



Promotion 2004-2006
« Simone VEIL »

Direction des études

Séminaire relatif au « Logement »

Groupe n° 14 :
Le logement des personnes âgées

(Neuf élèves)

Juillet 2005

Exemplaire personnel de : M

LETTRE DE MISSION :

- 14 - LE LOGEMENT DES PERSONNES AGEES

Alors qu'en Amérique du Nord les classes sociales les plus favorisées développent des stratégies de ségrégation générationnelle, en créant des villes réservées aux personnes de plus de 55 ans (Sun City, Arizona), l'Europe affirme son attachement à la mixité sociale et intergénérationnelle. Dans cette perspective, la définition des meilleures solutions d'habitat pour les personnes âgées et de leur intégration urbaine est un enjeu important de la question du logement aujourd'hui.

Officiellement, depuis les années 60, les politiques françaises en matière d'habitat des personnes âgées donnent la priorité au *maintien à domicile*. Cette solution répond d'ailleurs au désir des principaux intéressés qui affirment, à 95 %, ne pas vouloir finir leurs jours dans une maison de retraite. Ils préfèrent rester dans leur quartier, près de leur famille, en contact avec la société. Dans les faits, ces politiques ont néanmoins conduit au développement de nombreuses institutions spécifiques, publiques ou privées, souvent coupées du milieu urbain, et dont une part importante peine à s'adapter à l'évolution contemporaine des besoins.

Cependant, la longévité s'accompagnant d'une amélioration globale de la santé des personnes âgées, l'augmentation de leur nombre n'induit pas une croissance linéaire des problèmes de logement. Le passage à la retraite est souvent une charnière du parcours résidentiel des ménages qui, ensuite, restent chez eux sauf si une perte d'autonomie les contraint à un autre choix. La question d'une action particulière (prise en charge ou logement spécifique) ne se pose donc qu'avec l'apparition d'une *dépendance* (physique, psychique ou sociale), notion relative qui varie en fonction de l'état de santé et du contexte urbain et relationnel. Il faudra donc veiller à clarifier les notions d'*incapacité*, de *handicap* et de *dépendance* pour ensuite analyser les différents aspects des modalités du maintien des personnes âgées dans leur milieu urbain et social : financier (allocation dépendance, financement des réseaux d'aide et des équipements...), sociaux (réseaux de services d'aide au maintien à domicile), logistiques (soutien aux personnes et aux familles : centres de ressources, centres de jour, hospitalisation à domicile), urbains (adaptation des espaces, mixité générationnelle), immobiliers (adaptation des logements d'origine, construction de logements adaptés, édification d'institutions spécialisées...). Sur certains plans, la France est en bonne position par rapport à ses voisins européens. Dans d'autres, elle dispose d'expériences innovantes mais marginales tardant à s'élargir aux pratiques courantes. Du coup, les situations locales sont très diverses et souvent très éloignées de la volonté affichée, au plan national, d'une politique cohérente, et l'on constate de très fortes inégalités, tant sociales que géographiques.

Votre mission consistera à dresser, dans ces différents domaines, un panorama des conditions actuelles de logement des personnes âgées, de leurs choix et parcours résidentiels. Il faudra aussi analyser l'éventuel impact territorial de leurs trajectoires résidentielles, repérer les inégalités géographiques et sociales et évaluer les conséquences prévisibles des évolutions démographiques sur les besoins. Vous examinerez ces questions à travers le cas concret de quelques

agglomérations françaises, en étudiant, en particulier, les modalités de mise en œuvre de leurs politiques urbaines et de l'habitat.

Cette étude devra intégrer un volet comparatif des situations, des choix politiques et des solutions (financières et immobilières) développées par d'autres pays ou régions européens reconnus pour leur action en ces domaines. Elle devra porter une interrogation sur les modalités les plus pertinentes permettant de favoriser la mixité intergénérationnelle et aboutir à des propositions portant sur le développement de politiques cohérentes et sur l'optimisation des aides publiques : mode de financement, solvabilisation des personnes, modalités d'utilisation du patrimoine existant, modalités de développement des hébergements spécifiques. L'étude devra intégrer un bilan des réalisations expérimentales, françaises et européennes, pour que puissent être évaluées les possibilités de diffusion des innovations les plus intéressantes. Elle devra enfin réfléchir à la pertinence de la répartition des responsabilités actuelles entre les différents acteurs (collectivités locales, Etat, secteur hospitalier, milieu associatif, secteur privé professionnel, secteur privé diffus), et à leur éventuelle évolution.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
1 LES PERSONNES AGEES ONT UNE INFLUENCE CROISSANTE SUR LE PARC DE LOGEMENTS.....	5
1.1 LE COMPORTEMENT DES PERSONNES AGEES FACE AU LOGEMENT CONNAIT DE PROFONDES EVOLUTIONS	5
1.1.1 <i>Une population croissante et vieillissante</i>	5
1.1.2 <i>Une amélioration substantielle des conditions de vie et de logement.....</i>	7
1.1.3 <i>Des inégalités persistantes face au logement.....</i>	8
1.2 LA PREFERENCE POUR LE DOMICILE STRUCTURE LE PARCOURS RESIDENTIEL DES PERSONNES AGEES	9
1.2.1 <i>Une faible mobilité résidentielle</i>	9
1.2.2 <i>La dépendance, une rupture dans le parcours résidentiel.....</i>	9
1.3 LES CHOIX RESIDENTIELS DES PERSONNES AGEES ONT UN IMPACT SUR LE PARC DE LOGEMENTS	10
1.3.1 <i>Des tentatives de création d'un marché immobilier spécifique.....</i>	10
1.3.2 <i>Une influence significative tant sur l'offre et la demande de logements que sur les territoires.....</i>	11
2 LES POLITIQUES MENEES DANS LE DOMAINE DU LOGEMENT DES PERSONNES AGEES APPARAISSENT CLOISONNEES.....	14
2.1 LES POLITIQUES PUBLIQUES DOIVENT GARANTIR AUX PERSONNES AGEES LA LIBERTE DE CHOISIR LEUR LIEU DE VIE	14
2.1.1 <i>Une offre globale, du domicile à l'établissement.....</i>	14
2.1.2 <i>La nécessaire solvabilisation des personnes âgées.....</i>	14
2.2 LA POLITIQUE DE MAINTIEN A DOMICILE SUPPOSE DES MOYENS D'INTERVENTION VARIES. 15	15
2.2.1 <i>Une multiplicité de services à domicile.....</i>	15
2.2.2 <i>Des aides techniques et des aides à l'aménagement de l'habitat existant.....</i>	16
2.2.3 <i>Des logements neufs accessibles et adaptables.....</i>	19
2.2.4 <i>L'intégration sociale et urbaine des personnes âgées</i>	19
2.2.5 <i>L'aide aux aidants.....</i>	20
2.3 L'OFFRE COMPLEMENTAIRE DE STRUCTURES COLLECTIVES DOIT S'ADAPTER A L'ACCUEIL D'UN PUBLIC DE PLUS EN PLUS DEPENDANT.....	21
2.3.1 <i>Des structures variées en pleine évolution.....</i>	21
2.3.2 <i>La difficile adaptation des établissements à la montée de la dépendance.....</i>	22
2.4 LES DISPOSITIFS PUBLICS DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES SONT COMPLEXES ET INSUFFISAMMENT COORDONNES.....	25
2.4.1 <i>Le logement des personnes âgées au croisement de plusieurs politiques publiques</i>	25
2.4.2 <i>Un manque de coordination et de pilotage</i>	27
2.4.3 <i>Des réponses partielles au cloisonnement des politiques</i>	28

3	LES POLITIQUES QUI INTERVIENNENT DANS LE CHAMP DU LOGEMENT DES PERSONNES AGEES DEVRONT PRENDRE EN COMPTE LE VIEILLISSEMENT A VENIR	30
3.1	L'ACCENTUATION DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION AURA DES REPERCUSSIONS MAJEURES EN MATIERE DE LOGEMENT	30
3.1.1	<i>Un choc démographique important.....</i>	30
3.1.2	<i>Une évolution du profil des futurs retraités</i>	31
3.2	LES POUVOIRS PUBLICS DEVRONT FAIRE FACE A DES RISQUES ACCRUS	32
3.2.1	<i>Des risques de spécialisation territoriale</i>	32
3.2.2	<i>Un risque de sous-équipement et d'aggravation des inégalités.....</i>	33
4	PROPOSITIONS.....	36
4.1	ANTICIPER LES BESOINS ET INNOVER.....	36
4.1.1	<i>Mieux prévoir les conséquences du vieillissement.....</i>	36
4.1.2	<i>Identifier et diffuser les innovations.....</i>	37
4.2	PROMOUVOIR L'INTEGRATION DES PERSONNES AGEES DANS LEUR ENVIRONNEMENT SOCIAL ET URBAIN	38
4.2.1	<i>Intégrer la problématique du vieillissement dans les politiques du logement et de l'habitat</i>	38
4.2.2	<i>Intégrer la problématique du logement dans la politique du vieillissement et de la dépendance.....</i>	40
4.2.3	<i>Favoriser la mixité générationnelle</i>	41
4.3	PERMETTRE AUX PERSONNES AGEES DE RESTER CHEZ ELLES AUSSI LONGTEMPS QU'ELLES LE SOUHAITENT	41
4.3.1	<i>Adapter les logements des personnes âgées.....</i>	41
4.3.2	<i>Développer et professionnaliser l'offre de services.....</i>	43
4.3.3	<i>Aider les aidants.....</i>	43
4.3.4	<i>Solvabiliser les personnes âgées</i>	44
4.4	DEVELOPPER UNE OFFRE ADAPTEE DE LOGEMENT EN ETABLISSEMENT	46
4.4.1	<i>Définir une stratégie pour les logements-foyers</i>	46
4.4.2	<i>Financer la modernisation de places en maison de retraite.....</i>	47
4.4.3	<i>Faire des maisons de retraite un véritable habitat</i>	48
4.5	ACCROITRE LA COORDINATION ENTRE LES ACTEURS AU NIVEAU LOCAL	49
4.5.1	<i>Améliorer le pilotage interministériel au niveau déconcentré.....</i>	49
4.5.2	<i>Améliorer la coordination à l'échelle de l'agglomération</i>	49
4.6	FINANCER CES MESURES.....	50
	CONCLUSION	52
	ANNEXES.....	52
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	70
	LISTE DES SIGLES UTILISES	80
	REFERENCES JURIDIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES	82

INTRODUCTION

Il n'existe pas de définition unique de la personne « âgée ». L'amélioration de l'état de santé de la population au cours du XX^e siècle s'est traduite par le recul de l'âge de la vieillesse. Les études statistiques conservent néanmoins l'âge de 60 ans comme repère. C'est en effet un âge charnière, puisqu'il correspond à l'âge minimum de la retraite fixé par le code de la sécurité sociale. Dans le cadre de cette étude, le vocable « personne âgée » désignera donc une personne âgée de plus de 60 ans.

Il apparaît cependant indispensable de tenir compte de la diversité que recouvre ce terme générique. En fonction de la fragilité liée à l'âge, il est possible de distinguer les jeunes retraités (60 à 75 ans), parfois appelés « seniors », les personnes de 75 à 85 ans dont l'autonomie commence progressivement à décroître, et enfin les personnes de plus de 85 ans, souvent confrontées aux difficultés liées à la dépendance.

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

Le rapport de Pierre Laroque, qui constitue aujourd'hui encore le fondement de la politique française de la vieillesse, plaidait dès 1962 pour une meilleure intégration des personnes âgées au sein de leur environnement social et urbain. Les politiques publiques ont néanmoins connu de profondes évolutions face à l'allongement de l'espérance de vie et à l'accroissement du nombre de personnes âgées dépendantes. Le rythme des réformes s'est accéléré depuis une dizaine d'années : les pouvoirs publics ont d'abord créé la prestation spécifique dépendance (1997), puis l'allocation personnalisée à l'autonomie (2002). Ils ont par ailleurs réformé successivement les retraites en août 1993 puis en juillet 2003. La canicule d'août 2003 a permis de prendre conscience de l'isolement et de la fragilité d'un grand nombre de nos concitoyens âgés. Cette crise a conduit les pouvoirs publics à adopter un certain nombre de mesures, notamment dans le cadre du plan Vieillesse et solidarité et de la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Le plan Bleu, mis en place au moment des fortes chaleurs du mois de juillet 2005, impose quant à lui de nouvelles obligations aux établissements qui accueillent des personnes âgées.

Au sein de ces nouvelles orientations en faveur des personnes âgées, la politique menée dans le domaine du logement, partiellement décentralisée depuis la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, n'a pas encore trouvé sa place. La priorité est aujourd'hui la réalisation des objectifs du plan de Cohésion sociale, à travers la construction de logements sociaux et la réhabilitation du parc existant. En effet, ces objectifs prennent insuffisamment en compte les questions du vieillissement et de la dépendance, alors que les politiques urbaines de ces dernières années restent mobilisées sur les thématiques de la mixité sociale et du renouvellement urbain.

La politique du logement devrait pourtant constituer une dimension importante des politiques menées en direction des personnes âgées, dans la mesure où les cloisonnements qui existent entre les différents acteurs nuisent à la bonne articulation de leurs interventions. Ainsi, les spécialistes de la question du logement des personnes âgées sont-ils rares et les études ayant une vision d'ensemble peu nombreuses. Il est vrai que le caractère très hétérogène de cette population rend illusoire l'élaboration d'une politique unique et spécifique. L'objectif de ce rapport est tout autre. Il s'agit d'abord d'établir un diagnostic global du comportement des personnes âgées face au logement (1), pour procéder ensuite à l'analyse des politiques publiques mises en œuvre dans ce domaine (2). L'étude prospective (3) qui prolonge cette analyse permet de mettre en lumière l'évolution des besoins telle qu'elle se profile aujourd'hui. Elle précède l'exposé de propositions (4). Les solutions avancées s'inspirent en partie des réalisations innovantes mises en place dans des pays confrontés au même défi. Elles ont notamment pour ambition de permettre le rapprochement entre la politique du logement et les politiques en faveur des personnes âgées. C'est la raison pour laquelle elles se veulent à la fois volontaristes et respectueuses du libre choix de leur lieu de vie.

Ces propositions constituent l'aboutissement d'une étude menée au niveau territorial. La liste des interlocuteurs rencontrés, près de 150, témoigne de la diversité des acteurs qui interviennent dans ce domaine : services de l'Etat, élus, professionnels de l'habitat et du secteur médico-social, bailleurs sociaux, gestionnaires de maisons de retraite, responsables de services à domicile, représentants d'associations... Nous avons même eu la chance de connaître une expérience irremplaçable : partager la vie de résidents d'une maison de retraite durant une journée entière. Les quatre départements choisis (Ille-et-Vilaine, Bas-Rhin, Rhône et Var) reflètent des situations contrastées. Les agglomérations rennaise et lyonnaise sont connues pour leur dynamisme en matière de politique de l'habitat. Le département du Bas-Rhin se distingue traditionnellement par une politique sociale généreuse. Le département du Var, enfin, marqué par le vieillissement prononcé de sa population, constitue un cadre d'analyse pertinent pour mesurer l'impact des évolutions démographiques sur la politique du logement.

Face au défi que représente la question du logement dans le contexte démographique actuel, les principaux pays étudiés offrent un panorama des difficultés et des réussites dans ce domaine. Alors que le Danemark privilégie nettement la politique de maintien à domicile, les orientations des politiques menées en Allemagne, aux Pays-Bas et en Belgique sont plus proches des objectifs français. Les moyens consacrés apparaissent néanmoins très inégaux selon les pays. Ils sont significatifs du degré de priorité accordé à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées. Le Danemark et les Pays-Bas consacrent en effet deux fois plus de ressources que l'Allemagne ou la Belgique, et trois fois plus que la France. Ce retard par rapport à nos voisins est révélateur du manque de volontarisme dont témoignent les politiques publiques françaises.

1 LES PERSONNES AGEES ONT UNE INFLUENCE CROISSANTE SUR LE PARC DE LOGEMENTS

La part des personnes âgées dans la population française est en augmentation constante depuis le début des années 1980. Ce phénomène s'est accompagné d'une amélioration de leurs conditions de vie et de logement. Les personnes âgées ont des comportements disparates face au logement, mais expriment toutes la même volonté de rester à domicile. C'est pourquoi cette population ne relève pas d'un marché de logements spécifiques et participe au fonctionnement de l'ensemble du parc.

1.1 Le comportement des personnes âgées face au logement connaît de profondes évolutions

Les personnes âgées constituent un ensemble fortement hétérogène, dont la part au sein de la population ne cesse d'augmenter, en particulier pour les âges les plus élevés. Leurs conditions de vie et de logement se sont nettement améliorées, même si de fortes inégalités persistent.

1.1.1 Une population croissante et vieillissante

Il y a aujourd'hui près de 13 millions de Français de plus de 60 ans, soit plus d'un sur cinq, alors qu'ils n'étaient que 10 millions il y a vingt ans. La part des personnes âgées dans la population place la France légèrement en dessous de la moyenne européenne. Elle y est plus faible dans les pays du nord (Irlande, Pays-Bas, Danemark) et de l'est (Pologne, République tchèque, Slovaquie) et plus importante en Allemagne et dans les pays du sud (Italie, Grèce) de l'Union européenne (UE).

L'accroissement du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans constitue un enjeu majeur pour les politiques publiques. C'est en général autour de cet âge que débute la perte d'autonomie, c'est-à-dire la difficulté accrue à choisir librement son mode de vie. Les personnes âgées commencent alors à avoir besoin d'une aide, à laquelle la solidarité familiale ne parvient pas toujours à répondre. Alors que la part des 60-74 ans s'est stabilisée depuis vingt ans, les personnes de plus de 75 ans sont aujourd'hui un tiers de plus, soit 5 millions, et le nombre des plus de 85 ans a doublé, pour atteindre 1,3 million de personnes.

L'allongement spectaculaire de l'espérance de vie explique cette évolution. Grâce aux progrès de l'hygiène et de la médecine, elle s'est en effet accrue d'un trimestre par an depuis deux siècles. La France connaît cependant un vieillissement différencié selon les régions (cf. annexe n° 4). Si les personnes âgées constituent un cinquième de la population française, elles en représentent un septième en Ile-de-France, contre près d'un tiers dans le Limousin. Les plus de 75 ans sont principalement concentrés dans les régions rurales du centre de la France, le Languedoc-Roussillon et le département des Alpes-Maritimes. Les migrations passées, en particulier l'exode rural des jeunes actifs, expliquent en partie ces différences. Les départements dotés de métropoles régionales sont de ce fait généralement plus jeunes que leurs voisins.

Les territoires que nous avons choisi d'étudier reflètent ces contrastes. Le Bas-Rhin et le Rhône restent jeunes en raison de l'attractivité des agglomérations strasbourgeoise et lyonnaise, avec 18 à 19 % de plus de 60 ans et 6 à 7% de plus de 75 ans. Le niveau de vieillissement en Ile-et-Vilaine, département à dominante rurale en dehors de l'agglomération rennaise, avoisine la moyenne nationale. Le département du Var est quant à lui directement

confronté au phénomène du vieillissement en raison de l'afflux de nombreuses personnes âgées à la recherche d'une meilleure qualité de vie (26% de sa population a plus de 60 ans et près de 10% a plus de 75 ans).

L'augmentation générale de la durée de vie s'est accompagnée d'une amélioration de l'état de santé des personnes âgées. On vit désormais plus longtemps sans incapacité. De ce fait, le nombre de personnes très âgées s'est fortement accru, ce qui entraîne une augmentation considérable des cas de démences séniles telle que la maladie d'Alzheimer.

Selon la classification de Wood (1978), qui sert de référence internationale en matière de handicap, la *déficience* se définit comme l'altération d'une fonction physique, mentale ou sensorielle. Elle se matérialise par la perte partielle ou totale de la capacité à accomplir les gestes de la vie quotidienne (se tenir debout, se laver, monter les escaliers, s'habiller, mémoriser, ...). On parle alors d'*incapacité*. Cette dernière devient un *handicap* lorsque l'environnement matériel et social de la personne n'est pas adapté, rendant ainsi impossible l'accomplissement des rôles sociaux habituels. Dès que l'aide d'un tiers devient nécessaire pour pallier ce handicap, la personne devient *dépendante*.

Le droit français distingue la notion de handicap, qui s'applique aux personnes de moins de 60 ans, et celle de dépendance, qui concerne les seules personnes âgées de plus de 60 ans. La loi du 24 janvier 1997 instituant la prestation spécifique dépendance (PSD) a consacré la notion de dépendance qu'elle définit comme « l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière ». Cette séparation juridique des publics conduit à une prise en charge différenciée, ce qui n'est pas le cas dans d'autres pays européens, notamment en Allemagne, en Belgique, au Luxembourg et en Suède.

On observe cependant une tendance au rapprochement de ces deux populations. Le code de la construction et de l'habitation (article R. 441-4) reconnaît par exemple aux personnes âgées « dont l'état le justifie » une priorité pour l'attribution d'un logement social adapté au handicap en l'absence de candidat handicapé. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées constitue un pas supplémentaire. Elle prévoit la suppression d'ici 2010 de cette distinction juridique pour les seules personnes handicapées vieillissantes. Les personnes âgées dépendantes ne devraient pas pouvoir bénéficier du droit à compensation du handicap reconnu par cette loi.

Plus de 850 000 personnes âgées bénéficient d'une prise en charge par les politiques publiques au titre de la dépendance, ce qui représente 7% de la population des plus de 60 ans. Parmi ces personnes, environ 330 000 souffrent de dépendance physique, 220 000 connaissent uniquement des troubles d'orientation ou du comportement et 300 000 sont à la fois dépendantes physiquement et psychiquement. La prévalence de la dépendance augmente avec l'âge : les personnes âgées dépendantes, évaluées en GIR 1 à 4 (cf. encadré 1), ne constituent que 3% des moins 75 ans, 10% des 75-85 ans, et plus d'un quart des plus de 85 ans.

Encadré n° 1 : la grille AGGIR

De nombreux outils permettent de mesurer le niveau de dépendance d'une personne. Depuis 1997, c'est la grille AGGIR qui sert de référence pour attribuer les prestations liées à la dépendance. Elle est établie en fonction des activités qu'une personne âgée peut effectuer seule (toilette, habillage, alimentation, hygiène de l'élimination, déplacements...) et de la quantité d'aide dont elle a besoin. A partir des observations réalisées, la personne âgée est classée dans un groupe dit "iso-ressources" (GIR). Ces groupes, au nombre de six, sont classés par niveau de dépendance décroissant :

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

Seules les personnes classées en GIR 1 à 4 sont considérées comme dépendantes et sont prises en charge à ce titre par les politiques publiques.

1.1.2 Une amélioration substantielle des conditions de vie et de logement

Depuis les années 1960, le revenu moyen des personnes âgées a connu une progression sans précédent, grâce à la généralisation de la protection contre le risque vieillesse et à la forte revalorisation des pensions et du minimum vieillesse. Même si le passage de l'activité professionnelle à la retraite s'accompagne souvent d'une baisse du niveau de vie, les personnes âgées ont aujourd'hui un niveau de vie moyen équivalent à celui des actifs. Il est révélateur que le nombre de bénéficiaires de l'allocation supplémentaire de minimum vieillesse, qui vient compenser les revenus des retraités n'ayant pu suffisamment cotiser, ait diminué de manière continue. Au 1^{er} janvier 2004, 555 000 la percevaient, contre 2 550 000 en 1960.

Le meilleur pouvoir d'achat des personnes âgées leur permet en principe d'être plus actives sur le marché immobilier. Les contraintes d'accès à l'emprunt après 60 ans limitent cependant leur capacité à acquérir des biens immobiliers, dans la mesure où il est alors difficile de souscrire l'assurance décès invalidité imposée par les établissements de crédit.

Malgré cela, les personnes âgées sont massivement propriétaires. Les trois quarts d'entre elles le sont, alors que ce n'est le cas que de trois ménages sur cinq dans l'ensemble de la population. Il s'agit d'une spécificité française, les ménages âgés des autres pays de l'UE étant propriétaires dans les mêmes proportions que le reste de la population. De plus, le taux de propriétaires parmi les retraités varie fortement : la moitié des ménages âgés allemands et un tiers seulement des néerlandais sont propriétaires, contre neuf Grecs ou Irlandais âgés sur dix.

Les personnes âgées ont également bénéficié d'une amélioration globale du confort de leur lieu de vie. Elles se disent aujourd'hui plus satisfaites de leurs conditions de logement que l'ensemble de la population. Si les trois quarts d'entre elles vivent encore dans des logements construits avant 1974, elles ne sont d'après l'INSEE que 4% à occuper un logement dépourvu d'au moins un élément de confort (toilettes intérieures, douche ou baignoire), ce qui représente tout de même 300 000 logements. Dans le Bas-Rhin, 4 000 personnes de plus de 75 ans vivent sans WC intérieurs, essentiellement en zone rurale, tandis que près de 1 100 personnes n'ont ni baignoire, ni douche, ni WC intérieurs.

1.1.3 Des inégalités persistantes face au logement

Les personnes âgées connaissent des inégalités de revenus comparables à celles qui existent dans l'ensemble des ménages. Leur répartition par déciles de revenus est en effet proche de celle observée pour l'ensemble de la population. Il reste ainsi une proportion non négligeable de personnes âgées vivant en dessous du seuil de pauvreté.

La part des personnes âgées propriétaires tend à croître avec les revenus, comme pour les ménages plus jeunes. Cependant, la propension à la propriété des personnes âgées n'est pas uniquement liée au niveau de revenu. Elle dépend également de leur localisation géographique. Un quart des personnes âgées vit en zone rurale où elles sont massivement propriétaires quel que soit leur niveau de revenu. Le taux de propriétaires parmi les anciens agriculteurs (85%) est par exemple identique à celui des cadres retraités, alors même que leurs revenus sont en moyenne bien plus faibles, dépassant de peu le minimum vieillesse. A l'inverse, les ménages âgés vivant dans les villes de plus de 200 000 habitants ne sont que six sur dix à être propriétaires.

Un quart des personnes âgées n'est pas propriétaire de sa résidence principale : 22% sont locataires (12% dans le parc social, 9% en secteur libre et 1% dans des logements régis par la loi de 1948) et 4% sont logés gratuitement ou sous un autre statut. Plus des deux tiers des retraités locataires sont d'anciens ouvriers ou employés, ce qui explique que la moitié d'entre eux habite dans un logement social. Actuellement, un quart des 3,8 millions de logements HLM (habitations à loyer modéré) est occupé par des personnes de plus de 60 ans et un dixième par des plus de 75 ans.

Encadré n° 2 : la loi du 1^{er} septembre 1948

Instaurée pour faire face à la pénurie de logements au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, la loi du 1^{er} septembre 1948, relative aux rapports des bailleurs et locataires, visait à assurer un droit au maintien dans les lieux et à limiter la flambée des loyers. Elle s'applique principalement aux logements construits avant 1949 en région parisienne et dans les communes de plus de 4 000 habitants, et permet de fixer chaque année par décret la progression des loyers. La qualité et le confort très variables de ces logements sont compensés par des loyers modestes, qui en font un parc social de fait. En dépit de la volonté du législateur d'en restreindre le nombre, on en compte encore 246 000 en 2002, soit un 1% du parc total de logements. Selon l'INSEE, les ménages âgés en occupent 85 000, soit plus du tiers.

A ces chiffres, il convient d'ajouter les 500 000 personnes âgées qui vivent en institution (hors logement-foyer). Parmi elles, les catégories socioprofessionnelles les plus modestes (anciens ouvriers, employés et agriculteurs) sont sur-représentées, tout comme les personnes n'ayant pas exercé d'activité professionnelle. A l'inverse, les anciens cadres supérieurs ne représentent que 3% des résidents, contre 10% des personnes âgées vivant à domicile.

Les personnes âgées propriétaires de leur résidence principale sont en grande majorité non accédantes (seule une sur vingt est accédante, contre un Français sur cinq). Ainsi leur taux d'effort net pour le logement (coût du logement par rapport à l'ensemble des revenus) est peu élevé (12%). Au contraire, les locataires âgés, dont les revenus sont pourtant en moyenne inférieurs, supportent un taux d'effort nettement plus élevé (environ 20% dans le parc social et 25% dans le parc privé). En outre, les ménages retraités propriétaires disposent en moyenne, selon l'INSEE, de 12 m² de plus que les locataires âgés. L'allongement de l'espérance de vie prolonge ces inégalités liées au statut d'occupation, d'autant plus que les personnes âgées, peu mobiles, déménagent rarement et ne diminuent donc pas leur dépense de logement.

1.2 La préférence pour le domicile structure le parcours résidentiel des personnes âgées

1.2.1 Une faible mobilité résidentielle

D'une manière générale, plus une personne est âgée, moins il est probable qu'elle change de domicile. Entre 1999 et 2004, seul un Français de plus de 60 ans sur sept et un de plus de 75 ans sur quatorze ont déménagé, contre un sur trois dans la population totale. Près des trois quarts des retraités ne quitteront plus leur domicile jusqu'à la fin de leur vie, si ce n'est pour entrer en maison de retraite. Nous avons retrouvé cette faible mobilité dans les territoires que nous avons étudiés. Ainsi, dans l'agglomération rennaise, moins de 12% des personnes âgées ont changé de domicile depuis cinq ans, contre 42% de l'ensemble des habitants.

En effet, les ménages retraités ne veulent ou ne peuvent pas toujours adapter la taille de leur habitation au départ de leurs enfants ou au décès de leur conjoint. Il en résulte un phénomène de sous-occupation, qui tend à s'accroître avec l'âge. Les personnes âgées disposent ainsi en moyenne de 15 m² de plus que l'ensemble des ménages. La moitié des ménages retraités dispose d'au moins quatre pièces, alors que ce n'est le cas que de trois ménages sur dix dans l'ensemble de la population. En outre, les personnes âgées vivent plus fréquemment en maison individuelle (67%) que l'ensemble de la population (57%).

Plusieurs facteurs expliquent cette faible mobilité. Elle est tout d'abord liée au taux élevé de personnes âgées propriétaires, puisque la propriété est un frein à la mobilité résidentielle. De plus, les retraités souhaitent rester dans leur quartier et conserver les relations sociales nouées autour de leur lieu de vie. Ils souhaitent enfin demeurer dans le logement qu'ils occupent parfois depuis plusieurs décennies.

Contrairement à l'idée couramment avancée, le passage à la retraite ne constitue pas une véritable charnière du parcours résidentiel des personnes âgées. Si on constate un léger pic de la mobilité entre 59 et 60 ans, celui-ci s'explique par la recherche d'un meilleur cadre de vie pour les seuls retraités qui en ont les moyens. Le parcours résidentiel de 60 à 75 ans résulte encore souvent du choix de seniors autonomes, qui ne sont plus contraints par la localisation de leur emploi. Lorsqu'ils déménagent, la moitié d'entre eux achète leur nouveau logement, sans avoir besoin en général de s'endetter, tandis que l'autre moitié reste dans le parc locatif.

Plus que le passage de l'activité à la retraite ou le niveau de revenu, ce sont l'isolement, le veuvage ou la dépendance qui expliquent les changements dans le parcours résidentiel des personnes âgées. La première rupture subie par les ménages âgés est liée au décès du conjoint, qui se produit majoritairement entre 75 et 85 ans. Les deux tiers des déménagements après 75 ans concernent ainsi des ménages d'une seule personne. Il s'agit le plus souvent de femmes, qui représentent par exemple plus de 80% des ménages âgés isolés dans l'agglomération rennaise. Leurs revenus diminuant subitement, ces veuves sont parfois contraintes à réduire leurs dépenses. Les déménagements au cours de cette période se font soit pour entrer en institution, soit pour se rapprocher de sa famille, afin de rompre l'isolement.

1.2.2 La dépendance, une rupture dans le parcours résidentiel

Autour de 85 ans, la dépendance constitue un véritable changement du rapport des personnes âgées au logement. Vers cet âge, une action publique devient nécessaire pour leur permettre de rester chez elles. Les personnes âgées qui déménagent s'orientent alors presque

exclusivement vers des structures d'accueil collectif. Les femmes représentent les trois quarts des pensionnaires de ces établissements, en raison de leur plus grande espérance de vie.

Les maisons de retraite souffrent cependant d'une image négative. Il ressort de nos entretiens que les personnes âgées craignent d'y perdre en qualité de vie, mais également d'y être maltraitées. Ainsi, selon un sondage réalisé en 2005 par la Sofres pour la Fédération hospitalière de France (FHF), neuf retraités sur dix déclarent vouloir rester le plus longtemps possible à domicile. Les personnes âgées en milieu rural semblent moins réticentes à entrer en établissement, du fait d'un sentiment plus répandu d'isolement et d'insécurité.

Cette volonté massivement affichée de rester chez soi, qui s'ajoute à l'amélioration globale de l'état de santé des personnes âgées et de leurs conditions de logement, se traduit par une augmentation régulière de l'âge moyen d'entrée en structure collective, passé de 65 ans en 1970 à 84 ans aujourd'hui. L'entrée en maison de retraite survient ainsi lorsque les moyens physiques, psychiques, financiers ou familiaux ne permettent plus le maintien à domicile. C'est la raison pour laquelle les trois quarts des personnes qui résident en maison de retraite sont fortement dépendants.

1.3 Les choix résidentiels des personnes âgées ont un impact sur le parc de logements

Si les personnes âgées ne constituent pas un marché spécifique, leur faible mobilité résidentielle contribue à rigidifier le marché du logement. Leur comportement en matière d'habitat influence notablement les marchés immobiliers locaux et les territoires.

1.3.1 Des tentatives de création d'un marché immobilier spécifique

Les tentatives de développer un marché immobilier spécifique aux personnes âgées ont jusqu'à présent échoué en France car elles ne répondaient pas aux attentes du public visé. En effet, les jeunes retraités anticipent rarement les conséquences de leur vieillissement et ne recherchent donc pas des logements adaptés à leurs besoins futurs. Selon une étude réalisée par la Sofres pour Nexity, ils sont réticents à l'idée de vivre dans ce qu'ils considèrent comme des « ghettos pour vieux » et à côtoyer des personnes âgées dépendantes qui ont souvent l'âge de leurs parents. Même lorsque les personnes âgées deviennent dépendantes, elles n'ont pas toujours les ressources suffisantes pour adapter leur logement. Ce sont donc avant tout les maisons de retraite médicalisées qui accueillent ce type de public.

Des promoteurs privés se sont néanmoins lancés, sans soutien public, dans la construction et la commercialisation de produits immobiliers destinés aux personnes âgées. La Cogedim, pionnière en ce domaine, a créé les résidences-services "Hespérides", constituées d'appartements individuels adaptés agrémentés de services d'hôtellerie et d'animation. La vente de ces logements haut de gamme à leurs premiers occupants a été un succès. Toutefois, la copropriété devant gérer elle-même l'offre de services, les charges ont atteint plusieurs centaines d'euros par mois, se révélant prohibitives tant pour les propriétaires âgés que pour leurs héritiers et dévalorisant leurs biens difficiles à revendre.

D'autres acteurs privés ont alors tenté de développer un concept de village réservé aux personnes âgées, en construisant des maisons individuelles dans des périmètres sécurisés et dotés de services. Ces projets trouvent leur inspiration aux Etats-Unis, où de véritables villes sont réservées aux seniors, en particulier en Floride ou dans l'Arizona. Sun City, qui compte 31 000 retraités aisés, est l'exemple le plus emblématique de ce regroupement de privilégiés. En

France, les « Villas Vermeil » s'adressent par exemple à des investisseurs locatifs qui recherchent un mécanisme de défiscalisation dans le cadre de la loi Besson. Toutefois, l'incorporation du coût des services dans les loyers a conduit à un dépassement des plafonds fixés par la loi. A Albi, seules 20 des 99 maisons de ce type ont trouvé preneur en un an. Tirant les conséquences de cet échec, les promoteurs ont lancé d'autres projets tels que « Les SéniORAles », avec comme objectif de développer un marché reposant sur l'accession à la propriété.

La société Maisons France Confort a essayé quant à elle de développer, à partir du parc existant, une offre de maisons individuelles destinées à être mises en location. Ces « maisons seniors » s'adressent également à des investisseurs qui cherchent à défiscaliser une partie de leurs revenus. Leurs propriétaires les louent pendant une quinzaine d'années, période idéale de défiscalisation, avant de les récupérer pour les occuper eux-mêmes au moment de leur retraite. Cependant, les constructeurs de maisons individuelles, spécialisés dans l'accession à la propriété, peinent à réorganiser leur stratégie commerciale pour vendre ces produits dans le cadre d'un investissement locatif.

En France comme ailleurs en Europe, ces différents projets, qui s'adressent à des personnes âgées autonomes, se sont heurtés à l'inadaptation des logements et des services face à la montée de la dépendance de leurs occupants. D'où l'idée, testée actuellement à Vouneuil-sous-Biard (Vienne), de construire des groupes de logements à proximité d'établissements spécialisés, afin que leurs occupants aient accès à leur restaurant et à des services médicaux en cas de besoin.

1.3.2 Une influence significative tant sur l'offre et la demande de logements que sur les territoires

Au-delà du souhait exprimé par la majeure partie des personnes âgées de rester chez elles, leurs attitudes face au logement diffèrent. Il est néanmoins possible de dégager des comportements qui ont une influence sur les marchés immobiliers et sur l'aménagement du territoire. En effet, les ménages retraités – ceux dont la personne de référence est retraitée – représentent un ménage sur trois en France. Cette proportion importante s'explique par le fait que de nombreux ménages âgés sont constitués d'une seule personne. Un ménage étant défini comme l'ensemble des personnes partageant la même résidence principale, cela signifie que les retraités occupent un tiers des résidences principales. Avec 7,7 millions de logements, ils constituent une part significative du parc total.

Les personnes âgées contribuent aussi largement à l'offre locative. En effet, un ménage retraité sur cinq possède à la fois sa résidence principale et au moins un autre logement. Elles louent ainsi 1,3 million de logements, soit près du quart du marché locatif privé. Cependant, du fait de l'accumulation du patrimoine au cours de la vie, ce sont davantage les bailleurs qui deviennent retraités que les retraités qui deviennent bailleurs. Les personnes âgées sont donc peu réactives aux incitations fiscales à l'investissement locatif.

Bien que leur taux de mobilité soit trois fois plus faible que la moyenne, la faible proportion de retraités qui déménagent a, du fait de l'effet nombre, un impact significatif sur l'offre et la demande de logements. Selon l'Institut d'urbanisme de Paris (IUP), elles sont tout de même à l'origine de 200 000 déménagements par an. Les personnes âgées qui ne déménagent pas restent souvent dans des logements plus spacieux que la moyenne, dans lesquels elles ont vu grandir leurs enfants. Or la construction est insuffisante pour répondre à la demande de grands logements, moins rentables en termes d'investissement locatif. C'est donc sur ce segment du

marché que l'impact des personnes âgées est le plus fort. A Rennes par exemple, 60% des logements de plus de 100 m² sont occupés par des personnes de plus de 60 ans.

La sous-occupation par des ménages âgés affecte particulièrement le parc social, alors que les logements spacieux y sont aussi en nombre insuffisant. La moitié des personnes âgées louant en HLM sous-occupe son logement (elles disposent d'au moins une pièce en trop au sens de l'INSEE). Les bailleurs sociaux que nous avons rencontrés souhaiteraient les faire déménager vers des logements plus petits afin d'optimiser la gestion de leur parc. Cependant, aux réticences de ce public à quitter son domicile s'ajoutent les entraves liées à la réglementation applicable aux bailleurs sociaux. En cas de déménagement au sein du parc HLM, le locataire est en effet contraint de se présenter à nouveau devant la commission d'attribution, sans disposer d'un droit de priorité, sauf pour des logements adaptés. De plus, les personnes âgées, souvent entrées de longue date dans le parc social, payent des loyers relativement faibles pour de grands appartements. Un déménagement vers un logement plus petit mais plus récent peut donc engendrer une hausse du loyer que la personne âgée refusera.

Certains bailleurs sociaux ont mis en place des incitations financières à la mobilité (prise en charge des frais de déménagement, d'état des lieux, de rénovation...), mais les résultats restent limités. Instauré par la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, le conventionnement global, qui lie l'Etat et des organismes d'HLM, pourrait permettre de lever un des obstacles à cette mobilité. Les gestionnaires du parc social ont en effet la possibilité de moduler le niveau de certains loyers en fonction des services offerts, à condition de respecter le plafond global des loyers. Enfin, certains bailleurs sociaux évoquent une éventuelle remise en cause générale du droit à rester dans les lieux. Cependant, l'atteinte à ce principe fondateur du logement social s'avérerait très délicate et n'est donc évoquée qu'avec d'extrêmes précautions.

Enfin, les stratégies migratoires des personnes âgées affectent la structure par âge et les marchés immobiliers locaux de certains territoires. Elles ont un impact tant sur leur région de destination, où elles accroissent la demande de logements, que dans leur région d'origine, où elles en libèrent. Un phénomène de vases communicants en résulte sur les marchés immobiliers locaux. Leurs acquisitions, ajoutées à celles des ménages étrangers à fort pouvoir d'achat, ont tendance à tirer les prix vers le haut. Elles provoquent un effet d'enrichissement pour les ménages locaux vendant leur propriété et un effet d'éviction pour les primo-accédants. Ce phénomène est particulièrement visible dans le Var, département marqué par un afflux de personnes âgées.

La migration de retraite est essentiellement le fait de jeunes retraités, propriétaires de leur résidence principale souvent périurbaine et qui possèdent une résidence secondaire dans laquelle ils décident de s'installer à titre principal. Elle concerne particulièrement les retraités d'Ile-de-France, qui sont trois fois plus mobiles que l'ensemble des personnes âgées et constituent près de la moitié de celles qui ont changé de résidence entre 1990 et 1999. Selon l'Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région Ile-de-France (IAURIF), près de 250 000 retraités franciliens y ont libéré 150 000 logements au cours de cette période, soit l'équivalent de quatre ans de constructions dans la région. Ces retraités franciliens privilégient la région Centre, lieu de villégiature dominicale, Provence-Alpes-Côtes-d'Azur (PACA), région de villégiature estivale, et la Bretagne, ancienne région de forte émigration. Les retraités issus des autres régions de France choisissent prioritairement l'Ile-de-France (43 000 retraités y ont emménagé), la région PACA et le Languedoc-Roussillon.

Les comportements résidentiels des plus de 60 ans traduisent également une préférence pour les villes. Selon un sondage réalisé en 2003, les retraités sont 5% de plus que la moyenne à vouloir vivre en centre-ville. Les trois quarts des personnes âgées vivent aujourd'hui en milieu urbain et cette proportion a tendance à augmenter. Les communes rurales et

périurbaines perdent en effet 38 000 ménages âgés par an en moyenne, tandis que les agglomérations de moins de 200 000 habitants en gagnent 60 000. Dans le même temps, la population âgée reste stable dans les grandes villes, à l'exception de Paris où elle baisse. Les grandes villes constituent le principal pôle d'attraction des personnes très âgées. A Rennes par exemple, plus l'âge est avancé, plus on a tendance à vivre en centre-ville. Ainsi, les Rennais de plus de 80 ans sont moitié plus nombreux à résider en centre-ville qu'en périphérie, cette dernière accueillant davantage de personnes âgées de 60 à 75 ans.

Le retour au centre-ville à mesure de l'avancée en âge s'explique par l'isolement ressenti en zone rurale et par la recherche d'une plus grande proximité avec les services de santé et les commerces. Selon une étude de la communauté urbaine du Grand Lyon, les trois critères les plus couramment avancés par les personnes âgées pour le choix de leur quartier sont la présence de commerces de proximité (66%), la sécurité (50%) et la présence d'équipements médicaux et de santé (32%).

A l'échelle de l'immeuble, l'amélioration de l'accessibilité des copropriétés et leur sécurisation deviennent des problématiques essentielles. Certains retraités sont demandeurs de logements neufs, qui sont en général plus accessibles, plus sûrs, plus adaptés et plus faciles à entretenir. Des gestionnaires tel que Foncia ont perçu le caractère prometteur de ce marché et commercialisent des immeubles qui y répondent. L'adaptation des immeubles peut rencontrer de nombreux obstacles notamment lorsqu'ils sont situés en secteur sauvegardé, comme dans le centre-ville de Rennes, où leur aménagement est soumis à des règles strictes.

Au total, ces mouvements de retraités ont un impact sur les marchés immobiliers urbains et périurbains. Lorsqu'ils déménagent, ils choisissent de préférence des appartements de petite et de moyenne taille en centre-ville dans des immeubles collectifs. L'occupation de ces pied-à-terre en centre-ville peut n'être qu'occasionnelle, lorsqu'ils sont conçus comme un complément de la maison de campagne devenue résidence principale. Parallèlement, les seniors contribuent à accroître l'offre de maisons individuelles situées en milieu périurbain. Par exemple, selon la base BIEN (base d'informations économiques notariales) des notaires d'Ile-de-France, plus d'un tiers des ventes effectuées par les retraités de cette région portent sur des maisons individuelles.

2 LES POLITIQUES MENEES DANS LE DOMAINE DU LOGEMENT DES PERSONNES AGEES APPARAISSENT CLOISONNEES

2.1 Les politiques publiques doivent garantir aux personnes âgées la liberté de choisir leur lieu de vie

2.1.1 Une offre globale, du domicile à l'établissement

Les pouvoirs publics ont affiché une exigence constante depuis les années 1960 : permettre aux personnes âgées de choisir librement leur lieu de vie. L'objectif est de préserver l'autonomie des personnes vieillissantes malgré l'apparition de la dépendance. Il s'agit de permettre à la vaste majorité des personnes âgées de rester chez elles tant qu'elles le désirent tout en veillant au développement d'une offre d'hébergement en établissement suffisamment importante pour celles qui ne peuvent ou ne veulent plus vivre à leur domicile.

Le plan Vieillesse et solidarité, annoncé le 6 novembre 2003 à la suite de la canicule de l'été précédent, illustre cette volonté de ne pas procéder à un choix exclusif entre le maintien à domicile et les maisons de retraite. Les objectifs de création de places qui y sont prévus concernent à la fois les services d'aides à domicile et les établissements. De même, le programme local de l'habitat (PLH) de l'agglomération Toulon Provence Méditerranée prend en compte, dans le cadre de son plan d'actions, la nécessité d'une programmation cohérente entre le maintien à domicile et l'offre en structure collective.

De nombreux pays européens, notamment la Belgique et l'Allemagne, ont choisi la même voie. En revanche, certains pays du nord de l'Europe ont fait le choix d'une politique exclusivement centrée sur le maintien à domicile. Le Danemark, par exemple, a renoncé à soutenir la construction de maisons de retraite depuis 1987, même si une inflexion de cette politique semble s'amorcer depuis quelques années. Avec la diminution du nombre de places disponibles en établissement, la part des Danois de plus de 75 ans qui vivent en structures d'accueil collectif a chuté en vingt ans de 16% à 6%.

Cette politique originale repose sur le développement massif d'habitats adaptés aux besoins des personnes âgées et de services pour faciliter leur maintien à domicile. Les pouvoirs publics danois sont parvenus à ce résultat en dégageant des moyens financiers considérables et en imposant deux obligations. D'une part, tous les logements construits doivent être facilement accessibles aux personnes âgées et handicapées : outre des accès aménagés, l'ensemble des immeubles doit par exemple prévoir des systèmes d'ouverture des portes par boucles à induction semblables à ceux utilisés pour les péages autoroutiers. D'autre part, les communes ont l'obligation d'aménager le logement de toute personne âgée connaissant des difficultés ou de lui proposer à proximité un logement de taille comparable et adapté à ses besoins.

2.1.2 La nécessaire solvabilisation des personnes âgées

Permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de choisir librement leur lieu de vie suppose de leur donner les moyens financiers de le faire. L'assurance-maladie finance les soins, y compris à domicile, et l'aide sociale permet d'aider les plus pauvres à couvrir les frais d'hébergement en maison de retraite. Toutefois, il manquait en France jusqu'à récemment une prise en charge publique du coût de la dépendance.

L'Allemagne apparaît comme un pays précurseur dans ce domaine. Dès 1994, la création d'une branche de sécurité sociale pour prendre en charge ce « cinquième risque » ouvre

le droit à une prestation (la *Pflegeversicherung*) financée par une cotisation sociale. En France, la loi du 24 janvier 1997 a institué une prestation spécifique dépendance (PSD). Cependant, celle-ci était attribuée sous conditions de ressources et pouvait faire l'objet d'un recours sur succession. De plus, elle ne couvrait que les personnes les plus dépendantes (classées en GIR 1 à 3) et son montant s'est révélé très inégal d'un département à l'autre.

Suivant les recommandations du rapport « Vieillir en France », la loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) a institué une nouvelle prestation. L'APA s'adresse à toutes les personnes âgées classées en GIR 1 à 4. Sur la base des conclusions d'une équipe médico-sociale qui rend visite à chaque demandeur, un plan d'aide personnalisé permet de prendre en charge les aides nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante. L'APA s'applique tant à domicile qu'en établissement et ne fait l'objet d'aucun recours sur succession. Surtout, il s'agit d'une prestation universelle qui est versée selon des conditions identiques sur l'ensemble du territoire, même si la participation financière des bénéficiaires varie en fonction des revenus.

Il ne s'agit donc plus d'une prestation qui s'insère dans une logique d'aide sociale départementale, mais d'un droit garanti pour tous qui facilite le libre choix du lieu de vie. Parmi les 865 000 personnes qui bénéficient de l'APA, 59% vivent à domicile et 41% en établissement.

2.2 La politique de maintien à domicile suppose des moyens d'intervention variés

Afin de respecter la volonté de la grande majorité des personnes âgées de continuer à vivre chez elles, les politiques publiques ont fait du maintien à domicile une priorité depuis quarante ans. Cet effort constant permet aujourd'hui à la majorité des personnes âgées de rester à domicile jusqu'à un âge très avancé. C'est le cas de 98% des personnes âgées de 60 à 75 ans, de 93% des personnes de 75 à 85 ans, de 80% de celles entre 85 et 90 ans et d'environ les deux tiers de celles au-delà de 90 ans. Une telle politique dépasse les simples questions d'habitat. Elle suppose non seulement de mettre en place une offre de services adaptés et de soulager l'entourage familial, mais également d'aménager le lieu de vie et de contribuer à une meilleure intégration des personnes dépendantes au sein de leur environnement urbain.

2.2.1 Une multiplicité de services à domicile

Plus d'un quart des personnes âgées qui vit à domicile, ce qui représente 3,2 millions de personnes, bénéficie d'une aide en raison d'un handicap ou d'un problème de santé. Le recours à l'aide augmente avec l'âge et le niveau de dépendance : il ne concerne qu'une personne âgée de 60 à 74 ans sur six, contre la moitié des plus de 75 ans. Parmi l'ensemble des personnes âgées aidées à domicile, la moitié l'est exclusivement par son entourage ou sa famille (aide informelle) et un tiers est aidé conjointement par des proches et des aidants professionnels.

Parmi les services de soutien à domicile, on distingue l'aide à domicile et les soins infirmiers. Les personnes âgées en perte d'autonomie cumulent fréquemment ces deux types d'aide.

Plus de 7 000 structures de services d'aide à domicile s'adressent à 1,4 million de bénéficiaires. L'offre de services provient en majorité d'associations privées le plus souvent à but non lucratif ou de structures gérées par les centres communaux d'action sociale (CCAS). Ces organisations proposent aux personnes âgées des services de portage de repas à domicile, d'aide ménagère ou d'auxiliaire de vie pour les aider dans leur vie quotidienne. Le plan d'aide à la

personne établi au titre de l'APA laisse le libre choix du prestataire, mais la participation à la charge du bénéficiaire est majorée de 10% lorsque celui-ci fait appel à un prestataire non agréé.

Seules les personnes classées en GIR 1 à 4 bénéficient de l'APA, versée par les conseils généraux. Les personnes en GIR 5 et 6 sont éligibles aux aides des caisses de retraite des régimes obligatoires et complémentaires. Le plan de Cohésion sociale prévoit un autre mode de solvabilisation à travers la création du chèque emploi service universel, qui permet de rémunérer les services à la personne qui sont agréés. L'aide sociale départementale peut également aider les personnes âgées aux revenus les plus modestes. Cependant, dans la mesure où celle-ci dépend de la générosité des politiques locales, la prise en charge fluctue selon les départements. En outre, la répartition de l'offre de services est inégale sur le territoire, puisque les zones rurales sont défavorisées. Pour y répondre, l'association de maintien à domicile en milieu rural (UNADMR) prépare un projet innovant en partenariat avec le Mouvement Pact Arim et la Fondation de France. Il s'agirait de regrouper les personnes âgées dépendantes qui le souhaitent au sein d'immeubles privatifs adaptés et situés à proximité des services.

Par ailleurs, les pathologies liées au grand âge peuvent nécessiter le recours à des services infirmiers. L'intervention d'aides-soignantes et d'infirmières à domicile permet d'éviter ou de retarder l'entrée en établissement des personnes âgées dépendantes. Financés par l'assurance maladie, ils sont assurés soit par des infirmiers libéraux, soit par des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Il y a aujourd'hui près de 2 000 SSIAD en France, offrant plus de 80 000 places. Le nombre de SSIAD reste cependant très variable sur le territoire national. Un décret du 25 juin 2004 a ouvert la voie à de nouvelles possibilités en matière de coordination et de prise en charge. Les SSIAD ont en effet la possibilité de devenir polyvalents en gérant directement des services d'aide à domicile.

Les services d'hospitalisation à domicile (HAD) offrent les mêmes soins médicaux qu'une hospitalisation traditionnelle. Ils permettent ainsi de prévenir un placement non désiré en établissement. Le développement de l'HAD reste faible (8 000 places aujourd'hui) et concentré sur l'Ile-de-France. L'ordonnance du 4 septembre 2003, qui oblige les SROS à intégrer les alternatives à l'hospitalisation, devrait permettre sa montée en charge. Un doublement du nombre de places est prévu d'ici fin 2007.

Les organismes qui interviennent à domicile éprouvent des difficultés pour répondre à une demande croissante. Associations et sociétés privées doivent en effet faire face à une pénurie de personnel. Le manque est évalué à 34 000 emplois par le Secrétariat d'Etat aux personnes âgées et à 250 000 par Pascal Champvert, président de l'association des directeurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées (ADEHPA). Cette pénurie conduit certains conseils généraux à récupérer d'une année sur l'autre une partie de l'APA qui n'a pu être dépensée. Ce problème touche de manière aiguë les SSIAD. Pour remédier à la faible attractivité du secteur, le plan de Cohésion sociale prévoit d'améliorer la rémunération et la formation des salariés du secteur médico-social par l'extension de l'accord de branche de 2002 aux acteurs de l'aide à domicile à but non lucratif. Néanmoins, ces dispositions risquent de renchérir le coût de ces services. En outre, la professionnalisation du secteur se heurte au manque de dispositifs d'évaluation et de contrôle, même si quelques associations se sont récemment engagées dans un processus de certification ISO 9002 pour faire face à la concurrence de sociétés privées en plein essor.

2.2.2 Des aides techniques et des aides à l'aménagement de l'habitat existant

Pour rester chez elles, les personnes âgées en perte d'autonomie ont besoin, outre de services, d'aides techniques et d'aménagements de leur lieu de vie.

Une personne âgée sur six (2,1 millions) bénéficie d'au moins une des aides techniques suivantes : aide à la mobilité, aide auditive, aide pour pallier les problèmes d'incontinence, téléalarme. Le recours à ce type d'aides augmente avec l'âge (12% des 60-74 ans en bénéficient, contre 43% des personnes de plus de 75 ans) et avec le niveau de dépendance (85% des personnes en GIR 1 à 4 y font appel, contre 18% seulement des personnes classées en GIR 6). Les plus répandues sont les aides à la mobilité. La possession d'une téléalarme reste quant à elle très minoritaire et s'observe essentiellement chez les plus de 80 ans.

Des travaux d'aménagement de l'habitat peuvent également s'avérer nécessaires, pour améliorer l'accessibilité du logement, sa qualité, ou pour l'adapter à la dépendance. 540 000 personnes âgées bénéficient d'aménagements de leur logement, qu'ils s'agissent de dispositifs de soutien tels que des rampes, des barres d'appui, ou des mains-courantes. Des aménagements dans les toilettes ou la salle de bain peuvent s'y ajouter. Dans le Bas-Rhin, une étude menée par les hôpitaux universitaires de Strasbourg montre que près de deux logements sur trois posent des problèmes d'accessibilité ou de circulation (marches, accès aux toilettes) aux personnes dépendantes. Seules 400 000 personnes âgées en France souhaiteraient disposer de tels aménagements, en raison des réticences à anticiper les effets du vieillissement et à engager des travaux.

Pour adapter leur logement, les personnes âgées propriétaires bénéficient des financements de l'Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (ANAH). L'intervention de cette dernière repose sur une subvention, « l'ANAH adaptation », qui porte sur les travaux d'adaptation du logement. Elle couvre un maximum de 70% des travaux dans la limite d'un plafond de 8 000 euros. Les travaux subventionnables concernent tout d'abord l'accessibilité de l'immeuble et des parties communes. De tels travaux requièrent l'accord préalable de la copropriété, mais la loi Urbanisme et habitat du 2 juillet 2003 a assoupli les règles de vote¹. Les travaux éligibles comprennent également les travaux d'adaptation du logement lui-même : suppression des marches, construction de rampes, mise en place d'un monte-personne, installation de mains courantes, modification de cloisons, aménagement et équipement des pièces d'eau. L'ensemble de ces travaux d'adaptation est également éligible à la prestation d'assistance à la maîtrise d'ouvrage, mise en place en 2005. Cette aide concerne le montage du dossier de demande, l'établissement du plan de financement et la programmation des travaux. Les propriétaires occupants peuvent enfin, sous condition de ressources, cumuler ces aides avec les aides classiques de l'ANAH pour les travaux d'amélioration du logement, lorsque celui-ci a plus de quinze ans.

L'aide de l'ANAH peut être complétée par d'autres financements. L'APA peut notamment prévoir un volet habitat et la CNAVTS (Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés) peut aussi verser des aides. En raison de délais de traitements importants, le recours à l'aide de l'ANAH n'est pas systématique, surtout lorsque les travaux revêtent un caractère d'urgence (retour à domicile après un séjour en hôpital par exemple). Lorsqu'il est nécessaire d'articuler différents financements, des organismes spécialisés peuvent assurer le montage des dossiers de demande d'aide financière et la réalisation des travaux, parfois avec l'aide d'ergothérapeutes. Les services du CCAS ou du centre local d'information et de coordination gérontologiques (CLIC) peuvent orienter la personne âgée vers l'association Pact

¹ Seule la majorité simple, c'est-à-dire celle des copropriétaires présents et représentés, est exigée pour les travaux d'accessibilité n'affectant pas la structure de l'immeuble, ainsi que pour ceux qui affectent les parties communes ou l'aspect extérieur mais sont réalisés par des copropriétaires à leur frais. En revanche, les travaux de transformation ou d'amélioration, telle que l'installation d'un ascenseur, nécessite la double majorité des copropriétaires (majorité absolue des copropriétaires et majorité des deux tiers des présents ou représentés).

Arim compétente dans le département ou vers l'association Habitat et développement en milieu rural.

Les locataires du parc privé, qui ne bénéficient ni des aides des propriétaires occupants, ni de l'action des organismes d'HLM, rencontrent davantage de difficultés pour financer les travaux d'amélioration ou d'adaptation du logement qu'ils occupent. Le code de la construction et de l'habitation (article R. 321-12-5) ne leur permet pas de bénéficier d'une aide de l'ANAH pour réaliser ces travaux sans l'accord du propriétaire. Afin de ne pas entraver la réalisation de travaux nécessaires au locataire, l'ANAH fait preuve de souplesse et admet que le propriétaire puisse désigner le locataire comme mandataire pour le dépôt du dossier et la perception des fonds. La loi de finances pour 2005 (article 91) permet par ailleurs aux locataires d'un logement privé de bénéficier, jusqu'à fin 2009, d'un crédit d'impôt de 25% sur l'impôt sur le revenu pour les travaux d'équipements spécialement conçus pour les personnes âgées, dans la limite d'un plafond de 5 000 euros (ou 10 000 euros pour un couple). Un taux réduit de TVA (taxe sur la valeur ajoutée) à 5,5% s'applique enfin aux travaux d'amélioration, de transformation ou d'aménagement de leur logement.

Les personnes âgées locataires d'un logement social suivent une procédure plus simple, dans la mesure où elles n'ont qu'à adresser une demande de travaux d'adaptation à leur organisme bailleur. Plusieurs modes de financement sont alors envisageables. Tout d'abord, la prime à l'amélioration des logements à usage locatif et à occupation sociale (PALULOS) est accordée aux bailleurs pour les travaux effectués dans des logements de plus de 15 ans, mais elle n'a cessé de diminuer ces dernières années. L'aide de l'Etat comprend une subvention au plus égale à 40% du coût prévisionnel des travaux subventionnables, avec un plafond de 13 000 euros (hors dérogation préfectorale). S'y ajoute une réduction à 5,5% de la TVA sur les travaux, ainsi que la possibilité de recourir à un prêt de la Caisse des dépôts et consignations pouvant s'étaler sur 20 ans.

Par ailleurs, les dépenses d'adaptation ou d'accessibilité sont déductibles de la taxe foncière sur les propriétés bâties (TFPB) pour les logements sociaux de plus de 15 ans. Les bailleurs sociaux ont de plus en plus recours à ce mécanisme prévu par la loi du 21 décembre 2001, visant à accorder une priorité dans l'attribution des logements sociaux adaptés aux personnes en situation de handicap. L'octroi d'un tel avantage fiscal est lié à l'obligation d'attribuer ces logements adaptés en priorité aux personnes en situation de handicap. En outre, des aides spécifiques peuvent être consenties par les collectivités territoriales, dans le cadre de conventions locales, ou par les caisses de retraite. Malgré toutes ces aides, une part du financement des travaux d'adaptation des logements du parc social peut rester à la charge des locataires.

L'adaptation du parc social fait rarement l'objet d'une stratégie globale de la part des bailleurs, qui disposent d'informations insuffisantes sur la composition de leur parc et peinent à définir une politique en faveur des personnes âgées. L'Union sociale pour l'habitat (USH, fédération d'associations régionales d'organismes d'HLM) les incite à prendre en compte cette problématique dans leur politique de travaux, d'attribution et de construction. Ces dernières années par exemple, l'association Archipel habitat en Ille-et-Vilaine s'est efforcée de mieux connaître les besoins de ses locataires âgés. De plus, des « plans locaux habitat service » ont été développés dans les années 1990 par les bailleurs sociaux et les élus locaux. Ils ont pour objet de définir, à l'échelle d'une ville ou d'un quartier, des objectifs d'adaptation du parc et d'aménagement pour les transports et équipements urbains. Ils permettent d'articuler une politique de l'habitat (type PLH) avec la politique patrimoniale des bailleurs.

Une fois les logements adaptés, leur recensement est indispensable pour les attribuer à des personnes handicapées ou dépendantes. Les initiatives qui contribuent à assurer la

traçabilité de ces logements restent exceptionnelles en dehors du parc social. L'agence d'urbanisme de Longwy est une des rares à avoir initié un partenariat avec le Conseil général de Moselle. Dans le Bas-Rhin, le Conseil général envisage de créer une bourse de logements adaptés, afin de mettre en relation les bailleurs possédant ce type de biens et les personnes âgées ou handicapées. Cependant, la loi du 11 février 2005 prévoit que les futures Maisons départementales du handicap devront recenser l'offre de logements accessibles.

2.2.3 Des logements neufs accessibles et adaptables

Une politique de maintien à domicile pérenne requiert également la construction en nombre suffisant de logements neufs accessibles et adaptables.

La loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 a établi pour la première fois le principe d'accessibilité des locaux d'habitation neufs. La loi du 13 juillet 1991 portant diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées réaffirme ce principe. La loi du 11 février 2005 modifie à nouveau l'article L. 111-7 du code de la construction et de l'habitation et prévoit que « les dispositions architecturales, les aménagements et équipements intérieurs et extérieurs des locaux d'habitation, qu'ils soient la propriété de personnes privées ou publiques (...) doivent être tels que ces locaux et installations soient accessibles à tous ». Seuls les propriétaires construisant ou améliorant un logement pour leur propre usage sont exonérés de cette obligation.

Le décret du 4 août 1980 précise tout d'abord que tous les immeubles neufs doivent être accessibles à tous depuis la voie publique. Tous les immeubles neufs de plus trois étages ont également l'obligation d'installer un ascenseur. Enfin, les logements situés au rez-de-chaussée ou en étage qui sont desservis par ascenseur doivent être accessibles aux personnes qui se déplacent en fauteuil roulant. Les logements accessibles doivent aussi être adaptables par de simples travaux.

En matière de construction de logements neufs, la France a donc choisi de rendre obligatoire leur accessibilité et leur adaptabilité, plutôt que de fixer des quotas de logements spécialement adaptés. Néanmoins, la législation française demeure moins contraignante que dans d'autres pays, notamment au Danemark. Depuis 1987, le code de la construction danois requiert que toutes les constructions neuves soient adaptables, afin de faciliter leur adaptation éventuelle. De plus, les plans de construction doivent obligatoirement prévoir un emplacement pour un ascenseur, ce qui n'est pas le cas en France. Selon une étude du Comité de liaison pour l'accessibilité des transports et du cadre bâti (Coliac), seuls 25% des logements neufs construits en France chaque année sont soumis à la réglementation sur l'accessibilité des immeubles et l'adaptabilité des logements.

D'ambition plus limitée, la réglementation française se révèle en outre mal appliquée. Une étude du Conseil économique et social réalisée en 2000 souligne que, parmi les logements neufs soumis à ces règles, seuls 40% les respectent. Cette insuffisance représente un problème majeur, compte tenu du vieillissement de la population. En effet, le maintien à domicile d'une personne dépendante au sein d'un habitat inaccessible est synonyme de confinement et renforce l'isolement social, mis en évidence lors de la canicule de l'été 2003.

2.2.4 L'intégration sociale et urbaine des personnes âgées

Permettre à une personne âgée de rester chez elle suppose de lutter contre le sentiment d'isolement. Dans la pratique, l'offre de services ne couvre généralement que les

besoins vitaux (repas, mobilité, toilette et soins infirmiers) et prend insuffisamment en compte d'autres besoins, tels que les loisirs ou les rencontres. Ainsi, la personne dépendante se retrouve coupée du monde extérieur, alors que le maintien des liens sociaux constitue un élément essentiel pour prévenir la perte d'autonomie.

La politique menée dans les pays scandinaves favorise une meilleure intégration de la personne dépendante au sein de son environnement social et urbain. Un projet pilote mis en place à Copenhague permet par exemple de financer des associations dont la mission consiste à réapprendre aux personnes les gestes de la vie quotidienne à l'extérieur de chez elles. A cet égard, la ville de Lyon a mis en place une formule innovante, le « chèque domicile-liberté », qui permet de régler une prestation d'accompagnement hors du domicile.

L'intégration sociale des personnes âgées suppose également que l'environnement urbain s'adapte à leurs besoins, qu'il s'agisse par exemple de transports ou d'organisation des espaces publics. Or les plans de déplacement urbains, les schémas de cohérence territoriale (SCOT) ou les plans locaux d'urbanisme (PLU) n'intègrent que peu cette problématique. De manière intéressante, le PLH Toulon Provence Méditerranée prévoit la construction et la réhabilitation de logements en centre-ville ou à proximité des services et transports collectifs afin de favoriser l'autonomie des personnes âgées. A l'échelon de la commune, des « Conseils des aînés » sont parfois mis en place. A Villeurbanne (Rhône), les membres du Conseil formulent des recommandations pour prendre en compte les besoins des personnes âgées. Le Danemark apparaît là encore en avance sur la France, dans la mesure où chaque commune est dotée d'un Conseil des seniors, qui doit obligatoirement être consulté en matière de transports ou d'urbanisme.

La lutte contre la ségrégation générationnelle constitue le deuxième volet de la politique d'intégration des personnes âgées à la vie de la cité. Il apparaît nécessaire de promouvoir la mixité et la solidarité entre les générations au-delà du cadre familial. Si près de 500 000 personnes âgées sont hébergées chez leurs enfants, 6 000 vivent aussi dans des familles d'accueil habilitées par le Conseil général et rémunérées par l'allocation de placement familial. A l'étranger, la formule du « co-housing » pratiquée au Danemark, au Royaume-Uni ou en Allemagne, constitue un moyen intéressant de lutte contre la ségrégation par l'âge. Les personnes de tous âges qui résident dans ces groupes d'habitations installés en centre-ville partagent des services et peuvent participer à des activités dans une salle commune de loisirs. Nous dressons en annexe un bilan des expériences pertinentes dans ce domaine et des modalités de leur mise en œuvre (cf. annexe n° 2).

2.2.5 L'aide aux aidants

La notion d'aidants familiaux est apparue en France avec l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID)². Elle a été consacrée par la loi du 11 février 2005, qui reconnaît la forte implication de l'entourage familial dans le maintien à domicile des personnes handicapées et dépendantes (plus de 8 personnes âgées aidées sur 10 bénéficient d'une aide de leurs proches).

Néanmoins, les dispositifs de soutien aux aidants demeurent peu développés, alors que la charge d'une personne dépendante peut s'avérer extrêmement lourde, notamment lorsque celle-ci est atteinte de la maladie d'Alzheimer. Il apparaît alors difficile de concilier vie professionnelle et présence auprès de la personne âgée. Cette difficulté conduit fréquemment la

² Enquête réalisée par l'INSEE de 1998 à 2001 et portant sur les conséquences des problèmes de santé dans la vie quotidienne.

famille à demander un placement en établissement. Un groupe mandaté par la Commission européenne réfléchit actuellement aux moyens qui pourraient être mis en œuvre pour soutenir et former l'entourage des personnes atteintes de démence sénile.

Le manque de structures d'accueil temporaire et de jour reste l'obstacle principal auquel est confronté l'entourage. Ces structures, régies par le décret du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées, permettent en effet d'offrir aux aidants des périodes de répit. Le développement de l'accueil temporaire et de jour rencontre deux difficultés principales. D'abord, les personnes hébergées supportent une charge financière importante, puisqu'elles continuent à assumer les charges liées à leur logement. En outre, le taux d'occupation très variable et la taille réduite de ces structures fragilisent leur équilibre financier, comme en témoignent les difficultés rencontrées par la Résidence des Châteliers, à Bruz (Ille-et-Vilaine).

2.3 L'offre complémentaire de structures collectives doit s'adapter à l'accueil d'un public de plus en plus dépendant

L'amélioration globale des conditions de santé, de logement et de prise en charge à domicile n'a pas permis de marginaliser l'entrée en maison de retraite, mais seulement d'en retarder l'âge. Ces structures accueillent donc un public de plus en plus dépendant.

2.3.1 Des structures variées en pleine évolution

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées peuvent être classés selon leur degré de médicalisation croissante. Trois catégories apparaissent. Les logements-foyers, peu ou pas médicalisés, sont des groupes de logements autonomes bénéficiant d'équipements ou de services collectifs facultatifs. Formule intermédiaire entre le maintien à domicile et l'hébergement en établissement, ils accueillent les personnes âgées les plus autonomes. Les maisons de retraite assurent quant à elles une prise en charge globale de la personne incluant essentiellement l'hébergement en chambre, les repas et les soins. Enfin, les unités de soins de longue durée (USLD) constituent les structures les plus médicalisées. Elles accueillent les personnes les plus dépendantes dans un cadre hospitalier. Les deux tiers des personnes âgées en établissement vivent dans une maison de retraite, près d'un quart en logement-foyer et le reste en USLD.

Types de structures	Nombre de structures	Nombre de personnes hébergées en 2003	Nombre moyen de places par établissement	Evolution des capacités d'accueil 1996 / 2003
Logements-foyers	3 023	152 900	51	- 2%
Maisons de retraite	6 534	431 000	63	+ 7%
<i>Dont :</i>				
<i>publiques</i>	2755	217 400	79	+ 3%
<i>privées à but non lucratif</i>	2112	127 000	60	+ 6%
<i>privées à but lucratif</i>	1667	86 600	52	+ 21%
Unités de soins de longue durée	1 099	77 000	76	- 3%
Total	10 656	660 900	62	+ 3,6%

Source : Drees, enquêtes EHPA

Le taux d'équipement global (nombre de lits pour 1 000 personnes de plus de 75 ans) est en diminution constante. En dépit de l'augmentation du nombre de structures collectives,

ce taux est passé de 166 pour 1000 en 1996 à 140 pour 1000 en 2003. Cette baisse s'explique essentiellement par la croissance encore plus forte du nombre de personnes très âgées.

Les personnes qui entrent aujourd'hui dans les structures collectives (hors logements-foyers) sont pour la plupart très âgées et fortement dépendantes. Selon l'enquête HID, seul 1% des personnes entre 60 et 64 ans y réside, contre 44% des plus de 95 ans. Les deux tiers des personnes classées en GIR 1 et la moitié de celles classées en GIR 2 vivent en établissement. Néanmoins, 200 000 résidents ont conservé leur autonomie ou présentent une dépendance faible (GIR 5 ou 6).

Le taux moyen d'occupation de ces établissements avoisine 95%. Ils sont cependant inégalement répartis sur le territoire (cf. annexe n° 5). Dans quelques départements, des programmes de construction trop ambitieux conduisent à une situation de sur-dotation, tandis que d'autres départements souffrent d'un déficit en matière d'équipement. Ainsi, le Bas-Rhin, l'Ille-et-Vilaine et le Rhône présentent des taux d'équipement supérieurs à la moyenne nationale, tandis que le Var dispose d'un taux nettement inférieur.

La diversité des constructeurs et des gestionnaires de ces établissements doit être soulignée. Les organismes d'HLM possèdent 80% des logements-foyers, dont les deux tiers sont gérés par des CCAS. Les autres établissements appartiennent au secteur public hospitalier ou municipal, au secteur privé à but non lucratif (associations ou mutuelles) ou au secteur commercial. Les conditions d'hébergement des personnes âgées dépendent fortement du statut de l'établissement. Dans les maisons de retraite publiques et associatives par exemple, un tiers des chambres individuelles a une surface inférieure à 16 m², contre 13% dans le secteur privé. En outre, seule la moitié des chambres du secteur public et associatif est équipée d'une douche.

Depuis une dizaine d'années, la quasi-totalité des places nouvellement créées provient du secteur privé, essentiellement du secteur privé à but lucratif. Ainsi, un lit de maison de retraite sur cinq relève désormais du secteur commercial, soit deux fois plus qu'il y a vingt ans. La concurrence pourrait permettre une amélioration des prestations de service, notamment en matière d'hôtellerie et de restauration. De grands groupes privés se sont constitués. Les plus importants, Orpea et Medidep, sont cotés en bourse. Ces deux groupes représentent à eux seuls 13 000 lits et 400 millions d'euros de chiffre d'affaires. La répartition entre secteurs public et privé varie néanmoins fortement d'un département à l'autre. La part d'établissements privés dans les départements du Var, du Bas-Rhin et du Rhône dépasse la moyenne nationale. Au contraire, la politique volontariste menée par le département d'Ille-et-Vilaine lui permet de disposer d'un nombre plus important d'établissements publics.

2.3.2 La difficile adaptation des établissements à la montée de la dépendance

Face au vieillissement, les établissements doivent repenser leur mode de fonctionnement. L'avenir des différents types de structures dépend de leur capacité d'adaptation.

➤ Les maisons de retraite en phase de rationalisation

Les maisons de retraite sont les structures qui accueillent le plus grand nombre de personnes âgées. Elles sont aujourd'hui confrontées à un double défi dans un contexte d'augmentation du niveau de dépendance de leurs résidents : leur modernisation dans le cadre de la réforme de la tarification et l'accroissement du nombre de places offertes.

Initiée par la loi du 24 janvier 1997, la réforme de la tarification des maisons de retraite a pour objectif d'améliorer la qualité de la prise en charge des résidents. Elle repose sur

la signature d'une convention tripartite entre l'établissement, l'Etat et le Conseil général, qui permet d'acquérir le statut d'« établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » (EHPAD). Cette convention doit prévoir un programme d'investissement pour l'adaptation et la médicalisation des locaux, ainsi que l'élaboration d'un projet de vie, en contrepartie de l'engagement des autorités de tarification (Conseil général et direction départementale des affaires sanitaires et sociales - DDASS) d'en financer le coût.

Une date butoir, fixée à fin 2005 puis repoussée au 31 décembre 2007, soumet le versement des crédits d'assurance-maladie, qui financent la médicalisation, à la signature d'une telle convention. Tous les établissements qui hébergent des personnes âgées dépendantes (GIR 1 à 4) sont concernés. Au-delà de cette date, faute de convention, ces établissements devront théoriquement réduire le niveau moyen de dépendance de leurs résidents ou restreindre leur capacité à moins de 25 lits.

La mise en œuvre de cette réforme et la modernisation des établissements se heurtent au manque de financements publics. Le seul coût de la mise aux normes est estimé par la CNAVTS entre 13 et 26 milliards d'euros, soit 30 000 à 50 000 euros par place (dont 1,2 milliard pour la seule mise aux normes de sécurité incendie). En l'absence de crédits d'Etat, ce sont les résidents qui doivent supporter ces coûts, à travers l'augmentation du prix de journée. A titre d'exemple, alors que l'Etat a prévu de consacrer 204 millions d'euros d'investissement pour "l'humanisation" et la mise aux normes des maisons de retraite dans le cadre des contrats de plan Etat-Régions 2000-2006, seul un peu plus du tiers de ce montant a été exécuté à la mi-2004. Les crédits d'assurance-maladie sont également insuffisants pour financer la médicalisation de l'ensemble des maisons de retraite. Ainsi, sept ans après l'instauration de ce dispositif, moins de la moitié des maisons de retraite a signé une convention.

L'ouverture d'un plus grand nombre de places, afin de répondre à une demande croissante, constitue pour les pouvoirs publics un second défi. Lorsqu'il s'agit de construire un EHPAD, que ce soit dans le public ou dans le privé, la procédure à suivre est la même. Le projet doit d'abord être soumis au Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS), composé notamment de représentants des services de l'Etat, des collectivités territoriales et des associations d'usagers. Si ce comité donne un avis positif, le préfet prend un arrêté de création, à condition que les crédits d'assurance-maladie puissent être débloqués. A défaut, il classe le projet, même si des moyens sont disponibles pour construire l'établissement.

En raison de l'insuffisance des crédits d'assurance-maladie, l'Etat se trouve dans l'obligation de freiner la politique volontariste menée par certains conseils généraux. Cette situation est parfois à l'origine de crises politiques, comme en Ile-et-Vilaine. Le schéma gérontologique 2001-2006 cosigné par le préfet et le président du Conseil général y prévoit la création de 1 200 lits. Or, depuis 2002, 258 créations de lits ont été refusées malgré l'avis favorable du CROSMS. Face à cette situation, le Conseil général a décidé de se substituer à l'assurance-maladie en créant un fonds spécial « crédits-relais » pour financer les dépenses liées au forfait soins, en dehors du cadre légal.

Cette situation risque d'accroître les inégalités territoriales de capacités d'accueil des personnes âgées dépendantes. Alors que certaines communes ou agglomérations manquent d'ambition dans ce domaine, d'autres sont très actives et cèdent par exemple des terrains ou des réserves foncières (6 millions d'euros en 2005 pour la communauté urbaine de Strasbourg).

➤ **Le défi de la modernisation des logements-foyers**

Nés de la loi-cadre sur l'urbanisme du 7 août 1957, les logements-foyers se sont surtout développés à partir des années 1970 pour offrir une alternative à des logements

inconfortables occupés par des personnes âgées modestes. Historiquement, leur création s'est faite à l'initiative de CCAS ou d'associations. Construits le plus souvent par des organismes d'HLM, leur construction, leur acquisition avec travaux et leur extension sont de ce fait éligibles au financement par des prêts aidés (cf. annexe n °7) : prêt locatif social (PLS) et prêt locatif à usage social (PLUS).

Ces logements autonomes (studios, deux-pièces, voire trois-pièces, tous équipés d'une salle d'eau et d'une kitchenette), qui représentent un quart des places disponibles en établissement, sont regroupés autour d'équipements et de services collectifs facultatifs (restauration, buanderie, salon, infirmerie). La loi Solidarité et renouvellement urbains (SRU) du 13 décembre 2000 les reconnaît comme résidence principale. Ils sont ainsi considérés comme des logements à part entière, ce qui les distingue des autres catégories d'établissements. Le concept de logement-foyer se situe donc à la croisée de deux logiques, celle du domicile (relevant de la politique du logement) et celle de l'établissement (relevant du secteur médico-social).

Construits parfois il y a trente ans, ils ne sont pas adaptés à l'accueil d'un public de plus en plus âgé. La montée du niveau de dépendance de leurs résidents rend incertaine la pérennité de ces structures. En premier lieu, l'arrêté du 19 novembre 2001 leur impose d'importants travaux pour se conformer aux normes de sécurité incendie de type J (évacuation des résidents possible par tous les étages). En second lieu, les logements-foyers dont la population dépasse un certain seuil de dépendance sont tenus de se transformer en EHPAD. En cas de refus du conventionnement, ils ne pourront plus accueillir de personnes âgées dépendantes à compter de 2008.

La mise aux normes et le financement de l'adaptation du patrimoine des logements-foyers a fait l'objet d'un rapport du Conseil général des Ponts et Chaussées publié en juillet 2002. Bien que la pertinence de ces structures ne soit pas remise en question, il établit que les dépenses de mise aux normes d'accessibilité et de sécurité incendie de type J conduiraient à une élévation moyenne de 13,5% des prix de journée à la charge des résidents. Cela rendrait prohibitif le coût d'accès aux logements-foyers pour les résidents aux revenus modestes. Or ces établissements répondent encore à la nécessité de disposer de lieux de vie qui permettent aux personnes fragiles souhaitant rompre leur isolement d'y trouver la sécurité qu'elles recherchent.

La circulaire du 17 mars 2005 relative à la mise en œuvre de la politique du logement et à la programmation des financements aidés de l'Etat pour 2005 réserve les PLS et PLUS aux structures accueillant un public suffisamment autonome pour accéder à un logement privatif. En outre, la PALULOS constitue la seule ligne budgétaire du ministère du Logement qui permette de financer la mise aux normes des logements-foyers. Or la circulaire prévoit que son utilisation « ne doit être envisagée qu'en dernier recours » pour les logements-foyers. Les équipements concourant à leur médicalisation devront donc trouver d'autres sources de financement.

Ces difficultés expliquent que la problématique propre à ce parc constitue un sujet de préoccupation pour les bailleurs sociaux et les communes gestionnaires, qui ont conscience que leur réhabilitation peut coûter plus cher que la construction de logements neufs qui répondent aux normes. La majorité de nos interlocuteurs estime qu'il est nécessaire de les transformer soit en EHPAD, soit en logements sociaux banalisés. A Lyon par exemple, une réflexion est menée sur leur transformation en résidences-services qui offriraient des prestations de meilleure qualité (avec notamment des logements plus grands). D'autres, moins nombreux, considèrent que l'inadaptation du bâti condamne ce type d'accueil à disparaître, ce qui poserait la question du maintien d'une structure intermédiaire, entre le domicile et l'établissement, pour accueillir des personnes âgées disposant de revenus limités.

Une enquête commune actuellement menée par la direction générale de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction (DGUHC) et la direction générale de l'action sociale (DGAS) sur l'ensemble du territoire devrait permettre de disposer d'une connaissance plus fine du bâti et des financements nécessaires en matière d'adaptation, ainsi que d'un panorama des populations qui sont accueillies en logements-foyers. En recueillant des données nationales, elle devrait fournir une base pour définir des stratégies locales.

Encadré n° 3 : les foyers de travailleurs migrants (FTM)

Environ 130 000 personnes, majoritairement d'origine maghrébine, vivent dans les FTM. Entrées dans ces foyers dans les années 1960 et 1970, elles sont encore nombreuses à y vivre aujourd'hui, dans des conditions de logement parfois très dégradées (chambres de moins de 7 m²). Ainsi, dans les foyers de la société nationale de construction pour les travailleurs (SONACOTRA), qui représentent la moitié du secteur, 30% des résidents ont aujourd'hui plus de 60 ans (contre 7% en 1990).

Depuis 1998, un programme de rénovation a été entrepris grâce à l'impulsion de la Commission interministérielle pour le logement des populations immigrées. Ses priorités sont de transformer le bâti et de trouver des réponses aux besoins sociaux des occupants, afin de remédier à leur isolement et à la réticence des services d'aide et de soins à domicile d'y intervenir. Consacrés comme résidence principale par la loi SRU, ils sont considérés comme des logements sociaux, à l'image des logements-foyers.

Les FTM doivent faire face au vieillissement de leur population. Le Conseil général des Hauts-de-Seine a ainsi récemment soutenu la transformation à Colombes d'un FTM en EHPAD.

➤ L'avenir des unités de soins de longue durée en question

Les USLD accueillent 80 000 personnes âgées très dépendantes. Le prix de journée y est en moyenne deux fois plus élevé (entre 100 et 130 euros) qu'en maison de retraite, en raison d'un plus fort taux d'encadrement, ce qui explique que seuls 5% d'entre eux aient accepté d'être conventionnés en EHPAD. La médicalisation en cours des maisons de retraite pose cependant la question de la rationalisation et de l'adaptation de l'offre dans les USLD.

Selon les professionnels rencontrés, il conviendrait de diminuer le nombre de places en USLD et d'augmenter en contrepartie le nombre de places en EHPAD médicalisés. Les hôpitaux ne conserveraient que des services de gériatrie pour des séjours temporaires, qui répondent davantage à leur fonction sanitaire. De nombreux obstacles s'opposent néanmoins à cette évolution. D'une part, les personnels des USLD, qui relèvent de la fonction publique hospitalière, manifestent une réticence à rejoindre le secteur médico-social. D'autre part, la création de places en EHPAD est insuffisante pour pallier les fermetures de lits dans le secteur hospitalier. En 2005, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris a par exemple décidé de supprimer 500 de ses 4 400 lits en USLD à horizon 2009.

2.4 Les dispositifs publics de prise en charge des personnes âgées sont complexes et insuffisamment coordonnés

2.4.1 Le logement des personnes âgées au croisement de plusieurs politiques publiques

La question du logement des personnes âgées se situe à la croisée de plusieurs politiques publiques qui interviennent simultanément : politique du logement naturellement, mais

aussi politiques sociale, fiscale et sanitaire. Dans un domaine où les responsabilités sont partagées, il n'existe pas de politique unique, susceptible d'offrir une réponse globale aux difficultés que rencontrent les personnes âgées. Ces différentes politiques ont d'ailleurs souvent une visée plus large que la seule population des personnes âgées et s'appuient sur des dispositifs susceptibles de bénéficier à l'ensemble de la population. D'autres dispositifs s'adressent en revanche uniquement aux personnes âgées ou même à une partie d'entre elles. Chacune de ces politiques contribue néanmoins à l'amélioration des conditions de vie et de logement des personnes âgées.

La politique du logement, tout d'abord, intervient pour protéger spécifiquement les personnes âgées et pour participer à la prise en charge de leurs dépenses de logement.

Outre les aides spécifiques à l'adaptation déjà évoquées, les personnes âgées bénéficient de protections juridiques ponctuelles destinées à pallier leur fragilité, à un âge et dans des conditions qui varient selon les textes. La loi du 1^{er} septembre 1948 autorise par exemple les personnes de plus de 65 ans qui vivent seules à sous-louer une partie de leur logement et exclut l'application de la majoration du loyer pour insuffisance d'occupation pour les personnes de plus de 70 ans. La loi du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs limite quant à elle à un mois le délai de préavis de congé pour les locataires de plus de 60 ans dont l'état de santé justifie un changement de domicile. De plus, les propriétaires ne peuvent donner congé à leurs locataires de plus de 70 ans dont les ressources sont inférieures à 1,5 SMIC sans qu'un logement correspondant à leurs besoins et à leurs possibilités financières ne leur soit offert près de leur lieu de vie. Enfin, l'accord de branche du 16 mars 2005 relatif à la vente par lots signé par des représentants de bailleurs et de locataires prévoit que les locataires de plus de 70 ans disposent du droit au renouvellement automatique de leur bail lorsque le propriétaire d'un immeuble souhaite vendre son bien. Une proposition de loi relative au droit de préemption des locataires en cas de vente d'un immeuble est en cours de discussion. Soutenue par le gouvernement, elle vise à étendre cette protection à l'ensemble des bailleurs.

A l'inverse, si l'on excepte les financements destinés aux logements-foyers précités, aucune aide à la pierre notable ne concerne spécifiquement les personnes âgées. De même, en matière d'aides au logement, elles sont soumises au droit commun, qu'elles soient locataires, accédantes à la propriété ou qu'elles résident dans un établissement doté de services. Il s'agit d'une différence notable avec les pays du nord de l'Europe (Pays-Bas, Suède, Danemark), qui ont créé une aide à la personne spécifique aux retraités dont le montant est généralement plus élevé que celles qui s'adressent au reste de la population.

Près d'un million de personnes de plus de 60 ans à domicile ou en établissement bénéficient d'une aide personnelle au logement, que ce soit l'allocation de logement familiale (ALF), l'allocation de logement sociale (ALS) ou l'aide personnalisée au logement (APL). Parmi elles, 260 000 touchent une aide au logement collectif : 160 000 au titre de l'ALS « foyer » et 100 000 au titre de l'APL « foyer ». Cette dernière aide ne peut bénéficier qu'aux résidents des établissements qui ont signé une convention fixant des engagements en matière de conditions d'occupation du logement ou de niveau de loyer. Le code de la sécurité sociale (article R. 832-2) subordonne aussi son versement au respect de normes de superficie (9 m² pour une personne seule, 16 m² pour deux personnes) et de nombre de personnes par chambre (limité à deux).

Ces aides au logement jouent un rôle essentiel en établissement, dans la mesure où le coût de l'hébergement à la charge des personnes âgées couvre à la fois les frais généraux (chauffage, électricité...), de restauration et d'administration, ainsi que 70% de la charge salariale des agents de service hospitalier et des auxiliaires de vie. Mais il finance aussi l'intégralité des frais financiers liés à l'amortissement des emprunts contractés pour la construction et la rénovation de l'établissement. Ainsi, la moyenne des frais d'hébergement mensuels s'élève à

environ 900 euros en logement-foyer, 1 300 euros en maison de retraite publique ou associative et 1 400 euros en USLD, alors que les plus de 80 ans ne disposent en moyenne que d'une pension inférieure à 1 000 euros par mois. Dans les maisons de retraite privées à but lucratif, le coût d'hébergement à la charge des résidents peut s'avérer encore plus important.

Les départements peuvent aider les personnes âgées à payer ces frais d'hébergement au titre de leur politique sociale, mais uniquement dans les établissements habilités à l'aide sociale. En pratique, seuls les résidents des maisons de retraite publiques et associatives bénéficient de telles aides. L'aide sociale départementale à l'hébergement est une prestation facultative versée sous conditions de ressources de la personne et de ses descendants. Ceux-ci hésitent donc à solliciter cette aide, qui peut faire l'objet d'un recours sur succession. Dans le cas où l'aide est accordée, l'ensemble des revenus de la personne âgée est transféré au Conseil général, qui paye directement les frais d'hébergement. Seule une somme forfaitaire limitée est versée sur le compte de la personne âgée, ce qui limite son recours aux cas d'extrême nécessité. Néanmoins, en 2003, cette aide a bénéficié à 116 000 personnes âgées, pour un montant brut de 1,7 milliard d'euros. A ces dépenses au titre de l'aide sociale pour l'hébergement, il faut ajouter les autres dépenses d'aide sociale des départements et des caisses de retraite déjà évoquées.

Parmi les autres politiques qui interviennent en matière de logement des personnes âgées, la politique de santé intervient en matière de soins, à travers l'assurance-maladie. Ainsi, l'enveloppe de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) consacrée aux personnes âgées permet d'assurer le financement des soins prodigués par les SSIAD ou dans les EHPAD. Elle a doublé en moins de dix ans pour atteindre 3,5 milliards d'euros en 2004. La politique fiscale contribue pour sa part à la solvabilisation des personnes âgées, en leur permettant de bénéficier d'un abattement spécial lorsque leurs revenus sont modestes et en consentant un crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile. En établissement, une réduction d'impôt est aussi octroyée pour couvrir un quart des dépenses liées à la dépendance.

2.4.2 Un manque de coordination et de pilotage

La diversité des politiques en faveur du logement des personnes âgées se traduit par l'intervention d'une multiplicité d'acteurs : services de l'Etat en charge du logement et de l'action sanitaire et sociale, collectivités territoriales et leurs groupements, caisses de sécurité sociale (Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés pour les soins, Caisse nationale d'allocations familiales pour les aides au logement et CNAVTS pour la retraite), organismes d'HLM, sociétés privées de construction et de gestion d'établissements, associations. La coordination est mal assurée entre les trois secteurs concernés : le secteur social et médico-social (piloté au niveau départemental), le secteur sanitaire (dont le financement repose sur des crédits d'assurance-maladie répartis au niveau régional) et la politique du logement (gérée au niveau des directions départementales de l'Equipement, des établissements publics de coopération intercommunale et subsidiairement des départements). Les personnes âgées pâtissent de ce cloisonnement entre ces dispositifs complexes.

D'autres pays ne connaissent pas la même complexité dans la répartition des compétences. Au Danemark, l'organisation des politiques en direction des personnes âgées a été simplifiée, afin de permettre une plus grande cohérence. Depuis 1992, les services sociaux et de soins, l'aide à domicile, les établissements et l'organisation de l'habitat destiné aux personnes âgées relèvent des municipalités. Le financement est assuré par des impôts locaux assis sur les revenus. Un système national de péréquation corrige les inégalités entre les bases fiscales.

En France, la coordination entre les politiques de maintien à domicile et de prise en charge en établissement est largement inexistante, de sorte que les personnes âgées sont souvent confrontées à un choix définitif à l'inverse des Suédois, qui disposent d'un véritable continuum de solutions.

De plus, les politiques sociales prennent insuffisamment en compte les problématiques liées à l'habitat. Il est révélateur que les assistantes sociales et les professionnels de l'aide à domicile connaissent souvent mal les dispositifs d'adaptation des logements, même si quelques bailleurs sociaux prennent conscience de ces insuffisances. De même, si la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale oblige les conseils généraux à adopter leur schéma gérontologique conjointement avec l'Etat, cette réforme n'a pas réellement permis une meilleure prise en compte de l'habitat par les politiques gérontologiques départementales

Inversement, la politique du logement prend de son côté insuffisamment en compte les questions liées au vieillissement et à la montée de la dépendance, notamment dans les objectifs de production de logements sociaux ou de réhabilitation du parc existant. Le plan de Cohésion sociale, qui prévoit la construction de 500 000 logements sociaux d'ici 2009, ignore cette problématique. Seul un petit nombre d'opérations programmées d'amélioration de l'habitat (OPAH) ou de programmes d'intérêt général (PIG), qui déclinent les objectifs des PLH à l'échelle du quartier et de l'immeuble, ont prévu un volet accessibilité et adaptabilité.

Le décret du 4 avril 2005 relatif aux programmes locaux de l'habitat prévoit certes que chaque PLH doit désormais intégrer un diagnostic des évolutions démographiques et des besoins en matière d'accessibilité et de logements adaptés. Il doit en outre définir les principaux axes d'une politique d'adaptation de l'habitat en faveur des personnes âgées et handicapées. Néanmoins, son élaboration est le plus souvent conduite par des spécialistes de l'habitat et des questions urbaines, peu sensibilisés aux questions liées au vieillissement. Par ailleurs, les conventions de délégation des aides à la pierre (parc social) et des aides de l'ANAH (parc privé), dans le cadre de la loi du 13 août 2004, se font actuellement sur la base de PLH anciens et n'intègrent pas d'objectifs d'adaptation et d'accessibilité. Compte tenu des délais de révision des PLH, de nombreux interlocuteurs nous ont fait part de leur crainte de voir ces questions reléguées au second plan pendant plusieurs années. De plus, malgré les obligations imposées par le décret du 4 avril 2005, il n'est pas certain que les nouveaux PLH intègrent l'ensemble de la problématique. Le PLH de la communauté d'agglomération Rennes-Métropole, en cours d'élaboration, est à cet égard emblématique. S'il recommande aux communes qu'un tiers des logements neufs soit équipé d'un ascenseur, aucune mesure spécifique d'adaptabilité n'est envisagée dans le cadre des programmes de réhabilitation.

2.4.3 Des réponses partielles au cloisonnement des politiques

La superposition de différentes logiques et de nombreux acteurs rend nécessaire un dispositif plus étroit de coordination et de pilotage, tant au niveau national que local.

Au niveau national, des efforts pour rapprocher politique du logement et politique sociale en direction des personnes âgées ont déjà été entrepris. Tout d'abord, le plan d'aide personnalisé établi au profit de chaque bénéficiaire de l'APA doit désormais prendre en compte les aménagements à apporter à son logement. Des groupes de travail conjoints entre la DGUHC et la DGAS ont par ailleurs été mis en place afin d'aborder des problématiques communes, notamment celle de l'avenir des logements-foyers. Une convention de partenariat a aussi été signée entre la DGAS, la DGUHC, la CNAVTS et l'ANAH en 2001, en vue de faciliter le maintien à domicile.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), prévue par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, amorce quant à elle un rapprochement des politiques gérontologique et du handicap et s'engage dans une véritable politique de l'autonomie. Elle rassemble en effet les moyens destinés à prendre en charge la dépendance et les soins des personnes âgées et handicapées, tant à domicile qu'en établissement. Outre des crédits d'assurance-maladie pour financer les soins, elle dispose de 2,9 milliards d'euros de crédits au titre de la dépendance, dont 2,1 milliards d'euros provenant de la nouvelle contribution supplémentaire instituée en contrepartie de la suppression d'un jour férié. Parmi ces recettes, 850 millions d'euros permettront chaque année de médicaliser et de créer des nouvelles places en EHPAD et en SSIAD. La CNSA sera par ailleurs chargée de la programmation interdépartementale des besoins de création de nouvelles places d'accueil collectif en établissement, à travers l'élaboration de programmes interdépartementaux d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie (PIAHPA). Cette coordination s'impose, puisque chaque schéma gérontologique fixe aujourd'hui les besoins de son département sans prendre en compte les enjeux nationaux, de sorte que la somme des seuls 46 schémas gérontologiques à jour prévoit la création de 36 000 nouveaux lits en cinq ans, ce qui excède de loin les moyens disponibles.

Au niveau territorial, tous nos interlocuteurs nous ont confirmé les grandes difficultés à faire travailler ensemble les différents responsables concernés dans une véritable logique de réseau qui mettrait la personne âgée au centre du dispositif. La loi du 13 août 2004 a renforcé la compétence du département en matière d'action sociale, désormais chargé de « définir et mettre en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées » (article 55). Il doit donc coordonner l'action des différents intervenants sociaux et médico-sociaux, en s'appuyant sur les CLIC, placés sous sa tutelle par la loi.

Encadré n° 4 : les CLIC, une tentative de coordination et de guichet unique au niveau local

Créés par la circulaire du 6 juin 2000, les CLIC ont reçu un fondement législatif avec la loi du 20 juillet 2001. Leur rôle est de coordonner les acteurs intervenant dans le maintien à domicile et d'offrir un guichet unique aux personnes âgées. Ils visent à garantir la cohérence et l'ancrage territorial des politiques gérontologiques, dans une triple logique de proximité, d'accès facilité aux droits et de réseau entre professionnels et acteurs locaux.

Créés le plus souvent par une convention entre l'Etat et le Conseil général, les CLIC présentent une grande diversité. Autonomes ou intégrés dans une structure existante (hôpital, service de soins à domicile, association, CCAS), ils peuvent être de trois niveaux :

- les CLIC de niveau 1 remplissent des missions d'accueil, d'information et de soutien aux familles ;
- ceux de niveau 2 se chargent aussi de l'évaluation des besoins et de l'élaboration du plan d'aide personnalisé pour la personne âgée ;
- seuls les CLIC de niveau 3 peuvent mettre en œuvre ce plan d'aide, constituer des dossiers de prise en charge au titre de l'APA et organiser l'intervention des services d'aide et de soins à domicile.

Selon nos interlocuteurs, seuls les CLIC de niveau 3 (la moitié du total) apportent une réelle plus-value aux personnes âgées dans la vie quotidienne. Si plus de 500 CLIC ont été créés, ils sont inégalement répartis sur le territoire, ce qui pose un problème en terme d'égalité d'accès aux services, en particulier pour les personnes âgées des communes rurales. Dans le Var, on compte 9 CLIC (dont 1 seul de niveau 3), contre 15 en Ile-et-Vilaine (dont 6 de niveau 3), 13 dans le Rhône (dont 3 de niveau 3) et 15 dans le Bas-Rhin (dont 4 de niveau 3). De plus, les CLIC ajoutent parfois un niveau d'intervention dans un paysage institutionnel déjà complexe. La question de leur positionnement par rapport aux autres acteurs de la coordination, notamment les comités d'observation de la dépendance et de la médiation créés dans certains départements comme l'Ile-et-Vilaine, reste posée.

3 LES POLITIQUES QUI INTERVIENNENT DANS LE CHAMP DU LOGEMENT DES PERSONNES AGEES DEVRONT PRENDRE EN COMPTE LE VIEILLISSEMENT A VENIR

3.1 L'accentuation du vieillissement de la population aura des répercussions majeures en matière de logement

3.1.1 Un choc démographique important

Le vieillissement a été désigné comme « l'un des changements sociaux les plus importants du XXI^e siècle » par les chercheurs réunis en juillet 2005 à Tours pour le 25^e Congrès international de la population. Ce phénomène concernera l'ensemble des pays développés, et particulièrement le Japon, mais les pays émergents connaîtront un vieillissement encore plus massif. En Chine par exemple, les plus de 65 ans seront près de 400 millions en 2020, soit deux fois plus qu'aujourd'hui. Ce défi a aussi été identifié par l'Organisation des Nations unies, qui prévoit que la part des plus de 60 ans dans la population mondiale passera de 10% à 21% d'ici 2040, le Fonds monétaire international et la Commission européenne. Cette dernière a publié un Livre vert sur ce sujet (« Face aux changements démographiques, une nouvelle solidarité entre générations ») en mars 2005. Dans l'ensemble des pays européens, la première moitié du XXI^e siècle sera marquée par le vieillissement des générations étoffées du « baby-boom », nées entre 1945 et 1965. Ainsi, le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans dans l'UE passerait de 19 millions à 35 millions en 2030. L'ampleur et le calendrier de ce processus varient cependant d'un pays à l'autre. Les études prévoient en effet une accentuation des tendances actuelles, ce qui placerait les pays du nord de l'Europe dans une situation plus favorable que ceux du sud.

La France devrait connaître un vieillissement un peu moins marqué que ses voisins européens. Dès 2011 cependant, la part des personnes de plus de 60 ans dépassera celle des moins de 20 ans. D'ici 2030, le nombre de personnes de plus de 60 ans passera de 13 à 20 millions. Elles représenteront alors près d'un Français sur trois. Si ces tendances se poursuivent jusqu'en 2050, le nombre de personnes de plus de 60 ans risque de doubler, celui des personnes de plus de 75 ans pourrait tripler (cf. annexe n° 4), tandis que les personnes de plus de 85 ans verraient leur nombre quintupler. Les centenaires, quant à eux, passeraient de 9 000 à plus de 100 000.

Toutes les régions françaises connaîtront un vieillissement important, mais certaines régions rurales du centre (Limousin, Poitou-Charentes et Auvergne) seront plus concernées. En outre, les choix de localisation des nouveaux retraités pourraient avoir un impact encore plus fort sur les territoires et les marchés immobiliers locaux. Selon le diagnostic prévisionnel de son schéma gérontologique, le Rhône restera un département plus jeune que la moyenne, puisque les plus de 60 ans représenteront 27% de la population en 2030 et les plus de 75 ans 15%. Le pays de Rennes restera plus jeune encore, avec moins de 23% de plus de 60 ans à la même date. A l'inverse, dans le Var, les personnes âgées représenteront 38% de la population. Les écarts du coût de prise en charge de la dépendance devraient donc s'accroître entre les départements.

Les villes devraient également faire face à un vieillissement marqué. Selon l'INSEE, les aires urbaines de plus de 50 000 habitants devraient connaître un vieillissement plus marqué que le reste de la France. Alors que le nombre de personnes âgées progresserait de 18% à la campagne d'ici 2015, il augmenterait de 35% dans les aires urbaines moyennes (50 000 à 900 000 habitants) et de 30% dans les grandes métropoles

Le vieillissement de la population est inéluctable, mais il importe, au-delà des discours catastrophistes, d'en prendre la mesure, afin de s'y préparer au mieux.

D'une part, l'augmentation du nombre de personnes âgées ne se fera pas au même rythme pour toutes les classes d'âge. Si le nombre de personnes de plus de 60 ans augmentera à un rythme constant, l'accroissement du nombre de personnes de plus de 85 ans ne restera important que jusqu'en 2020. Il ralentira entre 2020 et 2030, lorsque les classes creuses nées durant la Seconde Guerre mondiale auront atteint et dépassé l'âge de 85 ans. Le nombre de personnes très âgées explosera ensuite à partir de 2030, lorsque les baby-boomers atteindront eux-mêmes cet âge.

D'autre part, la dépendance intervient de plus en plus tard. Cette tendance pourrait se prolonger grâce aux progrès de la médecine, notamment dans le traitement des maladies de type Alzheimer. En outre, selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), le changement de la structure socioprofessionnelle de la population lié à la tertiarisation de l'économie devrait permettre à lui seul de réduire de 1% par an la hausse du nombre de personnes âgées dépendantes, puisqu'à âge égal, un ancien ouvrier a trois fois plus de risques d'être dépendant qu'un ancien cadre. Au total, le nombre de personnes âgées dépendantes n'augmenterait donc pas dans les mêmes proportions que celui des personnes très âgées. Le Commissariat général du Plan prévoit une augmentation de leur nombre de 100 000 à 200 000 d'ici 2020. A horizon 2030, cette augmentation devrait atteindre un chiffre compris entre 200 000 et 350 000, ce qui représente une hausse comprise entre 25 et 45%.

Selon l'INSEE, l'augmentation du nombre de ménages observée en France devrait s'accroître, dans la mesure où les ménages retraités comprennent moins de personnes que la moyenne. Le vieillissement en deviendrait la principale cause, devant l'augmentation du nombre de divorces et de jeunes célibataires, contribuant à accroître les tensions sur le marché du logement. D'ici 2030, le nombre de ménages augmenterait ainsi d'un quart, ce qui représente une demande supplémentaire d'environ 200 000 logements par an, dont la satisfaction suppose une densification des espaces déjà construits ou l'affectation à un usage résidentiel d'espaces non encore construits. Selon l'IUP, à taux de mobilité constant, le nombre de déménagements effectués par des personnes âgées atteindrait 330 000 par an à horizon 2030, ce qui correspond au nombre de logements construits chaque année aujourd'hui.

Le choc démographique affectera dans le même temps l'entourage des personnes âgées, majoritairement des femmes de 50 à 75 ans. Selon la DREES, le nombre de ces aidants devrait croître nettement moins vite que celui des personnes âgées dépendantes. L'augmentation du taux d'activité des femmes pourrait contribuer à accroître ce phénomène. Le recours à des aidants professionnels sera donc plus souvent nécessaire.

3.1.2 Une évolution du profil des futurs retraités

Au cours des années à venir, le profil socioprofessionnel des retraités devrait se rapprocher progressivement de celui du reste de la population. Or les générations du baby-boom ont adopté des comportements de consommation plus dépensiers que les générations précédentes en matière de logement ou de santé. L'élévation du niveau d'exigence des retraités pourrait avoir des conséquences sur l'habitat. Soucieux d'un meilleur confort, ils pourraient faire preuve d'une appétence accrue pour les logements neufs et spacieux. Selon l'IAURIF, les ménages retraités franciliens pourraient occuper 400 000 logements d'au moins quatre pièces en 2015, contre 180 000 aujourd'hui. Quant aux personnes âgées qui entreront en maison de retraite, leurs exigences en matière de surface habitable, d'intimité et de confort devraient elles aussi s'élever.

En outre, les personnes âgées pourraient être plus nombreuses à posséder des maisons individuelles en zone périurbaine. Les baby-boomers sont en effet nombreux à avoir acquis leur résidence principale au moment de la construction de ce type de biens dans les années 1970 et 1980. Dans l'agglomération rennaise par exemple, plus de la moitié des retraités occupe déjà une maison individuelle, contre 39% de l'ensemble de la population. Néanmoins, certaines personnes vieillissantes pourraient désirer emménager en centre-ville et ainsi quitter leurs pavillons périurbains pour des immeubles collectifs, alors que la construction en centre-ville est contrainte.

Au total, l'impact de la population âgée sur les marchés immobiliers locaux devrait être plus marqué qu'aujourd'hui. Les promoteurs pourraient saisir l'intérêt de construire des logements adaptables selon l'évolution de la dépendance. L'adaptation individuelle des logements existants pourrait également constituer un marché porteur pour les artisans du bâtiment.

Il existe par ailleurs une incertitude sur le niveau des retraites futures. En effet, la détérioration du ratio actifs/retraités dans les années à venir rendra difficilement soutenable le coût global des pensions de retraite. Ce phénomène sera sensible dans les années qui viennent et n'atteindra son apogée qu'à partir de 2025. Des arbitrages politiques seront alors nécessaires. Ils pourraient conduire à une diminution du niveau de vie des retraités.

Face au tassement de leur pouvoir d'achat, les futurs retraités pourraient rencontrer des difficultés à entretenir leur patrimoine immobilier. Selon la DGUHC, les propriétaires âgés risquent de manquer de moyens pour moderniser les logements qu'ils possèdent et ainsi subir une dégradation de l'état de leurs biens immobiliers.

Les besoins des personnes âgées en matière d'adaptation de l'habitat et de services se heurteront également à ces problèmes de solvabilité. Si leurs exigences augmentent avec l'âge, qu'il s'agisse de sécurité (gardien, digicode), d'accessibilité (ascenseur...) ou de domotique (volets roulants...), leurs moyens ne leur permettront pas nécessairement de faire face au coût qu'elles induisent. Dans le parc social en particulier, les retraités modestes refusent parfois les adaptations proposées des parties communes, dans la mesure où elles accroissent les charges locatives. De même, dans les immeubles collectifs, les mécanismes de décision en copropriété rendent déjà difficiles l'installation d'un ascenseur ou la création d'un poste de gardien. En outre, de nombreux postes de concierges ont été supprimés ces dernières années. A l'avenir, les propriétaires plus jeunes risquent donc d'être réticents à réintroduire ce type de charges locatives, qui s'ajouteraient à leurs frais de remboursement d'emprunt.

3.2 Les pouvoirs publics devront faire face à des risques accrus

3.2.1 Des risques de spécialisation territoriale

Les générations du baby-boom occupent deux logements sur cinq dans le parc social. Si ces personnes ne deviennent pas propriétaires avant l'âge de 55 ans, il est peu probable qu'elles le quittent un jour. Les bailleurs sociaux devront donc faire face à un vieillissement accru de leurs résidents dans les années à venir. Face à cet enjeu patrimonial majeur, ils devront améliorer l'accessibilité et adapter le parc existant, tout en préservant leurs capacités futures d'attribution. L'adaptation d'un logement constitue en effet un investissement important qui tend à limiter sa destination aux seules personnes âgées ou handicapées. Pour éviter une telle spécialisation, il leur faudrait privilégier, comme aux Pays-Bas ou au Danemark, des logements

adaptables plutôt que des logements déjà adaptés. Parallèlement, les bailleurs devront s'assurer de l'existence de services d'aide et de soins, indispensables pour permettre le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, avant d'engager de tels travaux.

Par ailleurs, selon l'IAURIF, les personnes âgées de plus en plus nombreuses en zone urbaine risquent, en vieillissant, de se trouver dans des situations d'isolement similaires à celles des personnes âgées actuellement en zone rurale. Les villes périurbaines, encore relativement jeunes, devront là encore veiller au développement de services d'aide au maintien à domicile et des transports adaptés pour faire face à cette évolution.

Les politiques de la ville et de renouvellement urbain sont aujourd'hui mobilisées sur des thèmes de mixité sociale et intègrent rarement la mixité générationnelle parmi leurs objectifs. Les programmes de constructions neuves prennent aussi insuffisamment en compte les questions d'accessibilité et d'adaptabilité, ce qui pourrait conduire, avec l'accroissement du nombre de personnes âgées dépendantes, à un décalage entre l'offre et la demande de logements accessibles et adaptés. Le manque de vision prospective que traduisent ces situations pourrait aboutir, en l'absence d'action publique, à une spécialisation en fonction de l'âge d'ensembles immobiliers ou de quartiers rendus accessibles, où se regrouperaient les personnes âgées dépendantes. Ce phénomène pourrait s'accroître si les futurs retraités devaient se tourner plus qu'aujourd'hui vers le parc social, en raison de la diminution de leur niveau de vie. L'est de l'agglomération lyonnaise, par exemple, est caractérisé par un nombre important de logements HLM et de pavillons. Les personnes âgées y représentent déjà 37% de la population en 2004, soit 10% de plus que dans le reste de l'agglomération. Une telle perspective est pourtant rejetée tant par les personnes âgées elles-mêmes que par l'ensemble des personnes que nous avons rencontrées.

3.2.2 Un risque de sous-équipement et d'aggravation des inégalités

L'accroissement du nombre de personnes âgées dépendantes au cours des années à venir rendra nécessaire une augmentation des capacités de prise en charge à domicile et en établissement. Les pouvoirs publics rencontrent cependant d'importantes difficultés à évaluer précisément l'ampleur des besoins. La Cour des comptes prépare actuellement un rapport public particulier sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes, afin de mesurer l'effet quantitatif du vieillissement et son impact sur les finances publiques. Toutefois, les prévisions du nombre de places à créer en EHPAD dépendent de l'évolution du nombre de personnes dépendantes (elle-même liée à l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité et du profil sociologique des personnes âgées). Elles sont aussi tributaires des financements alloués pour le maintien à domicile, puisqu'une personne à qui l'on donne les moyens de rester chez elle n'a pas besoin d'une place en établissement.

Malgré ces incertitudes, différentes projections ont été réalisées par la DREES, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et la CNAVTS. Les estimations de la DREES concluent à la nécessité de créer entre 70 000 et 130 000 places nouvelles en EHPAD d'ici 2010 et entre 130 000 et 170 000 places à horizon 2015. Un rapport de l'IGAS n'envisageait pour sa part que la création de 60 000 places d'ici 2015. En tout état de cause, tous nos interlocuteurs estiment l'accroissement des capacités d'accueil en établissement inévitable. Chargé de faire la synthèse des différentes études et d'éclairer le gouvernement, le Commissariat général du Plan a réuni les principaux experts du secteur de mars à juillet 2005. Ses conclusions prévoient une fourchette large, dans la mesure où, à taux de résidence à domicile et en établissement constants, elles envisagent un besoin de 71 000 à 98 000 places nouvelles d'ici 2015. A horizon 2025, il faudrait construire entre 134 000 et 188 000 places.

Sans attendre ces estimations plus précises, le gouvernement a annoncé la création de 10 000 places en établissement entre 2004 et 2007 dans le cadre du plan Vieillesse et solidarité. Il s'agit d'un premier pas insuffisant pour répondre aux besoins à long terme, ainsi que le reconnaît le Secrétariat d'Etat aux personnes âgées. Pour autant, les crédits d'assurance-maladie ne sont pas illimités. Ce qui est dépensé pour la médicalisation d'établissements, dans le cadre du processus de conventionnement en EHPAD, ne peut être affecté à la création de nouvelles places. Celle-ci est par conséquent freinée par l'Etat. Ainsi, des dossiers correspondant à 29 000 nouvelles places sont actuellement mis en attente malgré un avis favorable des CROSMS. En Rhône-Alpes, la création de 2 200 nouvelles places serait bloquée par décision du Préfet de région. Or la rénovation des structures existantes, construites il y a parfois plusieurs décennies, ne suffira pas à répondre aux besoins des futures personnes âgées dépendantes, en particulier celles atteintes de démences séniles.

Le manque de moyens investis dans la construction et la rénovation d'EHPAD semble correspondre à une volonté d'en limiter le coût pour l'assurance-maladie. Au-delà de la volonté affichée de favoriser le libre choix de la personne âgée, l'Etat privilégie en réalité le maintien à domicile, réputé plus économe et qui nécessite moins d'investissements. L'objectif ambitieux de 17 000 créations de places en SSIAD d'ici 2007 annoncé dans le cadre du plan Vieillesse et solidarité correspond ainsi aux besoins estimés à l'horizon 2015 pour maintenir le taux d'équipement constant. Les 8 500 places en accueil de jour et les 4 500 places en hébergement temporaire annoncées simultanément vont dans le même sens.

Il est certes peu vraisemblable qu'à l'avenir les personnes vieillissantes privilégient massivement l'entrée en établissement. Le maintien à domicile restera sans doute leur préférence et l'institutionnalisation l'exception. Dans ce contexte, l'arbitrage politique en faveur du maintien à domicile apparaît conforme au souhait de nos concitoyens. Néanmoins, cette priorité ne doit pas devenir un prétexte pour gérer le problème du vieillissement au moindre coût et masquer le manque de moyens affectés aux établissements. Le postulat selon lequel maintenir une personne âgée à domicile reviendrait moins cher qu'une prise en charge en établissement n'est pas démontré. Nos interlocuteurs nous ont affirmé que le maintien à domicile ne reste moins coûteux que jusqu'à un certain niveau de dépendance, mais qu'il devient nettement plus onéreux au-delà. Pourtant, aucune étude n'est parvenue à déterminer ce seuil avec précision, ce qui permettrait pourtant de mieux répartir l'effort public de prise en charge des personnes dépendantes.

Cette politique peut paraître pertinente à long terme. Toutefois, face au vieillissement de la population et à la baisse du nombre des aidants naturels, la politique de maintien à domicile pourrait se heurter à des difficultés sérieuses de recrutement si l'attractivité du secteur n'est pas sensiblement accrue. En outre, si seul le secteur privé continue de créer des nouvelles places en maison de retraite, les inégalités entre personnes âgées risquent de se creuser. Le coût de la construction est en effet supporté par les résidents, à travers les frais d'hébergement. Ces derniers risquent d'augmenter avec le développement d'une offre privée aux prestations de meilleure qualité. Confronté à la baisse probable de sa solvabilité, un nombre croissant de personnes âgées dépendantes pourrait donc se retrouver exclu des structures collectives, en l'absence d'une offre publique plus abordable. La relance de la création de places dans le secteur public représente dès lors un enjeu majeur si l'on souhaite préserver un libre choix du lieu de vie.

Les assurances dépendance privées constituent un des moyens développés pour répondre à ce défi, en permettant aux personnes âgées de disposer d'un complément de revenus. Ces contrats de prévoyance sont proposés par des assureurs, qui offrent une rente viagère ou permettent de débloquer un capital lorsque apparaît une perte d'autonomie. Selon la Fédération

française des sociétés d'assurance, 1,4 million de personnes sont couvertes par des contrats de ce type, pour lesquels elles cotisent 240 millions d'euros par an, tandis que 700 000 sont couvertes par leur entreprise. Ces chiffres font de la France le deuxième marché au monde derrière les Etats-Unis pour ce type d'assurances. L'espérance de vie en état de dépendance n'étant pas prévisible, il est difficile d'évaluer le risque, ce qui renchérit le coût de ces contrats. En outre, les rentes versées, qui s'élèvent en général de 200 à 500 euros, sont insuffisantes pour couvrir l'intégralité des charges liées à la dépendance. Dans les conditions actuelles, l'assurance dépendance privée ne semble donc pas à même de permettre à elle seule une prise en charge satisfaisante des personnes dépendantes, même aisées.

Il ne s'agit pas pour autant de céder au discours parfois alarmiste de certains acteurs (associations, élus locaux...) appelant à des créations massives de places en établissement. Trop construire aujourd'hui ferait courir le risque d'une surcapacité d'accueil à horizon 2020-2030, au moment où les classes creuses nées durant la Seconde Guerre mondiale constitueront l'essentiel des personnes âgées dépendantes. La diminution du taux d'occupation des EHPAD fragiliserait alors leur équilibre financier. Au Québec par exemple, les pouvoirs publics ont été contraints de fermer des places en établissement d'accueil collectif du fait d'une politique de construction trop ambitieuse.

En retenant les hypothèses du scénario central du Commissariat général du Plan, nous avons calculé que le coût pour les constructeurs (publics ou privés) de la création des 71 000 à 98 000 nouvelles places nécessaires en EHPAD d'ici 2015 serait compris entre 5 et 7 milliards d'euros. Cette charge pèsera sur le coût de l'hébergement supporté par les futurs résidents et s'ajoute aux 13 à 26 milliards d'euros qui seront nécessaires pour mettre aux normes les EHPAD dans le cadre du processus de conventionnement. Au total, à horizon 2015, l'investissement nécessaire serait compris entre 20 et 30 milliards d'euros. En l'absence de nouveaux financements, il devrait être supporté par les résidents eux-mêmes. Toujours selon nos estimations, ces nouvelles places, une fois créées, coûteraient entre 800 millions et 1,5 milliard d'euros par an aux finances publiques (dont deux tiers pour la prise en charge des soins et un tiers pour celle de la dépendance).

La création de 17 000 places de SSIAD d'ici 2007 supposerait quant à elle de mobiliser 170 à 250 millions d'euros de crédits d'assurance-maladie supplémentaires. En ce qui concerne l'accueil de jour, les 8 500 nouvelles places envisagées coûteraient entre 85 et 130 millions d'euros par an pour la prise en charge des soins et de la dépendance, tandis que le coût des 4 500 places supplémentaires en accueil temporaire atteindrait entre 50 et 80 millions d'euros par an. Ainsi, les moyens supplémentaires alloués au maintien à domicile dans le plan Vieillesse et solidarité représenteraient entre 300 et 450 millions d'euros par an.

4 PROPOSITIONS

4.1 Anticiper les besoins et innover

4.1.1 Mieux prévoir les conséquences du vieillissement

Proposition n° 1 : faire de la CNSA un véritable lieu d'analyse de l'offre et de la demande dans le domaine de l'habitat des personnes âgées

Il conviendrait de mettre en place une planification gérontologique qui repose sur une stratégie partagée par l'ensemble des acteurs qui oeuvrent en faveur du logement des personnes âgées. Le plan Vieillesse et solidarité a mis en place un comité d'expert chargé d'évaluer les implications du vieillissement, qui doit rendre son rapport en 2006. Il s'agit cependant d'une étude ponctuelle, alors qu'il faudrait mettre en place un outil de suivi régulier. Or la loi du 11 février 2005 confie à la CNSA une mission d'expertise et d'information sur la dépendance. A l'image du Bureau fédéral du Plan en Belgique, la mission de la CNSA pourrait donc comprendre l'élaboration d'un rapport d'étude annuel sur les conséquences budgétaires, immobilières, sanitaires et sociales du vieillissement.

Parallèlement, il faudrait mettre en place un système d'information fiable, qui permette de réunir et d'analyser au niveau central l'ensemble des données territoriales relatives aux besoins des personnes âgées, ainsi que d'évaluer la pertinence des politiques mises en œuvre. Le logiciel créé par le Conseil général du Bas-Rhin constitue un outil particulièrement adapté. Il offre en effet la possibilité de collecter à différents échelons (département, agglomération, commune) un ensemble de données sur le nombre et le profil des personnes âgées, ainsi que sur les institutions, établissements et associations existantes. Il serait souhaitable que chaque département puisse disposer d'un logiciel analogue, qui intègre également des informations concernant les conditions de logement. Il reviendrait à la CNSA de centraliser ces données, afin que les décideurs publics puissent disposer d'une analyse territoriale complète.

En outre, une réflexion concernant la répartition des efforts à consentir entre maintien à domicile et offre en établissement rend indispensable l'élaboration d'une étude comparée des coûts respectifs de ces deux modes de prise en charge en fonction de l'âge et du degré de dépendance. Une telle étude pourrait être confiée à la CNSA.

⇒ Action : modification de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles relatif aux missions de la CNSA et commande d'une étude de coûts dans la convention d'objectifs et de gestion définissant les objectifs de la CNSA.

Proposition n° 2 : inscrire le vieillissement dans les priorités de la nouvelle Agence nationale de la recherche

La recherche sur le vieillissement n'est pas dotée de moyens suffisants. En 2000, un groupement d'intérêt scientifique « longévité » a été créé. Il réunit pour 4 ans le ministère de la recherche, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), et le Centre national de la recherche scientifique (CNRS), mais ne dispose que d'un million d'euros de dotation budgétaire annuelle. Créée en 2005, l'Agence nationale de la recherche dispose de 700 millions d'euros. A l'image de ce qui se fait au Japon, elle pourrait intégrer parmi ses priorités, un programme de travail portant sur les innovations techniques (dans le domaine de la domotique, de la robotique et des nouvelles technologies) qui pourraient faciliter le maintien à domicile.

- ⇒ Action : intégration dans les appels à projets de l'Agence nationale de la recherche des programmes innovants dans le domaine des aides techniques et de la domotique.

Proposition n° 3 : prendre en compte l'impact du vieillissement dans la programmation pluriannuelle de logements

Les décideurs publics doivent disposer d'une vision d'ensemble des besoins futurs de logement des personnes âgées. C'est la raison pour laquelle la CNSA devrait engager un partenariat avec le ministère du Logement. Il s'agirait de mieux prendre en compte l'impact du vieillissement sur l'offre de logements nouveaux et les programmes de réhabilitation.

- ⇒ Action : signature d'une convention de partenariat entre la CNSA et le ministère du Logement sur le modèle de celle conclue en 2001 entre la DGAS, la DGUHC, la CNAVTS et l'ANAH.

En outre, il faudrait que les objectifs du plan de Cohésion sociale intègrent la problématique du vieillissement, afin de mobiliser dès aujourd'hui les moyens nécessaires à l'accessibilité et l'adaptabilité des logements qui seront construits d'ici 2009. Ceux-ci seront en effet occupés pour partie par les futurs retraités. Il conviendrait en particulier d'intégrer des objectifs ambitieux, qui aillent au-delà des dispositions de la loi du 11 février 2005 pour les 500 000 logements sociaux neufs programmés d'ici 2009. Dans la mesure où l'offre de logements neufs ne parviendra pas à répondre à l'importance de la demande future de logements accessibles et adaptables, des objectifs similaires devraient être introduits au sein du volet réhabilitation du plan de Cohésion sociale. Ces objectifs s'imposeraient dans le cadre de la mission confiée à l'ANAH au titre du programme de réhabilitation de 200 000 logements pour la période 2005-2009.

- ⇒ Action : modification de la loi du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale pour intégrer des objectifs d'accessibilité et d'adaptabilité.

4.1.2 Identifier et diffuser les innovations

Proposition n° 4 : créer un comité pour la diffusion des innovations et des meilleures pratiques pour le maintien à domicile et l'accueil en établissement (CODI)

A l'image des partenariats engagés par le ministère de la santé britannique (*Partnership for older people projects*), il conviendrait de mettre en place au sein de la CNSA un groupe pour l'innovation et la diffusion des meilleures pratiques. Ce groupe ferait appel à des représentants de l'Etat (DGAS et DGUHC), de collectivités territoriales, d'acteurs du maintien à domicile (ADMR, UNASSAD) et de l'accueil en établissement (ANRESA, FHF, ADHEPA, SYNERPA), mais également d'associations de personnes âgées (CNRPA, UNRPA).

Ce groupe aurait pour mission d'évaluer des projets pilotes destinés à l'amélioration des conditions de logement des personnes âgées. Les meilleurs projets bénéficieraient de subventions versées par la CNSA et feraient l'objet d'une information des professionnels via le site Internet de la CNSA. Au Royaume-Uni, 60 millions de livres sterling (95 millions d'euros) sont consacrés au soutien de projets innovants de ce type pour la période 2006-2008.

- ⇒ Action : intégration de cette nouvelle mission dans la convention d'objectifs et de gestion de la CNSA.

4.2 Promouvoir l'intégration des personnes âgées dans leur environnement social et urbain

4.2.1 Intégrer la problématique du vieillissement dans les politiques du logement et de l'habitat

Afin d'assurer une meilleure réponse aux besoins spécifiques des personnes âgées en matière de logement, il conviendrait que ces besoins soient systématiquement pris en compte à l'échelon local. Une telle approche suppose à la fois la mise en place d'un volet adaptation du logement au handicap et à la dépendance dans le cadre des PLH et son intégration au sein des stratégies patrimoniales des bailleurs sociaux.

Proposition n° 5 : énoncer des objectifs quantifiés et contraignants de logements accessibles et adaptables dans le cadre des PLH

Dans le cadre de la négociation des conventions de délégation des aides à la pierre et des crédits de l'ANAH, les directeurs départementaux de l'équipement devraient, sans attendre l'élaboration de nouveaux PLH, veiller à ce que figurent systématiquement des objectifs chiffrés de logements adaptables.

⇒ Action : adoption d'une circulaire par le ministre de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement.

A plus long terme, il conviendrait de fixer par voie réglementaire des objectifs quantifiés de logements accessibles et adaptables, afin de donner une pleine effectivité aux objectifs d'accessibilité posés par la loi du 11 février 2005. Il s'agirait d'aller plus loin que le décret du 4 avril 2005, en contraignant chaque PLH à intégrer ces objectifs au même titre que ceux contenus dans la loi du 18 janvier 2005. Le PLH de l'agglomération rennaise peut être cité à titre d'exemple, dans la mesure où il comprend des objectifs quantifiés en matière d'installation d'ascenseurs dans les immeubles neufs.

⇒ Action : modification de l'article R. 302-1-3 du code de la construction et de l'habitation.

Proposition n° 6 : sensibiliser et former les professionnels de l'habitat et les décideurs publics à la question de l'adaptation du logement

De manière générale, les décideurs locaux, les professionnels de l'habitat ou de l'aménagement du territoire sont insuffisamment sensibilisés à la question de l'adaptation du logement à la dépendance. Cette dernière est encore trop souvent appréhendée sous le seul angle des services à la personne.

Il importe donc d'introduire cette problématique dans le cadre des programmes de formation (initiale et continue) des professionnels de l'habitat et des responsables locaux. Le Land de Hesse (Allemagne) engage par exemple des actions de formation et de sensibilisation des artisans du bâtiment et des agents des collectivités territoriales à l'impact du vieillissement sur l'habitat.

⇒ Action : intégration de la problématique de l'adaptation dans les programmes de formation continue du Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) et des chambres de métiers et de l'artisanat.

Proposition n° 7 : systématiser l'intégration de la problématique du vieillissement dans les plans stratégiques de patrimoine des bailleurs sociaux

Afin de mieux connaître l'ampleur du vieillissement de la population dans le parc HLM, les bailleurs sociaux devront d'abord améliorer leur connaissance de sa composition et des besoins des locataires. Des démarches dans ce but ont déjà été initiées par certains organismes gestionnaires. Le groupe immobilier Batigère dans le nord-est de la France mène par exemple des enquêtes pour recenser les résidents par classes d'âge et évaluer l'accessibilité des immeubles et l'adaptabilité des logements. Il conviendrait de généraliser cette pratique à l'ensemble des bailleurs sociaux à travers une action de sensibilisation des fédérations nationales. L'USH mène actuellement une réflexion sur ce thème.

Ces enquêtes permettraient d'élaborer des stratégies globales pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées comme catégorie spécifique de locataires. Les opérations de réhabilitation et de construction prévues dans la loi SRU et dans le plan de Cohésion sociale devraient être l'occasion d'améliorer l'accessibilité des parties communes (installation d'ascenseurs et de rampes dans les cages d'escalier) et de procéder à l'adaptation des logements (transformation des baignoires en douche à siphon de sol, élargissement des portes et des couloirs).

Cette action sur le bâti est en outre indissociable d'une amélioration de l'offre de services au sein du parc HLM, qui passe par la mise en place de partenariats avec les associations d'aide à domicile. Deux initiatives devraient être largement diffusées. En premier lieu, il conviendrait de poursuivre la démarche entreprise à travers les plans locaux habitat service, afin de lier politiques urbaines (notamment dans le cadre des PLH et des PLU) et stratégies patrimoniales des bailleurs sociaux. En second lieu, la politique de labellisation « Habitat senior services » engagée par l'association Delphis (qui regroupe 15 sociétés d'HLM et gère 126 000 logements) devrait bénéficier d'une plus grande diffusion. Elle repose en effet sur une approche globale, qui comprend l'environnement en matière de services, l'adaptabilité du logement et l'accessibilité des abords.

Enfin, chaque organisme gestionnaire du parc social devrait recruter un chargé de mission « adaptation », comme il en existe au sein d'Archipel Habitat (Ille-et-Vilaine). Appelé à jouer un rôle d'interface entre le locataire et le bailleur, il serait chargé de recenser les besoins, de proposer des améliorations techniques et d'en évaluer le coût.

⇒ Action : diffusion de ces bonnes pratiques par l'USH.

Proposition n° 8 : renforcer la priorité reconnue aux personnes âgées pour l'attribution d'un logement social adapté

Les personnes âgées dont l'état de santé le justifie disposent d'un droit de priorité pour l'attribution d'un logement social adapté. Elles ne sont cependant pas prioritaires face aux personnes handicapées. Avec la création de la CNSA et l'adoption de la loi du 11 février 2005, cette différence de traitement entre en contradiction avec la volonté exprimée par le législateur de réfléchir au rapprochement de ces deux publics. Il conviendrait donc de reconnaître un droit égal pour les personnes âgées, en le réservant cependant à celles qui bénéficient de l'APA à domicile. La mobilité des personnes âgées au sein du parc social pourrait ainsi s'en trouver facilitée. De même, cette disposition pourrait plus aisément permettre aux personnes modestes qui résident en établissement de retourner à domicile, dans un logement social.

⇒ Action : modification de l'article R. 441-4 du code de la construction et de l'urbanisme.

4.2.2 Intégrer la problématique du logement dans la politique du vieillissement et de la dépendance

Proposition n° 9 : intégrer systématiquement un volet habitat dans les schémas gérontologiques

Les schémas gérontologiques évaluent l'offre existante et les besoins en matière de maintien à domicile et d'offre en structures collectives. Dans les départements que nous avons étudiés, l'aspect maintien à domicile n'est souvent abordé que sous l'angle des services d'aide et de soins à la personne et les questions d'adaptation du logement sont fréquemment négligées. Un volet habitat devrait donc systématiquement être intégré au sein des schémas gérontologiques.

Les conseils généraux devraient pour cela associer les acteurs de l'habitat au sein de la commission départementale consultative qui rend un avis sur le schéma gérontologique.

⇒ Action : modification des articles L. 312-3 à L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles.

Proposition n° 10 : renforcer le rôle des CLIC et y intégrer systématiquement un volet logement

Chargés notamment de décliner au niveau infra-départemental les priorités du Conseil général en matière de coordination gérontologique, les CLIC devraient jouer un rôle plus actif dans le domaine de l'habitat. Seule la généralisation des centres de niveau 3 sur l'ensemble du territoire permettrait de répondre de manière individualisée aux besoins des personnes âgées. Un mécanisme financé par la CNSA pourrait être créé pour une période de trois ans, afin d'encourager la transformation des CLIC de niveau 1 et 2 en niveau 3.

⇒ Action : modification de l'article 13 de la loi du 30 juin 2004 (dispositions relatives au transfert financier au profit des départements) et signature des conventions entre la CNSA et les conseils généraux prévues dans le cadre de la loi du 13 août 2004.

Les CLIC devraient mener des actions de sensibilisation et de prévention auprès des personnes âgées et de leur famille, afin de leur permettre de mieux connaître les possibilités offertes en matière d'adaptation du logement. Pour cela, il conviendrait d'intégrer systématiquement un ergothérapeute dans l'équipe médico-sociale qui intervient au domicile des personnes âgées pour la mise en place du plan d'aide personnalisé à l'autonomie. Ce dispositif pourrait être étendu aux personnes âgées non dépendantes qui le demandent, afin d'améliorer la prévention par l'aménagement de l'habitat, comme c'est le cas en Rhénanie du Nord-Westphalie (Allemagne). Le coût de ces visites serait compris entre 300 et 400 euros. A terme, on pourrait prévoir, comme au Danemark, que toute personne de plus de 75 ans puisse faire l'objet d'une visite de prévention deux fois par an (sauf si elle s'y oppose), quel que soit son état de santé.

S'il n'est pas possible de réaliser un tel travail de prévention, les CLIC pourraient s'inspirer du dispositif expérimental DESIR (démarche d'évaluation des situations individuelles et de réponse), élaboré par l'UNASSAD en partenariat avec la Fédération nationale des Pact-Arim. Les associations pourraient s'appuyer sur cette grille commune d'évaluation, qui fait de l'adaptation de l'habitat une condition essentielle d'un maintien durable à domicile.

Par ailleurs, lorsque l'accessibilité et l'adaptation du logement s'avèrent impossibles, les CLIC devraient proposer un logement adapté aux personnes âgées. Les CLIC pourraient bénéficier des informations collectées par les commissions communales pour l'accessibilité aux personnes handicapées mises en place par la loi du 11 février 2005. Ces commissions, déjà chargées de recenser les logements accessibles, pourraient se voir confier la tâche de recenser également l'offre de logements adaptables ou adaptés.

⇒ Action : modification de l'article L. 2143-3 du code général des collectivités territoriales.

4.2.3 Favoriser la mixité générationnelle

Proposition n° 11 : favoriser les démarches volontaristes d'expériences intergénérationnelles

Les pouvoirs publics devraient se montrer attentifs au risque de spécialisation de certains quartiers en fonction de l'âge, qui pourrait s'accroître avec le vieillissement. Il convient de veiller à préserver une certaine forme de mixité intergénérationnelle, même si celle-ci va à l'encontre des intérêts des promoteurs immobiliers et des prestataires de services à domicile, qui souhaitent réaliser des économies d'échelle. Plusieurs expérimentations dans le domaine intergénérationnel mériteraient d'être diffusées. A cette fin, le comité pour la diffusion de l'innovation et des meilleures pratiques (CODI) pourrait constituer l'enceinte pertinente d'évaluation et d'encouragement. Il conviendrait également de mieux associer les personnes âgées à la mise en œuvre des projets les concernant, qu'il s'agisse de logement, d'urbanisme ou de transports. Dans ce but, il faudrait inciter les communes à développer des Conseils des aînés à l'échelle de la ville ou du quartier.

⇒ Action : lancement de campagnes d'information auprès des communes et des EPCI (établissements publics de coopération intercommunale) menées par la CODI.

4.3 Permettre aux personnes âgées de rester chez elles aussi longtemps qu'elles le souhaitent

4.3.1 Adapter les logements des personnes âgées

Proposition n° 12 : faciliter la mobilisation des financements

De manière générale, les règles d'attribution des différentes subventions pour l'adaptation et l'accessibilité (cf. annexe n° 8) répondent à des conditions et des logiques distinctes. La mise en place d'un dossier unique supposerait une harmonisation préalable des conditions d'attribution et des justificatifs exigés. Pour y parvenir, il faudrait néanmoins engager des modifications significatives d'ordre législatif et réglementaire. Celles-ci semblent irréalisables à court terme, du fait de l'importance des cloisonnements sectoriels. L'harmonisation des pratiques des différents financeurs pourrait constituer une première étape.

⇒ Action : signature d'un accord-cadre national entre les différents financeurs.

Il conviendrait de mettre en place une visite d'évaluation technique unique réunissant l'ensemble des financeurs de travaux d'adaptation. Ce diagnostic technique commun pourrait alors constituer une base qui serait soumise aux intéressés, puis à un organisme de

groupage (Pact Arim ou Habitat et développement par exemple), qui pourrait finaliser bien plus rapidement le montage administratif du dossier. La mise en place d'un tel dispositif pourrait s'inspirer de la convention entre le Conseil général du Var et certaines caisses de retraite, qui permet une prise en charge plus efficace et rapide des frais d'adaptation du logement³.

⇒ Action : signature au niveau local de conventions entre les financeurs pour la mise en œuvre de l'accord-cadre national.

A terme, il serait souhaitable de créer un guichet unique pour les personnes âgées qui aille au-delà du simple rôle de montage des dossiers. Pour les personnes handicapées, les sites pour la vie autonome (SVA) permettent de rassembler les financeurs au sein d'une même commission et de faciliter ainsi leur coordination. Puisque les organismes qui accordent des subventions aux personnes âgées pour adapter leur logement y sont déjà représentés, les conseils généraux pourraient élargir les compétences des SVA aux personnes âgées, comme c'est déjà le cas dans le Bas-Rhin. Parallèlement, la mission d'information de proximité des CLIC devrait être renforcée. Le code de l'action sociale et des familles (article L. 146-6) prévoit d'ailleurs que les futures maisons départementales du handicap (qui intégreront les SVA) pourront travailler en liaison avec les CLIC.

⇒ Action : information des conseils généraux par la CNSA de la possibilité d'inclure les personnes âgées dans les commissions des maisons départementales du handicap et d'assurer une bonne liaison avec le travail d'information des CLIC.

Proposition n° 13 : utiliser les opérations collectives sur l'habitat afin de réaliser des travaux d'ensemble d'accessibilité et d'adaptabilité

Les OPAH de renouvellement urbain et de revitalisation rurale bénéficient de subventions de l'Etat et de l'ANAH. Ces opérations peuvent comprendre un volet particulier en direction de populations spécifiques et identifiées, conformément à la circulaire du 8 novembre 2002 relative aux opérations programmées d'amélioration de l'habitat et au programme d'intérêt général. Des opérations ciblées d'accessibilité et d'adaptabilité en faveur des personnes âgées pourraient être plus systématiquement prévues dans ce cadre.

Lorsque les besoins sont concentrés au niveau d'un immeuble ou d'un groupe d'immeubles, les PIG constituent un outil d'intervention pertinent. Le développement de PIG thématiques adaptation offrirait un levier d'action intéressant pour les collectivités locales. Des programmes ambitieux d'adaptation des logements ont déjà été initiés dans ce cadre. L'exemple du PIG thématique « Habitat du troisième âge 2005-2007 » en Lozère apparaît particulièrement novateur par son approche partenariale. Sous l'égide du Conseil général, il associe en effet l'Etat, l'ANAH et l'association Habitat et développement Lozère, qui s'est vue confier la responsabilité du suivi et de l'animation du projet. En contrepartie des subventions accordées par l'Etat et l'ANAH, les propriétaires bailleurs se sont engagés à louer leur logement exclusivement à des personnes de plus de 60 ans.

⇒ Action : adoption d'une circulaire modificatrice du ministre de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement adressée aux directeurs départementaux de l'Equipelement pour qu'ils privilégient de telles initiatives.

³ Depuis 2002, des conventions signées entre le Conseil général et certaines caisses de retraite (CRAM, MSA, Organic, AVA) permettent une prise en charge conjointe des frais d'adaptation du logement à hauteur de 4 000 euros. Ce dispositif concerne 200 dossiers par an, principalement dans le parc privé, mais une convention supplémentaire avec Toulon Habitat Méditerranée a permis de l'étendre au parc social.

Proposition n° 14 : renforcer les contrôles du respect des normes de construction en matière d'accessibilité et d'adaptabilité

La loi du 11 février 2005 a réaffirmé le principe général d'accessibilité des locaux d'habitation et des établissements recevant du public. Cependant, les modalités d'application de ce principe sont renvoyées à des décrets en Conseil d'Etat. Il conviendrait que ces derniers fassent preuve d'ambition et qu'ils limitent les possibilités de dérogation, en particulier en ce qui concerne les dispositions relatives aux habitations nouvelles (article L. 111-7-1 du code de la construction et de l'habitation) et existantes (article L. 111-7-2).

⇒ Action : adoption de décrets en Conseil d'Etat limitant les dérogations au principe d'accessibilité.

4.3.2 Développer et professionnaliser l'offre de services

Le maintien à domicile à un âge de plus en plus élevé rend indispensable l'intervention de différentes catégories de professionnels. Face à leur manque de coordination, il convient de promouvoir une offre pluridisciplinaire. La mise en place d'une équipe polyvalente nécessite néanmoins de renforcer l'encadrement et la professionnalisation des intervenants, afin d'assurer une prise en charge globale de qualité.

Proposition n° 15 : mieux encadrer et professionnaliser les intervenants à domicile

A terme, l'objectif serait de parvenir à une offre multiservices concurrentielle, gage à la fois de libre choix et de plus grande efficacité. La concurrence entre diverses associations et sociétés privées devrait permettre une rationalisation des pratiques de gestion. Dans l'immédiat, l'amélioration de l'offre et de la qualité des services à domicile implique la mise en place de conventions de partenariat organisant le travail en réseau des différents types d'associations. Le Conseil général a vocation à jouer un rôle d'impulsion dans ce domaine. La loi du 13 août 2004 renforce son rôle dans le domaine médico-social. Le versement de subventions devrait être plus étroitement lié à l'engagement des associations de s'investir dans une démarche contractuelle. Le Conseil général devrait également développer des fonctions de coordination et de soutien logistique en direction des associations.

⇒ Action : renforcement de l'évaluation et du contrôle menés par les conseils généraux.

4.3.3 Aider les aidants

L'aide informelle joue un rôle essentiel dans le soutien aux personnes âgées dépendantes qui désirent rester à domicile. Face aux difficultés auxquelles les aidants sont confrontés au quotidien, il convient de mettre en place des dispositifs qui permettent de leur offrir des moments de répit et d'assurer une meilleure reconnaissance de leur contribution.

Proposition n° 16 : développer les structures intermédiaires

Afin d'alléger la charge qui pèse sur l'entourage de la personne âgée dépendante, il importe de créer des centres d'accueil de jour en plus grand nombre. Cette formule a déjà fait ses preuves au Royaume-Uni. Elle devrait être développée au sein de maisons de retraite de centre-ville ou de structures spécialement dédiées. Les places d'hébergement temporaire restent

elles aussi en nombre insuffisant pour satisfaire la demande. Ce type de structures connaît un taux d'occupation insuffisant à certaines périodes de l'année. Une première solution, pour assurer leur équilibre financier, consiste à les adosser à des maisons de retraite, afin de permettre une gestion commune du personnel. Une seconde solution réside dans la création de centres de ressources qui associent, sur le modèle anglais du *community care*, hébergement temporaire et accueil de jour. C'est la solution qu'a choisie le relais SEPIA (secteur expérimental pour une programmation innovante de l'habitat des personnes âgées) à Descartes (Indre-et-Loire).

- ⇒ Action : intégration dans les missions de la CNSA de l'objectif d'adosser les nouvelles places d'accueil temporaire et de jour à des maisons de retraite ou de les créer dans le cadre de centres de ressources.

Proposition n° 17 : mieux reconnaître la contribution des aidants

La reconnaissance de la contribution des aidants au maintien à domicile de leurs proches nécessite un effort de formation et de soutien. Le niveau croissant de dépendance mentale et physique des personnes âgées à domicile suppose que les aidants soient formés aux gestes techniques. Les politiques de formation continue en direction des aides-soignantes et des infirmiers qui interviennent à domicile devraient mettre davantage l'accent sur les compétences de base à transmettre aux aidants. Il conviendrait également de renforcer la représentation des aidants au sein des organismes consultatifs, notamment au sein du Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA).

En Autriche et en Allemagne, des dispositifs en faveur des aidants ont été mis en place. Les Autrichiens peuvent ainsi prendre un congé dépendance pour s'occuper d'un parent âgé dépendant. En Allemagne, les aidants peuvent bénéficier de congés supplémentaires s'ils exercent une activité professionnelle. L'introduction en France de tels mécanismes devrait être envisagé, comme le préconisait le rapport *Vieillir en France*.

- ⇒ Action : mise en place d'un groupe de travail pour évaluer l'opportunité d'introduire un congé dépendance.

4.3.4 Solvabiliser les personnes âgées

Proposition n° 18 : développer l'assurance dépendance privée

Des incitations fiscales pourraient être mises en place pour favoriser le développement de l'assurance dépendance privée, susceptible de contribuer en partie au financement du coût de la dépendance. La proposition de loi de janvier 2004 qui prévoyait des réductions d'impôt lors de la souscription de contrats de ce type n'a pas abouti. Un système facultatif et incitatif, qui reposerait sur des cotisations déductibles du revenu imposable, pourrait faire l'objet d'un plus grand consensus. L'assurance dépendance jouerait un rôle de complément par rapport à l'assurance-vie. Seul le code des assurances est applicable au secteur pour l'instant. L'instauration d'une réglementation spécifique, comme en Allemagne, serait par conséquent nécessaire, afin d'éviter une segmentation excessive du marché (qui aboutirait par exemple à l'instauration de tarifs plus élevés pour les femmes du fait de leur durée moyenne de vie en état de dépendance plus longue).

- ⇒ Action : commande à la direction générale du Trésor et de la politique économique d'une étude sur l'opportunité d'introduire des aides fiscales pour favoriser le développement des assurances privées dépendance ; le cas échéant modification du code des assurances.

Proposition n° 19 : aider les personnes âgées dépendantes à payer leurs frais d'hébergement en établissement

La création de places en établissement et leur mise aux normes supposent de mobiliser entre 20 et 30 milliards d'euros à l'horizon 2015. En l'absence de financement public, ce sont les résidents qui devraient en assumer la charge, puisque ceux-ci supportent, à travers le prix de journée, les frais de remboursements d'emprunts pour la construction ou la rénovation d'un établissement.

La solution la plus couramment envisagée par nos interlocuteurs consisterait à octroyer des aides à la pierre versées par l'Etat, éventuellement complétées par des subventions des conseils généraux. Le Var accorde par exemple une subvention d'investissement de 25 000 euros par place créée. Il faudrait garantir une répartition territoriale équitable et une continuité de l'effort d'investissement. Un mécanisme de péréquation devrait par conséquent être institué et un système de financement qui repose sur la solidarité nationale devrait être trouvé.

Une solution alternative consisterait à aider directement les résidents. Face à la baisse probable de la solvabilité des personnes âgées, le coût de l'aide sociale risque de s'élever pour les budgets des conseils généraux. Ces derniers pourraient par conséquent durcir les conditions d'accès à l'aide sociale, ce qui accroîtrait les inégalités territoriales et priverait les personnes âgées les plus modestes de la possibilité d'entrer en établissement. L'institution d'une nouvelle prestation universelle, d'un montant égal sur l'ensemble du territoire, semble en mesure de répondre à ces défis. Après la prise en charge des soins par l'assurance-maladie et de la dépendance avec l'APA, ce serait la part hébergement, troisième volet des dépenses en établissement, qui cesserait de reposer sur une logique d'aide sociale facultative pour devenir un droit universel.

Pour pallier les inconvénients de la prise en charge actuelle, cette prestation ne devrait pas pouvoir faire l'objet d'un recours sur succession et devrait être gérée à l'échelon du département. Elle ne concernerait que les seules personnes dépendantes. Le public de cette nouvelle prestation serait donc le même que celui qui bénéficie de l'APA en établissement. La solution la plus simple pour mettre en œuvre cette prestation consisterait dès lors à créer un complément à l'APA en établissement. Ainsi, toutes les personnes qui reçoivent l'APA en établissement seraient éligibles à une aide plafonnée au niveau national (dont le montant serait fixé annuellement par décret du ministre de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement). Cette aide se substituerait, pour ses bénéficiaires, aux aides au logement et à l'aide sociale départementale. Pour être équitable, cette prise en charge des frais d'hébergement supposerait une participation des bénéficiaires inversement proportionnelle à leurs revenus, dans les mêmes conditions que l'APA actuellement.

En plafonnant l'aide à 40 euros par jour en maison de retraite et en logement-foyer et à 45 euros par jour en USLD, une telle prestation pourrait coûter, selon nos estimations, entre 3,5 et 4 milliards d'euros par an aux finances publiques, mais elle permettrait d'économiser 1,7 milliard d'euros sur l'aide sociale et les aides au logement. Son coût net serait donc de l'ordre de 2 milliards d'euros par an, ce qui représente sensiblement le même montant que les aides directes à la pierre, première solution envisagée, en supposant que la part du secteur public serait élevée dans les nouvelles constructions et que toutes les maisons de retraite publiques seraient mises aux normes.

- ⇒ Action : selon le mécanisme retenu, adoption d'une loi qui prévoit un système de financement des aides à la pierre ou modification de la loi du 20 juillet 2001 instituant l'APA pour créer une prestation complémentaire en établissement.

Proposition n° 20 : moderniser le viager

Bien qu'une part importante des ménages âgés, y compris modestes, soit propriétaire, certains manquent de moyens pour financer les services dont ils ont besoin. La seule possibilité dont ils disposent aujourd'hui pour extraire des liquidités de leur logement tout en continuant à l'occuper consiste à choisir la formule de la vente en viager. Cependant, seuls quelques milliers de personnes y recourent chaque année, en raison des incertitudes liées à l'espérance de vie de la personne âgée. Cette formule reste également trop souvent associée à une forme de pari sur la mort.

Une solution consisterait à développer les « prêts viagers hypothécaires⁴ », en s'inspirant des expériences menées aux Etats-Unis, au Royaume-Uni et au Canada. Il s'agit d'un prêt hypothécaire remboursable (capital et intérêts) au moment du décès ou en cas de déménagement. La dette est plafonnée à la valeur du logement. A titre d'exemple, une personne âgée de 75 ans qui possède un logement d'une valeur de 100 000 euros pourrait emprunter de 30 000 à 60 000 euros ou percevoir à vie un versement mensuel de l'ordre de 400 euros. Ce dispositif présente l'avantage de permettre aux héritiers de bénéficier de la transmission d'une partie de la valeur du bien.

L'analyse des expériences étrangères montre l'intérêt de la formule pour les personnes qui sont « *house rich, cash poor* ». Plusieurs obstacles s'opposent néanmoins à sa transposition en France. D'une part, les coûts liés à l'émission et le taux d'intérêt de ces prêts sont élevés. D'autre part, il existe des obstacles juridiques, liés à au droit des hypothèques, à la fiscalité et à la réglementation bancaire.

- ⇒ Action : modification de la législation en matière de droit des hypothèques, de droit fiscal et de droit bancaire ; commande à la direction générale du Trésor et de la politique économique d'une étude sur l'opportunité d'introduire une aide fiscale.

4.4 Développer une offre adaptée de logement en établissement

4.4.1 Définir une stratégie pour les logements-foyers

En raison des problèmes de financement des réhabilitations ou de reconversion des logements-foyers, la transformation de la totalité de ces structures en EHPAD est illusoire et leur avenir apparaît incertain. Les gestionnaires attendent cependant que l'Etat et les conseils généraux prennent une initiative.

Proposition n° 21 : faire évoluer les logements-foyers non conventionnés en résidences services

Les situations et les stratégies locales sont aujourd'hui très différentes selon les départements. Il conviendrait donc de définir au niveau local une stratégie conjointe entre les propriétaires (majoritairement les organismes d'HLM) et les gestionnaires (CCAS ou

⁴ Appelé « lifetime mortgage » au Royaume-Uni, « reverse mortgage » aux Etats-Unis et « hypothèque inversée » au Québec.

associations). L'arbitrage devrait reposer sur un diagnostic de l'état du bâti et sur une évaluation du coût des travaux. Lorsqu'il s'avère qu'une reconversion est envisageable, il conviendrait de décider au cas par cas des modalités de leur transformation.

Une partie du parc pourrait évoluer selon le modèle des résidences-services, ce qui impliquerait néanmoins une augmentation substantielle de la taille des logements (actuellement en moyenne inférieurs à 33 m²). L'objectif serait de permettre à des couples de s'y installer et de reconstituer un environnement proche du domicile. Une réflexion dans ce sens est actuellement menée au sein de l'agglomération lyonnaise. Il conviendrait de s'inspirer de la formule mise en place par les résidences qui ont adopté le cahier des charges correspondant au label EDYLIS, élaboré dans les années 1980. Ce concept offre un confort et des services de meilleure qualité, dans un cadre bâti plus récent. Le loyer y est cependant plus élevé que dans les logements-foyers ordinaires, ce qui pose la question de la solvabilisation de leurs résidents souvent modestes.

- ⇒ Action : constitution d'un comité de pilotage sous la présidence conjointe du préfet et de président du Conseil général et réunissant les principaux acteurs (DDE, DDAS, organismes d'HLM, gestionnaires...), afin de définir une stratégie locale.

Proposition n° 22 : mobiliser des co-financements au service de cette stratégie

Cependant, la contrainte des nouvelles normes incendies applicables aux établissements recevant du public (ERP de type J) entraînera des travaux générant des coûts très importants. Alors que les places d'accueil collectif manquent dans de nombreuses régions, la fermeture d'établissements ne pourra être évitée à moins que de nouveaux financements soient mobilisés. Il conviendrait de mettre en place des groupes de travail partenariaux, qui impliqueraient l'ensemble des co-financeurs potentiels. Cette démarche serait menée par le Conseil général et les services déconcentrés de l'Etat. Autour d'un projet d'établissement commun pourraient être réunis les financements de l'Etat, du Conseil général, des caisses de sécurité sociale, mais aussi de la Caisse des dépôts et consignations.

Ces co-financements impliquent un effort de l'Etat, qui passe par une programmation pluriannuelle de nouvelles lignes budgétaires (PALULOS). Selon les informations recueillies auprès de la direction du Budget, des crédits PALULOS seraient encore disponibles au titre du plan de Cohésion sociale. Ils permettraient l'amélioration de 40 000 logements, parmi lesquels une part pourrait être réservée aux logements-foyers.

- ⇒ Action : adoption d'une circulaire de programmation du ministre de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement instaurant un fléchage de PALULOS pour les logements-foyers.

4.4.2 Financer la modernisation de places en maison de retraite

Proposition n° 23 : financer la poursuite du conventionnement tripartite des EHPAD

La journée de solidarité instaurée par la loi du 30 juin 2004 prévoit de financer à hauteur de 365 millions d'euros la médicalisation des établissements et le développement des services à domicile. Selon le gouvernement, l'ensemble des crédits d'assurance-maladie disponibles permettrait de médicaliser 100 maisons de retraite par an, soit environ 6 000 places. Ces chiffres ne nous ont pas été confirmés lors de nos entretiens avec les services de l'Etat concernés dans quatre départements. A titre d'exemple, pour l'ensemble de la région Rhône-Alpes (8 départements), l'Etat n'a disposé depuis 2001 que d'un million d'euros de crédits

d'assurance-maladie pour ouvrir de nouvelles places. Or, pour créer un établissement médicalisé de 50 places, 300 000 euros de crédits d'assurance-maladie sont nécessaires.

Si les objectifs de création de places fixés par le Commissariat général du Plan (71 000 à 98 000 places supplémentaires d'ici 2015) sont respectés, il faudrait consentir un effort important. Selon nos calculs, entre 500 millions et un milliard d'euros de crédits d'assurance-maladie supplémentaires seraient nécessaires chaque année. Une évaluation plus précise apparaît comme un préalable pour disposer de chiffres fiables concernant l'investissement public nécessaire.

- ⇒ Action : introduction dans le prochain rapport de la mission du Commissariat général du Plan (décembre 2005), consacré au financement des opérations de construction d'EHPAD, d'une évaluation des besoins au titre des crédits d'assurance-maladie pour la création de nouveaux établissements.

4.4.3 Faire des maisons de retraite un véritable habitat

Proposition n° 24 : reconnaître le droit à toute personne âgée de disposer d'un véritable logement

La Charte européenne des droits et libertés des personnes âgées en institution, rédigée par l'association européenne des directeurs de maisons de retraite, appelle à la reconnaissance du droit des personnes âgées hébergées en établissement à disposer d'un véritable logement. Il n'y a en effet aucune raison que la surface disponible pour une personne soit proportionnellement inverse à son âge.

Il convient tout d'abord de rapprocher d'un logement ordinaire l'organisation de l'espace occupé, ce qui rend nécessaire de prévoir l'existence d'une salle de séjour, de sanitaires mais également d'une kitchenette, et donc d'accroître la surface disponible. Le lieu de vie doit respecter l'intimité et l'autonomie des personnes âgées, ce qui suppose que le personnel soit formé en conséquence. Il faudrait donc qu'une certaine culture héritée du fonctionnement hospitalier puisse évoluer vers une culture de l'hôtellerie et que les personnes âgées puissent aménager leur logement librement, en y apportant par exemple des meubles de leur ancien domicile.

Une telle évolution est possible. A la résidence de l'Abbaye à Saint-Maur-les-Fossés, les agents ne portent pas de blouses blanches et frappent systématiquement aux portes avant d'entrer. Les résidents disposent quant à eux de la clef de leur logement et peuvent être accompagnés de leur animal de compagnie. Les soins ont lieu, dans la mesure du possible, en dehors du logement. Les responsables de la maison de retraite ont constaté qu'une telle démarche permettait de préserver l'autonomie des personnes âgées, et donc de réduire le coût de la prise en charge de la dépendance et des soins médicaux. Si ces affirmations mériteraient de faire l'objet d'une évaluation, ce type de pratiques pourrait inspirer d'autres établissements.

Le développement de structures plus grandes, qui peuvent accueillir de 100 à 150 personnes, permettrait de compenser une partie du surcoût qu'impliquent ces innovations grâce à la réalisation d'économies d'échelle sur les services collectifs. Il s'agit d'une des pistes actuellement explorées par le Commissariat général du Plan, dans son enquête pour la « définition d'un modèle optimal de constitution d'un EHPAD ».

L'échange de bonnes pratiques, qui peut passer par le développement de référentiels de qualité, s'avère indispensable. A titre d'exemple, le Conseil général d'Ille-et-Vilaine a élaboré en juillet 2000 un outil qui permet de mesurer la qualité des conditions d'hébergement des personnes âgées dépendantes. Il s'inscrit dans une démarche engagée avec l'ensemble des acteurs de la politique gérontologique (fédérations d'établissements, associations de directeurs, financeurs, usagers). Ce référentiel permet aux établissements de procéder à une auto-évaluation, afin de déterminer eux-mêmes leurs forces et leurs faiblesses et d'élaborer des objectifs concrets d'amélioration de la qualité de vie.

- ⇒ Action : diffusion de ces innovations en s'appuyant sur le CODI et incitation des établissements à modifier leurs règlements intérieurs.

4.5 Accroître la coordination entre les acteurs au niveau local

4.5.1 Améliorer le pilotage interministériel au niveau déconcentré

Proposition n° 25 : mettre en place une réelle coordination interministérielle au niveau déconcentré

Pour pallier l'absence de vision globale au niveau national, la mise en place d'une meilleure coordination interministérielle est aujourd'hui nécessaire. Les groupes de travail existants DGUHC/DGAS/ANAH traitent de questions ponctuelles, dont les contours restent très circonscrits. Il s'agirait dorénavant de confier à un comité interministériel une réflexion d'ensemble, afin de parvenir à l'élaboration d'une politique plus cohérente.

- ⇒ Action : création d'un comité interministériel ayant pour thème de travail le logement des personnes âgées.

Le transfert des responsabilités qui a eu lieu, à la fois dans le domaine social et dans celui du logement (par le biais des délégations d'aide à la pierre) exige que cette réflexion interministérielle prenne également place au niveau local. Ce travail de coordination pourrait prendre la forme de conférences annuelles entre les services de l'Etat concernés (DDE et DDASS), les collectivités territoriales et leurs groupements qui interviennent en matière de logement des personnes âgées.

- ⇒ Action : création d'une conférence interministérielle annuelle au niveau local pour réfléchir à cette problématique.

4.5.2 Améliorer la coordination à l'échelle de l'agglomération

La loi du 13 août 2004 modifie le contexte institutionnel local. Elle implique une meilleure coordination des différents intervenants, notamment entre d'une part le département, désormais explicitement chargé de « définir et de mettre en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées » et de coordonner l'action des différents intervenants ; d'autre part les EPCI, qui ont la possibilité de mettre en œuvre les politiques d'investissement public en faveur de l'habitat ; et enfin les communes responsables de la politique d'urbanisme.

Proposition n° 26 : affirmer le rôle de l'EPCI comme niveau pertinent d'une politique de l'habitat des personnes âgées

L'agglomération ou la communauté de communes constituent l'échelon pertinent pour intervenir au niveau du bassin de vie. C'est à ce niveau qu'un dialogue entre l'ensemble des collectivités territoriales qui interviennent dans le champ des questions relatives au logement des personnes âgées doit avoir lieu. Il permettrait notamment d'évaluer les moyens à mettre en œuvre en matière de constructions neuves et de réhabilitation.

Dans ce cadre, il s'agirait de prendre en compte l'ensemble des besoins, tant en matière de maintien à domicile que d'hébergement collectif. Cette politique devrait donner lieu à l'élaboration de démarches partenariales. Dans l'agglomération rennaise par exemple, la politique volontariste engagée par le Conseil général, tant au niveau du maintien à domicile que de la construction d'établissements, se trouve relayée par l'action de la communauté d'agglomération au niveau du logement et par la politique menée par la ville de Rennes en matière de réserve foncière.

Enfin, en matière de maintien à domicile et d'adaptation de l'habitat, la planification des moyens devrait être déclinée à l'échelle du quartier. C'est en effet à ce niveau que les interventions sur le bâti (menées dans le cadre d'OPAH comprenant un volet accessibilité ou de PIG thématiques adaptation) sont programmées. C'est également au niveau de l'EPCI qu'une action doit être menée en direction des associations d'aide à domicile. Il s'agit d'encourager le travail en réseau, afin d'offrir une prise en charge globale à caractère plus large et plus polyvalent. Ainsi, dans le département d'Ille-et-Vilaine, l'action de l'association du Coglais en milieu rural menée en partenariat avec la communauté de communes du Coglais a permis de mettre en place une politique incluant l'habitat, mais aussi les transports ou les loisirs collectifs.

- ⇒ Action : signature de conventions entre le Conseil général, les communes et groupements de communes pour fixer des objectifs en matière d'habitat des personnes âgées et diffuser les meilleures pratiques.

4.6 Financer ces mesures

Face aux besoins considérables identifiés, ces propositions sont ambitieuses. Si les engagements pris en faveur du maintien à domicile sont respectés, il ne nous semble pas nécessaire de consacrer plus de moyens à cette politique. En revanche, la création et la rénovation d'établissements pour personnes âgées supposent selon nos calculs de mobiliser environ 2 milliards d'euros par an (quel que soit le mode de financement retenu), auxquels s'ajouteraient entre 800 millions et 1,5 milliard d'euros pour prendre en charge les soins et la dépendance.

Selon les informations recueillies, la montée en charge progressive de l'action de la CNSA lui permet de disposer d'excédents, tant pour l'année 2004 (300 millions d'euros) que pour l'année 2005 (500 millions). L'arrêté du 30 avril 2005 confirme la prévision d'excédents pour cette année. Etant donné que ces crédits font l'objet d'un report automatique (article 14 de la loi du 30 juin 2004), la part immédiatement disponible pour engager une action volontariste en faveur des personnes âgées représente 320 millions d'euros (40% du total).

Les conclusions du comité de suivi et d'évaluation de la journée de solidarité en faveur des personnes dépendantes, remises au Premier Ministre le 19 juillet 2005, excluent l'instauration d'une nouvelle journée de solidarité pour dégager des moyens en faveur des

personnes âgées. Ce rapport propose néanmoins un certain nombre de financements possibles. Il préconise entre autres d'augmenter les prélèvements sur les revenus du patrimoine et de placement, d'utiliser les recettes de l'impôt de solidarité sur la fortune, d'instaurer une participation des artisans et des professions libérales, qui ne sont pas encore concernés par la journée de solidarité, ou encore d'augmenter la contribution sociale généralisée (CSG).

A titre indicatif, si les pouvoirs publics décidaient de financer les dépenses induites par nos propositions à l'aide d'une part de CSG (dont l'essentiel serait transféré aux départements), il faudrait accroître son taux de 0,3% à 0,4%. Les dépenses liées à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées atteindraient alors une part d'environ 0,9% du PIB.

CONCLUSION

Les politiques publiques qui interviennent dans le domaine du logement des personnes âgées seront profondément affectées par le vieillissement à venir de la population. La garantie du libre choix doit reposer sur une programmation ambitieuse de logements neufs accessibles et adaptables. Elle suppose également un effort accru de mise aux normes des établissements et d'adaptation du parc de logements existants. Elle doit s'accompagner enfin du développement des services à la personne et de la création de nouvelles places en structures collectives. La problématique du logement doit figurer au cœur même des politiques de prise en charge de la dépendance et doit contribuer à une plus grande mixité entre les générations.

Il est donc nécessaire que les pouvoirs publics accordent à ces impératifs un degré de priorité comparable à celui qui est conféré aux objectifs actuels de mixité sociale ou de renouvellement urbain.

Faute de moyens, l'épisode douloureux de l'été 2003 risque de se reproduire. Le maintien à domicile ne doit pas se transformer en confinement à domicile. Des financements sont également nécessaires pour offrir aux personnes âgées de meilleures conditions de vie en établissement. Dans un contexte budgétaire contraint, de telles priorités imposent des choix politiques forts et des mesures parfois difficiles à prendre. Les polémiques qui ont entouré la journée de solidarité révèlent combien il est important de réaliser un effort de pédagogie auprès de l'opinion publique.

Dans la mesure où la politique du logement s'inscrit dans la durée, il est urgent d'anticiper dès à présent les conséquences du vieillissement, et ce, avant même que les générations du baby-boom ne soient confrontées aux difficultés liées à la dépendance.