la hausse de la dépense nette des coûts d'hébergement entre 2006 et 2007 (+7,7%) s'explique par une hausse des coûts liés à la renégociation des conventions tripartites (établissements, Etat et Conseil Général), dans un souci de meilleure qualité des services rendus, qui pourrait entraîner assez vite une augmentation des recours à l'aide sociale. La croissance de la dépense APA (versée aux 2/3 à domicile) devrait quant à elle reprendre fortement dès 2009, sous l'effet de la pression démographique, « à moins que des changements législatifs ne ralentissent les nouvelles demandes ou le montant moyen des aides ».

5. Les départements perçoivent à leur profit les droits de mutation afférents aux ventes d'immeubles. Leur taux est fixé par les Conseils généraux dans une fourchette allant de 1 à 3,6% et s'applique au prix de vente et les droits sont dus par l'acquéreur. Si les droits de mutation à titre onéreux (DMTO) portent sur les biens d'habitation comme sur les locaux professionnels, la part des DMTO à usage d'habitation dans les recettes des départements est largement prépondérante. En moyenne, l'immobilier d'habitation représente près de 80% du produit des droits de mutation, contre 20% pour l'immobilier professionnel. Cf. Bourdin (J.), « Les Finances locales en 2007 », *Observatoire des Finances locales*, juillet 2007.

par rapport à 2006, contre +13% entre 2005 et 2006). On peut faire l'hypothèse que cette situation est susceptible de renforcer la convergence des politiques de l'habitat et du vieillissement.

### Evolution de la dépense nette d'action sociale en faveur des personnes âgées

France métropolitaine

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Dépense nette d'hébergement	880	820	700	840	910	940	1 040	1 120
Autres dépenses (aide à la personne...)	810	830	540	220	90	90	90	100
APA brute			1700	3 210	3 550	3 880	4 240	4 490
• <i>Établissements</i>			750	1 120	1 250	1 350	1 460	1 580
• <i>Domicile</i>			950	2 090	2 300	2 530	2 780	2 910
Récupérations APA				- 40	- 50	- 80	- 80	-90
APA nette avant déduction de l'abondement			1 700	3 170	3 500	3 800	4 160	4 400
<b>Dépense totale nette avant déduction de l'abondement</b>	<b>1 690</b>	<b>1 650</b>	<b>2 940</b>	<b>4 230</b>	<b>4 500</b>	<b>4 830</b>	<b>5 290</b>	<b>5 620</b>
<b>Abondement CNSA</b>			<b>640</b>	<b>1 370</b>	<b>1 280</b>	<b>1 290</b>	<b>1 350</b>	<b>1 410</b>
<b>Dépense totale nette après déduction de l'abondement</b>	<b>1 690</b>	<b>1 650</b>	<b>2 300</b>	<b>2 860</b>	<b>3 220</b>	<b>3 540</b>	<b>3 940</b>	<b>4 210</b>

\* Hors ACTP versée aux personnes de plus de 60 ans ; cette allocation, intégrée tous les ans à la dépense relative aux personnes handicapées, représentait depuis plusieurs années 100 à 110 M d'euros jusqu'en 2006, elle baisse légèrement en 2007 à 80 M d'euros.

Source : lettre de l'ODAS, juin 2008

## Les impacts du vieillissement et de la dépendance sur le logement

Au plan général, le vieillissement de la population a et aura indéniablement un impact sur les marchés immobiliers via notamment une demande accrue en logement, une modification de la demande tant en termes de localisation que de taille de logement, mais aussi via les modes de transmission du patrimoine. Sous l'angle particulier de la dépendance, les questions de *l'adaptation des logements* tant privés que sociaux, et de *l'offre destinée aux ménages âgés*, aussi bien dans le cadre de formules intermédiaires entre le domicile et l'établissement, que de l'offre en places d'hébergement supplémentaires, deviendront plus prégnantes.

Pour les politiques publiques de l'habitat, les personnes âgées, considérées d'abord comme des ménages ordinaires<sup>1</sup>, deviennent, dès lors qu'elles sont considérées sous l'angle de la dépendance, hypothétique ou survenue, une population spécifique<sup>2</sup>, au même titre que les jeunes, les travailleurs saisonniers, les gens du voyage, etc.<sup>3</sup> – rappelons tout de même que la « dépendance », définie au

1. Les consultations dans les ADIL apparaissent typiques de cette indifférenciation des ménages du point de vue de l'âge, et de l'absence de catégorisation des questions propres à la dépendance. Les consultants (1 million par an pour 72 ADIL ouvertes au public) sont d'abord considérés comme des ménages ordinaires ; et les consultations des personnes âgées sont seulement analysées selon l'information délivrée (accession, rapports locatifs, copropriété, etc.).

2. En ce sens, l'habitat renvoie au logement, mais aussi à son environnement de service. Notre propos toutefois sera centré sur le logement, et nous n'aborderons que peu cet environnement (en particulier, tout ce qui concerne les « aidants »).

3. En témoigne la question parlementaire sur n°AL 23-19 SECAE consacrée à la politique d'aide au logement des populations spécifiques, qui associe les personnes âgées et les personnes handicapées, les jeunes, les immigrés, les familles monoparentales, les grandes familles, les accédants en difficulté, les saisonniers et les personnes victimes de violences familiales (Projet de loi de Finances initiale pour 2009, Mission « Ville et Logement », Programme « Aides à l'accès au logement »).

travers de la grille AGGIR, circonscrit, fin 2008, une population de plus de 1 million de personnes et en constante augmentation, dont près de 700 000 personnes vivant à domicile.

Les « personnes âgées » ne sont donc pas appréhendées de la même manière selon que l'on se place du point de vue des politiques sociales ou des politiques du logement. Alors que pour les politiques sociales, les personnes âgées sont considérées, via la question de la dépendance, comme des destinataires d'aides et de prestations, pour les politiques de logement, elles sont d'abord envisagées sous l'aspect de leur impact tant sur l'offre que la demande de logements. Dans le premier cas, nous avons affaire à une catégorie-objet, résultat du classement expert des spécialistes médico-sociaux ; dans le second cas, les personnes âgées sont considérées comme des acteurs spécifiques sur le marché du logement.

### • **L'impact du vieillissement sur les marchés et les besoins en logement**

Les retraités alimentent le marché du logement de plusieurs façons, par la vente ou l'achat de biens immobiliers ou par la location de biens dont ils sont propriétaires ; en outre leurs comportements de mobilité ont un impact sur les marchés locaux de l'habitat. Rappelons que si les ménages retraités représentent un ménage sur trois en France, ils possèdent une part bien plus significative du parc total (un ménage retraité sur cinq possède à la fois sa résidence principale et au moins un autre logement) et contribuent notamment largement à l'offre locative (les personnes âgées louent 1,3 million de logements, soit près du quart du marché locatif privé). En outre, les personnes âgées qui ne déménagent pas restent souvent dans des logements plus spacieux que la moyenne, dans lesquels elles ont vu grandir leurs enfants ; cette « sous-occupation » posant particulièrement problème dans le parc social. Par ailleurs, bien que leur taux de mobilité soit trois fois plus faible que la moyenne, la faible proportion de retraités qui déménagent a, du fait de l'effet nombre, un impact significatif sur l'offre et la demande de logements. Selon l'Institut d'Urbanisme de Paris (IUP), ils sont tout de même à l'origine de 200 000 déménagements par an. La migration de retraite est essentiellement le fait de jeunes retraités, propriétaires de leur résidence principale souvent périurbaine et qui possèdent une résidence secondaire dans laquelle ils décident de s'installer à titre principal. Elle concerne particulièrement les retraités d'Ile-de-France, qui sont trois fois plus mobiles que l'ensemble des personnes âgées et constituent près de la moitié de celles qui ont changé de résidence entre 1990 et 1999.

L'introduction de la synthèse réalisé par le PUCA met en exergue l'étendue des questions liées au vieillissement<sup>1</sup> : au niveau macro-économique, une des questions majeures est celle des conséquences de l'arrivée des générations du *baby-boom* à l'âge de la retraite sur les prix des logements aussi bien nationalement que localement. Une incertitude se fait en effet jour sur les effets de la vente de leur patrimoine, et à plus long terme sur la disparition de cette génération, en terme d'excès d'offre et de baisse au moins localisée des prix du logement. Mais les incertitudes pèsent aussi sur les effets des migrations de retraite, impactés par une éventuelle diminution des migrations définitives et/ou une généralisation des pratiques de double résidence. Divers scénarios sont possibles ayant un fort impact sur la demande de logement<sup>2</sup>, en particulier en Ile-de-France. L'internationalisation des migrations de retraite est encore une source d'interrogation quant à son impact sur les marchés locaux de l'habitat, en termes de hausse des prix, au moins dans certaines localités, et aux difficultés consécutives d'accès au logement pour les jeunes.

Pour les collectivités locales, le vieillissement semble aujourd'hui vécu, s'agissant des stratégies migratoires des personnes âgées, au demeurant difficiles à anticiper, comme un atout : marché immobilier dynamique, développement d'une économie fondée sur la production destinée à satisfaire

---

1. Bonvalet (C.), Drosso (F.), Benguigui (F.), Pai Huynh (P.), *Vieillessement de la population et logement. Les stratégies résidentielles et patrimoniales*, PUCA-La Documentation française, 2007.

2. Cf. Jacquot (A.), « Vieillessement de la population et demande de logement », in Bonvalet (C.) et al., *Vieillessement de la population et logement*, op. cit.

la consommation des résidents et des touristes, mais aussi comme un problème : dans les secteurs littoraux notamment, leurs acquisitions ajoutées à celles des ménages étrangers ont tendance à tirer les prix vers le haut et à évincer au premier chef les primo-accédants. Le vieillissement de la population, autochtone ou non génère aussi des besoins spécifiques : besoins accrus en petits logements, notamment sociaux, logements dotés d'un environnement de commerces et services adaptés. Là encore, la question de la « concurrence » avec les ménages plus jeunes se pose, notamment dans le parc locatif social où une part des grands logements est sous-occupée alors que des familles sont inscrites en liste d'attente ; enfin bien sûr le vieillissement induit un besoin d'adaptation et d'accessibilité du logement, avant que ne se pose la question de la mobilité résidentielle vers les établissements d'hébergement collectif.

- **Dépendance et logement**

Plus que le vieillissement en tant que tel, c'est toutefois la survenue de la dépendance des personnes âgées qui impose une articulation des politiques du vieillissement avec les politiques de l'habitat. Le versement de l'APA est ainsi effectué à domicile ou en établissement et l'éventail des solutions de logement proposées aux personnes âgées dépendantes est devenu suffisamment large pour que l'opposition classique entre maintien à domicile et institutionnalisation paraisse de plus en plus dépassée – même si on continue souvent à s'y référer. L'existence et le développement continu de formules « d'entre-deux » (entre le logement individuel et le logement en établissement) a également fortement contribué à estomper cette opposition. Ce ne sont ainsi ni la nature des besoins des personnes occupantes, ni leur statut (locataires ou résidents), ni les droits ouverts (allocation logement, APL), ni la gamme même des services proposés qui constituent l'élément de distinction. Enfin, le financement de la production des établissements se rapproche des modes ordinaires de production des logements. Ainsi, les financements dédiés au logement ordinaire (prêt locatifs sociaux) peuvent être dédiés aux financements de places en EHPAD ; de même, la défiscalisation s'applique aux places en EHPAD.

Sans doute, le développement croissant des formes « intermédiaires », et la multiplication – au vrai peu contrôlable – de ces formes, amène à redéfinir les notions mêmes de domicile et d'établissement. A titre d'exemple, on a d'un côté les diverses expériences de cohabitation (logements intergénérationnel, colocation entre seniors) ; de l'autre on a les foyers-logements ou les projets d'accueil familiaux adossés à un EHPAD. Autant de réalités de l'habitat qui viennent mettre à mal la claire distinction entre domicile et hébergement collectif.

Il est toutefois possible de maintenir une distinction en avançant quatre critères de nature différente. En premier lieu, et d'un point de vue juridique, la ligne de démarcation entre le domicile et l'établissement a évolué *en fonction de la réforme de la tarification des établissements* applicable à partir du 1er janvier 2002 (et coïncidant avec la mise en œuvre de l'APA). La notion de « domicile » qui en découle repose sur deux critères intervenant dans la délimitation des établissements. Le premier critère renvoie tout d'abord à un niveau de dépendance moyen des personnes accueillies (GIR moyen pondéré ou GMP) inférieur ou supérieur à 300. Ce dernier représente la moyenne pondérée du nombre de résidents à chaque niveau de dépendance multiplié par le nombre de points représentatifs de la dépendance attribués à chaque GIR. Il s'agit de traduire le principe de la réforme de la tarification, où le droit social se calque non plus sur les statuts juridiques mais sur les états de dépendance. Le second critère est lié ensuite à une capacité d'accueil inférieure ou supérieure à 25 places. Ainsi, les foyers-logements qui entraient traditionnellement dans le champ du domicile peuvent désormais alternativement entrer dans le champ d'application de l'APA en établissement ou de l'APA à domicile.

Définition du domicile et de l'établissement (APA)			
GMP > 300 + 25 lits	GMP < 300 - 25 lits	GMP < 300 et plus de 25 lits	GMP > 300 et moins de 25 lits
APA en établissement	APA à domicile	APA à domicile	APA à domicile

En deuxième lieu, la distinction entre établissement et domicile peut être opérée au regard des *conditions du départ* de l'occupant. En établissement, c'est le gestionnaire qui décide, le cas échéant, du départ d'une personne lorsque son état de santé (configuration la plus fréquente) le commande. A domicile, seul l'occupant peut décider de quitter son logement quel que soit son état de santé et les conditions dans lesquelles une aide peuvent ou non lui être apportée. Il dispose d'un droit à rester chez lui.

En troisième lieu, la distinction peut être construite à partir de la notion de « *chez soi* », constitutive du logement. Cette idée renvoie à la dimension *d'intimité* du logement. C'est bien ce critère qui est pris en compte dans le questionnaire de l'enquête EHPA 2003 (voir infra) quand il s'agit de l'hébergement :

- D3. Avez-vous apporté des meubles qui viennent de votre domicile dans votre pièce, votre logement ?
- D8. Votre nom est-il inscrit sur la porte ?
- D9. Pouvez-vous fermer votre chambre ou votre studio à clé ?
- D10. Le personnel frappe-t-il à la porte avant d'entrer ?<sup>1</sup>

La vie en établissement apparaît ainsi souvent interdire la vie privée, tant la sphère intime est colonisée par des usages institutionnels. Le caractère collectif des établissements expose les résidents aux pathologies de leurs voisins (et on se souvient que les pathologies démentielles repérées par les médecins en EHPA concernent 33% des résidents, tous types d'établissement confondus<sup>2</sup>). Mais l'activité institutionnelle a aussi pour conséquence la confusion des espaces de vie et des espaces de travail pour les soins et l'accompagnement des personnes âgées. Cet aspect, auquel s'ajoutent les contraintes réglementaires en matière de sécurité, tend à rendre, dans bien des cas, les formules d'hébergement collectif « inhabitables ». Le respect des différentes contraintes envahit l'espace et le sature au détriment de sa personnalisation et de sa privatisation : comme le souligne C. Eynard et D. Salon, la surface minimale nécessaire pour l'application de la réglementation s'élève par chambre à environ 18 m<sup>2</sup>, soit 90% de la surface totale constatée dans bien des cas<sup>3</sup>.

## Les personnes âgées et leurs conditions de vie : les informations disponibles au plan national

Considérant que l'articulation des deux politiques publiques suppose un socle commun d'informations satisfaisant, on a cherché, dans cette partie, d'une part à synthétiser les analyses présentées dans des publications *nationales*, considérant qu'à l'échelle locale le même type d'analyse devrait former la toile de fond de toute réflexion sur l'articulation du vieillissement et de l'habitat ; et d'autre part, au travers de ces publications, à recenser les sources statistiques mobilisées. Nous avons consulté, outre ces sources, des données statistiques brutes propres aux « plus de 75 ans ».

1. Il y a par ailleurs un lien entre l'absence d'espace privé et la dépersonnalisation des personnes âgées en institution, marquée par l'usage du « on » (dans des phrases du type : « On a bien dormi cette nuit ? »), et les appellations qui font l'économie des noms propres des personnes (avec des désignations des personnes âgées comme « la mamie » ou « le papy »). Cf. Musée de l'APHP, *Voyage au pays de Gérousie. Le grand âge en institution. XIXe-XXe siècle*, 2007.

2. DREES, « Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement », *Etudes et résultats*, n°494, juin 2006. Le syndrome démentiel regroupe la maladie d'Alzheimer et les pathologies apparentées.

3. Cf. Eynard (C.), Salon (D.), *Architecture et gérontologie. Peut-on habiter une maison de retraite ?*, Paris, L'Harmattan, 2006.

Dans cette analyse liminaire, nous nous sommes contentés des données *nécessaires à notre objet*, sans chercher à être exhaustif concernant la connaissance que l'on peut obtenir sur les personnes âgées en général. Cinq thèmes ont été particulièrement abordés dans ce chapitre, essentiellement parce qu'ils s'avèrent indispensables à la compréhension des rapports du vieillissement et de l'habitat : la démographie, l'état de santé et la dépendance, les revenus, les conditions de vie et enfin la mobilité.

## Les sources

Dans un premier temps, nous avons utilisé les publications et données existantes au plan national en rapport avec le problème de l'articulation logement/vieillesse, en nous limitant en outre aux sources statistiques aisément mobilisables et susceptibles, de ce fait, de faire l'objet d'une appropriation et d'un partage par les équipes travaillant au niveau local, qu'il s'agisse des services des collectivités, administrations ou des bureaux d'études<sup>1</sup>.

A cet égard, plusieurs constats peuvent d'ores et déjà être effectués. En premier lieu, les publications spécialement consacrées aux personnes âgées sont rares<sup>2</sup>. En second lieu, pour ce qui concerne le *portait socio-économique des personnes âgées associé notamment à leurs conditions de logement*, on dispose des publications de l'INSEE, analysant ses propres enquêtes (Recensement Général de la Population ; Enquête Nationale Logement) ou les enquêtes menées en collaboration avec d'autres partenaires institutionnels (Direction générale des Impôts via l'Enquête sur les revenus fiscaux par exemple). Nous disposons, par ailleurs, des publications de la DREES spécifiquement consacrées aux personnes âgées *dépendantes*, en particulier dans certains numéros d'*Etudes et résultats*, qui présentent les résultats d'enquêtes telles Handicap-Incapacité-Dépendance (HID), APA pour les Conseils généraux ou EHPA (complétées par les données FINISS). Pour les conditions de vie spécifiques des personnes âgées dépendantes, signalons tout de même les enquêtes directes auprès des usagers, comme l'enquête de 2003 auprès des bénéficiaires de l'APA ; ou pour les personnes âgées en établissement, l'enquête de 2007 auprès des résidents en établissement pour personnes âgées – ces enquêtes posent toutefois le problème de savoir qui y répond. Il peut en effet s'agir de la personne âgée elle-même ; de la personne âgée, mais accompagnée d'une ou plusieurs tierces personnes qui ont assisté ou participé à l'entretien ; ou encore d'une tierce personne de son entourage ou de l'établissement où la personne âgée réside.

Outre les études dédiées aux personnes âgées que nous venons de citer, diverses publications consacrées aux conditions de vie des ménages *en général* développent une analyse de la catégorie statistique des personnes âgées (le plus souvent après 75 ans). Citons le rapport du CREDOC sur l'analyse de l'enquête Occupation du Parc Social 2006<sup>3</sup>, *L'atlas de l'habitat privé* de l'ANAH (faisant appel aux données FILOCOM) ou encore les tableaux de données de la CNAF<sup>4</sup> présentant chaque année les bénéficiaires de l'aide au logement de plus de 60 ans<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Cette partie rédigée fin 2008, à titre de rapport intermédiaire, n'intègre pas les parutions du premier semestre 2009 de l'INSEE ou de la DREES consacrées aux personnes âgées (notamment dernier RGP, enquête EHPA 2007, enquête SHARE).

<sup>2</sup> On peut citer, à titre d'exemple la publication de l'INSEE, *Les personnes âgées*, INSEE, coll. « Références », 2005.

<sup>3</sup> Loones (A.), *Rapport sur l'Occupation du parc social et son évolution. Enquête nationale 2006*, CREDOC, 2007.

<sup>4</sup> Cf. Par exemple Direction des statistiques, des Etudes et de la recherche, *Prestations légales. Aides au logement. Revenu minimum d'insertion au 31 décembre 2006. Caisses d'allocations familiales Métropole et Départements d'Outre-Mer*, 2007.

<sup>5</sup> On trouvera à la fin de cette partie, un tableau récapitulatif des enquêtes et des fichiers recensés.

## Synthèse thématique des données nationales disponibles

- **Démographie**

### **Evolution de la population et des ménages**

Au cours des dix dernières années, l'espérance de vie à la naissance a augmenté de 3 ans pour les hommes et de 2,1 ans pour les femmes. En 2007, l'espérance de vie à la naissance augmente dans les mêmes proportions qu'en 2006. Elle est de 77,5 ans pour les hommes et de 84,4 ans pour les femmes contre respectivement 77,2 ans et 84,1 ans en 2006. La première conséquence de ces allongements de la durée de vie est une augmentation significative du nombre d'individus de plus de 65 ans. Ainsi, selon Yves Jauneau, en 2008, les 65 ans ou plus ont un poids de plus en plus important dans la population : 16,3 % en 2008, contre 15,5 % dix ans auparavant<sup>1</sup>.

Mais la seconde conséquence de cette augmentation de l'espérance de vie est une augmentation plus significative encore du nombre de ménages âgés de plus de 65 ans, en moyenne plus petits que les autres et avec peu d'enfants à charge. Alors que le taux de croissance des ménages s'élève à 1,24% par an en moyenne entre 1975 et 2005, celui de la population n'est que de 0,48%, d'où une diminution concomitante du nombre moyen de personnes par résidence principale (2,9 en 1975, 2,4 en 1999 et 2,3 en 2005). Entre 1990 et 1999, on compte 1,1 million de ménages âgés supplémentaires, la croissance de la classe 70-74 ans étant particulièrement forte.

### **Évolution du nombre de ménages de plus de 65 ans entre 1990 et 1999**

En milliers

	Individus	Ménages		Variation 1990/1999
		1990	1999	Ménages
<b>65 à 69 ans</b>	5 484	1 601	1 667	4,1%
<b>70 à 74 ans</b>	2 489	1 007	1 606	59,5%
<b>75 ou plus</b>	4 505	2 592	3 038	17,2%
<b>Ensemble</b>	<b>12 478</b>	<b>5 200</b>	<b>6 311</b>	<b>21,4%</b>

Source : Insee, Recensements de la population. 1990-1999.

Comme l'a souligné A. Jacquot « les déformations de la structure par âge expliquent une bonne moitié de l'évolution du nombre de personnes par ménage. Cumulées à la croissance de la population, elles expliquent selon les périodes entre les deux tiers et quatre cinquièmes de la croissance du nombre de ménages.<sup>2</sup> » Ainsi, le vieillissement de la population est-il un facteur central de la demande en logement. L'une des hypothèses retenues est que ce vieillissement aura comme conséquence, – avec l'accroissement de la population – une augmentation moyenne de près de 160 000 ménages par ans pendant les vingt-cinq prochaines années.

### **Projections démographiques à l'horizon 2050**

Comme le souligne la publication de l'INSEE consacrée aux personnes âgées, quelles que soient les hypothèses usuellement retenues pour la mortalité, la fécondité et les migrations, la population de la France métropolitaine continuera de vieillir au moins jusqu'en 2050. Dans le cadre des projections de population pour le prochain demi-siècle, l'INSEE a retenu un scénario correspondant à une prolongation des tendances des deux dernières décennies. La part des personnes âgées de 65 ans ou

1. INSEE, France, *portrait social*, Edition 2008.

2. Alain Jacquot, « Des ménages toujours plus petits. Projection de ménages pour la France métropolitaine à l'horizon 2030 », *INSEE Première*, n° 1106, octobre 2006.



plus serait alors de 29 % en 2050 contre 16 % en 2000. En 2050, ce sont 18,7 millions de personnes résidant en France métropolitaine qui auraient 65 ans ou plus, soit un quasi-doublement par rapport à 2000, alors que l'ensemble de la population n'augmenterait que de 9%. Les effectifs croîtraient d'autant plus que l'âge est élevé : proche du triplement pour les 75 ans ou plus, quadruplement pour les 85 ans ou plus. Ce « papy-mamy boom » s'explique par l'arrivée aux âges élevés des générations nombreuses nées entre 1945 et 1975, qui devraient en outre bénéficier d'un allongement substantiel de leur durée de vie. De fait, l'espérance de vie à 65 ans passerait de 21 ans en 2000 à 27,4 en 2050 pour les femmes, et de 16,4 ans à 22,9 ans pour les hommes.

Toutefois, le vieillissement de la population ne serait très marqué que jusqu'en 2040. Il s'atténuerait ensuite sensiblement en raison de l'arrivée de générations moins nombreuses que celles issues du « baby-boom » qui commenceraient à disparaître. Le nombre élevé de décès qui en découlerait aurait d'ailleurs une incidence forte sur la population, qui atteindrait un maximum en 2040 puis commencerait à décroître. L'effectif des personnes de 20 à 64 ans ne devrait continuer à augmenter que jusqu'en 2011 : au-delà, les générations qui accéderont à ces classes d'âge seront moins nombreuses que celles qui les quitteront. En 2000, les personnes âgées de 20 à 64 ans représentaient, avec 34,3 millions, 58,4 % de la population ; en 2020 avec 35,4 millions, elles n'en représenteraient plus que 56,5 % et en 2050 elles ne seraient plus que 32,5 millions soit seulement 50,7 % de la population. Cette évolution conduira à une augmentation continue du rapport « population âgée de 65 ans ou plus / population de 20 à 64 ans ». En 2050, ce rapport de dépendance atteindrait 571 pour 1000 contre 274 pour 1000 en 2000, soit un doublement sur une période de 50 ans<sup>1</sup>.

Ajoutons que ces projections restent vulnérables à des modifications observées dans certaines variables. Ainsi, l'INSEE, après les projections élaborées en 2001, en a-t-elle construit de nouvelles avec les résultats des enquêtes annuelles de recensement de 2004 et 2005. Ces enquêtes ont amené à remettre en cause les hypothèses de fécondité, de mortalité et de solde migratoire retenues. Depuis le début des années 2000, en effet, la fécondité et le solde migratoire ont augmenté. Ils se sont maintenus durablement à des niveaux plus élevés que ceux introduits dans la projection précédente. Enfin, les différences de mortalité entre hommes et femmes se sont atténuées plus fortement que ce qui avait été projeté.

## • **Etat de santé et dépendance**

L'ensemble de ces données démographiques n'apparaît pertinent qu'au regard des *conséquences* du vieillissement et de la survenue de la dépendance. Comme on l'a vu, c'est en effet, au travers du prisme de la déficience, de l'incapacité et plus encore la dépendance que le logement devient une dimension des politiques en direction des personnes âgées ou la cible des acteurs privés.

Comme le rappelle la Cour des Comptes, pendant longtemps, on n'a pu disposer que de données éparpillées<sup>2</sup>. Au plan national, la situation s'est nettement améliorée avec le lancement d'une vaste enquête de l'INSEE, l'enquête Handicaps, Incapacités, Dépendance (HID), réalisée en quatre vagues entre 1998 et 2001. Ces données sont cependant anciennes – en attendant le renouvellement attendu de cette enquête – ce qui apparaît comme particulièrement dommageable compte tenu des évolutions rapides de la dépendance.

### **La déficience et l'incapacité**

En 1999, 75% des personnes âgées de plus de 60 ans, soit 9,1 millions déclarent être atteintes d'une ou plusieurs déficiences de gravité très variable, dont 22,6% souffrant de plusieurs déficiences. Les

---

1. INSEE, *Les personnes âgées*, op. cit.

2. Cour des Comptes, *Les personnes âgées dépendantes*, novembre 2005.

associations de déficience<sup>1</sup> s'accompagnent généralement de niveaux d'incapacité beaucoup plus élevés que les déficiences isolées, ce qui rend le maintien à domicile plus difficile. Près de la moitié des résidents en maison de retraite et unités de soins de longue durée déclarent une combinaison de déficiences physiques et mentales alors, qu'à domicile, c'est moins d'une personne âgée sur dix. Néanmoins, compte tenu de la forte prédominance du domicile comme lieu de vie des personnes âgées, moins d'un cinquième de ces personnes atteintes de plusieurs déficiences vit en institution<sup>2</sup>.

Les incapacités, difficultés ou impossibilités de réaliser des actes élémentaires comme s'habiller, se lever, faire sa toilette<sup>3</sup> sont rares avant 80 ans. Selon les activités, la fréquence du besoin d'aide est 3 à 5 fois plus grande pour les personnes âgées de 80 à 89 ans que pour celles âgées de 70 à 79 ans, et elle est encore 2 à 3 fois plus élevée pour les 90 ans ou plus que pour les octogénaires.

## La dépendance

L'enquête HID réalisée par l'INSEE en 1999-2001 indique que sur les 11,5 millions de personnes âgées de plus de 60 ans et vivant à domicile (96% de l'ensemble) : 9% sont dépendantes, dont 3,5% lourdement. Parmi les 8,59 millions de personnes âgées vivant à domicile<sup>4</sup>, qui déclarent au moins une déficience ou une incapacité : 491 000 estiment avoir des difficultés d'accès à leur immeuble ou maison, 545 000 précisent que l'accès aux différentes pièces du logement n'est pas facile, 673 000 indiquent une mauvaise utilisation des meubles et des équipements.

### Répartition par lieu de vie et degré de dépendance des personnes âgées de 60 ans ou plus

GIR	À domicile (a)			En établissement pour personnes âgées			Total général (c)	
	en milliers	en %	dont personnes seules en %	en milliers	en %	dont Usld (b) en milliers	en milliers	en %
1. équivalent-GIR 1	22	0,2	0,1	48	10,1	18	69	0,6
2. équivalent-GIR 2	133	1,2	0,8	127	<b>26,9</b>	33	262	2,2
3. équivalent-GIR 3	137	1,2	1,3	63	13,3	10	202	1,7
<b>Personnes les plus dépendantes (1+2+3)</b>	<b>292</b>	<b>2,5</b>	<b>2,2</b>	<b>237</b>	<b>50,3</b>	61	<b>533</b>	<b>4,4</b>
4. équivalent-GIR 4	232	2,0	1,9	32	6,7	3	264	2,2
<b>Personnes dépendantes (1+2+3+4)</b>	<b>524</b>	<b>4,5</b>	<b>4,1</b>	<b>269</b>	<b>57,0</b>	<b>64</b>	<b>798</b>	<b>6,6</b>
5. équivalent-GIR 5	346	3,0	3,6	43	9,2	3	391	3,2
6. équivalent-GIR 6	10 692	92,5	92,3	159	33,8	7	10 857	90,1
<b>Personnes les moins dépendantes ou autonomes (5+6)</b>	<b>11 038</b>	<b>95,5</b>	<b>95,9</b>	<b>202</b>	<b>43,0</b>	10	<b>11 248</b>	<b>93,4</b>
<b>Ensemble des 60 ans ou plus</b>	<b>1.1562</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	471	<b>100,0</b>	73	<b>12 045</b>	<b>100,0</b>

(a) 24 000 personnes à domicile dont l'équivalent GIR est inconnu ne sont pas comptées.  
(b) Unité de soin de longue durée (très exactement, établissement public de long séjour).  
(c) Le total général inclut 13 092 personnes de 60 ans ou plus en foyer pour handicapés et en hôpital psychiatrique.

Source : Insee et Drees, enquêtes HID 1998 et 1999.

1. Déficience : perte (amputation, sclérose...) ou dysfonctionnement de diverses parties du corps (membres, muscles, organes) ou encore du cerveau, d'inégale importance pour la vie de tous les jours. Elle résulte en général d'une maladie, d'un traumatisme ou d'un problème de naissance. On peut en partie en réduire les conséquences par l'appareillage et la rééducation.

2. INSEE, *Les personnes âgées, op. cit.*

3. En général conséquences de déficiences, les incapacités sont les difficultés ou impossibilités à réaliser des actes élémentaires physiques comme se tenir debout, psychiques (comme mémoriser) ou plus complexes (s'habiller, s'orienter...). Une aide technique ou humaine peut permettre d'effectuer ces actes quotidiens. Six grands thèmes d'activité sont pris en compte dans l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance.

4. Razaki (C.) « Le logement des personnes âgées et/ou handicapées à partir de l'enquête Handicaps-Incapacités-dépendance. Statistiques commentées pour l'Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat », CTNERHI, 2001.

Six ans après son entrée en vigueur, l'APA est versée, au 30 juin 2008 à 1 094 000 personnes, soit une augmentation de 4,4% sur un an, en ralentissement par rapport à la hausse observée au cours de l'année précédente (6,8% de juin 2006 à juin 2007) ; 8,2% des 13,4 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus au 1er janvier 2007, dont 5,2 millions de personnes âgées de 75 ans ou plus (estimations INSEE), potentiellement concernées par l'APA en sont donc bénéficiaires. 62% des personnes vivent à domicile, et 38% en EHPA. La part de personnes modérément dépendantes bénéficiaires de l'APA, relevant du GIR 4 reste constante (44%). Leur proportion est toujours nettement plus élevée à domicile qu'en établissement (24%). A l'inverse, 16% des bénéficiaires hébergés en établissements relèvent du GIR 1, contre 3% de ceux qui demeurent à leur domicile.

### La dépendance à l'horizon 2040

L'importante augmentation du nombre de personnes très âgées va entraîner une progression très importante du nombre de personnes dépendantes. Plusieurs travaux de projection ont été menés par l'INSEE pour étudier cette progression, à partir des mesures de flux d'entrée et de sortie de dépendance par âge, tirées des enquêtes HID (1998 à 2001) et du modèle Destinie. Comme on l'a vu, trois scénarios d'évolution de la dépendance ont été envisagés, compte-tenu d'hypothèses spécifiques sur l'évolution de la durée de la vie en dépendance à 60 ans (un scénario pessimiste correspond à une durée de vie en dépendance croissant au même rythme que l'espérance de vie à 60 ans ; un deuxième, central, suppose qu'elle reste stable pour les hommes comme pour les femmes et un troisième, optimiste, suppose que la durée de vie en dépendance après 60 ans diminue).

#### Les trois scénarios d'évolution de la vie en dépendance

Scénarios	Sexe	<i>En années</i>					
		Espérance de vie à 60 ans en 2000		Espérance de vie à 60 ans en 2040		Variation absolue (2000-2040)	
		Totale	En dépendance	Totale	En dépendance	Totale	En dépendance
Pessimiste	H	19,8	1,4	25,9	1,8	6,1	0,4
	F	25,0	2,5	30,9	3,2	5,9	0,7
Central	H	19,8	1,4	25,9	1,4	6,1	0,0
	F	25,0	2,5	30,9	2,5	5,9	0,0
Optimiste	H	19,8	1,4	25,9	1,2	6,1	- 0,2
	F	25,0	2,5	30,9	2,1	5,9	- 0,4

Source : INSEE, modèle Destinie et enquêtes HID 1998-2001.

Si dans les trois scénarios le nombre de personnes dépendantes augmente, l'éventail de l'augmentation envisagé en 40 ans est large : de 18% à 84% ; dans les trois cas, toutefois, l'augmentation devient plus rapide à partir de 2030, quand les générations du baby-boom atteindront 80-85 ans, âge où la dépendance devient fréquente. Dans les trois scénarios, également, l'âge moyen des personnes dépendantes augmente sensiblement. Quoiqu'il en soit, la prise en charge de ces nouvelles personnes va devenir un enjeu majeur des années futures ; la demande de services institutionnels (aide à domicile ou places en établissement) risque ainsi de s'accroître pour suppléer l'insuffisance prévisible des aidants familiaux professionnels.

#### Projections du nombre de personnes dépendantes d'au moins 60 ans selon les scénarios

	Scénario		
	Pessimiste	Central	Optimiste
Nombre de personnes âgées dépendantes en 2020 (en milliers)	1090	955	870
Evolution 2000-2020 (en %)	32	16	6
Nombre de personnes âgées dépendantes en 2040 (en milliers)	1515	1175	975
Evolution 2000-2040 (en %)	84	43	18

Source : INSEE, modèle Destinie et enquêtes HID 1998-2001.

Il convient toutefois, en conclusion, de rester prudent sur ces projections. En effet, l'anticipation, surtout en ces matières, est soumise à d'importants aléas. Ceux-ci se situent à deux niveaux. Le premier niveau est celui de la qualité incertaine des sources statistiques concernant l'existant. Le secteur « personnes âgées » fait reposer son action, le plus souvent, sur des besoins exprimés. Il en est ainsi pour deux raisons. D'une part parce que les projections démographiques concernant les personnes âgées dépendantes restent tout d'abord fragiles. Comme le soulignait la Cour des comptes, les incertitudes de la connaissance statistiques « contribuent, avec d'autres facteurs, à rendre difficile une prévision précise à moyen et surtout à long terme. On ne peut donc disposer que d'un ensemble de projections ou scénarios alternatifs<sup>1</sup> ». Mais, d'autre part, les incertitudes qui pèsent sur les projections tiennent à ce qu'il est très difficile de se donner un modèle de l'évolution temporelle de la dépendance. Comme le souligne à nouveau la Cour des comptes, « la question de l'évolution de la dépendance future est plus ouverte. La durée de la vie augmente mais les états de dépendance se manifestent plus tard. Il faut rappeler que dans les années 80, et de façon moins certaine dans les années 90, notre pays a connu des gains d'espérance de vie sans dépendance plus rapides que les gains d'espérance de vie globale, en particulier pour les personnes âgées de plus de 80 ans, qui constituent la classe d'âge appelée à la croissance la plus forte dans les décennies à venir. La question est donc de savoir si cette tendance favorable va se maintenir durablement.<sup>2</sup> ».

## • Revenus

Les revenus des personnes âgées apparaissent proches de ceux des actifs. Ce constat s'explique en large partie par l'importance relative des revenus patrimoniaux chez les personnes âgées. Surtout, cette approche globale ne doit pas faire oublier la très grande hétérogénéité de la répartition des revenus dans la population âgée, qui laisse une part de cette population dans une situation économique précaire.

### **Des revenus proches de ceux des actifs**

Entre 1975 et 2001, d'après la publication de l'INSEE consacrée aux personnes âgées, le niveau de vie des personnes vivant dans un ménage âgé a augmenté de 40% hors inflation, soit un peu plus que celui des personnes vivant dans un ménage dont la personne de référence a moins de 65 ans. Alors qu'au début de la période les plus âgés disposaient d'un niveau de vie de 11% inférieur à celui des jeunes, l'écart s'est réduit à 7%. Il serait même probablement moindre si l'on tenait compte de l'ensemble des revenus du patrimoine, plus importants en moyenne chez les ménages âgés, au demeurant plus souvent propriétaires sans charge de remboursement de leur logement. C'est à partir du milieu des années soixante dix que le niveau de vie des plus âgés a rattrapé celui des plus jeunes : le minimum vieillesse<sup>3</sup> a été remis à niveau entre 1975 et 1984, les pensions de retraite ont été revalorisées dans les années quatre vingt et des générations ayant des droits à pensions plus importants sont arrivées à l'âge de la retraite.

En 2006, d'après l'enquête « revenus fiscaux et sociaux », menée par l'INSEE, la DGFIP, la CNAF, la

---

1. Cour des Comptes, *Les personnes âgées dépendantes*, op. cit., p. 16.

2. *Ibid.*

3. Le « minimum vieillesse » est un dispositif à deux étages destiné à porter les ressources des personnes âgées au niveau du seuil de pauvreté. Au 1er Janvier 2006, le seuil se situe à 610 euros pour un allocataire seul et à 1095 euros pour un couple de deux allocataires, soit respectivement 7 323 euros et 13140 euros par an. Le premier étage garantit un revenu minimum, égal à 251 euros par mois en 2006. L'allocation de deuxième étage, l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse (ASV) permet d'atteindre le montant du minimum vieillesse. Elle fait partie des minima sociaux et est donc, à ce titre, soumise à condition de résidence. Son attribution est déterminée selon un plafond de ressources, de 7 500 euros pour une personne seule, ou de 13137 euros pour un couple en 2006. L'ordonnance n° 20004-605 du 24 juin 2004 est venue simplifier le dispositif du minimum vieillesse en instaurant une prestation unique, l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA). Cette prestation, qui fusionne les deux étages se substitue pour les nouveaux bénéficiaires aux anciennes prestations.

CNAV, et la CCMSA, les revenus des personnes âgées sont toujours équivalents à ceux de la moyenne des ménages, soit environ 20 500 euros par an. Le taux de pauvreté moyen des plus de 75 ans est également équivalent à celui de l'ensemble des classes d'âge (il est même de plus de 5% en deçà pour les 65-74 ans).

### **L'importance des revenus tirés du patrimoine**

Si le niveau de vie moyen des retraités est équivalent à celui des actifs<sup>1</sup>, ce résultat s'explique par des revenus complémentaires tirés du patrimoine qui représentent 18,7 % du revenu avant impôt pour les 65-74 ans et 20,8% pour les 75 ans, part bien supérieure à celle des actifs. En témoigne la décomposition selon l'origine des ressources des ménages percevant une pension de retraite :

#### **Composition du revenu avant impôt selon l'âge de la personne de référence du ménage**

2006

Age de la personne de référence	en % du revenu avant impôt					revenu avant impôt (en euros)
	revenu d'activité	pensions	revenu du patrimoine	prestations familiales et logement	minima sociaux	
18 à 24 ans	82,9	3,3	1,5	9,1	2,2	17 608
25 à 34 ans	88,0	0,6	3,5	6,2	1,1	31 072
35 à 44 ans	84,5	0,8	6,1	7,2	1,0	38 828
45 à 54 ans	85,4	1,7	8,5	3,1	1,0	43 720
55 à 64 ans	58,1	25,1	14,5	1,1	1,1	40 490
65 à 74 ans	12,5	67,0	18,7	0,6	1,0	33 559
75 ans et plus	4,0	73,5	20,8	0,7	1,0	26 947
<b>ensemble</b>	<b>63,4</b>	<b>20,9</b>	<b>10,8</b>	<b>3,5</b>	<b>1,0</b>	<b>35 885</b>

Note : La répartition du revenu est légèrement inférieure à 100 % car certaines personnes touchent également une prime pour l'emploi. Celle-ci varie, en moyenne, entre 0,1 et 1,0 % du revenu selon le type de ménage.

Dans les minima sociaux, il y a le minimum vieillesse, l'AAH, le RMI et l'API.

Champ : ménages vivant en France métropolitaine dont la personne de référence n'est pas étudiante et dont le revenu déclaré est positif ou nul.

Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2006.

Surtout, ces données recouvrent de très fortes disparités au sein de la catégorie « retraités ». Ainsi, l'enquête « Patrimoine de ménages, déterminants et disparités » montre que « si le patrimoine tend à s'accroître avec l'âge, l'âge n'explique que 10 % des inégalités de patrimoine, le revenu, présent mais aussi passé, étant le facteur le plus discriminant ; les inégalités internes aux classes d'âge sont donc nettement supérieures aux inégalités entre classes d'âge<sup>2</sup> ». Cet aspect tend à faire penser que l'âge en lui-même n'a de pertinence que s'il est remis dans une perspective elle-même historique : celle de l'histoire de l'individu et de ses revenus antérieurs. Ainsi, en 1999, les différences de répartition par catégorie socio-professionnelle des personnes âgées pendant leur vie active observée en fonction de l'âge résultent-elles d'abord de l'évolution dans le temps de la répartition socio-professionnelle aux âges actifs. Elles tiennent également aux écarts de mortalité entre groupes sociaux ; pour les femmes, la croissance avec l'âge de la part des femmes n'ayant jamais travaillé va de pair avec la hausse, depuis le début des années soixante, du taux d'activité féminine.

1. Le niveau de vie des 65 ans et plus représente 90% du niveau de vie des 0-64 ans, et le niveau de vie des ménages percevant une retraite représente 99% du niveau de vie de l'ensemble de la population. Cf. DREES, « Niveau de vie et risque de pauvreté parmi les retraités des pays européens », *Etudes et Résultats*, n°213, janvier 2003 ; « Les retraites dans l'Union Européenne », *La lettre de l'Observatoire des retraites*, n°13, juillet 2003.

2. *Ibid.*, p. 10.

## L'hétérogénéité des revenus des personnes âgées : 14% sont en dessous du seuil de pauvreté

Une appréhension des personnes âgées par la seule variable de leur âge dissimule de fortes inégalités en matière de revenus et de patrimoine. L'hétérogénéité de la catégorie au regard du revenu est en partie visible au travers de la perception du minimum vieillesse, et plus encore de l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse. Or, il est clair que cette hétérogénéité pèse lourdement sur la question du logement des personnes âgées, notamment quand il s'agit d'opter pour un établissement accueillant les personnes âgées. Remarquons, à cet égard, que le Plan « bien vieillir » 2007-2009, invite à « mieux connaître les interactions entre vieillesse et précarité ». Alertés par le secteur caritatif, les pouvoirs publics appellent au développement d'un programme de recherche sur cette question, pris en charge par la DGAS et la DREES<sup>1</sup>.

En 2006, le nombre de retraités de droit direct est estimé à 14 050 000 – à quoi il faut rajouter que 1,2 millions de retraités ne touche qu'une pension de réversion seule. Le montant de l'avantage principal est estimé à 1069 euros. Ces données générales masquent, toutefois, comme l'indique le tableau ci-dessous, de fortes disparités parmi les retraités, dont, en particulier, l'écart considérable entre hommes et femmes ; la retraite globale de ces dernières étant bien moindre (de -44 à -55%).

### Montant moyen de la retraite globale selon l'âge et le sexe

en 2004, en euros

	65 à 69 ans	70 à 74 ans	75 à 79 ans	80 à 84 ans	85 ans et plus	Ensemble
<b>Femmes</b>						
Retraite globale	961	941	986	1 048	1 097	979
<i>dont</i>						
Avantage principal de droit direct	801	705	663	625	601	692
Avantage principal de réversion	120	192	279	373	437	241
Allocations du minimum vieillesse	7	7	8	11	22	9
Autres avantages accessoires	34	37	37	40	38	37
<b>Hommes</b>						
Retraite globale	1 674	1 604	1 612	1 624	1 574	1 625
<i>dont</i>						
Avantage principal de droit direct	1 599	1 519	1 514	1 517	1 452	1 535
Avantage principal de réversion	8	10	17	22	35	14
Allocations du minimum vieillesse	5	6	8	8	14	7
Autres avantages accessoires	61	69	74	77	73	69
<b>Écart des montants* féminins / masculins (en %) pour la retraite globale</b>	-44	-46	-50	-48	-48	-46

\*(Femmes-hommes)/Hommes.

Source : Drees, Echantillon inter régimes de retraités 2004.

On saisit aisément que certaines catégories parmi les personnes âgées sont plus susceptibles de se retrouver au dessous du seuil de pauvreté (fixé à 880 euros en 2006), et notamment les femmes, les personnes seules, et celles qui n'ont pas eu de carrière complète. On estime ainsi à 961 000 le nombre de personnes de plus de 65 ans vivant au-dessous du seuil de pauvreté (défini par le seuil de 60% du revenu médian).

1. Ce programme de recherche devait faire l'objet d'une étude nationale au 1<sup>er</sup> semestre 2007.

## Les personnes âgées pauvres

	Femmes		Hommes	
	Nombre de pauvres (milliers)	Taux pauvreté (%)	Nombre de pauvres (milliers)	Taux pauvreté (%)
<b>65-74 ans</b>	224	8,5	172	7,7
<b>75 ans et plus</b>	397	13,6	168	9,3
<b>Ensemble des tranches d'âge</b>	4 236	13,6	3 626	12,5

Sources : Insee-DGiP-CNAF-CNAV-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2006.

C'est à destination de ces populations qu'a été institué le « minimum vieillesse ». L'amélioration continue des régimes de retraites et des droits acquis dans les différents régimes a permis que le nombre de bénéficiaires de ce minimum soit divisé par quatre depuis 1960, même s'il reste un dispositif essentiel de la protection sociale des personnes âgées les plus démunies. Au 31 décembre 2006, 598.500 personnes bénéficiaient de l'allocation du minimum vieillesse. Population particulièrement âgée (76,4 ans en moyenne), elle se caractérise principalement par la forte présence de femmes et de personnes seules. Si une minorité n'a jamais occupé d'emploi rémunéré, 80% ont, en revanche, acquis des droits propres au cours de leur vie active, mais le plus souvent pour des carrières incomplètes. Il s'agit pour moitié d'anciens exploitants agricoles.

- **Conditions de vie**

### **Domicile ou établissement : généralisation du maintien à domicile jusqu'à 85 ans**

L'augmentation de la durée de la vie se traduit par une forte augmentation, à la fin du siècle dernier du nombre de personnes âgées vivant seules, et l'augmentation est particulièrement forte aux âges élevés, 80 ans et plus. L'évolution des situations familiales dues à la mortalité (une femme vit souvent avec un conjoint plus âgé et bénéficie d'une espérance de vie plus élevée), le moindre hébergement par les enfants des parents et l'autonomie grandissante des personnes âgées, permise par l'amélioration des conditions de santé, leur permet de rester plus longtemps dans leur logement et de retarder le départ en institution. Ainsi, malgré le vieillissement accru de la population, la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus qui vivent en collectivité a peu augmenté passant en 30 ans de 5,2 à 5,5 % (période 1968-1999), résultat de deux tendances de sens contraire : jusqu'à 85 ans le maintien à domicile s'est encore généralisé, alors qu'à partir de 90 ans, le placement en institution s'est au contraire fortement développé.

Ainsi, en 1999, observe-t-on un taux croissant par âge quinquennal de personnes âgées vivant en institution (maison de retraite ou hospitalisation de longue durée).

65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans ou +
0,9%	1,5%	2,9%	6,7%	14,9%	26,5%	41,1%

Source : INSEE, RGP 1999

A noter que le mode de vie des personnes âgées de 65 ans ou plus est très différent selon le sexe ; alors que seuls 17,6% des hommes de 75 à 84 ans vivent seuls, ce taux atteint 48,4% pour les femmes. Au-delà de 85 ans, ces proportions sont respectivement de 27,1% et 48,5% soit un écart considérable tout en étant moindre. Corrélativement, les hommes vivent moins souvent en institutions que les femmes (3,4% des hommes de 75 à 84 ans contre 5,4% pour les femmes, et 1,3% des hommes de plus de 85 ans, pour 24,3% pour les femmes).

## Vie à domicile

Pour les ménages de plus de 75 ans vivant à domicile, comme pour l'ensemble des ménages, la question des conditions de logement se pose en termes de *confort, qualité et coût du logement* mais aussi, s'agissant d'un public âgé, d'*adaptation et accessibilité*, toutes dimensions à mettre en perspective, autant que faire se peut, avec les *statuts d'occupation*.

*Une nette majorité de propriétaires, mais plus d'1 million de ménages locataires*

Lors du dernier recensement de population, 73% des ménages de 60 à 74 ans et 65% des plus de 75 ans étaient propriétaires de leur logement ; minoritaires, les locataires habitaient un peu plus souvent un logement privé que social. Chez les plus de 75 ans, 7% des ménages étaient logés gratuitement.

### Statut d'occupation des résidences principales occupées par des ménages de plus de 60 ans (personne de référence)

	Part au sein de l'ensemble des ménages			
	60-74 ans	75 ans ou plus	60-74 ans	75 ans ou plus
Propriétaire occupant	2 015 229	3 576 553	24.4	15.5
Locataire parc privé	463 837	554 015	10.2	8.5
Locataire HLM	389 854	587 455	15.4	10.2
Location meublée	21 804	29 796	6.5	4.8
Logé à titre gratuit	219 981	167 732	15.4	20.2
Ensemble	3 110 705	4 915 551	20.6	13.1

Source des données: INSEE, RGP, 1999.

D'après la dernière Enquête Nationale Logement de l'INSEE (2006), 72,1% des ménages de plus de 65 ans sont propriétaires de leur résidence principale<sup>1</sup>, contre 70,7% en 2002 (+1,4 points) ; pour l'ensemble des ménages, ce taux est de 57,1% soit 1,1 point de plus qu'en 2002.

Si les publications ne s'attardent pas sur le profil des quelques 1,1 millions de locataires de plus de 75 ans, on peut émettre l'hypothèse d'une population à revenus en moyenne plus modestes que ceux des propriétaires. Même protégés par diverses dispositions juridiques, les locataires du parc privé sont en outre potentiellement exposés au congé donné par leur propriétaire.<sup>2</sup>

A noter que l'exploitation de la dernière enquête sur l'*Occupation du Parc Social* (OPS 2006) étoffe la connaissance des ménages âgés, la tranche d'âge « plus de 65 ans » retenue en 2003 ayant été subdivisée en « 65 à 74 ans » et « plus de 75 ans ». Pour les logements gérés par des SEM ou des HLM, le rapport du Credoc déjà cité souligne qu'en dépit du vieillissement souvent évoqué des locataires du parc social, la part des titulaires d'un logement de plus de 65 ans, fort variable d'une région à l'autre, demeure quasiment stable (20,7% en 2006, 20,6% en 2003 et 20,1% en 2000). Si l'on considère l'ensemble de la population résidant en HLM, la part des personnes de plus de 65 ans est réduite à 11,4% en 2006, dont 5,5% pour les plus de 75 ans.

### Des conditions de logement qui s'améliorent mais l'inconfort reste l'apanage des ménages âgés

En 1999, 4,6% des résidences principales étaient dénuées en tout ou partie du confort sanitaire et 13,8% ne possédaient pas de chauffage central ; dans le parc ancien, ces taux étaient bien plus élevés (respectivement de l'ordre de 10% et 20%). Les ménages âgés occupant bien plus souvent que les

1. Dont 75,6% des 65 à 69 ans, 72,9% des 70 à 74 ans, 69,8% des 75 à 79 ans et 64% pour les plus de 80 ans.

2. Les locataires du parc privé, bien que protégés par des protections juridiques ponctuelles (le délai de préavis de congé est réduit pour les locataires de plus de 60 ans dont l'état de santé justifie d'un changement de domicile (loi du 6 juillet 1989) ; en outre, le locataire ne peut pas être congédié s'il remplit cumulativement les deux conditions suivantes : être âgé de plus de 70 ans à la date d'échéance du contrat de bail et avoir à la date de signification du congé des ressources annuelles inférieures à une fois et demie le montant annuel du SMIC) sont toutefois exposés à un congé donné par leur bailleur (le bailleur retrouve la possibilité de donner congé à un locataire âgé et démuné dès lors qu'il lui propose un logement correspondant à ses besoins et possibilités situé dans le voisinage ou s'il est lui-même âgé de plus de 60 ans ou si ses ressources annuelles sont inférieures à une fois et demi le montant annuel du SMIC).



autres des logements construits avant 1948 (45% des ménages de plus de 60 ans pour 1/3 en moyenne), les situations d'inconfort sanitaire chez les plus âgés étaient encore fréquentes ; ainsi 2/3 des logements sans douche ou baignoire étaient occupés par une personne âgée de plus de 60 ans - 370 000 ménages -, soit 3,1% des plus de 60 ans et 6,9% des plus de 75 ans contre 2,3% pour l'ensemble des foyers.

En 2006, d'après l'ENL, la qualité des logements continue de s'améliorer, puisque seules 1,3% des résidences principales n'ont aucun confort sanitaire (350 000 logements), contre 2,6% en 2002 et 4,1% 10 ans plus tôt. Comme le souligne l'INSEE dans un récent ouvrage<sup>1</sup>, les retraités vivant en logement individuel et en zone rurale sont l'un des deux profils de ménages occupant un logement inconfortable, construit avant 1948 dans 9 cas sur 10. Au-delà de l'inconfort sanitaire, 14% des logements sont considérés comme inconfortables (20% pour le parc ancien), de par une qualité médiocre (défauts majeurs tels que signe d'humidité, mauvaise isolation, problèmes d'évacuation d'eau...) ou surpeuplement<sup>2</sup>. 6% des ménages de plus de 60 ans habitent un logement de qualité médiocre, indicateur peu pertinent en l'absence de déclinaison par statut.

Le besoin d'amélioration du parc occupé par des ménages âgés est souligné par l'ANAH dans la dernière édition de l'Atlas de l'habitat privé. France entière, du strict point de vue du revenu<sup>3</sup>, 3,25 millions de propriétaires étaient éligibles aux aides de l'ANAH, dont 1,76 millions de propriétaires à ressources très modestes, représentant respectivement ¼ et 14% de l'ensemble des propriétaires. Le poids des propriétaires éligibles aux aides de l'ANAH est bien plus important en milieu rural qu'en ville (38% contre 20%) ; toutefois, les 2/3 des propriétaires éligibles vivent dans l'espace urbain. Concernant le parc locatif, l'ANAH souligne qu'en 1999, le parc rural restait massivement inconfortable.

#### *D'indéniables besoins d'adaptation*

En 1999, 3 230 000 personnes âgées vivant à domicile, soit 28% de la population d'au moins 60 ans bénéficiaient d'une aide régulière en raison d'un handicap ou d'un problème de santé ; ce recours à une aide augmentait avec l'âge. Les personnes âgées classées en équivalent GIR 1 à 4 recevaient pratiquement toutes une aide. Celles classées en équivalent GIR5 et 6 étaient 10% à être aidées lorsqu'elles avaient de 60 à 64 ans, mais 77% à partir de 90 ans. Toujours en 1999, 9% des plus de 75 ans avaient recours à des aménagements spécifiques du logement, lesquels consistent surtout à des dispositifs de soutien permettant de conserver une meilleure autonomie (WC adaptés, baignoire, douche, cuisine adaptée, ouverture ou fermeture des portes...).

Sachant qu'au moment de l'Enquête Logement 2002, sur 2,8 millions de ménages ordinaires à bas revenus, 29%, soit quelques 800 000, étaient âgés de plus de 65 ans<sup>4</sup>, le rapport du Conseil d'Analyse Stratégique<sup>5</sup> souligne que la question du vieillissement à domicile ou de l'entrée en institution doit être étudiée en considérant le statut d'occupation, croisé avec le niveau de ressources des ménages. En effet, les locataires, du secteur libre (13,9% des ménages âgés à bas revenus) aussi bien que social (16,8%) dépendent de leur bailleur pour pouvoir bénéficier de travaux intérieurs, les locataires du parc social dépendant en plus de leur bailleur pour se voir proposer un hébergement en logement foyer. Quant aux propriétaires à bas revenus, vivant plutôt dans des petites villes ou communes rurales (59,2% des ménages âgés à bas revenus), non soumis à l'impôt sur le revenu, ils sont « difficilement éligibles aux incitations en matière d'équipement et probablement insuffisamment argentés pour financer seuls l'adaptation de leur domicile ».

---

1. France, *portrait social 2008*, op. cit.

2. Jauneau (Y.), Vanovermeir (S.), « les jeunes et les ménages modestes surestiment plus souvent le confort de leur logement », *INSEE Première*, n° 1209, septembre 2008.

3. Plafonds de revenu fixés pour l'Île de France et la province selon la composition familiale. A titre d'exemple, en 2007, ce plafond s'élève à 8 569 euros pour une personne seule (propriétaires dits « sociaux ») et 6 591 euros pour les propriétaires dits « très sociaux ».

4. Driant (J.-C.), Rieg (C.), « Les conditions de logement des ménages à bas revenus », *INSEE Première*, n° 950, février 2004.

5. Le Boulter (S.), *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*, op. cit.

La consultation du volume de logements adaptés annuellement grâce aux aides de l'ANAH souligne la quasi-inexistence de l'adaptation du parc locatif privé par les bailleurs (à peine 800 en 2006 pour quelques 14 000 logements occupés en propriété adaptés cette même année).

#### *Dépenses de logement : des taux d'effort élevés pour une partie des locataires*

Dans l'attente des résultats détaillés de l'enquête nationale logement 2006 (dépenses de logement selon l'âge), nous ne disposons pas de données récentes sur les taux d'effort<sup>1</sup> des locataires âgés ; d'après l'INSEE, les dépenses des ménages, tous âges confondus, ont, au cours des vingt dernières années, augmenté continuellement, à des rythmes supérieurs à ceux des revenus, l'accélération étant particulièrement marquée entre 2002 et 2006 (+3,1% en secteur libre et +2,5% pour le secteur locatif social) ; en outre, la revalorisation des plafonds de ressources servant au calcul des aides au logement, destinées à compenser une partie de la dépense des locataires, a été dans le même temps inférieure à l'évolution des revenus. Ainsi, en 2006, le taux d'effort brut moyen s'élève à 30,8% pour le secteur libre et 27,8% pour le secteur social, le taux d'effort net s'élevant quant à lui respectivement à 27,4% et 22,5%. En 2002, le taux d'effort net moyen des locataires âgés à bas revenus s'élevait à 21,2% et on peut penser que celui-ci n'a pas diminué.

Au 31 décembre 2006, près d'un million de personnes de plus de 60 ans à domicile ou en établissement bénéficient d'une aide personnelle au logement<sup>2</sup>, soit essentiellement l'aide personnalisée au logement (APL), versée à 520 000 bénéficiaires ou l'allocation de logement sociale (ALS réservée aux ménages hors famille), versée à 426 000 autres. L'allocation de logement familiale (ALF) est tout à fait marginale (15 800 bénéficiaires). Au sein des bénéficiaires, 251 000 touchent une aide au logement collectif : 149 000 au titre de l'ALS « foyer » et 102 500 au titre de l'APL « foyer ». Cette dernière aide ne peut bénéficier qu'aux résidents des établissements qui ont signé une convention fixant des engagements en matière de conditions d'occupation du logement ou de niveau de loyer. Le code de la sécurité sociale (article R. 832-2) subordonne aussi son versement au respect de normes de superficie (9 m<sup>2</sup> pour une personne seule, 16 m<sup>2</sup> pour deux personnes) et de nombre de personnes par chambre (limité à deux). L'ALS moyenne versée en foyer s'élève à 111 euros et à 145 euros en location.

Quoiqu'il s'agisse là d'une question cruciale, les analyses de la dépense de logement supportée par les locataires âgés à domicile sont peu développées.

## **Vie en établissement**

*Un nombre de places en croissance, un taux d'équipement pour 1000 personnes de plus de 75 ans en baisse constante, mais une médicalisation renforcée*

Au 31 décembre 2003, on comptait 10 526 établissements d'hébergement pour personnes âgées, se répartissant entre 6 376 maisons de retraite, dont 1 080 rattachés à un hôpital, 2975 logements-foyers, 1 044 unités de soins de longue durée (USLD)<sup>3</sup> et 131 résidences d'hébergement temporaires. Ces établissements offraient 670 900 places d'accueil dont 363 000 considérées comme médicalisées, leur part passant de 34% fin 1996 à 54% fin 2003<sup>4</sup>. Les capacités d'hébergement en maison de retraite et d'hospitalisation en long séjour des personnes âgées se sont

---

1. Le taux d'effort brut est le rapport entre les dépenses de logement et les revenus (revenus d'activité ou de remplacement, retraites ou pré-retraites, prestations sociales et familiales, revenus de patrimoine) ; le taux d'effort est dit net si l'aide au logement perçue par le ménage est déduite de la dépense de logement.

2. CNAF, Direction des statistiques, des Etudes et de la recherche, *Prestations légales. Aides au logement. Revenu minimum d'insertion au 31 décembre 2006*, op. cit.

3. Les Unités de soins de longue durée (USLD) constituent les structures les plus médicalisées d'accueil des personnes âgées et sont destinées à l'accueil des personnes les plus dépendantes.

4. DREES, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : Activité et personnel », *Etudes et Résultats*, n°79, février 2005.

fortement développées à la fin des années quatre-vingt et au début des années quatre vingt dix. Sur la même période le nombre de logements foyers a augmenté de 30% puis a cessé d'augmenter. Le nombre de places d'hébergement pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus est ainsi passé de 166 places fin 1996 à 140 sept ans plus tard, alors que sur la même période, le maintien à domicile s'est développé. Selon l'enquête annuelle de la Fondation Médéric Alzheimer<sup>1</sup>, 676 000 places sont proposées en 2006 et 682 000 en 2008, soit un taux d'équipement respectif pour 1000 personnes de 75 ans ou plus de 132 et 129.

#### *La population accueillie en établissement : plus âgée et plus dépendante en 2003 qu'en 2000*

On constate une élévation de l'âge des résidents à l'entrée en institution. Les résidents présents fin 2003, sont entrés (en 2003 ou avant) en institution à 79 ans et 2 mois en moyenne ; soit 1 an et 8 mois plus tard que les présents en fin d'année 1994. Ce recul peut s'expliquer en partie par le développement des services à domicile (services de soins infirmiers à domicile, aide ménagère...) qui permettent aux personnes âgées de rester plus longtemps en logement individuel, ainsi que par l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité. Au total, les personnes de 75 ans ou plus constituaient, en 2003, 84% de la population des résidents en établissements contre 79 % en 1994. La grande majorité d'entre-elles appartiennent au « quatrième âge », puisque les 80 ans ou plus représentent 70 % de la population en institution. Globalement, au 31 décembre 2003, l'âge moyen des personnes accueillies en institution est de 83 ans et 2 mois, contre 81 ans et 10 mois en 1994.

Près de neuf résidents entrés en 2003 sur dix n'ont pas de conjoint et trois quarts des personnes accueillies sont des femmes. Près de neuf personnes sur dix ont perdu de façon plus ou moins importante leur autonomie. Les personnes confinées au lit ou au fauteuil constituent désormais 35 % de l'ensemble des résidents et 38 % ne peuvent pas faire leur toilette ni s'habiller seuls. Par ailleurs, plus de la moitié des résidents souffrent de dépendance d'origine psychique. Enfin, sur la période, la proportion de ceux qui cumulent une perte d'autonomie d'origine à la fois physique et psychique est passée de 48 à 54 %. L'augmentation de la dépendance en établissement s'explique en partie par le vieillissement de la population accueillie. Les personnes âgées entrent en effet souvent en institution à un moment où la perte d'autonomie ne peut plus être compensée par l'entourage ou les services du secteur d'aide à domicile<sup>2</sup>.

#### *Des institutions au confort relatif*

Trois quarts des places offertes en établissements sont des chambres et un quart des logements. Les chambres individuelles sont les plus nombreuses (82% des chambres) et bénéficient pour un tiers d'une superficie comprise entre 16 et 20 m<sup>2</sup>. Les logements proposés en établissement sont majoritairement de type F1 et F1 bis, d'une surface habitable supérieure à 20m<sup>23</sup>.

Si 97 % des chambres proposées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées sont équipées d'un lavabo, seules 90% disposent de toilettes ; quant à la douche, elle n'est présente que dans un cas sur 2 (seuls 39 % des établissements en ont équipé toutes leurs chambres). Les différences entre types d'établissement concernent surtout la présence de douches dans les chambres. En effet, 73 % des chambres dans les maisons de retraite privées à but lucratif sont équipées de douches alors que ce n'est le cas que de 34 % des chambres dans les USLD et de 36 % dans les maisons de retraite rattachées à un hôpital. Ces deux types de structure privilégient les salles de bains à usage collectif<sup>4</sup>.

---

1. La lettre de l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer, n°7, septembre 2008.

2. DREES, « La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées. Situation au 31 décembre 2003 », *Etudes et résultats*, n°485, avril 2006.

3. DREES, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : Locaux et équipements », *Etudes et résultats*, n°380, mars 2005.

4. DREES, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : Locaux et équipements », art. cité.

Les établissements pour personnes âgées ne sont pas toujours à proximité de commerces ou de services : 31% en sont distants à plus de 500 mètres. Les trois quarts sont desservis par des transports collectifs – éventuellement mis en place par l'établissement.

#### *Une durée de séjour réduite*

Les personnes ayant quitté un EHPA en 2003 y sont restées en moyenne un peu moins de 3 ans ; soit une progression de la durée moyenne des séjours de 4 mois par rapport aux sorties de 1994. Ces durées moyennes sont toutefois fort variables ; pour un quart d'entre elles, le séjour n'a duré qu'au maximum 2 mois, la moitié n'y est pas restée plus de 15 mois, alors qu'un quart y est demeuré près de 4 ans. On retrouve de fortes disparités entre les trois grandes catégories d'établissement (hors les établissements d'hébergement temporaire). Ainsi, en logement-foyer, où la durée moyenne de séjour est la plus longue (5 ans et 8 mois), un quart des séjours n'a pas excédé 1 an et 4 mois et la moitié près de 4 ans, tandis que plus d'un quart a duré 8 ans ou plus. À l'opposé, en USLD où la durée moyenne de séjour est beaucoup plus courte (près de 2 ans), un quart des séjours n'a pas excédé 2 mois, la moitié, 9 mois tandis qu'un quart a duré 2 ans et 7 mois ou plus.

### • **Mobilité**

La mobilité résidentielle des ménages âgés, tant en termes d'emménagements effectifs que de projets de déménagement est un phénomène particulièrement important à appréhender, aussi bien du point de vue des politiques locales de l'habitat que des politiques publiques du vieillissement. Comme le souligne l'INSEE<sup>1</sup>, « le vieillissement inéluctable de la population aura sans doute un impact sur les marchés immobiliers ; même si les seniors n'appartiennent pas aux catégories les plus mobiles (seule une personne de 60 ans sur cinq a changé de logement entre 1990 et 1999 contre une sur deux pour l'ensemble des résidents de la métropole), leurs trajectoires résidentielles sont à contre-courant des migrations des plus jeunes : départ de la région capitale, retour vers les villes et statut de locataire en fin de vie ».

#### **Principaux facteurs de mobilité : retraite, séparation des conjoints, veuvage**

Avec un taux d'emménagement annuel de 2,6% entre 1990 et 1999, les seniors de 60 à 80 ans ont été moins enclins à déménager entre 1990 et 1999 que lors de la période inter-censitaire précédente. S'il existe bien une mobilité accrue lors du passage à la retraite, celle-ci reste modeste, et la propension à déménager atteint son plus bas niveau entre 70 et 80 ans, la mobilité reprenant un peu après 80 ans avec le décès du conjoint, les entrées en institution ou l'hébergement par la famille. Plus récemment, entre 1999 et 2004, seul un Français de plus de 60 ans sur sept, et un de plus de 75 ans sur quatorze a déménagé, contre un sur trois dans la population totale. Près des trois quarts des retraités ne quitteront plus leur domicile jusqu'à la fin de leur vie, si ce n'est, pour une minorité, pour entrer en maison de retraite.

Les migrations de retraite inter-régionales et le phénomène de double résidence, difficile à observer par l'appareil statistique, sont des sujets sensibles pour les collectivités locales, les « stratégies migratoires » des personnes âgées pouvant affecter la structure par âge et les marchés immobiliers locaux (hausse des prix consécutive à la demande des personnes âgées, éviction des primo-accédants...) ; sur 2,8 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus qui ont déménagé entre 1990 et 1999, une sur cinq a changé de région, l'Île de France étant le point de départ de 44% des flux interrégionaux et les régions les plus attractives se situant plutôt au sud, à l'ouest et au sud du Bassin parisien.

Si les petites unités urbaines de moins de 20 000 habitants séduisent les seniors, quel que soit leur

---

1. Christel (V.), « Trajectoires résidentielles des personnes âgées », INSEE. *Données Sociales*, 2006.

âge, les communes rurales attirent plutôt des personnes de moins de 70 ans, alors qu'après 80 ans, c'est la ville et plus encore la ville centre qui est privilégiée. En outre, à partir de 70 ans, le statut de locataire est préféré à celui de propriétaire, la fin du cycle de vie se caractérisant par une accession à la propriété moindre, un retour fréquent à la location et, plus souvent encore, par une transmission de la résidence principale qui se traduit par l'émergence à cet âge d'un statut de « logé gratuitement » en tant qu'usufruitier ou occupant en viager.

Si la propriété reste le statut dominant chez les personnes âgées, quelle que soit la tranche d'âge considérée, une analyse plus détaillée des motifs à l'origine des déménagements et changements de statuts, croisée avec les revenus des ménages, fait défaut. Dans le parc social, par exemple, les résultats de la dernière enquête triennale sur l'occupation du parc social (OPS 2006) font état de quelques 10% d'emménagés récents (depuis moins de trois ans) de 60 ans ou plus, soit environ 90 000 ménages, sans possibilité d'en savoir plus.

### ***Le passage du domicile personnel à l'établissement médico-social : mobilité subie ou choisie ?***

Rares sont les informations disponibles quant à la mobilité entre domicile et établissements. S'agissant de *l'entrée en institution*, une étude, publiée en 2003, à partir des données recueillies dans le cadre du questionnaire résident de l'enquête EHPA 2000, analyse les filières d'admission en institution sous l'angle de la participation et le choix des résidents dans le processus *d'entrée en institution*<sup>1</sup>. Les questions consacrées au type de logement occupé avant l'entrée en établissement et au motif d'entrée en établissement sont particulièrement intéressantes, puisqu'elles permettent d'appréhender le parcours domicile personnel/établissement (une des douze réponses possibles) mais aussi les motifs d'entrée, dont ceux liés au logement, l'une des 11 réponses proposées étant ainsi libellée « votre logement précédent n'était plus adapté à vos besoins ». S'agissant *des sorties d'établissements*, le volet « clientèle » de l'enquête EHPA 2003 fournit une description des personnes sorties définitivement de ces établissements au cours de l'année 2003 (enquête sur échantillon au plan national) et permet d'appréhender le taux de retour vers le domicile<sup>2</sup>.

En 2000, une importante proportion de résidents vient directement de son domicile, soit 85% en logements-foyers, 66% en maisons de retraite, 56% en unités de soins de longue durée, sans que l'on sache toutefois le statut d'occupation antérieur du résident. Les résidents ont par ailleurs le plus souvent vécu leur entrée en institution comme un acte « imposé » par l'entourage ; seuls 35% d'entre-eux estiment avoir participé à la demande d'entrée comme acteur principal (65% en logements-foyers, 32% en maison de retraite et 13% en USLD). Les réponses liées à l'adaptation du logement ayant été agrégées à d'autres réponses, nous ne disposons pas de cette information. La dépendance explique en large partie l'entrée en institution et, de plus, apparaît comme un facteur de la diminution de participation au choix de l'entrée. Mais la participation à la demande est également fortement liée à la catégorie socioprofessionnelle de la personne âgée<sup>3</sup>.

Au cours de l'année 2003, les EHPA ont enregistré environ 249 000 sorties définitives, soit 39 % de l'effectif des personnes présentes à la fin 2003. 63 % des sorties, soit une nette majorité, sont liées à des décès, intervenus dans l'établissement dans 75 % des cas, lors d'une hospitalisation ou d'une sortie temporaire, 20% correspondent à un transfert vers un autre établissement et 17% à un retour vers le domicile privé ou celui d'un proche. Sur les 42 000 personnes concernées, 27 000 quittent une résidence d'hébergement temporaire ou une place réservée à l'hébergement temporaire en établissements, 4000 un logement-foyer (13% des sorties) et quelques 10 000 une maison de retraite, ou rarement, une USLD. A l'évidence, les places d'hébergement temporaire répondent bien à un besoin, et rares sont les retours à domicile après une entrée en institution.

---

1. Somme (D.), « Participation et choix des résidents dans le processus d'entrée en institution », *Solidarités et santé*, n°1, 2003.

2. DREES, « La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées », *Études et résultats*, n°485, avril 2006.

3. Somme D., « Participation et choix des résidents dans le processus d'entrée en institution », art. cité.

## Des données insuffisantes, lacunaires ou trop peu actualisées

Quelle analyse peut-on faire des données tirées de ces publications ? Observons en premier lieu que les données actuellement disponibles sont anciennes, qu'il s'agisse du recensement de population ou de l'enquête HID (10 ans) ; toutefois, tout au long de l'année 2009, la publication des résultats de plusieurs enquêtes récemment menées sera peut être l'occasion d'un rapprochement des secteurs de l'habitat et du vieillissement. C'est le cas du RGP rénové (2004-2008), dont les données consolidées seront disponibles en 2009 ; de l'ENL 2006, dont les tout premiers résultats sont disponibles depuis le deuxième semestre 2008, de l'enquête EHPA 2007, tout juste disponible, et enfin de l'enquête de la DREES/HID, renouvelée en 2008, et disponible en 2009.

Soulignons en deuxième lieu le fait que l'on n'a pas affaire à des enquêtes spécifiquement dédiées aux « populations âgées » – sauf rappelons-le, certaines de celles effectuées par la DREES – ce qui a pour première conséquence que les effectifs des « personnes âgées » sont trop restreints pour faire l'objet de tris pertinents, surtout pour envisager des zooms locaux. La seconde conséquence en est que, travaillant à partir d'enquêtes pensées pour d'autres objets, la seule entrée d'analyse possible pour les plier à la question du vieillissement est une entrée par la seule catégorie d'âge. Or, comme on l'a vu, cette catégorie peut être sociologiquement ambiguë et tend éventuellement à couvrir les effets d'autres variables aussi – si ce n'est plus – révélatrices. On observe, enfin – et c'est la troisième conséquence –, que ces enquêtes ne concernent pas les mêmes unités d'analyse, individus, ménages ou établissements. Or, il n'est pas sûr que le passage de l'individu au ménage via l'âge de sa personne de référence puisse se faire si aisément.

La consultation des différentes enquêtes et publications au plan national, sans aucunement prétendre à l'exhaustivité, révèle les carences et les défauts du système d'information concernant la catégorie des personnes les plus âgées. En dépit d'une amélioration de la prise en compte des plus de 75 ans (par exemple construction de la catégorie des plus de 75 ans dans l'enquête OPS 2006 ; taux de pauvreté des plus de 75 ans dans la nouvelle enquête « revenus fiscaux 2006 » de l'INSEE...), les données chiffrées ne sont pas assez souvent actualisées au regard de l'ampleur du phénomène. De surcroît, la taille des échantillons ne permet pas toujours d'éclairer avec d'autres variables le profil des personnes âgées.

En particulier, si longtemps la distinction urbain/rural suffisait à l'analyse des conditions de vie des personnes âgées, les enquêtes ont sans doute insuffisamment pris en compte le vieillissement différentiel des territoires, et en particulier des banlieues. En effet, en 1999, la répartition des habitants par catégorie de communes met en évidence une présence des personnes âgées particulièrement forte dans les pôles urbains, notamment dans les villes centres où elles sont sur-représentées et dans l'espace à dominante rurale, spécialement dans les communes situées loin des pôles d'emploi. Toutefois, à périmètre inchangé et par rapport à 1990, le nombre de personnes âgées vivant en banlieue dépasse en 1999 celui de celles vivant en milieu rural. Un profil des personnes âgées par type d'espace à l'échelle nationale serait dès lors fort utile.

De même, la différence de taux d'effort induite par le statut d'occupation fait de la distinction propriétaire-locataire du parc privé-locataire du parc social un élément clé de l'analyse des besoins des personnes âgées. Au plan national, une meilleure exploitation des sources disponibles (telles que l'enquête OPS, les données FILOCOM ou celles concernant les allocataires de l'aide au logement de la CNAF) permettrait d'affiner le portrait des conditions de vie des locataires. Les locataires du parc privé, en particulier, sont confrontés pour certains d'entre eux à des difficultés spécifiques (bon vouloir du bailleur pour l'adaptation, confort moindre, augmentation des loyers, congé donné par le propriétaire-bailleur dans certains cas, mais aussi moindre recours à l'hébergement temporaire - comment supporter les coûts de deux « domiciles » ?-). Enfin, pour mieux comprendre l'impact du statut d'occupation sur l'entrée en institution, la mobilité résidentielle entre domicile ordinaire et établissement mériterait d'être appréhendée en précisant, là encore, dans le questionnaire de l'enquête EHPA, le statut d'occupation du domicile personnel quitté.

A certains égards, sans doute la catégorie de « personnes âgées » n'est-elle pas encore assez constituée pour faire l'objet d'une enquête spécifiquement dédiée à cette population, et qui conjoiendrait les renseignements de l'enquête ENL et HID.

Si l'on s'attache, en troisième lieu, à la population spécifique des personnes âgées dépendantes, et nonobstant les critiques qui peuvent être adressées à la grille AGGIR, le profil socio-économique de cette catégorie de la population, identifiées par le classement en GIR 1 à 4, reste peu connu ou sa connaissance peu diffusée. Au regard de l'articulation avec l'habitat, on manque d'analyses qui croiseraient les niveaux de dépendance et les conditions de logement. Ainsi, méconnaît-on, de manière statistique, la composition familiale du ménage dans lequel vit le bénéficiaire de l'APA à domicile (isolé, hébergé, en couple), ses ressources, son statut d'occupation, le niveau de confort et d'adaptation de son logement, sa dépense de logement.



---

## **Deuxième partie : L'articulation habitat/vieillessement au plan local : de la connaissance aux orientations et programmes d'actions**

---

Les différents plans (bien vieillir 2000/2009 et solidarités grand âge 2007/2012 pour les plus récents) ne cessent de réaffirmer, dans le domaine de l'hébergement, nœud de l'articulation entre habitat et vieillissement, trois priorités : le soutien au maintien à domicile, le renforcement du nombre de places médicalisées, soit par transformation des structures existantes, soit par création de nouvelles structures, et enfin le nécessaire développement de « formules intermédiaires entre le logement et l'établissement », plus souples et plus « intergénérationnelles ». Si les orientations et actions des PDH et des PLH traduisent pleinement ces priorités, les outils de connaissance mobilisés ne permettent pas nécessairement de préciser finement les besoins locaux. A ce titre, il est révélateur que l'Assemblée des Départements de France, lors de son Congrès de 2008 ait organisé un atelier spécifiquement consacré aux sources d'information, esquissant un état des lieux critique de l'environnement statistique nécessaire à la conduite des politiques publiques en direction des personnes âgées, et préconisant des recommandations pour l'évolution de ce système d'information : « nécessité d'élargir la connaissance à des thèmes nouveaux, de préciser certains concepts, de partager des informations sur tous les départements »<sup>1</sup>.

A l'échelle locale, les publications dédiées aux personnes âgées, émanant tant de l'INSEE que des conseils économiques et sociaux régionaux, des agences d'urbanisme..., se développent indéniablement. A titre d'exemples, on peut citer le dossier publié par l'INSEE Limousin, les études publiées en 2007 par le Conseil économique et social de Bretagne (« Mobilité des populations et territoires de Bretagne, à l'horizon 2030 », « Bien vieillir en Bretagne : Changer de regard et agir pour mieux vivre ensemble le vieillissement à domicile »), ou bien encore, en Ile de France, les publications de l'Institut d'Aménagement et d'Urbanisme consacrées notamment aux mobilités des seniors. Signalons enfin, les publications, parfois un peu anciennes, du réseau des Observatoires de la santé.<sup>2</sup>

Nonobstant ces documents « généralistes », l'élaboration par les collectivités locales des documents de planification obligatoires dans le domaine du vieillissement et de l'habitat donne lieu à des analyses et rapports, les personnes âgées étant selon les cas, le seul public considéré ou l'un des publics dits « spécifiques » pris en compte (schéma gérontologique, PDALPD et PDH pour les départements, acteur majeur des politiques sociales, PLH pour certains EPCI, chefs de file des politiques de l'habitat). Le déficit d'enquêtes au plan local, du type ENL ou HID, interdit toutefois de retrouver ne serait-ce qu'à l'échelle départementale un portrait précis des personnes âgées – même si l'on trouve, de manière encore exceptionnelle, des exploitations locales de ces enquêtes.

Dans cette partie, nous nous sommes dès lors attachés à analyser les données mobilisées par les départements et les communautés d'agglomération ou de communes, tout particulièrement dans les documents de planification propres à l'habitat, non sans rappeler succinctement, en préalable, l'historique de ces documents, leur contenu et les territoires concernés. En s'appuyant sur les entretiens réalisés auprès des acteurs intervenant aux différents échelons locaux dans la conception de ces documents, on a analysé la place de l'habitat dans les schémas gérontologiques, et réciproquement celle des personnes âgées, notamment quand elles sont dépendantes, dans les différents types de plans (PDH, PLH, PDALPD). Si l'on a vu les carences et les imperfections que présente le système d'information au plan national, à bien des égards, la connaissance localisée présente des défauts plus grands encore. Et la prise en compte réciproque des compétences et des enjeux de chacun des secteurs semble, dans bien des cas, encore balbutiante.

---

1. Assemblée des Départements de France, Colloque « Connaître pour agir », Nantes, 23 janvier 2008.

2. Cf. ORS Bretagne, *Les personnes âgées en Bretagne aujourd'hui*, 1996 ; ORS Ile-de-France, *Conditions de vie des Parisiens âgés vivant à domicile en 1995*, 1995.



## Acteurs et répartition des compétences au plan local

Avant d'en venir à l'analyse des documents de planification en matière médico-sociale et en matière d'habitat, il apparaît nécessaire d'effectuer un retour rapide sur les acteurs de ces politiques au niveau local, ainsi que sur leurs compétences.

### En matière de politiques gérontologiques

- **Répartition des compétences en matière sociale et médico-sociale**

La répartition des compétences au plan local dans le champ des politiques en direction des personnes âgées est marquée par le rôle central du département, ne laissant aux autres collectivités locales qu'un rôle subalterne. Les communes, toutefois, restent un point d'entrée essentiel de l'action sociale, et en particulier pour les personnes âgées – le niveau intercommunal, aujourd'hui encore peu investi, est sans doute amené à se développer avec la possibilité de constitution par les EPCI de Centre Intercommunaux d'Action Sociale (CIAS). L'action décentralisée de l'Etat reste un élément important de l'action sociale et médico-sociale, qui pose actuellement – nous y reviendrons – de redoutables problèmes de coordination avec les conseils généraux, chef de file de l'action sociale.

#### **Le rôle central du département**

Gestionnaires de l'APA, les départements jouent un rôle de premier plan dans le domaine gérontologique<sup>1</sup>. Depuis les lois de 2002 et 2004, le rôle et les responsabilités du département en matière sociale et médico-sociale, qu'il s'agisse de la politique sociale proprement dite ou de l'action sociale en faveur des personnes âgées ont été affirmées tant au plan de la définition des politiques que de la coordination de l'action sociale en faveur des personnes âgées – le schéma gérontologique apparaît comme le cadre de cette coordination de la politique gérontologique (définition des secteurs géographiques d'intervention et modalités d'information du public)<sup>2</sup>.

Généralisés à partir de 2000, les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) sont placés sous la responsabilité directe du Conseil général. Dans la circulaire de 2001, organisant les compétences des CLIC, ceux-ci étaient chargés de prendre en charge la globalité des besoins des personnes âgées, et constituait, de ce fait, le levier principal d'une coordination des acteurs et d'une convergence des politiques publiques en direction de cette catégorie de la population<sup>3</sup>. Cette convergence concernait bien évidemment l'habitat, puisque les CLIC ont, selon le texte de la circulaire, pour mission d'identifier les besoins en matière « d'habitat-environnement matériel », et sont chargés d'identifier les offres disponibles localement susceptibles d'y répondre : « professionnels de l'habitat (offre de logement adapté, adaptation de l'habitat individuel), de l'accessibilité du logement et de l'environnement ». Dans les départements rencontrés on a pu observer toutefois, là encore, une très grande diversité de situations. Le développement des CLIC peut rester très embryonnaire ou être presque achevé, notamment en fonction des choix des Conseils généraux et de leur évolution dans le temps. Le support des CLIC peut être communal (CCAS), associatif, ou même une structure d'hébergement ou hospitalière. Les missions des CLIC sont déclinées en

---

1. Nous reprenons ici en partie la claire mise au point de Dupays S., Lanelongue C., Leconte T., Sardou P., *L'action sociale locale en direction des personnes âgées et des personnes handicapées dans les départements du Lot-et-Garonne, du Nord, du Rhône et du Val-de-Marne*, Rapport de l'IGAS, février 2007.

2. « Le département définit et met en oeuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées. Il coordonne, dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale mentionné à l'article L. 312-4, les actions menées par les différents intervenants, définit des secteurs géographiques d'intervention et détermine les modalités d'information du public. » (Article L113-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles) ; « Le département définit et met en oeuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'Etat, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale. Il coordonne les actions menées sur son territoire qui y concourent. » (Article L121-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles).

3. Cf. Circulaire DGAS/AVIE/2 C n°2001-224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

fonction du niveau de label : le niveau 1 correspond à l'accueil, l'écoute, l'information et le soutien aux familles ; le niveau 2 prolonge le niveau 1 par l'évaluation des besoins et l'élaboration d'un plan d'aide personnalisé ; le niveau 3, plus directement concerné par la question du logement, prolonge le niveau 2 par la mise en œuvre du plan d'aide et son suivi. Il aide à la constitution des dossiers de prise en charge. Il permet d'actionner les Services de Soins Infirmiers à Domicile, les services d'aide à domicile, l'accueil de jour, le portage de repas, les aides techniques, les travaux d'aménagement du domicile. A ce dernier niveau, la palette des services est alors complète et le suivi organisé.

Si la loi du 13 août 2004 donne un rôle privilégié au département, elle ne lui a pas donné le monopole de l'intervention en direction des personnes âgées. Au regard du rôle des départements, les régions n'ont qu'un rôle très secondaire. Toutefois, leur implication sur le champ de la prise en charge de la vieillesse et du handicap est loin d'être négligeable, et elles impulsent et soutiennent souvent des projets sur leurs territoires en la matière. Le schéma régional d'organisation sanitaire et social reste à cet égard l'outil central par lequel la région influe sur les potentiels d'offres en maisons de retraite. La région est également susceptible d'avoir une influence sur les formations professionnelles, en particulier dans le secteur de la gérontologie (de l'auxiliaire de vie au gériatre-médecin coordinateur, en passant par l'aide soignant, l'infirmier, etc.). D'une région à l'autre, les politiques d'investissements apparaissent cependant très différentes. En témoigne la disparité des aides aux services à domicile, ou la diversité des choix stratégiques d'investissement de la maison de retraite classique, à l'hospitalisation à domicile, en passant par les petites unités de vie, voire le partage d'un logement avec un étudiant qui, en échange, rendra des services domestiques.

Les autres acteurs majeurs de l'action sociale conservent un rôle significatif pour la mise en œuvre de l'action sociale en direction des personnes âgées. Avec ces autres acteurs, les relations ne découlent pas toujours de conventions (seuls les organismes de sécurité sociale s'efforcent de passer des conventions, mais celles-ci ont des contenus très variables) et les négociations sont, comme nous le verrons, parfois toujours en cours sur des sujets tels que les participations et/ou reconnaissances mutuelles d'évaluations. La coordination est en outre parfois entravée par la présence d'un grand nombre d'associations intervenant dans le champ des personnes âgées.

### ***Les communes, un point d'entrée essentiel de l'action sociale en direction des personnes âgées***

Les communes constituent le point d'entrée incontournable dans le domaine de l'action sociale locale. Les maires, leurs services, les CCAS, reçoivent les personnes, les familles et les orientent. Même sans travailleurs sociaux et pas seulement en zone rurale, c'est un point d'accès important et nécessaire. Le maire peut mettre en œuvre des actions pour les personnes âgées (animation, information, création de services et d'établissements), directement ou à travers le CCAS. Les responsables du CCAS disposent d'une compétence générale en matière de prévention et de développement social et peuvent intervenir sous forme de prestations et/ou de création d'établissements sociaux et médico-sociaux. Dans certains cas, les CCAS ont développé des services qui ultérieurement ont été généralisés par le département (système de téléalarme mis en place dans les années 80 à Créteil dans les foyers logements, par exemple). Les établissements demeurent, se transforment, développent eux-mêmes des services à l'extérieur. Le portage de repas devient l'occasion d'un suivi informel des personnes âgées. Malgré le développement de services d'aide à domicile (SAD) mis en œuvre par des associations ou plus récemment par des structures privées, les communes conservent un rôle d'information important, notamment vers les personnes âgées. Un point important de différenciation est le degré d'engagement de la commune, via le CCAS, dans la production de services à domicile ou la gestion d'établissement d'hébergement (foyers, EHPAD). Certaines communes se sont recentrées sur un rôle de pilotage et d'animation.

Dans le domaine de l'action sociale, l'intercommunalité des politiques sociales demeure modeste, l'échelle communale demeurant prépondérante (l'action sociale communautaire n'est qu'une compétence optionnelle et la possibilité, introduite par la loi de programmation pour la cohésion

sociale du 17 janvier 2005, de création d'un CIAS par un EPCI doté de cette compétence semble peu utilisée).

### **L'action déconcentrée de l'Etat**

Au niveau local, il ne faut cependant pas omettre l'action déconcentrée de l'Etat à travers de multiples services placés sous l'autorité du préfet. Pour les personnes âgées, il s'agit principalement des DRASS et des DDASS. Il convient d'ajouter, au niveau régional, l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) et le GIP Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) pour les actions en faveur des personnes âgées. La loi du 11 février 2005 crée un nouvel outil pour mieux identifier et inscrire dans le temps les priorités de financement au niveau régional : le PRIAC (Programme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie). Cet outil, établi par le préfet de Région, a pour objectif l'adaptation et l'évolution de l'offre d'accueil en établissements et services médico-sociaux au sein de la région, pour garantir l'équité territoriale. Son approche est globale, elle va de la prévention au dépistage précoce, à la scolarisation, la formation et l'insertion professionnelle, la vie sociale et l'accompagnement du vieillissement. Le PRIAC dresse les priorités au niveau régional des besoins de financement des créations, extensions et transformations d'établissements et services pour les personnes âgées – mais aussi pour les personnes handicapées. La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) s'appuie sur l'identification de ces priorités pour la construction de l'ONDAM médico-social (Objectifs Nationaux des Dépenses d'Assurance Maladie). Révisé annuellement, le PRIAC constitue un document de programmation à caractère prospectif, qui couvre 5 années, de 2009 à 2013.

En ce qui concerne les organismes de sécurité sociale (CRAM), depuis la création de l'APA et les orientations de la nouvelle COG (2005-2008) de la CNAV, ils interviennent dans la mise en place des prestations d'action sociale pour les personnes âgées, l'aide aux structures d'accueil (notamment la création, la modernisation et le financement d'EHPAD), le suivi des établissements relevant du budget de l'assurance maladie.

L'action des CRAM est recentrée sur les GIR 5 et 6. Dotées d'une enveloppe budgétaire peu importante au regard de l'ensemble des dépenses des organismes de sécurité sociale et par rapport aux dépenses d'action sociale des départements, les CRAM ont revu leur place par rapport aux collectivités territoriales avec des engagements variables (rôle dans les évaluations globales ou non) et en privilégiant des actions précises. Elles ont également redéfini les rôles des organismes prestataires auxquelles elles étaient liées afin de mettre en œuvre les orientations nouvelles des caisses nationales (diminution de la part de l'aide ménagère, plan d'action personnalisé, Aide au Retour à Domicile de l'Hôpital). Ainsi, dans les CPAM, l'accent est mis sur la prévention, les actions transversales à caractère sanitaire ou en direction des plus démunis. En complément d'actions tournées vers les GIR 5 et 6, c'est aussi dans le domaine sanitaire que se dessine un rôle important pour les organismes de sécurité sociale : annexes gérontologiques des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), politique des réseaux – qui nouent des liens avec les CLIC ou aspirent à en jouer le rôle –, centres d'appareillage, liens avec les mutuelles. L'action des caisses n'est donc pas strictement cantonnée aux GIR 5 et 6. Les actions des caisses sont menées tant à un échelon départemental (en particulier, en ce qui concerne l'évaluation médico-sociale) qu'à un échelon infra départemental et donc en lien avec les communes, les CCAS, les CLIC, les établissements hospitaliers.

- **Le schéma gérontologique départemental, instrument de coordination des acteurs locaux**

La multiplication des acteurs intervenant dans le champ social et médico-social en direction des personnes âgées trouve une forme de coordination au travers des schémas gérontologiques.

## **Une obligation récente d'élaboration des schémas gérontologiques**

Dès les lois de décentralisation en 1981 et 1982, certains départements ont mis en place leur premier schéma. Ainsi certains en sont déjà à leur cinquième. Réalisés par les services des conseils généraux, ces schémas sont plus ou moins complets ou élaborés. Ils avaient surtout pour but de bien définir les besoins et d'apporter des réponses en termes d'autorisation de création d'établissements et de lits médicalisés. Leur rôle était aussi de transformer les réalisations anciennes en établissement plus modernes, et ils sont apparus comme des vecteurs importants de la « réhumanisation » des maisons de retraites. Leur efficacité, malgré une adoption par le Conseil général et une participation des services de l'Etat au niveau des DDASS, était toutefois limitée par le fait que, même retenus, les « lits » médicalisés devaient souvent attendre plusieurs années pour être financés.

Avec la loi du 2 janvier 2002, l'évolution a consisté premièrement à formaliser et généraliser cette démarche qui est devenue une obligation. Ainsi, à ce jour, tous les départements ont un schéma gérontologique en cours. Les départements ayant réagi les derniers en sont au moins à leur deuxième schéma d'une durée de validité de 5 ans. Progressivement le cadre du schéma et son contenu s'est enrichi jusqu'à trouver une définition très précise dans la loi :

« Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale ont pour objet d'évaluer la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population, de dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante, et de déterminer les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale (notamment, la création, la transformation ou la suppression d'établissements et services). Il a pour charge de préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services ainsi qu'avec les établissements de santé (à l'exception des structures expérimentales)<sup>1</sup>. »

## **Une démarche partenariale**

L'organisation pratique revient surtout aux Conseils généraux. La seconde évolution consiste dans la définition du Conseil général comme chef de file de la politique gérontologique. Le rôle et les responsabilités du département en matière sociale et médico-sociale, qu'il s'agisse de la politique sociale proprement dite ou de l'action sociale en faveur des personnes âgées, ont été confortés par la loi Libertés et responsabilités locales du 13 août 2004 : au lieu d'un schéma co-élaboré et co-arrêté par le président du conseil général et le représentant de l'Etat dans le département, le Conseil général se voit confier l'initiative, la responsabilité et le pilotage du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale, dont l'objet est d'établir un état prospectif des besoins et de déterminer les orientations applicables sur l'ensemble du territoire départemental par les services sociaux (dont, en particulier, l'accueil et les soins aux personnes âgées)<sup>2</sup>.

L'élaboration des schémas gérontologiques fait généralement l'objet d'un travail partenarial, où l'ensemble des acteurs du champ social et médico-social est appelé à se coordonner (CRAM, CLIC, éventuellement des associations). Il s'appuie sur une instance consultative, le Comité Départemental DEs Retraités et Personnes Agées (CODERPA). Il faut noter, depuis la date d'application de la loi de 2002, l'obligation de l'Etat et du Conseil général d'œuvrer conjointement. L'Etat intervient surtout par ses décisions concernant les enveloppes de soins dont les dispensateurs sont les DRASS (au niveau régional) et par délégation les DASS (au niveau des départements). L'Etat est aussi représenté dans les diverses instances ou commissions qui autorisent les créations d'établissements. Enfin, les DDASS sont partie prenante, au titre de l'Etat, dans la réalisation des schémas gérontologiques départementaux.

---

1. Cf. article L. 312-4 du Code de l'action sociale et des familles.

2. « Le département définit et met en oeuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées. Il coordonne, dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale mentionné à l'article L. 312-4, les actions menées par les différents intervenants, définit des secteurs géographiques d'intervention et détermine les modalités d'information du public. » (Article L113-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles).

## En matière de politique du logement

### • La répartition des compétences en matière de logement

Bien que la politique du logement ne soit, en aucun cas, une politique décentralisée, l'Etat, représenté localement par les DRE et les DDE, reste maître de ses orientations et de ses objectifs, la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales fixant les nouvelles compétences reconnues aux collectivités locales (régions, départements et groupements de communes) dans un grand nombre de domaines de l'action publique. Dans le domaine du logement, au delà de l'obligation d'élaborer un PDALDP en vigueur depuis 1990, la compétence des départements demeure optionnelle ; ce sont les groupements de communes à fiscalité propre qui deviennent « chefs de file » des politiques locales de l'habitat, la loi offrant aux EPCI (Communauté urbaine, Communauté d'Agglomération, voire Communauté de commune) et aux départements par subsidiarité, la possibilité de devenir les délégués des aides à la pierre de l'Etat<sup>1</sup>, par voie conventionnelle et sous certaines conditions. Les communautés urbaines et communautés d'agglomération se sont affirmées comme des acteurs majeurs de la politique du logement (70 délégués en 2008 sur 191 EPCI), alors que la signature d'une convention de délégation demeure une exception pour les communautés de communes (5 sur près de 3000) ; les départements quant à eux sont plus rarement délégués des aides à la pierre (27 en 2008), mais nombre d'entre eux renforcent leur politique de l'habitat, tout particulièrement dans les marchés les plus tendus.

La délégation est instituée en même temps que sont renforcés le rôle et la portée du PLH, élaboré et mis en œuvre sous la responsabilité de l'EPCI compétent en matière d'habitat, et qu'est instauré le volet logement du programme national de cohésion sociale. En 2006, la loi ENL rend obligatoire, pour les communautés urbaines et communautés d'agglomération, l'élaboration d'un PLH (les communautés de communes de plus de 50 000 habitants avec une commune centre de plus de 15 000 habitants, dotées d'une compétence optionnelle en matière d'habitat sont également concernées par cette disposition) ; elle instaure également l'obligation d'élaboration d'un PDH par les départements.

Ces différents textes ont incité les collectivités locales à participer au financement du logement dans le cadre des politiques définies par l'Etat, et ont conforté le rôle du département dans la prise en charge du « volet social » de la politique du logement. Ainsi, la loi du 13 août 2004 prévoit explicitement et encourage l'intervention financière des départements et EPCI indépendamment ou en complément des aides de l'Etat. Ces contributions financières concernent la réalisation de logements locatifs sociaux, la réhabilitation ou la démolition de logements locatifs ainsi que de places d'hébergement ; des aides aux opérations de rénovation urbaine incluant notamment la gestion urbaine et les interventions dans les copropriétés dégradées ; des aides aux propriétaires occupants pour l'amélioration de l'habitat et aux personnes accédant à la propriété sous conditions de ressources. Pour ce qui concerne cette étude, on a ainsi assisté à un développement considérable des aides à l'adaptation et au maintien dans les lieux des personnes âgées et handicapées.

Qu'il s'agisse de la signature d'une convention de délégation des aides à la pierre, de l'engagement d'un PDH, d'un nouveau PDALPD au contenu renouvelé et plus opérationnel ou bien encore, par exemple, de la création d'une ADIL, les départements ont donc tous, peu ou prou, renforcé leur intervention dans le domaine du logement, l'effort budgétaire et les domaines d'intervention s'avérant cependant fort différents selon les caractéristiques des marchés mais aussi selon les choix politiques locaux, le logement demeurant un domaine de compétence optionnel pour les départements.

Ce renforcement de l'intervention des collectivités locales a entraîné des transformations sensibles

---

1. Les aides déléguées concernent tant le parc public que le parc privé ou l'hébergement, à l'exception des aides relevant du Programme National de Rénovation Urbain (PNRU), distribuées par l'Agence Nationale de Rénovation Urbaine (ANRU).

des services logement qui était auparavant généralement peu étoffés, compte tenu du caractère optionnel de cette compétence. Les trois départements délégataires de l'aide à la pierre de notre échantillon (l'Ille-et-Vilaine, le Morbihan, les Hauts-de-Seine), tout comme le Val-de-Marne font de l'habitat un domaine d'intervention à part entière et ont développé des services *ad hoc*, distincts des services d'action sociale, et généralement rattaché à l'aménagement du territoire et au développement urbain. Leur activité est toutefois orientée vers l'investissement, c'est-à-dire la consommation des crédits délégués par l'Etat ou vers l'attribution d'aides locales, dont le poids s'est considérablement renforcé depuis quelques années. Les EPCI – et tout particulièrement les communautés urbaines et les communautés d'agglomération, pour lesquelles cette compétence est obligatoire – se sont également saisis de la délégation de l'aide à la pierre. Ils ont aussi renforcé leur intervention tant en terme de structuration de service, de lancement de programme, et de mise en place de financements locaux dédiés à la production neuve et à l'amélioration de la qualité du parc, ainsi qu'au renouvellement urbain.

- **La place des personnes âgées dans les documents de planification**

### ***Le PDH élaboré par l'Etat et le département : un document nouveau (2007) articulant social et logement***

Alors que la signature d'une convention de délégation des aides à la pierre de six ans par les EPCI est subordonnée à l'élaboration d'un PLH conforme aux objectifs du Plan de cohésion sociale, PLH dont le décret du 4 avril 2005 détaille très précisément le contenu, aucune obligation d'instauration d'un quelconque document cadre en matière de politique de l'habitat n'incombait jusqu'alors aux départements, signataires d'une convention de délégation ou non, à l'exception du PDALPD, dédié aux personnes défavorisées.

Avec l'élaboration, dans chaque département, d'un PDH, introduit par l'article 68 de la loi ENL du 13 juillet 2006, la cohérence entre les politiques de l'habitat menées dans les territoires couverts par un PLH et celles menées dans le reste du département - notamment à travers les articulations entre échelons territoriaux d'une part, entre action sociale et politique du logement d'autre part - se voient renforcées.

En effet, d'après la circulaire du 2 mai 2007, le PDH qui comporte un diagnostic sur le fonctionnement des marchés du logement et définit les conditions de mise en place d'un dispositif d'observation de l'habitat « définit des orientations conformes à celles qui résultent des schémas de cohérence territoriale et des programmes locaux de l'habitat » et « prend en compte les besoins définis par le PDALPD et ceux résultant des sorties des établissements d'hébergement ou services figurant au schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale ». Il est élaboré pour une durée d'au moins six ans, conjointement par l'Etat, le département et les établissements publics de coopération intercommunale ayant adopté un programme local de l'habitat ou ayant délibéré pour engager la procédure d'élaboration d'un tel programme.

S'agissant des personnes âgées, le PDH devrait être le document le plus à même d'articuler vieillissement et politique du logement, tel que défini dans les circulaires de programmation annuelles les plus récentes du ministère en charge du logement (cf. supra).

### ***Le PDALPD élaboré par l'Etat et le département : un contenu renouvelé en 2007***

Dans un contexte de renforcement du rôle des nouveaux PDALPD, lié à la loi ENL de juillet 2006<sup>1</sup> et à la loi instaurant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la

---

1. L'Etat et le Conseil général sont responsables de l'élaboration du PDALPD (loi libertés et responsabilités locales du 13.8.04 : art. 65) ; la loi ENL (loi du 13.7.06 : art. 60) a renforcé le rôle du PDALPD créé par la loi du 31.5.90, notamment

cohésion sociale (DALO, mars 2007), les nouvelles exigences réglementaires sur le contenu des PDALPD marquent la volonté des pouvoirs publics de renforcer le caractère opérationnel de ceux-ci. Il s'agit de fixer des objectifs quantitatifs plus précis en se fondant sur un effort accru d'évaluation des besoins et un suivi de la mise en œuvre des objectifs plus serrés à partir d'indicateurs chiffrés le plus souvent.

Le plan prend notamment en compte l'analyse des besoins des catégories de personnes suivantes : les personnes sans logement, les personnes menacées d'expulsion, les personnes hébergées ou logées temporairement, les personnes en habitat indigne ou précaire, ou occupant des locaux impropres à l'habitation, les personnes en situation de surpeuplement manifeste dans leur logement, les personnes confrontées à un cumul de difficultés (difficultés financières et difficultés d'insertion sociale). Rien n'interdit donc la prise en compte des ménages âgés au sein de ces catégories.

### ***Le PLH élaboré par les EPCI : une place renforcée pour la question des personnes âgées depuis 2005***

Le décret d'avril 2005 relatif aux PLH précise son contenu en tant que support de la délégation des aides à la pierre et lui confère un caractère plus opérationnel et plus territorialisé. La place réservée aux personnes âgées et à leurs besoins demeure toutefois modeste, le développement d'une offre neuve, conforme aux objectifs du plan de cohésion sociale, demeurant l'enjeu central.

Le PLH comprend, pour l'ensemble des communes membres de l'EPCI compétent, un diagnostic sur le fonctionnement du marché local du logement et sur les conditions locales d'habitat, un document d'orientation comprenant l'énoncé des principes et objectifs du programme, ainsi qu'un programme d'actions détaillé à l'échelle de l'EPCI mais aussi par sous-secteurs géographiques.

Au titre du diagnostic une « analyse de la situation existante et des évolutions en cours en ce qui concerne l'adéquation de l'offre à la demande sur le marché local, prenant en compte les enjeux liés aux déplacements et aux transports » doit être menée. S'y ajoutent une évaluation des résultats et des effets des politiques de l'habitat antérieures ou du précédent PLH, ainsi qu'un « exposé des conséquences en matière d'habitat des perspectives de développement et d'aménagement telles qu'elles ressortent des schémas de cohérence territoriale et des schémas de secteurs quand ils existent ». S'agissant plus précisément des personnes âgées, l'analyse de la demande concerne le besoin en places d'hébergement y compris les logements foyers et les besoins en matière d'accessibilité et de logements adaptés.

Le contenu du document d'orientation est quant à lui ainsi défini : présentation des principes retenus en matière de diversité et d'équilibre de l'offre ainsi que de réponse aux besoins des ménages et des personnes mal logées, défavorisées ou présentant des difficultés particulières ; axes principaux « susceptibles de guider les politiques d'attribution de logements sociaux » ; nature des interventions publiques par catégories de logements et secteurs géographiques ; politique envisagée en matière de requalification du parc public et privé existant, de lutte contre l'habitat indigne et de renouvellement urbain ; axes d'une politique d'adaptation de l'habitat en faveur des personnes âgées et handicapées, réponses aux besoins des étudiants.

Le programme d'actions doit enfin présenter les actions opérationnelles de la politique locale de l'habitat (objectifs quantifiés et localisation de l'offre nouvelle de logement et d'hébergement par secteur géographique ; liste des principales actions d'amélioration et réhabilitation du parc de logements publics ou privés ; description des opérations de rénovation urbaine envisagées,

---

en développant son contenu et les compétences de son comité responsable. La prévention des expulsions locatives, la lutte contre l'habitat indigne et la coordination des attributions sont en particulier, inscrites dans la loi comme un contenu obligatoire du PDALPD. La loi tient également compte de la nouvelle répartition des compétences qui a transféré la responsabilité des Fonds Solidarité Logement aux départements et prévu la possibilité de déléguer les aides à la pierre de l'Etat aux établissements publics de coopération intercommunale et aux départements.

interventions prévues en matière foncière), mais aussi indiquer les modalités de suivi et d'évaluation du PLH ainsi que les conditions de mise en place d'un dispositif d'observation de l'habitat ; ce dernier comprend notamment l'analyse de la conjoncture du marché immobilier, le suivi de la demande de logement locatif social et le suivi des évolutions constatées dans le parc de logements locatifs sociaux et le parc de logements privés.

\*

Les enquêtes de terrain réalisées incitent à constater – de manière plus perceptible à l'échelle intercommunale qu'à l'échelle départementale – le peu de communication entre les services, et plus encore l'absence de connaissance réciproque des outils utilisés par les uns et les autres, ainsi que des procédures et actions menées.

## Les informations disponibles au plan local

### Le département : Schéma gérontologique, PDH, PDALPD

- **Les schémas gérontologiques**

Le rapport publié sous la direction de S. Le Bouler, qui dresse un état des lieux national des schémas gérontologiques permettant de repérer les principaux problèmes et défauts de ces schémas<sup>1</sup>, porte un regard très critique sur ces schémas.

Le premier problème tient au découpage des territoires gérontologiques. Chaque schéma semble adopter un principe de construction différent : il peut reposer sur une analyse multifactorielle, sur le respect des zones socio-économiques, sur le découpage administratif, etc. En sorte que le découpage territorial, destiné à prendre en compte la spécificité de la population des personnes âgées, est donc globalement hétérogène.

La deuxième faiblesse renvoie aux lacunes de l'information sanitaire. Peu de données sont disponibles sur la mortalité et les causes de décès des personnes âgées. En outre, le rapport pointe une véritable « pénurie » d'informations sur la dépendance<sup>2</sup> et souligne la rareté des données localisées. La plupart du temps, l'estimation des situations locales est effectuée par le biais d'une extrapolation de l'enquête HID (dont on a vu de surcroît plus haut que ses données étaient désormais anciennes), puisque cette enquête, n'a fait l'objet d'extensions que dans huit départements. En cas d'enquête locale, administrée pour pallier ce manque, les concepteurs utilisent généralement les données de l'APA. Mais le rapport Le Bouler note toutefois l'absence d'unification des indicateurs de dépendance : AGGIR « ou autres ».

Devant ces déficiences, la tentation est grande de ne même pas chiffrer la dépendance – ce qui semble être le cas d'un certain nombre de schémas gérontologique – ou de se « caler » uniquement sur les données démographiques pour estimer les besoins. Or on a vu précisément combien il était difficile de superposer le vieillissement démographique et le vieillissement physiologique.

Le troisième problème évoqué par le rapport Le Bouler renvoie à l'étude de l'offre en établissements. Si l'analyse de cette offre est récurrente dans les schémas, elle reste menée de façon extrêmement variée et inégale selon les départements. Il s'agit essentiellement de mener un état des lieux de l'existant, et de le comparer à un critère d'une pertinence relative, à savoir, le plus souvent, un taux d'équipement rapporté au nombre de personnes âgées de 75 ans et plus. Le rapport déplore en outre l'absence de repérage à une échelle territoriale fine des problèmes d'accessibilité de ces établissements – le plus souvent l'analyse se limite à une échelle départementale. La dernière lacune

---

1. Cf. Le Bouler (S.), *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*, op. cit., Annexe 22, p. 283-286.

2. Le problème semble encore plus avéré concernant l'appréhension de la démence.



mentionnée concerne les données locales afférentes aux sorties d'établissements – à l'exception d'enquêtes *ad hoc* isolées, comme par exemple dans l'Indre et le Maine-et-Loire. Faute d'enquêtes transversales (sociale, médicosociale et sanitaire), la totalité du parcours potentiel de la personne âgée ne peut ainsi généralement faire l'objet d'une réelle appréhension, ce qui pose le problème de la mesure de l'adéquation du nombre de place aux besoins.

Enfin, en ce qui concerne le maintien à domicile, si les schémas gérontologiques mettent en exergue le lien (par ailleurs évident) entre l'inadaptation des logements et la prise en charge institutionnelle, l'articulation n'est pas faite avec les autres outils d'adaptation de l'habitat.

La conclusion du rapport est sévère : « Au total, les spécificités locales et l'hétérogénéité des données disponibles démultiplient les variantes d'indicateurs et amenuisent simultanément les possibilités de comparaisons entre départements. Il n'y a ni homogénéité des indicateurs (bien que les thèmes soient souvent identiques), ni échelle de construction territoriale commune [...]. *In fine*, l'assemblage de ces travaux départementaux ne permet pas une lecture comparative entre les départements. »

### **Analyse de quatre schémas gérontologiques départementaux**

L'analyse de quatre schémas gérontologiques vient confirmer les diverses faiblesses soulignées par le rapport de S. Le Boulter.

Au plan des découpages, soulignons en premier lieu dans la continuité des remarques de S. Le Boulter, l'hétérogénéité des choix effectués. Tantôt ces découpages correspondent à des pays (territoires par ailleurs pertinents des politiques de l'habitat), tantôt, il s'agit de secteurs gérontologiques découpés de manière *ad hoc*, sans considération des autres découpages administratifs des territoires. Remarquons également au passage que l'ensemble de ces territoires n'est pas couvert par des CLIC, qui, au reste, sont, dans bien des cas, communaux. C'est le cas de l'ensemble des départements étudiés. Dans certains cas, comme le Morbihan, cette absence de couverture est palliée par un maillage de relais gérontologiques.

En second lieu, il faut souligner la faiblesse de l'information démographique et sanitaire concernant les populations de personnes âgées. En ce qui concerne l'information démographique tout d'abord, remarquons que l'ensemble des schémas utilise des données du RGP 1999 – les données démographiques plus récentes disponibles ne sont pas exploitées. Deuxième aspect, ces données apparaissent extrêmement pauvres. A une exception près, l'ensemble des départements n'exploite que les données concernant l'âge (avec d'ailleurs, des écarts dans les bornes d'âge retenus : plus de 60 ans ; plus de 75 ans ; plus de 85 ans...). Dans trois départements, la distribution spatiale des populations âgées est cartographiée. Seule la Haute-Vienne exploite les données de l'INSEE concernant les conditions de vie, les revenus et la part de la population touchant le minimum vieillesse – il faut souligner toutefois que ce département a bénéficié d'une exploitation particulière effectué par l'INSEE Limousin.

Des projections de la population âgée pour les années 2010, 2015 ou 2030 sont généralement proposées, mettant à contribution l'application Omphale – mis à part dans le schéma du Val-de-Marne qui ne fait que discuter différents scénarios proposés par la DRESS, sans proposer de données chiffrées. Il faut toutefois souligner que les différents départements se différencient par le choix des hypothèses et des scénarios, les uns retenant le scénario central, les autres, le scénario haut, sans que ces choix soient discutés et justifiés.

En ce qui concerne l'information sanitaire ensuite, force est de confirmer la critique de S. Le Boulter. D'une part, aucun des schémas ne met en exergue des données concernant la mortalité, la cause des décès ou les diverses pathologies affectant la population. Dans un seul département, le Val-de-Marne, la prévalence de la maladie d'Alzheimer est analysée. La dépendance, d'autre part, n'est

analysée qu'au travers du nombre des bénéficiaires de l'APA (en établissement ou à domicile), et, dans les Hauts-de-Seine, par une extrapolation de l'enquête HID – le schéma du Val-de-Marne ne donne pas d'indication chiffrée sur la population dépendante. Le modèle de microsimulation Destinie n'est jamais sollicité. Cet aspect est d'autant plus problématique que ce ne sont, dès lors, que les GIR 1 à 4 qui sont pris en considération. Cet aspect rend bien compte dès lors des difficultés de coordination avec les CRAM qui, comme on l'a vu, ont pour public cible les GIR 5 et 6. On peut également estimer que la non prise en compte de ces derniers GIR prive les départements d'instruments d'anticipation de la dépendance. Seuls le Morbihan et les Hauts-de-Seine se risquent à une projection (respectivement aux horizons 2015 et 2010) de la population âgée dépendante, parfois au prix d'hypothèses risquées. Ainsi, dans les Hauts-de-Seine, la prévalence de la dépendance en 2010 est-elle calculée à partir d'un taux fixe de dépendants dans la population âgée issu de l'enquête HID.

Si l'on examine en troisième lieu les contenus et objectifs relatifs à l'habitat dans ces schémas, nous remarquons qu'en ce qui concerne tout d'abord le maintien à domicile, si l'ensemble des schémas gérontologiques effectue un état des lieux des dispositifs d'aide humaine au maintien à domicile (service d'aide à domicile, SIAD, et autres dispositifs comme les téléalarmes, le portage de repas, etc.) trois départements sur quatre n'évoquent pas les dispositifs d'amélioration de l'habitat – seul le Morbihan en décrit le dispositif... sans le relier aux autres dispositifs existants, et sans en faire le bilan. Dans les schémas du Morbihan et des Hauts-de-Seine, l'adaptation des logements fait toutefois l'objet d'une fiche action. Pourtant, comme on l'a indiqué, ces départements n'ont pas fait une analyse de l'inadaptation des logements existants. Le département des Hauts-de-Seine fait toutefois montre d'une politique ambitieuse d'apport d'une aide technique, administrative et financière pour le montage des dossiers de demande d'aménagement, propose un programme de solvabilisation des personnes âgées en GIR 1 permettant leur maintien à domicile, et met aussi l'accent sur la nécessité d'un programme de sensibilisation à l'adaptation des logements sociaux.

En ce qui concerne, ensuite, les établissements, les schémas effectuent tous un état des lieux de l'existant, généralement par type et de manière quantitative. Les départements ne font pas tous une analyse qualitative de ces établissements, sous l'angle de leur accessibilité (celle-ci est généralement menée au plan de l'espace, mais l'accessibilité économique n'est jamais envisagée) ou des conditions de vie qu'ils proposent (seul le Val-de-Marne analyse sous ces aspects les établissements sur son territoire). Dans le Morbihan des données sont fournies également sur le GMP et le taux de rotation en établissement. Pour réaliser cet état des lieux, les départements ont parfois recours à des enquêtes *ad hoc*. Ces enquêtes ne permettent pas toutefois d'apporter un éclairage sur le public des établissements. C'est le cas cependant dans le Morbihan et la Haute-Vienne, où des données sont fournies relativement à l'âge d'entrée, le GIR des personnes hébergées, les motifs d'entrée.

Dans trois départements sur quatre, les schémas mettent, enfin, l'accent sur les formes d'accueil intermédiaire entre le domicile et l'établissement (accueil de jour, hébergement temporaire). Ils proposent des données chiffrées sur l'offre existante dans ces départements, et se proposent de soutenir leur développement. On peut souligner toutefois que les parcours des personnes âgées entre les différentes formes d'hébergement ne sont jamais analysés.

En conclusion de l'analyse de ces schémas gérontologiques, on ne peut qu'être surpris par la pauvreté relative de l'information mobilisée, tant en ce qui concerne la population elle-même au plan démographique comme au plan sanitaire, qu'en ce qui concerne les structures d'hébergement ou les dispositifs des politiques de l'habitat des personnes âgées.

## Présentation synthétique des schémas gérontologiques de l'échantillon

Découpage des territoires	Information démographique et sanitaire	Contenu et objectifs
<i>Haute-Vienne (Schéma 2007-2011)</i>		
<p>Découpage par secteur gérontologique ad hoc, regroupant des communes et organisés « à partir de bassin de vie significatifs » (ne correspondant pas aux découpages administratifs, en particulier aux pays) 13 CLIC, dont un communal à Limoges. 13 relais gérontologiques.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'information démographique provient uniquement du RGP 1999 (actualisé pour ce qui est des revenus par l'enquête INSEE-DGI de 2004): Population, conditions de vie, revenu et minimum vieillesse.</li> <li>2. Les projections de population âgée sont issues du scénario central d'Omphale.</li> <li>3. Pas d'information sanitaire (mortalité, cause de décès. Pas de données sur la dépendance)</li> <li>4. Données sur le nombre de bénéficiaires de l'APA par GIR de 1 à 4 à domicile et en établissement</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintien à domicile : Recensement des services de maintien à domicile (SSIAD, télé-assistance, portage de repas, etc.). <u>Rien sur le bilan de l'adaptation des logements. L'adaptation de l'habitat fait l'objet d'une fiche action</u></li> <li>• Etablissement : Analyse du nombre de places (enquête ad hoc) et ses évolutions et de leurs transformations (transformation des foyers-logements en EHPAD). Enquête ad hoc sur les résidents des établissements EHPA et EHPAD (âge, parcours, motifs d'entrée). Rien sur leur localisation et leur accessibilité Analyse des listes d'attente</li> </ul>
<i>Morbihan (Schéma 2006-2010)</i>		
<p>Découpage par secteur gérontologique correspondant au pays (1 CLIC par pays, et un CLIC communal à Lorient)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'information démographique provient uniquement du RGP 1999. Seul l'âge est pris en compte (60 et + ; 80 ans et +). Distribution spatiale des personnes âgées sur l'ensemble du département et par pays.</li> <li>2. Les projections de population âgée sont issues du scénario haut d'Omphale.</li> <li>3. Pas d'information sanitaire (mortalité, cause de décès. Pas de données sur la dépendance)</li> <li>4. Données sur le nombre de bénéficiaires de l'APA par GIR de 1 à 4 et projection à l'horizon 2015</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintien à domicile : Description des dispositifs d'amélioration de l'habitat Renforcement des services de maintien à domicile et soutien à leur démarche qualité</li> <li>• Proposition de formule intermédiaire entre le domicile et l'établissement (logements sociaux adaptés, domiciles partagés)</li> <li>• Etablissement : Analyse du nombre de places, pas d'analyse spatiale, mais priorisation spatialisée pour la création de places nouvelles Enquête ad hoc sur les entrants en établissement (moyenne d'âge, Gir Moyen Pondéré, et distribution des GIR en établissement, taux de rotation en établissement) Analyse succincte de l'état du parc (chambre simple et double) Objectif de développement de l'accueil familial</li> </ul>
<i>Val-de-Marne (Schéma 2006-2010)</i>		
<p>Découpage par secteur gérontologique ad hoc, regroupant des communes. Tous les secteurs ne bénéficient pas d'un CLIC au nombre de 4).</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'information démographique provient uniquement du RGP 1999. Seul l'âge est pris en compte (60 et + ; 75-84 ans, 85 ans et +). Distribution spatiale des personnes âgées et des évolutions par secteur gérontologique.</li> <li>2. L'habitat et la mobilité dont l'amélioration sont des objectifs du Schéma ne font pas l'objet d'analyses statistiques.</li> <li>3. Présentation des projections de la DRESS sur l'évolution de la dépendance, sans trancher sur le scénario.</li> <li>4. Pas d'information sanitaire sauf prévalence maladie d'Alzheimer.</li> <li>5. Pas de données sur la dépendance (y compris nombre de bénéficiaires de l'APA)</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintien à domicile : état des lieux des aidants et des services de maintien à domicile (aides à domicile, SIAD, télé-assistance, etc.). <u>Rien sur le bilan de l'adaptation des logements.</u></li> <li>• Réflexion sur les formules intermédiaires et l'articulation domicile/établissement : accueil de jour, hébergement temporaire de formule intermédiaire entre le domicile et l'établissement (logements sociaux adaptés, domiciles partagés)</li> <li>• Etablissement : Analyse de l'offre globale d'EHPA et EHPAD ; spatialisation de l'offre par secteur gérontologique Hypothèses non quantitatives sur l'évolution des besoins, mais analyse qualitative sur besoins spécifiques (qualité de vie, accessibilité, accueil des Alzheimer)</li> </ul>

<p>Découpage par commune. 6 CLIC communaux et deux intercommunaux.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'information démographique provient uniquement du RGP 1999. Seul l'âge est pris en compte (60 et + ; 75 ans et +). Distribution spatiale des personnes âgées par communes.</li> <li>2. Les projections de population âgée sont issues du scénario central d'Omphale.</li> <li>3. Pas d'information sanitaire.</li> <li>4. Données sur les personnes de GIR 1 à 4 par commune. Nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile et en établissement.</li> <li>5. Estimation sur la prévalence de la dépendance à partir de données Ile-de-France, et projection en 2010 de la dépendance à partir d'un taux fixe issu de l'enquête HID.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintien à domicile : Recensement des services de maintien à domicile (SIAD et aide à domicile, télé-assistance, portage de repas, loisirs, etc.). <u>Rien sur le bilan de l'adaptation des logements.</u> L'adaptation de l'habitat fait l'objet d'une fiche action (aide technique, administrative et financière pour le montage des dossiers Allocation d'hébergement des PA dans leur famille Programme de solvabilisation des PA en GIR 1 permettant leur maintien à domicile Programme de sensibilisation à l'adaptation des logements sociaux Favoriser les domiciles partagés et intergénérationnel.</li> <li>• Action de consolidation des accueils de jour et de promotion de l'hébergement temporaire</li> <li>• Etablissement : Analyse de l'offre globale des établissements (hébergement temporaire et permanent, accueil de jour) Réflexion sur l'avenir des foyers-logements (médicalisation, statut mixte) de façon à permettre une continuité d'hébergement Réflexion sur l'équilibre spatial de l'offre</li> </ul>
--	---	--

### • Les PDALPD : un public spécifique émergent ?

Qu'en est-il de l'identification des personnes âgées comme public spécifique, du fait de leurs faibles ressources et/ou de leurs besoins d'amélioration et adaptation de leur logement d'une part, de mobilité résidentielle d'autre part.

Sur ce point, la question parlementaire « PDALPD » rédigée dans le cadre du Projet de Loi de Finances Initiale pour 2009 (PLFI), apporte un éclairage intéressant. Selon l'enquête menée par le ministère en charge du logement, alors que presque tous les PDALPD traitent prioritairement des personnes en habitat indigne ou précaire, des personnes de bonne foi menacées d'expulsion et des personnes en centres d'hébergement ou sortants d'hébergement, *les « personnes âgées éprouvant des difficultés économiques » constituent également un des publics prioritaires du plan pour 29 départements (soit 1/3 des répondants).* En outre, 16,8% des ménages aidés financièrement par les Fonds de Solidarité Logement (FSL) au titre de l'accès au logement locatif ont plus de 50 ans, ce pourcentage s'élevant à un peu plus de 20% pour les aides aux impayés locatifs et impayés de factures de fluides.

Dans les cinq départements enquêtés, les questions posée à nos interlocuteurs sur la prise en compte des personnes âgées dans les PDALPD ont tourné court, l'âge ne leur apparaissant pas, à lui seul, un critère pertinent. La catégorie entre ainsi surtout en ligne de compte lorsqu'il s'agit de l'habitat indigne. A titre d'exemple, dans le Morbihan, le PDALPD précise même que s'intéresser aux « populations défavorisées » sous le seul angle de l'âge introduirait une « discrimination ». En Ile-et-Vilaine, le PDALPD, au titre de l'amélioration de la qualité du parc privé, envisage deux catégories de ménages « plus particulièrement confrontés à l'inconfort ou l'indignité de leur logement » : « les locataires privés, mais également les propriétaires occupants (catégorie moins connue des intervenants sociaux, car généralement moins demandeurs d'aides *notamment lorsqu'ils sont âgés*) ». Du reste, le PDALPD traite de manière privilégiée la question de l'accès au logement – et en particulier au logement social – et du *maintien* dans le logement sous l'angle de la prévention des expulsions. Dès lors cette question ne touche que marginalement les personnes âgées, très

majoritairement propriétaires occupantes, alors que les ménages jeunes et les actifs à bas revenus sont majoritairement locataires ou cherchent à le devenir. Néanmoins, l'apparition d'une demande émanant de personnes âgées, voire très âgées, au titre du droit opposable au logement (DALO) offrira peut-être une autre vision de la vulnérabilité de la catégorie des personnes âgées. Dans le même sens, le rappel récent, notamment par la Fondation Abbé Pierre, de la précarité d'une partie des personnes âgées, illustre le retour de cette question dans le débat public<sup>1</sup> ; ce retour pouvant amener les départements à les reconsidérer au titre des personnes défavorisées. Ainsi, par exemple, le PDALPD 2009-2014 d'Ille-et-Vilaine note que « l'adaptation des logements pour le maintien à domicile des personnes âgées très modestes deviendra une question de plus en plus prégnante avec le vieillissement de la population ».

- **Les PDH**

Seuls le Morbihan et les Hauts de Seine, parmi les cinq départements enquêtés ont déjà engagé un PDH. Celui des Hauts de Seine est indisponible, le vice-président du conseil général au logement regrettant au demeurant cette situation (« le PDH a été élaboré mais est aujourd'hui bloqué, faute de consensus notamment sur la question du logement social »). Celui du Morbihan est tout juste achevé. Dans cette section, nous avons dès lors pris le parti de présenter ce dernier PDH et d'y ajouter l'analyse de deux autres PDH, hors de notre échantillon, ceux du Maine-et-Loire et du Bas-Rhin.

Le PDH du Morbihan, dans sa phase diagnostic, résume certains des axes du schéma gérontologique. Il en reprend les données essentielles et les principales priorités. On remarquera toutefois que la question des personnes âgées et de leur dépendance n'a pas fait l'objet d'un atelier particulier dans le cadre de l'élaboration de ce PDH, et la reprise du schéma constitue en quelque sorte une annexe détachable du document principal. Ce caractère est confirmé par la construction, dans le document de synthèse, des catégories d'âge. Alors que dans les pages consacrées au vieillissement, et conformément à la manière dont le vieillissement a été saisi dans le schéma gérontologique, les personnes âgées sont appréhendées au travers de la catégorie des « plus de 75 ans », dans le corps du texte, celles-ci n'apparaissent plus qu'au travers d'une large catégorie des « plus de 60 ans ». Ces aspects indiquent bien combien la prise en compte des besoins des personnes âgées en matière de logement a été marginale – ce qui au demeurant n'est nullement étonnant pour un PDH élaboré en même temps que le département devenait délégataire des aides à la pierre.

Ce diagnostic toutefois est compris comme le support d'un débat collectif, et a été présenté aux différents pays du département. Ces présentations sont susceptibles de faire émerger des déclinaisons différentes – au moins de manière rudimentaire – des priorités affichées du PDH, selon les caractéristiques socio-démographiques des pays. Et peut-être, ici ou là, verra-t-on un accent plus marqué sur les personnes âgées. Au final, le responsable du service logement du département, indiquait que le PDH débouchera sur une réaffirmation de la priorité du maintien à domicile, et introduira l'idée de construction de « parcours résidentiels du vieillissement » avec « l'offre de logement en centre-bourg proche des services ».

Les deux PDH du Maine-et-Loire et du Bas-Rhin ont été choisis du fait de leur caractère très contrasté. Le Maine-et-Loire (PDH approuvé) et le Bas Rhin (PDH présenté aux partenaires dans le cadre d'une large concertation) semblent, en effet, assez représentatifs de deux tendances assez opposées : la première fait du PDH un outil de la programmation des aides à la pierre pour les conseils généraux délégataires (cas du Maine-et-Loire délégataire des aides à la pierre en 2008) ; la seconde en fait surtout ou aussi un instrument au service de l'articulation des politiques sociales et des politiques du logement, aussi bien au plan départemental qu'entre niveaux de collectivités territoriales (cas du Bas Rhin, délégataire des aides à la pierre depuis 2006, dans lequel un vaste travail de concertation est engagé).

---

1. Cf. entre autres, Fondation Abbé Pierre, *Rapport 2009 sur l'état du mal-logement en France*.

Corrélativement, les questions du vieillissement et de son articulation avec l'habitat sont posées différemment selon les cas. Dans le Maine-et-Loire, le PDH se concentre sur l'articulation des politiques de l'habitat aux différentes échelles territoriales et se réfère essentiellement au schéma gérontologique en phase de diagnostic – avec toutefois des orientations relatives à l'adaptation des logements, tant sociaux que privés. Le PDH du Bas-Rhin, quant à lui, approfondit en phase de diagnostic, les connaissances disponibles dans le schéma gérontologique, le vieillissement étant appréhendé sous l'angle de la dépendance et du maintien à domicile à une échelle infra départementale très fine ; les orientations du schéma gérontologique peuvent ainsi être complétées et la concertation engagée dans le cadre d'ateliers thématiques (deux réunions consacrées aux personnes âgées en septembre et novembre 2008).

Dans le Maine-et-Loire, le diagnostic du PDH relatif à la population âgée et à ses besoins est succinct et s'appuie principalement sur les constats et les enjeux figurant dans le schéma gérontologique. Si le PDH souligne, dans une évaluation de la politique départementale menée jusque là, l'absence de liaison transversale entre la politique de l'habitat et l'ensemble des politiques départementales, suggérant implicitement la nécessaire articulation entre politique gérontologique et politique de l'habitat du Conseil Général, il n'apporte guère d'éléments de connaissance nouveaux, à l'exception du statut d'occupation des personnes âgées et du nombre de subventions annuellement versées par l'ANAH pour l'adaptation des logements. Dans le cadre des orientations stratégiques et opérationnelles, au titre de la nécessaire complémentarité, jugée insuffisante, le PDH *définit des objectifs quantitatifs de réhabilitation du parc social tenant compte des besoins d'adaptation en faveur des personnes âgées*, dans le cadre d'une programmation triennale, ainsi que des *objectifs d'adaptation des logements privés occupés en propriété*. Dans les deux cas, ces objectifs quantitatifs sont territorialisés selon un découpage en secteurs issus de l'analyse des marchés locaux de l'habitat. Enfin, au travers de l'observatoire, le Conseil Général souhaite mettre en place des indicateurs de suivi des objectifs fixés par le PDH en matière d'adaptation des logements mais aussi des objectifs déclinés dans le Schéma gérontologique.

Dans le Bas-Rhin, en phase de diagnostic, sont successivement présentés une analyse démographique de la population âgée de plus de 60 ans, un zoom sur la population dépendante, des enquêtes d'évaluation des conditions de vie et des besoins exprimés en matière de maintien à domicile. Le PDH procède enfin à un état des lieux de l'hébergement en structures spécialisées, à partir de la mobilisation de sources très variées, aussi bien de nature quantitative que qualitative, avec une cartographie des données à l'échelle des bassins d'observation, issus du croisement entre bassins de vie et analyse des marchés locaux de l'habitat. Ainsi, le PDH présente un profil des personnes âgées selon :

- le statut d'occupation (source Filocom 2003 et enquête menée par un bureau d'études),
- le confort des logements en distinguant les propriétaires des locataires (source ANAH),
- les revenus (enquête APA)
- les besoins exprimés en termes d'accessibilité et d'adaptation des logements (source enquête qualitative auprès des personnes âgées, des ergothérapeutes, techniciens du bâtiment et travailleurs sociaux).

Cette analyse approfondie conduit à cerner les besoins des personnes âgées selon leur profil, besoins déclinés en sus par territoires.

S'il paraît difficile de tirer des conclusions des trois exemples ici présentés, on constate toutefois que les départements n'ont pas encore utilisé toutes les potentialités d'articulation des politiques de l'habitat et du vieillissement que recèlent les PDH. Si le département le souhaite, il dispose en effet, à travers le PDH, de l'occasion de présenter aux intercommunalités et pays, sa politique gérontologique et de débattre de son rapprochement avec les politiques du logement – comme en témoigne l'exemple du département du Bas-Rhin.

## Prise en compte des personnes âgées et du vieillissement dans le PDH de Maine-et-Loire et du Bas-Rhin

Diagnostic	Enjeux ou orientations	Concertation
<b>Maine-et-Loire</b>		
<p><u>Une page relative à la population spécifique des personnes âgées</u> : une nécessaire anticipation de l'augmentation des besoins</p> <p>Reprend les constats et axes du Schéma gérontologique (2003-2007) et les complète par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- statut d'occupation des personnes âgées,</li> <li>- nombre de subventions ANAH à l'adaptation par an,</li> <li>- la priorité à accorder à la réorientation de l'offre existante d'hébergement (plutôt qu'à la construction neuve) vers l'accueil des personnes peu autonomes, dans le cadre du conventionnement EHPAD.</li> </ul> <p><u>Cinq pages de bilan des PLH en cours et de la politique départementale de l'habitat</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- reprise des orientations des PLH</li> <li>- pas de référence explicite aux personnes âgées mais constat d'une absence de liaison transversale entre la politique de l'habitat et l'ensemble des politiques départementales</li> </ul>	<p><u>Une orientation stratégique</u> : Favoriser les synergies entre les autres politiques sectorielles départementales (développement économique, transports, action sociale...) et la politique départementale de l'habitat.</p> <p><u>Une orientation opérationnelle</u> : Développer les formules innovantes de logements adaptés pour les personnes âgées en accompagnement de la réhabilitation du parc d'hébergements existants.</p> <p><u>Deux objectifs</u> en découlent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- réhabilitation du parc social en priorisant l'adaptation aux besoins des personnes âgées notamment : <i>programme triennal de réhabilitation du parc social par secteurs</i>,</li> <li>- 30% des logements financés pour l'adaptation des propriétaires occupants du parc privé : <i>objectifs annuels d'adaptation du parc privé déclinés par secteurs</i>.</li> </ul>	<p>Mise en place d'un observatoire avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- suivi des objectifs de réhabilitation du parc privé dont l'adaptation,</li> <li>- suivi des Schémas dont sont issues les orientations concernant les populations spécifiques.</li> </ul>
<b>Bas-Rhin</b>		
<p><u>Analyse et territorialisation de la démographie de la population âgée</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- indice de jeunesse RGP 1999 cartographié par commune et par bassin d'observation,</li> <li>- estimation des plus de 60 ans en 2005 puis 2015 et 2030, projections Omphale de l'INSEE,</li> <li>- analyse de l'évolution des 75 ans et plus cartographié par commune et bassins d'observation, RGP 1999.</li> </ul> <p><u>Analyse et territorialisation de la population dépendante</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- répartition des + de 75 ans entre GIR 1 à 4 et 5 à 6 à partir des enquêtes HID INSEE 2002 et du Centre de Gérontologie des HUS et ORSAL,</li> <li>- isolement et revenus des plus de 75 ans, enquête auprès des bénéficiaires de l'APA,</li> <li>- proportion et nombre de personnes dépendantes supplémentaires en 2015, INSEE projections Omphale,</li> <li>- cartographie par bassins d'observations et pôles urbains de la répartition de la population dépendantes, bénéficiaires APA GIR 1 à 4.</li> </ul> <p><u>Analyse des difficultés spécifiques des personnes âgées et de l'enjeu du maintien à domicile</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- revenus et problèmes évoqués par les ménages âgés dans le parc social, enquête ADEUS 2006,</li> <li>- statut d'occupation des plus de 60 ans, Filocom 2003,</li> <li>- part des personnes âgées dans le parc privé très inconfortable en fonction du statut d'occupation, enquête bureau d'études et données ANAH,</li> <li>- Analyse des besoins exprimés liés à la perte d'autonomie dans le parc public et privé, dispositif Handilogis et données OPERA 2002-2005 et d'info centre depuis 2006.</li> </ul> <p><u>Analyse hébergement en structures spécialisées</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- recensement des structures en distinguant hébergement temporaire, séjour permanent et foyers logements, source CG 2008.</li> </ul>	<p>Reprend à son compte les axes du Schéma gérontologique 2004-2008, du Schéma départemental des personnes handicapées et du PDALP'D 2005-2009 et les complète par 4 <i>principaux enjeux</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- amélioration des dispositifs d'accompagnement du maintien à domicile en matière d'adaptation du logement,</li> <li>- développement d'une offre nouvelle en logements adaptés aux besoins,</li> <li>- amélioration de l'articulation entre les aides publiques,</li> <li>- développement de la domotique.</li> </ul>	<p>Mise en place d'un atelier thématique personnes âgées et handicapées. 2 réunions prévues.</p>

## Les intercommunalités : le PLH

Dans les cinq départements retenus pour la recherche, quinze communautés d'agglomération et une communauté de communes sont soumises à l'obligation d'élaborer un PLH. Après avoir analysé le contenu disponible sur Internet de 8 des 9 PLH adoptés, nous avons complété ces données empiriques par 13 entretiens qualitatifs avec les acteurs qui en ont piloté l'élaboration – les responsables des services logement, voire les élus des différentes intercommunalités. Certaines communautés de communes, de plus faible poids démographique, ont également mené des PLH, en dépit du caractère facultatif de ce document les concernant ; nous en avons rencontrés trois. Au cours des entretiens, nous avons, en particulier, cherché à savoir quelles informations ont été utilisées en phase de diagnostic, et quelle place a été donnée au vieillissement en phase d'orientation.

### Les 16 communautés d'agglomération et communautés de communes rencontrées

Département	EPCI rencontrées	Population totale (nb d'habitants)	Etat d'avancement du PLH
<b>Ille-et-Vilaine (35)</b>	CA Rennes Métropole	399 892	PLH adopté
	CA de St-Malo Agglomération	82 633	PLH adopté
	CA Vitré communauté	61 670	PLH en projet
<b>Morbihan (56)</b>	CA du Pays de Lorient	190 138	PLH adopté
	CA du Pays de Vannes Agglomération	135 119	PLH adopté
	CC de Pontivy	44 662	PLH adopté
<b>Haute-Vienne (87)</b>	CA de Limoges Métropole	191 094	PLH adopté
	CC de Vienne Glane	18 994	PLH en projet
<b>Hauts-de-Seine (92)</b>	CA des Hauts de Bièvre	173 337	PLH adopté
	CA Sud de Seine	140 057	PLH adopté
	CA Val de Seine	129 796	PLH en projet
<b>Val de Marne (94)</b>	CA Cœur de Seine	55 115	PLH en projet
	CA Val de Bièvre	186 362	PLH adopté
	CA le Haut Val de Marne	102 604	PLH adopté
	CA de la Vallée de la Marne	58 643	PLH en projet
	CC du Plateau Briard	25 538	PLH adopté

- **Les personnes âgées : un « public spécifique » dans tous les PLH**

A la lecture des différents PLH, il apparaît clairement que la réponse aux besoins spécifiques en matière d'habitat des personnes âgées *figure la plupart du temps au rang des priorités de la politique intercommunale de l'habitat*. Ainsi, le « public des personnes âgées » est-il le seul public spécifique systématiquement pris en compte ; constat qui relève du lieu commun, tant cette population est numériquement importante dans la population totale par rapport aux autres publics spécifiques<sup>1</sup>.

On remarque, toutefois, en premier lieu, que quelques rares agglomérations, pour l'essentiel cantonnées à l'Île-de-France, voient le sujet de l'habitat des personnes âgées comme une priorité d'ordre secondaire, voire ne le considère pas comme une priorité et cela pour différentes raisons. Le premier motif tient, comme on l'a vu pour les PDALPD, à la considération selon laquelle, localement, ce sont plutôt les jeunes et les familles qui rencontrent des difficultés à accéder ou à se maintenir dans leur logement, alors que les personnes âgées sont, pour l'essentiel, propriétaires occupants, avec des revenus convenables (sans compter les revenus issus du patrimoine) jugés suffisants pour

1. Cela ne n'empêche pas pour autant que les enjeux du vieillissement n'occupent qu'une place réduite dans les diagnostics des PLH étudiés. La place accordée à l'analyse de la population âgée et de ses besoins excède rarement les 3 ou 4 pages dans des diagnostics souvent volumineux.



subvenir à leurs éventuels besoins d'adaptation des logements. Le second motif ressort d'une forme de délégation de la question de l'habitat des personnes âgées à d'autres acteurs : « Ici, il y a une volonté politique de faire de la population âgée une priorité, mais je comprends tout à fait qu'avec le foisonnement des dispositifs qui existent certaines intercommunalités laissent cette problématique aux autres acteurs ». Certains interlocuteurs estiment ainsi que « l'habitat étant une compétence encore très peu mature au niveau de l'agglomération », les acteurs intercommunaux ne peuvent ni ne souhaitent se substituer aux autres acteurs, en particulier communaux : « Les moyens d'action [concernant l'habitat des personnes âgées] restent difficiles à communautariser car les élus communaux souhaitent conserver cette compétence ». Dans le même sens, certaines agglomérations ont attiré notre attention sur leur difficulté à trouver leur place dans l'intervention sur l'habitat des personnes âgées. En effet, elles estiment disposer de « faibles marges de manœuvre entre l'action sociale des communes et la gérontologie du Conseil général ».

En second lieu, on relève dans la plupart des entretiens un paradoxe, que l'on retrouve dans les PLH, à savoir que, hormis les cas cités précédemment, tous les interlocuteurs rencontrés placent la question du logement des personnes âgées au rang de priorité de la politique locale de l'habitat et perçoivent assez bien l'enjeu quantitatif qu'elle va représenter à moyen terme. Pour autant, beaucoup d'entre eux reconnaissent par ailleurs n'avoir peu voire pas engagé de véritable démarche d'approfondissement sur la question, ni avoir mis en place les leviers d'actions nécessaires. Cette situation se traduit d'une part par des diagnostics de PLH dans lesquels les sources de données relatives au vieillissement sont fort peu mobilisées et les statistiques habitat rarement croisées avec le critère de l'âge du chef de ménage. Elle a, d'autre part, pour conséquence des PLH qui n'envisagent le plus souvent des orientations et des actions que d'un ordre très général.

Le processus d'élaboration du PLH joue un rôle non négligeable dans cette prise en compte, au final relative de la priorité du logement des personnes âgées. En effet, dans presque l'ensemble des situations rencontrées, c'est le PLH qui a conduit les services Habitat à initier une première approche afin de rendre intelligible les besoins liés au vieillissement. A l'exception d'une agglomération dont un des élus s'intéressait particulièrement au sujet, aucune autre n'avait déjà exploré cette question au préalable. La date de début d'élaboration du PLH semble également largement commander la manière d'appréhender l'enjeu du vieillissement. Ainsi, les PLH élaborés suite à la loi Libertés Responsabilités Locales prennent en compte de manière quasi systématique les besoins de la population âgée dans sa diversité. Les intercommunalités bretonnes précisent à ce titre que ce n'est que récemment, après leur troisième ou quatrième PLH, que la problématique a été intégrée. Le décret renouvelant le contenu des PLH, en faisant explicitement des personnes dépendantes un public auquel il convient d'accorder une attention particulière, a contribué à cette évolution.

Il convient de noter que le poids de la population âgée n'apparaît pas comme un élément explicatif des différences de prise en compte de celle-ci dans les PLH. En effet, les territoires où la part de la population âgée est la plus significative et où le taux d'équipement est le plus faible ne sont pas nécessairement ceux où les orientations sont les plus développées. Ainsi, l'agglomération Sud de Seine, bien que confrontée à un afflux de population jeune et un départ important de retraités en province, prend en compte la diversité des besoins de la population âgée. A contrario, l'agglomération de Limoges, qui compte la part la plus importante de population âgée des territoires étudiés, n'y voit pas un enjeu prioritaire. Il apparaît d'autre part, que la qualité du PLH, depuis le diagnostic jusqu'aux fiches actions, n'est pas l'unique facteur expliquant le degré d'engagement des EPCI, même si il y contribue. Ainsi, certaines agglomérations d'Ile-de-France rencontrées disposaient d'un PLH qui avait réellement engagé un approfondissement de la question des besoins de la population âgée sur le territoire intercommunal (allant même jusqu'à la confrontation avec les données des différents partenaires institutionnels du champ du médico-social sur la base d'enquêtes de terrain) d'où découlait des fiches actions détaillées. Pour autant, ce travail n'a pas toujours conduit l'intercommunalité à mettre en place le moindre moyen d'action. A l'inverse, certains PLH bien plus sommaires sur la question, n'empêchaient pas les intercommunalités d'être engagées sur plusieurs champs d'actions.

L'échange avec les élus et les services habitat des intercommunalités apporte quelques éléments d'explication à l'hétérogénéité des approches et à l'état d'avancement des réponses apportées. Un premier facteur qui revient très fréquemment dans les entretiens tient à l'antériorité et à la légitimité différentielle de l'intercommunalité sur la question de l'habitat. Un certain nombre d'intercommunalités, récemment structurées, n'en sont qu'à leur premier PLH avec des élus communaux pour lesquels ce transfert de compétence n'allait pas de soi : « Les communes ont compris qu'elles ne pouvaient plus jouer la concurrence pour l'offre en habitat donc l'habitat prend progressivement une dimension communautaire ». Dans ces cas, le PLH fait figure de « première pierre d'une politique habitat intercommunale car il n'y avait jamais eu d'entités communautaire auparavant » et s'attache davantage à dégager un consensus sur quelques grands sujets, telle que la production d'offre nouvelle, notamment sociale, et l'amélioration du parc privé. Ainsi, le PLH vise-t-il souvent à répondre à l'urgence de combler les déficits en logements sociaux au sens de l'article 55 de la loi SRU par la relance de la construction avant de se préoccuper de l'existant – cette priorité dans la production d'offre nouvelle nous étant parfois présentée comme une stratégie qui par « la mise sur le marché d'un volume d'offre suffisant permet de fluidifier les parcours résidentiels en débloquent les effets de chaîne, qui permet aussi de contrecarrer le vieillissement en accueillant de nouvelles populations et enfin de répondre à la population âgée sur place car l'offre nouvelle est [de fait] adaptée et accessible ». Dans d'autres cas, comme celui d'une agglomération bretonne où les élus ont sans doute compris l'intérêt d'une démarche communautaire pour l'habitat, mais avant tout pour « traiter l'habitat des jeunes qui pose problème en raison de la forte activité saisonnière du territoire ainsi que pour amorcer un rééquilibrage démographique entre le littoral et l'arrière-pays », alors que, concernant les besoins de la population âgée, « chacun travaille dans son coin », car la réponse aux besoins des personnes âgées est considéré comme « une prérogative communale puisqu'elle est assimilée à l'action sociale ».

Un deuxième élément d'explication ressort des entretiens : le manque de moyens. Pour certaines intercommunalités qui disposent d'un budget « serré » plusieurs facteurs se combinent. L'arbitrage financier entre les différents champs d'action de l'EPCI se fait parfois au détriment de l'habitat, qui dispose souvent, de surcroît, de peu de moyens humains. Dans ce contexte, les orientations dédiées à l'habitat des personnes âgées pèsent souvent moins que d'autres. Ainsi, un responsable d'une agglomération bretonne avançait-t-il : « Le service habitat existe depuis 1996 et en plus les élus sont sensibilisés parce qu'on a beaucoup de parc locatif communal sur notre territoire dont un certain nombre est réservé aux personnes âgées. La question [de l'habitat des personnes âgées] est donc prioritaire mais on n'a pas de moyens financiers associés aux actions. On n'a pas beaucoup de moyens et l'accession à la propriété reste la priorité ».

Ailleurs et assez fréquemment, l'insuffisance de moyens est la conséquence d'une sous-estimation des besoins de la population âgée en matière de logement, en particulier sur certains segments de marché, du fait d'un diagnostic trop sommaire. Ainsi, plusieurs agglomérations ont conclu suite à l'examen de statistiques assez générales que la population âgée n'était pas un public qui rencontrait de difficultés particulières eu égard au logement et qu'il ne fallait pas développer d'actions spécifiques à leur endroit. Et c'est souvent à travers des démarches ad hoc, enquête auprès des bailleurs sociaux ou étude pré opérationnelle d'OPAH ou PIG, que ce public « émerge », comme le soulignent ces deux exemples : « C'est via le pilotage des Offices par les élus que la thématique et les conséquences du vieillissement de la population sur l'habitat s'est imposée, illustrée par le développement de la précarisation chez la population âgée » ; « C'est grâce à l'effort qu'on réalise pour repérer l'habitat indigne et surtout grâce à l'étude pré opérationnelle du PIG qu'on a découvert la présence d'un public âgé aux revenus très modestes sur certains secteurs avec des besoins aussi bien d'adaptation que d'amélioration. Je pense que ce public était un peu masqué par les retraités aisés ».

- **Des sources d'information pauvres ne permettant pas des analyses fines des profils et des conditions de logement de la population âgée**

### **Quelles sources et quelle articulation des connaissances dans les diagnostics ?**

Les sources majoritairement mobilisées sont de deux natures. D'une part, on note les données INSEE à travers le RGP 1999 et le système de projections Omphale. D'autre part, on remarque que le recensement des places en structures d'hébergement, bien qu'imprécis, est majoritairement mobilisé. A cet égard, à l'exception de deux cas où la source est explicite et relève du Schéma Gérontologique, les sources utilisées ne sont pas précisées<sup>1</sup>. Par ailleurs, certaines sources ont été exploitées exceptionnellement à l'instar de l'enquête OPS ou des données des CAF (2 PLH sur 8 seulement). On remarque aussi que de nombreuses sources traitant du logement des personnes âgées sont totalement absentes des PLH. Ainsi en est-il du fichier FILOCOM et du bilan des aides à l'adaptation attribuées par l'ANAH (fichier OPALE). Les données du fichier FINESS permettant de mieux connaître les établissements médico-sociaux des intercommunalités sont également inexploitées, au même titre que les données relatives au parc social inscrite dans les Plans Stratégiques de Patrimoine des bailleurs. A travers ces données, ce sont plusieurs segments de marchés qui sont ignorés (parc privé) ou très partiellement analysés (parc public, structures d'hébergement) dans les besoins induits par le vieillissement.

Au-delà de ces sources de données, les PLH peuvent alimenter leur diagnostic avec les informations issues des partenaires institutionnels. En effet, les collectivités locales, les bailleurs sociaux ou les centres de coordination gérontologique, peuvent représenter des sources non négligeables d'informations aussi bien d'ordres quantitatifs que qualitatifs. Ainsi, l'USH revendique-t-elle la contribution que les bailleurs sociaux peuvent apporter à la question du vieillissement et des handicaps dans les PLH. De même les Départements, en tant que chef de file de la politique gérontologique, et les communes, à travers les CCAS au titre de l'action sociale aux personnes âgées, peuvent apparaître comme des interlocuteurs incontournables. Pour autant, dans les PLH étudiés, il n'est fait état que d'un seul cas d'enquête auprès des CCAS et l'exploitation d'études ou de données issues de l'échelon régional (à travers le CESR par exemple) reste isolée. Quant aux bailleurs sociaux, rares semblent être les contacts directs, aussi bien auprès des bailleurs locaux que des associations régionales sur cette question du vieillissement. L'absence de données issues des Plans Stratégiques de Patrimoine (PSP) contraste ainsi avec ce que les bailleurs sociaux sont, selon l'USH, susceptibles de fournir<sup>2</sup>. Force est donc de constater que sur les territoires étudiés, les PLH ne témoignent pas d'un réel effort d'articulation avec les partenaires institutionnels.

Ce constat, tiré de la simple analyse des PLH à disposition, est tout à fait corroboré par les entretiens réalisés. La prise en compte progressive des personnes âgées dans les PLH n'a à l'évidence pas conduit les services Habitat des intercommunalités à se rapprocher des partenaires du champ du médico-social (CRAM, caisses de retraite et CLIC mais aussi service dédié aux personnes âgées au Conseil Général). Il est ainsi assez illustratif de voir nombre d'interlocuteurs avouer leur « connaissance floue » ou leur « connaissance très limitée des démarches des autres acteurs », voire leur méconnaissance totale du rôle de certaines de ces structures. Ainsi, un responsable Habitat disait ne pas savoir ce qu'était un CLIC et témoignait du « niveau zéro de la connaissance en terme d'accompagnement [de la population âgée] », tandis qu'un autre justifiait cette situation en disant que « l'EPCI n'a pas à s'impliquer dans la connaissance des relais territoriaux [type CLIC] car nous sommes dans une administration qui par nature est assez peu tournée vers la population ». Dans le même sens, la majorité des personnes rencontrées ne voyait pas nécessairement l'intérêt de s'intéresser au Schéma gérontologique dans le cadre de l'élaboration d'une politique locale de l'habitat – mais les services habitat des agglomérations rencontrées déclarent, réciproquement,

1. Il convient toutefois de rappeler que les territoires de la gérontologie ne correspondent pas à ceux de l'habitat, d'où sans doute une difficulté d'obtention des données gérontologiques à l'échelle des EPCI.

2. Cf. « Politiques locales de l'habitat », *Cahiers d'Actualités Habitat*, n°100, novembre 2005.

n'avoir jamais été associés à la démarche d'élaboration du Schéma gérontologique. Ce peu d'intérêt pour ce document relève la plupart du temps d'une vision partielle de ce schéma, jugé n'avoir qu'un lointain rapport avec l'habitat.

Les agglomérations restent tournées vers les partenaires habituels lors de l'élaboration du PLH, à savoir les services habitat des communes et du Conseil général, les bailleurs sociaux pour le parc public, le PACT-ARIM pour le parc privé, etc... Ainsi, dans la plupart des ateliers ou commissions mis en place lors de l'élaboration des PLH, on retrouve systématiquement ces partenaires « classiques » alors que les acteurs du médico-social sont absents ou très peu représentés. Toutefois, on constate que même avec les partenaires dits classiques comme les bailleurs, le partage d'information concernant la population âgée et l'adaptation du parc social n'a pas lieu dans le cadre de l'élaboration du PLH. Ceci conduit certaines intercommunalités pour « combler notre retard » à engager ces démarches lors de la « montée en charge du PLH » en lançant, par exemple, auprès des bailleurs, des questionnaires ou enquêtes *ad hoc* destinées à recenser la part du parc adapté, la part du parc adaptable et les démarches déjà engagées par les bailleurs.

On constate enfin que les sources mobilisées, si pauvres soient-elles, ne sont pas croisées entre elles – qu'elles soient issues d'une même source ou, *a fortiori*, de sources différentes. Au total, on dispose donc généralement de tris à plat qui ne permettent pas de discriminer finement les différentes composantes de la catégorie des personnes âgées. Par exemple, le PLH de l'agglomération Sud de Seine, bien qu'exploitant des données 2005 de la CAF 92 et les données des bailleurs sociaux n'évalue pas la part de ménages âgés très fragile au sein du parc social. De même, la CA des Hauts de Bièvre exploite dans son PLH le fichier OPS 2003 pour connaître la part de personnes âgées dans le parc social sans aller jusqu'à s'intéresser aux revenus de ces ménages, ni à leur date d'emménagement.

### **Comment le vieillissement est-il cerné dans les PLH ?**

L'analyse de la population âgée se fait à partir de données démographiques issues du RGP 1999, et dans un peu plus de la moitié des cas rend compte des projections de population à l'horizon de la fin de l'exercice de planification. La déclinaison de la population des personnes âgées en tranches d'âge ne semble pas être la règle. Sans faire état de certains PLH qui se contentent de la simple part des personnes âgées de plus de 60 ans, un certain nombre d'entre eux ne font de distinction qu'entre les plus de 60 ou 65 ans, et les plus de 75 ou 80 ans. Par ailleurs la répartition de la population âgée n'est appréhendée – lorsqu'elle l'est – qu'au regard de l'indice de jeunesse, semblant faire de ce dernier un indicateur de l'acuité des besoins liés au vieillissement. Il est d'ailleurs intéressant de noter que si dans la majorité des cas le vieillissement est justement associé au desserrement des ménages et à l'augmentation de fait des besoins en logements, ce phénomène n'est jamais quantifié ni analysé.

Le croisement de ces données démographiques avec des données relatives aux conditions de vie au sens large des personnes âgées est peu développé, voire inexistant. En premier lieu, la connaissance du profil socio-économique, et en particulier des revenus de la population âgée est faible dans les diagnostics. Cette question n'est évoquée que dans deux PLH dont l'un reste très sommaire, et ne précise pas les sources utilisées. Même des croisements avec les bénéficiaires de l'APA ou les allocataires de la CAF restent exceptionnels. En second lieu, le niveau de dépendance n'est observé que rarement. Et lorsque ce croisement est effectué, il distingue les personnes relevant d'un classement regroupant les GIR 1 à 4 de ceux relevant des GIR 5 à 6. Or, les besoins relatifs à l'habitat sont fortement variables selon que l'on est classé GIR 1 ou GIR 4. Quant à l'application de ce croisement aux projections démographiques, seule la CA Sud de Seine l'a mentionnée.

Les analyses relatives au statut d'occupation, à la mobilité ou encore à l'état du logement des personnes âgées sont elles aussi très peu conduites. Le statut d'occupation est évoqué dans certains PLH de manière indirecte, à travers la part de personnes âgées occupant le parc social. La mobilité n'est évoquée précisément que dans le PLH de l'agglomération des Hauts de Bièvre alors qu'une

agglomération comme Saint-Malo est composée pour partie de communes littorales (potentiellement à forte attractivité pour une certaine catégorie de personnes âgées). Quant à l'état des logements des personnes âgées, à savoir les éléments relatifs à la décence, au confort ou encore à l'adaptation, il n'est présent dans aucun des PLH étudiés.

Enfin, concernant l'ensemble des structures d'hébergement adaptées à la dépendance, elles sont la plupart du temps recensées en termes d'établissements et de nombre de places. La distinction entre les types d'hébergement reste cependant sommaire compte tenu de la complexité et la diversité de ces dernières. Si une majorité de PLH tente d'évaluer les besoins restant à combler dans ces structures, aucune analyse du fonctionnement de ces dernières, des personnes qui y vivent ou qui souhaitent y accéder (listes d'attente) ou encore des conditions tarifaires n'est effectuée.

La moitié des responsables rencontrés estime effectivement avoir une connaissance floue des structures d'hébergement pour personnes âgées et confond bien souvent les différentes catégories d'offre, cet état de fait découlant d'au moins deux réalités. La première, qui rejoint le peu d'intérêt accordé par les services habitat des agglomérations au Schéma gérontologique, est que son lien avec l'habitat n'apparaît guère évident. Pour un certain nombre d'entre eux, on se situe résolument du côté du médico-social. La deuxième est que les agglomérations interviennent avant tout sous forme d'investissement dans la politique habitat : « Etant une structure tournée vers l'investissement, on ne participe qu'au tour de table financier pour ce qui est des maisons de retraite, on n'a un suivi et une connaissance que sur les projets en cours ». Ces interlocuteurs estiment donc qu'il n'est pas nécessaire d'en connaître le fonctionnement, l'occupation et les flux : « Le seul lien qu'on a avec la problématique de l'hébergement des personnes âgées est lié au fait que l'agglomération a aidé au financement de la surcharge foncière d'un EHPAD donnant lieu à des droits de réservation qu'on s'est empressé de délégué au CCAS. »

On constate donc que l'analyse du vieillissement au sein des diagnostics des PLH est effectuée de manière exclusivement quantitative, en termes démographique et d'accueil en structures d'hébergement spécialisés. Cette situation a pour conséquence qu'à travers le diagnostic il n'est pas aisé de dégager des profils au sein de la population âgée qui permettraient d'identifier les différents types de besoins, les secteurs prioritaires et les publics particulièrement fragiles au regard du logement. Sont ainsi mêlés des jeunes retraités actifs aux revenus suffisants et propriétaires de leur logement, et des retraités vivant seul dans un logement privé avec des ressources insuffisantes pour envisager l'adaptation de leur logement.

### ***Quelles sont les raisons qui justifient de cette situation ?***

La plupart des intercommunalités reconnaissent n'avoir analysé que sommairement la question du logement des personnes âgées et même pour certaines, ont conscience de la faible pertinence de certains indicateurs : « on sait bien que l'indice de jeunesse n'est pas l'indicateur idoine mais bon, ça donne un aperçu ! » et du grand nombre d'aspects non évoqués : revenus, dépendance, conditions de vie...

Lorsqu'on les interroge sur les raisons qui justifient de cette situation, les interlocuteurs donnent spontanément deux explications principales : le manque de temps et de moyens et la difficulté pour un PLH d'explorer tous les sujets. On peut citer comme exemple le cas d'une agglomération bretonne qui a élaboré son PLH en interne en 3 mois, ne lui laissant ainsi pas le temps de mobiliser les informations des CLIC et des services sociaux des CCAS qui étaient pourtant à disposition. Cette contrainte temps conduit souvent à compter sur les données existantes et à ne pas approfondir les sources de données, ce qui amène parfois les agglomérations à prévoir dans leur plan d'action des démarches destinées à combler ces lacunes. En ce sens, le PLH représente aussi un outil de mise en évidence des données manquantes et des investigations complémentaires à réaliser, surtout dans le cas d'une telle problématique pour laquelle, selon plusieurs interlocuteurs, il est très difficile de mobiliser des données au plan local. Ainsi, si les agglomérations disent avoir le « souci de mieux

connaître la demande » c'est davantage à travers des démarches *ad hoc* ou lors de la « montée en charge du PLH » à travers des investigations auprès des bailleurs sociaux, « le rapprochement avec la commission communale d'accessibilité » ou encore dans le cadre de la prise de compétence Action sociale par une « étude d'opportunité ».

Dans un second temps, on constate que l'explication tient aussi beaucoup à la faible anticipation des services Habitat sur le sujet. En effet, très rares sont les services qui disposaient d'une grille d'analyse des besoins de la population âgée, telle que décrite précédemment au plan national, ce qui a pour conséquence que les cahiers des charges des PLH étaient peu exigeant concernant le volet « publics spécifiques ». Bien souvent la demande et donc l'analyse a consisté en une analyse démographique sommaire et un état des lieux de l'offre en structures d'hébergement. Ainsi, il semble que ce soit les prestataires qui aient décidé du niveau d'approfondissement de la question : « Comme c'était obligatoire, le bureau d'étude a fait le service minimum ». A l'inverse dans l'exemple, déjà cité, de l'agglomération francilienne qui dispose d'un PLH très approfondi sur la question, le DGS, qui avait suivi l'élaboration du PLH, n'était pas en mesure de justifier les raisons d'un tel approfondissement. Il n'y a à cet égard qu'une seule agglomération qui avait pris le parti, compte tenu des nombreux diagnostics existant déjà sur le territoire, de « demander des monographies thématiques dont une sur la demande avec approfondissement sur deux publics cibles : les personnes âgées et les jeunes ».

### • **Des orientations et programmes d'action aux ambitions très générales**

Les différences dans la manière d'appréhender la population âgée et ses besoins influent directement sur le nombre et la nature des leviers d'actions qui sont envisagés pour donner corps aux orientations. Ainsi, distingue-t-on quatre leviers d'actions majeurs visant à :

- rendre possible le maintien à domicile des personnes âgées : ce levier d'intervention ne vise pas simplement les personnes âgées au statut de propriétaires occupants du parc privé. Il concerne également les locataires du parc privé comme social. Il vise selon les cas à soutenir l'amélioration/adaptation voire l'accessibilité des logements dans l'existant et/ou la production dans les programmes neufs de logements adaptés ;
- accompagner le développement de l'offre de structures adaptées à la dépendance : il s'agit là de leviers visant à augmenter le nombre de places dans les structures existantes voire à créer de nouveaux établissements face à la progression du nombre de personnes âgées dépendantes ;
- faciliter la mobilité entre les différentes formes de logement : il s'agit de permettre, dans le parc public, de fluidifier les parcours, en renforçant les politiques de mutations internes ;
- soutenir le développement d'opérations qualifiées d'innovantes comme des structures permettant d'assurer une transition entre le domicile et les structures d'hébergements « classiques » ou encore des projets intergénérationnels.

On peut remarquer, en premier lieu, qu'aucun des PLH étudiés ne conjugue *l'ensemble* de ces leviers d'actions, mais combine de manière différente les formes d'intervention. En deuxième lieu, les actions relatives à l'habitat des personnes âgées, quelle que soit leur nature, ne sont jamais territorialisées. De plus, on constate que la fixation d'objectifs quantitatifs n'est pas systématique et qu'au sein d'un même PLH certaines actions font l'objet d'objectifs quantifiés quand d'autres ne le font pas. Lorsque objectifs il y a, il s'agit soit d'un nombre de places d'hébergement à créer (sans nécessairement préciser le type de structure), soit d'un nombre de logements à adapter dans le parc privé. A l'évidence, il y a pour les auteurs des PLH une difficulté à chiffrer les besoins.

L'analyse des actions préconisées rejoint ainsi les deux conclusions de la Fédération Nationale des Agences d'urbanisme (FNAU), dans une étude menée pour la Fondation de France intitulée :

« Quelle ville pour les seniors ? », selon lesquelles la question du vieillissement dans les PLH fait l'objet d'un programme d'actions souvent très général et trop peu territorialisé et qu'il existe peu de dispositifs de suivi et d'évaluation sur cette question. Au total, en effet, on constate généralement, dans les PLH, peu d'orientations et d'actions dédiées aux personnes âgées – le constat mérite toutefois d'être fortement nuancé, tant les situations apparaissent variable d'une intercommunalité à l'autre. Les acteurs rencontrés parlent souvent « d'un champ d'action à renforcer » ou encore de « prémisses ou balbutiements ». Lorsqu'elles existent, il s'agit avant tout d'aides financières à l'adaptation ou du financement de structures d'hébergement en PLUS ou PLS. Pour les autres orientations (développement de formules intermédiaires, mobilité au sein du parc ou développement de partenariat), elles sont bien souvent restées au stade des intentions. Seules les agglomérations qui disposaient d'une antériorité sur ces questions semblent progresser significativement notamment dans le développement de partenariats pour améliorer la prise en charge des personnes âgées ou dans l'expérimentation de procédés tels que la domotique.

*In fine*, la plupart des dispositifs d'aide décidés dans le cadre des PLH ne repose pas sur un diagnostic précis des besoins de la population âgée. Ils sont donc soit la résultante d'un enjeu partagé comme l'aide à l'adaptation du parc soit la pérennisation d'une aide déjà existante. Il n'y a ainsi que très rarement un objectif chiffré ou une estimation du volume potentiel de logements concernés. Lorsqu'il existe, l'objectif relève soit de l'intuition, soit du bilan d'une aide déjà mise en place. De nombreux interlocuteurs nous ont ainsi dit s'être appuyés sur « le rapport privilégié qu'entretiennent les élus avec les personnes âgées » qui permet d'avoir une assez bonne idée des besoins, sans que soit nécessaire un approfondissement statistique. Par exemple, une agglomération bretonne nous disait « que l'agglomération ne s'est pas engagée sur l'aide à l'adaptation dans l'existant mais plutôt sur l'offre nouvelle en places d'hébergements car il y avait auprès des élus « le sentiment d'une demande encore insatisfaite ».

**Prise en compte des personnes âgées et du vieillissement dans les différentes phases  
des 8 PLH étudiés (classement par date d'entrée en vigueur des PLH)**

EPCI concernée	PLH et délégation des aides à la pierre	Diagnostic	Orientations	Objectifs quantitatifs – Plan d'action – Suivi -Observation
<p>Bretagne</p> <p><b>CA du Pays de Vannes Agglomération</b></p> <p>(56)</p>	<p>2004-2009</p> <p>Délégation : 2006</p>	<p>1. Calcul par interpolation du nombre de personnes de + 80 ans <i>Source : INSEE RGP et Omphale</i></p> <p>2. Recensement des places en foyers logement <i>Source non précisée</i></p> <p>3. Référence au Plan Gérontologique et à la mise en place probable d'un CLIC sur l'agglomération</p>	<p>2 axes principaux dont la prise en compte de demandes spécifiques</p> <p>7 orientations prioritaires dont le soutien des besoins en logements adaptés</p>	<p><u>1 Fiche action</u></p> <p>-140 nouvelles places en EHPAD Subvention forfaitaire de 1300 euros par TI</p> <p>- Prise en compte des besoins des personnes âgées dans les PLUS par une attention à la localisation près des commerces et équipements</p>
<p>Bretagne</p> <p><b>CA du Pays de Lorient</b></p> <p>(56)</p>	<p>2004-2010</p> <p>Délégation : 2006</p>	<p>Actualisation du PLH 1998-2003</p> <p>1. Constat d'une tendance au vieillissement <i>Source : évolution des plus de 60 ans dans la période intercensitaire INSEE Indice de jeunesse RGP 1999</i></p> <p>2. Répartition des plus de 75 ans entre vie en collectivité et à domicile <i>Source non précisée</i></p>	<p>2 orientations qui intègrent la problématique vieillissement :</p> <p>-diversifier et accroître l'offre de logement, attention particulière au maintien à domicile et aux structures d'hébergement</p> <p>- renouveler et améliorer le parc des propriétaires occupants notamment âgés</p>	<p><u>3 actions</u></p> <p>- Incitation à des travaux d'adaptabilité pour le maintien à domicile dans le parc privé via une OPAH communautaire et création d'une subvention</p> <p>- Incitation aux travaux d'adaptabilité dans le parc public via aides à réhabilitation des logements aidés ou d'opération innovantes</p> <p>-Réalisation de nouvelles structures : subvention de 1300 euros pour la création ou l'adaptation dans des foyers existants</p> <p><i>Budget de 77 000 euros par an</i></p> <p><i>Commande à l'observatoire de l'habitat d'une étude complémentaire sur le vieillissement et son impact sur les communes et les vieux lotissements</i></p>
<p>Limousin</p> <p><b>CA Limoges Métropole</b></p> <p>(87)</p>	<p>2005-2010</p> <p>Non délégataire</p>	<p>1. Tendance au vieillissement de la population en particulier en 1<sup>ère</sup> couronne <i>Source : indice de jeunesse RGP 1999, répartition de la population âgée de plus de 65 ans RGP 1999 INSEE</i></p> <p>2. Enquête auprès des élus ne révèle pas de besoins majeurs concernant les personnes âgées (logement et structures d'accueil) <i>Source : enquête dans le cadre du SIEPAL</i></p> <p>3. Diagnostic par commune fait état de l'enjeu de l'adaptation du parc social sur Limoges <i>Source : Ville de Limoges</i></p>	<p>5 axes de travail dont :</p> <p>1. favoriser l'équilibre générationnel et social à l'échelle de l'agglomération</p> <p>2. Anticiper le vieillissement en privilégiant l'urbanisation à proximité des aménités</p> <p>3. Répondre aux besoins des populations spécifiques</p>	<p>Aucune action dédiée</p>
<p>Bretagne</p> <p><b>CA Rennes Métropole</b></p> <p>(35)</p>	<p>2005-2012</p> <p>Non délégataire</p>	<p>1. Personnes âgées en forte augmentation face à un parc inadapté : évolution de la population des 60-69, 70-79, +80 et typologie bâti inadapté (immeubles sans ascenseurs) <i>Source : RGP 1999, projections INSEE Omphale</i></p> <p>2. Concentration des plus âgés à l'intérieur de Rennes</p> <p>3. Seniors aux revenus modestes et +75 ans situation qui devrait s'améliorer <i>Source non précisée</i></p> <p>4. Déficit de structures d'accueil collectives pour les plus âgés <i>Source non précisée</i></p>	<p>6 ambitions prioritaires dont : <i>Proposer des solutions adaptée aux personnes âgées</i></p> <p>1. Parc public : fluidifier les parcours en renforçant les politiques de mutations internes Parc privé : dispositifs expérimentaux pour maintien à domicile comme des viagers publics</p> <p>2. Développer une production neuve adaptée</p> <p>3. Améliorer existant</p> <p>4. Participer aux réponses d'hébergement</p>	<p><u>1 Fiche action :</u></p> <p>-Développer les capacités d'hébergement (700 places à créer) en réservant des crédits</p> <p>-Créer une instance avec les communes et les opérationnels pour les interventions lourdes d'adaptation du parc social</p> <p>-Créer et organiser une offre intermédiaire</p> <p>-Faciliter l'accès à un logement neuf</p> <p>-Adapter à la fois le privé et le parc social</p> <p><u>Accompagner et évaluer l'efficacité des actions engagées</u> : trois indicateurs de suivi</p>



<p>Ile de France</p> <p><b>CA Hauts de Bièvre</b></p> <p>(92)</p>	<p>2006-2012</p> <p>Non délégué</p>	<p>1. Recensement population de +60 ans  <i>Source : NSEE indice de jeunesse RGP 1999</i></p> <p>2. Migrations résidentielles : fort déficit des 60-74 ans  <i>Source : fichier des migrations résidentielles INSEE 1990-1999</i></p> <p>3. Forte présence des personnes âgées + 65 ans dans le parc locatif social : répartition par communes  <i>Source : enquête OPS 2003, Observatoire du logement social en IDF</i></p> <p>4. Etat des lieux du nombre de places en établissements spécialisés sur l'agglomération  <i>Source non précisée</i></p>	<p>6 orientations stratégiques dont la réponse aux besoins des populations spécifiques selon trois axes :</p> <p>1. Offre dédiée pour les personnes âgées dépendantes en EPHAD et dans des programmes neufs standards</p> <p>2. Soutien à la prise en compte de critères d'adaptation dans les interventions sur le parc existant</p> <p>3. Soutien à des opérations innovantes : projets intergénérationnels</p>	<p><u>5 actions</u></p> <p>-Adaptation d'au moins 300 logements sur 6 ans par un abondement financier de l'agglomération dans le cadre d'un PIG multi-thématique de la CA</p> <p>-Soutien à l'adaptation du parc social par un soutien financier</p> <p>-Favoriser la réalisation de logements neufs adaptés dans le parc social par une aide forfaitaire</p> <p>-Aide forfaitaire pour la création de logements en EHPAD</p> <p>-Soutien à des initiatives d'habitat intergénérationnel</p> <p><u>Echéancier de mise en oeuvre</u>  <u>4 indicateurs de suivi et d'évaluation</u></p>
<p>Bretagne</p> <p><b>CA St-Malo Agglomération</b></p> <p>(35)</p>	<p>2008-2013</p> <p>Non délégué</p>	<p>Constat d'un vieillissement de la population en particulier sur le littoral  <i>Source : INSEE indice de jeunesse RGP 1999</i></p>	<p>4 enjeux dont répondre à la diversité des besoins selon les différents publics visés</p> <p><i>Volonté de permettre aux personnes âgées de rester dans leur domicile aussi longtemps que possible</i></p>	<p>-Objectif d'adaptation de 70 à 80 logements de propriétaires occupants aux revenus modestes par une subvention complémentaire aux aides de l'ANAH</p> <p>-Souhait de voir se développer des opérations innovantes pour les seniors</p> <p>-</p>
<p>Ile de France</p> <p><b>CA Val de Bièvre</b></p> <p>(94)</p>	<p>2008-2013</p> <p>Non délégué</p>	<p>1. Données démographiques : indice de jeunesse en 1999, part des plus de 60 ans et des plus de 75 ans, prévision du Schéma Gérontologique  <i>Source : INSEE RGP 1999 et Omphale</i></p> <p>2. Recensement et localisation des places en structures d'accueil : distinction maison de retraite, EHPAD, USLD et logements foyers  <i>Source non précisée</i></p>	<p>2 axes dont la construction de réponses adaptées aux besoins spécifiques et à l'évolution des modes de vie en :</p> <p>1. Favorisant le soutien et le maintien à domicile</p> <p>2. Développant l'offre de structures adaptées à la dépendance</p>	<p><u>3 fiches actions</u></p> <p>-soutenir des opérations d'adaptabilité des logements et immeubles du parc social</p> <p>-encourager la mobilité au sein du parc social : minoration loyers, aide logistique et psychologique</p> <p>-contractualisation avec CG pour l'intégration des besoins en termes de structures spécifiques</p> <p><u>Echéanciers de mise en oeuvre</u>  <u>3 indicateurs de suivi</u></p>
<p>Ile de France</p> <p><b>CA Sud de Seine</b></p> <p>(92)</p>	<p>2008-2013</p> <p>Non délégué</p>	<p>1. Recensement et projection de population de +60 ans et +75 ans  <i>Source : INSEE indice de jeunesse RGP 1999 et projections Omphale</i></p> <p>2. Analyse par commune du nombre de bénéficiaires de la prestation invalidité Analyse par commune du nombre de personnes âgées de + de 60 ans allocataires de la CAF  <i>Source : CAF 92 2005</i></p> <p>3. Analyse de la part de personnes âgées dans le parc social par bailleurs sociaux  <i>Source : données bailleurs sociaux 2005</i></p> <p>4. S'appuie sur le Schéma Gérontologique pour estimer besoins à horizon 2010 en APA à domicile et en établissements et des personnes dépendantes (GIR 1 à 4), les besoins en structure d'accueil et confronte ces données avec celles issues de l'examen des fichiers des CCAS  <i>Source : Schéma Gérontologique et enquête CCAS</i></p>	<p>Vieillesse n'apparaît pas comme un objectif prioritaire mais :</p> <p>1. envisage de produire une part de logements adaptés dans la construction neuve</p> <p>2. Réhabilitation dans le parc ancien</p>	<p><u>2 Fiches action</u></p> <p>1. Intensifier les actions d'amélioration dans le parc existant en développant un partenariat fort autour du vieillissement et en mobilisant les CCAS et en intégrant la problématique de l'adaptation à la politique d'amélioration du patrimoine en complément des aides à l'adaptation du CG</p> <p>2. Proposer une offre nouvelle de 30 logements locatifs aidés par an de type T2 durables</p> <p><u>Echéanciers de mise en oeuvre</u>  <u>2 indicateurs de suivi</u></p>



---

## Troisième partie : Le maintien à domicile des personnes âgées

---

Spontanément, la question du maintien à domicile des personnes âgées n'est pas envisagée sous l'angle du développement d'un parc de logements *neufs* adaptés, mais sous celui de *l'adaptation* des logements existants ; ce sujet recueille généralement l'assentiment aussi bien des acteurs de l'habitat que de ceux du médico-social, bien qu'il soit d'emblée plus complexe qu'il n'y paraît, le statut d'occupation de la personne âgée engendrant, sans même entrer dans des considérations d'ordre financier, la possibilité de réaliser ou non des travaux. Mais rester à domicile est aussi synonyme de partage de son domicile avec une personne plus jeune, situation plus connue sous le terme de « cohabitation intergénérationnelle » ainsi que de possibilité d'accueil provisoire ou d'accueil de jour, ces deux formules demeurant très confidentielles.

Enfin, on peut associer à la question du maintien à domicile celle du maintien dans *son* domicile, tant la question *du droit au maintien dans les lieux* des personnes âgées logées dans le parc locatif social suscite des réactions passionnées, les uns défendant la nécessité de libérer des grands logements pour y loger des familles, les autres insistant sur le traumatisme occasionné par le déménagement. Dans le même temps, il semble que la question de la mobilité des locataires âgés, parfois obligés de déménager faute précisément de droit au maintien dans les lieux, passe totalement inaperçue, tout comme la difficulté d'adaptation du parc locatif privé.

Pour chacune de ces questions, l'analyse des articulations entre secteur du logement et secteur médico-social au plan local est précédée d'une présentation au plan national des formules et dispositifs existants, accompagnée d'une synthèse des succès, échecs ou difficultés rencontrés. Si un corpus d'analyses existe, celles-ci sont bien souvent éclatées, les approches juridiques, sociologiques ou financières demeurant extrêmement cloisonnées, à l'image des différents codes juridiques de référence (codes de la santé publique, de l'action sociale et de la construction et de l'habitation).

### **L'adaptation des logements au vieillissement : un domaine consensuel, mais des déficits d'articulation manifestes**

Pour rester chez elles, les personnes âgées en perte d'autonomie ont besoin, outre les services, d'aides techniques et d'aménagements de leur lieu de vie, tant dans le parc privé que dans le parc locatif social, la thématique de l'adaptation du parc ayant succédé à celle de l'amélioration.

On rappellera en effet que c'est avec le VII<sup>ème</sup> plan de développement économique et social (1976/1980) qu'apparaît un programme d'action prioritaire axé sur le maintien à domicile des personnes âgées dans leur cadre de vie habituel intégrant la question de *l'amélioration* de l'habitat.

Avec la création de l'APA en 2002, le paysage de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées a énormément évolué comme le souligne Eric Lavergne<sup>1</sup> de la Fédération Nationale PACT-ARIM : « *l'adaptation* a pris le pas sur l'amélioration de l'habitat, les questions d'habitat étant intégrées dans une démarche de prise en charge plus globale. Les lois instituant la PSD puis l'APA ont mis en avant l'obligation de réaliser pour les personnes âgées dépendantes un plan d'aide conçu par des équipes composées d'assistantes sociales et de médecins à partir d'une grille d'évaluation des besoins. Dès lors, les professionnels en pointe ne sont plus ceux du bâti mais ceux en charge du social et du

---

1. L'habitat des personnes âgées : enjeux et perspectives », novembre 2006.

para-médical ». En outre, le plan d'aide attribué peut financer des services, dont l'aménagement de l'habitat.

Sensiblement à la même période, la convention de partenariat (2001/2003) établie entre le ministère en charge du logement, le ministère de l'emploi et de la solidarité, l'ANAH et la CNAV réaffirme que « l'adaptation de l'habitat en vue de faciliter le maintien à domicile des personnes âgées est un enjeu national pour lequel les différents signataires entendent unir leurs efforts et mobiliser les moyens dont ils disposent »<sup>1</sup>. Afin de remédier aux dysfonctionnements soulignés (évocation du « puzzle institutionnel des financeurs » – aides de l'Etat, de l'ANAH, financements des caisses de retraite, des Conseils généraux, voire de certaines communes – et des conséquences négatives de cette dispersion en termes de montage des dossiers – pas de traitement adapté des urgences telles que retour d'hospitalisation, accidents domestiques), chacun des signataires s'engage à :

- développer le volet habitat au sein de la gamme de services existants du soutien à domicile (CLIC, création d'antennes habitat, opérations programmées d'amélioration de l'habitat),
- améliorer la prestation aux usagers (réalisation de documents d'information et de sensibilisation à destination du grand public, organisation de l'offre de financement via notamment la mise en place du dossier unique de financement afin de réduire les délais d'instruction, mise en place d'un système de prêt et de garanties pour compléter les financements publics ou parapublics, amélioration des critères d'accès et des barèmes de ressources),
- améliorer les prestations des professionnels de la construction (fiches pédagogiques, référentiels travaux et diagnostics, qualification de la filière professionnelle du bâtiment).

En 2005, la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées rappelle les droits fondamentaux des personnes handicapées et donne une définition du handicap qui s'applique parfaitement aux personnes âgées dépendantes bien que, rappelons-le, dépendance et handicap soient séparés en France : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». Outre la création d'une Maison départementale des personnes handicapées dans chaque département sous la direction du Conseil général, ayant une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap, la loi affirme le principe d'accessibilité pour tous, mettant ainsi l'accent de manière particulièrement volontariste sur l'environnement du logement ; les personnes âgées vont dès lors bénéficier des obligations issues de ce principe d'accessibilité.

Devant cette avalanche de conventions, déclarations de principes et textes réglementaires, on ne peut que se demander si le souhait d'un partenariat renforcé entre médico-social et habitat s'est traduit dans les faits et si le handicap n'a pas contribué à la prise en compte de la dépendance.

- **Les aides mobilisables : multiples et différentes d'un département à l'autre, voire d'une agglomération à l'autre**

Les aides mobilisables pour l'adaptation des logements se situent à la fois dans le champ des dispositifs habitat mais également des dispositifs sociaux. Certaines aides revêtent un caractère universel, au sens où elles concernent la France entière, là où d'autres relèvent d'une décision locale, chaque collectivité demeurant libre d'accorder des aides à l'habitat au titre des aides au logement ou de l'action sociale extra-légale. A de grandes disparités territoriales en matière d'aides disponibles s'ajoute la diversité des critères d'attribution des aides locales, issue d'une modulation possible des

---

1. Circulaire CLIC 2001.

aides nationales par les collectivités locales mais aussi, le plus souvent, des règles afférentes aux aides propres des dites collectivités. Bien incapables de connaître *facilement* leurs droits, les personnes âgées sont dès lors appelées à se renseigner auprès d'un CLIC, d'un bailleur social, du PACT-ARIM, des équipes d'animation d'OPAH, d'une ADIL...

**Tout d'abord, et de manière succincte, quels sont les principaux types d'aides disponibles ?**

*L'ANAH*

Au début de chaque année, le conseil d'administration de l'ANAH définit, dans une circulaire relative à la programmation de l'action et des crédits, les objectifs et les orientations de l'Agence, ceux-ci s'inscrivant dans la politique du logement définie par le ministère et, pour la période 2007/2009, dans le cadre du contrat de performance signé avec l'Etat. Dès 2002, trois domaines prioritaires d'intervention ont été définis par l'agence, soit « le développement d'une offre de logements privés à loyers maîtrisés, en particulier dans les secteurs où le marché locatif est tendu, l'éradication des logements indignes et des copropriétés dégradées, la promotion de la qualité de la vie par l'habitat dans le cadre d'un développement durable ». Si les objectifs du Plan de Cohésion Sociale (2005/2009) dans la continuité des orientations arrêtées en 2002 constituent chaque année la priorité de l'ANAH, l'adaptation des logements au vieillissement et au handicap en particulier pour les propriétaires occupants modestes fait aussi partie des axes d'intervention privilégiés.

Ainsi, en avril 2004, une instruction ANAH relative à la réalisation de travaux d'accessibilité et d'adaptation des immeubles, ou des logements existants, aux personnes en situation de handicap vient réaffirmer l'engagement de l'agence et affiche un double objectif : produire une offre de logements adaptés et accessibles dans le parc privé en incitant les propriétaires bailleurs à réaliser des travaux de préadaptation ou d'adaptation pour de futurs occupants d'une part ; adapter l'immeuble ou le logement aux difficultés de la personne occupant celui-ci et les rendre accessibles d'autre part. La circulaire invite à une collaboration renforcée avec le secteur médico-social : CLIC, le cas échéant un professionnel du secteur ou une association spécialisée pour apprécier la pertinence des travaux, après avoir pris en considération « le contexte dans lequel la demande est présentée (retour à domicile d'une personne âgée hospitalisée, développement d'un parc locatif adapté...). Pour le secteur de l'habitat, le correspondant « accessibilité » de la DDE est l'interlocuteur privilégié pour la recevabilité des travaux d'adaptation. A noter que si, en termes d'attribution et d'instruction des dossiers, l'octroi des subventions pour la réalisation des travaux relève des règles générales de l'ANAH, seules les commissions [locales] d'amélioration de l'habitat qui apprécient l'opportunité sociale, économique et environnementale du projet disposent du pouvoir d'agréer les dossiers dans la limite des crédits disponibles.

Les travaux d'adaptation du logement lui-même, les travaux d'accessibilité de l'immeuble et des parties communes peuvent donc faire l'objet d'une subvention de l'ANAH, de même que la prestation d'assistance à la maîtrise d'ouvrage, mise en place en 2005, qui concerne le montage du dossier de demande, l'établissement du plan de financement et la programmation des travaux. Le dispositif ANAH permet de financer jusqu'à 70% des travaux permettant l'adaptation ou la préadaptation d'un logement, dans la limite d'un plafond de travaux de 8 000 euros. Ces aides sont essentiellement dédiées aux propriétaires occupants, sous conditions de ressources, ainsi qu'aux propriétaires bailleurs ou aux locataires, sous réserve de l'accord exprès de leur bailleur. Elles peuvent se conjuguer avec les subventions aux travaux d'amélioration.

Chaque année, nonobstant le caractère exceptionnel de l'année 2007, 10% des logements réhabilités par l'ANAH doivent être adaptés (convention nationale d'objectifs), dont à peine 5% de logements locatifs (voir tableau ci-dessous).

### Adaptation des logements à la perte d'autonomie : objectifs ANAH

Année	Objectifs en nombre de logements	Dont propriétaires occupants (PO)	Dont propriétaires bailleurs (PB)
2005	15 700	15 000	700
2006	14 500	13 700	800
*2007	24 500	23 700	800
2008	14 500	13 700	800
2009	16 000	ND	ND

\* dotation exceptionnelle de 50 millions d'euros correspondant à 10 000 logements supplémentaires

La consultation des bilans d'activité 2005 à 2008 de l'ANAH révèle un accroissement considérable des aides allouées à l'adaptation et, depuis 2007, l'atteinte des objectifs fixés tant pour le parc occupé en propriété que pour le parc locatif. On aurait pu toutefois penser qu'après une année 2007 marquée par une dotation exceptionnelle, associée à une absence d'instruction nationale quant à l'utilisation de ces crédits, les commissions d'amélioration locales et les délégataires de compétence devant seulement engager les dossiers répondant au mieux à l'objectif de maintien, l'année 2008 allait être marquée par un « retour à la normale ». Or il n'en est rien ; en dépit de la non reconduction de l'enveloppe et d'un objectif national ramené à 14 500 logements, quelques 11 000 logements de plus que prévus ont été adaptés, sans que le rapport d'activité 2008 de l'Agence n'apporte d'explications, celui-ci indiquant seulement que « malgré la non reconduction de l'enveloppe exceptionnelle, le niveau d'intervention est resté très élevé avec 76 millions d'euros et l'indicateur de performance a été dépassé ».

### Adaptation des logements à la perte d'autonomie : bilan 2005 à 2009

Année	Total logements subventionnés par l'ANAH		Logements adaptés au handicap et au vieillissement		Taux de réalisation de l'objectif		Montant de subventions attribuées
	PO	PB	PO	PB	PO	PB	
2005	54 450	77 610	10 788	564	72%	81%	
2006	53 700	79 600	12 198	673	89%	84%	43 millions
2007	53 800	73 450	28 240	1 060	119%	132%	85 millions
2008	58 000	ND	24 450	1 200	178%	150%	76 millions

Source : bilans d'activité de l'ANAH 2005 à 2008 et circulaires de programmation annuelles

Ces bilans appellent plusieurs remarques : le fait que 11.000 logements de plus que prévu aient bénéficié en 2008 de subventions et que plus de 50% des subventions aux propriétaires occupants aient été dédiées aux travaux d'adaptation au handicap ou au vieillissement ne souligne-t-il pas un déficit de prise en compte de l'ampleur du problème ? Les objectifs prioritaires de résorption de l'habitat indigne et plus récemment d'amélioration de la performance énergétique, s'agissant des propriétaires occupants, ne sont-ils pas somme toutes secondaires par rapport aux besoins d'adaptation ? Le fait que peu de lignes soient consacrées à la question des aides à l'autonomie, tant dans les rapports d'activité de l'ANAH que dans les questions parlementaires annuelles du projet de loi de finances initiale afférentes à la présentation des missions de l'ANAH et à la répartition des aides accordées par grandes priorités illustre nous semble-t-il ce propos.

Le retour en 2009 à un objectif de 16 000 logements adaptés n'est-il pas dans ce cas en décalage avec les besoins, même si les subventions de l'ANAH sont allouées sous conditions de ressources ; en effet, les données du dernier recensement de population (mises en ligne en 2009 sur le site de l'INSEE) font état de près de 5 millions de propriétaires de plus de 65 ans, dont 1,4 millions ont plus de 80 ans (9% des propriétaires).

S'agissant du parc locatif, les aides allouées aux propriétaires bailleurs, en dépit d'une augmentation régulière et d'un « indicateur de performance » dépassé, restent anecdotiques, alors même que, toujours d'après les données INSEE les plus récentes, 13% des locataires du parc privé ont plus de 65 ans, dont 5% plus de 80 ans, soit respectivement quelques 860 000 et 310 000 ménages. L'adaptation de 1200 logements par an (ou parfois pré-adaptation) semble en net décalage avec les besoins,

d'autant que 65% des locataires de plus de 80 ans vivent en appartements. Les locataires du parc privé peuvent toutefois bénéficier d'un crédit d'impôt pour travaux d'adaptation (*cf. infra*)

#### *Les aides des caisses de retraite*

A l'instar d'autres aides (aides ménagères, garde à domicile comprises dans un panier de services), la CNAV des travailleurs salariés accorde, sous certaines conditions, dans le cadre de son action sociale facultative, des aides individuelles à l'amélioration de l'habitat, attribuées au titre de *la prévention de la perte d'autonomie*, c'est-à-dire des personnes retraités relevant des GIR 5 et 6 « socialement les plus fragiles, notamment en raison de leur niveau de ressources, de leur isolement social, de leur avancée en âge, de leur état de santé ou de leurs conditions de vie ». Ce recentrage de l'action de la CNAV vers les GIR 5 et 6 est lié à l'entrée en vigueur de l'APA, versée par les conseils généraux aux personnes âgées les plus dépendantes (GIR 1 à 4).

Les aides allouées font partie d'un processus coordonné avec les caisses de retraite complémentaires, qui peuvent prendre en charge 30% de l'aide de la CNAV. Dans son rapport d'activité 2007, celle-ci indique que les prestations d'aide à l'habitat ont concerné 12 600 retraités relevant des GIR 5 et 6, la plus grande part des aides individuelles, relevant des fonds d'action sociale, étant dévolue à l'aide ménagère à domicile (254 700 bénéficiaires). Depuis 2007, l'aide à l'amélioration de l'habitat est en outre attribuée sur la base de la nouvelle procédure d'évaluation mise en place par la caisse nationale, à savoir une évaluation globale de la personne (155 000 bénéficiaires en 2007) permettant de proposer un Plan d'Aide Personnalisé (PAP).

Les aides sont accordées sous conditions de ressources aux propriétaires ou locataires, usufruitiers ou logés à titre gratuit sous réserve d'accord de ce dernier ; elles concernent les travaux d'aménagement ou d'adaptation de la résidence principale soit, par ordre de priorité, les travaux d'équipement (élargissement des portes, barres d'appui...), les travaux de conservation du gros oeuvre et de mise en conformité, les travaux d'entretien et de second oeuvre (plomberie, chauffage, sanitaires...) et les travaux portant sur la cadre de vie. La participation maximale de la CNAV, déterminée en fonction des travaux retenus par la caisse et déduction faite des autres financements, s'élevait en 2008 à 1959 euros par bénéficiaire. Les fonds CNAV étant gérés par les CRAM en région et les orientations définies par leurs conseils d'administration, les aides ne sont pas identiques d'une région à l'autre, le volume de demandes à traiter étant aussi fort différent.

#### *Le financement des travaux dans le cadre de l'APA*

« Le plan d'aide constitue une composante essentielle de l'APA à domicile. Établi par une équipe médico-sociale, dont l'un des membres au moins se déplace chez le bénéficiaire, le plan recense précisément les besoins du demandeur et les aides de toute nature nécessaires à son maintien à domicile. Son contenu est adapté à sa situation et tient compte de son environnement social et familial. Pour les interventions à domicile, il peut s'agir d'heures d'aide ménagère ou de garde à domicile (de jour comme de nuit) effectuées par une tierce personne, de frais d'accueil temporaire en établissement, d'un service de portage de repas, d'une téléalarme, de travaux d'adaptation du logement, d'un service de blanchisserie à domicile, d'un service de transport, de dépannage et de petits travaux divers ». En dépit de cet affichage, l'APA est surtout affectée aux heures d'aide ménagère, le montant mensuel de la prestation fixé selon le niveau de GIR au plan départemental étant au demeurant nettement inférieur au montant plafond réglementaire. Ainsi, les montants moyens des plans d'aide par GIR étaient en décembre 2008 inférieurs de 29% aux plafonds nationaux fixés pour l'APA, l'écart entre ces montants moyens et les plafonds nationaux étant toutefois plus faible pour les personnes âgées très dépendantes<sup>1</sup>. En outre, l'aide allouée à l'aménagement est soumise à un plafond mensuel, alors que tel n'est pas le cas pour la PCH (prise en charge possible de

---

1. L'APA et la PCH au 31 décembre 2008, *Etudes et résultats*, n°690, DREES, mai 2008.

10 000 euros par période de 10 ans). Ainsi, peut-on lire dans une revue juridique<sup>1</sup> « l'aide à l'aménagement allouée dans le cadre de la PCH n'obère en rien les droits de la personne au titre de l'aide humaine ou des autres volets de la prestation [...] en pratique, il est évident que la prise en charge d'un aménagement de logement est souvent plus intéressante dans le cadre de la PCH que de l'APA. »

#### *Aides fiscales*

##### *Le crédit d'impôt (personnes physiques)*

Les occupants d'une résidence principale, propriétaires ou locataires, peuvent bénéficier, depuis la loi de finances 2005 et jusqu'à fin 2009<sup>2</sup>, d'un crédit d'impôt de 25% sur l'impôt sur le revenu pour les dépenses d'installation ou de remplacement d'équipements spécialement conçus pour les personnes âgées ou handicapées, dans la limite d'un plafond de 5 000 euros (ou 10 000 euros pour un couple).

##### *Taux de TVA réduit*

Un taux réduit de TVA (5,5%) s'applique aux travaux d'amélioration de transformation et d'aménagement et d'entretien de logements achevés depuis plus de deux ans, réalisés par une personne physique ou morale (propriétaire occupant, propriétaire bailleur, locataire, occupant à titre gratuit).

##### *Les aides fiscales réservées aux bailleurs sociaux*

Les bailleurs bénéficient, depuis la loi du 21 décembre 2001, visant à accorder une priorité dans l'attribution des logements sociaux adaptés aux personnes en situation de handicap, d'un avantage fiscal ; les dépenses d'adaptation ou d'accessibilité sont déductibles de la taxe foncière sur les propriétés bâties (TFPB) pour les logements sociaux de plus de 15 ans, obligatoirement attribués aux personnes en situation de handicap.

#### *Les aides des collectivités locales*

Au titre des aides à l'habitat mais aussi au titre de leur action sociale facultative, diverses collectivités locales octroient des aides à l'adaptation des logements des personnes âgées, tout particulièrement les Conseils généraux, responsables des politiques gérontologiques, mais aussi certains Conseils régionaux, EPCI ou mêmes communes. Sans même parler d'évaluation, aucune présentation globale de ces aides n'est disponible. Elles sont, selon les cas, dédiées au parc social et/ou au parc privé, occupé en propriété ou locatif.

S'agissant des aides à l'adaptation allouées par les conseils généraux aux particuliers, le recensement effectué annuellement par le réseau des 75 ADIL (présentation sur le site Internet de l'ANIL depuis 2006) montre un net renforcement, depuis 2005, du nombre de collectivités concernées (60% des départements). Ces aides sont prioritairement destinées aux propriétaires occupants, dans une moindre mesure aux propriétaires bailleurs, voire aux particuliers pratiquant l'accueil familial (4 cas). Dans des proportions sensiblement équivalentes, elles sont en outre dédiées aux seules personnes handicapées, aux seules personnes âgées ou aux deux types de bénéficiaires. Elles peuvent être attribuées selon une double logique : compléter les aides à l'adaptation de l'ANAH ou s'articuler d'abord avec le niveau de dépendance des occupants bénéficiaires de l'APA<sup>3</sup>, tendance qui semble se développer.

---

1. Cas pratique : « aménagement du logement en cas de perte d'autonomie : quelles ont les aides les mieux adaptées ? », TSA hebdo n° 1158, avril 2008.

2. Reconduction possible en 2010, dans le cadre de la loi de finances

3. Voir ANIL, *Habitat Actualités*, numéro spécial, à paraître (2009/2010).

### *Autres aides*

La CPAM, la CAF et la caisse de la MSA peuvent également participer au financement de travaux d'adaptation au handicap par le biais de subventions ou de prêts.

A l'échelle des cinq départements étudiés, cette multiplication des financements et financeurs et l'attribution des aides selon des logiques différentes d'un secteur à l'autre (niveau de dépendance prépondérant pour le médico-social mais plafonds de ressources prépondérant pour l'habitat privé) est-elle source de coordination accrue ou au contraire de difficultés d'articulation démultipliées ? Peut-on parler de disparités territoriales mais aussi de discriminations liées au statut d'occupation ?

### **Quels sont les types d'aides disponibles dans les cinq départements étudiés ?**

Dans les cinq départements étudiés, les aides à l'adaptation sont effectivement toujours différentes, soit du fait d'une adaptation locale des règles nationales, soit du fait de la mise en place par les collectivités locales d'aides propres, au titre des aides locales à l'habitat et/ou au titre des aides sociales extra-légales. Les subventions semblent plutôt dédiées aux particuliers, les propriétaires étant souvent les seuls concernés. Plusieurs exemples illustrent ce propos.

#### *Adaptation locales des aides disponibles au plan national*

Du côté de l'habitat, deux délégataires d'aides à la pierre ont apporté des modifications locales aux règles de l'ANAH en matière d'adaptation, dans le cadre du Programme d'Actions Territorial (PAT) défini annuellement, dans le respect des directives de l'ANAH mais avec une marge de manœuvre locale :

- Pour le Conseil général d'Ille et Vilaine, les règles adoptées sont plus restrictives que celles de l'ANAH, l'adaptation apparaissant en priorité 5 et 6, après les travaux d'économie d'énergie, de lutte contre l'habitat très dégradé et de lutte contre l'habitat indigne. La priorité 5 concerne les seules personnes dépendantes classées en GIR 1 à 3 ; le taux de subvention est limité à 50% des travaux; en priorité 6, les propriétaires de plus de 65 ans pour qui la station debout est pénible ne bénéficient quant à eux que de 30% de taux de subventions ;
- A l'inverse, la communauté d'agglomération de Lorient nous a indiqué avoir majoré de 10% le plafond de travaux pris en compte (de 8 000 à 8 800 euros).

Du côté du médico-social, les aides versées par la CRAM Bretagne sont réservées aux propriétaires, usufruitiers ou locataires du parc privé sous réserve de l'accord du bailleur ; les demandes émanant de locataires du parc social sont explicitement exclues.

#### *Aides propres des collectivités locales : une grande variété de situations*

Les Conseils régionaux sont bien moins interventionnistes que les départements et a fortiori que les EPCI en matière d'aides locales à l'habitat, le développement du parc locatif social, la mise en place d'établissements publics fonciers, la politique de la ville et le logement des jeunes constituant leurs domaines d'intervention privilégiés. S'agissant des aides à l'adaptation, les trois régions étudiées sont autant de cas de figures différents :

- le Conseil régional d'Ile de France accorde des aides aux bénéficiaires de l'APA ou aux personnes handicapées (taux de handicap défini), propriétaires ou locataires d'un logement social ou privé, collectif ou individuel. Dans le privé, l'aide régionale est allouée sous condition de ressources. Sont financés des travaux d'adaptation et/ou équipements matériels fixes (volets roulants électriques, barres d'appui salle de bains). Pour le parc social, les aides sont versées aux bailleurs sociaux et atteignent 60% des dépenses d'adaptation (plafond différent pour les adaptations lourdes en collectif) ; dans le parc privé, les aides à



l'accessibilité et à l'adaptation atteignent 30% d'une dépense au moins égale à 3 000 euros avec plafond aide fixé à 4 500 euros.

- La région Limousin, particulièrement concernée par le vieillissement avait mis en place, en 2005 un Programme Régional d'intérêt général de 5 ans, consacré à la réhabilitation du parc privé, et dont l'un des objectifs était l'adaptation des logements au handicap et à la dépendance. Dans l'attente de l'évaluation de ce PRIG, l'aide accordée aux propriétaires privés n'existe plus aujourd'hui, la région ayant décidé d'engager une réflexion sur une aide au développement de la domotique au service de l'autonomie des personnes âgées. Seule l'aide à l'adaptation du parc locatif social semble encore d'actualité. Cet abandon relève pour l'un des interlocuteurs rencontrés en Haute Vienne de la difficulté de distribution d'une aide régionale identique selon les territoires.

La région, dans le cadre de son aide à l'adaptation dans le parc privé avait défini un budget, et c'étaient les instances de coordination gérontologique qui sollicitaient une enveloppe dans laquelle les instances cantonales piochaient. La grille de financement dépendant de critères propre à chaque instance et le PACT ne pouvant mobiliser directement cette aide, on aboutissait finalement à un système où il y avait plusieurs guichets uniques pour la personne âgée, des aides octroyées selon des critères d'appréciation locaux et une personne âgée qui n'avait pas conscience que l'aide provenait de la région. C'est pourquoi la région s'est retirée et qu'elle a tendance aujourd'hui à développer plutôt des aides de droit commun, lisibles sur des champs de compétence clairement identifiés comme par exemple l'installation d'équipements de domotique, dans une logique de maintien dans les lieux.

- le Conseil régional de Bretagne, quant à lui, ne semble pas pour l'heure impliqué dans une aide directe.

De par leurs compétences, l'engagement des *Conseils généraux* en faveur de l'adaptation de l'habitat est plus prononcé. Ainsi l'Ille et Vilaine, le Morbihan et les Hauts de Seine accordent-ils des aides à l'adaptation, distinctes des aides à l'amélioration de l'habitat. Sans entrer dans le détail des aides, on peut noter :

- *un double système d'aide dans les Hauts de Seine*, l'un clairement articulé avec la demande d'APA (mise en place en 2006 d'une aide technique et financière aux personnes âgées ayant récemment obtenu l'APA, qu'elles soient propriétaires, locataires ou hébergés à titre gratuit dans la famille. Les travaux d'adaptation sont pris en charge sur la base d'une aide plafonnée à 3 000 euros ; 200 personnes par an sont concernées), l'autre non (aide aux travaux d'accessibilité du logement ou de l'immeuble destinée aux propriétaires occupants handicapés ou âgés, cumulable avec l'aide à l'amélioration de l'habitat ; subvention à hauteur de 20% du coût des travaux dans la limite d'une dépense plafonnée à 10 000 euros HT),
- une aide allouée par *l'Ille et Vilaine* sous conditions de ressources et *prise en compte des capitaux mobiliers* (barème précis), accordées aux personnes de plus de 60 ans reconnues handicapées, aux bailleurs (préadaptation) mais aussi familles d'accueil agréées par le département,
- une aide réservée aux seuls propriétaires et usufruitiers de plus de 65 ans dans le *Morbihan*, à hauteur de 40% du montant TTC des travaux selon un plafond différent en fonction de l'obtention ou non de l'aide de l'ANAH,

Quant aux EPCI rencontrés, rares sont ceux qui accordent une aide sauf dans le Morbihan où le vieillissement est une préoccupation majeure (communautés d'agglomération de Lorient et Vannes).

### **Que penser des financements disponibles au plan local ?**

La première interrogation touche le volume d'aides accordées. Est-il suffisant, eu égard aux ressources des personnes âgées et à leur nombre ? La seconde concerne plutôt l'articulation des aides au plan local...a-t-elle donné lieu à des échanges entre financeurs, à des réajustements ?

La plupart de nos interlocuteurs, élus, services des collectivités locales ou pour partie PACT disent « globalement on a tout ce qu'il faut », il n'y a pas de problème pour financer un dossier, « sauf que

ça peut être long ». Si l'on se réfère au nombre de ménages potentiellement concernés (cf. tableau ci-dessous), cet avis ne serait-il pas un peu trop optimiste ?

#### Statuts d'occupation des résidences principales habitées par un ménage de plus de 80 ans

	PO	loué vide non HLM	loué vide HLM	loué meublé	logé gratuit	Ensemble
<b>Morbihan</b>	19 294 75%	2 631 10%	2 769 11%	217 1%	647 3%	25 557 100%
<b>Ille et Vilaine</b>	19 376 70%	3 896 14%	3 748 13%	153 1%	667 2%	27 840 100%
<b>Hauts de Seine</b>	27 337 60%	7 372 16%	9 798 21%	306 1%	1 057 2%	45 870 100%
<b>Val de Marne</b>	22 117 63%	5 183 15%	6 507 19%	286 1%	842 2%	34 934 100%
<b>Haute Vienne</b>	12 508 74%	1 946 12%	1 812 11%	60 0%	593 4%	16 920 100%

Source INSEE : RGP 2006

Deux CRAM estiment effectivement que le nombre d'aides à l'adaptation est faible, voire très faible rapporté à la population concernée. En outre, les locataires du parc privé peuvent être exclus des financements, la caisse se refusant à valoriser un patrimoine privé.

CRAM Centre Ouest (deux régions dont le Limousin) :

« En 2009, on va arriver à 700 dossiers pour deux régions ; ça fait 100 dossiers par département. Ce n'est pas considérable... essentiellement des propriétaires, et quelques locataires du parc social (essentiellement pour des aménagements de salles de bains). Pour les locataires du parc privé, c'est plus compliqué à monter, parce que les administrateurs [de la Caisse] sont très réticents là-dessus, parce qu'on est plutôt dans une logique de valorisation du patrimoine. Et la valorisation d'un patrimoine privé, c'est délicat dans le cadre de notre action sociale. On a quelque cas limite, quand les gens ne peuvent vraiment pas, et que le propriétaire est impécunieux, et que ça met la personne âgée dans de grandes difficultés. Mais c'est marginal. »

CRAM Ile de France

« Le problème est un problème de lisibilité des financeurs et de coordination que l'opérateur devrait assurer – il y a ici une convention avec le PACT. On est actuellement à un stade de recherche de légitimité et de lisibilité parce qu'on s'aperçoit que notre action n'est pas cohérente, et en tout cas n'est pas productive – on n'a pas beaucoup de dossiers. On a 35 000 bénéficiaires de l'action sociale, et on n'a pas 1 000 dossiers par an d'aide à l'adaptation. Paris à elle toute seule représente 50% des dossiers, et en termes de statut d'occupation, ce sont plutôt des propriétaires, peu de locataires du parc social. »

*In fine*, on peut souligner la difficulté d'évaluation des aides allouées par rapport aux besoins et, vraisemblablement, l'inéquité territoriale liée à la richesse des collectivités locales (les ressources des Hauts de Seine, où au demeurant la population est jeune sont, sans commune mesure avec celles des départements limousins où elle est vieillissante).

#### **Des besoins d'adaptation qui deviennent patents**

D'après les entretiens réalisés, la mobilisation d'aides à l'adaptation correspond, du côté du médico-social, à trois cas de figure : les cas d'urgence (sortie d'hôpital), les demandes d'APA mais aussi les demandes émanant de personnes âgées hors demande APA. Du côté de l'habitat, la mobilisation des aides peut également se faire dans un triple cadre : des procédures opérationnelles dédiées à un

territoire (Opérations Programmées d'Amélioration de l'Habitat), une démarche volontariste d'un bailleur social de type « plan stratégique d'adaptation », mais aussi hors de ces cadres particuliers.

Nombre de Conseils généraux et d'intercommunalités initient des procédures opérationnelles d'amélioration de l'habitat, dont l'objet principal est conforme aux objectifs du plan de cohésion sociale (loyers maîtrisés, habitat indigne, résorption de la vacance) ou plus récemment au nouvel objectif d'amélioration de la performance énergétique. Si certains assignent à ces OPAH ou PIG un objectif secondaire, en l'occurrence l'adaptation du parc au vieillissement ou handicap, d'autres n'y songent pas. Pour près de la moitié des intercommunalités enquêtées, soit des besoins d'adaptation surgissent à cette occasion sans qu'on les attende, soit ils sont plus importants que prévus, comme le soulignent les exemples suivants :

*C'est à travers le traitement de l'habitat indigne* (un élu spécifiquement dédié, mise en place d'un guichet unique avec des permanences du PACT dans toutes les communes, services communaux d'hygiène et sécurité qui basculent à l'agglomération avec un agent spécifiquement dédié et le développement d'un fond de roulement pour faire des avances sur travaux) que les services d'une communauté d'agglomération des Hauts de Seine, pour qui la question du vieillissement et de l'adaptation n'était pas un sujet important, ont « découvert » la présence d'un public âgé à revenus très modestes sur certains secteurs avec des besoins aussi bien d'adaptation que d'amélioration (public auparavant un peu masqué par la présence de retraités aisés). En outre, l'étude pré opérationnelle du PIG, mis en place essentiellement pour traiter les cas de dégradation du bâti de certains lotissements des années 60-70 situés dans la Zone d'Exposition au Bruit de l'aéroport d'Orly, a fait émerger la question de l'adaptation. La communauté entend développer cette thématique et mettre prochainement en place une aide à l'adaptation.

Dans une deuxième communauté des Hauts de Seine, où *de nombreuses OPAH sont en cours sur le territoire, sans être ciblées « adaptation/accessibilité, »* le public âgé « émerge systématiquement ». L'adaptation de l'habitat privé pose d'ailleurs des difficultés avec de nombreux cas de personnes âgées qui n'arrivent pas à faire face aux gros travaux, ce qui a d'ailleurs conduit l'intercommunalité à solliciter le CODAL PACT qui travaille sur ces questions en lien avec la Mdp.

L'agglomération et la ville de Lorient ont lancé en juillet 2007 *une OPAH avec un volet personnes âgées*. La pratique a confirmée que les besoins en adaptation des logements occupés en propriété par des ménages à faibles ou très faibles ressources étaient, à côté du volet énergie une demande privilégiée. En 18 mois, 84 dossiers d'adaptation ont été financés pour un objectif initial de 40. La communauté d'agglomération a d'ailleurs majoré les aides de l'ANAH pour les ménages qui ont moins de 50% d'aides publiques et a augmenté de 10% les plafonds de travaux de l'ANAH (8800 euros au lieu de 8000), comme l'y autorise sa qualité de délégataire des aides à la pierre.

Dans une communauté de communes du Morbihan, le PACT-ARIM est en train de mener *une étude pré opérationnelle dont l'un des enjeux est d'évaluer les besoins potentiels en adaptation*. Lors du premier comité de pilotage, ce sujet s'est imposé comme un enjeu majeur, compte-tenu du grand nombre d'agriculteurs à faibles ressources ; une analyse des statuts d'occupation et des conditions de vie des ménages est prévue.

Toujours en Bretagne, une agglomération qui a déjà mis en place une aide locale à l'adaptation va lancer une OPAH Economies d'énergie avec *toutefois des actions plus ciblées sur le maintien à domicile* (actions de communication du bureau d'études assurant le suivi animation et volonté de créer un Fond Global d'Intervention regroupant les financements du conseil général, de l'EPCI, le partenariat avec le CLIC...).

- **Adapter son logement : du renseignement au bénéfice éventuel de subventions en passant par la définition des travaux adaptés aux besoins... de multiples points d'articulation et de difficultés**

### ***Les canaux d'information sur l'adaptation des logements***

Les principaux centres d'information concernant le logement pour les personnes âgées sont les CLIC, les PACT-ARIM, et bien plus marginalement les ADIL. Dans le parc social, ce sont les bailleurs qui constituent les principaux interlocuteurs des particuliers. De multiples initiatives de sensibilisation sont en outre évoquées par les acteurs que nous avons rencontrés. Côté habitat cela peut être des actions d'information auprès des collectivités à la suite des OPAH/PST, et de manière plus ciblée des actions en direction des personnes âgées centrées sur l'adaptation via les clubs de retraités. Dans d'autres cas, les collectivités locales peuvent prendre l'initiative de campagnes d'information *ad hoc*. (Plaquettes sur les aides à l'adaptation par exemple).

L'un des PACT rencontrés souligne que les moyens humains et financiers disponibles au sein de la structure limitent les possibilités d'actions, les artisans jouant en milieu rural un rôle clé pour relayer l'information, y compris au titre de la prévention.

« On se devrait de faire un travail pour aller au-devant du public mais on est face à une problématique de moyens financiers et humains. On a cependant des permanences, on sollicite les élus pour qu'ils viennent visiter des chantiers afin d'en faire des communiqués de presse. On a aussi beaucoup d'artisans qui font le relai.

La prévention en Limousin fait son chemin. De plus en plus de personnes de 60-70 ans sollicitent le PACT, ce qui est certainement lié à la forte communication des différents corps de métiers auprès du public et des médias sur la question de la solidarité au grand âge et des nécessaires travaux d'adaptation à réaliser ».

Côté médico-social, la CRAM a souvent, conjointement avec d'autres acteurs – comme d'autres régimes de retraite par exemple –, pris l'initiative d'actions d'information et de prévention. Ainsi, en Ille-et-Vilaine, sur deux territoires de CLIC, sont ainsi prévues chaque année de véritables journées organisées en trois temps : information sur la prévention des chutes, l'adaptation puis remise, en fin de visite, sur un stand, d'un coupon pour une visite de conseil ou de diagnostic accessibilité, réalisée par le PACT. Le dispositif est ainsi décrit par un responsable de la CRAM :

« A côté de ça, toujours sur l'habitat au sens strict, on fait toute une opération d'information des personnes âgées, dans différents sites géographiques. Alors ce sont des réunions d'information que l'on fait, le plus souvent, en partenariat avec les CLIC – parce qu'on aime bien travailler avec les CLIC –, avec les régimes de retraites complémentaires qui donnent des fonds sur le sujet. Alors ces informations, c'est à la fois des informations sur les prestations, mais toujours on parle aussi d'un autre thème qui tourne autour de l'habitat – le plus classique, c'est la prévention des chutes. Donc on se sert de ces actions d'information pour dépasser la prestation « immobilière » au sens premier du terme et parler maintien à domicile lié à l'habitat. Parce que la prévention des chutes, ça renvoie au problème de glisser dans l'escalier, glisser dans sa cuisine, à des notions qui peuvent donner lieu à des prestations habitat, mais aussi à des ateliers « équilibre », des actions de ce type. Et là, on est déjà dans la concrétisation d'une approche globale, on n'est pas seulement à changer la moquette, ou des choses comme ça. Et après cette information, généralement après la réunion, sont proposées dans ces actions un peu pilotes, des visites-conseils, qui sont faites par un ergothérapeute ou un PACT-ARIM, selon les cas, enfin des professionnels. Ces visites-conseils, ce sont des diagnostics, qui éventuellement ne débouchent pas sur des prestations, mais ça permet d'identifier... des problèmes. Et l'ergothérapeute va faire une analyse de la situation, et éventuellement ça va revenir dans le cycle prestation, ou alors ça ne va rien donner, si ce n'est pas nécessaire. »

S'agissant de l'information dans les cas d'urgence, le *partenariat avec les hôpitaux est loin d'être systématique et a fortiori formalisé*. Ainsi en Haute Vienne, le PACT déclare travailler avec le CHU de Limoges via le pôle des assistantes sociales pour les sorties d'hospitalisation. « Il n'y a pas de formalisation mais les personnes de terrain sont repérées et la chaîne fonctionne même si elle n'est pas reconnue... et comme n'étant pas reconnue mais fonctionnant, aucun acteur n'a envie d'y mettre de l'argent ! ». De même, en Ille et Vilaine, seul l'un des CLIC a formalisé un partenariat pour les sorties d'hospitalisation.

## Les logiques d'évaluation des besoins

En ce qui concerne l'adaptation de l'habitat, mis à part l'ANAH, les différentes institutions interviennent en fonction du Gir de la personne. Toutefois, cette évaluation ne se fait pas en fonction des mêmes instruments. Ainsi, les CRAM – théoriquement attachées aux personnes de GIR 6 et 5 - utilisent un instrument d'évaluation globale, non réductible à la grille AGGIR. En sorte que, comme le dit l'une des personnes interrogées, pour entrer dans le public-cible de la CRAM, la personne ne doit simplement pas être bénéficiaire de l'APA.

« La porte d'entrée est CRAM ; l'évaluation initiale, elle, est une évaluation globale (on ne raisonne plus seulement par rapport à la demande initiale ; on profite de la demande initiale pour faire une évaluation globale de la situation, et on traite de l'habitat comme on traite d'autres choses dans le plan d'aide). L'évaluation elle est faite à partir d'un cahier des charges dans lequel il y a des qualifications de professionnels, qui peuvent être des ergothérapeutes, mais aussi des infirmières, des conseillères en économie sociale et familiale. Et ces gens font l'évaluation à partir d'outils propres à la CNAV, et volontairement – ça c'est important quand on dit « approche globale » – ce n'est pas parce que la personne fait une demande sur l'habitat, qu'on répond sur l'habitat. » (CRAM-Bretagne)

L'évaluation globale ne porte donc pas spécifiquement sur l'habitat. Ainsi, en Limousin, « l'évaluation globale est faite quand les gens nous demandent une aide de tous ordres, sauf en ce qui concerne l'habitat justement. En ce qui concerne l'habitat, l'évaluation des besoins est faite par des spécialistes, par exemple les PACT. ». On remarquera toutefois qu'alors que l'évaluation des besoins trouve souvent un moment privilégié au moment des sorties d'hospitalisation, rares sont les conventions nouées entre les hôpitaux et les PACT (*cf. supra*) alors que la fédération nationale des PACT-ARIM a signé un accord avec la Fédération hospitalière de France – c'est le cas localement seulement dans le Val-de-Marne.

Malgré l'idée de « séparation des publics », les personnes âgées sont susceptible de faire l'objet d'une succession ou superposition des évaluations de la personne (par les services de l'APA, par les prestataires de la CRAM ou des régimes retraites), et de l'habitat (par le PACT, les ergothérapeutes dépêchés par les CCAS ou les CLIC) : « Si on est dans l'aide sociale générale, cela veut dire que les gens peuvent être évalués deux fois, par nous et par les services de l'APA. Dans le domaine de l'habitat, cela n'arrive pas tant que ça, parce que les personnes ne font pas des projets d'aménagement de leur habitat plusieurs fois dans leur vie. »

Certaines CRAM ont esquissé des formes de coordination :

« Donc on individualise la fonction d'évaluation, on la professionnalise, on contractualise avec des gens qui font [l'évaluation], on les paye... avec un cahier des charges, etc. ça c'est pour notre population. Mais le Conseil général fait la même chose de son côté, avec ses propres salariés en général, pour les gens qui relèvent de l'APA. Ce serait si simple si les gens demandaient au bon endroit. Mais les gens ne demandent pas toujours au bon endroit. Donc il faut bien imaginer des points de jonction. Et bien, ces points de jonction, c'est la croix et la bannière pour les créer. Parce que quand on bosse dans son secteur, ça va ; mais comment on fait, prenons une situation très concrète : une personne âgée demande l'APA, l'évaluateur va la voir et puis se rend compte au moment de l'évaluation que ce n'est pas une personne qui relève de l'APA. Il y a deux solutions : Au revoir, adressez-vous à votre régime de retraite, ils peuvent peut-être quelque chose pour vous ; ou alors, on est dans un système un peu plus élaboré qu'on peut espérer dans notre système social, c'est que ce soit le professionnel du Conseil général qui fasse le lien avec le régime d'en face pour à minima mettre en relation et, au maximum, ce qui serait l'idéal, qu'il fasse l'évaluation pour notre compte puisqu'il est sur place... c'est pas la peine d'enquiquiner la personne âgée deux fois ! Et bien, c'est très embryonnaire, on va le faire, on va commencer avec le conseil général des Côtes d'Armor, où on a passé dans notre convention d'évaluation un accord où effectivement si la personne de chez eux va chez la personne âgée, et voit qu'elle ne relève pas de l'APA, il fera l'évaluation pour notre compte (on n'est pas au bout, parce qu'il le fera avec notre imprimé... ce n'est pas rien d'articuler les outils...). Mais c'est une avancée majeure. Et réciproquement, si quelqu'un payé par la CRAM, un évaluateur, va chez une personne âgée et voit que ça relève de l'APA, il y aura un lien vers le Conseil général. Donc, on essaie de progresser vers les procédures coordonnées, mais c'est très embryonnaire »

Pour autant, il n'est pas sûr que ces tentatives soient véritablement couronnées de succès :

« Alors, on a signé des conventions avec certains Conseils généraux pour la reconnaissance partagée. Sur cette idée que quand on voit quelqu'un qui demande une aide, et qu'il s'avère qu'il est redevable de l'APA, on remet le dossier

au conseil général, et qu'on ne recommence pas tout. Et inversement. Qu'on n'ait pas tout à recommencer. On a signé deux conventions avec deux départements, mais qui ne marchent quasiment pas, qui ne marchent pas parce que les équipes médico-sociales de l'APA ne veulent pas de ça. Ils s'en foutent de nos dossiers, ils recommencent tout. Parce qu'ils ont un formulaire, etc. On a mis en place un formulaire commun, mais il n'a jamais été utilisé... ça ne marche pas pour l'évaluation, alors pour l'habitat... »

### **Le montage technique du dossier : évaluation du coût des travaux et des financements disponibles**

Quasiment dans toutes les régions, les collectivités locales et les caisses de retraites ont signé une convention avec un PACT, qui prend en charge la dimension « technique » – et on le verra aussi, dans bien des cas, financières. Les PACT-ARIM instruisent donc les dossiers techniques :

« On évalue, et après, si la question habitat est bien identifiée, on passe le relais au PACT qui instruit la demande technique, et ensuite ça revient vers nous pour paiement de notre part pour le coût des travaux. C'est ça le circuit. »

« Après la technique, c'est le PACT qui va être saisi, et qui va envoyer un technicien. Après, on peut imaginer la solution idéale du couple AGGIR-APA/CRAM, et que les deux fassent le diagnostic et transmettent la demande, Et que les deux dossiers soient transmis en même temps. Là, il pourrait y avoir coordination. Après, c'est au PACT de faire le tour des financeurs. S'il reçoit un dossier unique d'une personne APA, on peut imaginer que la CNAV n'intervienne que pour le conjoint et nous il peut nous envoyer un signalement. Avant, il aurait pu s'approprier le dossier, il ne peut plus le faire. Le rôle du PACT est un rôle de technicien qui voit la nature des travaux à effectuer, qui met en rapport la personne et les entreprises ; et troisième volet, c'est de réaliser le financement de l'opération, de voir quels sont les financeurs potentiels en fonction de la situation de la personne. »

Des dispositifs institutionnels sont parfois prévus concernant les attributions des aides. Ainsi, en Ile-et-Vilaine, une commission, composée de représentants du PACT, du Conseil général et d'associations de personnes âgées, se réunit mensuellement pour décider des montants des subventions allouées. Mais, la plupart du temps, les PACT procèdent seuls au montage financier des dossiers, et par là-même, à la mise en relation et la coordination des financeurs. « C'est le PACT qui se charge de faire le tour des financeurs. On leur fait une avance de trésorerie pour ça, qui leur permet de faire l'avance des frais. Mais ils ne le font pas toujours. Parfois, ils font payer à la personne ». Les deux configurations existent. C'est-à-dire qu'il y a des PACT qui commandent les travaux, qui payent les entreprises et qui se font rembourser ; et il y a des PACT qui ne paient pas et qui adressent simplement les factures aux personnes. ». C'est cette tâche qui est identifiée comme la première cause de la lenteur de la finalisation des dossiers. « C'est l'addition de tous ces financements qui va donner le plan de financement de la personne. C'est beaucoup d'intervenants, ce qui explique la longueur... » ; « Mais chacun a fait de gros effort pour que chacun n'attende pas l'autre. A une certaine époque tout le monde disait : « Mon aide est subsidiaire, et je veux être certain que les personnes ont épuisé leurs droits dans les autres organismes, avant de me demander à moi ». Alors, à force de s'attendre tous les uns les autres, il y avait des dossiers qui pouvaient durer éternellement... Aujourd'hui, on donne nos aides sans attendre les autres. ». La multiplicité des contributeurs pose ainsi de redoutables problèmes pour l'opérateur (« Le problème est un problème de lisibilité des financeurs et de coordination que l'opérateur devrait assurer ») :

« Parmi les partenaires, il y a l'ANAH, les communes, les départements, les retraites complémentaires... Il y a du monde sur le sujet. On parlait tout à l'heure de coordination, eh bien, on n'a pas... On a une bonne visibilité avec les retraites complémentaires, parce qu'il y a des procédures coordonnées, c'est-à-dire quand on donne, eux ils donnent. Par contre avec les autres, c'est plus de la connaissance de terrain, du partage d'information. Il n'y a pas de coordination. C'est la personne qui s'adresse aux différents guichets. C'est un sujet où il y a particulièrement beaucoup d'acteurs, parce qu'il y a les financeurs mais il y a aussi les opérateurs. On est dans plusieurs strates. La coordination doit se faire, je pense, au niveau des PACT ARIM, c'est eux qui doivent voir ça. Nous, on n'a pas de contact avec les autres financeurs. » (CRAM)

Surtout, chaque contributeur est susceptible d'être animé par des logiques différentes – par exemple, des critères différents d'attribution des aides –, et ont souvent des calendriers différents ; ainsi les caisses de retraites complémentaires sont effectivement relativement autonomes. Elles ont des commissions qui se réunissent une fois tous les six mois ou en fonction du nombre de dossiers

qu'elles reçoivent, elles prévoient de faire une réunion à partir du moment où elles ont capitalisé un certain nombre de dossiers – cela peut prendre un an pour certaines petites caisses complémentaires... Cela se comprend évidemment, mais c'est un obstacle majeur à la réalisation des travaux pour les personnes... En outre, certaines critiques ont pu être adressées à l'ANAH :

« L'opacité des contributeurs vient de ce que chaque partenaire a une spécificité. Si l'on prend l'ANAH, par exemple, les commissions départementales de l'ANAH ont des critères spécifiques, imposent des contraintes spécifiques aux instructeurs – et les PACT le disent ; il y a dans certains départements des dossiers qui sont difficiles à faire accepter par l'ANAH, parce qu'il suffit d'avoir une rubrique mal remplie, et l'ANAH rejette le dossier... il faut refaire le dossier. Ils sont plus ou moins pointilleux sur l'état du dossier. »

« Avec l'ANAH c'était compliqué à un certain moment. Parce qu'il y a avait un budget, et puis à un autre moment plus de budget... Pour les PACT, c'était compliqué. Au milieu de l'année, quelque fois il n'y avait plus rien ou alors, ils ciblaient sur des aides très particulières... Il y aurait à faire un travail d'harmonisation, c'est évident. »

En Haute Vienne, le PACT souligne les difficultés de financement de prestations particulières, de type diagnostic accessibilité lourd, dont le montant excède les 190 euros versés par le conseil général au titre de l'assistance à maîtrise d'ouvrage (indemnité pour des personnes âgées de plus de 60 ans qui bénéficient d'une aide de l'ANAH et/ou d'une caisse de retraite, à condition que le particulier ait quand même un reste à charge). Toutefois, dans ce même département, le partenariat contractualisé avec la MSA avec laquelle l'organisme estime travailler « en symbiose avec l'équipe de travailleurs sociaux » (subvention annuelle) permet de travailler en amont des dossiers, le financement étant assuré, même en cas d'abandon du projet par le particulier.

Pour autant, la difficulté principale vient de l'existence de critères locaux parfois mouvants et parfois peu lisibles qui rendent difficile l'anticipation du montage final du plan de financement :

« Mais dans le cas de l'ANAH, il y a des critères nationaux, et donc on a une certaine visibilité. Par contre pour certains autres financeurs, c'est beaucoup moins clair. Je vais citer un exemple : Prenons un dossier où on est obligé de faire intervenir une caisse complémentaire. Chaque caisse complémentaire a son autonomie de gestion et de condition d'accès. Il suffirait par exemple qu'une personne ait déjà sollicité une caisse par exemple pour un secours, pour que cette caisse dise : oui, on a une convention pour pouvoir intervenir à hauteur de 30%, mais comme la personne a sollicité un secours, on va défalquer du montant que l'on peut donner conventionnellement le montant du secours... Et ça nous, on ne le sait pas. Ce qui fait que quand elle nous donnera enfin sa décision, quand sa commission d'action sociale se sera réunie – parce qu'il n'y a pas de délégation à l'instructeur –, c'est là qu'on saura à quel montant la caisse pourra intervenir. Donc dans le financement global de l'opération, le reste à charge de la personne, il se trouvera forcément augmenté d'autant. Et ça, ça ne boucle pas le financement. Donc on tourne en rond. Parce que si on s'attend les uns les autres, on peut remettre aussi notre financement. Donc on ne s'en sort pas. » (CRAM)

Les problèmes de coordination ont comme première conséquence une très grande lenteur du bouclage des plans : « A une certaine époque tout le monde disait : « Mon aide est subsidiaire, et je veux être certain que les personnes ont épuisé leurs droits dans les autres organismes, avant de me demander à moi ». Alors, à force de s'attendre tous les uns les autres, il y avait des dossiers qui pouvaient durer éternellement... Aujourd'hui, on donne nos aides sans attendre les autres. » Sans doute, c'est la plupart du temps les PACT qui se chargent de faire le tour des financeurs. Pour autant leur intervention n'apparaît pas toujours systématisée : « On leur fait une avance de trésorerie pour ça, qui leur permet de faire l'avance des frais. Mais ils ne le font pas toujours. Parfois, ils font payer à la personne. Les deux configurations existent. C'est-à-dire qu'il y a des PACT qui commandent les travaux et qui payent les entreprises, et qui se font rembourser ; et il y a des PACT qui ne paient pas, et qui adressent simplement les factures aux personnes. ». C'est cette tâche de bouclage du financement qui est identifiée comme la première cause de la lenteur de la finalisation des dossiers : « Nous on a un an dans notre convention avec les PACT. Et *a priori*, maintenant, ça se fait en un an. Autrefois, c'était beaucoup plus long. Depuis 4 à 5 ans, ça s'est beaucoup raccourci. Et pour nous, un accord qui n'est pas exécuté dans les 12 mois est caduc. » La lenteur du bouclage des dossiers a ainsi globalement entraîné une baisse des interventions des différents organismes de sécurité sociale et des caisses de retraites – même si certaines personnes interrogées ont pu plutôt mettre en exergue des choix stratégiques éventuellement à réviser :

« Pour revenir sur le financement, là où on a effectivement des problématiques à prendre en compte, c'est que l'instruction des dossiers de financement, compte-tenu des co-financements et de la multiplicité des financeurs, chacun ayant ses propres logiques, ses propres habitudes et contraintes, et il y a des dossiers qui peuvent prendre 1 an, 2 ans, 3 ans avant d'être bouclés au niveau financement. Les gens ne peuvent pas attendre. Et bon nombre de dossiers de ce type sont abandonnés ; les gens ne poursuivent pas quand on les met devant la réalité des choses, en disant : on va faire appel à l'ANAH pour certains travaux. »

## **Travaux proposés et prise de décision des personnes âgées**

### Les CICAT

L'une des difficultés rencontrées par les opérateurs de l'adaptation des logements, réside dans leur validation par les personnes âgées. Comme le souligne l'un de nos interlocuteurs, « souvent, ce qui est vécu comme le minimum requis ne prend pas en compte les aménagements liés à l'adaptation ». Des solutions inventives ainsi ont été expérimentées ici ou là. De multiples initiatives ont été ainsi prises, consistant à présenter in situ les adaptations du logement. A cet égard, les CICAT (Centre d'Information et de Conseil en Aides Techniques), initialement créés dans le champ du handicap peuvent jouer un rôle important. Toutefois, on remarquera que les acteurs qui ont cité ces organismes sont largement du côté médico-social (les CRAM subventionnent d'ailleurs généralement les CICAT), alors que les services des collectivités locales, tout comme les PACT ne l'ont presque jamais fait – alors même que les Conseils généraux subventionnent aussi les CICAT.

Les CICAT sont des associations loi 1901 sans but lucratif dont la vocation est d'offrir toutes informations et conseils sur les moyens techniques de prévention et de compensation des situations de handicap. Ces moyens sont : les aides techniques à la vie quotidienne (matériel d'aide à la vie quotidienne), les aménagements de l'environnement et plus largement toute solution destinée à favoriser l'accessibilité de l'environnement. Les CICAT s'adressent en priorité aux personnes confrontées à des incapacités dont l'origine est une déficience motrice, sensorielle ou psychique quelle qu'en soit l'origine et sans exclusive quant à la pathologie ou l'âge. Ils sont également destinés à apporter toute information ou éléments d'aide à la décision aux institutions en charge de la compensation et aux professionnels de la réadaptation ou de l'évaluation. Les CICAT offrent une grande variété d'activités destinées aux particuliers ou aux professionnels. Les principales sont l'information et la documentation à caractère technique ; le conseil personnalisé aux usagers, fondé sur une analyse individualisée de la situation, des besoins et des attentes ; la démonstration et l'organisation d'essais de matériel – dans le cadre de cette activité de démonstration, ce sont parfois de véritables « simulateur de logement » qui sont proposés.

Le réseau des CICAT comporte 37 associations locales. Mis à part la Haute-Vienne, un CICAT est présent sur chacun des terrains sur lesquels nous avons enquêté.

### Des innovations domotiques

Dans les départements enquêtés, on a pu constater les initiatives qui mettent en avant des innovations domotiques. Ainsi, la Région Limousin s'investit-elle dans le domaine de l'adaptation des logements aux besoins des personnes âgées via la dimension « domotique ». La Région justifie cet engagement en précisant qu'elle s'adosse à un champ de compétence propre reconnu, à savoir le soutien aux démarches innovantes, appliqué aux institutions et au champ médico-social. L'opportunité offerte aux régions en 2004 par la loi relative aux libertés et responsabilités locales de mettre en place des actions de santé publique a en effet conduit la région Limousin à développer un volet handicap – dépendance dans le Contrat de plan et à le décliner dans des conventions territoriales. Le développement de la domotique fait partie des démarches innovantes.

#### **Sen@er : mutualiser les expériences en direction des seniors**

La Région Limousin est la 1<sup>re</sup> région française adhérente au réseau Senaer. Elle travaille avec 16 autres régions européennes sur le déclin démographique des territoires et le vieillissement des populations.



Elle a obtenu en novembre 2007, avec le Pôle Domotique et Santé de Guéret, le 1<sup>er</sup> prix des meilleures pratiques. Ce prix consacre l'ensemble des actions mises en oeuvre sur le territoire pour développer une économie liée au vieillissement de la population.

**Des solutions innovantes pour l'autonomie des personnes âgées**

Le Limousin est membre du réseau européen des Living Labs qui travaille sur les questions de prise en charge du vieillissement et du handicap. Il propose des solutions pour compenser la perte d'autonomie.

Le Living Lab Limousin dispose d'une expertise de pointe via différents acteurs comme l'Institut de Recherche XLIM et d'autres équipes spécialisées, le département de sociologie de l'Université de Limoges et le pôle de compétitivité ELOPSYS. (Extrait du site de la Région)

C'est souvent dans le parc social (cf. *infra*) que l'on voit se développer des initiatives domotiques. Ainsi, le Conseil général de la Haute-Vienne envisage-t-il de s'investir dans le développement de packs domotiques à destination des locataires âgés du parc social, avec des systèmes de sécurité pour les plus dépendants avec mise en place de la domotique (alertes, coupe-circuits, télé sécurité...).

De même, en Bretagne, le bailleur social Archipel s'est engagé grâce à un financement de Rennes métropole à mettre en place des équipements domotiques dans le cadre d'une expérience au service du maintien à domicile des seniors, baptisée projet IDA (Innovation, Domicile, Autonomie). Dans le cadre de ce projet, développé par la Communauté d'agglomération et les Universités de Rennes, un appartement expérimental, inauguré en février 2009, permet de tester, dans la « vie réelle », l'efficacité et l'intérêt des différents produits imaginés. Ces différentes solutions de maintien à domicile sont ensuite mises en place dans des appartements habités par des personnes âgées.

- **L'aménagement du domicile comme révélateur des problèmes d'articulation**

Sans se cacher les difficultés de l'exercice, les acteurs de terrains insistent tous sur la nécessité de trouver des formes renouvelées de coordination :

« Il faudrait imaginer des fonds communs, mais derrière il faut des accords politiques et techniques, et ce n'est pas facile – même s'il on le fait pour le fonds de compensation [du handicap]. Il faut résister à la tentation d'homogénéiser de trop. Ça ne veut pas dire qu'il ne faut pas repérer des points communs. Mais il faut travailler sur l'articulation, et on travaille sur l'articulation en créant des points de contraintes, des points obligés. Ce qui me semble possible même avec les textes existants. On est sur la bonne volonté des acteurs de terrain pour se renseigner quand même un peu. Dans certains départements, il y a des échanges d'information, mais ce n'est pas formalisé, ce n'est pas professionnel sur ce plan là. Les points de contraintes sur l'habitat et les personnes âgées, c'est soit on est dans la logique prestation, et là c'est la coordination des circuits que la personne qui demande au conseil général sache quelque chose de la CRAM, ou l'inverse, qu'il y ait quand même soit un ordre dans la demande, soit l'organisation obligée d'une commission ne fût-elle pas décisionnelle – c'est pas insurmontable, tout de même ! Là c'est l'aspect de la coordination dossier. L'autre aspect, c'est plus la coordination institutionnelle pour partir du concept – pour nous le concept, c'est la prévention – et de dire autour de cela, quand on touche à l'habitat, ce qu'on fait. Donc, c'est l'habitat mais aussi la prévention des chutes, etc. Et ça, ça passe par la coordination des plans d'actions. On devrait avoir une réunion tous les ans avec le conseil général, pour leur dire : « Voilà, cette année notre plan d'action, c'est : on va mettre tant sur la prévention des chutes, tant sur les trucs... ça me semble pas... Il faut commencer modeste, mais en même temps, c'est le cœur du sujet. Et pour ça, il faut une coordination institutionnelle entre les Conseils généraux et les organismes de protection sociale. Il ne faut pas avoir peur de se faire manger par l'autre. »

Le besoin de coordination et d'articulation concerne, on l'a vu, l'évaluation des besoins, mais c'est également au plan du financement des aménagements que le besoin d'une articulation est ressenti. Les responsables des CRAM imaginent ainsi des formes de mutualisation des fonds, comme ce qui existe dans le champ du handicap :

Alors, il a y a une expérience dans le Val-d'Oise, où il y a un organisme qui fait le banquier pour tous les autres, qui faisait l'avance. C'est la solution de délégué. Mais dans la mutualisation, le problème aussi, c'est que chaque financeur veut savoir à quoi a servi son aide. Un fond unique, c'est bien, mais chaque financeur veut savoir à quoi a servi son argent. Ça complexifie les choses. D'un autre côté, parce qu'il s'agit d'aide individuelle et extra-légale, je ne suis pas sûr que notre conseil d'administration ait envie de perdre la maîtrise... Autant pour les aides collectives, ça ne pose

pas de problèmes. C'est beaucoup plus facile. Donc, là on peut... Et comme nous on verse sur prestations effectuées. Mais, on va vous dire que nous on paye le plus vite. Le problème, c'est les caisses de retraite complémentaire...

L'idéal du pot commun des aides, existe pour le handicap, depuis peu, et très partiellement. Ce n'est pas achevé. C'est un chemin. Mais vous voyez le chemin qu'il a fallu faire pour le handicap. Il a fallu une loi, la création d'un organisme, un GIP... Et encore, il y a encore des caisses primaires qui refusent de mettre au pot commun. C'est vrai que ce serait l'idéal, mais ça nécessiterait un travail préalable de ciblage de population, et de définition du type de travaux que l'on entend par « préservation de l'autonomie ». »

- **Le cas particulier des aides à l'adaptation dans le parc HLM**

Les bailleurs sociaux ne portent pas tous le même intérêt à l'adaptation des logements, pour des motifs très divers allant du faible taux de personnes âgées au sein du parc, à la priorité accordée à d'autres « produits » dédiés (foyers logement, programmes spécifiques) ou bien encore au manque de disponibilité et de moyens financier de l'organisme, dont les équipes peuvent être mobilisées par les projets financés par l'Agence Nationale de Rénovation Urbaine (ANRU)... Pourtant, les locataires âgés sont perçus par les collectivités locales comme particulièrement vulnérables socialement, et dès lors l'adaptation des logements locatifs, et plus particulièrement des logements locatifs sociaux, est souvent envisagée comme une priorité.

Ainsi, le Conseil général de la Haute-Vienne a-t-il réservé ses aides à l'adaptation au secteur public et signé à ce titre une convention avec l'Office Départemental HLM : « Le conseil général souhaite aller vers des populations à faibles revenus et pour lui, c'est le parc public donc pas d'investissement dans le parc privé. » Ailleurs, comme dans les Hauts-de-Seine, une telle priorité n'a pas été retenue, et les aides à l'adaptation valent autant pour le parc privé que pour le parc social. Lorsque la réalisation de l'adaptation tient essentiellement au bon vouloir des bailleurs, ou plus simplement, au niveau de leur sensibilisation et de leur réflexion sur la question du vieillissement de leur locataire, la collectivité a dès lors le choix entre deux options : une « aide au bailleur » quand celui-ci réalise lui-même l'adaptation, ou une aide directe au locataire pour lui permettre d'adapter de son propre chef son logement sans donc l'intervention financière du bailleur.

« Les liens, le travail en relation avec les bailleurs – plus avec certains qu'avec d'autres – est difficile (l'OPAC du Val-de-Marne est très en avance, mais aussi ils ont beaucoup travaillé avec le PACT ; d'autres sont très, très loin). L'une des raisons, c'est que tout simplement ils ne se sont pas penchés sur ces questions. On a affaire à des structures pyramidales, où chacun à une vision parcellaire, sans que quelqu'un ait une vision globale du parc immobilier. Et ils ne sont pas en capacité tout simplement de dire très clairement quels logements ont été aménagés. Donc, le bailleur ne se positionne pas et les locataires se sont arrangés. » (Entretien CLIC 7-Val-de-Marne)

Nombre de bailleurs n'ont pas, *aujourd'hui*, de stratégie particulière d'adaptation des logements et réalisent des travaux au coup par coup, sans information particulière des locataires sur leurs droits, s'inscrivant alors dans une logique de « cœur de métier » : « nous on reste dans le logement social pur et dur : un loyer, des charges, un service de proximité, un référent mais c'est tout ».

- Ainsi l'office public départemental de la Haute Vienne qui accueille une forte proportion de personnes âgées, tout particulièrement en zone rurale n'a, dans son plan stratégique de patrimoine, aucune disposition spécifique pour ce public. « On ne fait pas de communication particulière sur les possibilités offertes aux locataires âgés. On aménage environ 60 logements par an depuis 4 ans et on a déjà 5 à 6 mois d'attente donc on est arrivés aux limites de l'opération ; on ne communique pas, car sinon on ne va pas s'en sortir... De plus, il s'agit toujours de travaux lourds, car lorsqu'on refait une salle de bain, on a besoin que 4 corps d'état passent dans 5 m<sup>2</sup>. Fort heureusement, on a réussi à trouver une entreprise unique, ce qui permet d'éviter les problèmes de coordination. » Le bailleur n'a engagé aucun partenariat, ni avec un CLIC ni avec le PACT. Cette situation semble d'ailleurs étonnante à l'élue en charge de l'habitat d'une communauté de communes du département qui souligne le déficit d'informations des locataires « L'OPDHLM propose aux locataires une aide à

l'adaptation à la condition qu'ils en fassent la demande. Encore faut-il qu'ils sachent que cela existe et qu'il faut faire une demande !».

- Ainsi, encore, rares peuvent être les contacts entre élus et bailleurs sociaux sur le thème de l'adaptation, le responsable personnes âgées de la communauté d'agglomération des Hauts-de-Bievre avouant n'avoir « jamais entendu parler de démarches spécifiques d'adaptation du parc », et d'ajouter : « Les bailleurs sociaux sont assez opaques sur le sujet ».
- Autre exemple, l'office du département du Morbihan, quoique très en pointe sur la question des foyers logement et de formules originales d'hébergement avoue n'avoir pas encore pris à bras le corps la question de l'adaptation des logements ordinaires.

A contrario, il en va autrement quand on a affaire à des offices pilotés par des communes ou intercommunalités<sup>1</sup> :

- C'est le cas, par exemple dans la Communauté d'agglomération du Val de Bièvre qui se caractérise par une présence assez importante du parc social avec l'existence d'offices communaux et d'un office intercommunal présidés par les élus. Il y a, nous a-t-on rapporté, depuis longtemps un consensus entre élus pour considérer les personnes âgées et les jeunes comme un public spécifique, à l'image du PDALPD qui s'intéresse la problématique de précarisation des personnes âgées en Val de Marne. Ce consensus est renforcé par le fait que l'explosion du marché immobilier ces dernières années ne permettait pas aux locataires du parc social d'accéder à la propriété. Ainsi, l'office intercommunal s'est lancé dans la production de logements adaptés dans le cadre d'opérations de renouvellement urbain et les offices communaux, moins dotés en moyens humains et financiers, réalisent des adaptations ponctuelles au cas par cas.
- Il en va de même, dans les Hauts-de-Seine, à Issy-les-Moulineaux, où c'est l'office communal qui a piloté l'adaptation de logements. En 1996, il y a eu une ouverture dans les HLM d'appartements pour les personnes à mobilité réduite. Il y a eu 14 appartements adaptés répartis dans les étages, avec, en rez-de-chaussée, un espace de vie collectif tenu par une maîtresse de maison, dans lequel les personnes peuvent venir déjeuner et participer à des activités de loisir. « Et ça a tellement bien fonctionné qu'en 2003 on a ouvert une deuxième structure avec quinze appartements. C'est l'office HLM qui a fait ça. »
- Dans la communauté d'agglomération de Limoges, le CCAS, qui dispose d'un service gériatrique s'est emparé de la question du maintien à domicile et a développé une initiative conjointe avec l'office HLM de Limoges, qui dispose lui aussi d'un important service social, visant à analyser les besoins de toutes natures des locataires de plus de 75 ans, dont les besoins d'adaptation réalisés à la demande.

Le mode d'entrée en dialogue bailleurs / collectivités passe ainsi souvent par un processus de repérage du parc adapté – données dont ne disposent pas toujours les bailleurs eux-même. Ainsi, dans plusieurs sites a-t-on mis en place des commissions de recensement ou de cartographie dans le parc existant (CA de Vannes, Rennes Métropole, Vitré communauté, département du Val-de-Marne). Ce processus ne va pas sans rencontrer nombre de difficultés :

« L'ambition que nous avons sur notre secteur, c'est de travailler mieux avec les bailleurs [sociaux]. C'est la première chose. Amorcer un travail de partenariat, dans l'intérêt de la personne âgée. Et dans les deux sens, c'est-à-dire qu'ils puissent nous contacter quand ils rencontrent une personne âgée qui perd pied. Ensuite, c'était de savoir quels étaient les bailleurs qui avaient eu une réflexion sur ces aspects-là. Et s'ils avaient mis au point des outils, des choses qui puissent être transposées vers d'autres qui seraient plus en retard. La dernière chose, c'est de recenser l'offre de logements adaptés. Il y a un problème de rencontre de l'offre et de la demande. Le problème, c'est donc que les communes n'ont pas de connaissance des logements adaptés ou adaptables. Le problème est de savoir où ils se trouvent déjà. Il n'y a pas un état de l'existant. Et personne ne l'a. Alors, aujourd'hui, on est incapable de réaliser ce fichier des logements adaptés, du fait du retard des bailleurs. On ne peut pas. » (Entretien CLIC 7-Val-de-Marne)

---

1. Au plan national, l'association Delphis regroupant 17 Esh a défini un label intitulé « Habitat Senior Services » qui vise à élaborer la politique Personnes âgées de la société (avec notamment un objectif d'adaptation de 5% à 10% du parc). Voir *Habitat et Sociétés* n° 52, décembre 2008

Dans un cas, l'ambition est plus grande cependant, et cherche à réaliser une véritable « cartographie de l'enjeu vieillissement » dans le parc existant. Il en va ainsi à Rennes métropole où la communauté d'agglomération travaille, de longue date, avec les bailleurs qui sont impliqués dans de nombreuses démarches inter-bailleurs. La première démarche, conduite par une commission rennaise, a consisté à réaliser un état des lieux et à effectuer une cotation de leur patrimoine pour évaluer l'opportunité d'adapter et de rendre accessible les programmes. Rennes Métropole demande ainsi aux bailleurs qui sollicitent son aide pour réhabiliter leur patrimoine la réalisation d'un diagnostic vieillissement. Ce diagnostic vise à dégager les enjeux d'adaptation, le niveau d'accessibilité et les projets d'adaptation du bailleur. Rennes Métropole envisage d'ailleurs de conditionner le financement de la réhabilitation à la tenue de cette démarche.

Certaines démarches, à ce titre, apparaissent exemplaires en abordant de manière globale la problématique du vieillissement et de l'adaptation. Ainsi, l'OPAC du Val-de-Marne a-t-il mis au point une démarche qui s'attache véritablement aux conditions du maintien à domicile : « Jusqu'à présent, les adaptations de logements s'effectuaient ponctuellement et les antennes apportaient des réponses disparates. Or, la problématique de maintien à domicile des personnes âgées et handicapées est à prendre en compte dans sa globalité et pas seulement sous l'angle technique. Cela passe par une meilleure connaissance du niveau d'adaptation des logements, le degré d'accessibilité du parc et la formation du personnel<sup>1</sup> ». Les personnels de l'OPAC ont ainsi bénéficié d'une formation par un gérontologue destinée à permettre une meilleure connaissance et compréhension des difficultés des personnes âgées, et à améliorer leur connaissance des réseaux d'aide existants. Les travaux d'adaptation ont été déterminés avec un ergothérapeute, dont la présence est espérée pérenne.

Dans bien des cas, toutefois, les difficultés conduisent à en rabattre sur les premières ambitions, et l'on se contente dans bien des cas d'un simple recensement non plus de l'adaptation et de l'adaptabilité, mais de l'« accessibilité » : « Et là encore, on va plus parler d'accessibilité avec les rampes, les ascenseurs, la possibilité de bouger avec une chaise roulante dans l'appartement, etc. que d'adaptation, et puis d'adaptabilité ». Nous nous trouvons à nouveau face à une situation où c'est la situation des handicapés et la législation qui leur est destinée qui vient se substituer aux dispositifs dédiés aux personnes âgées – mais il serait aussi possible de dire que les politiques en direction des personnes âgées dépendantes se glissent dans les potentialités des dispositifs inventés dans le monde du handicap. En effet, la question de l'accessibilité n'est pas une question qui a été ouverte par la situation de la dépendance des personnes âgées, mais les problèmes liés à l'autonomie des personnes handicapées. Elle a été introduite par la loi de 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » et les décrets afférents de 2006. Ces textes législatifs et réglementaires prévoient l'institution de commission intercommunale pour l'accessibilité des personnes handicapées, dont l'une des tâches est précisément le recensement de l'offre de logements accessibles.

Au total, concernant l'adaptation proprement dite, si l'on constate bien une production de logements adaptés ou pré-adaptés – sous la pression de la réglementation concernant encore une fois le handicap plus que la dépendance –, concernant le parc existant, dans bien des communautés d'agglomération enquêtées, les efforts pour adapter semblent souvent minimes, ou en deçà des besoins. Dans cette situation, les bailleurs sociaux sont souvent amenés à proposer une mobilité à l'intérieur du parc des logements existants devenus inadaptés vers des logements (neufs) adaptés, mais souvent comparativement plus chers. Cette situation s'avère un frein majeur à la mobilité : « Après, il y a une autre réflexion qui est celle des bailleurs, où on a des personnes âgées qui sont dans des logements très vastes... et il y a la perspective de proposer des logements plus petits et adaptés. Là, il y a un frein majeur qui est qu'on leur propose des appartements plus petits au même loyer. ».

---

1. Marie Dumas, Chargé du développement de l'habitat adapté à l'OPAC du Val-de-Marne, cité in « OPAC du Val-de-Marne. Expérimenter pour généraliser », *Habitat et Société*, décembre 2006.

## **Vieillir dans son logement en accueillant un jeune ou « l'intergénérationnel à domicile »**

### **• Présentation de la formule et des questions qu'elle soulève**

La vogue médiatique actuelle de l'intergénérationnel est issue de la transposition en France – et d'abord à Paris – d'une expérience espagnole qui cherchait à mettre en relation des jeunes salariés et des personnes âgées. L'association PariSolidaire, créée en 2004, est à l'initiative d'un réseau national d'une quinzaine de villes, le réseau COSI (réseau des associations de la COhabitation Solidaire), qui propose pour les jeunes de moins de 30 ans un hébergement chez des seniors, contre une présence, une compagnie, un partage des tâches quotidiennes, avec ou sans participation financière.

Le ministère de la Jeunesse et des Sports avait demandé au départ, dans la suite de l'expérience espagnole, un accueil de jeunes actifs au domicile des personnes âgées. Des problèmes juridiques (la requalification de la fourniture de services par le jeune en contrat de travail déguisé par exemple) ont contribué à limiter le dispositif à des étudiants. Deux possibilités sont ainsi ouvertes en particulier par PariSolidaire : soit un logement directement chez l'habitant ; soit, de manière quasi expérimentale, à Paris, une mise à disposition par des bailleurs sociaux de studentes à bas prix. En contrepartie du logement, ce qui est offert, c'est de la présence (notamment le soir) chez plusieurs personnes âgées<sup>1</sup>. Le rôle de l'association, outre la recherche des binômes, est d'assurer le suivi de la relation.

La première difficulté de ce dispositif reste, on le voit, l'absence de contrat, liée à une délimitation stricte des termes de l'échange. Il ne s'agit donc pas d'un contrat de travail, ni d'un contrat d'échange de service et les jeunes qui s'y sont engagés doivent être considérés comme des « personnes de compagnie ». Le contrat qui se noue, de manière tripartite entre l'association, le jeune et la personne âgée, reste un contrat seulement moral et qui suppose une sélection en amont sur des bases éthiques et de « personnalité » – de façon à éviter les recherches par les jeunes de « bon plan ». La deuxième difficulté est celle de l'équilibre des comptes de l'association. Compte tenu des compétences nécessaires au suivi des relations, le modèle économique d'une telle association requiert des subventions publiques des collectivités locales concernées. Ainsi, la directrice de PariSolidaire a souligné la nécessité d'un nombre important de « binômes » pour la survie financière de son association, dont le personnel salarié à temps plein compte trois spécialistes dans le secteur médico-social et la gérontologie, pour assurer le suivi des « binômes » au-delà de l'emménagement.

Comme l'a relevé Jean-Noël Escudié, la question ne laisse pas indifférents les pouvoirs publics et les collectivités territoriales. Intervenant le 20 juin à Limoges devant l'assemblée générale de l'Union nationale des associations familiales (Unaf), Nadine Morano, secrétaire d'Etat chargée de la Famille et de la Solidarité, a insisté sur la nécessité, face au vieillissement de la population, de « diversifier les modèles d'accueil des personnes âgées ». Elle a fait part de son intention de mettre sur pied, dès cet été, des « ateliers » destinés « à promouvoir la culture de l'intergénérationnel ». La secrétaire d'Etat a insisté notamment sur les perspectives de la « colocation intergénérationnelle », associant une personne âgée et un étudiant. »<sup>2</sup>.

### **• L'intergénérationnel dans les cinq départements étudiés**

Concernant le logement intergénérationnel, on distingue dans les départements de l'enquête grossièrement deux types de situation, la dichotomie urbain/rural s'avérant centrale.

---

1. Voir notamment l'intervention de l'une des fondatrices de PariSolidaire au colloque « Vivre l'habitat intergénérationnel », Palais d'Iéna, 15 mai 2009.

2. Cf. Escudié (J.-N.), « Le logement intergénérationnel fait l'unanimité mais peine à décoller », *Localtis.com*, 9 juillet 2009.

Ainsi, les territoires où l'enjeu est anecdotique sont des territoires à dominante rurale ou périurbaine avec une faible présence de la population étudiante. Dans ces cas, les personnes rencontrées ne connaissaient pratiquement pas l'existence de ce type de démarches ou les confondent avec d'autres types de dispositifs de mixité intergénérationnelle ; a contrario, dans les territoires assez largement urbanisés avec une présence marquée de la population étudiante, la plupart des interlocuteurs connaissaient ces formules et avaient été contactés par une association. Dans un cas, le contact avait eu lieu il y a quelques années et bien que les élus aient été très intéressés par cette démarche, les services n'avaient pas jugés opportun d'organiser un suivi considérant « qu'il s'agissait là d'un épiphénomène ». Pour tous les autres, les services s'étaient impliqués aux côtés de l'association, allant parfois même jusqu'à les associer aux ateliers du PLH. Cependant, au-delà de quelques rares réussites – en particulier dans le Morbihan, le projet semble avoir périclité faute de moyens : « Nous on était prêt à s'engager à leurs côtés mais l'association n'a pas réussi à obtenir les financements donc il n'y a pas eu de suites. On serait éventuellement prêt à s'engager à nouveau mais avec une association plus solide financièrement ».

Plusieurs agglomérations mettant en exergue la fragilité d'une telle démarche et la difficulté à la pérenniser ont aussi souligné l'inadéquation de ce dispositif aux attentes des personnes âgées : « Le problème [avec le logement intergénérationnel] c'est que les personnes âgées étaient en attente de services qui relevaient plus de la mission d'une auxiliaire de vie. Les jeunes, ça allait, ils étaient motivés et pourtant même ceux qui étaient recommandés par les CCAS avaient du mal à trouver des accueillants avec qui ça fonctionnait ». Dans des communautés d'agglomération dotée d'une solide expérience (comme c'est le cas de Rennes Métropole), on s'est montré sceptique sur le bien fondé de telles initiatives, tant « les modes de vie sont souvent décalés ». De fait, il semble bien que les difficultés majeures rencontrées par les associations du réseau COSI, reste bien de trouver des binômes susceptibles de « fonctionner ».

Comme le souligne le responsable de l'action sociale de la CRAM de Bretagne, « on ne touche pas à l'habitat au sens immobilier du terme avec l'intergénérationnel, mais on y touche sacrément pour ce qui concerne le maintien à domicile. Il y en a un à Rennes, et un à Vannes, sur les grosses villes. Mais on constate que ce n'est pas si facile que ça de trouver les personnes âgées et les jeunes. Et puis comme toujours dans le domaine social, il faut accepter de prendre un risque – c'est un grand mot –, il faut accepter d'être un peu « borderline » sur les textes... Dans le domaine social, on touche à des choses qui ne sont pas très carrées dans les textes. »

Dès lors, les solutions adoptées ou les projets envisagés, participent moins de formules de cohabitations intergénérationnelles, que de recherche, là encore, de mixité entre les générations au sein d'un immeuble, voire d'un quartier.

## **L'accueil temporaire ou accueil de jour : un moyen de rester à domicile ou une étape avant l'entrée en EHPAD ?**

- **Présentation de la formule et des questions qu'elle soulève :**

Les formes d'accueil alternatif à l'hébergement définitif en EHPAD sont apparues à la fin des années 60 et au début des années 70 pour les accueils de jour, et dans les années 80 pour l'accueil temporaire. Dans les deux cas, il s'est agi d'expériences, menées hors cadre légal, qui ont été ensuite reconnues par le législateur et plus ou moins généralisées.

Dans le cas de l'accueil de jour, il s'agissait de créer de petites unités de proximité permettant de manière globale, et sans hébergement, d'apporter un soutien thérapeutique et psychologique à un nombre restreint de personnes âgées, mais aussi de répondre à des besoins de sociabilité. Initié en 1965 et 1967, les premiers centres d'accueil de jour ont été reconnus par l'État dans une circulaire

de 1971, parmi les « unités de base extra-hospitalières ». Malgré cette reconnaissance officielle, la croissance du nombre de ces structures s'est faite sans cadre légal, ni financement spécifique. Aussi, bien des accueils de jour revêtent-ils des formes institutionnelles très diverses, adossées à des EHPAD, des structures d'accueil temporaire, ou des centres d'aide à domicile. Ils peuvent encore être autonomes et être gérés sous une forme associative, ou bien encore l'être par un CCAS<sup>1</sup>.

L'accueil temporaire est également né d'expérimentations locales dans les années 80. Selon D. Argoud, il s'agit d'hébergements qui se sont d'abord développés dans les zones rurales pour des personnes âgées vivant dans des conditions de confort et d'isolement difficile, en particulier l'hiver<sup>2</sup>. Ces formules d'hébergement n'ont été officiellement reconnues que dans la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, complétée par deux décrets de 2004 et 2006. L'accueil temporaire assume des objectifs relativement différents, depuis le répit pendant un laps de temps offert aux aidants, jusqu'à la préparation à l'entrée en maison de retraite. Les formules d'hébergement temporaire sont généralement adossées à un EHPAD et les lits temporaires sont souvent indifférenciés des lits d'hébergement définitif. Exceptionnels sont ainsi les établissements exclusivement dédiés aux séjours temporaires – comme cette unité de 18 lits « Clair séjour » à Strasbourg. Sur les 384 094 lits d'EHPAD, 2% seulement sont destinés à un accueil temporaire.

Ces formes alternatives à l'EHPAD – accueil de jour ou hébergement temporaire – ne concernent aujourd'hui donc qu'un nombre limité de places. On recense, en effet actuellement en France, 7 762 lits d'hébergement temporaire et 4 954 places d'accueil de jour. Le développement de ces formules qui demeure finalement, on le voit, marginal est lié à l'existence de plusieurs freins. En premier lieu, c'est la tarification de l'hébergement temporaire qui est en cause. Comme le souligne M. Léontoing, la tarification au prix de journée ne tient pas compte du taux d'occupation aléatoire des places d'hébergement temporaire et crée, de ce fait, un risque financier pour l'opérateur<sup>3</sup>. En sorte que l'hébergement temporaire constitue souvent pour les responsables d'établissement une variable d'ajustement. De fait, alors que la demande de place en hébergement temporaire est très largement saisonnière, l'offre des établissements se fait en fonction des opportunités d'une gestion en flux tendu des places d'hébergement permanent. Sur le site [Agevillage.pro.com](http://Agevillage.pro.com), on peut lire que « pour les maisons de retraite qui le pratiquent, l'accueil de jour n'est souvent qu'un moyen d'améliorer leur taux d'occupation ».

Comme le dit l'une de nos interlocutrices à la DRASS de Bretagne : « En France, on a une tendance à accueillir d'abord quelqu'un qui est en liste d'attente, et cela pour des raisons de coût, il faut bien le dire. Parce qu'au-delà de tant d'absence de la personne, ils [les EHPAD] n'ont plus la même enveloppe. C'est un programme de dotation globale. Donc c'est un coût. D'autre part, tel que ça a été conçu, les hébergements temporaires il y en a une ou deux places dans un établissement. Est-ce que c'est une bonne solution ? Je ne sais pas... Aujourd'hui, on a plusieurs cas. Vous avez les hébergements temporaires dans le cadre d'un véritable projet dans une structure. Mais vous avez aussi – il faut appeler un chat, un chat – des hébergements temporaires qui sont le résultat d'effets d'aubaine. »

Mais, en second lieu, côté usager, le reste à charge reste souvent beaucoup trop élevé, en partie du fait des tarifs pratiqués, mais aussi du fait du maintien des frais du domicile durant le séjour. Comme le souligne encore le site [Agevillage.pro.com](http://Agevillage.pro.com) : « en France, les accueils de jour qui, à l'instar des pays anglo-saxons seraient destinés à recevoir des personnes dites "désorientées" ou souffrante de la maladie d'Alzheimer, manquent cruellement ou proposent des tarifs insupportables sans aide financière ». On remarque d'ailleurs que ce caractère coûteux, redoublé par les difficultés liées aux déplacements des personnes âgées a fait naître un intérêt pour l'idée née au Canada du

---

1. Sur ces points, cf. Argoud (D.), *L'habitat et la gérontologie : deux cultures en voie de rapprochement ? Enquête auprès des nouvelles formules d'habitat pour personnes âgées*, Rapport pour le PUCA, Programme de recherche « Vieillesse de la population et habitat », octobre 2008.

2. *Ibid.*

3. Cf. Léontoing (M.), « Accueil temporaire : Sortir de l'expérimental », *TSA*, n° 1, avril 2009.

« baluchonnage » qui offre un répit aux aidants pendant quelques jours mais à domicile – cette solution, moins traumatisante pour les personnes âgées, se heurtant toutefois au droit du travail français qui limite la durée journalière de travail à 13 heures.

En troisième lieu, tant l'accueil de jour que l'hébergement temporaire suppose un personnel spécifiquement formé qui fait encore actuellement défaut, et prêt à travailler selon des modes différents de l'EHPAD traditionnel. Or, comme le reconnaissent certains professionnels du secteur, les contenus des prises en charge sont beaucoup trop hétérogène, et peuvent se révéler parfois nettement insuffisant au regard des objectifs que doivent se fixer de telles structures.

Les premiers traitements de l'enquête EHPA 2007 viennent toutefois nuancer l'analyse. En effet, si fin 2007, donc à un temps *t*, 6190 personnes sont accueillies en hébergement temporaire – ce qui représente 1% des effectifs de places disponibles, au cours de l'ensemble de l'année 2007 - ce ne sont pas moins de 38 000 personnes qui ont été accueillies de manière temporaire en EHPA, soit 17% des entrées et 16% des sorties – ce qui constitue, on en conviendra, des chiffres moins anecdotiques que ne le laisse supposer le simple nombre de place d'hébergement temporaire. L'analyse de ces flux montre que près d'un tiers des personnes âgées ne sont pas dépendantes au sens de la grille AGGIR (32% sont classés GIR 5 et 6). On constate, de fait, une saisonnalité de l'entrée en hébergement temporaire : 22% des entrées surviennent en juillet et août. La durée moyenne des séjours est, en outre, de 2 mois, et 72% des résidents sont restés moins d'un mois. Enfin, 78% des personnes âgées hébergées temporairement sont retournées à domicile ou chez un proche et 15% sont entrés dans un autre EHPA<sup>1</sup>.

- **L'accueil temporaire ou accueil de jour dans les cinq départements étudiés**

Les lits ou places d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire occupent une place très restreinte dans les cinq départements de notre échantillon.

Accueil de jour et accueil temporaire dans les 5 départements de l'échantillon (lits ou places installés au 01/01/2007)

Département	92	94	87	35	56	France entière
Accueil temporaire	56	124	87	218	123	7762
Accueil de jour	121	131	61	74	52	4954

Source : Statiss, DREES

L'hébergement temporaire suscite parfois des commentaires désabusés ou sceptique de la part de nos interlocuteurs des organismes de sécurité sociale : « En théorie, on intervient sur les dossiers de l'hébergement temporaire. On avait affiché notre intérêt pour une aide à l'hébergement temporaire ; on l'a intégrée dans notre thésaurus des aides classiques, mais en réalité, ça ne marche pas... les gens ne sont pas intéressés. Il n'y a pas de demande. C'est que les établissements qui offrent l'hébergement temporaire, même s'il y en a de plus en plus sur le papier, ça leur plaît pas beaucoup. Souvent, en région, c'est un moyen de tester la maison de retraite avant d'y rentrer définitivement. Et puis, pour un gestionnaire, s'il est vide, c'est une perte sèche... Pour nous, ça permettrait d'offrir une solution, par exemple la réalisation des travaux. Mais bon. » (CRAMIF).

Comme le souligne l'un de nos interlocuteurs à la DRASS d'Ile-de-France, « l'hébergement temporaire restera marginal par rapport aux EHPAD. On a tendance aujourd'hui à le mettre du côté du maintien à domicile, ça sert d'avantage au maintien à domicile, pour des solutions de répit ou pour des périodes aiguës de prise en charge : la personne devient plus dépendante parce qu'elle a une pathologie qui s'est ajoutée, mais une fois qu'elle est guérie ou que sa situation s'améliore de

1. Cf. Prévot (J.), « Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », *Etudes et résultats*, n°699, DREES, août 2009.



nouveau, elle peut repartir chez elle. Donc l'hébergement temporaire restera quelque chose qui de toute façon sera à la marge, en complément, pour aider à... et pas une alternative en tant que telle. Ce n'est pas quelque chose "entre", mais c'est lié à l'une ou à l'autre des solutions.». Ce que confirme une autre interlocutrice : « L'accueil temporaire demande plus que l'hébergement à temps plein un travail en réseau. Si vous ne l'inscrivez pas dans un travail et une réflexion en réseau, si ce n'est pas la cas, ça a moins de chance de marcher. L'hébergement temporaire suppose une réflexion sur les transports, etc. » Or, il semble bien que la qualité des partenariats avec les intervenants autour de la personne âgée n'est pas toujours suffisante.

Toutefois, localement, on relève aussi que le faible développement de l'accueil temporaire et de l'accueil de jour tient à un déficit d'identité des places d'hébergement temporaires dans les EHPAD. Insuffisance de la demande, insuffisance de réflexion sur les missions de ces formes d'accueil, telles sont les raisons invoquées :

« Pour l'accueil de jour, on se rend compte qu'un EHPAD qui n'aurait que deux ou trois places d'accueil de jour, ça ne peut pas fonctionner, parce qu'il faut un projet différent, un projet pédagogique. L'attention ces dernières années s'est beaucoup plus portée sur les EHPAD que sur l'accueil temporaire ou l'accueil de jour. Aujourd'hui, vis-à-vis des promoteurs, on conditionne l'ouverture d'un EHPAD à la proposition d'alternatives de places en accueil de jour ou d'accueil temporaire. Sauf qu'on en est resté à une sorte de proclamation et on en est à gérer des ouvertures de 5 places d'hébergement temporaire ou 5 places d'accueil de jour, alors qu'on se rend compte que ça ne marche pas. De plus en plus on se dit tous que créer un accueil de jour à moins de 12 places, c'est pas bien. On est parti dans l'anarchie, dans la dispersion, en se disant qu'il faut créer des accueils de jour et des hébergements temporaires partout, sans poser la question du pourquoi, du comment, et avec quelle rationalité économique, avec quelle identité en termes de projet de vie. Et puis l'hébergement temporaire ça peut servir à tellement de situations différentes : ça peut servir comme un sas d'entrée dans un EHPAD, ça peut être un moment de répit pour les familles, etc. Donc, il faut bien identifier quand on crée des places d'hébergement temporaire, à quelle demande ça répond.

Le problème c'est que, par exemple, il peut y avoir 5 lits d'hébergement temporaire, et soit ces 5 lits sont clairement identifiés, et l'établissement a une vraie volonté de remplir ces lits, de rendre ce service là, et il fait connaître l'existence de ça, et rend bien les services qui sont attendus des familles ; soit il a ces 5 lits et ne fait rien de plus, et donc ces 5 lits peuvent être une variable d'ajustement quand il a un peu plus de demande en EHPAD, il utilise ces 5 lits pour les accueillir de façon permanente. Il faudrait un travail d'enquête supplémentaire pour savoir quelle activité dans ces places là, par rapport au projet de l'établissement, par rapport aux besoins locaux. Tout est à faire dans ce champ là. »

Du côté de l'habitat, les services ou élus à l'habitat des intercommunalités rencontrées n'ont pas montré d'intérêt particulier pour l'accueil de jour et l'hébergement temporaire. Ce désintérêt est souvent lié à une méconnaissance totale de ces formules et au sentiment que cela déborde assez largement de leur champ de compétence. Il est d'ailleurs assez révélateur que la seule personne rencontrée qui nous ait effectivement donné un avis sur ces formules, l'ait fait, non au titre de l'intercommunalité, mais des fonctions qu'elle occupe par ailleurs à titre privé au sein de la communauté hospitalière de son territoire.

Le faible développement du recours à l'hébergement temporaire ou à l'accueil de jour tient aussi au problème des transports, qui devient, dans bien des cas, un obstacle presque discriminant : « En ce qui concerne les hébergements temporaires, il faut distinguer les hébergements temporaires urbains des autres. C'est beaucoup plus facile de faire tourner un accueil temporaire ou un accueil de jour en milieu urbain. Tout du moins en France, mais ce n'est pas le cas en Irlande par exemple où ils ont toute une réflexion sur les transports. » (DRASS Bretagne). Ainsi dans la communauté de communes de Vienne-Glane en Haute-Vienne, très rurale, pour l'élue en charge de l'habitat, les personnes âgées renoncent à se rendre dans les structure d'accueil de jour en raison du coût du transport « qui bien qu'il soit couvert à hauteur de 8 euros de l'heure par le Conseil général, engendre un prélèvement sur l'APA trop important passé 30 kilomètres ».

Les conseils généraux illustrent eux aussi l'ambiguïté qui existe concernant le développement de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire, contribuant à l'écart entre les objectifs fixés, tels qu'affichés dans le PRIAC et repris dans les schémas gérontologiques, et leur réalisation effective.

Le développement de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire fait clairement partie des objectifs prioritaires de la plupart des schémas gérontologiques des départements enquêtés. Que ce soit au nom du « soutien aux familles » (Hauts de Seine), de « l'articulation avec le domicile pour assurer un sas entre l'hébergement permanent et le domicile » (Val de Marne) ou de la « diversification des types d'accueil » (Haute Vienne), ces formules sont toujours présentées comme s'inscrivant dans l'aide au maintien à domicile en permettant de le prolonger. A ce titre, leur développement fait toujours l'objet de fiches actions qui tendent à rejoindre les objectifs du PRIAC, à savoir leur inscription dans le cadre du développement des EHPAD. Ainsi, afin de se mettre en conformité avec ce dernier, les schémas gérontologiques précisent dans leur plan d'action que les extensions ou créations nouvelles d'EHPAD devront intégrer quelques places de ce type : « Chaque projet de création d'établissement ou d'augmentation importante de capacité devra prévoir des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, dans le respect d'un cahier des charges précis, au regard des besoins identifiés territorialement, et conformément aux dispositions ministérielles ».

Or, comme nous l'avons vu, cette approche nie les résistances et difficultés à l'œuvre sur le terrain ainsi que la propre capacité des conseils généraux à prévoir les besoins futurs en la matière. Du reste, il semble que ces derniers aient pris acte de certaines difficultés. Ainsi, le conseil général de la Haute-Vienne dans son schéma gérontologique pose que « la situation très tendue du rapport offre/demande sur l'hébergement temporaire explique l'échec partiel de l'hébergement temporaire, les places dédiées étant souvent détournées de leur vocation initiale », et ajoute que « la problématique de la solvabilisation du coût du transport est un facteur essentiel du développement des accueils de jour ». Le conseil général du Val de Marne, quant à lui, est le seul à se livrer à un retour d'expérience sur le précédent Schéma gérontologique « permettant une première évaluation des difficultés rencontrées par ce genre de structure, [...] l'écart existant entre les places autorisées et les places installées indiquant une réelle difficulté à faire vivre effectivement des accueils de jour répondant bien aux besoins ». En conclusion, ce bilan indique que « l'hébergement temporaire se heurte à une difficulté spécifique ; il répond à une demande réelle, mais qui (hors les urgences et les sorties d'hôpital) est pour l'essentiel très saisonnière. De ce fait, le taux d'occupation de places qui seraient dédiées à l'hébergement temporaire n'excéderait pas 25% à 50%, entraînant des surcoûts que seules des structures suffisamment importantes peuvent assumer ».

Pour autant, *aucun schéma gérontologique ne prévoit d'inciter à la création d'établissements spécifiquement dédiés à ces formules et tous continuent à planifier la création de ces places au sein des EHPAD sans être en mesure de décliner cet objectif territorialement et temporellement*. En effet soit les diagnostics des schémas gérontologiques font l'économie d'une analyse prospective (et à fortiori localisée) des besoins ou ils n'y parviennent pas, comme le relève le Val de Marne : « il ne se dégage des travaux préparatoires aucun critère permettant de suggérer un ratio d'équipements prospectif. L'implantation souhaitable de ce type d'hébergement (intégré dans un établissement, séparé...) ne fait pas non plus l'objet d'une recommandation spécifique, des exemples divergents étant cités à l'appui de chacune des solutions ».

## **Le droit au maintien dans les lieux des locataires âgés : un débat houleux pour le parc social, un problème inaperçu dans le parc privé**

Sous le vocable de « maintien à domicile », on parle le plus souvent du parc social. Pour autant, la question se pose sans doute de manière tout aussi prégnante dans le parc privé.

- **Le maintien des personnes âgées face au problème de la rationalisation du parc social**

La question du maintien à domicile des personnes âgées dans le parc locatif social a fait l'objet de débats importants, opposant ceux qui défendent le principe d'un droit irréfugable au maintien dans

les lieux à ceux qui jugent abusif le principe lui-même. A cet égard, divers travaux s'interrogent sur la légitimité de ce droit au maintien dans les lieux sous le double motif que l'âge ne saurait être à *lui seul* le critère suffisant d'ouverture d'un tel droit, et que les conséquences de l'application de ce droit se révélait insupportable en termes de sous-occupation des logements quand des familles plus jeunes se voient condamnées à de très mauvaises conditions de logements<sup>1</sup>.

S'il y a consensus, même du côté des agglomérations, pour constater que la sous occupation des logements sociaux, en particulier par les personnes âgées, participe d'une mobilité faible au sein du parc social, les solutions à y apporter sont pour le moins divergentes selon les intercommunalités. Les entretiens réalisés révèlent qu'il s'agit là d'un sujet très récent qui bien qu'émergeant parfois à travers les opérations ANRU ne fait pas l'objet d'une attention particulière.

Certains refusent de participer à ce qu'ils qualifient « d'une atteinte non tolérable au droit au maintien dans les lieux », en renvoyant plutôt la solution à cette question du côté d'une politique volontariste de création de nouveaux logements sociaux – ainsi, dans le Morbihan, une responsable d'une Communauté d'agglomération refuse de manière violente de s'investir sur la question de la mobilité au sein du parc social au nom du droit au maintien dans les lieux : « il faudra nous passer sur le corps ». D'autres l'envisagent mais restent globalement assez dépossédés de la question, sauf ceux qui disposent d'offices communaux ou d'un office intercommunal. Si, dans certains cas, on observe une volonté d'accompagner la libération de grands logements en amenant les personnes âgées vers des logements plus adaptés, les agglomérations ne voient pas toujours de quels moyens d'actions elles peuvent user, ces derniers relevant plutôt de la politique interne du bailleur social ; ceci étant renforcé par le fait que parfois, comme en témoignait une agglomération bretonne, « les bailleurs ne communiquent pas sur leur stratégie, l'OPDHLM devrait prendre les devants ». Dans ce cas, les offices peuvent rencontrer de réelles difficultés, notamment face au problème du maintien du loyer. A cet égard le cas des missions relogements dans le cadre des opérations ANRU constitue un très bon champ d'expérimentation des difficultés que peuvent susciter une telle démarche ; « c'est déjà suffisamment difficile au moment des relogements ANRU pour ne pas qu'on s'encombre avec ça ». De manière générale, une politique – qui ne peut être, au demeurant, qu'incitative – de mobilité des personnes âgées dans le parc social est conditionnée par la possibilité de proposer une offre de logements plus petits et moins chers, le déficit d'offre de ce type posant souvent problème. Limoges Métropole, où la question du relogement des personnes âgées de plus de 60 ans (40% des ménages à reloger) était centrale dans le cadre du programme de renouvellement urbain constitue sans doute à cet égard un contre-exemple.

« Le relogement c'est plutôt bien déroulé avec un relogement systématique des personnes âgées dans du parc adapté. Cela a été rendu possible par le fait que dans le passé, on avait opéré une grosse phase de réhabilitation de cités anciennes en centre-ville permettant de rendre les logements plus accessibles et adaptés. Outre les relogements sur place dans du le réhabilité récent (60% environ) en général au rez-de-chaussée, une partie des personnes âgées ont été relogées dans ces cités de centre-ville dans le cadre du PRU. Il y a une systématiquement une mise à niveau du logement en fonction des besoins grâce à l'intervention de conseillère en économie sociale et familiale qui travaillent avec la régie technique. A trois mois, on a eu que des retours positifs. A six mois, les retours négatifs avaient trait à la nostalgie du quartier. » (Limoges Métropole)

Le cas, pour l'heure encore rare, de l'OPAC du Val de Marne qui a engagé une enquête auprès des locataires en situation de sous-occupation afin de finaliser un plan d'actions mutation/mobilité illustre toutefois l'acuité de la question.

Le débat a pris une tournure franchement politique au moment de la discussion de la loi MOLLE. Dans la perspective d'une libération de l'offre de logement, la loi a introduit une obligation de

---

1. Dans ce même esprit de rationalisation de l'occupation du parc, on peut relever la réticence, par un office HLM départemental, d'attribution d'un logement social à des personnes de plus de 70 ans, le bailleur préférant diriger ces personnes vers des foyers-logements dont il a la gestion.

mobilité des locataires HLM. Toutefois, cette obligation connaît des exceptions, en particulier, pour les locataires âgées de plus de 65 ans – ce seuil a été adopté après un débat fortement politisé, et contre l’avis du gouvernement qui préconisait le seuil de 70 ans.

- **Le droit au maintien dans les lieux dans le parc privé**

En contraste avec le débat portant sur le parc locatif social, on ne peut qu’être frappé du silence qui entoure le problème du maintien dans les lieux des personnes âgées dans le parc locatif privé. Or, ces locataires, comme on l’a vu, représentent de 10 à 15% des ménages de plus de 80 ans<sup>1</sup> titulaires d’une résidence principale, soit à peine moins que le taux de locataires du parc locatif social. Or, leur situation au regard du maintien dans les lieux semble bien moins favorable.

En effet, comme on l’a déjà observé, les locataires du parc privé bénéficient de protections juridiques, qui restent toutefois ponctuelles. Ainsi, le délai de préavis de congé est-il réduit pour les locataires de plus de 60 ans dont l’état de santé justifie d’un changement de domicile (loi du 6 juillet 1989) ; en outre, le locataire ne peut pas être congédié s’il remplit cumulativement les deux conditions suivantes : être âgé de plus de 70 ans à la date d’échéance du contrat de bail, et avoir à la date de signification du congé des ressources annuelles inférieures à une fois et demie le montant annuel du SMIC). Mais ces locataires restent exposés à un congé donné par leur bailleur, si celui-ci lui propose un logement correspondant à ses besoins et possibilités situé dans le voisinage ou s’il est lui-même âgé de plus de 60 ans ou si ses ressources annuelles sont inférieures à une fois et demi le montant annuel du SMIC.

Cette protection juridique incomplète explique largement les nouvelles demandes de logements sociaux, de la part de locataire du parc privé âgés. Ainsi, l’analyse de cette demande par l’ODHAC de la Haute-Vienne révèle, en effet, que les motifs de telles demandes sont le confort insuffisant du logement privé, la vente de ce logement et le loyer trop élevé. Il est en outre probable qu’une analyse fine de la demande au titre du DALO mettrait en lumière la question des locataires du parc privé contraints de déménager, comme le relève l’ADIL du Val de Marne, en charge de l’instruction des dossiers DALO.

---

1. Cf. Tableau, p. 74.



---

## **Quatrième partie : de la formule intermédiaire entre le logement et l'établissement à l'entrée en EHPAD : une articulation difficile entre logement et médico-social, un changement de domicile mal appréhendé**

---

Le développement de « formules intermédiaires entre logement et établissement », encouragé par les différents plans, est un objectif connu et fréquemment évoqué, tant du côté de l'habitat que du côté du médico-social, voire un objectif inscrit dans les schémas gérontologiques. Pour autant, la nature exacte des projets correspondant à ces formules intermédiaires apparaît d'emblée très hétérogène ou, plus exactement, dans chacun des cinq départements enquêtés, seules quelques expériences sont connues et partagées ; la nature juridique de ces formules, leur définition exacte et plus encore l'évaluation de leur intérêt, pertinence, etc., relevant quasiment du « flou artistique » pour nombre de nos interlocuteurs.

Ces formules intermédiaires apparaissent de manière systématique sous la forme de prototypes extrêmement localisés. Ceux-ci sont, en règle générale, peu décrits, peu diffusés, mais aussi, dès lors, peu évalués. Ils sont, enfin, la plupart du temps, non enregistrés dans les statistiques publiques. A bien des égards, on le voit, nous avons bien affaire à des formules *invisibles*, par opposition aux formules visibles et connues que sont le foyer logement et l'établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD), clairement identifié comme relevant du secteur médico-social. Si le vocable d'EHPAD est connu, la question du passage du domicile à l'EHPAD, quoiqu'au carrefour du logement et du vieillissement n'est que très mal appréhendée, que l'on considère, pour reprendre un terme cher à l'habitat le « parcours résidentiel des personnes », ou pour reprendre un terme cher à la gérontologie « la liberté de choisir son mode de vie », tel que formulé dans la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante.

Après une présentation succincte des formules d'hébergement des personnes âgées, la grille même d'analyse et de classement n'étant pas stabilisée d'où des sens parfois tout à fait différents pour le même mot, selon le secteur, voire l'interlocuteur considéré, nous nous sommes attachés à présenter les formules retenues par les différents schémas gérontologiques, tant en termes de structures d'hébergement classiques que de formules intermédiaires, puis à détailler ces formules, allant des plus connues et développées, soient les logements-foyers et les EHPAD, aux « connues mais peu évoquées » telles qu'accueil familial et résidences services privées, puis aux formules innovantes, relevant plutôt de l'expérimental.

## Les formules d'accueil des personnes âgées à la lumière du droit : les frontières entre logement et établissement

Les catégories mobilisées pour présenter les formes d'accueil des personnes âgées sont très hétérogènes. Si les publications officielles se réfèrent plutôt à cinq, voire sept catégories, les sites grand public font référence à des formules bien plus nombreuses, mêlant dénomination juridique, appellations commerciales ou labels, sans parler de l'emploi de termes génériques comme « maisons de retraite » qui n'a plus de valeur juridique, à l'heure où l'on parle d'EHPA ou d'EHPAD.

A titre d'exemples, la DRESS (enquête EHPA 2007), définit ainsi cinq catégories d'établissements : l'EHPAD, la maison de retraite non EHPAD, le logement foyer non EHPAD, les Unités de soins de longue durée (USLD) non EHPAD, ainsi que les « autres » non EHPAD, à savoir les établissements d'hébergement temporaire et établissements expérimentaux. Cette classification, différente de celle établie lors de l'enquête EHPA 2003 est liée au renforcement de la médicalisation des établissements accueillant des personnes âgées, signataires, progressivement de conventions tripartites avec leur conseil général et l'assurance maladie. Sous le vocable EHPAD, on trouve donc des maisons de retraite, des foyers logements mais aussi des places d'USLD reconverties en longs séjours médico-sociaux. En outre, au sein de chaque catégorie, une distinction est faite entre secteur public, secteur privé non lucratif et secteur privé lucratif.

S'agissant de la rubrique « Trouvez la maison de retraite qu'il vous faut » du site grand public dédié aux retraités, <http://www.horizon-retraite.com/>, dix sept catégories sont recensées : maison de retraite publique, maison de retraite privée, maison de retraite médicalisée, EHPAD, Résidences services, Foyer logement, MAPA, MAPAD, USLD, Cantou, Village retraite, Famille d'accueil, Maison de repos, Accueil de jour, Hôpital de jour. Hébergement temporaire.

Juridiquement parlant, ces différentes offres relèvent de réglementations différentes voire de réglementations qui peuvent se combiner, ce qui est source de complexité. Les formules d'accueil des personnes âgées peuvent ainsi relever :

- du domaine *médico-social* pour les offres d'accueil qui peuvent être qualifiées d'établissement qui accueillent des personnes âgées (Code de l'action sociale et de la famille : art L 312-1). Au regard de la législation sociale les établissements hébergeant des personnes âgées sont dorénavant des EHPA (Etablissements Hébergeant des Personnes Agées) s'ils accueillent en majorité des personnes non dépendantes, soit des EHPAD (Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes) s'ils accueillent en majorité des personnes âgées dépendantes. La structure d'accueil des personnes âgées qui est qualifiée d'établissement médico-social doit avoir obtenu une autorisation (ou un agrément pour l'accueil familial ; cette forme d'accueil étant qualifiée de service médico-social). Cet établissement pourra accueillir des bénéficiaires de l'aide sociale.
- du domaine *sanitaire* (codifié dans le Code de la santé publique). Les USLD (Unités de soins de longue durée) assurent l'hébergement de personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance constante et des traitements d'entretien. Ce sont en principe les structures les plus médicalisées. Elles n'accueillent pas exclusivement mais en grande majorité des personnes âgées. 90 à 95% des personnes prises en charge dans ces services sont des personnes âgées dépendantes. Ces structures sanitaires peuvent rejoindre le secteur médico-social par la conclusion des conventions tripartites, se transformant alors en EHPAD.
- du domaine *du logement* : (codifié dans le Code de la construction et de l'habitation pour les logements foyers) ou dans le code de la copropriété (loi du 10.7.65) pour les résidences services. Pour la formule du logement-foyer une réglementation est combinée à une autre.

Cette structure est à la fois un EHPA ou un EHPAD au regard de la législation sociale et du Code de la construction et du Code de l'action sociale et des familles en tant qu'établissement médico-social.

Devant la diversification des formules d'accueil des personnes âgées, les critères des activités qui relèvent du Code de l'action sociale, précisés par la jurisprudence dès les années 1990, ont été rappelés par les pouvoirs publics (DGAS) pour éviter les contournements. Ainsi en 2007, une instruction rappelle les critères d'appartenance à la catégorie d'établissement médico-sociaux à propos des résidences services agréées (instruction NDGAS du 14 mai 2007 relative aux résidences services et aux nouvelles conditions de mise en œuvre du droit de l'agrément pour la fourniture de certains services à la personne). Les critères établis par la jurisprudence reconnaissent à l'établissement médico-social :

- une identité sociale reposant sur les fondements énoncés aux articles L 116-1 et L 311-1 du Code de l'action sociale et des familles (protection des personnes, mission d'intérêt général et d'utilité sociale, promotion de l'autonomie, de l'insertion des personnes).
- une réponse collective et permanente marquée du sceau des caractéristiques suivantes :
  - la professionnalisation : présence d'une équipe pluridisciplinaire de professionnels devant présenter, pour ceux autres que les administratifs et gestionnaires des qualifications homologuées en l'absence desquelles le public ne peut être pris en charge ou maintenu dans les lieux (CAA Marseille 18.11.97/CE du 29.11.95);
  - le caractère obligatoire pour les prestations collectives, critère qui doit cependant être joint à d'autres car en lui-même il n'est pas suffisant (les logements foyers qui entrent dans le champ d'application de la législation sociale offrent des prestations facultatives) ;
  - l'indissolubilité du lien entre bail et prestations assurées (CE 16.10.98 et CE 29.12.95).

L'administration conjointe (ministère de l'Emploi, Cohésion sociale, Logement d'une part et ministère de la Santé et des Solidarités d'autre part) alertent les préfets de département (DDASS et DDT) sur ce qui pourrait être un détournement de procédure :

- un programme immobilier pour les personnes (quels que soient le nombre et le statut) présentant un besoin de prise en charge non pleinement satisfait par des prestations médicales, sociales ou médico-sociales relevant d'un secteur administré (SSIAD) ou libéral ;
- la mise en place par le promoteur ou le gestionnaire de ces prestations indispensables à l'état de la personne
- la mise en place d'un système de rémunération dans lequel le gestionnaire se fait verser directement des financements issus de l'aide sociale ou de l'APA à domicile
- la mise en place par le promoteur ou le gestionnaire d'une évaluation individualisée puis collective des besoins tentant ensuite en fonction de cette analyse d'y répondre en prenant une posture de « prescripteurs de prestations » et d'organisateur de l'offre ;

En résumé, le développement d'offres d'accueil de personnes âgées dans des logements ordinaires pose la question de savoir si ces offres sont en dehors du secteur administré (et donc en dehors de toute autorisation, contrôle ...). Comme le souligne l'Association pour le développement de nouvelles résidences avec services pour les personnes âgées (ANRESPA), structure associée de l'USH, « les bailleurs sociaux ont développé, en dehors du cadre des logements foyers, des formules d'habitat adapté qui font appel, sous une forme ou sous une autre, à des services favorisant la convivialité et la sécurité. Les solutions proposées se situent parfois à la lisière du cadre juridique de l'EHPA, avec le risque inhérent de requalification liée à la massification de publics fragilisés dans un même immeuble ». L'ANRESPA se penche d'ailleurs actuellement sur une étude juridique de ces

formules afin de préciser les contours de la législation et de l'arsenal réglementaire du domaine médico-social ainsi que les effets de la jurisprudence<sup>1</sup>.

L'enquête menée pour le PUCA par Dominique Argoud, qui s'intéresse aux formes d'habitat intermédiaires développées au cours des deux précédentes décennies qualifie celles-ci d'innovantes car elles ont su s'implanter dans un espace situé à l'intersection de deux champs sectoriels : celui du logement et celui du social et médico-social<sup>2</sup> ; cette enquête souligne elle aussi les limites du développement de ces formules. Le fait que les porteurs de projets actuels ne proviennent pas ou peu du secteur social ou médico-social risque, selon D. Argoud de faire émerger une nouvelle dichotomie entre deux mondes s'ignorant en partie ; celui du social et médico-social focalisé sur la dépendance et celui de l'habitat privilégiant le regroupement de personnes vieillissantes encore autonomes et la lutte contre l'isolement. L'introduction de services dans les logements regroupés tend malgré tout à témoigner d'une volonté de prendre en compte a minima la problématique de la dépendance. Mais la crainte de voir requalifier leur projet en structure social et médico-sociale ne leur permet guère d'aller très loin dans cette logique.

A noter enfin le rôle majeur joué par les bailleurs sociaux dans le développement des formules intermédiaires. Dans un dossier consacré au vieillissement et au handicap<sup>3</sup>, l'USH consacre plusieurs articles aux formules « entre logement et hébergement » et présente nombre d'expériences visant à adapter l'offre et la gestion locative et susciter l'arrivée de services à la personne, le tout à des prix accessibles et compatibles avec des ressources qui vont en s'amointrissant. Le mouvement HLM explore ainsi la piste de la production d'une offre diversifiée, celle de l'adaptation de la gestion locative du bailleur (accompagnement des personnes âgées dans leur vie quotidienne de locataires notamment), ainsi que la mise en œuvre de services (rôle d'alerte des partenaires ? Rôle d'ensemblier de services sur les territoires ? Rôle de repérage des services non couverts dans le parc ? Réalisation de prestations directes ?) Sachant que les bailleurs sociaux sont les interlocuteurs privilégiés des collectivités locales en matière de logements, le rapprochement habitat / vieillissement pourrait sans doute se faire d'abord par le biais de montages d'opérations « portées » par le secteur HLM et gérées par les CCAS ou associations gestionnaires pour les EHPA, en liaison avec les services à la personne proposées par les collectivités pour les logements hors EHPA.

A travers cette synthèse transparait nettement l'instabilité juridique des « formules innovantes », frein majeur à leur développement, mais aussi l'intérêt croissant porté par les acteurs du logement à la question, ne serait-ce que par les modes de financement des formules « innovantes » qui mobilisent pour partie des financements ordinaires (PLS, PLUS), font appel à l'investissement privé, sans oublier, selon les cas le concours de la CNAV, la CRAM et des collectivités locales elles-mêmes.

## Les formules présentes dans les cinq départements enquêtés

- **Formules intermédiaires et places en EHPAD dans les schémas gérontologiques**

Les schémas gérontologiques prévoient presque tous le développement de l'offre d'hébergement en établissements (créations ou extensions), mais aussi la diversification des établissements par des formules d'hébergement novatrices. D'emblée, les formules relevant exclusivement du secteur privé et du logement de droit commun, à savoir notamment les résidences-service en copropriété ou locatives, restent parfaitement méconnues, et semblent absentes des réflexions de planification publique.

1. ANRESPA, « un domicile social accompagné ? », *Actualités Habitat*, n°888, 30 septembre 2009.

2. « L'habitat et la gérontologie : deux cultures en voie de rapprochement ? », PUCA, programme de recherche « vieillissement de la population et habitat », octobre 2008.

3. « Vieillesse et handicap : des enjeux nouveaux pour l'habitat », *Habitat et société*, USH, décembre 2008.



Les besoins en établissements et formules d'accueil intermédiaires d'après les schémas gérontologiques en cours

Evaluation des besoins en établissements	Enjeux et objectifs	Programmation, fiches actions et moyens
<i>Haute-Vienne (Schéma 2007-2011)</i>		
<p>Recensement de l'offre en Ehpad/Ehpa dont les petites unités de vie et de leur localisation sur le territoire départemental.</p> <p>Triple constat :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Sous équipement objectif qui donne lieu à une programmation chronologique territoriale par Pays</li> <li>6. Nécessité de <u>diversifier les modes de prise en charge</u> en institution</li> <li>7. Mutation institutionnelle qui redistribue les rôles entre établissements et coordination gérontologique</li> </ol>	<p>7 axes dont :</p> <p>Renforcement et adaptation de la capacité départementale des établissements d'hébergement par le biais d'une <u>programmation chronologique territoriale</u></p> <p><u>Diversification des établissements</u> en développant les complémentarités domicile institution et les formules d'accueil intermédiaires notamment à travers le <u>développement des formules d'hébergement novatrice</u></p> <p><i>Ces formules reposent sur une offre habitat, individuel ou collectif, disposant de toutes les caractéristiques architecturales d'accessibilité, de prévention ou d'accompagnement de la perte d'autonomie (volets électriques, plans inclinés, rampes de maintien, circulations adaptés, etc). Il est généralement doté, sur place ou à proximité, de locaux communs destinés à servir de lieux d'activité et de restauration. Des prestations de services d'aide à domicile peuvent également être proposées. Qu'il s'agisse de hameaux gérontologiques, d'appartements adaptés disséminés dans les immeubles collectifs de type unité de vie ou encore de résidences services, les variantes et les formes juridiques sont nombreuses. La question de leur autorisation dans le cadre des institutions sociales et médico-sociales devra donc être étudiée au cas par cas.</i></p>	<p>I fiche action concernant la programmation territoriale avec définition des capacités d'extension des établissements et programmation des futures créations qui conditionnent les autorisations de création. 3 critères majeurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- disponibilités foncières</li> <li>- accessibilité et desserte aisées</li> <li>-proximité activités commerciales et/ou services</li> </ul> <p>La programmation tient compte des petites unités de vie mais conditionne leur réalisation à l'évaluation et à la pérennisation des deux structures existantes compte tenu des difficultés de fonctionnement rencontrées.</p> <p>Pas d'action dédiée au développement de formules d'hébergement novatrices</p> <p>En 2009, c'est finalement le service habitat à travers la contractualisation avec les Pays dans le cadre des PTH que le Conseil général a décidé de lancer un appel à projets pour la construction de 9 nouvelles petites unités de vie.</p>
<i>Morbihan (Schéma 2006-2010)</i>		
<p>Recensement de l'offre en établissement. Constat d'une offre diversifiée : Ehpa, PUV, Ehpad et Usld.</p> <p>Estimation des besoins à venir et confrontation avec l'offre existante. Permet de réaliser une priorisation par pays sur la base du taux d'équipement actuel.</p>	<p>5 axes dont :</p> <p>Axe 2 : Proposer des <u>formules d'accueil diversifiées entre le domicile et l'établissement</u> qui vont permettre à la personne âgée de rester dans un environnement familial tout en ayant un accompagnement adapté à sa perte d'autonomie. Cela comprend l'accueil de jour, l'hébergement temporaire, l'accueil de nuit ; le développement de logements sociaux adaptés et l'<u>harmonisation du développement des domiciles partagés</u></p> <p>Axe 3 : Améliorer l'accueil et l'hébergement des personnes âgées</p> <p>Dont objectif 9 : Développer l'offre de places en établissement en priorisant la création de places nouvelles sur les pays insuffisamment dotés</p>	<p>Pas de fiches actions précises. Reste au stade des orientations qui détaillent les constats, l'objectif et l'engagement financier du Conseil général.</p> <p>Orientation 6 : financement par le Conseil général des surcoûts de 30 domiciles partagés supplémentaires (16 existent déjà) dans la limite de 1067 euros par logement.</p> <p>Orientation 10 : créer un contrat d'objectif pluriannuel avec les établissements Ehpa et PUV non tenus de signer une convention tripartite afin que ces établissements puissent bénéficier d'un important programme d'investissement relatif aux travaux de sécurité et d'hygiène.</p>
<i>Val-de-Marne (Schéma 2006-2010)</i>		
<p>Recensement sommaire de l'offre en foyers logements et Ehpad. Aucune mention d'autres formules d'hébergement</p>	<p>Volonté de rattraper le retard en offre disponible en permettant l'entrée en établissement à tous</p> <p>Volonté d'assurer l'articulation entre le domicile et l'institution. Cette articulation ne comprend pas le développement de structures intermédiaires. Il est seulement fait mention de formes innovantes d'accueil en Ehpad.</p>	<p>Pas réellement de programmation. Le choix est fait de s'appuyer avant tout sur les projets autorisés et les demandes d'autorisation en cours. Pas d'approche territoriale. Aucune action relative aux autres établissements que les foyers logements ou les Ehpad.</p>

Hauts-de-Seine (Schéma 2005-2010)

<p>Estimations des besoins théoriques à horizon 2010 selon un objectif de taux d'équipement au moins équivalent à la région. Déclinaison par territoires de santé de nombres de places à créer</p>	<p>Double démarche :</p> <p>Rattrapage du taux d'équipement régional moyen à horizon 2010</p> <p>Diversification de l'offre et d'innovation pour s'adapter à la diversité des besoins.</p>	<p>Pour le développement de l'offre en Ehpad, des critères de recevabilité des projets et de classement à l'aide d'un système de cotation sont présentés afin d'orienter le financement vers les territoires sous dotés.</p> <p>I fiche action : Innover dans la création des structures d'hébergement Se limite aux innovations dans les structures type foyer logements ou Ehpad. Stade de la réflexion à des projets innovants pour l'hébergement collectif des personnes âgées afin de proposer un choix plus large de possibilités Il n'est pas fait mention de formules intermédiaires.</p>
--	--	---

Il est intéressant de noter que le vocable de *formule intermédiaire* s'applique aussi bien à l'accueil de jour ou à l'hébergement temporaire, soit des formes d'accueil qui prennent place dans les structures d'hébergement classiques, qu'à l'accueil familial ou aux formes d'hébergement dites « *novatrices* ».

Alors que l'ensemble des schémas traitent plus ou moins la question des formules d'accueil intermédiaires de type accueil de jour/nuit ou hébergement temporaire, la présentation de formes d'hébergement novatrices semble plus rare (petites unités de vie, PUV, pour la Haute-Vienne et domiciles partagés pour le Morbihan). Pour les Hauts de Seine et le Val de Marne, seuls les foyers logement, EHPAD et USLD sont considérés, ce qui n'empêche nullement ces départements de formuler des ambitions *d'amélioration du lien entre domicile et institution*, passant par de nouvelles formes d'accueil et de gestion dans les structures existantes. Dans l'Ille et Vilaine, un projet de petites unités de vie est également en cours d'expérimentation.

Selon le territoire, une même formule, en l'occurrence les petites unités de vie, est positionnée différemment dans le spectre des formules d'hébergement dédiées aux personnes âgées. Dans le Morbihan, cette formule est considérée plutôt comme un type d'établissement d'hébergement que comme une étape entre le logement et l'hébergement, cette place étant occupée par la formule « domicile partagé » ; en Haute Vienne, les PUV sont considérées comme des formules d'hébergement intermédiaires entre le logement adapté et l'hébergement, bien qu'elles fassent l'objet d'une programmation territoriale au même titre que les EHPAD. Enfin l'Ille et Vilaine expérimente, de manière timide des petites unités de vie, fort différentes au demeurant de celles de la Haute Vienne (cf. infra).

Si les acteurs des politiques du vieillissement cernent bien la nature des formules proposées, tel n'est pas le cas des acteurs de l'habitat, le déficit d'articulation commençant dès ce stade.

- **Le point de vue des acteurs de l'habitat**

Les acteurs de l'habitat, et en particulier les intercommunalités, disposent d'une vision sommaire et bien souvent partielle de ce qu'ils regroupent souvent sous le vocable « maisons de retraite » ou « résidences pour personnes âgées ». Ce constat bien, qu'assez répandu, est particulièrement marqué en Ile-de-France où cette méconnaissance voire ce désintérêt est lié au fait qu'il ne s'agit pas là, selon nos interlocuteurs, de prérogatives intercommunales. Plusieurs ne disposaient pas du tout de recensement de ces structures sur le territoire. Quant à ceux qui en disposaient, les confusions entre les différents types de structures étaient fréquentes et l'absence de suivi et d'échanges avec ces structures était la règle :

« Il faut bien reconnaître que nous disposons à l'heure actuelle d'une connaissance très floue [des établissements dédiés aux personnes âgées] »

« Nous n'avons pas de remontées particulières, nous restons à part en tant que service Logement »  
« Un recensement existe de ces structures dans le diagnostic du PLH depuis 2006 et qui a dû être réactualisé depuis dans le cadre de l'Observatoire, mais on n'a pas d'échanges particulier avec ces structures, ni de suivi particulier »

Ce relatif désintérêt est souvent lié au sentiment « que cela déborde assez largement notre champ de compétence ». Il est d'ailleurs assez illustratif que la seule personne rencontrée qui nous ait effectivement donné un avis sur les formules intermédiaires l'ait fait non au titre de l'intercommunalité mais des fonctions qu'elle occupe par ailleurs à titre privé au sein de la communauté hospitalière de son territoire.

Toutefois, parmi les nombreuses formules allant du logement de droit commun avec services à la carte aux établissements d'hébergement des personnes âgées, les acteurs de l'habitat appréhendent plutôt bien deux structures, à savoir les foyers logements et les EHPAD (*cf. infra*), alors que tel ne semble pas être le cas des résidences services privées ou de l'accueil familial. Quant aux formules « intermédiaires entre le logement et l'établissement » spontanément évoquées par nos interlocuteurs, elles relèvent soit du secteur médico-social, tel l'accueil familial, l'hébergement en EHPA (foyer logement, Petite Unité de Vie), soit de formules de logements banalisés accompagnés de services à la carte, cette catégorie comprenant aussi bien la « nébuleuse HLM », que les résidences services privées. Dans bien des cas toutefois, des confusions existent ; sont ainsi appelées « résidences personnes âgées » la réservation de logements HLM ordinaires avec droits de réservation confiés au CCAS ; ou bien encore les résidences services sont selon les cas des logements foyers construits par un bailleur social ou une résidence privée en copropriété. A noter enfin que nombre d'agglomérations ne souscrivent pas aux démarches « d'entre soi » qui de surcroît « n'envisagent pas l'avancée en âge et la survenue de la dépendance », telles que les « villages seniors », « papy loft », « villages retraites » voire dans un cas la formule de domicile partagé développée par le bailleur Bretagne Sud Habitat (*cf. infra « zoom sur des formules innovantes »*), avec une posture de vigilance voire de réticence.

## Les solutions les mieux connues : les logements -foyers- et les EHPAD

Ces structures sont les seules pour lesquelles on dispose de données statistiques précises, via le RGP de l'INSEE mais aussi le décompte fourni par les bailleurs sociaux pour les logements-foyers, via la base de données FINESS pour les EHPAD.

- **Les logements-foyers** (130.000 résidents en 2007, enquête EHPA)

Depuis la loi SRU, le logement -foyer est défini comme un établissement destiné au logement collectif à titre de résidence principale de personnes âgées dans des locaux comportant à la fois des locaux privatifs meublés ou non et des locaux communs affectés à la vie collective (CCH : art L.633-1). Au départ la notion de logements-foyers était utilisée pour désigner une opération réalisée par un opérateur HLM qui achetait ou construisait un ensemble bâti grâce à des aides publiques, et le louait à des œuvres à caractère social, en vue de sa sous-location à des tarifs économiquement abordables. C'est pourquoi les logements-foyers personnes âgées demeurent dans leur grande majorité propriété des HLM et sont gérés par des CCAS. Le logement-foyer fait partie de la catégorie des établissements médico-sociaux et est soumis à la réglementation correspondante. L'occupant d'un logement foyer verse une redevance mensuelle qui comprend un équivalent loyer, un équivalent charges et le cas échéant une part complémentaire couvrant les prestations pour lesquelles l'occupant a opté. Selon le GIR moyen pondéré ou GMP (voir première partie), le logement foyer est considéré comme un EHPA ou comme un EHPAD.

Les logements-foyers semblent relativement bien identifiés tant par le monde médico-social que par le monde de l'habitat. Outre leur ancienneté et leur « gouvernance », l'implication des bailleurs sociaux et les demandes de crédits de rénovation ont amené les intercommunalités à s'y intéresser.

Dans plusieurs départements, un débat existait (et existe encore) entre ceux qui, en raison de l'évolution du maintien à domicile d'une part, du taux de personnes dépendantes dans les listes d'attente pour une place en EHPAD d'autre part, souhaitent voire cette formule abandonnée au bénéfice des EHPAD et d'autres, notamment les bailleurs soutenus par les intercommunalités, qui souhaitent rester prudent et ne pas céder à la précipitation : « Chez nous, on constate un regain d'intérêt récent pour ces structures [à savoir les foyers logements] et on reste prudent sur la reconversion des foyers logements en EHPAD ».

Un conseil général évoque ainsi l'évolution des besoins. « On constate que le niveau de vie des nouveaux retraités s'affaïsse par rapport à la génération précédente avec de plus en plus de ménages âgés qui n'ont pas forcément de patrimoine [...], donc on se dit que les logements-foyers peuvent apporter une réponse à ces ménages lorsqu'ils ne sont pas trop dépendants ». D'autres enfin évoquent la nécessité de conserver et de développer « toute une gamme de produits habitat en faveur des personnes âgées », dont les logements - foyers constituent un maillon.

- **Les EHPAD (360.000 résidents en 2007, enquête EHPA)**

L'une des questions principales concernant les EHPAD est celle d'une adéquation de leur implantation aux besoins de la population. Les taux d'équipement définis de manière départementale peuvent dissimuler des disparités internes importantes. L'accessibilité semble être le point le plus sensible – accessibilité géographique, mais aussi économique – pour lequel les programmeurs (qu'il s'agisse des Conseil généraux, ou des DRASS) n'ont pas toujours les outils adéquats, ce débat échappant largement, au demeurant, aux acteurs de l'habitat.

« Ce que l'on fait aussi, c'est qu'on a demandé à l'INSEE de nous faire des projections jusqu'en 2020, 203, je ne sais plus..., des populations de 75 ans et +, et 85 ans et + dans ces territoires gérontologiques – on n'a pas de données concernant les revenus, je ne sais pas si elles seront disponibles à l'échelle qui nous intéresse. On a aussi demandé à l'INSEE de nous faire une étude sur la population âgée dépendante. Avec cet outil, on a une approche plus spécifique, mais qui s'arrête au niveau départemental. On ne peut aller plus en deçà. Là, c'est intéressant, parce qu'il y a une partie sur l'habitat, et sur les niveaux de ressources. Le problème, c'est que ça concerne les ménages. Ce qui pose problème. Là, on est coincé. Mais on aura quelques éléments. On aura aussi une étude – le troisième volet – sur les aidants, mais ça restera assez rudimentaire. » (Responsable DRASSIF)

Le travail de négociation entre les départements et les DRASS donne forme au PRIAC (Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie). Il s'agit d'une expression des besoins sur laquelle s'appuie la CNSA pour négocier avec l'Assurance maladie les crédits à prévoir. Le schéma organisationnel du PRIAC semble, en même temps, multiplier les occasions de dysfonctionnement, en particulier du fait de l'enchevêtrement des niveaux territoriaux.

« Les interlocuteurs quotidiens des CG, ce sont les DDASS. Donc, nous DRASS, quand on fait le PRIAC, on insiste beaucoup avec les DDASS. Mais on leur dit d'en parler d'abord, de A à Z avec vos conseils généraux, de façon à ce quand on se voit, on parte sur des positions consensuels. On a du mal à savoir si ça se fait ou si ça ne se fait pas. Au niveau technique, les relations sont la plupart du temps correctes, ou même bonnes avec leurs homologues techniciens. Sauf que ces collègues sont sous l'autorité – c'est normal – du CG, du président du CG, et n'ont pas forcément un mandat précis pour discuter avec la DDASS à ce niveau là. On est toujours dans le flou. Ensuite, sur un plan formel, nous, pour le PRIAC, on fait des réunions de concertation. On en fait deux : une en début de processus, et une autre en fin de processus. Mais là, en fonction des CG, certains vont envoyer un vice-président chargé des affaires sociales, d'autres vont envoyer seulement un chef de service ou même un simple rédacteur qui va être là plutôt pour écouter. On a rarement un retour, et c'est nous qui apportons des informations et qui disons, comment on voit les choses. Dernièrement, on a envoyé le projet de PRIAC au président de CG, et pour l'instant, je n'ai pas vu l'ombre d'un avis formalisé, écrit. »

Ces dysfonctionnements poussent certains à vouloir prolonger la décentralisation : « Le PRIAC, ce sont des crédits de l'assurance maladie. Certains ont dit, il faudrait aller au bout de la logique et que la CNSA distribue directement aux départements. Cela dit, c'est déjà en partie le cas, puisque les crédits sont attribués en fonction des départements. La DRASS peut modifier certaines choses, mais

c'est déjà un peu le cas. » Pour autant, avec la mise en place des Agences régionales de Santé, c'est sans doute une autre logique qui est à l'œuvre. Et d'aucuns d'espérer que ces nouvelles agences seront susceptibles d'améliorer la coordination des acteurs :

« Je crois que le niveau régional est une bonne chose. Alors sans doute avec les ARS, la CNSA distribuera une enveloppe régionale, à répartir, à programmer. Il y aura une autorité unique. Parce qu'actuellement, il y a huit autorités départementales, et la DRASS n'a pas d'autorité sur les DDASS, et on attribue les crédits, et puis les DDASS prennent du retard, ou font autre chose... On n'a pas de maîtrise de la programmation et surtout du suivi de la réalisation. Ce qui fait qu'au bout, on a des crédits inemployés, et le ministère du Budget a beau jeu de dire à la CNSA qu'elle demande des augmentations de 15%, et quand on regarde la consommation, il y a 500 millions qui ne sont pas consommés. Là ça mettra plus de cohérence entre l'attribution des crédits et la consommation. Et puis, les préfets n'étant plus partie prenante, on aura peut-être – c'est une possibilité – des politiques qui ne seront plus seulement l'addition de plusieurs politiques départementales. Il y aura sans doute une plus grande cohérence, sans doute aussi parce que les ARS auront des outils que n'ont jamais eu les services de l'Etat. Enfin, on verra... On peut penser que ce processus de concentration rendra les choses plus efficaces, mais cette efficacité sera liée à une meilleure connaissance de la réalité existante, à une meilleure appréhension des besoins. » (Responsable DRASSIF)

Dans bien des cas, toutefois, l'implantation des EHPAD est soumise au marché, de manière variable selon les départements. Ainsi, en Ile-de-France :

« Si l'on prend les EHPAD, on a un tiers de public, un gros tiers de privé à but lucratif, et un petit tiers de privé à but non lucratif. On a une grosse poussée de privé à but lucratif, variable selon les départements. Il y a des départements où c'est moins prégnant, mais y compris en Seine-Saint-Denis ou dans le Val-de-Marne, cette présence est de plus en plus forte. Les CG l'acceptent maintenant, sachant qu'ils négocient la présence, dans ces établissements là, de places habilitées à l'aide sociale. Les conseils généraux n'ont pas vocation à être des opérateurs – sauf un exemple dans le Val-de-Marne, peut-être. Alors, trouver des opérateurs, ce n'est pas simple... Pour trouver des opérateurs publics, il faudrait qu'ils trouvent des opérateurs communaux ou intercommunaux ou des organismes sanitaires qui gèrent déjà des établissements ou qui souhaitent les développer. Dans le secteur associatif, ce sont plutôt des fondations, des ex-congrégations religieuses, mais là non plus on ne trouve pas de nouveaux promoteurs. Donc, on peut suggérer à des promoteurs historiques de se développer, mais ce n'est pas facile. Il y a des associations qui ont une présence dans les logements-foyers ou autres qui se disent ou qui cherchent à se développer. »

Pour les intercommunalités, l'intérêt porté aux EHPAD relève de diverses motivations allant du déficit d'intérêt porté par le secteur privé au territoire (cas de la Haute Vienne) à la volonté politique « de garder la main » via la maîtrise des financements. Ainsi, une agglomération bretonne avec plusieurs projets d'EHPAD publics en vue comptait les financer via des crédits PLUS « afin d'éviter la création de places trop onéreuses compte tenu du profil des ménages et des contraintes de fonctionnement ».

Quelques intercommunalités ont en outre souligné que les places d'EHPAD étant comptabilisées comme du logement social ordinaire, elles contribuent à combler le retard dans la production de logements sociaux, l'initiative privée demeurant, notamment en Ile de France, prépondérante.

« Nous on s'intéresse aux Ehpads parce qu'on aide à la surcharge foncière et surtout car ça intéresse beaucoup les élus [et ce] pour deux raisons principales : comme certaines communes font face à un vieillissement prononcé il y a la volonté d'ancrer cette population sur le territoire et surtout on ne cache pas que ça leur permet de résorber leur retard au niveau de la loi SRU. »

Indéniablement, le financement des EHPAD par des crédits logements ordinaires ajouté à la banalisation de l'investissement locatif (avantages fiscaux) contribue à une sensibilisation des acteurs de l'habitat à la question.

Malgré cet intérêt marqué, force est de constater que rares sont les intercommunalités qui s'investissent financièrement dans la production d'une offre nouvelle (4 cas) et encore moins dans la participation à l'amélioration des structures existantes. En effet, lorsqu'ils s'engagent, les acteurs privilégient l'offre nouvelle car les élus « ont [souvent] le sentiment d'une demande encore insatisfaite ». A cet égard, les intercommunalités constituent bien davantage des partenaires d'autres

acteurs que de réels moteurs ou maîtres d'ouvrage, et ce pour deux raisons : d'une part un montant d'investissement trop élevé, qui au regard du budget dédié à l'habitat, les conduit souvent à choisir des mesures moins dispendieuses et moins systématiques ; d'autre part, le manque d'implication dans la décision d'implantation et de financement de la structure (décision communale et crédits principaux apportés par le secteur médico-social, cf. *supra*).

Qu'il s'agisse de logements-foyers ou d'EHPAD, on peut aussi noter que les acteurs de l'habitat connaissent plutôt, notamment en Bretagne, les formules de « résidences » développées par le secteur social. Créées il y a une quinzaine d'années et mises au point par le ministère du logement, la CNAV et l'ARRCO associés à l'Union Sociale pour l'Habitat, ces résidences qui se situaient entre les logements-foyers et les maisons de retraite sont désormais des EHPAD. En Bretagne toute une gamme de résidences a été développée et continue à l'être (Edilys dans le centre des grandes villes, Kandélyys dans de petites communes et Kerelys pour l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer)... Ainsi une agglomération qui souhaite accompagner financièrement une résidence service « commandée par la ville centre », justifie ce soutien ainsi : « nous on préfère financer les résidences services plutôt que les EHPAD car ce sont des structures où il n'y a pas de soin. Pour les EHPAD il existe d'autres financements du côté du médico-social ».

- **Le passage du domicile à l'EHPAD**

Bien que la question *du passage du domicile à l'EHPAD* soit à l'évidence à l'articulation du logement et du vieillissement, les informations disponibles dans ce domaine sont quasi-inexistantes. Même si les conseils généraux essaient de structurer des listes d'attente uniques (l'Ille et Vilaine étant particulièrement en pointe aux dires de divers interlocuteurs), nombre d'établissements, notamment privés et non conventionnés à l'aide sociale, refusent de s'engager dans cette démarche. Une meilleure connaissance des motifs d'inscription, des difficultés rencontrées, notamment sur le plan financier, du statut d'occupation et de la nature du logement quitté, de l'origine géographique des pensionnaires faciliterait la compréhension des besoins, notamment dans une dimension prospective.

L'évolution de la demande à la baisse pourrait engendrer, aux dires de nos interlocuteurs, une meilleure prise en compte de ce besoin. Ainsi, en Haute Vienne, tant le conseil général que la communauté d'agglomération de Limoges soulignent l'effondrement de la demande en l'espace de très peu de temps, du fait de la mauvaise presse dont pâtissent les EHPAD, la question de la maltraitance étant désormais ouvertement évoquée, mais aussi et surtout du fait du succès, à Limoges, de la politique de maintien à domicile. Le CCAS de Limoges qui dispose d'un service gériatrique en charge notamment de 3 EHPAD, 2 nouveaux projets et plusieurs logements-foyers, a analysé, conjointement avec l'Office HLM de la ville, les besoins des plus de 75 ans en croisant données quantitatives et qualitatives et en adaptant les services proposés aux locataires (les livreurs de repas par exemple qui restaient à peine 5 minutes ont été formés et peuvent rester jusqu'à 15 minutes chez le locataire âgé)... », participant ainsi à la diminution de la demande en EHPAD. Aux dires des services du conseil général « En 2008 on avait une liste d'attente énorme pour les EHPAD, aujourd'hui on n'a plus rien »...

## **Accueil familial et résidences-services en copropriété ou locatives : deux formules d'accueil connues mais peu évoquées**

A l'opposé des logements-foyers et EHPAD qui suscitent intérêt, prise de position et interrogations des acteurs, tant du vieillissement que de l'habitat, et dont le financement et/ou la construction, réhabilitation ou gestion mobilise les deux secteurs, l'accueil familial et l'offre en résidences services privées ne suscitent pas d'intérêt majeur. L'analyse de l'évolution juridique de ces formules souligne pourtant un renforcement très net des convergences entre secteur de l'habitat et secteur médico-social.

- **L'accueil familial**

L'accueil familial est, selon les différents rapports officiels, une formule parée de nombreuses vertus tant pour les accueillis que pour les accueillants ou les collectivités locales. Si l'on se réfère au nombre de personnes accueillies et aux propos de nos interlocuteurs, cette formule est toutefois loin de faire l'unanimité, indépendamment même de son évolution, passée pour l'heure assez inaperçue aux yeux des acteurs de l'habitat.

Pour les accueillis, l'accueil familial permet de prévenir et retarder l'entrée en établissement, de rompre l'isolement, de favoriser la proximité et la convivialité, par un accueil plus personnalisé que l'hébergement en établissement, notamment parce que les services rendus par l'accueillant (qui peut être locataire ou propriétaire) sont évolutifs et peuvent aller de la simple visite quotidienne à une prise en charge complète : courses, ménages, blanchissage... Pour l'accueillant, il fournit à certaines familles un revenu complémentaire ; enfin, pour la collectivité, il représente un potentiel d'emplois (notamment en milieu rural) et un outil d'aménagement du territoire (emplois non délocalisables). L'association FAMIDAC (association des accueillants familiaux et de leurs partenaires) perçoit en outre l'accueil familial comme un mode de prise en charge complémentaire de l'accueil en établissements spécialisés, « plus économique et plus souple ».

En dépit des avantages ainsi présentés, cette formule demeure parfaitement confidentielle (un peu plus de 6.000 personnes âgées accueillies au 1<sup>er</sup> avril 2006 d'après une enquête de la DGAS). Dans les cinq départements enquêtés, ce type de formule représente en moyenne moins d'une centaine de places pour des motifs relevant tant du droit du travail que de la définition même de *la notion* d'accueil familial. On observe bien souvent, en effet, une grande réticence de la part des acteurs locaux. Ainsi un conseil général est-il devenu sceptique vis-à-vis de cette formule : « On y a beaucoup cru, et on n'y croit plus. L'agrément est difficile à donner. C'est presque plus difficile que pour l'adoption : avoir chez soi, 24 heures sur 24 une personne âgée, même si c'est un choix, c'est difficile. Et les candidats ne sont pas nombreux ». De même, le responsable du service personnes âgées du Conseil général de la Haute-Vienne confiait-il :

« Concernant l'accueil familial, cela représente à peu près 25 familles pour 35 personnes placées avec un suivi. Le président du Conseil général est très réservé sur cette question car il estime qu'il s'agit d'un type de prise en charge très difficile aux motivations parfois douteuses. On a déjà l'expérience de la petite enfance avec parfois des surprises donc on est très vigilant et lors des demandes d'agrément c'est parfois l'argument "c'est pour faire de l'argent" qui est presque le plus simple à analyser puisqu'à la limite pourquoi pas, mais pour le reste quelle est la motivation ?... ».

La formule de l'accueil familial, dotée d'un cadre juridique en constante évolution depuis 20 ans soulève, en effet, bien des interrogations et problèmes, en dépit de la volonté affichée par les pouvoirs publics de développer cette formule. Celle-ci ne bénéficie d'un cadre légal spécifique que depuis la loi de juillet 1989 qui a permis de régulariser sous la seule autorité des conseils généraux de nombreuses situations d'hébergement de personnes âgées qui s'étaient développées à l'initiative de particuliers en dehors de toute régulation des pouvoirs publics. La Loi du 2 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale confirme l'accueil familial comme une offre dans la « palette » des réponses aux personnes âgées et apporte des améliorations au dispositif :

- *La distinction entre accueil des personnes âgées et accueil des personnes handicapées est supprimée, les deux types faisant l'objet d'un même agrément.*
- *On ne parle plus de particulier agréé mais d'accueillant familial afin de désigner un véritable métier « accueillant » et de souligner le caractère « familial » de l'accueil.*
- *L'agrément accordé par le président du conseil général est limité à 3 personnes au maximum et est accordé pour une durée de 5 ans sans possibilité de dérogation*
- *Les modalités d'accueil sont uniformisées entre les départements dans le cadre d'un contrat-type institué par décret fin 2004*

- *Un contrat d'accueil est obligatoirement signé entre l'accueillant familial et chaque personne accueillie ou, s'il y a lieu, son représentant légal.*
- *Les droits sociaux des accueillants familiaux sont renforcés en leur reconnaissant un droit aux congés payés et en fixant leur rémunération minimale en référence au SMIC.*

Si, à l'évidence la question du droit du travail est centrale dans le développement de l'accueil familial, la question du logement l'est tout autant. Théoriquement, donc, l'accueil familial doit se faire au domicile de l'accueillant familial agréé qui doit être propriétaire ou locataire de son logement, ce qui suppose une intimité de vie et un partage de moments et d'espaces familiaux (vivre sous le même toit); la notion de domicile (et le caractère familial de l'accueil) constitue des éléments essentiels pour la détermination de l'accueil familial.

Or, cette question de l'accueil en logement indépendant pose problème. Ainsi peut-on lire, dans le numéro spécial d'*Actualités sociales Hebdomadaires* (édition juin 2006 par Valérie Balland) : « Certains accueillants disposent d'un logement distinct de leur propre domicile y compris sous le même toit. En principe ces accueils ne relèvent pas des règles de l'accueil familial, même lorsque les locataires mangent à la table de leurs hôtes. Cependant cette règle est appliquée avec une certaine souplesse par les conseils généraux. Les services doivent s'assurer que la personne accueillie partage réellement le foyer de l'accueillant et qu'il ne s'agit pas d'une simple prestation d'hôtellerie. Pour qu'il y ait accueil familial, il faut une vraie notion de foyer. Si cette notion de foyer est remplie, des accueillants disposant d'un logement indépendant pourraient se voir accorder l'agrément. L'appréciation se fera au cas par cas ». Des « concepts » se développent effectivement, proposant par exemple un accueil en appartement collectif constitué de 3 chambres avec sanitaires individuels séjour et cuisine commune, porte d'entrée indépendante, en meublé ou non, séparé du logement de la famille accueillante par une simple cloison, un plancher ou un plafond. D'autres font appel au parc locatif HLM. Témoigne aussi de cette évolution, l'exemple d'un projet dans le Morbihan :

« On a d'autres projets, un peu novateurs, que l'on porte. Ce n'est pas de l'anticipation, c'est des choses que l'on essaie de faire connaître parce que c'est une demande que l'on va connaître dans le futur, et on essaie d'accompagner ces nouveaux projets. C'est l'exemple de Madame Rida qui se propose de faire une structure entre l'accueil familial et le foyer logement. Très concrètement, Madame Rida, c'est une personne qui a travaillé dans l'aide à domicile, qui a travaillé dans des maisons de retraite, et qui s'est rendu compte que, dans son métier, les personnes dont elle avait la charge, ben il y avait beaucoup de maltraitance institutionnelle, pas de la maltraitance des personnels, mais une maltraitance institutionnelle. C'est-à-dire pas assez d'animation, pas assez de proximité avec les personnes, pas assez d'adaptation aux problématiques de la personne. Alors, elle a décidé de monter un projet d'une maison, deux petits appartements à côté pour des personnes âgées. Elle, le profil qu'elle recherche c'est des gens pas trop, trop dépendants, des personnes relativement autonomes, des personnes souffrant d'isolement, parce qu'elle voulait vraiment travailler sur ça, sur le lien social; et des personnes disposant d'un certain revenu, susceptibles de financer la structure, sachant qu'elle propose un coût d'hébergement à 1200 euros tout compris. Il y a le salaire de Madame Rida, qui, elle, fera le ménage, les repas, tout le travail d'une aide à domicile, mais, ces 1200 euros peuvent être abaissés, elle peut avoir accès aux APL parce qu'elle n'est pas conventionnée. En fait, elle a un contrat d'hébergement et non de location, donc elle peut avoir accès aux APL, et les personnes âgées peuvent disposer de l'APA, qui peut venir en diminution du coût, parce qu'elle est considérée comme aide à domicile. Ce n'est pas tout-à-fait un accueil familial, parce que les personnes seront indépendantes; c'est entre l'accueil familial et le foyer-logement. Pourquoi accueil familial? Parce qu'elle fait les repas et mange avec les personnes; pourquoi foyer-logement? Parce que les personnes ont vraiment leur intimité à elles, leur appartement à elles, leurs petits jardinets, et on les laisse tranquilles quand ils ne veulent pas, etc. C'est assez expérimental, en fait. Le CLIC soutient ce projet parce qu'il rencontre la problématique des personnes qui ont peu de revenus, et il répondait à la problématique des personnes qui sont les plus isolées – qui sont souvent le même public. » (Entretien responsable CLIC de Vannes)

Aux dires de l'association FAMIDAC la loi du 5 mars 2007 (Loi DALO) « favorise de manière implicite le développement des résidences proposant un accueil familial dans des logements distincts du domicile de l'accueillant familial (contigu, en rez-de-chaussée ou à l'étage, avec accès indépendant). Cela remet en cause le principe de l'accueil à domicile et si la loi n'encadre pas ces cas de figure, ce type d'accueil ne peut pas rentrer dans le moule de l'accueil familial sans risques de nombreuses illégalités ». De fait, les deux aspects qui structurent la notion d'accueil familial (la notion de domicile et le caractère familial de l'accueil) sont aussi bousculés par l'évolution de la législation.



Celle-ci a en effet récemment procédé à une double extension : un renforcement du statut d'accueillant, conduisant à sa professionnalisation ; une extension de la notion de domicile à des logements hors du toit familial d'une part.

La professionnalisation des accueillants renvoie à une dynamique encore inachevée. Ainsi, en 2007, le régime juridique applicable aux accueillants familiaux employés par des personnes morales de droit public ou de droit privé est défini. L'objectif des nouvelles dispositions est « de renforcer l'alternative à l'accueil en établissement en permettant aux institutions publiques ou privées se consacrant à l'hébergement ou à l'accueil de personnes âgées ou handicapées de constituer un réseau de proximité d'accueil à domicile par des accueillants familiaux qui seraient leurs agents contractuels, mais également de conforter les droits sociaux de ces employés ». Un nouveau chapitre du Code de l'action sociale et des familles est consacré aux accueillants familiaux employés par des personnes morales de droit public ou de droit privé (articles L. 444-1 à L. 444-9). En 2008, le gouvernement a confié à Valérie Rousso-Debord une mission de réflexion et de prospective, destinée notamment à analyser les avantages et inconvénients liés au développement de l'accueil familial dans un cadre salarié et à évaluer les conséquences d'une mise en conformité avec le droit du travail et la réglementation européenne, ainsi qu'à définir les modalités d'organisation et de coordination de l'accueil familial.

En ce qui concerne, en revanche, l'extension de la notion de domicile familial, celle-ci semble désormais acquise. Ainsi, l'article L. 442.8. I du CCH (dans une version issue de la loi MOLLE de mobilisation pour le logement et de lutte contre l'exclusion du 25 mars 2009) prévoit que les organismes HLM peuvent louer à des personnes morales de droit public ou privé en vue de sous louer à titre temporaire à des personnes âgées. Cette disposition ouvre la voie à l'usage par des EHPAD de la formule de l'accueil familial. De manière générale, ces évolutions conduisent à l'émergence de nouveaux concepts d'accueil – soutenus par la volonté des élus locaux et encouragés par les outils de défiscalisation qui proposent des accueils en logement indépendant avec services, comparables à un hébergement en micro résidences services.

Les incertitudes pesant sur l'accueil familial, au vu du caractère encore mouvant de son encadrement juridique, mais aussi des divergences d'opinions sur la notion même de domicile et le caractère précisément familial de l'accueil expliquent sans nul doute le caractère encore marginal de cette forme intermédiaire.

- **Les résidences services privées**

Les résidences services privées apparaissent *a priori* comme ne relevant pas de notre enquête dans la mesure où il s'agit de produits immobiliers hors du champ de la loi du 2 janvier 2002. Il est toutefois nécessaire des les évoquer tant leur position à la frontière des champs de l'habitat et du vieillissement ont suscité de nombreuses questions. La survenue de la dépendance dans de telles résidences met en crise le modèle les conduisant dans bien des cas, avant l'intervention du législateur, à se transformer en « établissement médico-sociaux déguisés ».

Dès le milieu des années 60, certains promoteurs privés se sont lancés, sans soutien public, dans la construction et la commercialisation de produits immobiliers destinés aux personnes âgées. Les résidences-services sont généralement constituées d'appartements individuels adaptés agrémentés de services d'hôtellerie et d'animation. Ces réalisations trouvent leur inspiration aux Etats-Unis, où de véritables villes sont réservées aux seniors, en particulier en Floride ou dans l'Arizona. Elles ont en outre présenté l'avantage pour des investisseurs locatifs de constituer un mécanisme de défiscalisation – ainsi, par exemple, dans le cadre de la loi Besson<sup>1</sup>. Ces systèmes reposent sur un modèle économique qui a en même temps freiné leur plein développement. La copropriété devant

---

1. Leurs propriétaires les louent pendant une quinzaine d'années, période idéale de défiscalisation, avant de les récupérer pour les occuper eux-mêmes au moment de leur retraite.

gérer elle-même l'offre de services, les charges peuvent, dans certains cas, en dépassant même les plafonds fixés par la loi devenir prohibitives tant pour les propriétaires âgés que pour leurs héritiers et dévalorisant leurs biens difficiles à revendre.

La Résidence avec services recouvre en réalité deux concepts : la résidence *en copropriété* (occupée par des copropriétaires) et la résidence *locative* (qui peut être elle-même une copropriété)

### **La résidence en copropriété**

Cette formule est indifféremment appelée copropriété du troisième âge, résidences du troisième âge unités – retraite. Elles sont également connues sous un label, comme par exemple « Hespérides » ou « Sénioriales ». La commercialisation de cette formule destinée aux personnes âgées relève de promoteurs privés (Cogedim, Nexity, Kauffman et Broad ) et s'adresse à des personnes qui peuvent acheter pour occuper ou pour louer et bénéficier dans ce cadre d'une défiscalisation au titre de la location nue (dispositif Robien) ou meublée (dispositif de loueur en meublé professionnel ou non professionnel). D'un point de vue juridique, la formule est présentée comme « une activité marchande s'adressant à un consommateur disposant de l'autonomie de sa volonté pour choisir parmi les services proposés ceux qui lui conviennent »<sup>1</sup>.

Cette catégorie d'offre est née en dehors de toute réglementation et a été validée par la jurisprudence à plusieurs reprises. Ce n'est qu'avec la loi ENL de 2006 que le terme de résidences services apparaît dans la loi relative à la copropriété du 10 juillet 1965. L'article 95 de la loi d'une part confère un véritable statut aux résidences services. La loi qui s'inspire très largement des travaux de la Commission relative à la copropriété reconnaît que l'objet du syndicat (administrer et conserver les parties communes) peut être étendu à la fourniture aux occupants (locataires ou copropriétaires) de services spécifiques (hormis les activités qui relèvent de la législation sociale). La liste fournie par le texte n'est pas exhaustive. Il peut notamment s'agir des prestations concernant la restauration, surveillance d'aides et de loisirs. En revanche l'objet du syndicat ne peut être étendu aux services relevant de l'action sociale : l'octroi de soins, d'aide ou d'accompagnement exclusivement liés à la personne ne peuvent pas être dispensés dans les résidences services. Cependant il existe des copropriétés (créées avant 2006) dans lesquelles la gamme de services prévue au règlement de copropriété inclut des soins. Une proposition a été faite au ministre de la Justice que la législation de juillet 2006 ne s'applique aux seules copropriétés et immeubles livrés à compter de l'entrée en vigueur de celles-ci<sup>2</sup>.

Concernant les charges de fonctionnement relatives aux services spécifiques des résidences services, elles sont réparties entre les copropriétaires comme les charges relatives aux services et équipements communs dans une copropriété classique c'est à dire en fonction de l'utilité que les services présentent à l'égard de chaque lot. Il n'est en aucune façon tenu compte de l'utilisation effective des services par les occupants. Le montant des charges de ces résidences, comme on l'a souligné, a pu devenir excessif pour certains copropriétaires ou locataires âgés. En conséquence la loi a facilité la suppression de ses services.

### **Les résidences locatives avec services pour personnes âgées**

La résidence locative avec services désigne des structures appartenant à des structures privées à but lucratif. Si les promoteurs recourent généralement au régime de la copropriété, d'autres formules ne sont pas exclues telles que la location des appartements par la société qui reste propriétaire de la résidence. Dans ce cas, les occupants sont titulaires d'un véritable bail d'habitation comme dans le marché immobilier classique et décident eux-mêmes (le plus souvent par l'intermédiaire d'un groupement au sein duquel ils sont réunis) de la souscription à des services, que ce soit directement

---

1. Cf. *La copropriété*, Dalloz Action, 6e édition.

2. *Journal officiel*. Assemblée nationale, Question du 25/12/07 réponse du 22/4/08.

ou par l'intermédiaire d'un mandataire qu'ils auront choisi, il y a dissociation entre la fourniture du logement et la fourniture des services et on ne se situe pas dans un établissement médico-social.

Pour échapper au statut d'établissement, deux conditions doivent être réunies : la personne âgée doit avoir souscrit un bail d'habitation « classique » qui couvre le logement et les charges d'habitation ; et la personne âgée locataire doit avoir adhéré à une association ou à un syndicat de locataires qui choisit librement le mandataire spécialisé chargé d'assurer la bonne marche des prestations ou qui assure directement la bonne marche des services (services d'accueil, paramédical, restauration, service de ménage et d'entretien, service d'animation et de loisirs...).

On saisit que dans ces formules, *la question du soin* est cruciale. C'est l'absence de soin qui permet de distinguer les résidences-services des établissements sociaux ou médico-sociaux accueillant des personnes âgées. Or, la question des services de soins devient prégnante dès lors que les personnes âgées ayant choisi ces formules deviennent plus dépendantes. La loi du 13 juillet 2006 a voulu exclure des « modes de prise en charge qui révèlent l'existence d'établissements ou services sociaux ou médico-sociaux déguisés, s'exonérant des législations mises en place pour protéger les personnes vulnérables, âgées ou handicapées, et pouvant mettre en danger leur sécurité ». la loi toutefois n'interdit pas, « sous réserve du respect du droit de la copropriété, l'installation libre (sans contrat de prestations avec la copropriété) d'un cabinet d'infirmiers libéraux non réservés aux seuls résidents de la copropriété »<sup>1</sup>.

Ces résidences services, dont le développement est net pour certains territoires ont été peu évoquées, dès lors que leur développement échappe à toute politique publique. Si une certaine réserve, méfiance voire même hostilité s'est parfois fait jour du côté du secteur du médico-social, l'indifférence, voire la bienveillance semble plutôt de mise du côté de l'habitat. Ainsi,

- C'est par le biais d'un programme de Zone d'Aménagement Concerté (ZAC) en Ile de France que la question a été évoquée par une communauté d'agglomération. « On envisage de créer un EHPAD et on demandera peut être à un promoteur de développer une résidence privée pour les personnes âgées dans notre ZAC...ça contribuera à diversifier l'offre et puis dans le département on a beaucoup de retraités riches »...
- On peut citer comme autre exemple un article paru dans le Télégramme qui évoque la « senior résidence sécurisée » qui va bientôt voir le jour à Vannes (38 maisons dédiées aux 55/75 ans...dont les acquéreurs sont originaires du pays de Vannes mais aussi de Paris, Reims, Orléans ou encore du sud de la France)

## Zooms sur les formules innovantes rencontrées

L'analyse des « formules innovantes » développées dans trois des cinq départements enquêtés, à savoir « les *domiciles partagés* » dans le Morbihan, les « *domiciles adaptés* » en Ille et Vilaine et les « *petites unités de vie* » en Haute Vienne permet d'affirmer qu'il y a loin du discours aux actes et que les objectifs affichés au plan national et déclinés localement sont bien plus des projets que des réalités et des prototypes que des productions en série. Globalement, « l'espace » intermédiaire entre logement et établissement demeure bien souvent flou et rares sont les services habitat des conseils généraux ou les intercommunalités rencontrées ayant une connaissance approfondie de la question.

Invisibles dans les statistiques, les formules innovantes sont donc peu connues d'un département à l'autre et surtout peu évaluées. Les entretiens ont en outre mis en lumière les interrogations et réticences bien réelles exprimées tantôt du côté de l'habitat, tantôt du côté du secteur médico-social, faute de modèles existants et de certitudes quant à la réalité de la demande...

---

1. Question parlementaire posée par M. Didier Julia au Ministère de la santé et des sports le 31/03/09, réponse du 7 juillet 2009, au sujet de la réglementation du service de soins dans les résidences services.

- **Le « domicile partagé » dans le Morbihan**

Dans le Morbihan, le domicile partagé destiné à favoriser l'accueil de personnes âgées désorientées dans des programmes accueillant 8 personnes est la formule innovante phare connue aussi bien des acteurs du logement que de ceux de la gérontologie ; 10 domiciles ont été construits entre 2001 et 2005 par l'office départemental HLM (Bretagne Sud Habitat), et de nombreux projets sont en cours de réalisation ou en projet. Le conseil général apporte son soutien financier à ce type de domicile, présenté comme expérimental, atypique et unique. Mais de quoi s'agit-il ?

D'après la présentation officielle, il s'agit « d'une forme d'hébergement qui se confirme comme une alternative intéressante à l'habitat institutionnel ». Le programme s'appuie sur la création de deux pavillons T5 de plain-pied, avec un financement en logements locatifs sociaux banalisés de type PLUS. Le domicile partagé relève de la réglementation habitation et a fait l'objet d'une décision préfectorale concluant l'évaluation du dispositif d'origine. Un espace de vie est créé en mettant en communication les séjours des deux T5, qui se prolongent à l'intérieur sur l'une des cuisines, (aménagée en espace cuisine ouverte) et à l'extérieur sur une terrasse protégée du soleil en liaison avec un jardin clos. Deux blocs salle de bain et WC accessibles en fauteuil sont dédiés aux personnes âgées et un troisième avec vestiaire est réservé au personnel. Les garages sont aménagés l'un en espace réunions/bureau et l'autre en local cellier/buanderie et locaux techniques. Chaque résident dispose d'une chambre individuelle de 12 m<sup>2</sup>. La personne âgée, dont la chambre est considérée comme un domicile et qui peut bénéficier à ce titre de l'APL est employeur mandataire du personnel accompagnant qui assure une présence 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. La gestion est assurée par convention passée avec un organisme prestataire (émanation du CCASS local ou Comité Liaison Association Retraités Personnes Agées, CLARPA). Chaque résident est suivi par le médecin traitant de son choix.

Cette formule, qui d'après le directeur de Bretagne Sud Habitat répond clairement à un besoin et ne cesse de se développer, est dédiée aux bourgs en secteur rural, relève de la colocation et n'est pas un établissement médico-social en dépit de l'admission après examen par un gériatre du département, le domicile partagé étant réservé aux personnes désorientées. La présence permanente des auxiliaires de vie représente 7 emplois « équivalent temps plein ».

Récompensé par la Fondation Caisse d'Épargne pour la Solidarité (CLARPA), et par le prix du Management Immobilier « Apogée » accordé par l'Institut français du Management Immobilier (Bretagne Sud Habitat), ce concept provoque la stupeur des autres départements de l'échantillon... *Comment les locataires se succèdent-ils, quand quittent-ils les lieux, la situation de colocation de 8 personnes désorientées n'est-elle pas difficile ? Qui sont les accueillis ? Combien de temps restent-ils avant une éventuelle entrée en EHPAD ? Même si cette formule semble avoir fait ses preuves, son bilan, qui existe vraisemblablement demeure confidentiel et le point de vue des familles et hébergés indisponible.*

- **Les « domiciles adaptés » en Ille et Vilaine**

Dans le cadre des actions en faveur du logement des personnes âgées, le conseil général d'Ille et Vilaine soutient la création de « domiciles adaptés », au titre d'une expérimentation lancée en 2008 (5 projets retenus) sur la base d'un cahier des charges définissant des programmes de 8 à 12 logements, intégrés dans un réseau gérontologique local et dotés d'un volet animation, soit un mi-temps d'un poste d'animation par structure. Lors d'une réunion organisée à Rennes par le service personnes âgées du conseil général, à laquelle étaient conviés les intercommunalités et le service logement du conseil général, les questions soulevées étaient fort nombreuses, mettant en évidence les difficultés de dialogue entre secteur de l'habitat et secteur du vieillissement. *Nature de l'animation en gérontologie ? Bien fondé d'un poste d'animation quand rien ne prouve que les personnes âgées éprouvent un tel besoin ? Origine des locataires ? Etude de marché disponible ? Ballon d'essai pour voir ou besoin bien identifié ?*

- **Les petites unités de vie en Haute Vienne**

### **Présentation générale de la formule**

Les petites unités de vie, dont les MARPA (maisons d'accueil rurale pour les personnes âgées), sont des petites structures pour personnes âgées valides ou semi-valides au sein desquelles une coordination des différents intervenants de maintien à domicile est assurée. Les résidents bénéficient d'un accompagnement adapté et personnalisé et d'une surveillance constante, tout en conservant le soutien actif de leur entourage. L'origine de ce « concept » peut être attribuée à la MSA qui depuis les années 80 promeut des structures d'hébergement type logements foyers d'une capacité d'accueil d'environ 20 personnes, plus spécifiquement en milieu rural. La formule visait à l'origine à offrir une réponse adaptée au public cible de la MSA, à savoir les retraités agricoles. « 'C'est un élément de réponse indispensable pour les personnes âgées qui vivent en milieu rural dans des logements peu adaptés, souvent inconfortables et isolés. Les solutions qui existent sont trop éloignées, pas toujours compatibles avec les faibles ressources des retraités agricoles. Il faut en trouver d'autres pour qu'ils n'aient pas à s'expatrier, car le déracinement accélère la diminution des capacités » selon le directeur de l'action sanitaire et sociale et des services aux personnes à la CCMSA. Si cette formule a été initialement pensée pour le milieu rural, l'idée en permettant « de répondre aux besoins des personnes en leur offrant un domicile inséré dans la vie sociale et implanté au sein du territoire sur lequel elles ont toujours vécu » selon le vice-président du CES, a suscité l'intérêt de territoires à dominante urbaine.

Cette formule ne pouvant plus se définir uniquement à l'aune des critères des MARPA, le groupe de travail « Pallach-Guisset », initié par le gouvernement en 2001, a formalisé les principales spécificités des petites unités de vie :

1. Un petit nombre de personnes accueillies mais la capacité, seule, ne peut suffire à qualifier le type de structure évoquée dans le groupe de travail.
2. Un mode de vie « comme chez soi » dont l'essentiel est de favoriser l'autonomie des personnes dépendantes. Il en résulte une gestion du quotidien basée sur la logique domicile. La conséquence de ce postulat est d'une part l'agencement à son goût de leur mobilier et objets personnels et d'autre part la libre consommation des services proposés et une organisation individualisée avec le recours à des services extérieurs pour la réponse aux besoins d'aide et de soins de chaque résident. Chaque résident à par exemple le libre choix de son médecin ou des aides à domicile auxquelles il faisait appel auparavant.
3. Une articulation (coopération) délibérée avec les services et partenaires extérieurs appuyée sur un travail en réseau. Cette externalisation doit permettre d'assurer la fonction soins/surveillance médicale et la continuité. Les soins sont donc assurés par du personnel qualifié, l'équipe de la PUV s'occupant de la coordination.
4. La préservation de l'autonomie par la promotion de la participation des personnes dans la mesure de leurs possibilités aux activités quotidiennes, en rupture avec la passivité trop souvent générée par le modèle d'hébergement traditionnel.
5. Un habitat adapté et une sécurisation 24 h/24 par la présence de personnel en permanence.
6. Un ancrage de la structure dans son environnement social, économique et culturel. Le recrutement de proximité est garant du maintien des repères pour les personnes accueillies.
7. La volonté de préserver les liens de chaque résident avec sa famille et ses proches en leur réservant une place dans la vie de la maison sans omettre cependant de respecter le droit au choix de la personne concernant ses relations personnelles.

Les logements sont conventionnés à l'APL et le PUV est administrée soit par un CCAS/CIAS ou par une association loi 1901, garantissant ainsi par la vocation non lucrative des promoteurs de telles démarches, qui sont d'ailleurs soumises à l'autorisation des pouvoirs publics. C'est l'ensemble de ces indicateurs et pas seulement l'un d'entre eux - par exemple la petite capacité - qui permet de classer ou non une structure dans la catégorie des petites unités de vie.

Véritable « formule intermédiaire » ou « formule hybride » entre le domicile personnel et la maison de retraite médicalisée selon ses promoteurs, la formule des *petites unités de vie* (PUV) peut constituer un élément de prévention de la perte d'autonomie. Outre un accueil de qualité, elle offre des services pour l'avancée en âge sur des territoires où leur densité est faible à condition de savoir gérer l'accroissement de la dépendance. En effet, une des difficultés, voire un frein à l'appui des pouvoirs publics, réside dans la non médicalisation de ces formules. Selon le directeur adjoint auprès de la CNSA, « si elles peuvent s'inscrire dans des réseaux, s'intégrer dans un ensemble cohérent et articulé de services [en faisant travailler ensemble médecins, SSIAD, Clic, Ehpad, hôpitaux...], les PUV évitent ce problème. ».

Malgré la reconnaissance par la plupart des acteurs publics du caractère original et alternatif des PUV, deux critiques majeures ont cependant émergé lors des entretiens réalisés pour l'étude : la politique de « peuplement » et l'équilibre financier de telles structures. Ainsi, plusieurs interlocuteurs nous ont fait part des « profondes réticences » qu'ils éprouvaient au début face au fonctionnement de ces structures. « Du fait de leur petite taille, ces établissements trouvent leur équilibre financier sur le dos du personnel ». Par ailleurs, à défaut d'une gestion très attentive, voire discriminante des résidents accueillis, « ces établissements risquent de connaître la même évolution que les foyers logements avec une avancée de la dépendance à laquelle ils ne sauront plus faire face. « L'objectif est d'accueillir des personnes un peu dépendantes dans un contexte banalisé par rapport aux EHPAD avec relativement peu de personnel. Mais, on arrive vite à un point d'équilibre difficile à tenir. Les résidents demandent de plus en plus de services ce qui conduit à terme à des conditions qui ne sont pas « au top » par rapport à un EHPAD. Il devient alors nécessaire de faire entrer des personnes moins dépendantes, ce qui n'est pas toujours évident ». Et ce, d'autant que le niveau de dépendance max est vite atteint dans des structures de si petite taille ». Une élue bretonne relativise ce propos en signalant que sur son territoire, avec 20 personnes, « la mutualité semblait avoir trouvée un équilibre correct ».

### ***L'intégration des PUV dans la politique gériatrique en Haute Vienne***

L'interview des responsables des services « personnes âgées et handicapées » et « habitat » du conseil général met bien en lumière les différences d'approche d'un secteur à l'autre, les difficultés de coordination et les craintes exprimées vis-à-vis du développement des PUV.

Le service personnes âgées/handicapées considère que les PUV constituent une réponse originale et alternative au maintien à domicile et à l'hébergement institutionnel classique ; les PUV sont des structures médico-sociales, certes différentes d'un Ehpad mais avec une tarification de la prestation, dont le développement s'intègre à un panel de solutions. « Notre objectif est de *développer une chaîne complète de produits qui vont de l'hôpital qui développe des USLD jusqu'aux Ehpad en passant par les Ehpa et par des formules hybrides type petites unités de vie* ». Ainsi, le Schéma gériatrique 2007-2011 intègre cette formule avec beaucoup de précautions et subordonne la réalisation de PUV aux conditions d'évaluation et de pérennisation des deux structures existantes (20 personnes chacune) « compte tenu de difficultés de fonctionnement qu'elles semblent rencontrer ».

Le service habitat a, quant lui, dû répondre à une volonté politique forte de développement de ce type de formule, devenu l'axe phare de la politique de l'habitat en faveur des personnes âgées. Le Conseil général a donc lancé un appel à projet auprès des communes du département pour la construction de 9 PUV. Les critères de recevabilité établis visent à développer ces structures en dehors du plan gériatrique et en « croisant cette politique avec l'objectif de revitalisation des centres bourgs ». Ainsi, les 9 bourgs retenus ne disposent pas d'établissements dédiés aux personnes âgées afin d'éviter la concurrence entre PUV et établissements et d'assurer un maillage du territoire ; la disponibilité d'un terrain bien situé et la présence d'un agent de convivialité désigné par exemple au sein de l'équipe communale ont également été pris en compte dans la sélection. La maîtrise d'œuvre des PUV, petites opérations de 4 à 6 logements totalement adaptés en centre bourgs, est confiée à l'Office public départemental HLM. « Ce sont des cellules de vie pensées pour des gens en fin de vie de plain pied avec des prises à hauteur, des volets roulants électriques... et ce seront aussi des constructions THPE ». La gestion des structures sera ensuite déléguée aux instances locales type CCAS. Selon le responsable du service habitat, « elles n'ont pas vocation à intégrer le plan gériatrique car elles n'offrent pas de services intégrés spécifiques ».

Les 9 bourgs sont déjà sélectionnés dans les 6 pays. Le financement de ces projets a été intégré dans la deuxième génération des Programmes Territoriaux de l'habitat, forme de contractualisation entre les Pays et le Conseil général. Le Conseil général participe à ce titre à 1/3 du financement résiduel nécessaire à l'équilibre de l'opération, selon un plafond de 10 000 euros HT par logement et 60 000 euros HT par projet. Lorsqu'il y a plusieurs projets sur un même pays, le financement pour le

premier s'effectue dans le cadre du PTH, les suivants font l'objet d'un financement ad hoc sur fonds propres du département.

Le Conseil général ainsi que les élus des communes où s'implanteront les projets espèrent par le développement d'une telle formule offrira l'opportunité à des retraités semi valides vivant isolés dans la campagne environnant les bourgs de se rapprocher des aménités et du confort dans un logement adapté. Or certains acteurs locaux *doutent de l'existence d'une réelle demande et la question de l'occupation de ces structures semble n'avoir reposé que sur l'appréciation des élus*. Ainsi, bien que conventionnées à l'APL, ces structures auront un coût qui compte tenu des ressources moyennes des hauts viennois âgés, en particulier en milieu rural, peut nécessiter la vente de leur patrimoine. Il semble donc que les conditions de l'engagement des personnes âgées dans une telle démarche de parcours résidentiel n'aient pas vraiment été appréhendées.



---

## Conclusion : les vecteurs d'une possible « re-coordination » des acteurs

---

Comme l'ensemble de cette recherche l'a montré, le secteur de la prise en charge des personnes âgées souffre d'une difficulté d'articulation de l'ensemble éclaté des intervenants. Cet aspect a été relevé, tout récemment encore, par la Cour des comptes, qui, dans son rapport de suivi 2009, mettait l'accent – en confirmant nos analyses – sur le « pilotage encore éclaté de la politique en direction des personnes âgées dépendantes »<sup>1</sup>. La Cour soulignait que l'organisation de la prise en charge au niveau local repose sur la définition d'outils de programmation insuffisants : « S'agissant des schémas gérontologiques que doit en principe adopter chaque département, la Cour avait constaté en 2005 qu'en dépit de l'obligation légale, tous les départements n'en disposaient pas et que les schémas existants étaient d'une grande hétérogénéité. » Aussi recommandait-elle, à l'époque, de « généraliser les schémas gérontologiques départementaux », d'en « harmoniser et d'en améliorer le contenu ». Le verdict est sans appel : la Cour constate que cette recommandation n'a pas été suivie, puisqu'en mars 2007, 65 % des départements n'avaient pas de schéma à jour. Par ailleurs, les schémas existants présentaient souvent des lacunes en termes d'analyse des priorités ou de chiffrage. Au total, le diagnostic est le suivant : alors que le département a été reconnu comme principal pilote de la mise en œuvre de la politique en faveur des personnes âgées dépendantes, il manque donc assez souvent à ce niveau un outil propre à analyser l'offre existante et les priorités à faire valoir en termes d'équipement<sup>2</sup>.

La difficulté d'articulation des actions et des politiques publiques en matière d'autonomie des personnes tient, en fait, à plusieurs facteurs : une volonté tout d'abord de séparation des « publics », une disparité des échelles des actions, ensuite ; des difficultés de coordination sectorielle au sein des administrations enfin.

Dans le champ étudié, il convient tout d'abord d'observer que les politiques publiques ont été élaborées de telle manière – préméditée ou subie – qu'elles séparent de manière parfois presque radicale les publics-cibles de ces politiques. Ainsi, en va-t-il tout d'abord de la séparation handicap/dépendance qui clive au plan institutionnel, au plan des aides, et au plan des acteurs impliqués, les publics des adultes handicapés et des personnes âgées dépendantes. Sans doute, dans la perspective de la mise en place du cinquième risque, va-t-on assister à une convergence des allocations, et les Maisons départementales des Personnes Handicapées ont vocation à devenir des Maisons de l'autonomie susceptibles de prendre en charge indifféremment les personnes handicapées et dépendantes, précisément sous l'angle de la perte d'autonomie. Les réalisations dans cette perspective commencent à s'élaborer, de manière encore expérimentale et hétérogène. Toutefois, les problèmes budgétaires risquent de présenter un frein à ces rapprochements.

A l'intérieur de la catégorie de personnes âgées, on rencontre également une démarche clivant les publics. Ainsi la notion de dépendance, telle qu'elle est mesurée par la grille AGGIR, et la césure que constitue le GIR 4, entraîne l'intervention d'acteurs différents, les uns – pour les « non-dépendants » – au titre de la *prévention* de la perte d'autonomie (c'est le cas de la CNAV dans le cadre de son action sociale extra-légale) ; les autres – pour les « dépendants » – au titre de la *compensation* de la perte d'autonomie. Selon que la personne est GIR 6 et 5, elle entrera dans le public-cible de la CNAV ; alors que si la personne relève d'un GIR inférieur à 4, elle relèvera des services des Conseils généraux et, en leur sein, des services de l'APA. On a affaire ici à une volonté politique de

---

1. Cour des comptes, *Rapport public annuel 2009*, « La prise en charge des personnes âgées dépendantes ».

2. En revanche, la Cour constate un progrès avec la création de documents régionaux, et remarquait l'amélioration du processus de programmation budgétaire permettant de corriger les inégalités territoriales, du fait de l'action de la CNSA.



distribution des compétences susceptible de minimiser les difficultés d'articulation. Toutefois, cette partition suppose malgré tout une coordination, en particulier – mais pas seulement – autour du GIR pivot que constitue le GIR 4. Sans doute, certains efforts de dialogue se font-ils jour, mais d'une manière qui reste expérimentale, très isolée et éventuellement très redevable de la nature des relations politiques ou personnelles qui sont tissées entre les Conseils généraux et les organismes de sécurité sociale.

L'hétérogénéité des échelles d'intervention apparaît également comme un obstacle à la coordination des actions et à l'articulation des politiques publiques. Qu'il s'agisse du champ du logement ou de l'action sociale, le mouvement amorcé de territorialisation de l'action publique, souvent à des fins de contractualisation, se renforce, via des périmètres aux configurations extrêmement variables (pays, EPCI, circonscriptions d'actions sociales, périmètres des CLIC...), issus pour une large part des dispositifs législatifs évoqués. Si, du côté du logement, on n'a pas encore véritablement ressenti l'impact des PDH qui restent rares, c'est au niveau des EPCI que se joue la politique du logement ; du côté du social, c'est souvent la commune – et plus rarement l'intercommunalité – qui constitue l'échelle pertinente. Du côté enfin du médico-social, c'est, on l'a vu le niveau départemental qui est devenu central, mais aussi le régional avec l'intervention des CRAM et des DRASS. Dans le secteur gérontologique, on a enfin noté, au-delà de l'hétérogénéité de leur principe de construction, le fait qu'il ne repose pas, le plus souvent, sur un découpage administratif préexistant.

Les outils de planification des différents secteurs ne permettent pas véritablement de remplir les conditions d'une coordination même minimale des acteurs, en dépit d'une volonté souvent affichée dans les schémas gérontologiques, PDH ou PLH. La même difficulté d'articulation des échelles joue entre les niveaux départementaux et régionaux pour ce qui est des DDASS et des DRASS – dans le cadre des PRIAC, en effet, l'absence de véritables liens de subordination des DDASS et des DRASS empêche, dans certains cas, l'élaboration de plans parfaitement pertinents, efficaces et évaluables aisément. De même, les CRAM agissent-elles au niveau régional, et sont théoriquement liées à une coordination des chefs de file de l'action gérontologique, les Conseils généraux, qui agissent donc au niveau départemental. Or, si la loi de 2004 confie le pilotage de la coordination gérontologique à ces derniers, les différents témoignages recueillis semblent indiquer que ce n'est pas toujours le cas.

Soulignons également que ces disparités territoriales recouvrent des disparités de logique d'action – en particulier parce que nous avons affaire à des logiques politiques face à des logiques bureaucratiques : « Il y a aussi une coloration politique qui fait qu'il y a des Conseils généraux qui étaient plus preneurs que d'autres, parce que les Conseils généraux n'ont pas les mêmes politiques. » Mais ces disparités sont également le ferment de concurrences territoriales où se joue la question de la prééminence. On en trouve un exemple dans les relations entre les Conseils généraux et les CRAM, comme en témoigne l'un de nos interlocuteurs, haut responsable d'un organisme régional de sécurité sociale :

« Parce qu'on est dans des logiques de territoires, y compris chez les professionnels de terrain, on a du mal à faire dans la transversalité. Il y a beaucoup d'échange d'information, un peu de concertation... Et pour la coordination des actions, on est dans le défrichage. C'est la réalité. Et du coup, on se confronte aussi à une autre réalité qui est que dans un système social, le plus fort – et dans notre système social, c'est le Conseil général qui est le plus fort, il y a pas de problème – a tendance à faire l'OPA sur l'activité des autres, ça donne des arguments à ceux qui ne veulent surtout pas faire de coordination. Ça c'est une logique institutionnelle, ce n'est pas une volonté, mais c'est un sujet institutionnel, politique. [...] Ou on mange le voisin, ou on ne fait pas. Quant à travailler ensemble... Donc, soit on crée des structures – regardez l'ARS – politiques, hiérarchiques, homogènes, et on dit ça va être mieux – c'est une ineptie totale de mon point de vue. Soit on dit qu'on s'en occupe plus, et on coupe la branche. »

Mais, comme on l'a vu, cette concurrence joue également entre échelons politiques : entre communauté d'agglomération et département, ou entre EPCI et communes. Chacun souhaitant conserver ses compétences et dès lors sa prééminence, au moins dans certains secteurs d'action, sur son territoire.

Les risques de non-coordination jouent également au sein des ensembles bureaucratiques. Il est parfaitement frappant à cet égard de constater à l'occasion des entretiens et dans chacun des secteurs, la très grande méconnaissance réciproque des acteurs et de leurs compétences – ce qui rendait d'ailleurs certains entretiens difficiles. Ainsi, certains responsables du secteur Logement ne connaissent pas véritablement le dispositif de l'APA – voire, n'ont jamais entendu parler des CLIC ! Réciproquement, les acteurs du médico-social restent parfois désemparés quand il s'agit « d'aide à la pierre » ou de PLH.

Ces risques de non-coordination jouent ainsi par exemple au sein des organismes de sécurité sociale. Ainsi, en va-t-il des relations entre les CRAM et la CNAV. A cet égard, les plans PAPA (Plan Autonomie Personnes Agées) sont révélateurs des difficultés d'articulation de la branche maladie et de la branche vieillesse, et des solutions qu'on a cherchées à y apporter : « Le programme PAPA, c'était notre idée au départ [de la CNAV], et c'est une idée reprise par la Caisse nationale d'assurance maladie. L'idée c'était de partir du principe que les CRAM avaient cette chance de travailler sur les deux champs, le champ vieillesse, et sur le champ santé. L'idée, c'est qu'il y avait de la transversalité à réaliser. A partir de ça, a été déterminé un certain nombre de thèmes, sur lesquels il a été demandé aux CRAM de travailler, on pouvait choisir... la prévention santé, l'hospitalisation, etc. ça a duré jusqu'à maintenant. [...] Mais c'était plutôt un affichage politique pour dire que la CNAV et les CRAM pouvaient travailler ensemble. C'est un affichage institutionnel de transversalité sur un champ particulier, qui est le champ des personnes âgées. »

La logique de la concurrence bureaucratique joue également au sein même des administrations des collectivités locales. Au sein des services des Conseils généraux, l'histoire de la constitution des services d'action sociale et du logement, leur culture bureaucratique rendent parfois difficiles – sinon inexistantes – leurs relations et *a fortiori* leur coordination. On a ainsi rappelé l'importance relative des différents services des Conseils généraux : les services de l'action sociale constitués précocement sont souvent de taille importante, alors que les services habitat, de structuration plus tardive, sont souvent encore peu institutionnalisés et de taille encore restreinte. La concurrence ou du moins l'absence de dialogue entre les services est aussi le résultat de cultures administratives différentes. Si les services d'actions sociales ont à faire aux individus – souvent d'ailleurs en situation de face-à-face –, les services Logement utilisent la notion de « ménage » qui médiatise le rapport aux destinataires des politiques publiques. Plus encore, les services logement raisonnent en termes d'investissement (l'aide à la pierre), alors que les services sociaux et médico-sociaux raisonnent en termes de fonctionnement (l'aide à la personne).

A bien des égards, on le voit, l'articulation des politiques publiques en matière de vieillissement et d'habitat se heurtent d'emblée à de nombreux obstacles. Il existe toutefois des potentialités d'articulation qui n'ont pas toujours été assez explorées. Nous allons tenter de passer ainsi en revue certains des vecteurs d'une possible re-coordination des acteurs autour de la personne âgée..

## **Constituer le secteur des personnes âgées au plan général**

- **Les difficultés d'une politique publique conçue de manière top-down**

Pour reprendre les conclusions mêmes de la Cour des comptes, nous avons, en effet, constaté à maintes reprises, sur les différents terrains investigués, les lacunes du pilotage des politiques départementales en direction des personnes âgées. Les Conseils généraux semblent, dans bien des cas, peu enclin à se saisir des compétences qui sont les siennes depuis la loi de 2004, et à s'instituer comme les véritables têtes de fil de la politique gérontologique au plan local.

« Politiquement, le vrai sujet, c'est la coordination avec les conseils généraux. Et de ce point de vue, les textes sont déjà écrits ; il n'y a rien à inventer, il y a à faire : la loi de 2004 est très claire, elle confie le pilotage de la coordination gérontologique aux conseils généraux, et c'est bien aux conseils généraux d'initier, d'animer cette coordination

gérontologique. Et on se retrouve aujourd'hui, on se retrouve dans la situation où les conseils généraux, parce qu'ils – on va dire ça comme ça – ont du mal, alors on se retrouve dans la situation où ce rôle là est mal joué, on pourrait dire parfois pas joué du tout par les conseils généraux. Alors ça veut dire qu'on peut avoir deux positions. Certains collègues vont dire – ce n'est pas notre position ici franchement – : tant mieux, surtout, on va pas les réveiller ; comme ça, on a notre autonomie d'action. Nous, c'est vrai qu'en Bretagne, on est plutôt demandeur de ce travail de coordination. Et on se retrouve dans cette espèce de paradoxe un peu politique où c'est la CRAM qui demande aux conseils généraux : « Alors, c'est quand que vous nous coordonnez ! » Quand est-ce que vous initiez cette coordination, qui est quand même très embryonnaire. Et là, il n'y a pas besoin de nouveaux textes, il faut faire. Il devrait y avoir une coordination tant politique que technique qui se traduise par des instances d'élaboration et de suivi, et par des thèmes récurrents qui fassent l'objet de conventions entre les conseils généraux et nous. Je pense que derrière ça, on a du mal à travailler en coordination. [...] Le travail en réseau coordonné – un réseau, c'est toujours coordonné –, c'est pas être à égalité, il faut un pilote.

## • La médicalisation de la vieillesse comme mode d'articulation

A certains égards, on peut considérer qu'à cette coordination politique et administrative de la politique publique, s'est substituée une coordination « technique », essentiellement orientée par une approche médicale. L'approche par la dépendance inclinait déjà à cette tendance, mais il semble qu'il s'agisse bien de la trame de fond des politiques publiques en direction des personnes âgées. Comme le soulignait un article récent : « Il règne beaucoup de confusion dans l'usage des mots utilisés pour désigner les personnes ayant besoin d'aide pour effectuer les principaux actes de la vie quotidienne et ce quel que soit leur âge. Dans les années 1980, les gériatres ont imposé le mot dépendance comme qualificatif des personnes âgées (60 ans et plus) ayant besoin d'aide dans les actes essentiels de la vie quotidienne à cause de pathologies multiples occasionnant pour ces personnes des incapacités plus ou moins importantes et des limitations d'activité. La loi instaurant la prestation spécifique dépendance a défini la dépendance comme "l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir a besoin d'être aidée pour les actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière". C'est dans ce sens médical et incapacitaire que le vocable "dépendance" est communément utilisé quand on parle sans plus de précautions des "personnes âgées dépendantes". En ce sens précis et réducteur la situation de dépendance est une des situations possibles de handicap, à tout âge. Ce mot ne devrait plus être utilisé, on devrait parler de personnes ayant besoin d'aide dans les actes de la vie quotidienne à cause d'incapacités plus ou moins importantes, ce qui est plus long mais sans équivoque<sup>1</sup>. »

Une illustration paroxystique de cette tendance peut-être lue dans le plan Alzheimer 2008-2012 qui met comme priorité, à partir d'une maladie donc, un renforcement de la coordination des différents acteurs. A partir du constat de l'inadéquation des dispositifs existants pour tenter de répondre au manque de coordination – et était mis particulièrement en cause les CLIC et les réseaux gérontologiques –, le plan Alzheimer 2008-2012, préconise, dans sa mesure 4, la création de lieux de coordination associant le secteur sanitaire et le secteur médico-social, constituant un « guichet unique », une « porte d'entrée unique » pour les utilisateurs : les Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA). Ces structures sont annoncées comme permettant « une meilleure articulation entre les structures de soins, d'information et d'accompagnement qui doit permettre de construire un parcours de prise en charge personnalisé pour chaque personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, correspondant aussi à la situation de chaque famille. Il s'agit d'offrir une réponse graduée et adaptée à chaque situation ». L'essentiel du dispositif est de « de parvenir à une coordination clairement identifiée des réponses existantes, à savoir les CLIC, les équipes APA, les services sociaux (CCAS, département), les SSIAD et les SPASAD, les réseaux gérontologiques, les plates-formes de soins et services pilotées par les infirmiers libéraux ».

C'est également les maisons de retraite qui sont uniquement pensées à partir de la maladie, et qui font de la médicalisation l'outil de leur modernisation :

---

1. Argenson (M.-T.) et al., « Autonomie, dépendance et situation de handicap : quel sens donner à ces mots ? », [www.une-société-pour-tous-les-âges.net](http://www.une-société-pour-tous-les-âges.net).

« La maison de retraite, comment a-t-elle essayé de s'en sortir ? Pas la technique. On ne sait pas guérir. Un vieux qui a fait un Alzheimer ou une hémiplegie, on ne sait pas le guérir ! Sortir par la technique est une aporie. Donc la façon que nous avons de sortir de l'hospice – le moyen par lequel de nombreux établissements en sont sortis – c'est comme le cousin du monde du handicap, c'est pas la démedicalisation, et c'est par la création de lieux et d'espaces de vie. On n'efface pas le médico, parce que le médecin on en a besoin. Quand tu es malade tu vas voir ton médecin, tu as besoin d'une infirmière qui te fait une piqûre. Donc, on le remet à sa vraie place : une fois que je suis levé, lavé, caféiné, et que j'ai vu le médecin si j'ai un bobo, ma vie commence. Pour beaucoup de vieux, aujourd'hui, à ce moment là, leur vie est finie. Ils ont plus d'autres activités dans leur journée. A domicile comme en établissement, c'est ça concrètement quand la Cour des comptes dit que les besoins ne sont couverts qu'à moitié. Ça ne veut donc pas dire qu'il faut se séparer des médecins, des infirmières, mais ça veut dire qu'il faut faire qu'à côté d'eux, en plus d'eux, il y ait des gens qui s'occupent de les aider à vivre, de les aider à l'autonomie, de les aider à sortir qu'ils soient en établissement ou à domicile, à partir en vacances, à avoir des activités, à rencontrer des copains et des copines. [...] La médicalisation, c'est la solution technocratique pour mieux s'occuper des vieux avec des financements socialisés. Le problème, c'est que tu emmènes avec le terme tout un tas de représentations... Les vieux sont malades. Et on se retrouve dans une impasse intellectuelle quand on veut guérir les vieux d'être vieux. C'est absurde. Or les vieux, ils n'ont pas besoin d'être soignés, ils ont besoin d'être accompagnés. Ils ont besoin de care. Ils ont de temps en temps besoin de cure, mais la plupart du temps, ils ont besoin de care. »

- **Des formes de coordination bottom-up**

Il faut remarquer toutefois que les professionnels de terrain tentent de réaliser une véritable coordination des différents acteurs. De fait, si l'action sociale en direction de la population âgée est caractérisée par un émiettement des financements et une multitude de services, depuis plusieurs années, le terme de coordination est un terme récurrent dans ce champ – sans doute à la mesure des besoins insatisfaits de coordination qui se font sentir. Des professionnels du secteur de la gérontologie ont tout d'abord, sur certains territoires et de manière informelle, contribué à la mise en place d'instances de coordination avant même la création des CLIC. Ces coordinateurs gérontologiques ont pour objectif initial d'améliorer la vie quotidienne de la personne âgée en s'appuyant sur un réseau local de l'ensemble des partenaires de tous les secteurs concernés par la gérontologie. Par ailleurs, certaines municipalités, conseils généraux ou associations ont mis en place, depuis déjà plusieurs années, des services d'information et de coordination destinés aux personnes âgées et à leur entourage. Le coordonnateur, de formation sociale (assistant(e) social(e), conseiller(ère) en économie sociale et familiale...), médicale (médecin...) ou paramédicale (infirmière, ergothérapeute...) y travaille au sein d'une équipe pluridisciplinaire, dont font partie, entre autres, psychologue, médecin, ergothérapeute. Il joue un rôle de conseil et d'aide à la décision pour la personne âgée et sa famille.

Toutefois, comme la Cour des comptes y a insisté dans son rapport précité, on constate une inégalité du développement des Centres locaux d'information et de coordination. Cette inégalité de développement est à la fois territoriale et en termes de niveau – rappelons que les missions des CLIC sont déclinées en trois du niveau : le niveau 1 correspond à l'accueil, l'écoute, l'information et le soutien aux familles ; le niveau 2 comporte en plus l'évaluation des besoins et l'élaboration d'un plan d'aide personnalisé ; le niveau 3, plus directement concerné par la question du logement, va jusqu'à la mise en œuvre du plan d'aide et son suivi. D'autre part, les CLIC qui sont doués d'une grande autonomie, développent leur priorité de manière qui n'apparaît guère coordonnée. Comme le souligne l'un de nos interlocuteurs : « Parce qu'on a aussi un objectif de garantie de l'égalité de traitement sur le territoire, il faut donc se coordonner et s'articuler. Alors, nous avons une coordination inter-CLIC, une fois par trimestre, mais nous sommes aussi de petites équipes et le temps fait parfois défaut. »

- **De la dépendance à l'autonomie : vers un rapprochement personnes âgées/personnes handicapées ?**

La mise en place pour le moins difficile du cinquième risque propose une voie alternative à la constitution d'un secteur des personnes âgées, celle d'un rapprochement des traitements des personnes âgées et des personnes handicapées. Une série d'argument prédispose à ce

rapprochement, en particulier le phénomène grandissant du vieillissement des personnes handicapées, et surtout un accent mis sur l'autonomie, plus que sur la dépendance – et dont témoigne la mise en place de Maisons de l'autonomie, ayant vocation à accueillir les publics handicapés et de personnes âgées. La convergence fait généralement l'objet d'une réflexion, mais elle reste toutefois embryonnaire, tant les problèmes budgétaires et financiers viennent obérer cette possible transformation des politiques publiques :

On est dans la réflexion actuellement, mais il y aurait une première convergence entre personnes âgées et handicapés, de manière territorialisée, en s'appuyant sur des structures existantes, les CLIC par exemple, qui pourraient s'ouvrir à d'autres publics ; et puis, toujours de manière territorialisée, sur le suivi des décisions. Ensuite, autour de l'évaluation des besoins. Parce que nous à la MDPH, on a des équipes d'évaluations, et on pourrait amener nos compétences d'ergothérapeutes. Sachant qu'aujourd'hui, on n'a pas les mêmes outils, sachant qu'il n'y a pas actuellement de convergence des outils. Il faudrait créer un outil compatible commun. Il peut y avoir des personnes qui font les deux types d'évaluation, mais ils doivent changer d'outil. Donc, il peut y avoir une convergence pour l'accueil et l'évaluation. Le problème après va être financier. (MDPH de Haute-Vienne)

Il n'est pas sûr non plus que cette « coalition de cause » soit susceptible de résoudre l'ensemble des problèmes que pose la situation des personnes âgées. Mettant l'accent sur l'autonomie des personnes, elle peut, en particulier sur le terrain du logement, permettre un surcroît d'articulation des politiques publiques. Il reste que cette convergence ne peut être qu'être ponctuelle, tant les spécificités des problématiques handicap d'une part, et vieillissement de l'autre restent affirmées.

## **Redonner une centralité aux personnes âgées**

L'hypothèse que l'on peut former au regard des différentes formes de désarticulation des politiques publiques en direction des personnes âgées, est que ce phénomène tient largement à des blocages technocratiques : hétérogénéité des échelles territoriales, faible compatibilité des outils d'évaluation et de planification, difficulté du dialogue entre ensembles administratifs et entre corps professionnels, sont des problèmes de « transactions collusives » entre secteurs administrativo - politique ; transactions rendues difficiles par la concurrence des logiques d'action et par des querelles concernant le leadership sectoriel.

L'une des manières dépasser ces difficultés reste sans doute de redonner une véritable centralité aux personnes âgées dans les politiques publiques. Comme le soulignait de manière quelque peu désabusée, le responsable d'un CLIC : « Ce que l'on souhaite, c'est davantage de proximité avec les personnes âgées, l'articulation du sanitaire et du médico-social, parce que c'est lié, finalement, c'est les dispositifs et les financements des dispositifs qui font l'articulation, alors que la personne... Les médecins dans le libéral ou le secteur hospitalier voient la personne âgée avec leur problématique santé, et les autres avec leur problématique dépendance ou leur problématique logement. Et ce sont des problématiques qui ne se connaissent pas. Le médecin va dire : le logement, je m'en fiche, de la question du logement... Et réciproquement. Or, la personne est entre les deux. On travaille depuis un an sur cette articulation du sanitaire et du médico-social, et c'est pas simple. Ce sont des cultures différentes. Il y a un groupe de travail... Mais on avait organisé une porte ouverte au CLIC pour les professionnels de santé libéraux. On a lancé 600 à 700 invitations, et on a eu 8 professionnels de santé. Alors, avec le recul – bon, on était déçu –, on se rend compte que l'information a tout de même circulé et on a de plus en plus de demandes émanant de ces professionnels. Mais il faut continuer à travailler. »

Les personnes âgées paraissent, en effet, singulièrement absentes, si ce n'est, encore une fois, à travers le filtre du diagnostic médical de la dépendance. Les personnes âgées sont d'autant plus considérée comme une « classe objet » que le discours de la dépendance y incite. Il est noté toutefois que la CNSA n'utilisa quasi jamais le terme de « dépendance », pour lui préférer celui d'« autonomie ». Comme le soulignait l'auteur de l'article déjà cité « Autonomie, dépendance et situation de handicap : quel sens donner à ces mots ? », ce terme d'autonomie se définit,

conformément à sa racine grecque, comme « la loi qu'on se donne à soi-même », c'est encore le droit et/ou la capacité qu'un individu a de mener sa vie comme il l'entend<sup>1</sup>. On ne peut, à cet égard, que souligner les différences d'appréciation concernant la dépendance entre le personnel soignant et les personnes âgées elles-mêmes. Une première enquête réalisée par la DREES en 2007 et l'enquête résidents en EHPA, également de 2007 permettent d'éclairer cet aspect. En particulier, ces enquêtes montrent que les réponses des personnes âgées concernant leurs capacités et leur niveau d'autonomie diffèrent parfois fortement de celles des soignants, telles qu'elles ressortent du classement objectif selon la grille AGGIR<sup>2</sup>.

- **Un traitement en personne**

Souvent au nom de la liberté de la personne âgée, et de peur de la déposséder de ses choix, les CLIC n'effectuent pas de suivi des personnes qui viennent les solliciter – ce que font, en revanche, ici ou là les « relais gérontologiques », par exemple dans le Morbihan. Pour autant, dans certains CLIC qui effectuent un suivi de la personne, les problèmes de coordination semblent moins prégnants. En témoigne, la façon dont au CLIC de Nanterre, on procède, en s'ajustant au mieux aux demandes des personnes âgées. La relative facilité de la coordination tient, en même temps, à une inscription longue du CLIC dans le paysage nanterrien, à l'investissement fort de sa responsable et aux ressources dont elle dispose, du fait d'une proximité des relations nouées avec les autres acteurs du champ social – proximité elle-même nourrie par de fréquentes rencontres en face-à-face.

Nous, on écoute d'abord. Et si le logement est peu adapté, et si la personne est bien dans ce logement peu adapté, à la limite, s'il y a pas de demande... on va dire... on peut orienter vers le PACTARIM, pour de petites adaptations, genre WC, barre d'appui, etc. Mais il ne faut pas être trop interventionniste. S'il n'y a pas de demande... Nous, on se déplace, on va voir les personnes. On va voir toutes les personnes. On a 1100 dossiers, on a vu les 1100 personnes. C'est impératif de voir la personne âgée dans son environnement, et la demande ne correspond parfois pas aux besoins. Il faut aller voir, et discuter. Surtout discuter.

Nous on fait une évaluation, et on voit si ça relève de l'APA ou pas, et on fait le dossier. On instruit, ici. L'évaluation est refaite ensuite par les services de l'APA, mais c'est idiot. On voudrait qu'il y ait une convention. Moi, la convention, elle est prête depuis 5 ans, sauf que si le CG validait nos évaluations, ça voudrait dire que... là ils sont pas prêts. Mais ils valident nos plans d'aide. Les évaluatrices APA valident nos plans d'aide. Elles nous appellent et nous demandent ce qu'on en pense... C'est pas normal ! C'est compliqué. Mon rêve ce serait d'avoir une assistante sociale APA au CLIC. Ça existe dans certains départements. Mais dans ce département, ils ne sont pas prêts. Nous, on est un CLIC qui dépend du CCAS, et qui existe depuis 12 ans. Moi, je suis là depuis 10 ans, je suis toujours là. On a un fonctionnement un peu particulier, on est très proche de la population, on a mis plein de projets en place... des consultations bucco-dentaires, une convention avec l'hôpital pour la sortie d'hospitalisation, des partenariats avec les SSIAD – les prises en charge du SSIAD se font en concertation avec nous, on doit donner notre accord ; tous les mois sur les demandes de SSIAD, on fait les visites ensemble une fois par mois. On a des relations avec la CRAMIF sur les personnes qui relevaient du handicap, et qui arrivent à 60 ans...

On prépare les parcours des personnes. Quand on sait qu'il y a un risque, on prépare... on prépare l'accueil temporaire – je pense à une dame, là, il y a un mois, elle a passé 15 jours en accueil temporaire, j'ai été la voir tous les jours, on a monté le dossier d'aide sociale entre-temps. Et là, elle est entrée en maison de retraite. On l'a accompagnée. On prépare, on accompagne. Surtout quand ils sont seuls. Et puis après, on va les voir. Pendant au moins un mois, on va les voir, on prend des rendez-vous, on déjeune ensemble, etc. ça tient aussi que je connais tous les directeurs de maisons de retraite. Un réseau, ça se construit, ça s'entretient... Et puis c'est du donnant-donnant. Ils ont aussi besoin d'informations, etc. On a fait le même travail avec les responsables des foyers-logements, on déjeune souvent ensemble...

---

1. *Ibid.*

2. Prévot (J.), « Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », *DREES-Etudes et résultats*, n°699, août 2009.

- **La participation des personnes âgées aux politiques publiques du vieillissement**

De manière révélatrice, comme on l'a déjà remarqué, on constate la rareté des enquêtes concernant les attentes des personnes âgées. *A contrario*, on peut citer une enquête locale récente – présentée sur le site Localtis – sur les perceptions, attentes et besoins des retraités en matière de logement. Non sans une certaine naïveté, le président de la Communauté de communes d'Alésia, expliquait : « Nous étions face à des interrogations et à des affirmations très diverses quant aux besoins de logement à venir des personnes retraitées : fallait-il dans telle ou telle commune créer une maison de retraite ? Un lieu d'accueil médicalisé ? Favoriser le maintien à domicile ? A l'instar de ce qui a été fait pour les jeunes, il nous a semblé qu'une étude préalable était une démarche intelligente pour définir les attentes et besoins réels de cette population. »

La « participation » des personnes âgées est ainsi conçue comme un moyen de dépasser les contradictions ou, du moins, les interrogations des politiques publiques :

« Les résultats de l'étude aideront les communes à prendre des décisions. Rien n'est engagé, par exemple en termes de logement, car il ne s'agit pas de faire valider par l'étude des choix qui auraient été faits avant. Ce qui est nouveau par rapport à d'autres démarches prévisionnelles comme les schémas départementaux en faveur des personnes âgées, qui s'appuient souvent sur des outils statistiques, c'est que nous entrons dans un échange que l'on pourrait qualifier de "participatif" avec le citoyen. L'objectif est de faire émerger des propositions auxquelles nous n'aurions pas pensé ou au contraire d'invalider des idées que nous avons et qui pourraient s'avérer "à côté de la plaque". C'est pourquoi il était important d'identifier les individus isolés, qui n'appartiennent pas à des associations, ceux que l'on ne voit jamais mais qui pourtant vivent là. Notre démarche a beaucoup intéressé la Caisse d'Assurance maladie qui est convaincue que l'implication des aînés dans des activités est un vecteur de santé publique ».

Si depuis les années 80, on a vu se développer les formes de participation des usagers à l'élaboration et au suivi des politiques publiques – notamment en matière de santé –, le secteur des personnes âgées semble suivre une dynamique quelque peu inverse : la concertation semble en effet marquer le pas, et les structures de concertation, comme les CODERPA (Comités départementaux de retraités et personnes âgées), ne laissent – de façon variable selon les départements toutefois – que peu de place à la parole des représentants des personnes âgées. Nous n'avons pu, au cours de cette étude, qu'imparfaitement explorer cet aspect qui réclamerait à lui seul une recherche particulière. L'un des entretiens réalisés marque toutefois – au moins dans le département du Val-de-Marne – le caractère « confiné » du collège des représentants des personnes âgées et retraités : « Nous sommes associés à la préparation, à l'élaboration et au suivi du schéma gérontologique. Mais on a du mal à être effectivement associé. Il y a des commissions sur divers thèmes, mais qui ne sont pas suffisamment ouvertes aux autres catégories du CODERPA. Il y a plusieurs collèges. Nous, au niveau du premier collège, on se réunit deux fois par mois, mais on tourne avec nos experts, on tourne un peu entre nous – ce n'est pas le cas d'autres CODERPA qui fonctionnent en commissions plus ouvertes sur d'autres composantes des autres collèges du CODERPA. On est associé à pratiquement tous les secteurs qui gèrent des prestations, mais de façons pas toujours étroites. »

Ces structures ont, en outre, connu depuis 2004 et 2005 un affaiblissement de leur rôle. En effet, la loi du 13 août 2004 a placé les CODERPA sous l'autorité des Conseils généraux, et les a placés en situation de dépendance, notamment au plan budgétaire : les crédits qui leur étaient attribués par l'Etat depuis 1982, le sont désormais par les Conseils généraux. Surtout, la loi de finance de 2005 n'a transféré que moins d'un million d'euros aux Conseils généraux pour les CODERPA, ce qui n'a guère incité ceux-ci à augmenter leur budget :

« La gravité de la situation aujourd'hui avec les structures de concertation, c'est que vous avez une tête CNRPA qui fonctionne de manière insatisfaisante au niveau ministériel, qui n'a pas de pendant régional, et qui s'appuie, qui essaie de s'appuyer sur des thèmes. La loi de 2005 a mis fin aux anciens CODERPA qui avaient des structures départementales fortes, avec un comité national qui était fort. Là, c'est plus le cas aujourd'hui. En Ile-de-France on a solidifié ce qui existait, mais en opposition avec

la volonté politique. Parce que le gouvernement voudrait torpiller les structures régionales anciennes qui existent toujours en région parisienne, en PACA, en un certain nombre d'endroits. Donc, on renforce les structures régionales, les DRASS vont être renforcées, et les structures représentant les usagers sont affaiblies. C'est un drame. Que l'on renforce l'échelon régional, c'est une bonne chose. Parce que dès que vous prenez les déplacements des personnes, on traverse de nombreux départements. Donc si on veut un service de transport et d'accompagnement des personnes en situation de handicap, il faut qu'il ait une dimension régionale. Les outils communaux ou départementaux doivent être imbriqués dans une structure régionale. Et pour le logement, c'est pareil. Les gouvernements ne souhaitent pas avoir de pendants associatifs, collectifs, syndicaux, etc. Il y a eu un bras de fer qui a duré des mois et des mois pour affaiblir le nouveau CNRPA. Tant bien que mal on a réussi à le maintenir. Il a été affaibli au plan financier : il travaille sans moyen. Donc, on a des gens très compétents à Marseille ou ailleurs, et on ne peut pas leur payer leur transport ou les indemniser. Ça a correspondu au moment où on a baissé l'allocation d'autonomie. Il y a eu un ensemble de mesures qui ont fait baisser les allocations pour ceux qui en avaient le plus besoin, et on a réduit les moyens de la concertation nationale. Et les structures régionales ont disparu des textes. »

Ces structures souffrent aussi sans doute d'un déficit de représentativité. Comme le souligne l'un des membres du CODERPA du Val-de-Marne « les organisations syndicales de retraités sont très faiblement représentées, et on n'est pas très représentatif. » Cette faiblesse de la représentativité, qui, on le voit, engendre une prise en compte affaiblie de la parole des usagers des politiques publiques du vieillissement est, en même temps, à rapprocher de la faible représentation politique des personnes âgées. Cet aspect, bien documenté par la science politique qui a montré combien le vieillissement entraînait, selon des calendriers différents, un retrait par les personnes âgées de la scène publique, contraste avec la situation des handicapés qui ont su, au contraire, à travers de puissantes associations faire valoir leur point de vue auprès des responsables politiques. Comme le soulignait P. Champvert : « C'est un secteur où les principaux concernés s'expriment peu. Quand tu as un Alzheimer et que tu es alité, en terme de rapport de force tu ne pèse pas grand-chose. Sauf si, tu décides avec 14 999 de tes copains de mourir en même temps. C'est ce qui s'est passé en 2003. La plus grande manif de vieux : août 2003. Et qui a eu des conséquences, dont le plan "Vieillesse et solidarité" de Jean-Pierre Raffarin. »



## **ANNEXES**

Annexe 1 : Vieillesse, dépendance, revenus et documents de planification départementaux dans les cinq départements enquêtés

Annexe 2 : Sources statistiques pour la connaissance des personnes âgées

Annexe 3 : Prestations de l'aide sociale aux personnes âgées : effectifs

## Annexe I : Vieillesse, dépendance, revenus et documents de planification départementaux dans les cinq départements enquêtés

### Indicateurs de vieillissement

	Population totale*	Indice de vieillissement**	Nombre de personnes âgées		% de la population totale	
			75-84 ans	+ 85 ans	75-84 ans	+ 85 ans
<b>Bretagne</b>	3 062 117	75,8	219 113	55 078	7.2	1.8
Ille-et-Vilaine	929 947	58,2	53 759	14 061	5.8	1.5
Morbihan	688 544	81,8	51 027	11 844	7.4	1.7
<b>Ile-de-France</b>	11 399 319	47,8	516 261	178 172	4.5	1.6
Hauts-de-Seine	1 516 650	53,5	78 351	27 027	5.2	1.8
Val-de-Marne	1 278 892	51,1	62 506	21 404	4.9	1.7
<b>Limousin</b>	724 243	114,2	67 309	20 252	9.3	2.8
Haute-Vienne	363 839	99,8	38 724	9 346	10.6	5.6
<b>France Métro</b>	60 825 000	65,9	3 807 574	1 090 333	6.3	1.8

Source : STATISS France

\* Population totale au 1<sup>er</sup> janvier 2005, source INSEE

\*\* Nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans au 1<sup>er</sup> janvier 2005, source INSEE-DRASS

### Indicateurs de dépendance, pauvreté et places d'accueil en structures d'hébergement

	Allocation supplémentaire minimum vieillesse ****		Allocataires APA ***		Taux d'équipement structures d'hébergement complet pour 1 000 pers. de + 75 ans*****
	Nombre	Nombre /100 pers. + de 65ans	Nombre	Nombre /1 000 pers. + de 75 ans	
<b>Bretagne</b>	24 373	4,5	58 459	207	138
Ille-et-Vilaine	6 077	4,5	14 044	200	146,5
Morbihan	6 134	4,8	12 826	197	133
<b>Ile-de-France</b>	68 197	4,7	103 156	144	109
Hauts-de-Seine	7 671	3,7	13 907	128	105
Val-de-Marne	7 955	4,6	11 317	130	95
<b>Limousin</b>	11 225	7,1	19 729	221	103
Haute-Vienne	4 559	6,3	8 697	215	95
<b>France Métro</b>	503 464	5,1	1 063 227	211	121

Source : STATISS France

\*\*\* Bénéficiaires au 31 décembre 2006

\*\*\*\* Allocataires au 1<sup>er</sup> janvier 2007

\*\*\*\*\* Taux d'équipement au 1<sup>er</sup> janvier 2007 (lits en maisons de retraite, logements foyers et hébergement temporaire)

### Documents de planification (gérontologie et habitat)

	gérontologie	Habitat
Hauts-de-Seine	Schéma gérontologique 2005/2010	signataire d'une convention de délégation des aides à la pierre en 2006, PDH en cours d'élaboration
Ille et Vilaine	Schéma gérontologique adopté, schéma « maintien à domicile » en cours élaboration	déléataire des aides à la pierre (2006), observatoire de l'habitat confié à l'ADIL, pas de PDH
Val de Marne	Schéma gérontologique 2006/2010	Pas de PDH, non délégataire
Morbihan	Schéma gérontologique 2006-2010	Elaboration d'un PDH en cours, observatoire de l'habitat confié à l'ADIL 56, délégataire des aides à la pierre (2009)
Haute Vienne	Schéma gérontologique 2007-2011	Pas de PDH, non délégataires

## Annexe 2 : sources statistiques pour la connaissance des personnes âgées

Organisme	Nom de l'enquête/de la base ou du fichier	Echelle	Unités observés	Types de données disponibles	Périodicité et dernière enquête disponible
INSEE	RGP	Echelle nationale exhaustive mais aussi locale (commune et infra-communal)	Individus et ménages	Individu, ménage et logement (catégorie, statut d'occupation, date de construction, confort sanitaire, surface logement, nombre moyen occupants par logement et par pièce, composition familiale du ménage, mobilité)	Approximativement tous les 10 ans. Dernière enquête : 1999 et prochainement données consolidées 2008
	ENL	Echelle nationale sur échantillon (43 000 logements) et échelle régionale si sur-échantillonnage	Logement	Caractéristiques physiques du parc de logement, qualité de l'habitat, dépenses associées au logement, difficultés d'accès au logement, patrimoine en logement des ménages, taux d'effort	Tous les 4 ans 2006 en cours d'exploitation (plan national et 8 régions –suréchantillonnage-)
	Enquête Revenus fiscaux et sociaux	Exploitation exhaustive des déclarations de revenus fiscaux et de la taxe d'habitation fournies par la direction générale des impôts.	Individus allocataires	Données sur les bénéficiaires d'une 'aide au logement âgés de plus de 60 ou 65 ans, type de logement	Publication annuelle
CNAF	Fichier national des allocataires	Echelle communale, supra communale et infra communale	Foyers fiscaux	Distribution des revenus (nombres, quartiles, déciles, moyenne, médiane, etc.), structure de ces revenus (part des salaires, pensions, retraites, rentes dans le revenu fiscal, etc.).	Enquêtes annuelles excepté en 2003 pour les statistiques infra communales
DREES	HID	Enquête nationale sur échantillon	Individus	Besoins et couvertures des populations résidant à domicile ou en établissement	Une enquête longitudinale 1998-1999 et 2008-2009.
	APA	Enquêtes départementales exhaustives	Individus	Effectifs et principales caractéristiques	Enquêtes trimestrielles
		Enquêtes sur un échantillon de départements	individus	Parcours des bénéficiaires de l'APA	Deux enquêtes 2006 et 2008
		Enquête nationale sur échantillon de 2600 bénéficiaires sur 18 départements	Individus	Caractéristiques justifiant le bénéfice de l'APA ; caractéristique GIR ; historique de l'obtention de l'APA et évolution de la situation du bénéficiaire (aides formelles et informelles, modifications du cadre de vie).	2003
		Enquête nationale, à partir d'échantillons départementaux	Individus	Estimation du nombre de bénéficiaires pour la France entière ; les principaux indicateurs de l'APA à l'échelon départemental (historique du nombre de bénéficiaires, bénéficiaires par GIR et lieux de vie, montants de l'allocation...); montants versés aux bénéficiaires de l'APA et personnels affectés par les conseils généraux ;	Enquête annuelle
EHPA	Enquête nationale exhaustive auprès des gestionnaires d'établissement ; puis à partir de 2003, auprès d'un échantillon	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées	Etat des établissements (activités et aménagements), caractéristiques des personnels et services, clientèle hébergée et sortie	Tous les deux ans de 1985 à 1996, puis 2003 et 2007	

	<i>Résident en établissement pour personnes âgées</i>	Enquête nationale sur échantillon de 4 000 résidents tiré dans 500 EHPA	<i>Individus</i>	Situation avant l'entrée en établissement, facteurs de l'entrée en établissement, qualité de la prise en charge, niveau de satisfaction par rapport aux prestations.	Enquête ponctuelle en 2007
	<i>Pathologies et morbidité de personnes résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées</i>	Enquête nationale sur 5 à 6 000 résidents en EHPA	<i>Individus</i>	État de santé de la population vivant en EHPA et son évolution depuis l'enquête 2003, lien entre les pathologies et les caractéristiques de cette population recueillies dans le volet « clientèle » de l'enquête EHPA 2007 (voir ci-dessous)	Enquête ponctuelle en 2008
<b>DREES</b>	ASV/FSV	Enquête auprès de la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et caisses de retraite  Enquêtes départementales	<i>Individus allocataires</i>	Effectifs et principales caractéristiques des allocataires de l'ASV, notamment leur âge, état matrimonial, montant de la prestation, lieu de résidence.	Enquêtes annuelles, semestrielles et trimestrielles
<b>Ministère de la santé</b>	<i>Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS)</i>	Base nationale	<i>Etablissements sociaux pour personnes âgées</i>	Données sur les établissements, en particulier activités et disciplines pratiquées, nombre de lits et places autorisés, équipements	Actualisation continue
<b>Fondation Médéric Alzheimer</b>	<i>Enquête auprès des Conseils généraux et données FINESS</i>	Enquête nationale EHPA	<i>Etablissement d'hébergement pour personnes âgées</i>	Etat des établissements (activités et aménagements), caractéristiques des personnels et services, clientèle hébergée et sortie.	Enquête biannuelle (2006 ; 2008) Dernière publication : septembre 2008
<b>Bailleurs sociaux</b>	<i>Occupation du parc social</i>	Enquête nationale exhaustive	<i>Titulaire du contrat de location, population dans son ensemble</i>	Caractéristiques du parc, effectif et âge des occupants, profession des occupants ; âge, de la personne de référence, composition familiale et taille des ménages, nombre moyen d'occupants par logement, nature des ressources et montant (en % d'éligibilité au parc social) taux de bénéficiaires d'une aide au logement, taux de bénéficiaires de minima sociaux et nature (RMI, API, ASV)	Tous les 3 ans depuis 1997, Dernière enquête disponible : OPS 2006
<b>Direction générale des impôts</b>	<i>Fichier des logements à l'échelle communale (FILOCOM)</i>	Fichier national disponible à l'échelle communale, issu du rapprochement de quatre fichiers fiscaux : taxe d'habitation, taxe foncière sur la propriété bâtie, fichier des propriétaires et fichier de l'impôt sur le revenu des personnes physiques.	<i>Logements et ménages</i>	Données sur le parc de logements et son statut d'occupation (nombre de pièces d'habitation, surface habitable, durée de la vacance, types de logements (individuel, collectif), modes d'occupation (résidence principale, secondaire, logement vacant), statuts d'occupation (locatif HLM, locatif privé, propriétaire occupant, etc.) ; donnée sur les occupants du parc des résidences principales (composition des ménages et revenus), nature des propriétaires des logements (HLM, SEM, personne physique) et âge des propriétaires, mais aussi mutations de propriété.	Tous les deux ans (années impaires) Dernière enquête disponible : FICOCOM 2007

### Annexe 3 : prestations de l'aide sociale aux personnes âgées : effectifs

	Effectif au 31 décembre					Taux de croissance	
	2003	2004	2005	2006	2007 (e)	2003/2007	2006/2007
<b>AIDE AUX PERSONNES ÂGÉES</b>	<b>945 103</b>	<b>1 020 496</b>	<b>1 084 327</b>	<b>1 157 590</b>	<b>1 224 761</b>	<b>30 %</b>	<b>6 %</b>
<b>Aides aux personnes âgées à domicile</b>	<b>475 758</b>	<b>534 312</b>	<b>584 258</b>	<b>638 639</b>	<b>690 904</b>	<b>45 %</b>	<b>8 %</b>
Aides ménagères	36 544	32 906	27 800	25 887	24 505	-33 %	-5 %
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	414 454	483 817	539 087	594 971	644 180	55 %	8 %
Prestation spécifique dépendance	6 194	129					
Allocation compensatrice pour tierce personne des 60 ans ou plus (ACTP)*	18 565	17 460	17 371	17 175	17 356	7 %	1 %
Prestation de compensation du handicap (PCH)				606	4 863		702 %
<b>Aides aux personnes âgées en établissement</b>	<b>469 346</b>	<b>486 184</b>	<b>500 069</b>	<b>518 951</b>	<b>533 857</b>	<b>14 %</b>	<b>3 %</b>
Accueil en établissement au titre de l'ASH	112 369	112 611	113 203	112 388	114 127	2 %	2 %
Accueil chez des particuliers	1 059	1 049	1 179	1 265	1 438	36 %	14 %
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	350 536	370 665	383 863	403 304	416 190	19 %	3 %
Prestation spécifique dépendance	3 395	28					
Allocation compensatrice pour tierce personne des 60 ans ou plus (ACTP)*	1 992	1 832	1 824	1 994	2 102	5 %	5 %
<b>Total Allocation personnalisée d'autonomie (APA)</b>	<b>764 990</b>	<b>854 482</b>	<b>922 950</b>	<b>998 275</b>	<b>1 060 370</b>	<b>39 %</b>	<b>6 %</b>
<b>Total Prestation de compensation du handicap (PCH)</b>				<b>606</b>	<b>4 863</b>		<b>702 %</b>
<b>Total Allocation compensatrice pour tierce personne des 60 ans ou plus (ACTP)</b>	<b>20 558</b>	<b>19 292</b>	<b>19 195</b>	<b>19 169</b>	<b>19 457</b>	<b>5 %</b>	<b>2 %</b>

\* Droits ouverts.

Sources : DREES – enquêtes Aide sociale, CNAF, CCMSA.

## Eléments de bibliographie

- Attias-Donfut (C.), « Dépendance des personnes âgées : pourvoyance familiale et pourvoyance sociale », *Revue française des affaires sociales*, 47 (4), 1993, p. 33-52.
- Bachelard (B.), Jeanpretre (N.), *Tous les coûts sont-ils permis ? Coûts, financement et planification*, Lausanne, Service cantonal de recherche et d'information statistique, septembre 1986.
- Baude (E.), *Logements-foyers personnes âgées*, Dossier ANIL, février 2005.
- Blanchet (D.), « Les débats sur le vieillissement : un besoin de recentrage », *Gérontologie et société*, 81, 1997, p. 15-23.
- Bonnet (M.), *Les personnes âgées dans la société*, Avis adopté par le Conseil économique et social, 23 mars 2001, p. 10.
- Bouget (D.), Tartarin (R), dir., *Le prix de la dépendance*, Paris, CNAV, La Documentation française, 1990, p.2.
- Bourdelaïs (P), « Vieillesse de la population ou artefact statistique », *Gérontologie et société*, 49, p. 22-32.
- Bourdelaïs (P.), *L'âge de la vieillesse*, Paris, Odile Jacob, 1993.
- Bourdin (J.), « Les Finances locales en 2007 », *Observatoire des Finances locales*, juillet 2007.
- Brutel (C.), Omalek (L.), « Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements à l'horizon 2030 », *INSEE Résultats Société*, n°16, 2003.
- Christel (V.), « Trajectoires résidentielles des personnes âgées », *INSEE. Données Sociales*, 2006.
- Cour des Comptes, *Les personnes âgées dépendantes*, novembre 2005.
- David (M.-G.), Starzec (C), « Aisance à 60 ans, dépendance et isolement à 80 ans », *Insee Première*, n° 447, avril 1996.
- Dépendance et handicap : La décentralisation au service de l'autonomie*, Observatoire national De l'Action Sociale décentralisée, 2003.
- Deremble (J-P), Veysset (B), « La valeur paradoxale de la vieillesse », *Les Cahiers de la Recherche sur le Travail Social*, Université de Caen, 15, 1988, p. 47-58, p.52.
- DGUHC, *Le logement des personnes âgées*, « Les dossiers », 2004.
- DGUHC, *Les logements-foyers pour les personnes âgées*, juin 2004.
- DREES, « La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées. Situation au 31 décembre 2003 », *Etudes et résultats*, n°485, avril 2006.
- DREES, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : Locaux et équipements », *Etudes et Résultats*, n°380, mars 2005.
- DREES, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : Activité et personnel », *Etudes et Résultats*, n°79, février 2005.
- DREES, *Etudes et Résultats*, n°113, janvier 2003.
- Ennuyer (B.), « Histoire d'une catégorie : « Personnes âgées dépendantes », in Claude Martin, *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ?*, Rennes, PUR, p. 95-114, p.97.
- Eynard (C.), Salon (D.), *Architecture et gérontologie. Peut-on habiter une maison de retraite ?*, Paris, L'harmattan, 2006.
- FNAU, *Vieillir dans son quartier, dans son village ? Un premier bilan des réflexions et des projets menés par les agences d'urbanisme*, Fondation de France, 2004.
- Frinault (T.), « La dépendance ou la consécration française d'une approche ségrégative du handicap », *Politix*, vol. 18, n°72, 2005, p. 11-32.
- Gaullier (X.), « La protection sociale et les nouveaux parcours de vie », *Esprit*, février 2001, p.93-111.
- Gobillon (L.), Laferrère (A.), « Les choix de logement des personnes », *Revue française d'économie*, (2006-01) vol.20, n°3, p.115-151.
- INSEE, France, *Portrait social*, Dossier « La dépendance des personnes âgées : recours aux proches et aux aides professionnelles », 1998/1999.
- INSEE, France, *portrait social*, Edition 2008
- INSEE, *Les personnes âgées*, « Références », 2005.

Jacquot (A.), « Des ménages toujours plus petits. Projection de ménages pour la France métropolitaine à l'horizon 2030 », *INSEE Première*, n°1106, octobre 2006.

Jacquot (A.), « La demande potentielle de logement : l'impact du vieillissement de la population », *INSEE Première*, n° 885, 2003.

Jacquot (A.), « Vieillissement de la population et demande de logement », *L'observatoire de l'immobilier*, n°56-57, 2003.

*Jeunes et personnes âgées : une approche logement à peaufiner, Habitat et société*, (1998-03), n°9, p.22-49.

*La décentralisation au service de l'autonomie*, Rapport de l'Observatoire national De l'Action Sociale décentralisée, 26 novembre 2003

La lettre de l'Observatoire des retraites, n°13, juillet 2003.

Le Bouler (S.), *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*, Second rapport de la mission « Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes », Centre d'analyse stratégique, juin 2006.

*Le logement des personnes âgées*, séminaire de l'ENA relatif au logement, 2005.

Legrand (M.), « Introduction », in Legrand (M) (dir.), *La retraite : une révolution silencieuse*, Toulouse, Erès, 2001, p. 16.

Loones (A.), *Rapport sur l'Occupation du parc social et son évolution. Enquête nationale 2006*, CREDOC, 2007.

Louchard (P.) et al., *Le défi de l'âge. Les conséquences du vieillissement de la population*, Les cahiers de l'AURIF, n°121 et n°122, 4e trimestre 1998 et 1er trimestre 1999.

Malevergne (E.), *L'habitat des personnes âgées : enjeux et perspectives*, Paris, CLEIRPA, 2006.

Musée de l'APHP, *Voyage au pays de Gérousie. Le grand âge en institution. XIXe-XXe siècle*, 2007.

Ogg (J.), « Les problèmes liés à la politique de "Community care" au Royaume-Uni », *Retraite et Société*, n°31, 2000, p. 25-37.

Prud'Homme (N.), *Accès au logement, droits et réalités*, Rapport du Conseil économique et social, 2004.

Razaki (C.), « Le logement des personnes âgées et/ou handicapées à partir de l'enquête Handicaps-Incapacités-dépendance. Statistiques commentées pour l'Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat », CTNERHI, 2001.

Robert-Bobée (I.), « Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. La population continue de croître et le vieillissement se poursuit », *Insee Première*, n° 1089, Juillet 2006.

Somme D., « Participation et choix des résidents dans le processus d'entrée en institution », *Solidarité et Santé*, n°1, 2003.

Taffin (C.), Vorms (B.), « La mobilisation de l'actif résidentiel des personnes âgées pour participer au financement des dépenses dues au grand âge. Le recours au prêt viager hypothécaire », Note au ministre du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité, 7 mai 2008.

Tilloy (P.), *L'adaptation du logement des personnes âgées en vue de leur maintien à domicile*, Mém.DESS Urban., aménagement et dev. Local, Paris, IEP, 1996-1997.

Thoenig (J.-C.), « Enseigner le management public », *Enseignement et gestion*, n°15, 1976, p. 3-33

USH, *Prendre en compte le vieillissement et le handicap dans les interventions sur le patrimoine*, « Les collections d'Actualité habitat », n°98, 2005.

Veysset (B.), *Dépendance et vieillissement*, Paris, L'Harmattan, 1989.

## Liste des entretiens réalisés

*Hors départements retenus pour l'enquête*

*Pascal Champvert, Président de l'Adpa*

*Patricia Mallet-Champvert, ANRESPA*

*Nicole Merlin-Berlière : DGA personnes âgées / personnes handicapées au conseil général du Rhône*

*Emilie Touchard : direction technique de l'ANAH (en charge adaptation)*

*Jean Ringon : DGUHC*

*Ile de France*

*Laplace (DRASSIF, responsable secteur personne âgées)*

*Christiane Flouquet CNAV IF*

*Yann Moisan (DRASS-ESCAVI)*

*Mme Flouquet (Directrice action sociale CNAV IdF)*

*Gauthier (resp. personnes âgées CNAV IdF)*

*J.-Y. Picard (CLIC Issy les Moulineaux) + Monsieur Gouzel adjoint maire (Issy les M.)*

*Chétrit (CLIC Boulogne)*

*Delphine Petitjean (et Guillaume Raynaud) (CLIC Vitry)*

*Chantal Hervé CLIC Nanterre*

*Phillippe Genest (Premier vice- président du CODESPA 94)*

*Alain Boulanger, vice-président du conseil général des Hauts de Seine (délégation logement)*

*Mr Charpentier, responsable habitat CA hauts de Bièvre (92)*

*Mr Pihoue, directeur du pôle Habitat de la CA Val de Seine (92) avec Mr Kukuryka et Mme Houdeau*

*Mr Penverne, Directeur Général des Services de la CA Sud de Seine (92)*

*Mme MOUGE, Responsable Service Urbanisme de la ville de St Cloud et chargé de l'habitat pour le compte de la CA Cœur de Seine (92)*

*Mme Maitret, Responsable Habitat de la CA Val de Bièvre (94)*

*Mr Paille, Directeur Général Adjoint chargé de l'Aménagement et du Développement CA le Haut Val de Marne (94)*

*Mlle Cailleaux, Responsable Service Habitat, CA de la Vallée de la Marne (94)*

*Mme Duchet, Communauté de communes du Plateau Briard (94)*

*Yves Le Souder, directeur PACT 94*

*Dudragne (PAPA, IdF)*

*MDPH Val de Marne*

*MDPH Hauts-de-Seine*

*Bretagne*

*Martine Fauconnier Chabalière (directrice de l'action sociale – DRASS Bretagne)*

*Hervé Goby Directeur adjoint (CRAM de Bretagne)*

*Hervé Dupeyron (MDPH 35)*

*Sabel (MSA Morbihan)*

*Lecaron, MSA Portes de Bretagne (Rennes)*

*Mingant coordinateur du CLIC de Vannes*

*Mr Laurens, coordinateur CLIC de Rennes*

*Louvain Denis, responsable service logement, conseil général Ille et Vilaine*

*Véronique Colin, responsable service tarification et planification des établissements et service sociaux, conseil général Ille et Vilaine*

*Eve Depasse, chargée de mission « actions sociales en faveur des personnes âgées et coordination gérontologique », conseil général Ille et Vilaine*

*Nathalie Rougier, responsable service logement, Vitré communauté*

*Florence Leconte, responsable du pôle habitat, Saint Malo agglomération*

*Nathalie Demeslay, responsable du service habitat, Rennes Métropole*



*Pascal Roulin, chargé mission PACT Ille et Vilaine*  
*Alain Bette, responsable service logement, conseil général Morbihan*  
*Judith Fernandez, responsable de l'habitat, CAP Lorient et Marie-Christine Detraz, élu de la ville de Lorient (initiatrice de la Passerelle, CLIC de Lorient)*  
*Hélène Lebel, responsable habitat, CAP Vannes*  
*Marie-Anne Corveller, responsable habitat, communauté de communes de Pontivy*  
*Jean Jacques Guth, directeur général de Bretagne Sud Habitat*

*Limousin*

*Frémont (MDPH Haute-Vienne)*  
*CLIC Limoges*  
*Cyril Brunie, chargé du PRU à la Ville de Limoges, ancien chargé de mission habitat à Limoges métropole*  
*Jean-Luc Barrière, directeur du PACT ARIM 87*  
*Mme Gangler-Haddad, Responsable Service habitat, DDE 87*  
*Mlle Coueignaf, chargée de clientèle à l'ODHAC (Office départemental Haute Vienne)*  
*Mr Pasquier, responsable du pôle développement, Conseil général Haute Vienne*  
*Mr Fauher, responsable du pôle personnes âgées/personnes handicapées, CG 87*  
*Mr Nouaille, maire d'Aixe-su-Vienne, en tant que maître d'ouvrage d'une OPAH avec un volet vieillissement*  
*Mme Dardillac, élu de la communauté de communes de Vienne Glane*  
*Roua-Marcou (DRASS Limousin)*  
*DELPY (CRAM Limousin)*  
*Jammot (MSA Limousin)*  
*CLIC Saint Yriex*