

**HABITAT ET VIEILLISSEMENT :
VIVRE CHEZ SOI,
MAIS VIVRE PARMIS LES AUTRES !**



**17^e rapport du Haut comité pour le logement des personnes défavorisées
octobre 2012**



Sommaire

Note de synthèse	5
Introduction	11
1 Le vieillissement de la population affecte les besoins relatifs à l'habitat	12
1.1 L'avenir du vieillissement	12
1.1.1 Les perspectives démographiques : une augmentation du nombre des plus âgés	12
1.1.2 Les perspectives économiques : le développement de la pauvreté parmi les personnes âgées	14
1.2 L'impact du vieillissement sur les besoins relatifs à l'habitat	17
1.2.1 Vieillesse et pauvreté exposent les personnes âgées aux risques de l'isolement et de la perte d'autonomie	17
1.2.2 L'habitat peut être un facteur de protection ou d'exclusion pour la personne âgée	18
1.3 Un besoin de solidarité nationale et d'inscription dans les territoires	20
1.3.1 Une question de solidarité nationale	20
1.3.2 Une question qui s'inscrit dans des politiques territoriales	22
2 Le maintien des personnes âgées en logement indépendant	24
2.1 Le maintien en logement indépendant nécessite l'existence de solidarités et de services	24
2.2 Adapter le logement privé	27
2.3 Adapter le logement social à une clientèle nouvelle	3&
2.4 Promouvoir la construction d'un habitat adapté au vieillissement	3,
2.5 Faire du logement partagé une option possible	4%
3 Le logement des personnes âgées en établissement social ou médico-social	46
3.1 Les ambiguïtés de vocabulaire révèlent des interrogations sur la nature de l'offre	4*
3.1.1. Le vocabulaire, non stabilisé, est source d'ambiguïtés	4*
3.1.2 L'offre est dominée par les établissements médicalisés	4,
3.1.3 La différenciation des publics entre Ehpad et logements-foyers non médicalisés est fortement marquée	5%
3.1.4. L'évolution des Ehpad vers une fonction hospitalière pose différemment la question du « chez-soi »	5'
3.2 La question du coût et de sa prise en charge dans les établissements médicalisés	5)
3.2.1 Des redevances nettement supérieures aux revenus des plus modestes	5)
3.2.2. Allocation personnalisée d'autonomie, aide sociale à l'hébergement et aide fiscale suivent des logiques de solidarité contradictoires	5+
3.2.3 Le coût logement de l'Ehpad doit être rendu abordable via les aides au logement	6\$
3.3 Développer une offre de logements-foyers non médicalisés	6(
3.3.1 La démarche du « tout-Ehpad » se heurte à la réalité des besoins	6(
3.3.2 Les conditions du développement d'une offre adaptée de logements-foyers non médicalisés	6*
4 Promouvoir une réponse d'ensemble dans chaque bassin d'habitat	69
Conclusion	72

Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées - 17^e rapport
Habitat et vieillissement
Vivre chez soi, mais vivre parmi les autres

Note de synthèse

Le vieillissement de la population affecte les besoins relatifs à l'habitat

L'allongement de la durée de vie constitue une évolution majeure de notre société pour les décennies à venir. Elle devrait se traduire par :

- **une forte augmentation du nombre des plus âgés** : il y aura en 2050, 11,6 millions de plus de 75 ans au lieu de 5,4 aujourd'hui, 4,8 millions de plus de 85 ans au lieu de 1,5 aujourd'hui ;
- **une croissance plus relative du nombre de personnes en perte d'autonomie** ; pour 1,2 millions de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie actuellement, les projections vont de 1,4 à 1,6 millions en 2025, de 1,7 à 2,2 millions en 2040.

Contrairement à ce que nous avons connu dans la deuxième moitié du 20^e siècle, **la pauvreté risque de se développer à nouveau parmi les personnes âgées**. Les perspectives de niveau de retraite sont nettement moins favorables et, si les personnes âgées sont aujourd'hui proportionnellement moins pauvres que la moyenne de la population, on enregistre déjà une évolution significative qui concerne particulièrement les femmes, les travailleurs immigrés et les ruraux. **L'isolement accompagne souvent le vieillissement et la pauvreté.**

Ces évolutions ont un impact important sur les besoins d'habitat.

→ **L'habitat peut accroître la dépendance et l'isolement, ou il peut, au contraire, en être le premier facteur de prévention.**

C'est pourquoi le Haut Comité considère que l'habitat des personnes âgées constitue un enjeu qui dépasse le simple cadre des politiques du logement : il représente un enjeu sociétal majeur.

Le maintien des personnes âgées en logement indépendant : l'aspiration du plus grand nombre

Le « maintien à domicile » constitue l'objectif premier des politiques. L'expression employée a cependant le tort de laisser entendre que, a contrario, la personne accueillie dans un établissement n'y serait pas chez elle, dans son « domicile ». C'est pourquoi **le Haut Comité emploie l'expression de « maintien en logement indépendant »**, plus conforme à la réalité de la démarche.

Le maintien en logement indépendant n'est évidemment possible, pour les personnes en perte d'autonomie, que si elles bénéficient de solidarités et de services, mais il suppose aussi que le logement et, plus largement, l'habitat, s'adaptent aux contraintes des personnes âgées.

Dans leur majorité, les personnes âgées sont propriétaires de leur logement, mais la propriété ne les met pas à l'abri de la pauvreté. L'Anah considère que 830 000 ménages âgés modestes occupent un logement dont ils sont propriétaires et qui nécessite des travaux. Il s'agit de l'adaptation à la perte d'autonomie, mais aussi de l'amélioration des performances énergétiques et, parfois, de la remise en état. Les interventions de conseil, d'assistance à maîtrise d'ouvrage et l'aide au financement mobilisent un partenariat diversifié, mais elles se heurtent à une insuffisance de moyens. Alors qu'aujourd'hui, le budget de l'Anah est en régression, le Haut Comité appelle à un programme national d'aide au profit des personnes âgées qui ne disposent pas des moyens nécessaires : les dépenses en la matière sont très vite récupérées par les économies de services ou de recours à un accueil en établissement.

Pour adapter l'habitat privé, le Haut Comité propose :

- **d'instituer un programme spécifique de l'ANAH pour l'amélioration et l'adaptation de l'habitat des personnes âgées.**
- **d'ouvrir l'accès, dans le cadre des travaux de maintien en logement indépendant, à un prêt dont le remboursement serait gagé sur la valeur du bien.**
- **de promouvoir les « guichets uniques » de l'adaptation du logement au maintien en logement indépendant.**

Les personnes âgées sont de plus en plus présentes parmi les locataires Hlm ainsi que parmi les demandeurs de logements sociaux. Cette présence est appelée à s'accroître dans les années à venir. Les bailleurs sociaux procèdent à l'adaptation de leur patrimoine, au coup par coup ou dans le cadre de démarches systématiques. Ils bénéficient pour cela d'une aide fiscale. Mais les bailleurs sociaux présentent l'intérêt de ne pas être uniquement des fournisseurs de logements. Partenaires des collectivités, investis d'une mission sociale, ils sont en situation d'agir de façon plus large. Leur gestion de proximité permet de détecter les situations de difficulté des personnes âgées. Elle facilite le développement du lien social et **on assiste à de multiples initiatives qui visent à développer le lien social entre locataires Hlm de différentes générations.**

Pour adapter le logement social à sa clientèle nouvelle, le Haut Comité propose

- **de développer la classification du parc social en fonction de son adaptation et de celle de son environnement au handicap et au vieillissement**
- **d'attribuer prioritairement les logements adaptés à des personnes handicapées ou âgées.**
- **d'inclure dans les conventions d'utilité sociale des objectifs d'adaptation des logements au vieillissement.**
- **d'engager un plan de formation des personnels des bailleurs sociaux**
- **d'établir un bilan des aides fiscales mobilisées par les bailleurs sociaux au titre de l'adaptation des logements.**

L'adaptation de l'habitat ne doit pas concerner uniquement l'existant : **prendre en compte la personne âgée en amont, dans la conception même des logements, permet non seulement des économies mais aussi une adaptation plus pertinente.** De nombreuses initiatives ont vu le jour dans le secteur Hlm, soit pour construire de petits immeubles dédiés aux personnes âgées, soit pour intégrer des logements dédiés au sein de programmes mixant les générations. Les collectivités territoriales sont également à l'origine d'initiatives d'habitat privé adapté, permettant à des personnes vieillissantes en milieu rural de se relocaliser en centre-bourg, à proximité des commerces et des transports.

Pour promouvoir la construction d'un habitat adapté au vieillissement, le Haut Comité propose :

- **de créer un programme national d'incitation à la construction de logements pour personnes âgées en centre-bourg**
- **de développer des petites opérations de logements sociaux pour personnes âgées.**

Le partage d'un logement, que ce soit entre seniors ou entre générations, permet de rompre avec la solitude et de bénéficier d'un cadre sécurisant, où l'entraide, organisée ou non, est possible. Il présente également un intérêt économique dans un contexte de manque de logements. Le logement peut être partagé entre seniors, ou de façon intergénérationnelle. Différentes formules juridiques existent, dans le parc privé et dans le parc Hlm : location d'une partie du logement (lorsque la personne âgée est propriétaire), sous-location, co-location, accueil familial... Certains organismes expérimentent la conception d'immeubles de logements spécifiquement construits en vue d'être partagés. Le développement de ce type de formules nécessite des prestations de médiation.

Pour faire du logement partagé une option possible, le Haut Comité propose :

- **d'encourager le développement de services de médiation dans le cadre des dispositifs de logement partagé qui concernent les personnes âgées.**

Le logement des personnes âgées en établissement social ou médico-social : entre habitat choisi et hospitalisation

Le Haut Comité relève également des ambiguïtés dans le vocabulaire employé. La plupart des établissements sont qualifiés de « logements-foyers » par le code de la construction, tandis qu'ils sont des établissements d'« hébergement » pour personnes âgées (Ehpa) ou pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) pour le code de l'action sociale et des familles. Le contrat signé par les personnes fait de l'établissement leur domicile au plan juridique et la démarche des pouvoirs publics et des gestionnaires vise à ce qu'elles s'y sentent « chez elles ». **Mais le mot hébergement traduit le ressenti dans les Ehpad, tandis que, pour les établissements non médicalisés, la tendance est à privilégier la dénomination « logement-foyer ».**

La médicalisation concerne 75% de l'offre. Elle correspond à une volonté des pouvoirs publics, qui ont encouragé la transformation de la majorité des structures existantes en Ehpad.

Le public des Ehpad est aujourd'hui nettement différencié de celui des autres logements-foyers :

- les résidents d'Ehpad font des séjours de plus en plus courts (un résident sur quatre séjourne moins de deux mois), tandis que ceux des logements-foyers non médicalisés y restent durablement (un résident sur deux reste au moins quatre ans).
- les résidents d'Ehpad sont fortement dépendants (un résident sur deux est en grande dépendance), ceux des logements-foyers non médicalisés sont relativement autonomes (trois sur quatre sont peu dépendants).

On assiste en réalité à une évolution des Ehpad vers une fonction hospitalière : ce sont des structures dans lesquelles on n'entre que lorsqu'il n'y a pas d'alternative, et le niveau de dépendance des résidents relativise l'impact des normes de construction sur la perception du chez-soi.

Le problème majeur posé aujourd'hui par les Ehpad est celui de leur coût. La part facturée aux résidents et à leurs familles ne descend guère en dessous de 1 500€ par mois. Elle est plus souvent au-dessus de 2 000€ en milieu urbain pour les établissements nouveaux. Cette situation renvoie à l'importance des prestations qui sont difficilement compressibles, eu égard à la population accueillie, mais aussi à la répartition de la facturation. Celle-ci répartit les dépenses entre le soin, qui relève de l'assurance-maladie, la dépendance, qui relève, pour une part, de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), et d'un troisième tarif dénommé « hébergement » qui regroupe en fait les dépenses de logement, de restauration, d'administration, de confection des repas et d'animation. Pour une part il ouvre droit à l'APL et pour le reste, le cas échéant à l'aide sociale à l'hébergement (ASH).

Le Haut Comité note que ce système de facturation est à la fois complexe et injuste : le tarif dit « hébergement » inclut des dépenses qui sont imposées au résident par son état de dépendance. L'APA obéit à une logique de solidarité qui tient très peu compte des ressources, tandis que l'ASH n'intervient que de façon subsidiaire par rapport à la solidarité familiale, et ouvre droit à récupération sur la succession. Les personnes imposables bénéficient par ailleurs d'une aide fiscale, qui bénéficie d'autant plus aux plus aisés. C'est pourquoi **le Haut Comité demande que la réforme du 5^e risque intègre la dimension sociale.**

Pour financer la dépendance des personnes accueillies en Ehpad, le Haut Comité propose :

- **d'affecter au même tarif tout ce qui n'est ni soins, ni logement**
- **de regrouper en une seule aide à la dépendance APA, ASH et aide fiscale.**
- **de prendre en compte la capacité réelle de la personne à assumer une partie des dépenses.**
- **de repenser la répartition entre solidarité collective et solidarité familiale dans un souci de justice et de prise en compte des évolutions sociétales.**

Concernant plus spécifiquement la part « logement » du coût de l'Ehpad, le Haut Comité demande que la solvabilisation des plus pauvres soit assurée via les aides à la pierre et les aides à la personne. Il relève également la rigidité et le poids de certaines normes. La plupart d'entre elles correspondent à

une nécessité, et il ne s'agit pas de les abroger, mais au moins de permettre **que l'esprit de la norme l'emporte sur la lettre.**

Pour prendre en charge le coût logement des Ehpad, le Haut Comité propose :

- d'engager une évaluation de la réalité des équivalents loyers et charges pratiqués, et la solvabilisation par les aides personnelles.
- d'ouvrir l'accès des Ehpad aux financements PLUS et PLAI.
- de conforter les aides de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie à l'investissement.
- d'ouvrir un droit à dérogation aux normes sous l'autorité conjointe de l'agence régionale de la santé et du Conseil général.

Le Haut Comité constate également que **la démarche du « tout-Ehpad » se heurte à la réalité des besoins.** Une demande s'exprime aujourd'hui pour des logements-foyers non médicalisés. Cependant la dépendance moyenne des personnes qui y sont accueillies a été plafonnée d'une façon rigide. Aujourd'hui, **il existe un fossé entre les établissements médicalisés, qui n'accueillent que des personnes très dépendantes, et les établissements non médicalisés, qui ne sont autorisés à accueillir que des personnes autonomes ou peu dépendantes.** Par ailleurs l'application rigide du plafond de dépendance moyenne (le « GMP ») contraint les établissements à des évictions : lorsque la diminution de l'autonomie d'un résident fait basculer le taux moyen au-delà de ce seuil, ce résident doit quitter l'établissement. Le Haut Comité considère que **l'intérêt de la personne doit passer avant le respect de la norme administrative : la priorité au « maintien à domicile » doit s'appliquer aussi au sein des établissements.**

Pour développer une offre de logements-foyers non médicalisés, le Haut Comité propose :

- dans les territoires, de planifier une augmentation du nombre de places en logements-foyers non médicalisés
- au niveau national, de mobiliser des aides à la pierre pour la construction et la réhabilitation des logements-foyers
- de mettre en place un forfait autonomie
- de relever la limite du GMP applicable aux établissements non médicalisés
- d'appliquer la limite de GMP avec souplesse

Promouvoir une réponse d'ensemble dans chaque bassin d'habitat

Le rapport relève la diversité des réponses existantes et l'intérêt des expérimentations et innovations conduites dans le domaine de l'habitat des personnes âgées. **Il n'y a pas une réponse, mais un éventail de réponses dont chacune doit être développée afin de permettre à chaque personne âgée d'opérer des choix sur son habitat, de s'inscrire dans un projet de vie.**

L'habitat des personnes âgées met en jeu non seulement les interventions de logement, mais également celles qui portent sur la santé et sur l'action sociale. **La cohérence doit en être assurée au plus près des bassins d'habitat,** et donc à travers les programmes locaux de l'habitat, conduits par les intercommunalités. **L'Etat doit se donner les moyens de jouer un rôle d'impulsion,** pour veiller à ce qu'aucun territoire ne reste en retrait, et faire en sorte que l'expérience des uns serve à tous.

Pour promouvoir une réponse d'ensemble dans chaque bassin d'habitat, le Haut Comité propose :

- de systématiser la prise en compte de l'ensemble des besoins liés au vieillissement dans les programmes locaux de l'habitat (PLH)
- de créer une équipe nationale d'appui à l'élaboration et au suivi des politiques territoriales du vieillissement.

Introduction

L'allongement de l'espérance de vie est certainement l'évolution la plus positive enregistrée par notre société au cours des dernières décennies, et chacun souhaite la voir se poursuivre encore dans les années à venir.

L'augmentation de la population âgée qui en résulte a un impact important sur les besoins d'habitat, et cet impact n'est pas uniquement quantitatif. Qu'il s'agisse de ses caractéristiques propres ou de celles de son environnement, le logement de la vie active ou du début de la retraite n'est pas toujours adapté au vieillissement. Lorsqu'il l'est, il constitue un facteur essentiel de la préservation de l'autonomie. Lorsqu'il ne l'est pas, il peut au contraire accroître la dépendance et produire de l'isolement.

La pauvreté constitue un autre facteur de dépendance et d'isolement, et elle limite les options possibles en termes de logement. Or, si les revenus des personnes âgées ont nettement progressé au cours de la deuxième moitié du XXe siècle, les perspectives qui se dessinent aujourd'hui sont beaucoup moins favorables. Les signaux d'alerte sont là : les personnes âgées redeviennent un public pour les associations caritatives et les acteurs de l'urgence sociale.

Face à ces défis croisés du vieillissement, de la pauvreté et de l'isolement, le Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées a souhaité apporter son éclairage et formuler un certain nombre de propositions. Il s'agit de faire en sorte que toute personne, quels que soient son âge et les éventuelles pertes de capacité qu'il induit, et quel que soit son niveau de ressources, puisse bénéficier de conditions d'habitat lui permettant de vivre dans la sécurité, le confort, et d'entretenir des liens sociaux diversifiés.

La première voie explorée sera naturellement celle du logement indépendant. La grande majorité des personnes âgées souhaitent rester dans le logement qu'elles habitent et cela peut nécessiter son adaptation. Mais le maintien en logement indépendant peut aussi se faire dans le cadre d'un relogement dès lors que se développe une offre nouvelle, conçue pour réunir les conditions les plus favorables à la vie des personnes âgées. La réflexion doit porter sur l'habitat au sens le plus large, c'est-à-dire non seulement le logement, mais aussi le cadre dans lequel il s'insère, qu'il s'agisse du voisinage, de l'accès aux services, et de tout ce qui contribue à la participation de la personne âgée à la vie de la cité.

Le logement-foyer est une autre formule d'habitat qui a été développée pour les personnes âgées. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) en constituent aujourd'hui le plus grand nombre. A la frontière entre logement et hospitalisation ils sont souvent une réponse par défaut, et leur coût est un problème majeur pour les personnes et leurs familles. Ils doivent rester accessibles à tous ceux qui en ont besoin. Mais d'autres logements-foyers pour personnes âgées existent et répondent à un choix positif, celui d'un domicile accompagné de services et qui reste ouvert sur la vie de la cité.

Ce rapport rend compte de la diversité des réponses existant en matière d'habitat des personnes âgées. Il relève, sans prétendre en faire l'inventaire, de nombreuses expérimentations et innovations intéressantes qui ont vu le jour au cours des dernières années. Il ne s'agit pas de trancher, parmi toutes ces formules, celle qui serait la plus pertinente, mais plutôt d'examiner, pour chacune d'entre elles, les conditions de son développement afin qu'une palette de réponses vienne en face de la diversité des besoins. Chaque personne âgée a sa personnalité, son parcours, ses aspirations et elle doit rester en mesure d'opérer des choix sur son habitat, de s'inscrire dans un projet de vie.

1- Le vieillissement de la population affecte les besoins relatifs à l'habitat

1-1 L'avenir du vieillissement...

1-1-1 Les perspectives démographiques : une augmentation du nombre des plus âgés

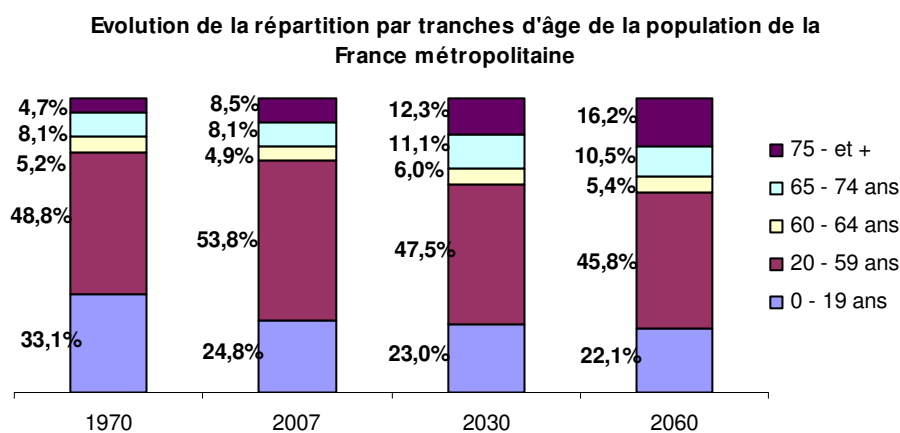
De quoi parle-t-on lorsqu'on parle du « vieillissement de la population » ? Tantôt il s'agit de constater l'augmentation de la proportion des personnes qui se situent dans les tranches d'âge les plus élevées, phénomène qui découle à la fois du recul de la natalité et de l'augmentation de l'espérance de vie. C'est un constat qui a des implications économiques, à travers la question du financement des retraites, et des implications sociétales, à travers la place des « seniors » dans la société. Tantôt il s'agit de se préoccuper de l'augmentation du nombre de personnes atteintes par les handicaps liés à l'âge : c'est la question de la « dépendance » ou de la perte d'autonomie.

Dans les deux cas le vieillissement de la population s'accompagne d'une modification des besoins relatifs à l'habitat.

Une forte croissance de la population la plus âgée

Les critères d'âge habituellement utilisés pour rendre compte de la population de « personnes âgées » sont tous discutables. Selon les documents, les seuils utilisés vont de 55 ans à 80 ans. Il semble en réalité nécessaire de distinguer deux seuils :

- **celui du passage à la retraite** ; l'âge moyen de départ est actuellement de 61,5 ans, il devrait augmenter au cours des prochaines années du fait de la réforme intervenue en 2011 ; il s'agit d'une étape qui a des implications dans les conditions de vie et les ressources de la personne : elle peut conduire à un projet de vie nouveau et à un déménagement ; même lorsque tel n'est pas le cas, le rapport à l'habitat se trouve modifié par la retraite ;
- **celui de l'arrivée des handicaps imputables au processus de sénescence** ; celle-ci intervient généralement de façon progressive et à un âge très variable selon les individus ; elle crée des besoins spécifiques par rapport à l'habitat.



Source INSEE, estimations de population et statistiques de l'état civil jusqu'en 2007 et projection de la population 2007-2060

Si la diminution relative des moins de 20 ans est un phénomène qui est déjà en grande partie derrière nous, celle des 20-59 ans va caractériser les années à venir. Elle s'accompagnera d'une augmentation des classes « anciennes » qui concerne principalement les plus de 75 ans. Compte tenu des projections qui tablent sur une poursuite de l'augmentation générale de la population, ce phénomène va se traduire ainsi :

- les plus de 75 ans passeront de 5,4 millions en 2011 à 6,2 millions en 2020 et 11,6 millions en 2050,
- les plus de 85 ans passeront de 1,5 millions en 2011 à 2,1 millions en 2020 et 4,8 millions en 2050,
- les plus de 100 ans passeront de 17 500 en 2011 à 24 000 en 2020 et 60 000 en 2050.

Une croissance plus relative du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie

La mesure de la dépendance des personnes âgées : la grille « AGGIR »

L'évaluation de la dépendance se fait à partir de la grille nationale « AGGIR » (autonomie gérontologie groupe iso-ressources). En fonction de sa situation par rapport à un certain nombre de variables, la personne âgée est classée dans un groupe dit « iso-ressources ». Le classement dans les groupes iso-ressources (GIR) 1 à 4 ouvre droit à l'aide personnalisée à l'autonomie (APA).

GIR 1 : Les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur activité mentale, corporelle, locomotrice et sociale qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

GIR 2 : Les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, ou celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices.

GIR 3 : Les personnes ayant conservé des fonctions mentales satisfaisantes et des fonctions locomotrices partielles, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.

GIR 4 : Les personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement et qui doivent être aidées pour la toilette et l'habillement, ou celles qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles, y compris les repas.

GIR 5 : Les personnes qui sont autonomes dans leurs déplacements chez elles, qui s'alimentent et s'habillent seules mais nécessitent une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

GIR 6 : Les personnes autonomes dans tous les actes de la vie quotidienne.

Rendre compte de façon statistique de l'évolution prévisible de la population exposée à la perte d'autonomie n'est pas aisé. Tout seuil est contestable car chaque individu est différent par rapport au vieillissement. Par ailleurs il est difficile de faire des projections quant aux évolutions de la science médicale et à leurs conséquences sur l'espérance de vie en bonne santé.

Deux approches doivent être signalées.

- L'évaluation du nombre de personnes disposant d'une espérance de vie inférieure à dix ans. Cette démarche, issue des travaux de Patrice Bourdelais, est citée par le groupe de travail n°1 « Société et vieillissement » constitué dans le cadre de la préparation de la réforme de la dépendance. Le chiffrage fait apparaître que le nombre de personnes concernées est resté quasi-constant depuis

1900 : de l'ordre de 3 millions de personnes (ce qui signifie une forte diminution en valeur relative). Par contre **le seuil, qualifié d'« âge de vieillesse » s'est considérablement accru : selon la CNSA, il est passé de 66 ans en 1900 à 80 ans en 2008** (65 à 77 pour les hommes et 67 à 81 pour les femmes). Il s'est accru de deux ans entre 1995 et 2008.

- L'évaluation du nombre de personnes concernées par la dépendance, telle qu'elle est définie pour accéder à l'allocation personnalisée d'autonomie. C'est sur cette base qu'a travaillé le groupe de travail n°2 « Perspectives démographiques et financières de la dépendance ». Son hypothèse moyenne est celle d'**une augmentation de 30 % du nombre de bénéficiaires de l'APA d'ici à 2025 et de 73 % d'ici à 2040.**

Résultats des projections de personnes dépendantes au sens de l'APA pour la France entière (scénario démographique central de l'INSEE)

	2010	2025	2040
Hypothèse optimiste	1 165 000	1 390 000	1 740 000
Hypothèse intermédiaire	1 165 000	1 510 000	2 020 000
Hypothèse pessimiste	1 165 000	1 590 000	2 240 000

Source : DREES pour groupe de travail n°2 du débat sur la dépendance

1-1-2 Les perspectives économiques : le développement de la pauvreté parmi les personnes âgées

Le lien entre vieillissement et pauvreté a fait l'objet d'un dossier réalisé par Jean-Pierre Bultez et Didier Gélot : « Vieillir dans la pauvreté » publié par La Documentation Française¹.

La fin d'une période favorable

Parce que le vieillissement entraîne la diminution des capacités à participer à l'activité économique, les personnes âgées ont toujours été exposées à la pauvreté. Seules pouvaient les en protéger l'accumulation d'un patrimoine générateur de revenus (loyers, rentes..) et les solidarités familiales.

Le développement des systèmes de retraite est venu remédier à cette situation. La pauvreté des personnes âgées, restée forte jusqu'au début des années 70, a connu ensuite une diminution importante du fait de la conjonction d'éléments favorables :

- la systématisation de la couverture par des régimes de retraite, intervenue au lendemain de la guerre,
- l'amélioration du niveau des pensions servies, y compris au titre de la réversion,
- le développement de l'emploi des femmes,
- la mise en place d'un minimum vieillesse.

Le taux de pauvreté des plus de 65 ans est passé de 35%² en 1970 à 10% en 2006. Il a connu son point le plus bas en 84 : 7,5% avant de remonter jusqu'au début des années 90 et de se stabiliser autour de 10%.

Des perspectives aujourd'hui préoccupantes

¹ Problèmes politiques et sociaux n°977 – octobre 2010 – Didier Gélot est secrétaire général de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES) – Jean-Pierre Bultez est membre de l'association Les petits frères des pauvres et président de la commission Europe de l'UNIOPSS

² Le taux de pauvreté correspond au pourcentage de personnes dont les revenus sont inférieurs au seuil de pauvreté. Celui-ci, calculé selon la norme européenne, correspond à 60% du revenu médian.

Le taux de pauvreté des personnes âgées a peu varié au cours des dernières années et il reste inférieur à celui de l'ensemble de la population, qui est de 13,5%. Cependant, plusieurs éléments donnent à penser qu'à cette stabilisation va succéder une période d'aggravation.

Le contexte économique des trente dernières années. Les générations qui arrivent à la retraite n'ont pas connu les « trente glorieuses » mais, au contraire, l'ère du sous-emploi.

L'impact des réformes successives des retraites. La réforme de 1993 a substitué l'indexation des pensions sur les prix à celle sur les salaires. En vingt ans, le taux de remplacement retraite/salaire est passé de 85% à 65%. Il devrait encore diminuer pour atteindre 60% en 2050³.

Les projections de la Commission européenne montrent que ce phénomène est général : le ratio pension moyenne / salaire moyen passe de 60% en 2007 à 48% en 2060. Cependant les inégalités sont plus fortes en France qu'en Europe : chez les plus de 65 ans, le total des revenus des deux derniers déciles est 4,5 fois supérieur au total des revenus des deux premiers. Ce ratio est de 4,1 au Royaume Uni, de 3,9 en Allemagne, de 3 en Belgique, et de 2,5 au Danemark.

L'érosion du pouvoir d'achat du minimum vieillesse :

Le minimum vieillesse, qui représentait 52% du revenu médian en 1984, n'en représentait plus que 42,5% en 2007. La revalorisation de 25% entreprise pendant la dernière mandature, et dont la dernière étape était la revalorisation au 1^{er} avril 2012, le rapproche de son niveau antérieur.

Le montant du minimum vieillesse au 1^{er} avril 2012 :

- pour une personne seule : 9.325,98 € par an, soit 777,16 € par mois
- pour un couple : 14.479,10 € par an, soit 1.206,59 € par mois

Près de 600 000 ménages vivent avec le minimum vieillesse.

Certaines catégories de personnes âgées sont particulièrement exposées à la pauvreté

La pauvreté des personnes âgées concerne plus particulièrement les catégories suivantes.

Les retraités de la précarité

Pour ceux qui ont été les victimes des mutations économiques et des crises, et dont la carrière a été marquée par les périodes de chômage, d'emploi à temps partiel, de petits boulots, l'arrivée à la retraite se fait dans des conditions de très faibles ressources.

Les femmes

Celles-ci ont souvent des carrières incomplètes, avec des interruptions pour élever les enfants, des temps partiels, etc. Elles sont également plus souvent veuves. Enfin elles sont davantage représentées parmi les personnes très âgées, qui sont également celles qui perçoivent les pensions les plus faibles.

Les immigrés

Beaucoup de migrants originaires du Maghreb ont aujourd'hui atteint l'âge de la retraite. Une partie d'entre eux demeure encore dans les foyers de travailleurs migrants, transformés ou non en résidences sociales. Le Haut Comité s'est penché sur cette problématique dans son précédent rapport⁴. Mais le vieillissement touche également une population qui vit dans l'habitat ordinaire. Les vieux travailleurs maghrébins ou « chibanis » ont le plus souvent des petites retraites, liées à des carrières incomplètes. Ils ne possèdent pas de patrimoine et, de surcroît, ils continuent généralement d'envoyer de l'argent au pays.

³ ONPES – Didier Gélot.

⁴ 16^e rapport du Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées : « Du foyer de travailleurs migrants à la résidence sociale : mener à bien la mutation ».

Les ruraux

La faiblesse des retraites agricoles se conjugue souvent avec des situations d'isolement. En Bretagne, la part des plus de 65 ans dans les personnes pauvres est de 18 %.

Le retour des personnes âgées dans les publics de la solidarité

Dans son rapport annuel 2009 sur l'état du mal-logement, la Fondation Abbé Pierre relevait les signaux d'alerte remontant d'associations telles que le Secours Catholique, Médecins du Monde, les Restos du cœur, Emmaüs ou les Petits frères des pauvres. L'ONPES note également que les statistiques associatives soulignent le vieillissement des personnes accueillies. C'est ainsi que le Secours catholique constate qu'en 10 ans la proportion de personnes suivies âgées de 50-59 ans est passée de 6,8% à 8,4%. Celle de 60-69 est passée de 2 à 2,6%.

1-2 L'impact du vieillissement sur les besoins relatifs à l'habitat

1-2-1 Vieillissement et pauvreté exposent les personnes âgées aux risques de l'isolement et de la perte d'autonomie

La sénescence est un facteur de perte d'autonomie

La sénescence, ou processus physiologique du vieillissement, a un impact sur l'autonomie qui peut être très variable d'un individu à l'autre, mais qui est inéluctable pour qui a la chance de pouvoir avancer en âge.

Pour certains, la sénescence s'accompagne de pathologies particulières. La maladie de Parkinson et celle d'Alzheimer ont un lien marqué avec le vieillissement, de même que certains troubles auditifs et de la vision. Le rapport du groupe de travail Société et vieillissement note également que la prévalence augmente également avec l'âge pour les démences, les cancers, le diabète, l'ostéoporose, les troubles cardiovasculaires et les maladies neurologiques.

Le même rapport relève que les pathologies ne sont pas seules à occasionner une perte d'autonomie. « Le concept de **fragilité** (« frailty ou frail elderly ») utilisé en gériatrie identifie des caractéristiques médicales chez des personnes âgées qui les exposent à un risque élevé d'entrée en dépendance : perte de poids ; diminution de la force physique ; faible endurance ; lenteur ; faible niveau d'activité ou détérioration cognitive. Selon les études internationales, la « fragilité » toucherait 15 à 20% des personnes de plus de 65 ans à domicile, ce qui en fait un élément majeur à prendre en compte dans les politiques de prévention. »

Le vieillissement peut être cause d'isolement

Beaucoup de personnes âgées vivent seules : alors que 75% des 55-64 ans vivent en couple, ils ne sont plus que 65% entre 65 et 79 ans, et 36% à partir de 80 ans⁵. On peut cependant vivre seul sans être isolé. L'isolement renvoie à la faiblesse des contacts et des échanges, à un manque de réseau relationnel.

Toutes les relations peuvent être affectées par le vieillissement. La retraite constitue une rupture : elle peut entraîner la perte de réseaux de connaissances et d'amitiés s'ils ne sont pas entretenus. Les relations familiales peuvent être réduites par l'éloignement géographique des enfants. La sénescence affecte la capacité de la personne à sortir de chez elle, à conduire, à prendre les transports en commun, et parfois à communiquer. Enfin, il faut rappeler cette évidence : le cercle relationnel, lorsqu'il est constitué essentiellement de personnes de sa propre génération, est appelé à se restreindre par disparition naturelle. D'où l'importance d'un réseau ouvert et intergénérationnel.

La Fondation de France a mené une étude dans laquelle elle considère comme étant en situation d'isolement objectif les personnes qui n'ont aucune relation sociale significative au sein des cinq grands réseaux de sociabilité : réseau familial, réseau professionnel, réseau associatif, réseau amical, réseau de voisinage. L'étude⁶ montre que l'isolement croît avec l'avancée en âge : selon la définition de la Fondation de France, 16% des plus de 74 ans sont isolés contre 15% des 60-74 ans, 11% des 50-59 ans et 9% des 40-49 ans.

⁵ Insee – recensement 2008.

⁶ Les solitudes en France – Fondation de France – juillet 2010.

La pauvreté est un autre facteur de l'isolement

Le développement d'une vie sociale est facilité par l'aisance économique qui permet de se déplacer, de recevoir, d'avoir des activités. Même dans le cercle familial, il est plus difficile de faire vivre les liens avec les enfants et petits-enfants lorsqu'on est dans une situation de pauvreté. L'étude de la Fondation de France relève que 18% des personnes disposant de moins de 1 000€ par mois sont en situation d'isolement objectif contre 9% dans l'ensemble de la population.

Pauvreté et vieillissement sont des facteurs d'isolement qui se cumulent.

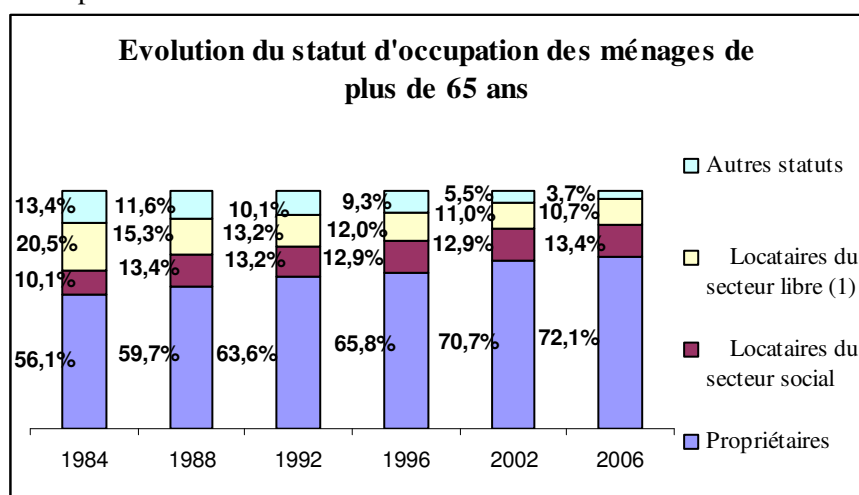
1-2-2 L'habitat peut être un facteur de protection ou d'exclusion pour la personne âgée

La perte d'autonomie ne peut pas être observée indépendamment du contexte dans lequel vit la personne âgée. L'environnement relationnel et l'habitat jouent un rôle déterminant.

Les deux ne sont d'ailleurs pas sans lien puisque l'habitat, par sa localisation et par ses caractéristiques, favorise ou non l'entretien du réseau relationnel. Les difficultés à se mouvoir ont des conséquences fort différentes selon que l'on habite un logement de plain-pied, aisément accessible et ouvert sur une voirie et des transports en commun adaptés, ou que l'on vit dans une maison à niveau dans un hameau. Habiter à proximité d'amis et de voisins qui prennent de vos nouvelles, vous dépannent devant les divers incidents de la vie, côtoyer des personnes plus jeunes, en prise avec la vie active, tous ces éléments représentent autant d'atouts pratiques et psychologiques pour prévenir et combattre la perte d'autonomie.

Près de trois personnes âgées sur quatre occupent un logement dont elles sont propriétaires

Sur l'ensemble de la population française, 57% des ménages sont propriétaires de leur logement. Ce taux monte à 72,1% pour les personnes âgées de plus de 65 ans. Alors que, sur l'ensemble de la population, les locataires du secteur libre sont plus nombreux que ceux du secteur social, la situation est inversée pour les plus de 65 ans.



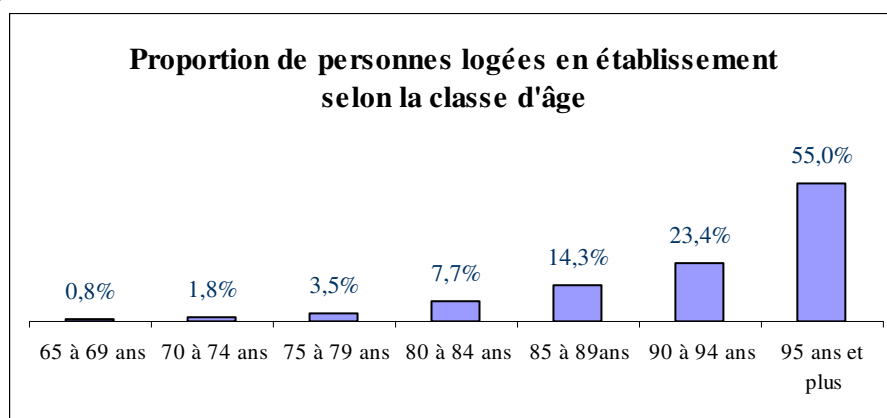
Le statut de propriétaire occupant peut apparaître comme une protection pour la personne âgée : pas de loyer à payer, un patrimoine qui – au plan théorique – pourrait se transformer en capital. Pour autant, il n'est pas synonyme de richesse, et de nombreux propriétaires occupants âgés se trouvent en difficulté par rapport à la réalisation de travaux d'entretien, de remise en état ou d'adaptation à leur perte

d'autonomie. Les personnes âgées sont le plus souvent propriétaires de maisons individuelles, construites à une époque où l'on se souciait peu de la performance thermique du bâti. Avec le renchérissement de l'énergie, elles sont particulièrement exposées à la précarité énergétique.

La propriété rend également moins mobile. Ceci peut être un avantage en termes d'ancrage dans un territoire et des réseaux relationnels, mais peut devenir une difficulté lorsque le logement, ou son environnement s'avèrent inadaptés au vieillissement. Enfin, l'aspect patrimonial peut devenir un frein à l'entrée en établissement pour les personnes qui relèvent de l'aide sociale.

Le logement en établissement concerne essentiellement le grand âge

En 2007, le nombre de personnes âgées accueillies dans un établissement destiné aux personnes âgées était de 656 741. L'âge moyen d'entrée en établissement n'a cessé de reculer au cours des dernières décennies, si bien que le logement en établissement est aujourd'hui marginal jusqu'aux abords des 80 ans. Il suit ensuite une forte croissance avec l'avancée en âge : 55% des personnes âgées de 95 ans et plus sont logées en établissement.



Une inégale répartition territoriale

La répartition territoriale des personnes âgées est très inégale. A titre d'exemple, le taux de personnes de plus de 60 ans est de 34% dans la Creuse 34 % contre 14% dans le Val d'Oise. Le mode d'habiter varie également : en Ardèche, la majorité des plus de 75 ans vivent en résidence collective

On constate des migrations de retraite, qui concernent plutôt les retraités relativement aisés. Certains départements connaissent ainsi une surreprésentation des aînés. A l'inverse, l'Ile-de-France est marquée par un taux plus faible de personnes âgées, à la fois parce que l'emploi y attire les jeunes et parce que la retraite provoque des départs.

Globalement cependant, les personnes âgées sont moins mobiles que les actifs : près de 75% des ménages retraités ont emménagé dans leur logement depuis au moins 12 ans.

1-3 Un besoin de solidarité nationale et d'inscription dans les territoires

L'habitat des personnes âgées ne peut pas être traité comme une question qui les concernerait de façon exclusive. Il renvoie à la façon dont notre société conçoit sa cohésion et gère ses solidarités, à la place qu'elle accorde aux plus fragiles. Est-ce que l'on bâtit la ville d'abord pour les actifs, les bien-portants, les valides, ceux qui disposent d'une certaine aisance de revenus, et que l'on s'interroge ensuite sur les adaptations techniquement possibles et financièrement supportables pour prendre en compte les autres ? Ou bien est-ce que, au contraire, on intègre dès le départ la situation du plus fragile, sachant que ce qui répond à ses besoins a de grandes chances de répondre aussi à ceux des autres ? Considère-t-on les moyens financiers nécessités par l'adaptation des logements, l'accessibilité de la ville, ou les services apportés aux personnes en perte d'autonomie comme des dépenses improductives, le coût d'une « assistance » pesant sur les ressources des actifs, ou y voit-on une redistribution naturelle, génératrice d'emplois et source de dynamique économique ?

Pour partie la réponse à ces questions relève de politiques nationales. Dans notre pays, c'est à ce niveau que se définissent, pour l'essentiel, les solidarités et que se définissent de grandes orientations. Le niveau national est aussi celui d'un cadre réglementaire qui vise à apporter aux personnes âgées des garanties sur les conditions de leur accueil en établissement et de leur prise en charge, mais qui peut aussi comporter des rigidités.

Pour une autre partie, la réponse renvoie à des politiques locales menées par les départements, les intercommunalités et les communes. C'est dans chaque territoire que se jouent la place et les conditions d'habitat faites aux personnes vieillissantes.

1-3-1 Une question de solidarité nationale

La situation des personnes âgées a toujours été l'objet de l'attention des politiques nationales. Ces dernières années ont été marquées par la montée des préoccupations liées à l'évolution de leur poids démographique et à la dépendance.

Les principales étapes qui ont marqué ces politiques au cours des dernières années

1997 – Création de la **prestation spécifique dépendance**, qui a conduit à partir de 1999, à une démarche de médicalisation des établissements pour personnes âgées (transformation en Ehpad).

2002 – Création de l'**Allocation personnalisée d'autonomie (APA)**.

2003 – Après la canicule, qui révèle de façon dramatique l'isolement de certaines personnes âgées, mise en place du **Plan Vieillesse et Solidarités**. Ce plan fixe un objectif d'accroissement des places d'accueil et d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Entre 2004 et 2005, les 10 000 places supplémentaires en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes prévues par le plan sur quatre ans ont été financées, ainsi que 10 000 places en services de soins infirmiers à domicile, 4 250 places en accueil de jour et 2 250 places en hébergement temporaire. Le Gouvernement décide en août 2005 de doubler l'effort de création de places : entre 2006 et 2007, 10 000 places supplémentaires en établissement seront financées.

2004 – La loi du 30 juin 2004 pose le principe d'une prise en charge collective de la dépendance et instaure la **Journée de solidarité**, qui rapporte 2 milliards d'euros par an dont 1,2 milliard pour les

personnes âgées et 800 millions pour les personnes handicapées. Création de la **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)**.

2006 – Le **Plan solidarité grand âge (PSGA)** est présenté par Philippe Bas le 27 juin. Il prévoit la création de 90 500 places nouvelles pour accompagner les personnes âgées en perte d'autonomie. 59 % doivent faciliter le maintien à domicile (36 000 places de SSIAD⁷ et 17 000 places en formules de répit), et 40 % seront créées en Ehpad.

2008 – Le **plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012** complète le PSGA. Il prévoit le financement de 500 équipes spécialisées en SSIAD, la création de 25 000 places de PASA⁸ et de 5 000 places d'UHR⁹, dont 1 666 places dans le secteur médico-social, sur la période 2010 – 2012.

Deux objectifs majeurs se dégagent de ces politiques :

- la médicalisation des établissements, qui a conduit à la transformation de la grande majorité des établissements pour personnes âgées en Ehpad (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ;
- le « maintien à domicile », considéré comme répondant à la fois au choix largement privilégié par les personnes âgées et, au moins jusqu'à un certain point, comme étant plus économe des fonds de la solidarité.

La réforme de la prise en charge de la dépendance : la création du cinquième risque reste devant nous

Qu'il s'agisse de maintien à domicile ou d'accueil en établissement, l'évolution démographique pose la question du financement des interventions en faveur des personnes dépendantes.

En 2011 a été ouvert le chantier de la réforme de la prise en charge de la dépendance. Ce chantier a donné lieu à une large concertation nationale. Quatre groupes de travail ont été constitués, et chacun d'entre eux a établi un rapport.

- le groupe de travail n° 1, animé par Annick Morel, « Société et vieillissement » ;
- le groupe de travail n°2, animé par Jean-Michel Charpin « Perspectives démographiques et financières de la dépendance » ;
- le groupe de travail n°3, animé par Evelyne Ratte, « Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie » ;
- le groupe de travail n°4, animé par Bertrand Fragonard , « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »

Contrairement à l'objectif initial, et dans un contexte de crise des finances publiques, il a été décidé de surseoir temporairement à la réforme annoncée. Les choix de la solidarité restent donc à opérer.

Des réflexions sur l'habitat ont été menées

Parallèlement à cette réflexion générale, des travaux plus spécifiques ont été menés sur la question de l'habitat des personnes âgées

- « L'adaptation de l'habitat à l'évolution démographique : un chantier d'avenir » - Rapport remis à Benoist Apparu par Muriel Boulmier - 7 octobre 2009 ;
- « Bien vieillir à domicile : enjeux d'habitat, enjeux de territoires » - Rapport remis à Benoist Apparu par Muriel Boulmier ; 2 juin 2010 ;

⁷ SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

⁸ PASA : Pôle d'activité et de soins adaptés

⁹ UHR : Unité d'hébergement renforcé

- « Vivre chez soi » – remis à Nora Berra, Secrétaire d'Etat en charge des aînés par Alain Franco, professeur de médecine, juin 2010
- « La convergence des politiques publiques du vieillissement et des politiques locales de l'habitat » - Etude réalisée par l'Anil dans le cadre du PUCA avril 2010
- « La dépendance des personnes âgées » - Avis du Conseil économique social et environnemental – rapporteurs Monique Weber et Yves Vérollet, juin 2011.

Tous ces travaux ont bien évidemment nourri ceux menés par le Haut Comité dans le cadre du présent rapport.

1-3-2 Une question qui s'inscrit dans des politiques territoriales

La question de l'habitat des personnes âgées se situe à la fois dans le champ des politiques du logement, dans celui des politiques de santé, et dans celui des politiques sociales. Chacune de ces politiques s'inscrit dans des documents de programmation dont chacun à sa logique propre, son calendrier, son pilotage.

L'action sanitaire et sociale s'inscrit dans des documents de programmation régionaux et départementaux

- Le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) est arrêté par l'agence régionale de santé (ARS)¹⁰. Il fait partie du Plan régional de santé et il a pour objet « de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux [...] afin notamment de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie ».
- Le schéma gérontologique est un schéma départemental d'organisation médico-sociale¹¹ arrêté par le président du Conseil général après concertation avec le préfet et l'ARS. Il détermine « les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale ».
- Ce schéma est accompagné d'un programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)¹² arrêté par l'ARS, qui « dresse, pour la part des prestations financées sur décision tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé, les priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements ou de services au niveau régional ».

Les interventions sur le logement s'inscrivent dans des documents départementaux et locaux

- Le programme local de l'habitat (PLH) est arrêté par l'intercommunalité. Il « définit, pour une durée de six ans, les objectifs et les principes d'une politique visant à répondre aux besoins en logements et en hébergement, à favoriser le renouvellement urbain et la mixité sociale et à améliorer l'accessibilité du cadre bâti aux personnes handicapées en assurant entre les communes et entre les quartiers d'une même commune une répartition équilibrée et diversifiée de l'offre de logements. »¹³

¹⁰ Articles L.1434-12 et 13 du code de la Santé.

¹¹ Article L.312-5 du code de l'action sociale et des familles.

¹² Article L.312-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

¹³ Article L.302-1 du code de la construction et de l'habitation

- Malgré le rôle déterminant que le PLH confère aux intercommunalités, il convient de ne pas oublier celui des communes. A l'exception des communautés urbaines et sauf si elles ont volontairement et collectivement décidé de confier cette compétence à l'intercommunalité, elles exercent la compétence d'urbanisme. Elles délivrent les permis de construire et elles ont des pouvoirs – droit de préemption notamment – qui sont essentiels pour la réalisation des objectifs d'une politique de l'habitat. Leurs CCAS (centres communaux d'action sociale) jouent un rôle particulièrement actif pour les personnes âgées (gestion de services de soutien à domicile et de logements-foyers).
- Enfin, s'agissant de personnes en difficulté, les dispositifs spécifiques visant à permettre leur accès et leur maintien dans le logement relèvent du plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD)¹⁴ arrêté conjointement par le préfet et le président du Conseil général.

C'est donc dans un environnement complexe et peu lisible, marqué par l'articulation des documents de programmation et des rôles respectifs joués par les différents niveaux de la puissance publique, qu'une politique de l'habitat des personnes âgées doit s'inscrire.

¹⁴ Loi 90-449 du 31 mai 1990 (loi Louis Besson).

2- Le maintien des personnes âgées en logement indépendant

Le « maintien à domicile », qu'il est plus juste d'appeler « maintien en logement indépendant », est aujourd'hui le premier objectif des politiques concernant les personnes âgées. Il présente l'intérêt d'être plus économique que l'entrée en établissement – au moins jusqu'à un certain niveau d'invalidation – et de répondre au vœu de la grande majorité des personnes concernées.

La possibilité du maintien en logement indépendant renvoie à la fois à des questions d'accompagnement et aux caractéristiques même du logement et de son environnement. C'est sur ces derniers aspects que le Haut Comité s'est attaché à dégager des propositions. Il n'y a pas un type d'habitat, une voie unique à suivre. Le maintien en logement indépendant des personnes âgées passe à la fois par l'adaptation du logement existant, qu'il soit privé ou social, la production de logements qui leur soient spécialement dédiés, ou encore des opérations intergénérationnelles. Il a vocation à constituer un axe majeur des politiques locales de l'habitat.

Maintien « à domicile » ou « en logement indépendant » ?

Nous préférons employer l'expression « maintien en logement indépendant » pour deux raisons.

- 1° **L'accueil en établissement ne doit pas être une perte, mais un changement de domicile.** On peut d'ailleurs noter que les services de soutien à domicile interviennent aussi au bénéfice de personnes logées dans des logements-foyers, lesquels sont des établissements médico-sociaux.
- 2° **Le changement de domicile peut aussi se faire d'un logement indépendant à un autre logement indépendant.** Une personne âgée peut souhaiter déménager pour un logement mieux adapté à l'évolution de ses besoins, qu'il s'agisse des caractéristiques physiques (plain-pied, aménagements, taille,...), de l'environnement (proximité des commerces et services), ou de la localisation (proximité des enfants ou amis...).

2-1 Le maintien en logement indépendant nécessite l'existence de solidarités et de services

Avant d'entrer dans l'examen des conditions d'habitat qui rendent possible ou facilitent le maintien en logement indépendant, il convient de rappeler que ces conditions ne peuvent être suffisantes en elles-mêmes. L'aide apportée à la personne, qu'elle émane de proches ou de services spécialisés, est essentielle.

Les aidants sont la clé du maintien en logement indépendant

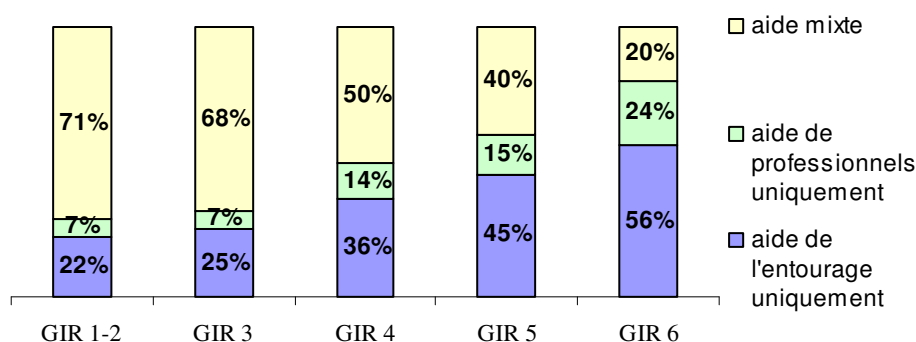
Le maintien en logement indépendant renvoie d'abord aux solidarités familiales et amicales. Selon une enquête menée par la DREES¹⁵, 3,6 millions de personnes « âgées de 60 ans ou plus et vivant à domicile sont aidées régulièrement en raison d'un problème de santé ou d'un handicap, dans les tâches de la vie quotidienne, financièrement ou par un soutien moral. » Cela représente 28% des personnes de cette classe d'âge à domicile.

¹⁵ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – Enquête handicap-santé – 2011.

L'apport des « aidants » familiaux ou amicaux est donc déterminant. La DREES en recense 4,3 millions. Leur moyenne d'âge est de 58 ans et 16% d'entre eux ont 75 ans et plus. Les aidants n'interviennent pas uniquement pour des personnes âgées relativement autonomes. Parmi les personnes en grande dépendance vivant à domicile (GIR 1 et 2) : 22% reçoivent uniquement l'aide de leur entourage, 71% reçoivent une aide mixte (entourage et professionnels), et seuls 7% ne bénéficient que de l'aide de professionnels.

Répartition de l'aide reçue par les personnes âgées selon le niveau de dépendance

(Enquête Handicap-santé 2008 - Insee)



Les pouvoirs publics sont conscients de cet apport. Le plan solidarité grand âge comme le plan Alzheimer (2008-2012) intègrent des objectifs de création de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire qui visent à permettre le « répit » des aidants¹⁶.

Le Conseil économique social et environnemental, dans son avis de juin 2011, estime que « l'aidant familial est l'élément capital pour rendre réalisable le principe du libre choix ». Il propose des mesures pour soutenir et accompagner les aidants, qui sont trop souvent seuls et doivent voir leur rôle reconnu.

Dans son rapport d'activité 2011, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) leur consacre également un chapitre à ceux qu'elle qualifie d'« acteurs invisibles ». Elle formule une vingtaine de préconisations visant à ce que leur soit apporté le soutien dont ils ont besoin¹⁷.

Le maintien en logement indépendant nécessite la proximité de services, spécialisés et non spécialisés

Le maintien en logement indépendant fait également appel à l'existence de services de soutien à domicile : soins infirmiers, hospitalisation à domicile, aide à la vie quotidienne (ménage, portage des repas, transport, alarme...). Ces services mobilisent des acteurs divers. Ils renvoient à la fois aux responsabilités de l'Etat (santé), à celles des départements (dépendance, action sociale), à l'intervention des caisses de retraite, et mobilisent les généralistes que sont les centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS et CIAS).

En matière sanitaire, le plan solidarité grand âge 2007-2012 a prévu de faire passer le nombre de places d'hospitalisation à domicile de 8 000 à 15 000 en 2010. Il a par ailleurs fixé un objectif de

¹⁶ Le plan solidarité grand âge fixait un objectif de 10 900 places d'accueil de jour et de 6 100 places d'hébergement temporaire. Le bilan établi par la CNSA au 31 décembre 2010 fait apparaître que ces objectifs étaient atteints à 80%.

¹⁷ Rapport de la CNSA 2011 – Document adopté par le conseil du 17 avril 2012.

création de 36 000 places de SSIAD¹⁸. Le bilan d'étape établi par la CNSA au 31 décembre 2010 enregistre un retard puisque seulement 23 370 places ont été notifiées durant les quatre premières années de mise en œuvre du plan (65 %) et 16 132 places étaient installées. De son côté, le plan Alzheimer prévoit le financement de 500 équipes spécialisées en SSIAD.

Il faut cependant souligner que le maintien en logement indépendant ne dépend pas uniquement d'une offre spécifique. En matière de soins, la répartition de la présence des professions médicales sur l'ensemble du territoire constitue un enjeu très important. **La sous-couverture médicale de certains secteurs est un handicap supplémentaire pour les personnes âgées, peu mobiles et plus vulnérables.**

Le maintien en logement indépendant peut également être mis en cause, en milieu rural et dans certains secteurs urbains par le manque de commerces de proximité ou ambulants. L'existence d'un réseau de transport suffisamment dense et accessible est un élément déterminant.

¹⁸ Services de soins infirmiers à domicile. Il s'agit de l'objectif révisé. L'objectif initial prévoyait un rythme supérieur à partir de 2010.

2-2 Adapter le logement privé

Avec l'avancée en âge, le temps passé dans le logement s'accroît. Une enquête réalisée par le CREDOC auprès des bénéficiaires de l'action sociale de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) montre que ces personnes âgées sont très attachées à leur logement¹⁹. Elles sont 93% à se dire très satisfaites de son confort et 94% de son emplacement. Pour autant, deux sur dix déclarent être gênées au quotidien dans leur logement et 44% pensent y rencontrer des problèmes en vieillissant.

L'adaptation du logement renvoie à une gamme très diversifiée de travaux

Si elle rejoint, à certains niveaux, l'adaptation au handicap, l'adaptation du logement au vieillissement ne peut s'y confondre. Elle recouvre une panoplie plus diversifiée, avec notamment une dimension d'anticipation et de prévention : le vieillissement est un processus. Elle doit aussi faciliter l'intervention des services de soutien à domicile.

L'élément le plus fréquemment cité est la prévention des chutes, qui sont à l'origine d'hospitalisations et de séquelles qui contribuent à l'invalidation : 37% des bénéficiaires de l'action sociale de la CNAV enquêtés par le CREDOC déclarent avoir fait une chute au cours des douze derniers mois. En termes de travaux, la prévention peut impliquer l'installation de barres d'appui et de chemins lumineux ou encore la pose de sols antidérapants, mais elle passe aussi par des interventions plus simples telles que la suppression de certains tapis ou encore la modification de la disposition des meubles.

L'adaptation vise aussi la facilitation des gestes de la vie courante tels que l'ouverture et la fermeture des volets et fenêtres ou encore le remplacement de la baignoire par une douche, plus facile d'accès. Elle concerne aussi la sécurité avec l'installation d'interphones.

La domotique fournit aujourd'hui une gamme de réponses techniques qui ne cesse de s'étendre, qu'il s'agisse de faciliter certains gestes du quotidien (commande des ouvertures et des éclairages...) ou d'apporter de la sécurité (alerte en cas de chute, mise en relation avec les aidants et les services...). Le CESE préconise de « soutenir les initiatives technologiques au service de l'autonomie ».

Enfin, l'adaptation peut toucher à des adaptations beaucoup plus lourdes : restructuration du logement pour installer chambre et sanitaires au rez-de-chaussée, adaptation à la circulation en fauteuil roulant, pose de monte-escaliers...

Dans une étude menée en 2004, les PACT distinguent 3 types de projets d'adaptation, qui renvoient à des coûts très différents.

- | | |
|--|---------------|
| . Adaptation simple /légère : | 1 500 € |
| . Adaptation " standard ", classique : | 10 000 € |
| . Adaptation lourde : | 30 – 40 000 € |

➔ L'Agence nationale de l'habitat (ANAH) a évalué à deux millions le nombre de ménages susceptibles d'avoir besoin de travaux d'adaptation de leur logement au vieillissement dans les prochaines années. Parmi eux, 830 000 seraient des propriétaires modestes, entrant dans les critères d'éligibilité aux aides de l'agence, et 240 000 seraient des locataires.

¹⁹ CREDOC – Consommation et modes de vie n°245 – novembre 2011

Le maintien en logement indépendant renvoie aussi au financement de travaux classiques d'amélioration

Le besoin d'adaptation à la perte d'autonomie s'accompagne souvent d'autres besoins de travaux pour les personnes âgées disposant de faibles ressources. Elles ne sont pas en mesure de faire face aux travaux de remise en état lorsqu'ils s'avèrent nécessaires.

A la question des grosses réparations s'ajoute aujourd'hui une préoccupation croissante concernant la précarité énergétique. L'écart de performance est appelé à se creuser très fortement entre le parc de logements neufs et récents, disposant de grandes qualités énergétiques, et le parc ancien. Or les personnes âgées sont essentiellement dans le parc ancien. Le renchérissement du coût des énergies les expose d'autant plus à la précarité énergétique qu'elles passent la majeure partie de leur temps chez elles et que la sensibilité au froid augmente avec l'âge.

→ L'amélioration des performances thermiques des logements des personnes âgées constitue un enjeu, tant en termes de développement durable, que de confort et de santé.

Le conseil et le diagnostic sont déterminants

Plusieurs facteurs font que les personnes âgées n'expriment pas toujours de demande :

- le refus d'accepter la réalité de la perte d'autonomie,
- l'ignorance des possibilités d'aménagements et des dispositifs qui seraient de nature à leur faciliter la vie,
- la peur des dépenses que cela pourrait induire.

L'enquête réalisée par le CREDOC montre que les deux-tiers des bénéficiaires de l'action sociale de la CNAV ignorent l'existence de financements pour l'adaptation du logement au vieillissement.

C'est pourquoi il est nécessaire de mener un travail permanent de sensibilisation, d'information et de détection en s'appuyant sur les intervenants et relais sociaux qui vont chez les personnes âgées. Le conseil et le diagnostic mobilisent des équipes de professionnels qui associent les compétences de techniciens de l'habitat et d'ergothérapeutes.

Dans le cadre d'un budget en réduction, l'ANAH ne parvient plus à suivre les besoins de l'adaptation des logements

L'Anah a toujours joué un rôle important pour l'amélioration de l'habitat des personnes âgées. Elle est cependant aujourd'hui confrontée à un budget qui repose essentiellement sur la contribution d'Action logement, et dont la réduction est programmée pour les années à venir. Dans ce contexte, l'agence est conduite à des choix de priorité difficiles.

Les aides de l'ANAH

L'aide aux propriétaires bailleurs est désormais recentrée sur les logements et immeubles les plus dégradés. Elle est liée à des engagements de maîtrise des loyers.

Un rééquilibrage des aides a été opéré en faveur des propriétaires occupants, et tout particulièrement les plus modestes : l'Anah subventionne ceux d'entre eux dont les ressources n'excèdent pas des plafonds s'élevant, au 1^{er} janvier 2012, à :

- 22 364€ de revenu imposable pour une personne seule,
- 32 824€ pour un couple.

Les ménages dont les ressources n'excèdent pas la moitié de ces montants sont considérés comme « très modestes » et bénéficient d'un taux de subvention majoré pour certains travaux.

Les aides sont destinées à la fois :

- aux travaux lourds, qui concernent les logements indignes ou très dégradés,
- aux travaux d'amélioration, qui concernent notamment la sécurité et la salubrité de l'habitat et l'adaptation.

Un programme spécifique « Habiter mieux » vise par ailleurs à aider les propriétaires occupants modestes à financer les travaux permettant d'améliorer la performance énergétique d'au moins 25%. S'il ne cible pas de façon particulière les personnes âgées, ce programme les concerne fortement.

Les travaux d'adaptation sont subventionnés à 50% dans la limite de 20 000€ hors taxes. Ils visent à la fois le handicap et la perte d'autonomie liée au vieillissement. **Cependant les règles actuelles ont l'inconvénient de ne pas permettre le financement en prévention : l'aide est accordée sur la base d'une évaluation du GIR.** Dans les copropriétés, l'Anah subventionne à 70% les travaux d'accessibilité, dans la limite de 15 000€ de travaux.

Les interventions au titre du handicap et du « maintien à domicile » ont concerné 10 851 logements en 2011, pour une subvention totale de 34,2 M€.

A partir de son estimation des besoins d'adaptation, l'Anah a proposé un objectif « réaliste » de traitement de 50% des logements des propriétaires occupants de faibles ressources, soit 400 000 logements en 10 ans. L'agence chiffre le besoin de subvention à 200 M€ par an pour les travaux et 17 M€ pour l'ingénierie. Cette somme représente la moitié de son budget actuel.

Une palette d'autres aides mobilisées témoigne des difficultés à équilibrer les opérations

En dehors de l'Anah, il existe différentes aides financières pouvant être mobilisées pour adapter le logement aux besoins des personnes âgées.

- **L'APA (allocation personnalisée d'autonomie)** est supposée pouvoir financer les travaux d'adaptation pour les personnes reconnues en GIR 1 à 4. Dans la pratique cependant, les sommes effectivement consacrées à l'habitat sont très réduites. L'APA intervient en financement d'un plan d'aide qui est généralement saturé par les aides humaines et techniques, et qui ne laisse guère de place pour une aide aux travaux.
- **Les fonds sociaux des caisses de retraite** interviennent normalement en GIR 5 et 6. Il s'agit d'une aide facultative, dont les enveloppes et les critères sont déterminés par chaque caisse. En 2010, les caisses de retraite ont accordé 22,4 M€ d'aide à l'habitat²⁰. A elle seule, la CNAV a accordé 13,9 M€.
- **Un crédit d'impôt** de 5 000 € pour une personne seule et 10 000 € pour un couple dans la limite de 25% des travaux engagés est ouvert aux personnes âgées ou handicapées réalisant des travaux pour le rendre accessible (ainsi qu'à leurs ascendants ou descendants s'ils les logent).
- **Les collectivités territoriales**, qu'il s'agisse des communes, directement ou via leur CCAS, ou des départements interviennent fréquemment.

Cette diversité peut être vue positivement : elle montre que l'adaptation du logement en vue du maintien en logement indépendant est un objectif partagé. Cependant, elle traduit la difficulté à boucler certains plans de financement et entraîne la complexité des montages.

²⁰ Rapport du groupe de travail n°1 du débat national sur la dépendance – juin 2011.

Des montages difficiles, qui nécessitent une assistance à maîtrise d'ouvrage

Le financement des opérations lourdes s'avère difficile. Lorsque la personne est fortement dépendante, le coût des travaux nécessaires peut être très élevé. Or les caisses de retraite financent prioritairement les travaux nécessités par les personnes en GIR 5 et 6. Souvent, le projet de travaux est arbitré en fonction des contraintes financières et il prend insuffisamment en compte la réalité des besoins.

Les opérateurs pointent également la longueur des délais de montage des opérations. Ces délais sont parfois liés au temps nécessaire pour convaincre la personne âgée, le cas échéant en associant ses enfants, mais ils sont aussi la conséquence du tour de table indispensable au bouclage des plans de financement. Cette situation pose particulièrement problème lorsqu'une intervention en urgence est nécessaire : c'est le cas par exemple lorsqu'il s'agit de permettre un retour d'hospitalisation.

Se pose également la question du préfinancement pour les personnes dont l'essentiel du projet est financé par des subventions. Pour ce qui la concerne, l'Anah accepte aujourd'hui de verser une avance représentant jusqu'à 70% du montant de l'aide.

Compte tenu de cette complexité, l'assistance à maîtrise d'ouvrage est généralement incontournable. Elle est le plus souvent réalisée par des associations des réseaux PACT et Habitat et Développement, qui interviennent également dans le conseil et le diagnostic. Le coût de ces interventions est également à prendre en compte dans le montage des opérations. Il est éligible aux aides de l'Anah et des différents financeurs.

La difficulté de l'accès à l'emprunt

Malgré l'allongement de l'espérance de vie, les personnes âgées restent exclues de l'accès à l'emprunt. Il y a là une difficulté pour assurer le financement d'opérations de travaux pour des personnes qui ne disposent pas des économies nécessaires pour assumer la différence entre le montant des travaux et celui des subventions. La question n'est pas celle du remboursement, dans la mesure où les montants en cause restent modestes, mais celle des garanties. Dès lors qu'elles ne peuvent obtenir une assurance, les personnes âgées ne se voient pas accorder le prêt.

La formule du prêt viager hypothécaire a été ouverte à leur attention en 2006. Cependant cette formule rencontre aujourd'hui très peu de succès. Les banques qui se sont engagées dans cette voie pratiquent des taux élevés (de l'ordre de 10%) du fait des frais notariés induits par les opérations. L'hypothèque est une formule lourde pour des prêts de faible montant. Par ailleurs les personnes âgées sont très réticentes à l'idée d'engager leur succession.

On peut s'étonner cependant qu'il ne soit pas possible à un propriétaire d'emprunter, sans assurance et certificats médicaux, une somme dont la valeur reste très modeste par rapport à la valeur de son bien. Une solution doit être apportée, quitte à ce qu'elle soit spécifique aux travaux destinés à permettre le maintien en logement indépendant des personnes âgées.

Propositions du Haut Comité

→ Instituer un programme spécifique de l'ANAH pour l'amélioration et l'adaptation de l'habitat des personnes âgées.

Il s'agirait de réserver des aides pour les personnes âgées disposant de ressources insuffisantes pour faire face aux besoins de travaux d'adaptation et d'amélioration ainsi que pour l'ingénierie nécessaire (actions de conseil et d'assistance). L'effort budgétaire nécessité par ce programme doit être mesuré au regard des économies générées par le maintien de l'autonomie des

personnes.

➔ **Ouvrir l'accès, dans le cadre des travaux de maintien en logement indépendant, à un prêt dont le remboursement serait gagé sur la valeur du bien.**

Ce prêt serait consenti à des conditions de coût identiques à celles dont bénéficient les autres emprunteurs. Il ne devrait pas faire l'objet de taxe hypothécaire.

➔ **Promouvoir les « guichets uniques » de l'adaptation du logement au maintien en logement indépendant.**

2-3 Adapter le logement social à une clientèle nouvelle

Le logement social présente d'abord l'intérêt de son coût, plus faible que celui du locatif privé et qui est – en tout cas qui devrait être – compatible avec les revenus des ménages modestes et pauvres.

Il présente un deuxième intérêt qui est d'être géré par des organismes investis d'une mission sociale qui les prédispose à une approche allant au-delà du simple logement et à envisager des interventions dépassant le cadre purement technique de celles d'un propriétaire ordinaire. Qu'il s'agisse d'« offices publics de l'habitat » ou d'« entreprises sociales de l'habitat », les bailleurs sociaux sont fondés sur la dimension de l'habitat et non seulement sur celle du logement. Leur proximité avec les collectivités locales les met en capacité d'articuler l'offre de logements avec celle des services indispensables au maintien en logement indépendant.

Une place appelée à s'accroître

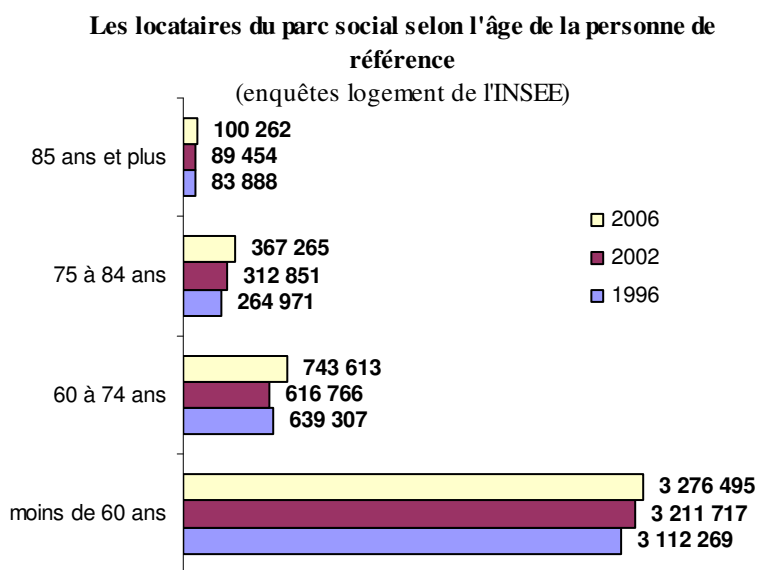
Historiquement le logement social a surtout été le logement des actifs et des familles. Il constituait le premier logement pour des jeunes fondant une famille et entrant dans la vie active, avant d'être en mesure d'envisager d'accéder à la propriété. L'intervention des bailleurs sociaux en faveur du logement des personnes âgées passait alors essentiellement par la construction de logements-foyers (cf. chapitre 3), structures dans lesquelles ils étaient moins impliqués puisque la gestion en est confiée à des CCAS ou des associations.

La situation a évolué et est appelée à évoluer encore sous l'impact des évolutions démographiques et sociales. Aujourd'hui, sur 9,5 millions de plus de 65 ans, 1,1 million vivent en Hlm. On trouve parmi eux à la fois :

- des personnes qui sont arrivées jeunes dans leur logement et n'ont pas pu (ou pas voulu) faire un parcours vers l'accession à la propriété,
- des personnes âgées qui n'ont jamais vécu en logement social et demandent à y entrer ; cela correspond à la recherche d'un logement meilleur marché pour amortir la baisse de revenus entraînée par la retraite, ainsi qu'à la recherche d'un logement de localisation et de caractéristiques mieux adaptées ; les plus de 65 ans représentent 7% des nouveaux entrants.

En dix ans, soit de 1996 à 2006, le nombre de locataires du parc social s'est accru dans les proportions suivantes :

- 19,5% pour les 85 ans et plus
- 38,6% pour les 75-84 ans
- 16,3% pour les 60-74 ans
- 5,3% pour les moins de 60 ans



Cette situation et les perspectives nouvelles ont entraîné une floraison d'initiatives de bailleurs sociaux pour adapter leur offre et leur gestion à cette clientèle nouvelle.

De la réduction de la sous-occupation à celle de la sous-adaptation

La « sous-occupation » des logements des personnes âgées dans le parc social est un sujet récurrent dans un contexte où l'on manque de logements sociaux pour satisfaire l'ensemble des demandes, et notamment des familles. Dans le parc privé, soit le locataire a les moyens de continuer à payer un grand logement, soit il choisit de lui-même de partir. Dans le parc social, les choses peuvent se passer différemment selon le niveau du loyer : dans les logements les plus anciens, dont le loyer au m² est le plus faible, certaines personnes âgées sont en capacité de conserver le logement qu'elles occupaient lorsqu'elles élevaient leurs enfants. Le sous-peuplement concerne 16% des logement occupés par des locataires Hlm de 65 ans et plus²¹.

L'optimisation de l'utilisation du parc locatif social justifierait le relogement des personnes âgées dans des logements plus petits. Cependant cette démarche se heurte à plusieurs obstacles :

- le droit au maintien dans les lieux du locataire ;
- le souhait de la personne âgée de rester dans un logement auquel elle est attachée ; les locataires Hlm âgés vivent dans leur logement en moyenne depuis 25 ans ; le relogement peut être cause d'une perte de repères et donc d'autonomie ;
- le manque de petits logements : le parc Hlm ne compte que 5% de studios et 18% de T2 ; la demande de petits logements, qui se développe, concerne également les jeunes ;
- les loyers de relocation : ceux-ci sont souvent plus élevés.

L'article 61 de la loi du 25 mars 2009 (loi « Molle »), qui a introduit une mise en cause du droit au maintien dans les lieux pour les locataires en sous-occupation, a exclu de son champ les personnes de plus de 65 ans. Pour ces dernières, c'est donc la logique du « maintien à domicile » qui a prévalu : l'attachement de la personne âgée au logement qu'elle occupe doit être respecté.

Cette position ne règle pas la question collective de l'optimisation de l'utilisation du parc existant dans un contexte de pénurie. Elle ne règle pas non plus la question individuelle d'un habitat qui, quelque soit l'attachement de la personne, n'est pas toujours le mieux adapté au vieillissement, qu'il s'agisse de sa configuration et de son équipement, de l'accessibilité de l'immeuble auquel il appartient ou de sa localisation.

La démarche actuelle des organismes consiste donc à convaincre. Elle suppose que le nouveau logement n'ait pas un loyer supérieur à celui du logement quitté, et qu'il présente des avantages en termes de localisation et/ou d'adaptation. L'organisme peut verser au locataire une aide afin de prendre en charge les frais de déménagement (jusqu'à 1 000 €) et les frais d'ouverture et de fermeture de compteur. Certaines collectivités accompagnent la démarche : la ville de Chambéry verse une aide de 1 000€ aux locataires Hlm en sous-occupation qui acceptent de prendre un logement plus petit.

L'adaptation du logement et son accessibilité reposent sur une aide fiscale

Ce financement n'est pas lié à l'âge mais au handicap : les dépenses engagées par les bailleurs sociaux pour l'accessibilité et l'adaptation des logements aux personnes en situation de handicap sont déductibles de la taxe foncière sur les propriétés bâties. L'Etat compense la perte de recette des collectivités.

²¹ Selon la norme légale, c'est-à-dire les logements dont le nombre de pièces est supérieur de plus de deux au nombre d'occupants.

Cette forme d'aide a le mérite d'être très réactive : l'organisme justifie a posteriori les dépenses qu'il a engagées. Il n'a ni autorisation à solliciter ni démarches préalables à effectuer. L'Union sociale pour l'habitat pointe cependant certaines limites rencontrées :

- les sommes sont déduites de la TFPB de l'immeuble ; si elles dépassent le montant de la taxe, elles peuvent être réparties sur des taxes dues sur d'autres immeubles relevant du même centre des impôts fonciers ; aujourd'hui, les travaux liés aux économies d'énergie sont également déductibles selon les mêmes règles ; il peut en résulter des situations de concurrence entre ces deux types de travaux indispensables ;
- certains centres des impôts font une lecture restrictive de l'instruction fixant les dépenses éligibles.

Il y a là un mode de financement qui doit être évalué : la pertinence des investissements réalisés regarde au moins autant le ministère en charge du logement que celui du budget. L'aide doit en tout cas être préservée car, grâce à elle, de nombreux organismes ont fait de l'adaptation de leur parc aux besoins des personnes âgées un objectif de leurs plans stratégiques de patrimoine. Nombreux sont les organismes qui vont plus loin et intègrent à leur démarche une réflexion sur la gestion et les services apportés aux personnes âgées.

Le label Habitat Senior Services

Le label Habitat Senior Services a été créé par le réseau Delphis, qui regroupe 17 bailleurs sociaux implantés sur l'ensemble du territoire. Il incite les organismes à développer une approche stratégique du vieillissement de leurs locataires et des demandeurs de logement, tout en s'appuyant sur une méthode très pragmatique, qui s'adapte aux réalités du parc et de la demande de chaque organisme.

Le label comporte des engagements sur quatre volets.

1°) La gestion générale de l'organisme :

- aide apportée aux personnes âgées dans la définition du projet d'aménagement ou de mobilité vers un logement mieux adapté, attribution des logements labellisés, détection des situations à risque...

2°) L'adaptation du service au locataire :

- formation d'un interlocuteur référent et des personnels de proximité, délais de réponse et d'intervention, procédure d'accueil et d'intégration au voisinage des nouveaux entrants, aide aux démarches administratives relatives au logement, information sur les services existants, petits services tels que le changement des consommables, petits bricolages, visite conseil annuelle sur l'entretien des équipements du logement..

3°) L'adaptation de l'immeuble :

- cheminements extérieurs, signalétique de l'immeuble, portes palières plus faciles à manœuvrer, système d'interphonie, « arrêt-minute senior » devant la résidence pour les personnes âgées qui effectuent leurs courses en voiture...

4°) L'adaptation du logement :

- électrification des volets roulants, prises électriques en hauteur, accès adapté au balcon, douche, mitigeurs, barres de maintien et sol antidérapant dans la salle de bains, cuvette WC rehaussée...

Le label est évolutif. Sur chacun de ces engagements, il comporte un niveau 1 étoile, avec des engagements obligatoires et un niveau 2 étoiles, avec des engagements facultatifs tels que l'animation sociale.

Associer logement adapté, services à la personne et gestion de proximité

L'articulation entre logement et services est essentielle pour le maintien en logement indépendant. Si elle est intégrée dans les formules du type logement-foyer²², de nombreuses expériences montrent qu'elle peut également être développée, de façon plus souple, dans le cadre du logement social indépendant. C'est dans cet esprit que, dans les années 1990, une vingtaine d'organismes de logement social ont expérimenté, avec les collectivités, des « programmes locaux habitat service ».

La résidence Les Fauvettes à Mérignac : des logements indépendants à côté d'un pôle de service gérontologique

La résidence Les Fauvettes a été réalisée par La Maison girondine à Mérignac (33) suite à un programme local habitat service. Dans le cadre de la reconstruction d'un ensemble immobilier, une partie des logements a été adaptée aux besoins des personnes âgées et l'un des pôles de service gérontologique de la ville a été implanté en pied d'immeuble.

Des activités de loisir et des activités intergénérationnelles sont organisées à destination des personnes âgées de l'ensemble du quartier.

La localisation de logements dédiés aux personnes âgées à proximité des services qui s'adressent à eux est, en soi, un élément facilitateur du maintien en logement indépendant, sans que le bailleur ait à sortir de ses fonctions classiques.

Pour autant, la prise en compte de la problématique du vieillissement dans la gestion de l'organisme constitue un atout. La gestion locative de proximité permet de détecter les situations de personnes en difficulté. Le bailleur est en situation de faire le lien avec les collectivités et les services, qui sont ses partenaires habituels. Cela suppose cependant que le personnel du bailleur soit sensibilisé à la problématique du vieillissement et reçoive une formation lui permettant de jouer efficacement un rôle de relais.

Au-delà des interventions classiques des services de maintien à domicile, certains organismes s'efforcent de proposer des services connexes au logement : c'est le cas par exemple d'interventions qui relèvent de l'entretien locatif ou du petit bricolage, que les personnes âgées ne peuvent effectuer par elles-mêmes. Le financement de telles interventions pose question. Dans son rapport²³, Muriel Boulmier propose de mettre à l'étude une disposition législative qui permettrait aux organismes qui proposent de tels services résidentiels de « facturer un montant modique et encadré, distinct du loyer et des charges ».

Favoriser le lien social dans un cadre intergénérationnel

La présence de personnels de proximité est en soi un élément qui contribue au lien social. Par ailleurs les organismes Hlm peuvent être à l'origine ou accompagner des projets d'animation intergénérationnels qui visent à lutter contre l'isolement des personnes âgées et prévenir la perte d'autonomie. De nombreux organismes s'efforcent de favoriser les solidarités de voisinage et apportent un soutien aux associations, à travers notamment la mise à disposition de locaux.

²² Cf. chapitre 3

²³ L'adaptation de l'habitat à l'évolution démographique : un chantier d'avenir – octobre 2009

Lorsque les bailleurs sociaux initient ou soutiennent des animations renforçant le lien social entre les générations de locataires

Exemples de projets soutenus par le Fonds d'innovation sociale des entreprises sociales de l'habitat.

Les « jardins partagés du Zéphyr » – Aulnay – Logement Francilien

Des jardins potagers écologiques pour créer un espace de convivialité entre deux barres de logement. Une dimension familiale devenue (sans être pensée ainsi) intergénérationnelle.

Le « jardin urbain bio au cœur de la forêt » - Codes Cambrésis – La Maison du CIL

Un jardin potager bio où les plus âgés accompagnent les plus jeunes.

L'« e-festival en quartier » - 3 F

Festival annuel depuis 2008 sur les NTIC. Démarche qui consiste à montrer la diversité des usages des outils numériques. Dimension multigénérationnelle dans le public visé et dans les échanges et les ateliers.

Animation interassociative de quartier – Paris 18^e – ICF La Sablière

Création d'un espace sur 180 m³ – Démarche multigénérationnelle impliquant les élèves de l'Ecole normale sociale, les associations de résidents, des associations d'habitants, la CAF... - Création d'un « Café des parents » pour accompagner et mener des actions de prévention.

Chantier d'insertion MJC Palente – Besançon – Neolia

Le chantier permet à la fois l'inclusion par le travail de jeunes non qualifiés et la réalisation de travaux d'aménagement chez des personnes âgées de faibles revenus.

Les exemples évoqués ci-dessus ne constituent en aucun cas un recensement : les expériences menées par les organismes Hlm sont très nombreuses et très diverses. Toutes font ressortir l'apport d'une démarche réfléchie à partir de l'ensemble des besoins des personnes âgées, et portée dans le cadre d'un partenariat entre les bailleurs sociaux et les acteurs locaux.

Propositions du Haut Comité

→ Développer la classification du parc social en fonction de son adaptation et de celle de son environnement au handicap et au vieillissement

Cette classification doit être portée à la connaissance du demandeur afin de guider ses choix lors de l'établissement de sa demande.

Elle doit être portée à la connaissance des réservataires et de la commission d'attribution lors de l'attribution du logement.

→ Attribuer prioritairement les logements adaptés à des personnes handicapées ou âgées.

Les personnes handicapées sont désignées par le code de la construction et de l'habitation comme prioritaires dans l'attribution des logements locatifs sociaux. Cette priorité doit être appliquée avec une conception large de la notion de handicap.

→ Inclure dans les conventions d'utilité sociale des objectifs d'adaptation des logements au vieillissement.

Il s'agit d'inciter tous les organismes à une démarche systématique de diagnostic des besoins de leurs locataires âgés. Une telle démarche pourrait déboucher sur des conseils, des travaux d'adaptation et le cas échéant sur des offres de relogement dans un logement et un environnement mieux adapté.

→ **Engager un plan de formation des personnels des bailleurs sociaux**

Il s'agit de développer des formations permettant au personnel en contact avec les locataires de mieux connaître le vieillissement et les pathologies qui l'accompagnent, d'être en mesure de percevoir la perte d'autonomie, de détecter les situations relevant de soins ou d'aide et de connaître les possibilités de prise en charge.

→ **Etablir un bilan des aides fiscales mobilisées par les bailleurs sociaux au titre de l'adaptation des logements.**

Suite à ce bilan, des précisions pourraient, si nécessaire, être apportées par une instruction fiscale.

2-4 Promouvoir la construction d'un habitat adapté au vieillissement

Parallèlement aux efforts engagés pour adapter l'habitat existant, il est essentiel d'intégrer cette exigence d'adaptation dans les constructions nouvelles et en particulier dans les logements locatifs sociaux, qui permettent de loger les ménages à faibles revenus.

Développer une offre de logements locatifs sociaux dédiés aux personnes âgées

La préoccupation est aujourd'hui largement partagée entre bailleurs sociaux et collectivités locales de ne pas produire de grands groupes immobiliers dédiés à la population âgée. Ceci ne correspond ni aux attentes des personnes, ni à l'intérêt collectif. Au contraire, il est souhaitable de mélanger les générations pour favoriser le lien social et les solidarités naturelles de voisinage. Celles-ci s'exercent dans les deux sens : les personnes âgées bénéficiant de l'aide des plus valides (parfois également retraités) pour des petits travaux ou des courses, les aînés apportant leur expérience, réceptionnant parfois un colis postal, servant de relais pour la garde d'un enfant, etc... L'habitat peut favoriser naturellement ces échanges ou au contraire les empêcher en introduisant un cloisonnement. Il est tout aussi important que la localisation permette aux personnes âgées d'accéder aux services dont elles ont besoin, de participer à la vie de la ville.

Les expériences menées par les bailleurs sociaux en matière de construction portent attention à la fois à l'adaptation du produit logement et à son insertion dans un habitat offrant une proximité de services et un environnement intergénérationnel.

Des logements sociaux spécifiquement construits à destination des personnes âgées

Des pavillons pour personnes âgées conçus avec les habitants à Longwy – « Le Hameau du Béarn » - Batigère Nord-Est

- 11 pavillons individuels adaptés au vieillissement ont été conçus avec les personnes âgées concernées. La démarche a permis de libérer des logements plus grands dans le parc Hlm. Le site comprend également une résidence de 8 logements collectifs. Il est à proximité d'un centre commercial, d'une école et d'un collège.

Un habitat intergénérationnel à Ambilly – OPH de Haute-Savoie

- L'opération porte sur la construction d'un immeuble de 20 logements répartis dans deux corps de bâtiment. Il mixe grands et petits logements afin de permettre la cohabitation de locataires de différentes générations. Le nombre de pièces des logements peut évoluer en fonction de la composition des ménages et du vieillissement des occupants : une chambre peut passer d'un logement à l'autre pour composer, soit deux T3, soit un T4 et un T2. Il est possible également de faire communiquer deux logements, l'un occupé par une famille, l'autre par une personne âgée, qu'elle soit ou non parente, afin de favoriser les services mutuels. Le projet est situé à proximité de services et de commerces.

Le label « Papy Loft » - Seine-Maritime, Calvados - La plaine normande

- Le concept consiste à allier le caractère indépendant du logement avec un environnement sécurisant et permettant d'éviter l'isolement. Il comporte une dizaine de logements individuels de T2 et T3 regroupés autour d'un espace collectif partagé dénommé « hacienda », avec un jardin et un « espace-club ». Il est implanté en centre-bourg.

La résidence Seniors Emilie du Châtelet, Cirey-sur-Vezouze, Meurthe et Moselle Habitat

- L'opération fait l'objet d'un partenariat entre le bailleur, le Conseil général, le CAPS (carrefour d'accompagnement public social), et la CARSAT Nord-est (caisse de retraite). Une douzaine de pavillons logent les personnes âgées, à proximité des commerces et des transports. Un accompagnant séjourne sur place et intervient auprès des habitants pour développer le lien social. Il organise l'animation et facilite la relation avec les réseaux de soin et d'aide. Il apporte également une aide de proximité (courses, déplacements, dépannage..).

Un quartier intergénérationnel – Agglomération du Grand Nancy – ZAC des Sables à Pulnoy

- Il s'agit d'un quartier neuf intégrant une diversité de statuts d'occupation et de types de logements. Des logements adaptés pour permettre l'accueil de personnes âgées ou handicapées ont été implantés tant dans le collectif que l'individuel, dans le locatif social que dans l'accession à la propriété. Le programme comporte également un Ehpad, inséré dans un ensemble immobilier qui comprend également des locaux réservés au Centre associatif de rencontre et des locaux réservés aux différents services et activités de proximité.

Certaines opérations sont proches du logement-foyer : c'est le cas lorsqu'il y a des locaux collectifs à disposition des locataires et que des services sont proposés. Cependant il y a bien une frontière juridique : en logement indépendant, les personnes âgées ont le même statut que tout autre locataire.

L'attribution des logements locatifs qui ont été spécifiquement construits pour des personnes âgées obéit aux règles communes, qu'il s'agisse des contingents de réservation et des priorités sociales. Aucun texte ne permet donc d'attribuer un logement sous condition d'âge. Ce n'est que la bonne intelligence des bailleurs et des réservataires, associés au projet, qui assure le respect de la logique du projet.

Généraliser la prise en compte du vieillissement dans l'ensemble de la construction nouvelle

Si les bailleurs sociaux ont une mission particulière par rapport aux personnes âgées de faibles ressources, il convient de ne pas limiter les initiatives à ce secteur. Les opérations peuvent d'ailleurs être mixtes : la construction par un investisseur privé avec cession temporaire de l'usufruit à un bailleur social est une formule tout à fait adaptée à ce type d'opérations.

La grande majorité des personnes âgées sont propriétaires de leur logement, et le logement acheté ou construit à l'époque de la pleine validité peut s'avérer inadapté lorsqu'arrive le vieillissement. Il convient donc progressivement d'encourager la construction d'un habitat plus favorable au vieillissement, et d'offrir aux personnes propriétaires la possibilité, en revendant leur logement, d'en acquérir un qui sera pleinement adapté. La question porte à la fois sur les caractéristiques du logement lui-même et sur celles de son environnement.

En milieu rural, le maintien dans les lieux passe fréquemment par la relocalisation de la personne âgée vers le centre-bourg.

La Charte du département du Rhône

Le Conseil général du Rhône a proposé de réunir des bailleurs sociaux et des promoteurs privés autour d'une Charte du logement adapté. Le Conseil général ne dispose d'aucune compétence en ce domaine, mais il joue un rôle d'influence auprès des maires, qui se font le relais de la Charte en demandant aux promoteurs qui interviennent sur leur territoire de l'appliquer.

La Charte prévoit que 20% des logements, ainsi que les parties communes, soient adaptés. Elle vise des logements produits dans des centres-bourgs.

La Charte préconise :

- pour les parties communes
 - des portes coulissantes
 - des détecteurs de mouvement déclenchant l'éclairage automatique
 - des appuis dans les murs
- pour la cuisine
 - une porte coulissante légère

- un évier avec un espace vide en dessous ou un évier coulissant
- des meubles de rangement avec des crémaillères permettant d'adapter la hauteur
- un système de coupe-gaz (palpeur)

- pour la salle de bains

- une douche à l'italienne
- des barres d'appui
- l'espace de circulation d'un fauteuil roulant

- pour la chambre

- une dimension un peu supérieure aux normes, permettant par exemple l'installation d'un appareil de levage
- des plinthes accueillant l'électricité et les réseaux de nouvelles technologies

- pour le couloir

- des diodes entre la chambre et la salle de bains.

La Charte préconise des T2 plutôt que des studios afin de permettre à la personne de recevoir un membre de sa famille ou de loger un garde ; la deuxième peut être de surface plus petite.

La Charte ne répond pas à tous les types de dépendance mais des variantes sont proposées pour compléter éventuellement les adaptations.

Propositions du Haut Comité

➔ **Créer un programme national d'incitation à la construction de logements pour personnes âgées en centre-bourg**

Ces logements pourraient être des logements sociaux et des logements privés. Ils seraient destinés à des personnes issues des villages ou du bourg et cherchant à rejoindre un environnement plus favorable au vieillissement. Ce programme pourrait s'appuyer sur une animation nationale, avec un apport d'informations et d'expériences. Il pourrait donner lieu à un label.

➔ **Développer des petites opérations de logements sociaux pour personnes âgées**

Un grand nombre de bailleurs sociaux sont d'ores et déjà engagés dans de telles opérations. Il s'agit de leur donner une place accrue dans le développement de l'offre pour mieux répondre à l'évolution de la demande Hlm.

2-5 Faire du logement partagé une option possible

Il était autrefois traditionnel que les personnes âgées habitent avec leurs enfants, en particulier en milieu rural. L'évolution des modes de vie, mais aussi de l'habitat, fait que cette pratique est devenue rare. Elle ne doit pas être idéalisée, car la cohabitation familiale pouvait résulter davantage des contraintes économiques que d'un véritable choix partagé par la personne âgée et ses enfants.

Il faut cependant noter que le partage d'un même logement présente un certain nombre d'avantages :

- il préserve la personne âgée de la solitude ; c'est important pour une personne veuve, qui n'a pas été habituée à vivre seule, qui éprouve des difficultés à sortir de chez elle et dont les réseaux relationnels se sont restreints ;
- il lui procure de la sécurité : la personne âgée qui chute ou fait un malaise à son domicile ne restera pas longtemps sans soins ;
- il permet une entraide réciproque ;
- au plan économique, enfin, il réduit le coût du logement, en loyer et en charges, pour tous les occupants.

Dans un contexte d'insuffisance de l'offre, on peut également noter que le partage d'un logement social permet d'optimiser l'utilisation du parc existant.

C'est pourquoi il s'agit d'une option qui doit être rendue possible lorsqu'elle répond au vœu de la personne âgée. Le partage du logement peut être pratiqué :

- entre générations d'une même famille,
- entre générations sans lien de parenté,
- entre personnes âgées.

Le partage d'un logement dans le cadre de la location ou de la sous-location

Louer une partie du logement dont on est propriétaire est évidemment toujours possible, y compris avec un accès partagé aux sanitaires, à la cuisine et éventuellement à d'autres pièces de vie. Pour les personnes âgées locataires de leur logement, cela suppose de recourir à la sous-location.

Dans le parc locatif privé, celle-ci est possible sous réserve de l'accord du bailleur. Elle doit faire l'objet d'un contrat dont la durée ne peut pas excéder celle du bail principal. Le loyer au m² de la sous-location ne peut dépasser celui de la location. Le sous-locataire, comme le locataire principal, peut bénéficier de l'allocation logement (ou de l'APL si le logement est conventionné). Cette formule est ouverte sans condition particulière d'âge, ni pour le locataire, ni pour le sous-locataire. La sous-location dans le parc privé peut également être pratiquée dans le cadre d'une location meublée, sauf si le bail l'interdit explicitement.

Dans le parc locatif social, la sous-location d'une partie du logement a été ouverte par la loi du 25 mars 2009 (loi Molle). Elle est strictement réservée à l'accueil de deux types de publics :

- les personnes âgées ou handicapées ; ceci renvoie exclusivement à l'accueil familial, qui exige un agrément du Conseil général (voir plus loin) ;
- les jeunes de moins de 30 ans.

Si le logement est loué à un jeune, le contrat doit être d'un an renouvelable, sans que la personne accueillie puisse se prévaloir du droit au maintien dans les lieux. Le bailleur est simplement informé. Le loyer de sous-location est calculé à partir du loyer principal, au prorata de la surface sous-louée.

A ce jour, la sous-location à des jeunes reste très peu pratiquée. Elle se heurte à une méfiance compréhensible de la part des personnes âgées. Des expériences montrent cependant que son développement est possible et bénéfique, dès lors qu'elle est organisée avec la médiation d'un organisme tiers.

Le Parisolidaire

L'association Le Parisolidaire a été créée en 2004 pour mettre en relation des jeunes à la recherche d'un logement et des personnes âgées souhaitant bénéficier de compagnie et/ou d'un complément de revenu. Elle reçoit les demandes des jeunes et des personnes âgées. Elle évalue leurs attentes à travers un entretien avant de mettre en relation une personne âgée et un jeune candidat.

L'association a défini trois formules de chartes :

- La charte de convivialité : le jeune est hébergé chez la personne âgée contre une indemnité d'occupation ; une convention d'hébergement est signée ; les deux parties s'engagent à des relations basées sur le dialogue et l'attention mutuelle.
- La charte de solidarité : le jeune est hébergé gracieusement chez la personne âgée en échange d'un apport de « compagnie » ; il ne se substitue ni aux services de soutien à domicile ni au rôle de la famille, mais il assure, la nuit, une présence rassurante et il partage les tâches de la vie quotidienne ; une convention d'hébergement est signée et les deux parties s'engagent à des relations basées sur le dialogue et l'attention mutuelle.
- La charte de mixité intergénérationnelle : le jeune est logé par l'association dans un logement social meublé en contrepartie d'une indemnité d'occupation et d'un engagement de visites auprès de seniors isolés résidant à proximité.

L'association assure un suivi régulier et veille au respect de la Charte et du contrat d'hébergement.

Elle revendique 1700 cohabitations depuis sa création. Elle participe au réseau « Così » (cohabitation solidaire intergénérationnelle), qui regroupe une quinzaine d'associations de même nature intervenant en province.

Elle est soutenue financièrement par la CNAV, la mairie de Paris et le département des Yvelines.

Le partage d'un logement dans le cadre de la colocation

Dans le parc privé, la colocation peut s'inscrire dans deux types de contractualisation :

- Le contrat passé avec chaque colocataire – Le propriétaire accorde un droit de jouissance exclusif sur certaines pièces et un accès commun sur d'autres (cuisine, sanitaires...). Chaque colocataire est redevable de la part de loyers et charges fixée par son contrat. Il peut donner congé sans que cela remette en cause les autres contrats : le propriétaire est alors libre de choisir un nouveau colocataire sans avoir besoin de l'accord des autres.
- Le contrat unique - Il est signé par chacun des colocataires. Ceux-ci organisent entre eux le partage de l'espace loué ; chacun est redevable d'une fraction du loyer et des charges. Cependant il est fréquent que le contrat comporte une clause de solidarité. Un colocataire ne peut donner congé avant la fin du bail que si les autres colocataires en sont d'accord.

Les colocataires peuvent bénéficier de l'allocation-logement ou de l'aide personnalisée au logement s'ils en remplissent les conditions²⁴.

La colocation peut également se pratiquer en meublé, et donc avec une durée de bail de un an, ou de 9 mois dans le cas des étudiants.

Dans le parc Hlm, la loi du 25 mars 2009²⁵ a explicitement ouvert la possibilité de colocation pour les étudiants, les moins de trente ans et les personnes titulaires d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation. Elle se fait alors dans le cadre d'un contrat unique d'un an, avec clause de

²⁴ Cependant il ne peut pas y avoir d'aide si le logement appartient à un ascendant ou descendant.

²⁵ Article L.442-8-4 du code de la construction et de l'habitation

solidarité. Pour autant, la possibilité de colocation n'a pas été fermée aux autres publics, et notamment aux personnes âgées. La colocation est en effet pratiquée, de façon marginale, lorsqu'elle permet de répondre à un besoin. C'est en particulier le cas lorsqu'un enfant adulte revient vivre au domicile de ses parents âgés : la colocation permet de lui ouvrir droit à une aide au logement sur sa part de loyers²⁶.

Au plan juridique, rien ne s'oppose donc à la colocation entre seniors, ou entre un senior et une ou des personnes plus jeunes, en logement privé ou en logement social. La colocation entre seniors fait l'objet d'initiatives diverses, encore peu répandues, mais qui attestent d'un double intérêt, économique et humain, alors que de nombreuses personnes souffrent d'isolement.

Colocation Seniors : une contribution aux réponses adaptées dans l'agglomération nantaise

Afin de lutter contre l'isolement des personnes âgées, l'association Colocation Seniors a créé dans l'agglomération nantaise un dispositif de colocation qui leur est spécifiquement réservé. Il fonctionne depuis 2008.

L'association accueille les seniors intéressés par la formule, évalue leurs goûts et leurs motivations, pour ensuite, organiser des groupes par affinités. Ce travail préalable permet d'éviter les conflits. L'association assure également la recherche de logements dans les parcs privés et publics. Elle aide à la contractualisation du bail et, moyennant une cotisation mensuelle, propose aux colocataires le soutien d'une chargée de vie sociale.

Le concept a reçu un accueil favorable de la municipalité nantaise, qui a mis à disposition de Colocation Seniors des appartements Hlm par le biais de son office municipal, Nantes Habitat.

La ville de Nantes et son bailleur Nantes Habitat développent également les « logements bleus », qui sont des logements adaptés au vieillissement et répartis dans l'ensemble de l'agglomération : 1 000 logements bleus sont prévus d'ici 2014. La colocation s'inscrit donc dans un ensemble de réponses adaptées proposées aux personnes âgées.

L'accueil familial représente une modalité très spécifique de partage d'un logement

L'accueil familial consiste à loger à son domicile une ou plusieurs personnes âgées ou handicapées et à leur apporter l'assistance dont elles ont besoin. C'est un dispositif très ancien que l'on appelait « placement familial » ou « placement chez un particulier ». La personne accueillie peut bénéficier de l'aide sociale à l'hébergement si ses revenus ne lui permettent pas de faire face seule au montant de la pension. L'accueil familial a fait l'objet d'une loi en 1989²⁷, puis de la loi de modernisation sociale en 2002²⁸.

Les personnes qui accueillent doivent être agréées par le Président du Conseil général. L'agrément ne peut être accordé que si les conditions d'accueil sont remplies. En ce qui concerne les locaux, cela signifie le respect des normes fixées pour l'attribution de l'allocation logement sociale ainsi que la compatibilité avec « les contraintes liées à l'âge ou au handicap de ces personnes ». L'agrément suppose également l'acceptation de suivre une formation et de permettre au département d'assurer un suivi social et médico-social des personnes accueillies.

²⁶ A condition que l'enfant constitue bien un foyer fiscal distinct.

²⁷ Loi 89-475 du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes

²⁸ Loi 2002-73 du 17 janvier 2002- Code de l'action sociale et des familles, articles L.441-1 et suivants.

L'accueillant signe avec la personne accueillie un contrat de service qui s'apparente à un contrat de travail (période d'essai, congés payés...) tout en incluant une indemnité représentative des frais d'entretien et une indemnité représentative de la mise à disposition de la ou des pièces réservées.

En 2008, on comptait 9 220 accueillants familiaux pour 13 868 personnes accueillies dont 7 327 personnes handicapées et 6 541 personnes âgées. Cette formule est donc peu développée et concerne essentiellement les territoires ruraux. Si, sur le plan physique, elle constitue une forme de partage du logement, sur le plan juridique et de la prise en charge médico-sociale, elle renvoie davantage à l'accueil en établissement qu'au logement indépendant.

Concevoir un habitat destiné au logement partagé ?

Même si son intérêt économique est évident, l'option du logement partagé ne doit pas correspondre à un choix par défaut. La situation de la personne âgée n'est pas celle du jeune qui, au départ du domicile de ses parents, accepte une cohabitation qui constituera pour lui une première étape de son autonomie résidentielle. Les différentes expériences recensées montrent cependant que le partage du logement peut correspondre, pour une personne âgée, au choix d'un mode d'habitat porteur de vie relationnelle, d'entraide et de sécurité.

Dès lors il convient de s'interroger sur la conception même du logement : les logements conventionnels qui sont utilisés comme logements partagés ont été conçus en vue de l'accueil d'une famille. Le fait d'intégrer ce mode d'habitat en amont de la construction des logements ne peut que conduire à en améliorer le fonctionnement.

La maison Chappet (Lyon 7^e) Un projet d'habitat partagé et intergénérationnel conçu par Habitat et humanisme

L'association Habitat et humanisme est partie du constat de besoins existants à la fois chez les jeunes, chez les familles monoparentales et chez les personnes âgées.

Elle a tout d'abord mené une étude organisée à partir de tables rondes permettant l'expression des personnes concernées. L'étude a permis de cerner les motivations liées à la colocation et les contraintes d'une cohabitation réussie.

Le projet qui en résulte est celui d'un immeuble qui regroupe :

- 3 logements T5 partagés entre 4 jeunes (considérant que leur mode de vie est difficilement compatible avec celui des seniors et des familles monoparentales)
- 1 logement T5 partagé par deux familles monoparentales
- 4 logements T4 partagés par une famille monoparentale et un senior
- 3 logements T3 partagés par deux seniors
- 1 studio pour une personne seule
- un local destiné à accueillir une micro-crèche en rez-de-chaussée, gérée par une association spécialisée dans l'insertion des enfants handicapés.

La conception des logements a particulièrement été pensée en fonction des populations accueillies (les logements destinés aux personnes âgées sont adaptés) et en fonction des contraintes de la cohabitation : une attention particulière est portée au traitement acoustique des parois entre les espaces privatifs et les espaces partagés.

La livraison est prévue pour le premier trimestre 2013

Proposition du Haut Comité

→ Encourager le développement de services de médiation dans le cadre des dispositifs de logement partagé qui concernent les personnes âgées.

Qu'il s'agisse de sous-location, de location d'une chambre ou de colocation, que la formule soit intergénérationnelle ou entre seniors, son développement nécessite une médiation dont le coût peut difficilement être supporté par les personnes âgées utilisatrices.

3- Le logement des personnes âgées en établissement social ou médico-social

Si le développement du maintien en logement indépendant constitue un objectif largement partagé, il ne peut répondre à toutes les situations.

Pour certaines personnes, le niveau de la perte d'autonomie et/ou du besoin de soins médicaux le rendent impossible, ou plus onéreux qu'un accueil dans un établissement médicalisé. L'entrée dans ce type d'établissement – les « Ehpad » – ne se fait guère par choix, et ce d'autant moins que les tarifs supportés par les résidents et leurs familles sont aujourd'hui très lourds. Elle est le plus souvent subie, et s'apparente de plus en plus à une hospitalisation.

Mais d'autres établissements accueillent des personnes disposant d'une capacité d'autonomie qui leur permettrait de vivre dans un logement ordinaire, sous réserve le cas échéant de son adaptation et de l'accès aux services de maintien à domicile. Elles font le choix d'un habitat sécurisant, accompagné de services et de vie collective. L'attention nécessaire portée à la question de la dépendance ne doit pas faire oublier la diversité des réponses qu'il convient d'apporter pour répondre aux besoins de logement de toutes les personnes âgées.

3-1 Les ambiguïtés de vocabulaire révèlent des interrogations sur la nature de l'offre

3-1-1 Le vocabulaire, non stabilisé, est source d'ambiguïtés

L'Ehpad est-il un Ehpa ?

On parle d'Ehpa et d'Ehpad : « établissements d'hébergement pour personnes âgées » et « pour personnes âgées dépendantes ». L'usage de ces acronymes n'est d'ailleurs pas totalement stabilisé. L'Ehpad, qui est médicalisé, fait l'objet de textes qui le définissent par l'existence d'une convention passée entre le gestionnaire, le président du Conseil général et l'Agence régionale de santé. Le terme Ehpa est utilisé par certains pour désigner l'ensemble des établissements, y compris donc les Ehpad, tandis que d'autres opposent les deux formules, ne classant dans les Ehpa que ceux qui ne font pas l'objet de la convention tripartite.

Logement-foyer ou maison de retraite ?

A l'origine, l'expression « maison de retraite » désignait des établissements qui n'entraient pas dans la réglementation relative au logement. Leurs espaces privatifs étaient généralement des chambres, alors que, dans le cas des logements-foyers, ce sont de véritables logements. Dans son bilan des capacités d'accueil au 31 décembre 2007, la DREES²⁹ distingue les Ehpad issus de maisons de retraite de ceux issus de logements-foyers.

Cependant, le conventionnement en Ehpad s'est accompagné d'un cahier des charges qui a conduit à imposer, de fait, les normes du logement-foyer à tous les établissements, qu'ils soient issus de la transformation de structures existantes ou de créations ex nihilo.

²⁹ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Il ne devrait donc plus y avoir de « maisons de retraite » sinon, de façon résiduelle, celles qui n'ont pas été conventionnées en Ehpad. Pourtant, l'expression est aujourd'hui employée dans de nombreux documents, parfois pour désigner tous les Ehpad³⁰, voire tous les Ehpa, parfois pour désigner seulement une partie d'entre eux sans que le critère de classement soit toujours explicite. L'expression « maison de retraite » a l'avantage d'éviter la référence à la dépendance, qui peut être vue comme négative et stigmatisante. Elle est cependant totalement décalée par rapport à la réalité d'établissements où l'on entre aujourd'hui 20 ou 25 ans après avoir pris sa retraite.

Le logement-foyer a, quant à lui, une définition légale, qui figure à l'article L.633-1 du code de la construction et de l'habitation :

« Un logement-foyer, au sens du présent chapitre, est un établissement destiné au logement collectif à titre de résidence principale de personnes dans des immeubles comportant à la fois des locaux privés meublés ou non et des locaux communs affectés à la vie collective. Il accueille notamment des personnes âgées, des personnes handicapées, des jeunes travailleurs, des étudiants, des travailleurs migrants ou des personnes défavorisées. »

Bien que la quasi-totalité des établissements pour personnes âgées soient aujourd'hui des logements-foyers, l'expression est le plus souvent utilisée en opposition à celle d'Ehpad, pour désigner les seuls établissements non médicalisés.

Logement et hébergement à la fois ?

L'ambiguïté de vocabulaire la plus lourde d'implications tient à l'emploi du mot « hébergement ». Dans le cadre de la politique d'aide au logement des personnes en difficulté, le concept d'hébergement est clairement distingué de celui de logement, et la stratégie du « logement d'abord » tend à bien marquer cette différenciation. La frontière généralement tracée entre les deux champs passe, non par les caractéristiques physiques des locaux, mais par le statut juridique de la personne accueillie :

- dans le logement elle a un droit reconnu à l'occupation des locaux, contrepartie du paiement d'un loyer ou d'une redevance ;
- dans l'hébergement, elle fait l'objet d'une prise en charge sociale, et si la loi est supposée aujourd'hui la protéger d'une remise à la rue, il ne s'agit pas d'un droit au maintien dans les lieux.

Les Ehpa et Ehpad ont en commun avec les centres d'hébergement d'appartenir aux établissements sociaux et médico-sociaux définis et réglementés par le code de l'action sociale et des familles³¹. Cependant la grande majorité de ces établissements, et tous ceux qui se créent aujourd'hui, sont par ailleurs reconnus comme « logements-foyers », qui sont clairement définis par le code de la construction et de l'habitation comme des logements.

L'article L.633-2 du même code stipule que leurs occupants disposent d'un contrat écrit d'un mois renouvelable tacitement à la volonté du preneur tant qu'il remplit les conditions d'admission et respecte ses obligations. Du côté du code de l'action sociale et des familles, l'article L.342-2 prévoit un « contrat de séjour » à durée indéterminée. Dans les deux cas, il y a bien un droit réel au maintien dans les lieux. La seule limite qui déroge au logement locatif ordinaire est celle du respect des conditions d'admission. Elle a une incidence pour les personnes âgées admises dans les établissements non médicalisés lorsqu'elles subissent une perte d'autonomie.

Sans doute l'emploi du mot « hébergement » répond-il au souci de rendre compte d'une mission qui va au-delà du « loger » et comporte un ensemble de prestations (nous y reviendrons à propos de la tarification). Il a cependant l'inconvénient de semer le doute sur le statut des personnes accueillies. Il contredit la démarche qui vise à faire de ces établissements de véritables domiciles.

³⁰ C'est par exemple le choix du dictionnaire permanent de l'action sociale.

³¹ article L.312-1.

D'autres établissements participent de l'offre d'accueil pour personnes âgées sans pouvoir être qualifiés de logements. Il s'agit :

- des hébergements temporaires,
- des accueils de jour,
- des unités de soins de longue durée qui sont restées dans le domaine sanitaire.

Enfin il faut noter que les « résidences-services » ne sont pas des établissements médico-sociaux : il s'agit de logements regroupés et dont les habitants (généralement propriétaires) ont accès à une offre de services annexes.

Le vocabulaire traduit un ressenti.

Le vocabulaire n'est pas neutre. Quand on parle de maintien « à domicile » ou de « vieillir chez soi », on laisse entendre que l'alternative ne serait pas un domicile, qu'elle ne serait pas un « chez-soi ». C'est bien également ce que renvoie l'emploi du mot « hébergement ».

Ce vocabulaire ne correspond ni au statut juridique des personnes accueillies, ni à la réalité de ce que s'efforcent d'offrir les gestionnaires d'établissements pour personnes âgées, y compris pour les structures médicalisées. On ne peut ignorer cependant qu'il traduit et conforte le ressenti des personnes concernées.

Ce vocabulaire et ce ressenti nous interpellent sur la nature de l'accueil dans les établissements destinés aux personnes âgées. S'il s'agit bien de logement, complété de services adaptés et le cas échéant de soin, il est impératif de veiller à ce qu'y soient réunies les conditions du « chez-soi ».

3-1-2 L'offre est dominée par les établissements médicalisés

Les données nationales disponibles émanent de la DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques). Les derniers chiffres publiés établissent l'état des lieux au 31 décembre 2007.

Près de 700 000 places dont les trois-quarts en Ehpad

répartition par fonction	Etablissements	Capacité
total Ehpad	6 855	514 635
Maisons de retraite Ehpad	5 698	436 709
Logements-foyers Ehpad	456	26 934
Unités de soins de longue durée Ehpad	671	50 468
Autres Ehpad	30	524
total non Ehpad	3450	169 523
Maisons de retraite non Ehpad	806	34 392
Logements-foyers non Ehpad	2 330	115 979
Unités de soins de longue durée non Ehpad	232	17 674
Autres non Ehpad ³²	82	1 478
total établissements	10 305	684 158

³² La catégorie « autres » comprend des hébergements temporaires, des accueils de jour et des établissements expérimentaux.

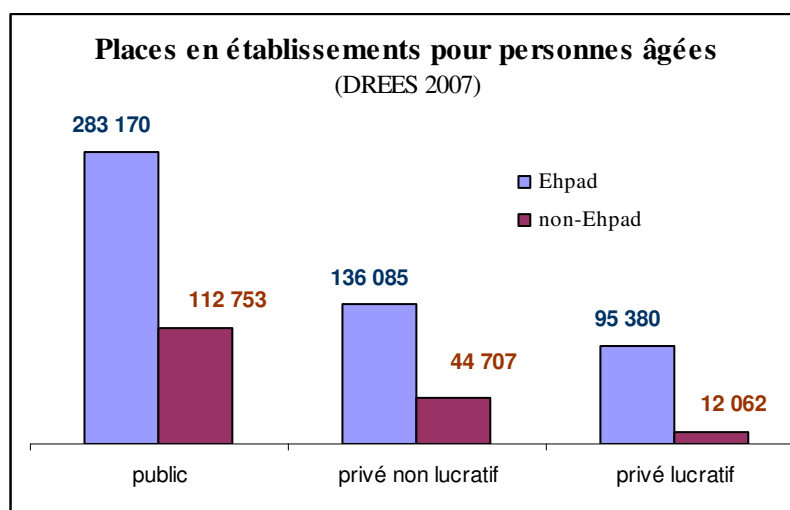
Dans la mesure où le conventionnement en Ehpad conduit à une transformation qui gomme les différenciations antérieures, on peut résumer ainsi les principales catégories d'établissements à fin 2007 :

- **514 635 places d'Ehpad**
- **115 979 places de logements-foyers non Ehpad**
- **34 392 places de maisons de retraite non Ehpad**

Les places en unités de soins de longue durée non transformées en Ehpad relèvent uniquement du domaine sanitaire et sortent de notre champ

Une majorité d'opérateurs publics

Plus de la moitié des places disponibles (58%) sont gérées par des établissements publics, soit autonomes, soit rattachés à un hôpital. Le secteur privé à but non lucratif représente 26% des capacités et seuls environ 16% sont gérés par le secteur commercial. Ce pourcentage est le plus élevé pour les Ehpad (18,5%).

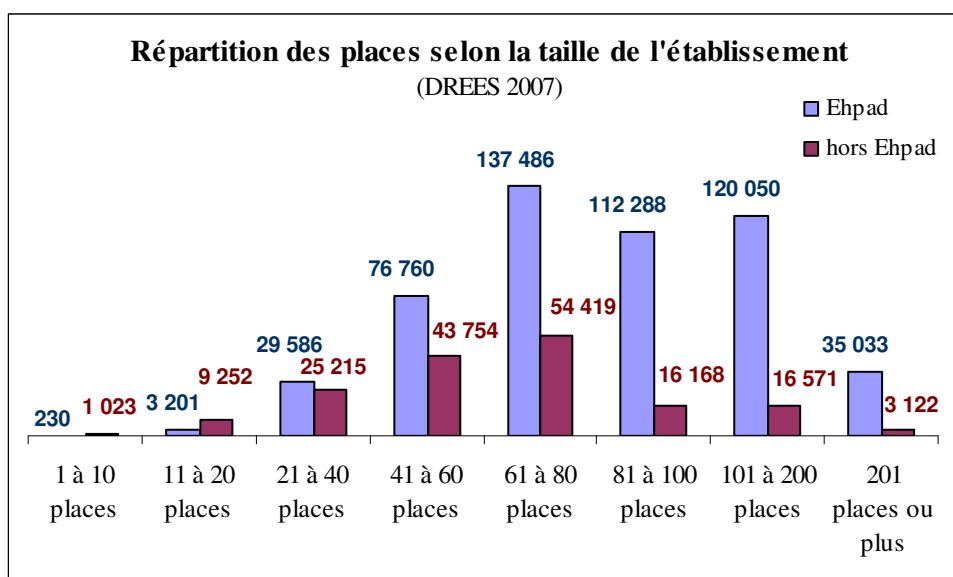


Une diversité de taille de structures

La majorité des structures est de taille importante, avec cependant une différenciation entre structures médicalisées et non médicalisées : les établissements de plus de 80 places représentent plus de la moitié de la capacité des Ehpad pour seulement 21% de celle des autres structures.

On désigne généralement par « **petites unités de vie** » les structures qui ne dépassent pas le seuil de 25 places³³. Les tableaux fournis par la DREES englobant dans la même catégorie les structures allant de 20 à 40 places, on relèvera simplement que les places dans des structures de moins de 41 lits ne représentent que 10% de l'ensemble.

³³ Cette référence apparaît dans les textes uniquement pour les Ehpad : ceux qui ne dépassent pas ce seuil voient leur dotation dépendance calculée différemment (L.313-12 du CASF).



Un taux d'équipement en baisse

Le Plan solidarité grand âge du 27 juin 2006 fixait un objectif de création de 25 000 places en Ehpad sur la période 2007-2012. Cet objectif a été réévalué, notamment dans le cadre du plan de relance, pour atteindre 42 500 places. Le dernier bilan de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) fait apparaître que cet objectif est près d'être atteint. Le prochain état de la DREES, qui interviendra au 31 décembre 2011, devrait donc enregistrer une augmentation des capacités. Il ne rendra compte toutefois que partiellement des chiffres enregistrés par la CNSA, du fait du décalage entre la décision de financement et l'ouverture.

Malgré ces résultats, il faut noter que le taux d'équipement diminue, car l'évolution du nombre de places ne suit pas celle du nombre de personnes âgées. Pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus, le nombre de places en établissement était :

- de 166 en 1996,
- de 140 fin 2003,
- de 127 fin 2007,
- de 122 en 2010³⁴.

³⁴ Données citées par le rapport du groupe « Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie » Juin 2011

3-1-3 La différenciation des publics entre Ehpad et logements-foyers non médicalisés est fortement marquée

Si l'âge d'entrée connaît une augmentation générale, on observe une différenciation importante selon la nature de l'établissement³⁵:

- 79 ans et 6 mois pour les logements-foyers non médicalisés
- 83 ans et 4 mois pour les Ehpad publics
- 83 ans et 10 mois pour les Ehpad privés non lucratifs ainsi que pour les maisons de retraite non médicalisées
- 84 ans et 10 mois pour les Ehpad privés lucratifs.

En Ehpad : un résident sur quatre séjourne moins de deux mois

En logement-foyer non médicalisé : un résident sur deux reste au moins quatre ans

Les durées de séjour établissent une démarcation très forte entre, d'une part, les Ehpad et les maisons de retraite non médicalisés, et, d'autre part, les logements-foyers non médicalisés.

	Durée de séjour des résidents sortants		
	1 ^{er} quartile	médiane	moyenne
Logement-foyer non-Ehpad	17 mois	46 mois	62 mois
Maison de retraite non-Ehpad	2 mois	13 mois	30 mois
Ehpad public	2 mois	13 mois	30 mois
Ehpad privé non lucratif	2 mois	16 mois	32 mois
Ehpad privé lucratif	1 mois	6 mois	20 mois

DREES 2007

Si l'on observe, parmi les résidents sortis de chaque catégorie d'établissement, les 25% dont le séjour a été le plus court, on constate que leur durée de séjour a été inférieure à deux mois en Ehpad et à 17 mois en logement-foyer non médicalisé.

L'examen des durées médianes nous apprend que la moitié des résidents d'Ehpad a une durée de séjour inférieure à 13 mois, tandis que la moitié des résidents de logement-foyer non médicalisé a une durée de séjour inférieure à 46 mois.

On notera que les maisons de retraite non médicalisées, aujourd'hui résiduelles, ont des caractéristiques comparables à celles des Ehpad.

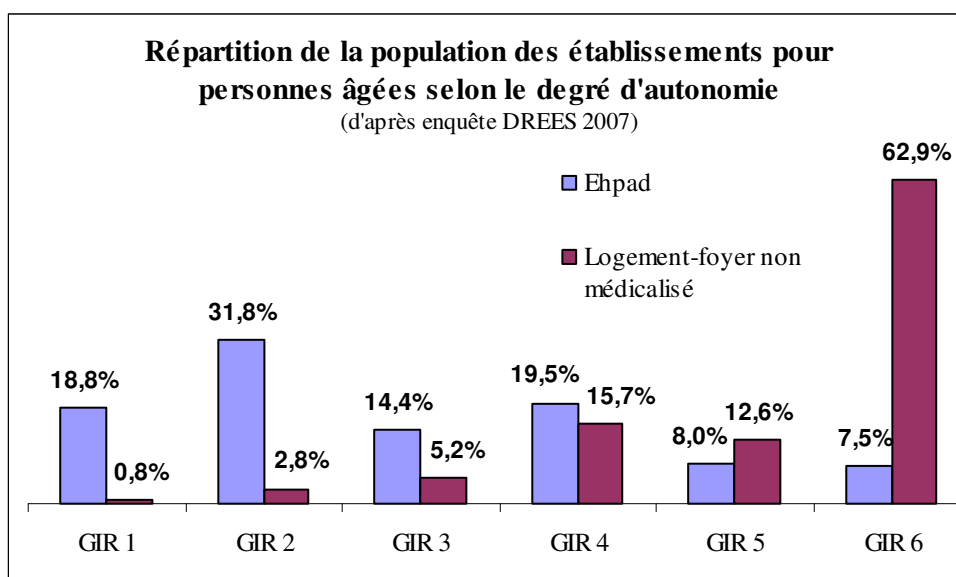
Les sorties d'Ehpad se font à 65% suite à un décès, à 8,2% vers une structure médicale et à 25,3% vers du logement (domicile privé ou autre établissement).

En Ehpad : un résident sur deux est en grande dépendance

En logement-foyer non médicalisé : trois résidents sur quatre sont relativement autonomes

La différenciation se retrouve également dans le niveau d'autonomie mesuré par le GIR.

³⁵ Enquête DREES 2007.



En logement-foyer non médicalisé, les trois-quarts des résidents sont autonomes (GIR 6) ou n'ont un besoin que d'aides ponctuelles (GIR 5)³⁶. Il convient de préciser que la réglementation impose aux gestionnaires une limite quant au niveau de dépendance moyen des résidents. Cette limite s'exprime à travers le calcul du GMP (GIR moyen pondéré) : le GMP maximum a été fixé à 300.

La répartition du public est très différente en Ehpad. Dans ces établissements, la moitié des résidents ont un GIR de niveau 1 ou 2. Concrètement, cela correspond à des personnes :

- soit confinées au lit ou au fauteuil, avec ou sans altération des facultés mentales,
- soit non confinées mais dont les fonctions mentales sont altérées.

Celles qui ont un GIR inférieur à cinq, c'est-à-dire celles qui relèvent de l'allocation personnalisée d'autonomie, représentent plus de 84% des résidents en 2007. La proportion était de 81% en 2003.

Cette situation traduit une évolution continue au cours des dernières années. La décision de développer la médicalisation de ces établissements répondait déjà au développement de l'accueil de publics plus âgés et surtout plus dépendants. Force est aujourd'hui de constater que l'évolution s'est poursuivie, au point de transformer, de fait, les Ehpad en structures hospitalières.

Sans doute y a-t-il plusieurs raisons qui expliquent que les personnes reculent au maximum le moment de leur entrée en établissement médicalisé, et en particulier :

- le développement des services d'aide à domicile, qui prolonge la possibilité du maintien dans le logement ordinaire,
- l'importance du coût à la charge des résidents des Ehpad et de leurs familles,
- l'image d'elle-même que l'Ehpad renvoie à la personne accueillie, image d'autant plus dégradée que l'établissement n'accueille plus de personnes autonomes.

Le résultat est que, quelles que soient la qualité des prestations qu'on y trouve, l'entrée en Ehpad se fait aujourd'hui, sauf exception, au moment où le niveau de dépendance ne permet plus d'autre option.

³⁶ Nous n'avons pas fait figurer sur ce tableau les résidents de maisons de retraite non médicalisées, dont les caractéristiques sont plus proches des Ehpad que des logements-foyers.

3-1-4 L'évolution des Ehpad vers une fonction hospitalière pose différemment la question du « chez-soi »

Au plan juridique, l'Ehpad est généralement un domicile

Logement-foyer accueillant sans limite de durée, l'Ehpad a vocation à être le domicile de ses résidents. Cependant on peut noter que, dans le cas où le résident a un conjoint, celui-ci réside le plus souvent hors de l'Ehpad ; dans ce cas, le domicile antérieur demeure.

nature de l'EHPAD	sans conjoint	conjoint dans l'établissement	conjoint hors de l'établissement	non renseigné
EHPAD public	86,8%	3,8%	7,7%	1,7%
EHPAD privé non lucratif	88,9%	4,3%	5,7%	1,1%
EHPAD privé lucratif	76,9%	4,8%	6,9%	11,4%

source enquête DREES 2007

Pour autant, dans la grande majorité des cas, l'Ehpad va effectivement devenir un « domicile » : lorsque la personne était locataire, le bail est résilié, et lorsqu'elle était propriétaire de son logement, celui-ci est généralement mis en vente ou en location afin de permettre à la famille d'assumer le coût de l'accueil en Ehpad.

L'exigence d'un « chez-soi »

Il convient de ne pas s'arrêter à la notion juridique de domicile. Lorsqu'il est employé dans l'expression « maintien à domicile », le mot désigne bien davantage qu'un lien juridique, il nomme une relation intime entre la personne et son logement que traduit davantage l'expression de « chez-soi » :

- la possibilité d'y être « maître chez soi »³⁷, c'est-à-dire de pouvoir décider de qui l'on reçoit, de ce qu'on y fait, de la façon dont on l'aménage, de la façon dont on y vit ;
- la familiarité, des repères personnels, un lieu qui renvoie à sa propre personnalité, à ses liens familiaux et relationnels, à ses goûts, à son histoire ;
- une identification vis-à-vis des autres, une image de soi qui ne se réduise pas à la vieillesse et à la maladie.

Tel est bien l'esprit dans lequel a été défini le cahier des charges de l'espace privatif en Ehpad.

Vivre chez soi : l'espace privatif en Ehpad

« L'espace privatif doit être considéré comme la transposition en établissement du domicile du résident. Il doit pouvoir être personnalisé et permettre aux personnes âgées qui le souhaitent d'y apporter du mobilier personnel, autre que cadres, photographies et objets familiaux. Les résidents doivent ainsi disposer d'un lieu privé, qu'ils peuvent pleinement s'approprier, leur permettant s'ils le souhaitent d'organiser comme ils l'entendent l'aménagement de l'espace qui leur est dévolu. L'espace privatif doit également permettre à chaque résident de recevoir dans l'équivalent d'un chez-soi, facilitant ainsi ses relations sociales, notamment avec sa famille et son entourage.

L'espace privé, qui doit être accessible et permettre une circulation aisée des personnes, requiert une surface suffisante permettant par ailleurs de moduler l'organisation de cette surface en fonction de la perte d'autonomie de la personne et de son évolution, évitant ainsi des transferts géographiques pouvant induire une perte des repères du résident.

³⁷ Expression employée par le sociologue Bernard Ennuyer.

Sans préjudice des recommandations qui suivent, aucune chambre, et ce quelle que soit sa surface, ne devrait être occupée par plus de deux personnes et la proportion de chambres à deux lits ne devrait pas dépasser 5 à 10 % de la capacité globale d'un établissement, étant entendu qu'il apparaît plus adapté de prévoir des chambres individuelles pouvant communiquer.

Les recommandations relatives aux constructions neuves ou concernant les établissements nécessitant une rénovation lourde :

La conception de l'espace privatif doit s'apparenter à celle d'un logement afin de conforter l'identité et la sociabilité du résident. Il comprendra toujours un cabinet de toilette intégré (douche, lavabo, sanitaires) et pourra être doté d'une kitchenette. Il est recommandé que la surface minimale atteigne :

18 à 22 mètres carrés, lorsqu'il s'agit d'un logement individuel adapté à l'état de la personne ;

30 à 35 mètres carrés, lorsqu'il s'agit d'un logement pour deux personnes : l'espace privatif devant être adapté à l'accueil d'un couple ou de deux personnes âgées ne souhaitant pas vivre seules.

Les recommandations relatives aux autres établissements :

L'espace privé, comprenant toujours un cabinet de toilette intégré, doit tendre vers un objectif de surface minimale de :

16 à 20 mètres carrés, lorsqu'il s'agit d'une chambre à 1 lit ;

22 à 25 mètres carrés, lorsqu'il s'agit d'une chambre à 2 lits ;

20 à 22 mètres carrés, lorsqu'il s'agit d'un logement doté d'une kitchenette. »

Extrait du cahier des charges défini par l'arrêté du 26 avril 1999

On peut cependant regretter que les préconisations en termes de surface et d'équipement contenues dans ce cahier des charges prennent le pas sur les objectifs visés. Dans la pratique, le niveau d'autonomie de la personne ne lui permet pas toujours de jouir pleinement de ces prestations.

A un certain niveau de dépendance, le « chez-soi » passe davantage par la disponibilité et l'attitude du personnel de l'établissement, par l'observance de règles de comportement à l'égard de la personne accueillie, que par la surface de la chambre et l'existence d'une salle d'eau privative.

3-2- La question du coût et de sa prise en charge dans les établissements médicalisés

3-2-1 Des redevances nettement supérieures aux revenus des plus modestes

Les tarifs à la charge des résidents des Ehpad sont très nettement supérieurs aux revenus des personnes âgées de condition modeste, ainsi que l'atteste l'enquête réalisée par l'IGAS en 2009³⁸. La tarification « ternaire », qui est supposée permettre une prise en charge par des mécanismes de solidarité, touche aujourd'hui ses limites.

La tarification « ternaire » est en réalité quaternaire

La tarification ternaire en vigueur dans les Ehpad distingue les catégories de dépenses suivantes :

- **Le tarif « soins »** recouvre « les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques ainsi que les prestations paramédicales correspondant à l'état de dépendance des personnes accueillies ». Il est pris en charge par l'assurance maladie.
- **Le tarif « dépendance »** recouvre « l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie qui ne sont pas liés aux soins ». Il ouvre droit à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Le montant de l'APA est fonction des ressources de la personne. Cependant, quelles que soient ces ressources, un « talon APA » est laissé à sa charge : il s'agit des dépenses qui correspondent au niveau de dépendance des GIR 5 et 6 ;
- **Le tarif « hébergement »** recouvre « l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale de l'établissement qui ne sont pas liées à l'état de dépendance des personnes accueillies ». On retrouve là toute l'ambiguïté de l'emploi du mot « hébergement ». En réalité ce tarif englobe deux types de dépenses :
 - les dépenses de **logement**, c'est-à-dire celles qui correspondent au loyer et aux charges ; elles ouvrent droit à l'**APL ou à l'AL**³⁹, en fonction des ressources de la personne.
 - les dépenses de **prestations**, parmi lesquelles des prestations qui peuvent être qualifiées d'hôtelières (entretien, restauration) et d'autres non (animation de la vie sociale).Une aide sociale à l'hébergement, versée par les Conseils généraux, peut être sollicitée par les personnes de faibles ressources pour couvrir les dépenses du tarif « hébergement » ainsi que le talon APA.

Les personnes imposables bénéficient d'une réduction d'impôts au titre des dépenses liées à l'hébergement et à la dépendance.

³⁸ Inspection générale des affaires sociales – Etat des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – août 2009 – Christine Branchu – Joëlle Voisin – Jérôme Guedj – Didier Lacaze – Stéphane Paul.

³⁹ L'aide personnalisée au logement, qui s'applique aux logements-foyers conventionnés, et l'allocation logement, qui s'applique aux autres.

La tarification laisse aux résidents modestes des charges bien supérieures à leurs revenus

Les tarifs « hébergement » des établissements faisant l'objet de l'enquête de l'IGAS vont de 36,36€ pour les établissements les moins chers à 81,10€ pour les plus chers, en s'en tenant uniquement à des établissements publics ou non lucratifs. Le montant du talon APA varie également d'un établissement à l'autre : la fourchette est de 3,28€/jour à 7,14€.

L'IGAS souligne par ailleurs que ces tarifs n'intègrent pas toutes les dépenses du résident.

« Il en ressort d'abord que les coûts mis à la charge des résidents ne s'arrêtent pas au seul « tarif hébergement » mais incluent bien d'autres éléments qui forment au total un ensemble composite comprenant d'une part le montant de l'APA laissé à la charge du résident et d'autre part une série de dépenses diverses (frais de mutuelle, coiffure, coûts d'utilisation de la télévision ou du téléphone, etc.) que l'on peut regrouper en trois catégories : des biens de première nécessité dont le résident ne peut pas se passer, comme les produits de toilette ou le blanchissage des effets personnels ; des prestations qui apportent des éléments de confort dont les plus anciennes générations ont pu se passer mais que toute la population tiendra bientôt comme indispensables, qu'il s'agisse par exemple du téléphone ou de la télévision, voire demain de l'accès à l'internet ; enfin, des consommations qui n'ont rien d'indispensable, qui relèvent du libre choix de la personne et qui sont étroitement liées à son pouvoir d'achat. »

Au vu de ses investigations, l'IGAS considère que « le montant mensuel de 1 500€ constitue une sorte de minimum incompressible qui ne s'applique qu'aux personnes très attentives à limiter leurs dépenses et qui résident dans des établissements situés en milieu rural dont le terrain et la construction sont financièrement totalement amortis ». L'IGAS relève que le montant de 2 900€ est fréquemment observé en milieu urbain, sans correspondre à des prestations luxueuses.

La répartition des dépenses entre les différents tarifs mérite débat.

Si le principe d'une tarification ternaire semble de bonne logique, la répartition actuelle des dépenses entre les différents tarifs soulève un certain nombre de questions, ainsi que le relève le rapport de l'IGAS.

« Les principaux éléments du débat portent sur :

- *d'une part divers transferts relatifs aux charges en personnel : actuellement, 30% des dépenses relatives aux aides soignants et aux aides médico-psychologiques relèvent de la section « dépendance » et l'on pourrait les transférer vers la section « soins » ; cette diminution de la charge de la section « dépendance » pourrait être compensée par la suppression pour le résident du « talon APA » (sauf à considérer qu'une telle mesure déséquilibrerait l'ensemble du « système APA » qui concerne tant le domicile que les établissements). Par ailleurs, il a été également proposé de transférer, depuis la section « hébergement », les dépenses liées aux animateurs vers la section « dépendance » et les dépenses liées aux psychologues vers la section « soins » ;*
- *d'autre part l'imputation sur les trois sections de dépenses qui ne pèsent aujourd'hui que sur le tarif « hébergement » et donc sur le résident : sont visées les dépenses d'administration générale et de direction et l'ensemble des dépenses liées aux conséquences des opérations immobilières (amortissements et frais financiers). »*

Le tarif « hébergement » intègre des dépenses liées à la dépendance

Plus largement, il convient de s'interroger sur le contenu du tarif « hébergement ». Celui-ci est défini par l'article R.314-58 du code de l'action sociale et des familles⁴⁰.

« Le tarif afférent à l'hébergement recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale de

⁴⁰ L'annexe 3-2 du CASF précise la répartition entre les différents tarifs.

l'établissement qui ne sont pas liées à l'état de dépendance des personnes accueillies. Ce tarif est à la charge de la personne âgée accueillie. »

Il en résulte que sont facturées au résident :

- la totalité des dépenses liées aux locaux,
- la totalité des dépenses d'administration générale, de direction, et des frais de siège du gestionnaire,
- la totalité des dépenses de l'accueil et de l'animation,
- la totalité des dépenses liées à la confection des repas,
- 70% des dépenses liées au service des repas, au blanchissage et au nettoyage (30% sont imputés au tarif dépendance).

On retrouve là toute l'ambiguïté de l'emploi du mot « hébergement ». Il permet de faire sortir du tarif dépendance des dépenses qui, pourtant, sont directement liées à la perte d'autonomie. N'est-ce pas, en effet, la situation de perte d'autonomie qui fait qu'une personne accueillie en Ehpad a besoin qu'on lui confectionne et qu'on lui serve son repas ? Si elle était dans un logement indépendant, elle aurait recours à un service de portage de repas à domicile et/ou à des aides-ménagères. Elle bénéficierait pour cela de l'APA si elle est reconnue en GIR inférieur à 5, et dans le cas contraire de l'aide des caisses de retraite et du département.

De même doit-on s'interroger sur les dépenses d'animation. Le rapport Marini-Vasselle⁴¹ de juillet 2008 propose de faire basculer sur le tarif dépendance.

3-2-2 Allocation personnalisée d'autonomie, aide sociale à l'hébergement et aide fiscale suivent des logiques de solidarité contradictoires

L'aide sociale à l'hébergement n'intervient qu'en subsidiarité de la solidarité familiale

L'aide sociale à l'hébergement intervient après mise en œuvre des solidarités familiales.

- L'aide est versée par le Conseil général.
- Elle suppose que l'établissement ait été préalablement habilité par le Conseil général à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. L'habilitation est accordée sous réserve du respect d'un plafond de redevance.
- Elle tient compte des ressources de la personne et de celles des obligés alimentaires. Le principe est une participation du bénéficiaire à hauteur de 90% de ses ressources. Il doit lui être laissé une somme correspondant à 1% du montant annuel du minimum vieillesse, soit 89€ par mois en janvier 2012.
- Au décès du bénéficiaire, le Conseil général procède à une récupération de ses dépenses sur la succession, dans la limite de 90% de l'actif net successoral.

Compte tenu de l'âge auquel on entre aujourd'hui en Ehpad, il faut souligner que les enfants, appelés à intervenir dans le cadre de l'obligation alimentaire, sont de plus en plus souvent eux-mêmes retraités.

L'IGAS relève que le nombre de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement est relativement stable (114 000 en 2002 et 115 000 en 2007) mais que son coût net pour les Départements a fortement augmenté, passant de 700 M€ en 2002 à 1,17 MM€ en 2008.

⁴¹ Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque. Président Philippe Marini. Rapporteur Alain Vasselle.

Les conditions d'attribution de l'aide sociale à l'hébergement sont dissuasives.

Les conditions d'octroi de l'aide sociale à l'hébergement conduisent de nombreuses personnes à différer leur entrée en établissement, qui intervient souvent très tardivement par rapport au besoin réel de prise en charge.

- **L'appel aux obligés alimentaires** est souvent vécu par le bénéficiaire comme une atteinte à sa dignité. Il en va de même de « l'argent de poche » laissé à sa disponibilité. Même s'il est logé, nourri et soigné, le bénéficiaire doit faire face à des dépenses incontournables telles que le coiffeur, le renouvellement de la garde-robe, le téléphone ou la télévision. Il ne peut les assumer que grâce à l'aide de sa famille. Les vieux migrants qui envoyaient des sommes, même modiques, au pays n'en ont plus la possibilité.
- **La récupération sur la succession** fait renoncer de nombreuses personnes qui possèdent un petit patrimoine, souvent simplement la maison qu'elles habitaient, et souhaitent le transmettre à leurs enfants. Même lorsque les enfants sont à l'abri du besoin, la transmission revêt une grande importance aux yeux de la personne qui aborde la dernière étape de sa vie. Le fait d'y renoncer, même partiellement, pour entrer dans un établissement, peut être vécu comme un drame. Cette situation est par ailleurs source d'injustice puisque, à situation sociale et revenu équivalent, celui qui a épargné pour se constituer un petit patrimoine au long de sa vie sera moins aidé.

La propriété du logement, qui devrait être un facteur de protection, se retourne contre la personne âgée quand elle la conduit à renoncer au bénéfice de l'aide sociale à l'hébergement.

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) constitue un droit ouvert à tous

Telle qu'elle est définie par la loi, l'allocation personnalisée d'autonomie a vocation à prendre en charge la perte d'autonomie de toutes les personnes âgées.

Article L232-1 du CASF

Toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins.

Cette allocation, définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national, est destinée aux personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.

L'ouverture des droits à l'APA n'est pas soumise à condition de ressources, mais les ressources interviennent dans le calcul de la part des dépenses laissées à la charge du bénéficiaire. Cependant, cette participation du bénéficiaire obéit à une logique et à des règles différentes selon qu'il s'agit d'APA à domicile ou en établissement.

- Dans le cas du maintien en logement indépendant, 23% des personnes n'ont pas à s'acquitter d'un ticket modérateur : il s'agit des personnes dont les ressources sont inférieures à 0,67 fois le montant de la majoration pour tierce personne, soit 710€ par mois.
- En Ehpad, tous les résidents disposant de moins de 2,21 fois la majoration pour tierce personne, soit 2 343€, doivent assumer le « talon APA », correspondant au tarif dépendance des GIR 5 et 6. Ce plafond de ressources regroupe en fait 93% des résidents, et le talon APA représente en moyenne 32% des dépenses facturées au titre de la dépendance.

Le barème de l'APA en établissement est donc nettement moins favorable aux personnes disposant de faibles revenus. Il en résulte que les résidents accueillis en Ehpad sont moins aidés que lorsqu'ils étaient dans leur logement.

Le montant moyen de l'APA versé pour une personne en maintien dans le logement est de 491€ alors qu'il n'est que de 288€ pour celles qui sont en établissement⁴². Cet écart n'est pas lié au degré de perte d'autonomie : pour les personnes en GIR 1 et 2, le coût moyen est de 651€ en logement indépendant et 413€ en établissement.

L'aide fiscale va aux personnes disposant des revenus les plus élevés

Les personnes accueillies dans un Ehpad bénéficient d'une réduction d'impôt au titre de leurs dépenses de dépendance et d'hébergement. Cette réduction s'élève à 25% du coût plafonné à 10 000€, soit une aide maximale de 2 500€. Cette aide a concerné 251 000 foyers en 2008 pour un montant de 145 M€.

Il s'agit là d'une aide qui ne concerne que les personnes âgées imposables, et qui leur bénéficie d'autant plus qu'elles déclarent des revenus plus élevés.

APA, aide sociale et aide fiscale témoignent de choix de solidarité non tranchés

On peut s'interroger sur la cohérence entre les principes qui régissent les aides dont la personne âgée accueillie en Ehpad peut bénéficier au titre de la dépendance, qu'elle soit facturée en tant que telle ou à travers le tarif « hébergement » :

- Le dispositif central, qui a vocation à permettre à la personne de faire face aux dépenses de dépendance, est celui de l'APA ; outre qu'il fait l'impasse sur une partie des dépenses induites par la dépendance, qualifiées d'hébergement, il ne prend en compte pas en compte les ressources puisque 93% des résidents paient le même talon APA.
- L'aide fiscale constitue un dispositif de redistribution vers les personnes âgées les plus favorisées.
- L'aide sociale, est la seule à prendre en compte des critères sociaux, mais il s'agit d'une solidarité subsidiaire, qui intervient lorsque la solidarité familiale est épuisée.

La mise en jeu de cette solidarité familiale, qui a sa logique et pouvait se défendre jusqu'à l'instauration de l'APA, pose question aujourd'hui : est-il juste, dans le cadre d'un dispositif de solidarité nationale des personnes valides vers les moins autonomes, que l'on ne prenne pas en compte la dimension des revenus ? est-il juste qu'un résident dont la redevance est inférieure à ses ressources bénéficie d'une aide fiscale lorsque celui dont les ressources sont inférieures à la redevance devra faire appel à l'aide de ses enfants ?

La création du cinquième risque doit intégrer la dimension sociale

La réforme de la prise en charge de la dépendance doit permettre de bâtir un dispositif de solidarité ouvrant l'accès à l'Ehpad à toutes les personnes âgées qui le nécessitent, y compris les plus pauvres. C'est dans cet esprit que le Haut Comité formule les préconisations suivantes.

Propositions du Haut Comité

➔ Affecter au même tarif tout ce qui n'est ni soins, ni logement

Pour que la solvabilisation des personnes âgées soit assurée, il faut qu'à chacun des trois tarifs de l'Ehpad corresponde un outil de solvabilisation adapté :

- ce qui est lié aux soins relève de la couverture par l'assurance maladie ;
- ce qui est lié au logement relève des aides au logement ;

⁴² Rapport du groupe 4 – Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées – Débat national sur la dépendance.

– toutes les autres dépenses obligatoires facturées au résident doivent être rassemblées dans un même tarif, relevant de l'aide à la dépendance.

➔ **Regrouper en une seule aide à la dépendance APA, ASH et aide fiscale.**

Le barème de l'aide doit prendre en compte les revenus et le patrimoine des bénéficiaires.

➔ **Prendre en compte la capacité réelle de la personne à assumer une partie des dépenses.**

Toute personne en établissement doit disposer d'un reste-à-vivre lui permettant de faire face, dans la dignité, aux dépenses de la vie courante non comprises dans la redevance.

➔ **Repenser la répartition entre solidarité collective et solidarité familiale dans un souci de justice et de prise en compte des évolutions sociétales.**

Le Haut Comité a pris connaissance avec intérêt de l'avis rendu par le Haut conseil à la famille (HCF)⁴³.

Concernant l'obligation alimentaire, il partage l'idée de l'encadrer fortement. Concernant la récupération sur succession, le Haut Comité souhaite que l'option retenue préserve la possibilité pour les personnes les plus modestes de transmettre au moins une partie de leur patrimoine.

3-2-3 Le coût « logement » de l'Ehpad doit être rendu abordable via les aides au logement

La logique de la tarification ternaire doit conduire, après avoir opéré une répartition des coûts de l'EHPAD en fonction de la nature des prestations auxquels ils correspondent, à mettre en face de chacun un dispositif de solvabilisation.

Nous avons relevé l'ambiguïté du tarif « hébergement » qui intègre en réalité deux types de dépenses : les dépenses d'hôtellerie et d'animation que le Haut Comité préconise de renvoyer vers la dépendance, et les dépenses de logement proprement dites. Pour que ces dernières soient supportables par les personnes âgées disposant de faibles revenus, il s'agit de s'interroger, d'une part, sur les coûts, leur niveau et la possibilité de les réduire, et, d'autre part, sur le niveau des aides qui peuvent y être affectées.

Le coût facturé au résident est supérieur au montant pris en compte par le barème des aides personnelles au logement.

Deux régimes d'aide cohabitent : l'allocation-logement sociale et l'aide personnalisée. La première concerne essentiellement des opérations anciennes ou privées. Les Ehpad montés dans le cadre de financements PLS ouvrent droit à l'APL. En 2007, sur l'ensemble des établissements pour personnes âgées (Ehpad et non médicalisé) 263 963 ménages bénéficiaient d'une aide dont 108 098 pour l'APL et 155 865 pour l'AL⁴⁴.

A la différence de ce qui a été réalisé pour le logement locatif ordinaire, où les barèmes de l'AL et de l'APL ont été unifiés, la différenciation reste très marquée pour les logements-foyers :

- le revenu d'exclusion de l'APL pour une personne seule est de 1 333€ à Paris et de 1 232€ en zone 3 ; il n'est que de 931€⁴⁵ pour l'AL ;
- la redevance plafond prise en compte par l'AL pour une personne seule est de 197,25€ ; pour un logement conventionné en APL elle est de 370,20€ en zone 3, de 390,01€ en zone 2, et de 426,49€ en zone 1.

⁴³ Avis sur la place des familles dans la prise en charge de la dépendance des personnes âgées – 16 juin 2011

⁴⁴ Rapport IGAS 2009

⁴⁵ montant 2011

Les dépenses qui composent l'« équivalent loyer et charges » ont été précisées par le décret du 30 mars 2011, qui fixe le contenu des conventions-type applicables aux établissements conventionnés à l'APL. Elles comprennent :

- les coûts liés à la construction, l'amélioration ou l'acquisition de l'immeuble ainsi que les frais généraux du propriétaire, l'assurance et la taxe foncière,
- les frais de fonctionnement (frais de siège, frais fixes de personnel administratif, menu et gros entretien),
- les charges locatives récupérables.

Sous réserve de la pertinence du barème, on peut supposer que la solvabilisation des personnes âgées sur le coût logement est assurée dès lors que l'équivalent loyer plus charges qui leur est facturé dans la redevance est inférieur ou égal au plafond pris en compte.

Tel n'est pas le cas. On notera que les valeurs maximales acceptées pour le conventionnement d'un établissement pour personnes âgées vont de 532,23€ pour un T1' en zone 3 à 770,52€ pour un T2 en zone 1bis⁴⁶.

Le coût de construction de l'Ehpad pourrait être allégé par une application intelligente des normes

La maîtrise des coûts est un objectif pour l'ensemble de la production sociale de logements, qui subit à la fois la hausse des coûts du foncier, l'augmentation des prix de certains matériaux et l'apparition de normes toujours plus exigeantes, qu'il s'agisse notamment de la sécurité ou des performances thermiques. Le prix de revient moyen d'un logement locatif social s'est accru de 75% entre 2000 et 2010, et ce phénomène affecte bien évidemment les Ehpad.

Pour ces derniers, s'ajoutent aux normes du logement ordinaire celles des immeubles recevant du public. Par ailleurs, la nécessité de locaux communs (restauration, animation, soins, gestion de l'établissement, circulations...) fait que, pour un espace privé recommandé de 18 à 22 m², on atteint près de 50 m² en moyenne par résident.

On peut s'interroger sur certaines des exigences posées aux maîtres d'ouvrage et gestionnaires d'Ehpad. Celle d'une salle d'eau propre à chaque logement peut être discutée lorsque un résident sur deux est très dépendant, et que le plus grand nombre est dans l'incapacité d'effectuer ses soins corporels sans assistance. On notera d'ailleurs que les normes concernant l'accessibilité en fauteuil roulant visent à permettre à une personne handicapée de se déplacer et d'utiliser seule les équipements sanitaires, ce qui ne correspond pas à la situation des résidents d'Ehpad. Certaines agences régionales de la santé ajoutent l'exigence de salles d'eau communes par étage. Une salle d'eau privative nécessite un espace d'environ 4 m², une salle d'eau d'étage de l'ordre de 15 m². Il pourrait être envisagé de remplacer les salles d'eau individuelles par des salles d'eau desservant un petit nombre de chambres, au moins pour une partie d'entre elles.

Nous avons relevé plus haut que la question du « chez-soi » en Ehpad ne pouvait pas être ramenée à des règles de surface et d'équipement de la partie privative. Il convient sans doute de continuer à être exigeant quant à la qualité et l'intimité du logement mis à disposition des résidents de l'Ehpad, mais sans rester paralysé par des normes.

L'esprit de la norme doit l'emporter sur sa lettre. On doit pouvoir faire une « lecture intelligente des normes⁴⁷ », c'est-à-dire invoquer l'objectif pour lequel elle a été édictée lorsque sa stricte application risque de conduire à s'en éloigner.

⁴⁶ Pour un Ehpad financé en PLS, prêt locatif social.

⁴⁷ Proposition de Pierre Jamet – Rapport sur les finances départementales

Le financement de la construction

Le financement de la construction d'un Ehpad renvoie :

- en tant qu'établissement destiné à des personnes dépendantes, aux aides spécifiques de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- en tant que logement-foyer, aux financements de droit commun du logement social.

Entre 2006 et 2010, la CNSA a affecté 1,6 milliard d'euros à l'aide à l'investissement, grâce aux réserves constituées du fait d'une sous-consommation de ses crédits médico-sociaux. Compte tenu de l'épuisement de ces réserves, il a été décidé pour 2011 d'affecter 4% des ressources de la contribution solidarité autonomie, soit 92,8 M€. Ces crédits ont été portés à 113,1 M€ en cours d'année par affectation de soldes budgétaires. Pour l'exercice 2012, la part de la CSA affectée au plan d'aide à l'investissement a été ramenée à 2%, soit un montant prévisionnel de 48,2 M€⁴⁸. La perspective est donc à la baisse de la contribution de la CNSA aux plans de financement.

Concernant les financements du logement social, les Ehpad bénéficient du PLS (prêt locatif social). Ce financement ouvre droit au conventionnement APL, aux aides fiscales et aux prêts de la Caisse des dépôts et consignations, mais il ne donne pas lieu à une subvention de l'Etat. On peut s'interroger sur le fait que soit mobilisé uniquement le PLS, qui est le financement du logement intermédiaire. La population des Ehpad relève en majorité des critères de ressources du logement social, financé en PLUS (prêt locatif à usage social) et du logement très social, financé en PLAI (prêt locatif aidé d'intégration).

Il n'y a en réalité aucun obstacle réglementaire au financement en PLUS ou en PLAI, et on peut d'ailleurs noter que des logements-foyers non médicalisés y ont recours. La position consistant à se cantonner les Ehpad au PLS, qui ne pèse pas sur les crédits d'aide à la pierre du ministère en charge du logement, revient à ne pas mettre ces opérations en concurrence avec le logement ordinaire. Elle exprime l'ambiguïté qui demeure sur le statut de l'Ehpad, reconnu officiellement comme logement mais vu le plus souvent comme plus proche du sanitaire.

Enfin il convient de noter que les collectivités locales sont évidemment appelées à contribuer au financement des opérations. Elles le font par des subventions et/ou l'apport gratuit du terrain.

Proposition du Haut Comité

→ **Engager une évaluation de la réalité des équivalents loyers et charges pratiqués, et la solvabilisation par les aides personnelles.**

Il s'agit de s'assurer que le barème des aides personnelles est bien adapté à la prise en charge des coûts logement de l'Ehpad.

→ **Ouvrir l'accès des Ehpad aux financements PLUS et PLAI.**

Il s'agit d'assurer aux résidents des Ehpad une égalité de traitement par rapport aux autres personnes logées en logement social.

→ **Conforter les aides de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie à l'investissement.**

Il s'agit de permettre aux nouvelles opérations de bénéficier d'un niveau d'aide équivalent à celui accordé au cours des dernières années.

⁴⁸ Rapport de Yves Daudigny - Sénat

→ Ouvrir un droit à dérogation aux normes sous l'autorité conjointe de l'agence régionale de la santé et du Conseil général.

Le pétitionnaire devrait justifier que son projet prend en compte l'objectif des normes auxquelles il déroge.

3-3 Développer une offre de logements-foyers non médicalisés

3-3-1 La démarche du « tout-Ehpad » se heurte à la réalité des besoins

La réforme de la tarification intervenue en 1999, à la suite de la création de la prestation spécifique dépendance⁴⁹, s'est accompagnée d'une démarche des pouvoirs publics visant à généraliser le passage des établissements accueillant des personnes âgées à la convention tri-partite : l'ensemble des maisons de retraite, des logements-foyers et des unités de soins de longue durée étaient supposés se transformer en Ehpad. Dans la décennie précédente, les établissements, qui accueillaient un public toujours plus âgé, avaient été de plus en plus nombreux à ouvrir des sections de cure médicale, et la généralisation de la médicalisation, permise par les nouveaux financements, paraissait la perspective unique.

Le plan de solidarité grand âge (PSGA), arrêté en 2006, a fixé des objectifs de production qui ne concernent que les Ehpad.

Le passage d'Ehpa à Ehpad s'est cependant heurté à des obstacles liés notamment aux implications du cahier des charges en termes d'adaptation des locaux, laquelle n'était pas toujours réalisable. Il s'est heurté également à des résistances liées au projet même des établissements.

Contrairement à l'Ehpad, le foyer-logement non médicalisé répond à un choix

Il y a aujourd'hui une demande pour des structures non médicalisées. Le logement-foyer constitue en effet un mode d'habitat économique, il apporte une sécurisation et il permet de lutter contre la solitude, qui touche de nombreuses personnes âgées à la ville comme en milieu rural.

C'est pourquoi son développement est soutenu par de nombreux acteurs. C'est notamment le cas de l'UNCCAS⁵⁰.

« L'UNCCAS considère que, selon les territoires, les logements-foyers constituent également une réponse pertinente qui peut correspondre aux attentes de certaines personnes âgées.

- *Essentiellement des personnes ayant de faibles ressources et qui, se retrouvant seules après le décès de leur conjoint le plus souvent, cherchent un lieu de vie sécurisant, à moindre coût en centre-ville ou centre-bourg.*
- *C'est notamment le cas de cultivateurs à la retraite qui se trouvent très isolés dans leur exploitation,*
- *ou bien, en ville, de personnes âgées vivant dans des maisons situées dans des résidences très loin du centre et mal desservies par les transports en commun*
- *et de personnes vivant dans des logements devenus trop chers.*

Les logements-foyers peuvent en quelque sorte être considérés comme des « ralentisseurs » du vieillissement. »

La Mutualité sociale agricole prône également le développement de structures non médicalisées, qu'elle développe à travers le concept des Maisons d'accueil rurales pour personnes âgées.

⁴⁹ Loi du 24 janvier 1997.

⁵⁰ Union nationale des centres communaux d'action sociale

Les MARPA (maisons d'accueil rurales pour personnes âgées)

La Marpa est un concept développé par la Mutualité sociale agricole (MSA) depuis 1987. Il s'agit d'un label qui renvoie à une charte.

- La Marpa est un logement-foyer, dont la construction est généralement financée en PLS, mais parfois en PLUS, et un établissement médico-social, dont les résidents ont un contrat de séjour.
- Le nombre de places est limité à 24 (soit environ 20 logements).
- La Marpa est destinée à des personnes autonomes ou en légère perte d'autonomie.
- Elle comprend à la fois des logements privatifs (T1bis ou T2 pour couples) et des locaux communs. Chaque résident meuble lui-même son logement.
- La Marpa fournit une restauration sur place ; les résidents peuvent choisir de se faire à manger dans leur logement, mais ils sont vivement incités à partager le repas commun au moins le midi.
- Des animations sont assurées de façon quotidienne.
- Des services de blanchisserie sont proposés.
- Le personnel est polyvalent, ce qui permet d'en limiter le nombre à 6 personnes pour une résidence.
- Les résidents font appel à leurs propres médecins et infirmiers, lesquels passent une convention de partenariat avec la MARPA.
- Ils ont recours aux services d'aide ménagère pour leur logement privatif.
- Une permanence de sécurité est assurée nuit et jour. Les personnes disposent d'un boîtier de téléalarme.

Un réseau qui garantit la qualité de projets ancrés dans les territoires

La Fédération nationale des Marpa regroupe 138 Marpa et 10 autres petites unités de vie. Cela représente 3 000 résidents et 690 salariés. La fédération intervient en conseil, en formation et en animation de réseau.

Les projets sont montés en général à la demande des collectivités locales (communautés de communes). Le lien avec le territoire est un élément essentiel du concept de Marpa, et la maîtrise d'ouvrage est souvent portée par les collectivités. Une structure gestionnaire est constituée, rassemblant élus, MSA, personnes physiques. Cela peut être un établissement public mais la forme associative est plus souple. Il y a un lien étroit entre FNMARPA et MSA : les référents locaux de la fédération sont des cadres MSA. La MSA intervient en soutien du projet et de la gestion.

Entre les critères d'admission à l'Ehpad et ceux des logements-foyers non médicalisés, une part des besoins reste sans réponse

Un établissement non médicalisé ne doit pas dépasser un certain niveau moyen de dépendance de ses résidents. L'instrument de mesure est le « GMP » (GIR moyen pondéré). Dès que celui-ci atteint le seuil de 300, l'établissement doit se mettre en conformité, soit en organisant le départ de ses résidents les plus dépendants vers des Ehpad, soit par transformation de l'établissement en Ehpad. Il en résulte que l'accueil se tourne prioritairement vers les plus autonomes, c'est-à-dire les personnes en GIR 5 et 6, et qu'il laisse de côté les personnes qui risqueraient de peser sur le GMP.

De leur côté les Ehpad peuvent théoriquement accueillir des personnes autonomes, mais, outre le fait que ces établissements n'attirent pas les personnes les plus valides, il leur est demandé de privilégier l'accueil des plus dépendants.

Cette double logique met en difficulté les personnes de dépendance intermédiaire (GIR 3 et 4). Pas assez dépendantes pour accéder à l'Ehpad, elles le sont trop pour intégrer un logement-foyer.

3-3-2 Les conditions du développement d'une offre adaptée de logements-foyers non médicalisés

Le développement d'une offre adaptée aux besoins d'aujourd'hui nécessite à la fois :

- d'adapter physiquement les logements-foyers des anciennes générations
- de créer les conditions favorisant de nouvelles constructions
- d'élargir les possibilités d'accueil de publics moins autonomes.

Adapter les locaux existants et favoriser la construction d'une offre nouvelle

La transformation de la plupart des établissements en Ehpad a conduit à ce que l'offre non médicalisée soit aujourd'hui réduite : il y avait 2 330 établissements pour une capacité d'environ 116 000 lits en 2007.

La plupart de ces structures datent des années 60 et 70. Depuis cette époque, la population des résidents a changé (ils sont aujourd'hui nettement plus âgés) et ses attentes ont évolué. Il y a donc nécessité d'un vaste programme d'adaptation des locaux des logements-foyers. La grande majorité d'entre eux (80%) appartiennent à des bailleurs sociaux. La suppression des financements « PALULOS » met en difficulté l'équilibre des projets de réhabilitation, sauf à déboucher sur des niveaux de redevance incompatibles avec les revenus modestes.

Il y a également des besoins de reconstruction, lorsque l'adaptation s'avère non réalisable, et il y a des besoins de constructions nouvelles pour compléter l'offre dans un contexte d'augmentation de la population âgée. Actuellement la construction de logements-foyers pour personnes âgées est le plus souvent financée en PLS, parfois en PLUS. A la différence des Ehpad, les structures non médicalisées ne peuvent pas mobiliser de financements de la CNSA. Elles obtiennent généralement des aides des caisses de retraite.

La réalisation de ces opérations n'est possible qu'avec l'aide des collectivités territoriales, ce qui n'est pas choquant dans la mesure où, d'une part, il s'agit là d'une règle générale en matière de logement social et, d'autre part, ces opérations s'inscrivent pleinement dans les territoires. Pour autant, il paraît indispensable de créer, au plan national, un cadre favorisant les opérations de réhabilitation, de reconstruction et de construction de logements-foyers, et ce dans des conditions de redevance qui garantissent l'ouverture aux personnes âgées les plus pauvres.

Du point de vue des aides ordinaires de l'Etat, cette démarche devrait d'abord s'appuyer, ainsi que nous l'avons préconisé pour les Ehpad, sur l'ouverture des financements PLUS et PLAI dans les conditions que justifient les revenus de la population accueillie. Compte tenu des besoins de réhabilitation, le rétablissement d'un financement de type PALULOS est également nécessaire.

L'implication de la CNSA devrait également être recherchée d'une part parce qu'une partie des personnes accueillies relèvent de l'APA (APA à domicile), et d'autre part parce que ces structures jouent un rôle essentiel pour préserver la capacité d'autonomie de leurs résidents.

Faire évoluer la règle pour rendre possible l'accueil et le maintien de personnes non autonomes

L'exclusion de personnes âgées du fait de l'évolution de leur niveau de dépendance pose question. Certes il existe des situations où le passage dans un Ehpad, voire dans une unité de soins de longue durée, constitue la solution la plus adaptée au besoin de la personne. Pour autant, une règle aussi systématique est discutable : qu'est-ce qui fait qu'un établissement à qui l'on reconnaît le droit, sans médicalisation, d'accueillir des personnes en grande dépendance, ne le peut plus lorsqu'un indicateur,

le « GMP », atteint le chiffre de 300 ? Il est évidemment logique et sain que les établissements non médicalisés ne soient pas autorisés à accueillir le même public que ceux pour qui on a jugé nécessaire la médicalisation. Il faut donc bien une limite, mais celle-ci doit être interrogée à deux niveaux :

- est-elle, aujourd'hui, positionnée au bon niveau ?
- doit-elle constituer un mur infranchissable, ou ne peut-elle simplement constituer un point de repère, un seuil d'alerte imposant de se poser les questions nécessaires ?

La question du niveau de la limite doit se poser au regard de deux exigences.

- La première exigence est de faire en sorte que l'offre d'établissements dans son ensemble soit ouverte à tous. Aujourd'hui le constat est que tel n'est pas le cas : compte tenu de l'évolution des Ehpad vers des structures hospitalières, un relèvement du GMP des logements-foyers non médicalisés est devenu indispensable.
- La deuxième exigence est que les personnes dépendantes accueillies en logement-foyer non médicalisé puissent bénéficier des soins et du soutien que nécessite leur état. De ce point de vue, il paraît souhaitable de développer et de structurer le partenariat entre logement-foyer et services à domicile.

Le Haut Comité attire également l'attention sur l'intérêt des propositions portées par l'UNCASS en faveur de la création d'un forfait-autonomie. Il s'agit en effet de veiller à ce que les logements-foyers non médicalisés soient en capacité de mener les actions nécessaires à la préservation de l'autonomie des personnes accueillies.

« Ce forfait permettrait de financer des activités thérapeutiques et un soutien social ou encore des soins de réadaptation, de rééducation afin de favoriser tout ce qui peut améliorer la motricité de la personne, ses repères dans le temps et dans l'espace et permettre le retour à une vie sociale (dépenses d'animation). »

Faire passer l'intérêt de la personne avant le respect de la norme administrative

La question de l'application que l'on fait de la règle doit être posée en prenant en compte ses conséquences humaines.

Le logement-foyer non médicalisé est un logement choisi. Nous avons vu qu'il se distingue nettement de l'Ehpad par les durées de séjour : un résident sur deux y habite depuis au moins quatre ans. C'est une durée au cours de laquelle s'établissent des liens forts avec le personnel, avec les autres résidents, avec un environnement. C'est plus de temps qu'il n'en faut pour se créer un « chez-soi ». Le départ pour un autre établissement n'est pas anodin et il n'est pas humainement acceptable qu'il soit imposé par une règle administrative là où l'établissement et son personnel estiment que le maintien est possible.

Il est paradoxal d'encourager le maintien « à domicile » des personnes âgées dépendantes lorsque le domicile est un logement indépendant et de leur en refuser le droit lorsque le domicile est un logement-foyer : **la priorité au maintien à domicile doit aussi pouvoir s'appliquer dans le logement-foyer.**

Propositions du Haut Comité

➔ **Dans les territoires, planifier une augmentation du nombre de places en logements-foyers non médicalisés**

Il s'agit de fixer des objectifs de réhabilitation et de construction dans les PLH et les schémas gérontologiques.

➔ **Au niveau national, mobiliser des aides à la pierre pour la construction et la réhabilitation des logements-foyers**

Il s'agit notamment d'ouvrir la construction des logements-foyers aux financements PLUS et PLAI, et de rétablir une aide d'Etat en faveur de la réhabilitation.
Une aide de la CNSA pourrait également être ouverte, en complément de celles des caisses de retraite.

➔ **Mettre en place un forfait autonomie**

Il s'agit de mettre les établissements en capacité de prévenir la perte d'autonomie de leurs résidents.

➔ **Relever la limite du GMP applicable aux établissements non médicalisés**

Il ne doit pas y avoir de rupture entre le public susceptible d'être accueilli en Ehpad et celui qui peut accéder aux logements-foyers non médicalisés.

➔ **Appliquer la limite de GMP avec souplesse**

En aucun cas, l'application de cette limite ne doit contraindre une personne à quitter un établissement qui s'estime en capacité d'assurer son maintien.

4 – Promouvoir une réponse d’ensemble dans chaque bassin d’habitat

Les interventions en faveur de l’habitat des personnes âgées mobilisent une grande diversité d’acteurs, publics et privés, et font appel à des dispositifs divers.

Elles doivent trouver leur cohérence et leur complémentarité au niveau de chaque territoire.

Offrir une palette de réponses

Les réponses à apporter aux besoins des personnes âgées sont multiples. Elles varient en fonction de la personne : son niveau d’autonomie, son degré d’isolement, son statut d’occupation, ses ressources, ses activités... Elles varient en fonction du contexte : urbain, semi-urbain, rural..., des réseaux associatifs et des services existants.

Il ne peut pas et il ne doit surtout pas y avoir une réponse unique. Au contraire, il est souhaitable que, quelle que soit la situation de la personne confrontée aux difficultés du vieillissement, elle garde la possibilité de choisir, entre plusieurs options, celle qui correspond le mieux à ses aspirations, à son projet de vie : adapter son logement ou accéder à un logement spécifiquement conçu pour une personne âgée, partager son logement avec un jeune ou intégrer une résidence avec une vie collective, rester dans sa commune ou déménager pour vivre à proximité de ses enfants...

Les frontières entre les dispositifs doivent être rendues plus souples : entre le logement-foyer et le logement indépendant, entre le logement-foyer non médicalisé et l’Ehpad, il est nécessaire qu’il y ait une part de recouvrement des publics.

Enfin il ne faut pas attendre que la personne âgée exprime une demande : il faut aller au-devant d’elle, faire connaître les solutions qui existent et intervenir avant que l’inadaptation de ses conditions d’habitat ne contribue à dégrader son autonomie et ne vienne réduire sa capacité à opérer des choix.

Tout ceci renvoie à l’organisation globale d’une réponse articulant les interventions des acteurs du logement, de la santé, de la solidarité et, plus largement, de la vie sociale.

Nous avons rappelé, au chapitre premier, la complexité du cadre institutionnel. Il existe de multiples documents de programmation selon que l’on touche au champ du sanitaire, du médico-social, ou du logement. Il n’est évidemment pas possible de fusionner des documents qui engagent des responsabilités et des contributions financières différentes. Cependant, l’articulation doit être pensée et organisée au niveau de chaque territoire.

Au plan territorial, toutes les réponses doivent s’inscrire dans un même document de programmation

Le programme local de l’habitat (PLH), arrêté par l’établissement public de coopération intercommunale pour une durée de six ans, définit une politique de l’habitat répondant aux besoins de tous. Il comporte des objectifs de construction, en précisant la typologie et la répartition entre logements sociaux et privés. Il traite de l’amélioration de l’habitat, de la requalification des quartiers dégradés, du renouvellement urbain. Il doit prendre en compte les besoins spécifiques.

Curieusement, la définition législative du PLH⁵¹ ne cite pas explicitement les personnes âgées, alors qu'elle mentionne les étudiants. Elle évoque cependant les personnes « mal logées, défavorisées ou présentant des difficultés particulières » et, depuis 2005, la partie réglementaire du code de la construction et de l'habitation précise que le programme local de l'habitat comporte « les principaux axes d'une politique d'adaptation de l'habitat en faveur des personnes âgées et handicapées »⁵².

De nombreux PLH intègrent aujourd'hui un volet d'action spécifique à destination des personnes âgées. Il est particulièrement important que cette thématique soit présente dès le diagnostic qui préside à la définition des objectifs et du programme d'action, et qu'elle s'inscrive dans une logique globale : établissements (Ehpad, logements-foyers non médicalisés), adaptation de l'habitat existant (privé et public), prise en compte des besoins liés au vieillissement dans la construction neuve, accès des personnes âgées au logement social, rapprochement entre les acteurs de l'habitat et ceux du maintien en logement indépendant....

Un volet « personnes âgées » dans un programme local de l'habitat Le PLH de la Communauté urbaine de Strasbourg

Le programme d'actions du 4^e PLH de la CUS (2010-2015) comporte un volet « Développer l'offre de logements à destination des personnes âgées » qui a pour objectifs de :

Permettre que le parcours résidentiel des personnes âgées dépendantes demeure un choix, à l'image du reste de la population

- Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées en situation de perte d'autonomie, tout en veillant à ce que cela ne se traduise par de l'isolement (accessibilité au logement et aux services)
- Accompagner les bailleurs dans la connaissance et la gestion des personnes âgées dépendantes
- Accompagner l'augmentation de l'offre en institution et veiller à équilibrer l'offre par une territorialisation de proximité
- Développer les solutions alternatives et adapter l'offre à la diversité des profils des seniors.

Les moyens définis pour atteindre ces objectifs sont les suivants :

- Encourager l'adaptabilité de 10 % des logements en construction neuve et en réhabilitation
- Articuler l'adaptation et l'accessibilité des logements ainsi que leur accessibilité aux espaces publics et aux services
- Informer sur la palette des possibilités de financement de l'adaptation des logements et constituer un référentiel sur l'adaptation/ adaptabilité et des aides mobilisables
- Animer un réseau technique de bailleurs sociaux, en lien avec l'AREAL HLM, afin d'optimiser la gestion locative des locataires vieillissants, et de partager les connaissances et expériences innovantes
- Définir une programmation d'EHPAD dans la CUS et faire évoluer le concept vers des plates-formes de service intégrant les EHPAD
- Expérimenter de nouvelles formes d'hébergement des personnes âgées et diffuser les expériences innovantes auprès des acteurs publics et privés (ateliers, colloques, visites de terrain...)
- Faire connaître les dispositifs et aides existants en faveur de l'adaptation des logements, via le Point information habitat - logement
- Mettre en place une plate-forme de rencontre de l'offre et de la demande.

⁵¹ Article L.302-1 du code de la construction et de l'habitation

⁵² Article R.302-1-2

L'Etat doit apporter une impulsion

Si l'offre doit s'inscrire dans les territoires, l'Etat ne peut pour autant s'en désintéresser compte tenu de l'enjeu que représente le vieillissement de la population. Au fil de ce rapport, nous avons vu qu'il était concerné à travers :

- le financement, via l'Anah, de l'amélioration et de l'adaptation de l'habitat
- le financement, via une aide fiscale, de l'adaptation des logements sociaux
- la production de logements sociaux dédiés
- la production ou la réhabilitation de logements-foyers
- la tutelle de l'assurance-maladie
- les règles de financement qu'il fixe sur la prise en charge de la dépendance.

Tout en privilégiant l'initiative locale et l'implication des collectivités, il est souhaitable que la politique de l'habitat des personnes âgées fasse l'objet d'une impulsion et d'un suivi au niveau national.

Propositions du Haut Comité

➔ **Systématiser la prise en compte de l'ensemble des besoins liés au vieillissement dans les programmes locaux de l'habitat (PLH)**

Cette prise en compte doit être assurée dans tous les PLH, qu'ils concernent des territoires ruraux, semi-urbains ou urbains.

➔ **Créer une équipe nationale d'appui à l'élaboration et au suivi des politiques territoriales du vieillissement**

Cette équipe pourrait être mise en place à l'initiative de l'Etat en y associant les principaux réseaux concernés par l'habitat des personnes âgées. Elle aurait pour mission de favoriser les échanges, de diffuser de l'information, en particulier sur les expérimentations et innovations, de faire remonter les difficultés rencontrées et d'apporter des conseils méthodologiques dans l'élaboration des volets personnes âgées des PLH et dans les schémas gérontologiques.

Conclusion

Pour une part, les besoins d'habitat des personnes âgées demandent que des décisions soient prises pour organiser la solidarité envers ceux qui sont confrontés à la dépendance, et particulièrement lorsque celle-ci se cumule avec la pauvreté et l'isolement. Le chantier du « 5^e risque » - ou en tout cas de la réforme du financement de la dépendance à l'épreuve des évolutions démographiques – reste devant nous. Le Haut Comité plaide pour qu'il prenne en compte toutes les dépenses induites par la dépendance, faute de quoi nous perpétuerons une prise en charge à deux vitesses, qui laisse les plus fragiles au bord du chemin.

Pour l'essentiel cependant, la réponse aux besoins d'habitat des personnes âgées fait appel à des moyens relativement modestes, surtout lorsqu'on les prend en compte en amont, dans la conception même des nouveaux logements, qu'il s'agisse de logements indépendants ou de logements-foyers, qu'ils soient produits par des bailleurs sociaux ou des opérateurs privés. Elle renvoie surtout à une conception de la ville conforme à sa vocation, qui est de permettre à tous les citoyens de se loger, de fréquenter commerces et services, de se rencontrer, de partager une vie culturelle, de se mélanger entre générations et entre classes sociales, de faire société !

Tout cela est à l'évidence à notre portée, mais ce n'est pas non plus acquis d'avance. La qualité de la ville et de la vie de tous a pourtant tout à gagner à ce que soient pris en compte les besoins des plus fragiles, qu'ils soient les plus dépendants, les plus pauvres, les plus seuls, ou tout cela à la fois.

Récapitulatif des propositions du rapport

Adapter l'habitat privé

→ **Instituer un programme spécifique de l'ANAH pour l'amélioration et l'adaptation de l'habitat des personnes âgées.**

Il s'agirait de réserver des aides pour les personnes âgées disposant de ressources insuffisantes pour faire face aux besoins de travaux d'adaptation et d'amélioration ainsi que pour l'ingénierie nécessaire (actions de conseil et d'assistance). L'effort budgétaire nécessité par ce programme doit être mesuré au regard des économies générées par le maintien de l'autonomie des personnes.

→ **Ouvrir l'accès, dans le cadre des travaux de maintien en logement indépendant, à un prêt dont le remboursement serait gagé sur la valeur du bien.**

Ce prêt serait consenti à des conditions de coût identiques à celles dont bénéficient les autres emprunteurs. Il ne devrait pas faire l'objet de taxe hypothécaire.

→ **Promouvoir les « guichets uniques » de l'adaptation du logement au maintien en logement indépendant.**

Adapter le logement social à une clientèle nouvelle

→ **Développer la classification du parc social en fonction de son adaptation et de celle de son environnement au handicap et au vieillissement**

Cette classification doit être portée à la connaissance du demandeur afin de guider ses choix lors de l'établissement de sa demande.

Elle doit être portée à la connaissance des réservataires et de la commission d'attribution lors de l'attribution du logement.

→ **Attribuer prioritairement les logements adaptés à des personnes handicapées ou âgées.**

Les personnes handicapées sont désignées par le code de la construction et de l'habitation comme prioritaires dans l'attribution des logements locatifs sociaux. Cette priorité doit être appliquée avec une conception large de la notion de handicap.

→ **Inclure dans les conventions d'utilité sociale des objectifs d'adaptation des logements au vieillissement.**

Il s'agit d'inciter tous les organismes à une démarche systématique de diagnostic des besoins de leurs locataires âgés. Une telle démarche pourrait déboucher sur des conseils, des travaux d'adaptation et le cas échéant sur des offres de relogement dans un logement et un environnement mieux adapté.

→ **Engager un plan de formation des personnels des bailleurs sociaux**

Il s'agit de développer des formations permettant au personnel en contact avec les locataires de mieux connaître le vieillissement et les pathologies qui l'accompagnent, d'être en mesure de percevoir la perte d'autonomie, de détecter les situations relevant de soins ou d'aide et de connaître les possibilités de prise en charge.

→ **Etablir un bilan des aides fiscales mobilisées par les bailleurs sociaux au titre de l'adaptation des logements.**

Suite à ce bilan, des précisions pourraient, si nécessaire, être apportées par une instruction fiscale.

Promouvoir la construction d'un habitat adapté au vieillissement

→ Créer un programme national d'incitation à la construction de logements pour personnes âgées en centre-bourg

Ces logements pourraient être des logements sociaux et des logements privés. Ils seraient destinés à des personnes issues des villages ou du bourg et cherchant à rejoindre un environnement plus favorable au vieillissement. Ce programme pourrait s'appuyer sur une animation nationale, avec un apport d'informations et d'expériences. Il pourrait donner lieu à un label.

→ Développer des petites opérations de logements sociaux pour personnes âgées

Un grand nombre de bailleurs sociaux sont d'ores et déjà engagés dans de telles opérations. Il s'agit de leur donner une place accrue dans le développement de l'offre pour mieux répondre à l'évolution de la demande Hlm.

Faire du logement partagé une option possible

Proposition du Haut Comité

→ Encourager le développement de services de médiation dans le cadre des dispositifs de logement partagé qui concernent les personnes âgées.

Qu'il s'agisse de sous-location, de location d'une chambre ou de colocation, que la formule soit intergénérationnelle ou entre seniors, son développement nécessite une médiation dont le coût peut difficilement être supporté par les personnes âgées utilisatrices.

Financer la dépendance des personnes accueillies en Ehpad

→ Affecter au même tarif tout ce qui n'est ni soins, ni logement

Pour que la solvabilisation des personnes âgées soit assurée, il faut qu'à chacun des trois tarifs de l'Ehpad corresponde un outil de solvabilisation adapté :

- ce qui est lié aux soins relève de la couverture par l'assurance maladie ;
- ce qui est lié au logement relève des aides au logement ;
- toutes les autres dépenses obligatoires facturées au résident doivent être rassemblées dans un même tarif, relevant de l'aide à la dépendance.

→ Regrouper en une seule aide à la dépendance APA, ASH et aide fiscale.

Le barème de l'aide doit prendre en compte les revenus et le patrimoine des bénéficiaires.

→ Prendre en compte la capacité réelle de la personne à assumer une partie des dépenses.

Toute personne en établissement doit disposer d'un reste-à-vivre lui permettant de faire face, dans la dignité, aux dépenses de la vie courante non comprises dans la redevance.

→ Repenser la répartition entre solidarité collective et solidarité familiale dans un souci de justice et de prise en compte des évolutions sociétales.

Le Haut Comité a pris connaissance avec intérêt de l'avis rendu par le Haut conseil à la famille (HCF)⁵³.

Concernant l'obligation alimentaire, il partage l'idée de l'encadrer fortement. Concernant la récupération sur succession, le Haut Comité souhaite que l'option retenue preserve la possibilité pour les personnes les plus modestes de transmettre au moins une partie de leur patrimoine.

⁵³ Avis sur la place des familles dans la prise en charge de la dépendance des personnes âgées – 16 juin 2011

Prendre en charge le coût logement des Ehpad

→ Engager une évaluation de la réalité des équivalents loyers et charges pratiqués, et la solvabilisation par les aides personnelles.

Il s'agit de s'assurer que le barème des aides personnelles est bien adapté à la prise en charge des coûts logement de l'Ehpad.

→ Ouvrir l'accès des Ehpad aux financements PLUS et PLAI.

Il s'agit d'assurer aux résidents des Ehpad une égalité de traitement par rapport aux autres personnes logées en logement social.

→ Conforter les aides de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie à l'investissement.

Il s'agit de permettre aux nouvelles opérations de bénéficier d'un niveau d'aide équivalent à celui accordé au cours des dernières années.

→ Ouvrir un droit à dérogation aux normes sous l'autorité conjointe de l'agence régionale de la santé et du Conseil général.

Le pétitionnaire devrait justifier que son projet prend en compte l'objectif des normes auxquelles il déroge.

Développer une offre de logements-foyers non médicalisés

→ Dans les territoires, planifier une augmentation du nombre de places en logements-foyers non médicalisés

Il s'agit de fixer des objectifs de réhabilitation et de construction dans les PLH et les schémas gérontologiques.

→ Au niveau national, mobiliser des aides à la pierre pour la construction et la réhabilitation des logements-foyers

Il s'agit notamment d'ouvrir la construction des logements-foyers aux financements PLUS et PLAI, et de rétablir une aide d'Etat en faveur de la réhabilitation.

Une aide de la CNSA pourrait également être ouverte, en complément de celles des caisses de retraite.

→ Mettre en place un forfait autonomie

Il s'agit de mettre les établissements en capacité de prévenir la perte d'autonomie de leurs résidents.

→ Relever la limite du GMP applicable aux établissements non médicalisés

Il ne doit pas y avoir de rupture entre le public susceptible d'être accueilli en Ehpad et celui qui peut accéder aux logements-foyers non médicalisés.

→ Appliquer la limite de GMP avec souplesse

En aucun cas, l'application de cette limite ne doit contraindre une personne à quitter un établissement qui s'estime en capacité d'assurer son maintien.

Promouvoir une réponse d'ensemble dans chaque bassin d'habitat

➔ **Systématiser la prise en compte de l'ensemble des besoins liés au vieillissement dans les programmes locaux de l'habitat (PLH)**

Cette prise en compte doit être assurée dans tous les PLH, qu'ils concernent des territoires ruraux, semi-urbains ou urbains.

➔ **Créer une équipe nationale d'appui à l'élaboration et au suivi des politiques territoriales du vieillissement**

Cette équipe pourrait être mise en place à l'initiative de l'Etat en y associant les principaux réseaux concernés par l'habitat des personnes âgées. Elle aurait pour mission de favoriser les échanges, de diffuser de l'information, en particulier sur les expérimentations et innovations, de faire remonter les difficultés rencontrées et d'apporter des conseils méthodologiques dans l'élaboration des volets personnes âgées des PLH et dans les schémas gérontologiques.

Annexes

La composition

du Haut comité pour le logement des personnes défavorisées

le Président :

Xavier EMMANUELLI fondateur du SAMU social de Paris, ancien ministre

les membres :

Dominique BALMARY	président délégué de l'UNIOPSS, conseiller d'Etat honoraire
Paul BOUCHET	conseiller d'Etat honoraire, ancien président d'ATD Quart Monde
Bernard DEVERT	président-fondateur de l'association Habitat et Humanisme
Patrick DOUTRELIGNE	délégué général de la Fondation Abbé Pierre
Claude FIORI	membre de la Mission de France, membre du Secours Populaire Français
Gildas de KERHALIC	notaire, ancien président de l'UNPI (union nationale de la propriété immobilière)
Françoise HOSTALIER	députée du Nord, conseillère régionale du Nord- Pas de Calais, présidente de Action Droit de l'homme, ancienne ministre
Marie Françoise LEGRAND	membre du conseil d'administration de l'association Emmaüs, vice-présidente de Paris Habitat
Paul Louis MARTY	ancien délégué général de l'Union sociale pour l'habitat (Union HLM)
Stéphanie PARIGI	directrice générale du GIP SAMU social de Paris
Frédéric PASCAL	membre du Conseil économique, social et environnemental, ancien président de la SCIC
Philippe PELLETIER	avocat, ancien président de l'ANAH
Jack RALITE	ancien ministre, ancien sénateur-maire d'Aubervilliers

le secrétaire général :

Bernard LACHARME

Remerciements

Le Haut Comité remercie pour l'éclairage qu'ils lui ont apporté :

- Pierre JAMET, ancien directeur général des services du département du Rhône, conseiller-maître à la Cour des comptes
- Daniel CAGNARD, Mutualité sociale agricole de la Somme
- Jean-Christophe BILLOU, Fédération nationale des MARPA, Martine LHERMITTE (MARPA les Blés d'or Matigny), Agnès LEVIEILLE (MARPA des Acacias Rosières)
- Daniel ZIELINSKI, délégué général de l'UNCCAS
- Serge GUERIN, sociologue, Fédération nationale des entreprises sociales de l'habitat
- Muriel BOULMIER, directeur général de CILIOPEE, auteur de deux rapports sur le logement des personnes âgées
- Catherine WINTGENS, chef du bureau des politiques sociale du logement à la Direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages, et Cécile CARDOT
- Rémi GERARD, directeur général de la Fédération nationale des PACT, et Eric MALEVERGNE
- Pierre HELLIER, président de la Fédération Habitat et Développement, et Jeanne FOURNIER
- Annick BONNY, chef du bureau des services et des établissements à la Direction générale de la cohésion sociale, et Anne MAURAGE-BOUSQUET
- Marie Odile LEPARMENTIER, présidente des Foyers d'Assise, Françoise TORTILLIER, et Nicolas GUILLLOT
- Magali MUNOZ, La Pierre angulaire
- Juliette FURET, Union sociale pour l'habitat
- Didier GELOT, Secrétaire général de l'Observatoire nationale de la pauvreté et de l'exclusion sociale
- Isabelle ROUGIER, directrice de l'Agence nationale de l'habitat (ANAH)
- Laurence CHEVRIOT, inspecteur de l'ARS Picardie, stagiaire au Haut Comité
- Olga ALITA, stagiaire au Haut Comité



**« L'habitat peut accroître la dépendance et l'isolement ou,
au contraire, en être le premier facteur de prévention »**

