



**Habitat & Territoires Conseil**

## **Le logement des personnes âgées dépendantes dans le parc social**

***Etude action sur deux territoires***

**Décembre 2012**



2, rue Lord Byron - 75008 Paris - [www.habitat-territoires.com](http://www.habitat-territoires.com)



## SOMMAIRE

---



<b>Introduction : rappel des objectifs de l'étude .....</b>	<b>3</b>
<b>Quelques repères sur la notion de dépendance .....</b>	<b>6</b>
<b>Mesurer la dépendance : la grille AGGIR et l'enquête Handicap-Santé en ménages ordinaires .....</b>	<b>6</b>
<b>Les personnes dépendantes dans le parc social : quelle est l'ampleur du phénomène à court et moyen terme ?.....</b>	<b>9</b>
<b>Analyse démographique à l'échelle du bassin d'habitat et caractéristiques du marché local de l'habitat .....</b>	<b>9</b>
<b>Une analyse du vieillissement dans le parc social aujourd'hui et à moyen terme .....</b>	<b>10</b>
<b>Estimer le nombre de ménages potentiellement concernés par la dépendance aujourd'hui et à moyen terme .....</b>	<b>12</b>
<b>Synthèse du volet quantitatif .....</b>	<b>14</b>
<b>Les personnes âgées dépendantes dans le parc social : quelle est leur situation ? .....</b>	<b>15</b>
<b>Des situations de dépendance difficiles à identifier .....</b>	<b>15</b>
<b>Le parcours résidentiel des personnes rencontrées .....</b>	<b>16</b>
<b>La vie dans les logements .....</b>	<b>18</b>
<b>L'accès aux services et aux soins .....</b>	<b>19</b>
<b>Le rôle central de l'environnement social et des aidants familiaux, socle de tout système de prise en charge de la dépendance .....</b>	<b>21</b>
<b>Synthèse .....</b>	<b>23</b>
<b>Quel rôle des bailleurs sociaux pour accompagner la dépendance dans le parc social ?.....</b>	<b>26</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>30</b>

## Introduction : rappel des objectifs de l'étude

---

Le vieillissement des ménages logés dans le parc HLM constitue un enjeu majeur pour les organismes à court et moyen terme. L'Union Sociale pour l'Habitat qui accompagne depuis plusieurs années la réflexion sur cette thématique a été à l'origine de plusieurs publications sur cette thématique. En tant que telle, la question de la dépendance dans le parc social est jusqu'à présent peu abordée, alors que les projections démographiques et l'entrée massive des « papys boomers » dans le quatrième âge (2025) permettent de prévoir une augmentation sensible des personnes en perte d'autonomie<sup>1</sup>.

La grande majorité des personnes dépendantes vivra à domicile, c'est en effet un des objectifs que se sont fixés les pouvoirs publics, dans un contexte de contrainte budgétaire et alors que le nouveau gouvernement devrait lors d'une conférence sur la dépendance en automne prochain fixer un plan quinquennal d'intervention.

Les tendances démographiques actuelles concernant l'entrée en établissement confirment ces prévisions et montrent que celle-ci se fait de plus en plus tardivement et à des niveaux de dépendances plus avancés<sup>2</sup>. Alors qu'aujourd'hui, 60 % des bénéficiaires de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) restent à domicile, d'ici 2030 à 2040, la proportion de personnes âgées dépendantes se trouvant dans ce cas pourrait atteindre 70 %<sup>3</sup>.

Face à ce phénomène, les bailleurs sociaux sont particulièrement concernés. Les personnes âgées et très âgées, si elles sont moins bien représentées dans le parc social que dans l'ensemble des résidences principales, y sont en nombre important et croissant : selon l'enquête sur l'occupation du parc social 2009, les locataires âgés de 60 ans et plus représentent 28,4% des titulaires d'un bail Hlm en France métropolitaine. Ce vieillissement devrait s'accroître à l'avenir avec l'arrivée à l'âge de la retraite des locataires de 50-59 ans, nombreux dans le parc social (plus de 20% des locataires) et qui vont y rester durablement. Le parc social est également attractif pour de nouveaux locataires âgés dont les ressources diminuent à la retraite ou qui souhaitent se rapprocher des centres ville et des services. A titre d'exemple, à Paris, la part des demandeurs de + de 63 ans a augmenté de 25% entre 2006 et 2009.<sup>4</sup> . Ces locataires du parc social, ayant eu des parcours professionnels discontinus, disposent pour la grande majorité de faibles ressources.

Les organismes s'organisent pour permettre le maintien à domicile de leurs locataires âgés dans de bonnes conditions. Ils font également le lien avec les EHPAD pour permettre la prise en charge de personnes dépendantes. Ils risquent cependant d'être confrontés à la perte d'autonomie d'une partie de leurs locataires qui resteront à domicile, faute de place en établissement ou parce qu'ils préfèrent rester à domicile.

C'est pour répondre à cette question de la dépendance à domicile que l'Union Sociale pour l'Habitat a souhaité engager une recherche-action et alimenter une réflexion prospective sur le sujet.

---

<sup>1</sup> Les prévisions réalisées à partir des premières vagues de l'enquête HID et utilisant les données INSEE concernant le nombre de personnes dépendantes à prévoir d'ici 2040 varient de +32 % selon le scénario optimiste à +79 % selon le scénario pessimiste (groupes Gir 1 à 4).

<sup>2</sup> D'après les enquêtes périodiques « EHPA » auprès des gestionnaires de l'ensemble des structures (2003, 2007 et en préparation 2011). Rappelons qu'aujourd'hui, 90% des personnes âgées de plus de 75 ans et trois quart des personnes âgées de 85 ans et plus vivent à domicile. Précisons que la population rentrant en établissement est de plus en plus âgées : au 31 décembre 2007, l'âge moyen y est de plus de 84 ans. La durée des séjours s'est raccourcie (2 ans et 6 mois).

<sup>3</sup> Selon le groupe de travail animé par Évelyne Ratte, de la Cour des comptes, dans le cadre du débat sur la dépendance, 2011.

<sup>4</sup> Chiffres donnés par la ville de Paris, lors d'une table ronde organisée par l'ADIL 75 le 7 juin 2011

- Quelle va être l'ampleur du phénomène de la dépendance dans le parc social ? Qui sont les personnes concernées et quels vont être leurs besoins ? Quel est le rôle des organismes et comment poser les limites de leur intervention ?
- Quelles sont les conditions à réunir pour le maintien à domicile dans le parc social, dans de bonnes conditions, de ces personnes âgées dépendantes, majoritairement pauvres et qui auront des difficultés d'accès à des structures spécialisées ? Quelles seraient les limites à ce maintien à domicile ? Quels sont les impacts prévisibles sur le produit logement à proposer (sachant que l'accueil s'effectuera principalement dans le parc existant), sur les services locatifs, sur les services d'aide à la vie quotidienne, sur les services médicaux et sur leur organisation ?
- Quel doit être le rôle des organismes et des partenaires ?
- Quel peut-être le modèle économique et la répartition des coûts entre les différents acteurs ? L'enjeu est de s'assurer que les locataires âgés dans le parc social bénéficieront de la mobilisation de l'ensemble des acteurs concernés.

Cette recherche prospective s'est appuyée sur des démarches de recherches action distinctes sur deux territoires et organismes HLM différenciés : l'OPH du Jura et le département du Jura et Silène Habitat et le département de Loire Atlantique. L'objectif était de couvrir des réalités territoriales diversifiées (périurbain, rural, urbain).

Pour répondre à ces questions et tracer de nouvelles pistes de réflexion, l'étude-action s'est appuyée sur :

- des analyses qualitatives : entretiens avec les partenaires sociaux et médicaux sociaux, entretiens en face à face à domicile auprès de personnes âgées dépendantes et de leurs aidants ;
- et quantitatives : analyse démographique à partir des données INSEE et OPS fournies par les bailleurs sociaux, projections démographiques et prospective sur la dépendance. (pour plus de détail, cf. annexes).

Deux bailleurs sociaux se sont engagés dans la démarche :

**SILENE HABITAT** : Environ 8000 logements

21% de ménages âgés de 65 ans et plus soit 1592 chefs de ménage

Une demande externe de personnes âgées qui souhaitent se rapprocher des services (Saint Nazaire), personnes âgées extérieures à la région souhaitant se rapprocher du littoral...

Un patrimoine ancien : seulement 50 ascenseurs pour 250 entrées/ RDC demi niveaux

Un patrimoine situé dans la Communauté d'Agglomération de Saint-Nazaire : 116 746, (Saint-Nazaire : 68 000 habitants). La CA présente une croissance démographique comparable à celle observée dans de nombreuses aires urbaines du littoral Atlantique, notamment pour les communes situées dans le périurbain. La commune de Saint-Nazaire qui avait perdu des habitants entre 1975 et 1990, est entrée dans une phase de croissance modérée avec des soldes migratoire et naturel positifs. La part des plus de 65 ans s'élève à 18% au niveau de l'aire urbaine de Saint-Nazaire contre 15% au niveau départemental. Notamment le littoral, et en particulier le sud-ouest, est en proie à un vieillissement marqué (plus de 30 % de la population est âgée de plus de 65 ans dans certaines communes comme La Baule-Escoublac...) que le solde migratoire alimente (arrivée de personnes âgées).

**OPH JURA** : Environ 6000 logements

21% de ménages âgés de 65 ans et plus soit 1592 ménages

Un patrimoine ancien : 40 ascenseurs

Une demande externe de personnes âgées : Propriétaires occupants, pour des raisons de confort et entretien (chauffage au bois), rapprochement des commerces, divorces, arrêt de la conduite automobile...

Un patrimoine situé dans le département du Jura, un département resté en grande partie rural. Le Jura compte aujourd'hui 257 400 habitants et les trois plus grandes villes du département sont de taille moyenne : Lons-le-Saunier, chef-lieu du département, compte 17 900 habitants quand les sous-préfectures de Dole et Saint-Claude concentrent respectivement 24 600 et 12 000 habitants. Une partie du territoire connaît depuis une trentaine d'années un vieillissement relativement marqué lié à une faiblesse du solde naturel et un déficit migratoire souvent élevé : entre 1975 et 2007, la part des moins de 20 ans a reculé de 7 points tandis que celle des personnes de 60 ans ou plus a progressé de 3,5 points en moyenne, représentant ainsi un quart de la population départementale chacune.

## Quelques repères sur la notion de dépendance

---

Quelques repères sur la notion de dépendance et sur sa réalité statistique et démographique en France sont nécessaires avant la présentation des résultats de l'étude<sup>5</sup>.

La notion de dépendance<sup>6</sup> a été utilisée pour la première fois en 1973 par Yves Delomier, médecin d'hébergement et de long séjour, et s'est généralisée suite à la loi de 1997 instituant une prestation spécifique dépendance (PSD) pour les personnes âgées.

Cette loi définit la dépendance d'une personne âgée comme l'état d'une 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 (s'habiller, se laver, aller aux toilettes, se déplacer du lit au fauteuil, se nourrir...) ou requiert une surveillance quotidienne. La dépendance est une notion plurifactorielle et multidimensionnelle. Sa définition ne peut se limiter à la seule référence biomédicale (modifications physiques et psychiques du sujet envisagées sous l'angle de la déficience ou de l'incapacité). Elle est également fonction de l'environnement physique et social au sein duquel vit la personne.

La dépendance d'une personne âgée peut survenir après un accident aigu (accident vasculaire, chute) ou faire partie d'un processus progressif dans l'évolution d'une maladie chronique (maladie d'Alzheimer, Parkinson, troubles auditifs et de la vision). Elle peut également simplement apparaître avec l'avancée en âge. Vieillir ne signifie pas nécessairement devenir dépendant y compris au grand âge, comme en témoignent les données sur les personnes en situation de perte d'autonomie, définies par l'éligibilité à l'APA.<sup>7</sup> On assiste aujourd'hui à une augmentation de la durée de vie en bonne santé.

L'Insee a établi plusieurs scénarios d'évolution de la dépendance à moyen terme, qui prennent en compte les progrès de la médecine et en particulier du traitement des maladies psychiques (Alzheimer et maladies apparentées). Le scénario intermédiaire, retenu dans les rapports de l'IGAS sur la prise en charge de la dépendance en juin 2011, prévoit un accroissement du nombre de personnes dépendantes inférieur à celui des personnes âgées<sup>8</sup>

Ages	% bénéficiaires de l'APA
+ 60 ans	8%
+ 75 ans	17%
à 80 ans	20%
à 95 ans	63%

**L'environnement (habitat, services...) et les interactions sociales autour de la personne âgée jouent un rôle essentiel concernant la survenance ou non de la perte d'autonomie.** L'intégration sociale, l'entourage familial, l'environnement technique, l'adaptation de l'habitat et de l'environnement urbain sont autant de facteurs qui potentialisent ou non les risques médicaux<sup>9</sup>. Nous verrons ainsi dans la suite de l'étude qu'un meilleur accès aux services, l'existence d'un habitat adapté, le développement

---

<sup>5</sup> Voir le cahier d'Actualités Habitat n°98 « Prendre en compte le vieillissement et le handicap dans les interventions sur le patrimoine – septembre 2005 USH

<sup>6</sup> La notion de « dépendance » est une terminologie controversée car emprunte de représentations négatives (met en avant la vulnérabilité, la fragilité, le « déclin ») et qui présuppose un état chronique et définitif. Dans les pays anglo-saxons on parle ainsi davantage de « long term care », on peut également parler de perte d'autonomie.

<sup>7</sup> Rapport Société et vieillissement remis à la ministre des solidarités et de la cohésion sociale, IGAS juin 2011

<sup>8</sup> Cf. rapport Société et vieillissement (supra)

<sup>9</sup> Rapport du groupe de travail n°1, Société et Vieillissement, Annick Morel, modératrice, Olivier Veber, rapporteur, Membres de l'inspection générale des affaires sociales, Juin 2011

du lien social jouent un rôle primordial pour prévenir la dépendance ou même contribuer à améliorer l'état de santé d'une personne en perte d'autonomie.

Les catégories socio-professionnelles ne sont pas égales face à la survenue de la dépendance. Une étude de l'INED<sup>10</sup> montre ainsi en 2008 que les ouvriers vivent moins longtemps que les cadres et passent plus de temps qu'eux avec des incapacités et des handicaps. Les différences d'exposition aux risques de maladies ou d'accidents tout au long de la vie, liées aux conditions de vie et aux conditions de travail, de même que les différences dans les modes de recours au système de soins, contribuent à ce double désavantage.

## Mesurer la dépendance : la grille AGGIR et le classement issu de l'enquête Handicap-Santé en ménages ordinaires

Mesurer la dépendance ou le niveau de perte d'autonomie d'une personne est donc complexe et multifactoriel. Comment dès lors mesurer et appréhender la dépendance dans le parc social et quelle définition retenir pour cette étude ?

La notion de dépendance au sens administratif et médical du terme repose en France essentiellement sur l'application d'une grille d'évaluation des personnes âgées, la grille AGGIR. Celle-ci classe les individus selon 6 niveaux de dépendance, physique et psychique, le niveau 1 correspondant au niveau de dépendance la plus forte. La grille AGGIR a deux fonctions :

- l'évaluation du degré de dépendance ou d'autonomie des personnes âgées dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne ;
- l'éligibilité à l'APA, allocation personnalisée d'autonomie, par la traduction, au moyen d'un algorithme, de certains items de la grille en un indicateur de groupe iso ressources (GIR) : la cotation des niveaux 1 à 4 de la perte d'autonomie ouvre droit à la prestation, celle de 5 à 6 l'exclue<sup>11</sup>.



<sup>10</sup> Références : Population et société – N°441 – janvier 2008 - INED

<sup>11</sup> L'Allocation Personnalisée d'Autonomie est une des prestations majeures pour l'aide au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Elle s'inscrit dans la politique d'incitation au maintien à domicile des personnes âgées en situation de perte d'autonomie en contribuant à la rémunération d'un ou de plusieurs salariés, et plus largement en finançant des dépenses liées à la dépendance : accueil de jour, l'accueil temporaire, l'adaptation du logement, l'installation d'équipements appropriés ou toute dépense liée à la perte d'autonomie. Il n'y a pas de condition de ressources, mais l'aide est variable en fonction des revenus avec application d'un ticket modérateur. Les aides APA sont plafonnées en fonction du niveau de dépendance, en 2012 : GIR 1 : env. 1288 € ; GIR 2 : 1104 € ; GIR 3 : 828 € ; GIR 4 : 552 €.

L'APA est définie en fonction de la politique du Département. Il existe ainsi plusieurs cas de figure :

- Le Jura : un plafond APA est défini à 17 euros de l'heure, puis dégressif en fonction des revenus. Les prestations des associations de service à domicile s'élèvent à environ 21 euros de l'heure. Le reste à charge sera ainsi pour les ménages quel que soit le GIR et les ressources de minimum 4 euros par heure.

- La Loire-Atlantique comme le Nord-Pas-de-Calais par exemple : les plans d'aide ne sont pas directement versés aux personnes bénéficiaires, mais aux structures d'aide à domicile autorisées qui facturent leurs prestations au Conseil général (tarif entre 17, 50 euros et 19 euros de l'heure). Il n'y a pas de surfacturation de l'association de services à domicile quand les ressources du bénéficiaire sont faibles.

AGGIR par une évaluation des capacités ou des incapacités des personnes âgées identifie leurs « besoins » et est utilisée pour construire les plans d'aide qui définissent concrètement auprès des personnes la prestation accordée.

Cependant, prendre en compte uniquement la grille AGGIR pour des approches statistiques sur les personnes dépendantes à domicile et la nature de la dépendance en France et dans le parc social présente plusieurs limites :

- L'appréciation de la dépendance au travers la grille AGGIR peut varier d'un territoire à l'autre<sup>12</sup>,
- la grille prend mal en compte les difficultés psychiques<sup>13</sup> des personnes et le besoin d'aide qui en découle,
- certaines personnes âgées en perte d'autonomie peuvent ne pas faire appel aux services départementaux, par insuffisance d'information ou choix de ne pas bénéficier de services à domicile.

**C'est pourquoi, la présente étude s'appuie sur les résultats de l'enquête Handicap-Santé en ménages ordinaires (HSM), réalisée par l'INSEE et la DREES en 2008.** Cette étude apporte, à partir de questionnaires auto-administrés (échantillon de 28500 personnes), une mesure du nombre de personnes dépendantes à domicile, sans se limiter au seul problème médical, et prenant en compte les incapacités rencontrées au quotidien ainsi que l'environnement social et physique dans lequel vivent ces personnes. L'utilisation de cette étude pour notre enquête présente plusieurs avantages :

- **D'un point de vue qualitatif**, afin de mieux comprendre les contours de la dépendance à domicile et de mieux appréhender la question de la dépendance psychique ;
- **D'un point de vue statistique** : l'enquête HSM est une enquête de référence pour apprécier quantitativement la réalité de la dépendance sur le territoire nationale. Les ratios issus de cette enquête nous ont été utiles, comme nous le verrons ultérieurement, pour estimer la dépendance dans le parc social.
- **D'un point de vue méthodologique** pour la réalisation de nos entretiens à domicile : les critères de l'enquête HSM nous ont permis d'apprécier de manière globale la réalité des situations des locataires rencontrés, alors même que leur girage ne nous était pas connu ;

**L'enquête distingue 4 grands profils** au regard de l'autonomie en mesurant la capacité à réaliser les activités essentielles : manger/ boire, se servir des toilettes, se laver, s'habiller/ déshabiller, se coucher, s'asseoir... ; et la capacité à réaliser des activités dites instrumentales : faire ses courses, préparer un repas, faire le ménage, prendre les médicaments, sortir du logement...

**1. Les personnes « autonomes »** ne rencontrent généralement aucune difficulté dans la vie quotidienne et lorsqu'elles existent, ces difficultés sont peu marquées et plutôt isolées, sans conséquence déterminante sur l'autonomie.

**2. Les personnes en situation d'« autonomie modérée »** présentent des difficultés motrices (marcher, porter des charges ou se baisser/s'agenouiller), cognitives (problèmes de mémoire, liés aux nouveaux apprentissages et de comportement), ainsi que des difficultés pour réaliser certaines tâches de la vie courante (courses, ménage, démarches administratives). En revanche, elles ne rencontrent quasiment aucune restriction absolue dans les activités essentielles du quotidien.

<sup>12</sup> Etudes et Résultats, n°372, janvier 2005, L'APA : une analyse des disparités départementales, F. léger, DREES.

<sup>13</sup> Une étude récente menée par l'INSERM estime à 10% la proportion de personnes, qui non éligibles à l'APA, souffrent selon les professionnels « de détérioration cognitive évidente ».

3. **Les personnes considérées comme « dépendantes »** présentent les mêmes limitations que les personnes « modérément autonomes », mais avec une fréquence nettement plus élevée. Elles déclarent aussi des problèmes d'incontinence et rencontrent quelques difficultés sur des activités essentielles de la vie courante, comme se laver ou s'habiller. Il faut également noter l'importance des troubles psychiques dans les difficultés rencontrées par les personnes dépendantes : ainsi, parmi les personnes dépendantes de plus de 80 ans, 80% présentent des difficultés cognitives graves.

4. **Enfin, les personnes considérées comme « fortement dépendantes »** présentent des difficultés majeures dans tous les domaines : limitations physiques et cognitives, difficultés fréquentes à réaliser des actes de la vie courante. Les deux tiers des personnes fortement dépendantes sont confinées au fauteuil ou au lit et 80% souffrent d'une paralysie complète ou partielle, 91% présentent une limitation cognitive grave. Toutes ces personnes sont aidées au quotidien par l'entourage et dans plus de 8 cas sur 10, des professionnels assistent la personne pour la toilette, l'habillage, mais aussi pour les tâches ménagères et la préparation des repas.

Attention : il est difficile de recouper au sens strict ces catégories avec la grille AGGIR. Nous pouvons cependant considérer que les catégories 3 et 4 se recourent plus ou moins avec les niveaux de GIR 1, 2 voire 3 et qu'une partie des personnes en situation d'autonomie modérée pourrait faire partie du GIR 4.

La dépendance se définissant comme le besoin de recourir à un tiers, la catégorie 2 pourra ainsi concerner dans cette étude des personnes en perte d'autonomie ou à risque de dépendance.

## La dépendance dans le parc social : quelle est l'ampleur du phénomène aujourd'hui et à moyen terme ?

---

Mesurer la réalité de la dépendance dans le parc social est un exercice difficile qui doit s'appuyer sur plusieurs sources et méthodologies différentes. Nous vous proposons ci-dessous une approche méthodologique, illustrée à partir des sites d'étude, afin d'appréhender de la manière la plus fine possible cette question de la dépendance dans le parc social, aujourd'hui et à moyen terme :

- Réaliser une analyse démographique à l'échelle du bassin d'habitat, à l'échelle du parc social pour appréhender le taux de vieillissement de la population et ses causes ;
- Mettre en place des projections démographiques à 15 ans pour anticiper les évolutions à venir ;
- Estimer la dépendance à domicile en appliquant aux analyses démographiques les ratios par tranches d'âge issus de l'enquête réalisée par la DREES (enquête HSM).

Nous verrons également que ces estimations et projections doivent être maniées avec précautions et complétées par une analyse qualitative de la dynamique du territoire.

### Analyse démographique à l'échelle du bassin d'habitat et caractéristiques du marché local de l'habitat

L'analyse démographique à l'échelle du bassin d'habitat et des caractéristiques du marché local de l'habitat (âges, ressources des ménages, statuts d'occupation...) se réalise à partir des données INSEE complétée par des entretiens avec les partenaires (Département, Communes, EPCI...). Elle a pour objectif de mettre à jour la dynamique démographique à l'œuvre sur le territoire et de replacer le parc social dans son contexte démographique : solde naturel et migratoire, part des plus de 65 ans, attractivité du territoire pour les personnes âgées...

Le fonctionnement démographique du territoire peut également être étudié sous l'angle des trajectoires socio-professionnelles des ménages âgés : les ménages ayant connu une forte pénibilité au travail, des parcours de vie hachés et précaires auront davantage tendance à connaître des problèmes de dépendance, les enquêtes montrant en effet que les ouvriers vivent moins longtemps que les cadres et passent plus de temps qu'eux avec des incapacités et des handicaps.

*Les deux territoires étudiés présentent ainsi tous deux un vieillissement de la population. Les causes de ce vieillissement sont cependant contrastées : alors qu'elles sont liées dans le cas de Saint Nazaire à un solde migratoire positif et à l'emménagement de personnes âgées sur le bassin d'habitat et le littoral en particulier, elles s'expliquent dans le Jura à l'inverse par une faible mobilité des personnes âgées, par un solde migratoire négatif et un vieillissement de la population en place.*

*L'analyse des statuts d'occupation nous révèle également la présence de propriétaires occupants éloignés des centres villes dans le département du Jura. Ces données influent sur l'évolution démographique du parc et sur la nature de la demande externe de logements sociaux.*

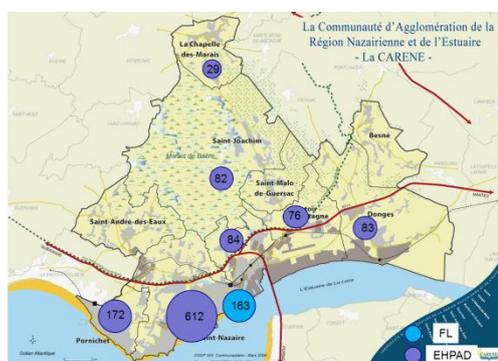
**Le niveau d'équipement du territoire en matière d'établissements** pour personnes âgées, et leurs caractéristiques générales (établissements médicalisés, tarifs, habilitation ou non à l'aide sociale) est également à prendre en compte. Ces informations, fournies par les CCAS et CLIC locaux, donnent des

indications sur l'accessibilité sociale des établissements pour personnes âgées et sur la capacité, pour une personne âgée qui le souhaite, à trouver une solution dans un établissement d'hébergement qui corresponde à ses besoins en termes de localisation et de budget.

*Par exemple, le département de Loire-Atlantique est bien équipé en EHPAD et logements-foyers, mais les partenaires (Ville de Saint-Nazaire, CLIC, Carène,) pointent un déficit de places d'hébergement sur le bassin d'habitat de la Carène. La ville de Saint-Nazaire développe des projets pour favoriser la création d'EHPAD (préemption de réserves foncières pour la construction de trois nouveaux EHPAD, transfert d'un logement-foyer à la Mutualité retraite pour en transformer une partie en EHPAD), mais les partenaires expriment des inquiétudes sur les nouvelles orientations de l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui pourrait ne pas valider l'ensemble des projets en cours.*

*En revanche, comme en témoigne le tableau ci-dessous, les EHPAD présentent des prix journées relativement attractifs pour des personnes à faibles ressources ainsi qu'une habilitation à l'aide sociale pour la majorité des cas.*

Commune	Type	Nbre de Places Hébergement	dont places pour pers. désorientées	dont Places en HT	Nbre de Places Accueil Jour	Prix Journée mini	GMP (au 01/01/03)	Aide Sociale
La Chapelle des Marais	EHPAD	29	0	0	0	39,44 €	581	oui
Donges	EHPAD	83	0	0	0	54,27 €	735	oui
Montoir de Bretagne	EHPAD	76	0	0	1	42,17 €	529,44	oui
Pomichet	EHPAD	90	38	5	4	88,50 €	737	non
	EHPAD	82	12	2	0	43,97 €	440	oui
Saint Nazaire	EHPAD	160	0	0	0	45,59 €	716,54	oui
	EHPAD	80	11	1	0	47,27 €	520	oui
	EHPAD	90	0	0	0	52,45 €	466,67	oui
	EHPAD	63	0	0	0	37,26 €	385	oui
	FL	62	0	0	0	535,3 €/mois	145	
	FL	62	0	0	0	511 €/mois	171	
	FL / EHPAD	39 en FL					788 €/mois	
	EHPAD	80	14	3		61 à 62 €	702	
	EHPAD	139		7	17	58,90 €		
Saint Joachim	EHPAD	82	14	1	11	54,60 €	496	oui
Trignac	EHPAD	84	0	0	3	51,03 €	640	Sur totalité capacité
	Associatif							
	<b>TOTAUX</b>	1262	89	19	25			
		124 places en FL						
		18 studios						



## Une analyse du vieillissement dans le parc social aujourd'hui et à moyen terme

Les données OPS dans le parc social ainsi que l'analyse de la demande externe donnent une mesure de l'ampleur du phénomène de vieillissement dans le parc social : comparaison par classes d'âge entre la situation du parc et la moyenne nationale, occupation des logements, situation familiale...

*Sur les deux sites étudiés, les titulaires de baux de plus de 65 ans sont représentés à même hauteur quel que soit le territoire considéré, soit environ un quart du parc social des bailleurs, des ordres de grandeur équivalents à la moyenne nationale.*

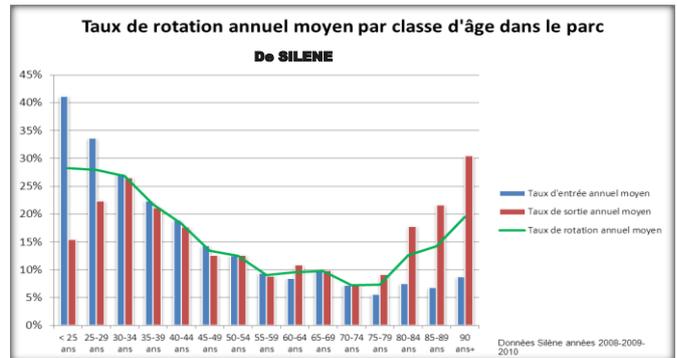
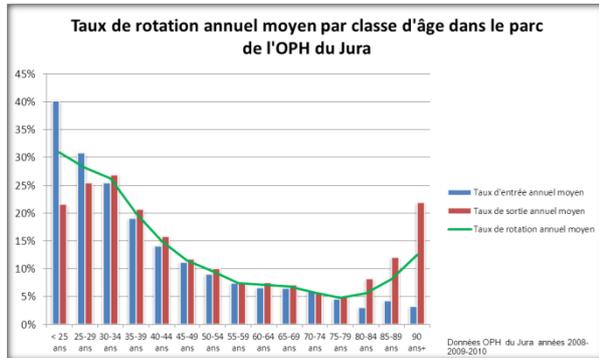
*Les 50-64 ans sont en revanche surreprésentés dans les deux organismes puisqu'ils représentent près du tiers des ménages logés par SILENE et l'OPH du Jura contre seulement 27% pour le parc social de France métropolitaine. Cela préfigure un vieillissement accru de la population à moyen terme, d'autant qu'il s'agit, comme on le verra par la suite, d'une classe d'âge avec une faible mobilité résidentielle.*

## Des projections géronto-démographiques pour anticiper les évolutions à venir

L'ampleur du vieillissement de la population à moyen terme peut être mesuré à l'aide des données recueillies auprès du bailleur (fichier de type OPS). La méthode utilisée consiste à réaliser une pyramide

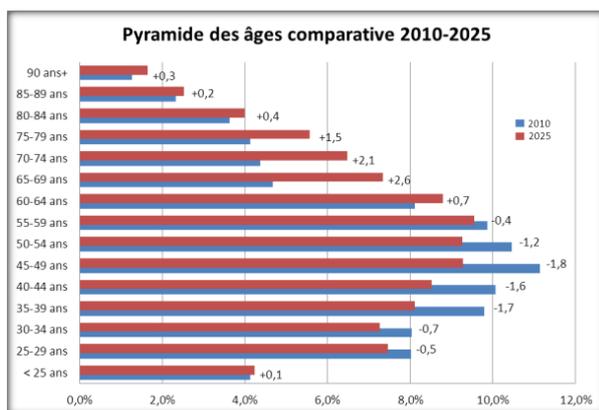
des âges en considérant l'âge de la personne de référence et à projeter cette pyramide des âges à 15 ans en fonction d'hypothèses relatives au taux de rotation annuel par classe d'âge et à la structure par âges des nouveaux entrants.

**L'analyse du taux de rotation annuel moyen par classe d'âge dans le parc de l'OPH du Jura et de Silène Habitat** montre ainsi qu'il existe une corrélation forte entre l'âge des locataires et le taux de rotation : le taux de rotation est important parmi les classes d'âge les plus jeunes et s'affaiblit de manière régulière au fur et à mesure que l'âge augmente.

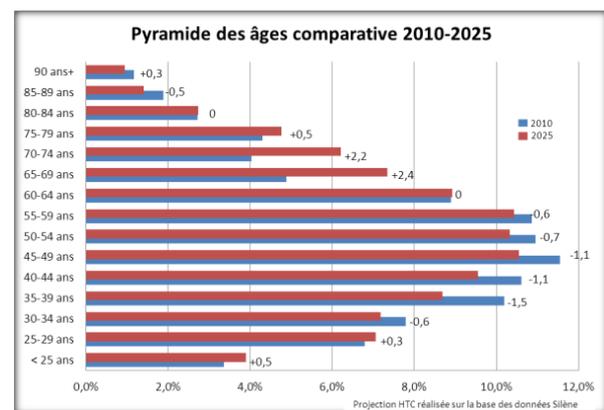


- Le taux de sortie diminue de manière continue jusqu'à 79 ans dans le parc de l'OPH du Jura.
- La tendance est en revanche moins nette à Silène Habitat, où les personnes âgées ont davantage tendance à quitter le parc. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées concernant ce taux de sortie important (plus de 10% entre 60 et 64 ans et presque 20% à plus de 80 ans). l'accessibilité des immeubles et des logements (présence d'ascenseurs) ainsi que l'accessibilité sociale des établissements pour personnes âgées situés à proximité peuvent expliquer ce différentiel...

Ainsi les projections démographiques issues de ces analyses permettent de réaliser des pyramides des âges comparatives 2010 – 2025, OPH du Jura et Silène Habitat :



OPH du Jura



Silène Habitat

En 2025 se produirait un vieillissement de la population, correspondant à une progression importante des titulaires de baux appartenant aux classes d'âge comprises entre 65 et 74 ans plus que des populations très âgées. On constate ainsi :

- Un recul important de la classe des 25-59 ans qui passerait de 47% en 2010 à 40 % en 2025 (les entrées ne couvrent pas les sorties du parc).

- Une progression importante des plus de 65 ans dans les deux organismes (29% en 2025 contre 20% en 2010).
- Des résultats qui diffèrent d'un organisme à l'autre : l'OPH du Jura, dont on a vu que les personnes âgées quittaient moins le parc social, voit les tranches d'âge les plus âgées (plus de 75 ans) augmenter davantage que Silène Habitat.

## Estimer le nombre de ménages potentiellement concernés par la dépendance, aujourd'hui et à moyen terme

L'estimation du nombre de chefs de ménage dépendants au sein du parc social peut être réalisée en appliquant les ratios issus des données de L'enquête Handicap-Santé en ménages ordinaires (HSM), réalisée par l'INSEE et la DREES (cf. partie introductive).

L'enquête a mis en valeur le pourcentage de personnes en perte d'autonomie, par classe d'âge, au sein de la population vivant à domicile. **Ainsi, la grande majorité des personnes âgées, même très âgées, sont autonomes.** C'est le cas de 83% des personnes âgées de 60 à 79 ans et de presque 60% des personnes âgées de 80 ans et plus. **17% des ménages de plus de 60 ans sont dépendants ou fortement dépendants.**

% par classe d'âge en fonction des niveaux d'autonomie et de dépendance de l'enquête HSM				
	Autonomes	Modérément autonomes	Dépendants	Fortement dépendants
60 - 79 ans	83%	13,7%	2,7%	0,6%
80 ans et plus	59,4%	26,8%	11,2%	2,5%

Nous avons appliqué ces ratios aux données OPS fournies par les deux bailleurs sociaux. Une limite principale existe cependant concernant ces estimations : les résultats de l'enquête *Population et Santé* en 2008 ont montré que les niveaux de dépendance des personnes âgées variaient considérablement en fonction de leurs activités professionnelles passées. Le parc social accueillant davantage d'ouvriers que de cadres, leurs locataires risquent de subir davantage d'incapacité que dans la population générale.

Profil d'autonomie des ménages selon l'âge du référent en 2011 - OPH du Jura					
Âges	Personnes autonomes	Personnes modérément autonomes	Personnes dépendantes	Personnes fortement dépendantes	Total
60-64 ans	416	40	6	2	464
65-69 ans	237	24	6	1	268
70-74 ans	209	33	6	2	250
75-79 ans	160	60	15	1	236
80-84 ans	149	40	16	3	208
85-89 ans	69	43	18	3	133
90 ans+	20	26	20	7	73
Total	1260	266	87	19	1632
%	77,2%	16,3%	5,3%	1,2%	100%

Profil d'autonomie des ménages selon l'âge du référent en 2011 - Silène					
Ages	Personnes autonomes	Personnes modérément autonomes	Personnes dépendantes	Personnes fortement dépendantes	Total
60-64 ans	722	71	11	3	807
65-69 ans	382	39	9	1	431
70-74 ans	256	41	7	3	308
75-79 ans	228	85	20	4	337
80-84 ans	174	47	19	4	244
85-89 ans	80	50	21	3	155
90 ans+	32	43	31	12	118
Total	1875	376	119	30	2399
%	78.1%	15.7%	4.9%	1.2%	100%

Ces résultats sont relativement similaires d'un bailleur à l'autre, malgré des contextes territoriaux différents. L'estimation des chefs de ménages dépendants et fortement dépendants (présentant ainsi des incapacités sévères pour accomplir certains actes de la vie quotidienne) est ainsi de 6% environ des chefs de ménage âgés de plus de 60 ans, soit 2% de l'ensemble des chefs de ménage (environ 100 chefs de ménages pour l'OPH du Jura et 150 pour Silène).

**En revanche, si l'on ajoute à ces deux catégories la proportion de ménages modérément autonomes** qui présentent une fragilité et un risque de dépendance accru, la proportion de ménage s'élève à plus de 20% des chefs de ménage âgées pour les deux organismes, soit 6% de l'ensemble des chefs de ménage quel que soit leur âge. Rappelons que les personnes « modérément autonomes » (selon la définition qui en est donnée plus haut) ne présentent pas d'incapacité absolue dans les activités instrumentales ou essentielles de la vie quotidienne, mais des difficultés motrices (marcher, porter des charges ou se baisser/s'agenouiller), cognitives (problèmes de mémoire, liés aux nouveaux apprentissages et de comportement), ainsi que des difficultés pour réaliser certaines tâches de la vie courante (courses, ménage, démarches administratives). Les limitations rencontrées par ses personnes nécessitent pour la plupart des cas l'aide d'une tierce personne et ont une influence sur leurs besoins en termes d'habitat et de services, comme nous le verrons dans les parties suivantes.

### Estimer le nombre de personnes dépendantes en 2025

Appliquées aux projections démographiques précédentes, en intégrant une rotation prévisionnelle (entrées et sorties), les estimations de la dépendance et très grande dépendance en 2025 sont sensiblement identiques dans les deux organismes (6% environ des chefs de ménages de plus de 60 ans et 2% de l'ensemble des ménages). Ainsi, contrairement à nos hypothèses initiales, il n'y aurait pas d'augmentation importante de la dépendance et grande dépendance dans le parc social à moyen terme. Ce résultat s'explique par l'augmentation en 2025 de la classe d'âge 60-79 ans, encore peu concernée par la dépendance (3%).

En revanche, on observe une petite augmentation des ménages modérément autonomes dans les deux organismes qui représentent 17% des locataires de + de 60 ans à l'OPH du Jura et 16% à Silène, alors que la part des ménages dépendants ou très dépendants décroît légèrement (6% des plus de 60 ans dans le Jura et 5% à Silène). Au total les locataires en situation de perte d'autonomie, modérée à forte,

devraient représenter en 2025 plus de 8% des chefs de ménage pour l'OPH du Jura et plus de 6% pour Saint-Nazaire<sup>14</sup>.

Estimation de la perte d'autonomie en 2025, OPH du Jura					
Ages	Personnes autonomes	Personnes modérément autonomes	Personnes dépendantes	Personnes fortement dépendantes	Total
60-79 ans	1365	225	44	10	1644
80 ans et plus	283	128	53	12	476
Total	1647	353	98	22	2120
%	78%	17%	5%	1%	100%

Estimation de la perte d'autonomie en 2025, Silène					
Ages	Personnes autonomes	Personnes modérément autonomes	Personnes dépendantes	Personnes fortement dépendantes	Total
60-79 ans	1808	298	59	13	2178
80 ans et plus	242	109	46	10	407
Total	2049	407	104	23	2585
%	79%	16%	4%	1%	100%

Il semble donc que le phénomène de dépendance au sens de l'enquête HSM reste marginal dans le parc social chez les deux bailleurs étudiés et le restera dans les 15 ans à venir. En revanche, l'étude nous alerte sur l'augmentation des ménages en perte d'autonomie modérée à moyen terme. Les projections démographiques et estimation de la perte d'autonomie montre que la classe d'âge des 50-64 ans est une classe d'âge charnière sur laquelle doivent se concentrer les efforts pour prévenir la dépendance de demain, que ce soit par l'adaptation des logements ou la mobilité résidentielle.

Ces résultats doivent cependant être maniés avec précaution, car ils s'appuient sur nombre restreint de ménages. Il est également nécessaire de les pondérer en fonction d'une analyse contextuelle et territoriale. Différents facteurs agissent directement ou indirectement sur le nombre de personnes âgées à domicile ainsi que sur le niveau de dépendance des locataires logés. Deux aspects principaux doivent être considérés :

- **L'organisation de la prise en charge de la dépendance sur les territoires :** les orientations nationales actuelles qui privilégient le maintien à domicile ne devraient pas être remises en question car elles correspondent à la demande de la population. L'accueil en établissement s'avère également coûteux pour les ménages et la collectivité. Cependant la situation est diverse selon les territoires, comme en témoignent les études menées à St Nazaire et dans le Jura. L'ensemble du parc social ne sera pas sollicité à la même hauteur et dans les mêmes conditions.
- **Les choix effectués par les organismes, en fonction du contexte, pour faire venir des personnes âgées dans leur parc :** politique d'attribution, amélioration de l'accessibilité et du confort des logements qui sont des facteurs d'attractivité du parc pour les personnes âgées. Précisons que la mise en œuvre d'une politique d'adaptation des logements joue également un rôle en termes de

<sup>14</sup> Point de vigilance : Le raisonnement et les estimations s'opèrent sur un nombre restreint de ménage, notamment pour les catégories fortement dépendantes.

prévention de la dépendance. En effet, un locataire âgé ayant des problèmes de mobilité préservera plus longtemps son autonomie dans un logement adapté à ses besoins.

## Les personnes âgées dépendantes dans le parc social : quelles réalités ?

---

Cette analyse est issue d'entretiens qualitatifs menés auprès d'un échantillon de 32 locataires âgés accompagnés parfois de leurs aidants, sélectionnés par les deux bailleurs sociaux (16 entretiens dans le Jura et 16 à Saint-Nazaire) et de 3 réunions de quartier ayant réuni 17 locataires à Saint-Nazaire.

L'analyse a été complétée par des présentations de **cas concrets avec des ergothérapeutes** (CRF de Pen Bron pour Saint Nazaire) et **les évaluateurs APA** du Conseil Général du Jura.

**Ont par ailleurs été réalisés une vingtaine d'entretiens partenaires sur chaque site** : Conseil général, CLIC, CCAS, Centres sociaux, Communautés de commune, EHPAD, CODES, services à domicile, SSIAD, tutelles, services gériatriques des hôpitaux (services sociaux, SSR, équipes mobiles), services de rééducation fonctionnelle (équipe d'ergothérapeutes) ; association de locataires...

**Les besoins exprimés par les personnes ont été explorés selon quatre thématiques, constituant la réalité quotidienne et essentielle du maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie :**

- L'habitat : du logement au quartier, thématique dans laquelle se situe la relation des locataires avec leur bailleur
- Le social et l'accès à la citoyenneté (au sens de vie de la cité, loisirs et vie sociale) :
- Le médico-social : aide à la personne, établissements
- Le médical : SSIAD et services de médecine, SSR et gériatrie



Ces thématiques seront traitées à travers quatre parties qui sont le parcours résidentiel et l'adaptation de l'habitat, l'accès aux services sociaux, médicaux et médicosociaux et la vie sociale.

### Des situations de dépendance difficiles à identifier

Il a été difficile dans le cadre de l'enquête et en s'appuyant sur les services sociaux et de gestion locative du bailleur social d'identifier des locataires en situation de dépendance vivant dans le parc social. Sur la trentaine de locataires rencontrés, la moitié peut être considérée comme modérément

autonome selon les critères de l'enquête Handicap santé et 8 seulement présentent un profil dépendant à très dépendant<sup>15</sup>.

En outre, les locataires âgés, en perte d'autonomie ou non, ont eu des réticences à exprimer leurs difficultés quotidiennes et leurs besoins, en raison d'une pudeur naturelle concernant des questions touchant à leur état de santé mais également en raison de la peur de la mutation ou du « placement » en établissement. Le consultant se présentait généralement de la part du bailleur et malgré un discours rassurant, certains locataires ont volontairement minimisé leurs difficultés quotidiennes.

## **Le parcours résidentiel des personnes rencontrées**

La majorité des personnes rencontrées présente une ancienneté importante dans leur logement et dans le parc social. L'analyse des parcours résidentiels montre un fort ancrage géographique et des parcours professionnels en lien avec les activités économiques de leur région : chantier naval à Saint Nazaire, ouvriers aux usines Gros Jean pour les locataires de Lons le Saunier, anciens ouvriers de l'usine Solvay à Tavaux...

Les entretiens auprès des locataires mettent en valeur l'importance que présente l'accès au parc social, pour les ménages à revenu modeste et ayant des incapacités, notamment quand le logement est accessible et qu'il permet un meilleur accès aux services (commerces, pharmacie, banque, poste) et aux transports. Les courses quotidiennes ou hebdomadaires, en compagnie d'un aidant familial ou professionnel, restent une distraction essentielle et favorise la lutte contre l'isolement.

**Une dizaine de ménages rencontrés ont emménagé dans leur logement actuel suite à la survenue de problèmes de santé et de dépendance.** Il s'agit principalement de propriétaires occupants ou de locataires du privé dans des logements présentant des problèmes d'accessibilité, d'adaptation, voire d'insalubrité.

*M et Mme L. ont exercé leur vie professionnelle à Paris et souhaitaient se rapprocher du littoral. Ils ont vécu 10 ans dans un logement privé mais, suite à la survenance du handicap de M., ils ont souhaité faire une demande de logement dans le parc social (M. est amputé des deux jambes et se déplace en fauteuil roulant). Ils ont attendu deux ans avant d'emménager dans leur logement actuel en 2009.*

*Mme G. était propriétaire de son logement au Croisic, mais sa chambre était à l'étage et le logement posait des problèmes d'humidité. Elle a ainsi fait une demande de logement social. C'est également le cas de M. X, GIR 4, vivant dans un logement social à Dole. Celui-ci, offrant un meilleur confort et un loyer plus modéré que son ancien logement, a contribué à une amélioration de son état de santé.*

D'autres entretiens témoignent de la pertinence des politiques fines menées par les bailleurs sociaux pour adapter et/ou de construire des logements adaptés au vieillissement, à proximité de services et d'équipements.

*C'est le cas de M. V, propriétaire de son logement, qui a bénéficié d'un logement adapté à proximité d'un EHPAD dans lequel séjourne sa femme malade d'Alzheimer. Dans un premier temps hostile au déménagement, M. nous a fait part dans le cadre de l'entretien de son soulagement et de sa satisfaction actuelle, notamment suite à la prise en charge de sa femme par l'EHPAD à proximité et de la possibilité qui lui est offerte de la visiter quotidiennement.*

---

<sup>15</sup> Il faut préciser que les consultants chargés des enquêtes ne sont pas des professionnels de l'évaluation de la dépendance et que les personnes interviewées étaient en droit d'éluder certaines questions.

Les entretiens montrent que les déménagements sont dans ces conditions envisageables, voire souhaitables de la part des personnes âgées ou très âgées et qu'ils peuvent contribuer à une amélioration des conditions de vie des personnes.

**Certains locataires**, bien que logés à des étages trop élevés, dans des logements non adaptés, ou trop grands par rapport à leur situation familiale, **ont en revanche exprimé leur refus de déménager**. Quelques-uns ont déclaré ne pas avoir eu de proposition adaptée à leurs besoins malgré leur demande de mutation.

*C'est le cas d'une femme seule, dépendante, en situation d'isolement important, au troisième étage sans ascenseur et refusant d'envisager un déménagement. Ses problèmes de mobilité conduisent à un confinement dans le logement, même si, selon elle, « cela convient » et qu'elle a dans son logement « tous ses repères ».*

*M et Mme habite depuis 23 dans leur logement. M est malade de Parkinson, Mme est tombée 6 semaines auparavant en butant contre la marche de son balcon et s'est blessée à la jambe. Elle souhaite l'installation d'une douche dans son logement, mais il s'agit d'un T4, et l'organisme lui propose plutôt une mutation. Son mari et elle font chambre à part en raison de la dégradation de son état de santé. Sa fille habite un logement dans la même tour. « Je ne veux pas changer de logement. On a trois chambres, 1 pour moi, 1 pour mon mari, 1 pour mes petits-enfants. On y a tout notre vécu ».*

**Les ménages interrogés ont également mis en valeur des attentes en matière de qualité de service et d'interlocuteur dédié.** Des problèmes techniques, lors d'un déménagement, peuvent avoir des conséquences plus importantes pour une personne même modérément dépendante que pour une personne autonome, surtout si celle-ci ne bénéficie pas du soutien de son entourage :

*Un monsieur handicapé en fauteuil roulant, nouvellement installé, a raconté ses difficultés lors de son emménagement dans un logement adapté. La serrure de sa porte palière étant détériorée, il a eu des difficultés à sortir de son logement et a dû faire appel à ses proches pour retrouver son autonomie dans son logement. Il a signalé ces difficultés à son bailleur, mais n'a pas eu de réponse à ce jour.*

Les partenaires ont également soulevé le problème de l'organisation des déménagements pour les personnes isolées. Le CLIC est chargé d'aider les personnes à trouver les aides financières, mais les dossiers sont parfois lourds à monter et les partenaires manquent de relais.

Ces exemples illustrent les besoins d'accompagnement des personnes âgées dépendantes et de leurs familles pour la définition de leurs choix résidentiels, à la fois en termes de :

- temporalité pertinente : offrir la possibilité d'une mutation avant que l'état de santé ne soit trop dégradé et que la personne présente un niveau trop important de fragilité,
- d'information sur les possibilités existantes d'adaptation de logement ou de mutation dans un logement mieux adapté en termes de fonctionnalités, de quittance et de localisation.
- d'accompagnement au changement et de réflexion globale sur les besoins de la personne en matière d'habitat, y compris après le déménagement.

## La vie dans les logements

Le domicile des personnes âgées rencontrées était pour la majorité investi affectivement et très lié à l'histoire de la famille : les locataires ont déclaré pour leur majorité se plaire et se sentir « en sécurité » dans leur logement. Ils les considéraient lumineux, calmes, « pleins de souvenirs », « mon logement c'est ma vie ». Dans ce contexte, la survenue de désagréments techniques et/ ou d'un sentiment d'insécurité lié au fonctionnement social du quartier peuvent affecter profondément les personnes en perte d'autonomie, puisque touchant à un espace intime très investi et où la notion de « sécurité » est essentielle.

Les logements visités par les consultants étaient le plus souvent adaptés au vieillissement et les locataires se sont déclarés globalement satisfaits des aménagements réalisés <sup>16</sup> (équipements sanitaires, barres d'appui...). Leur réalisation avant la survenue de la dépendance ou pour des personnes modérément autonomes est indispensable pour permettre au locataire de conserver son autonomie pour certains actes de la vie quotidienne. Elle est un facteur de prévention de la dépendance.

Les locataires expriment cependant des attentes de plus grande lisibilité des procédures, des délais, de qualité des travaux réalisés...

Concernant les locataires en situation de grande dépendance, dont certains restent alités toute la journée, le principal enjeu est de concilier un usage du logement en tant que lieu de vie personnel et un usage pour le soin ou l'aide à la vie quotidienne par un professionnel. Pour le locataire, il s'agit de préserver un cadre de vie agréable et une certaine intimité, tout en favorisant une organisation de l'espace facilitant l'intervention des professionnels.

L'étude a montré des problématiques liées à la taille et à la conception du logement :

- Besoin d'un logement plus grand pour l'installation des équipements médicaux, pour stocker des médicaments, pour accueillir la nuit un garde malade ou un aidant familial...
- A contrario, il est apparu le besoin d'un logement de petite typologie pour les personnes en situation de dépendance psychique ou avec des difficultés d'orientation.

***L'exemple de la situation de M et Mme C. montre l'importance de la typologie et conception du logement pour l'accueil de personnes âgées dépendantes. Monsieur se déplace dans le logement avec un déambulateur ou un fauteuil roulant. Sa chambre est équipée d'un fauteuil et d'un lit médicalisé. Une douche a été installée dans le logement ainsi que des barres d'appui et un lino antidérapant dans la salle de bain et dans les WC. Problématiques rencontrées :***

- *L'installation d'un lit médicalisé encombre la chambre à coucher et la taille de la pièce ne permet pas l'installation d'un lève malade, ce qui complique l'intervention des aidants professionnels et familiaux ;*
- *L'encombrement du logement entraîne des difficultés de circulation pour Monsieur et rend difficile l'accès aux volets et aux rangements ;*

---

<sup>16</sup> C'est particulièrement le cas dans des logements qui ont fait l'objet d'un niveau d'adaptation important (voyant lumineux pour signaler le fonctionnement de la sonnette, douche à l'italienne...) et d'un accompagnement personnalisé des travaux par le bailleur social (personnel dédié, visite de courtoisie avant et après travaux, informations précises sur les délais et la nature des travaux...).



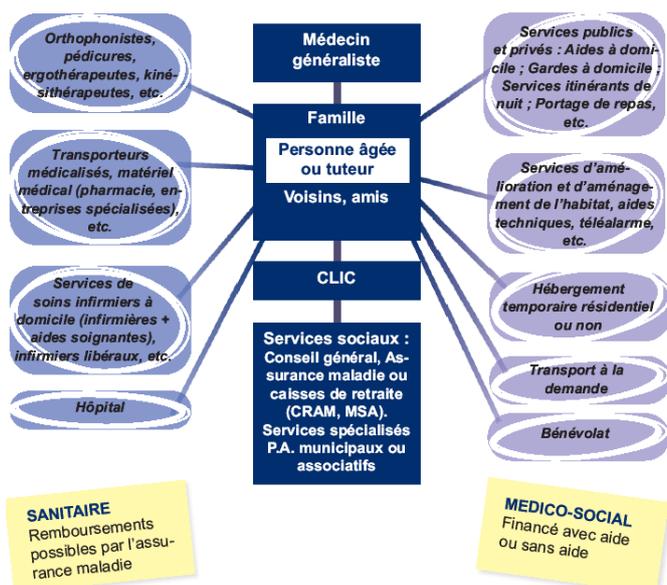
Des besoins d'adaptation ont été exprimés par les aidants familiaux et les professionnels, pour la réalisation de la toilette, les transferts et l'accompagnement des sorties. Ils portent sur :

- **l'accessibilité des logements et halls d'immeuble** (accès fauteuil roulant et/ ou déambulateur) afin d'accompagner la personne âgée à l'extérieur de son logement : courses, loisirs...
- **l'adaptation des sanitaires** : les équipements doivent être adaptés à l'intervention de l'aidant en termes de taille et de conception : attention à l'emplacement de la robinetterie, si celle-ci se situe au fond de la douche, la personne qui prend en charge la toilette reçoit des éclaboussures ; la taille de la douche doit également permettre à l'aidant de soutenir la personne âgée... ;

## L'accès aux services et aux soins

Les personnes âgées en perte d'autonomie, rencontrées au cours de l'enquête, tout comme les professionnels du secteur, soulignent l'importance de l'existence de services d'aide à la vie pour permettre le maintien à domicile. Ce maintien à domicile dans de bonnes conditions est également souvent conditionné par la présence de soignants et d'aidants et d'un matériel médical adéquat.

L'organisation à mettre en place revêt dès lors une certaine complexité administrative et organisationnelle pour des personnes âgées qui voient se multiplier le nombre d'intervenants se rendant à leur domicile. Ce dernier point est illustré par le schéma ci-dessous qui recense les services concernés par le maintien à domicile d'une personne âgée.



C'est le rôle des évaluateurs APA du Conseil général d'identifier l'ensemble des besoins et des ressources de la personne (entourage, habitat, aide technique, environnement...), de proposer un plan d'aide et de le coordonner.

Les situations sont cependant différentes selon les territoires : ainsi ce rôle de coordination est davantage joué par le CLIC à Saint-Nazaire, et par les évaluateurs APA dans le Jura, qui mènent une politique dynamique d'évaluation des besoins des personnes âgées.

Les aidants familiaux sont également indispensables aux professionnels du maintien à domicile pour organiser le plan d'aide à la personne et coordonner les intervenants

Ce besoin de coordination est particulièrement important pour les personnes dépendantes qui vont mobiliser plusieurs services, portage de repas à domicile, kiné, médecin, auxiliaire de vie, aide-soignante.... Il nécessite une interconnaissance des différents intervenants, du social, du médico-social, du soin qui interviennent au domicile des personnes âgées dépendantes. Chacun d'entre eux peut être amené à intervenir à la marge de ses compétences. Les partenaires du médico-social, par exemple, peuvent être interpellés par des problèmes d'isolement, d'accès aux droits, de gestion budgétaire ou des questions liées à l'aménagement du logement. De la même manière, le bailleur social peut se mobiliser pour traiter une difficulté d'accès au droit ou une situation d'isolement.

Les locataires interrogés se sont déclarés majoritairement satisfaits des services à domicile auxquels ils font appel, dans la majeure partie des cas, une aide-ménagère. Les personnes les plus dépendantes se sont cependant plaintes de la complexité des démarches administratives à effectuer, du lien difficile entre domicile et hôpital quand survient une maladie ou une chute, de besoins médicosociaux non couverts par les services en raison des coûts élevés ou d'une prise en charge insuffisante. Les aidants familiaux sont très sollicités pour faire le lien entre les services et avec l'hôpital, organiser les plannings d'intervention, mettre à disposition des clés et des badges pour l'accès à l'immeuble et au logement...

*L'exemple d'un ménage nazairien montre la multiplicité des intervenants et des aides dont bénéficie M., victime d'un AVC.*



Mr et Mme : 1900€ de retraite par mois. Mme : « Parfois c'est dur d'avoir autant de soignants » « A quelle heure je prends ma douche? On ne souffle pas! »

Les rythmes de vie ne sont pas toujours suffisamment respectés par les services à domicile. Les horaires d'intervention des professionnels étant contraints par l'organisation du service et le personnel en place.

*Dans le Jura, une femme isolée, dépendante, est mise au lit en pyjama à partir de 17h, en raison des contraintes liées à l'organisation des services de soins infirmiers.*

**Les services coûtent cher**, notamment la nuit et le week-end et les familles opèrent des arbitrages. On a pu constater des reste-à-charge de 80 à 120 euros (différentiel aide APA et coût réel des services à la personne) pour des personnes isolées en GIR 4 disposant de ressources d'environ 1000 euros, et après arbitrage de la personne sur le plan d'aide : réduction du nombre et du temps de passage de l'auxiliaire de vie, pas de portage de repas à domicile malgré les besoins... Ceci se traduit par des sollicitations accrues des aidants naturels pour limiter les coûts.

*Ainsi un couple disposant 1500 euros de revenu mensuels et dont la femme est en GIR 1 : le mari a réussi à limiter le reste à charge à 160 euros (différentiel aide APA et coût réel des services à la personne), mais le mari est obligé d'assurer une présence 24H/24 et le logement présente des problèmes d'hygiène en raison du faible nombre d'heures d'aide-ménagère.*

**Dans les secteurs ruraux, l'accès aux soins infirmiers est parfois difficile** : un nombre de places limitées (définies par agrément de l'ARS) et un manque de personnels dans certains secteurs génèrent des listes d'attente (avec des arbitrages des équipes en fonction du girage de la personne, du bénéfice éventuel d'une mesure d'hospitalisation à domicile, de l'activité du service).

**Les entretiens montrent également l'existence de ruptures de parcours de soin et de prise en charge**, avec des difficultés de retour à domicile suite à une hospitalisation : problèmes des délais d'instruction de l'APA, des délais d'adaptation du logement voire difficulté à trouver un nouveau logement qui corresponde mieux au besoin.

**Les études de cas présentées par les professionnels de l'aide à domicile illustrent également les limites du maintien à domicile des personnes en situation de dépendance psychique** notamment quand ils ont des problèmes de déambulation.

*Ainsi, M. C habite à Dole, il souffre de la maladie d'Alzheimer. Il a des problèmes de déambulation et de fugue. Il est veuf et est peu entouré par sa famille. Les services d'aide à domicile refusent de le prendre en charge suite à des problèmes de violence de sa part vis-à-vis des intervenantes.*

#### **Les ressources de l'environnement, les services à la personne dans les deux territoires :**

##### **Pour le médico-social :**

- Les CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique), organes d'information pour les personnes âgées ouverts aux familles et aux professionnels, qui accueillent et visitent à domicile les personnes âgées, puis en fonction de leurs besoins, facilitent les démarches avec les services compétents (Conseil général, sécurité sociale, associations...).
- Les associations d'aide à domicile : aide au ménage, courses, et sorties, aide à la personne par des auxiliaires de vie. Une intervention par heure ou par demi-heure, jusqu'à trois fois par jour (lever, aide à la prise du repas, fin de journée), en semaine et le week-end. La convention collective du secteur ne permet cependant pas les interventions après 20h30.
- CCAS : portage de repas, téléassistance

##### **Pour le médical :**

- SSIAD, soins infirmiers à domicile : généralement aides-soignantes pour la toilette et des conventions avec des infirmières libérales pour les actes infirmiers (injections, prise de médicament, piluliers...) et pédicures. Un partenariat avec l'association HAD
- Accueil de jour, hospitalier et hors hospitalier : EHPAD, association d'aide à domicile... : une faible demande : en raison des coûts (env. 30 euros/ jour), des transports, des réticences des conjoints
- Services hospitaliers : le service gériatrique : EHPAD, long et moyen séjour

## **Le rôle central de l'environnement social et des aidants familiaux, socle de tout système de prise en charge de la dépendance.**

Pour l'ensemble des partenaires rencontrés, l'isolement et l'absence d'activités de loisir sont le principal frein au maintien à domicile dans de bonnes conditions quand surviennent les incapacités.

L'enquête montre clairement un repli important sur le logement et une plus faible mobilité, liée notamment à une plus grande insécurité dans les déplacements (peur de la chute, difficultés d'orientation) d'une partie des personnes vieillissantes rencontrées. Leurs principaux loisirs sont sauf exception la lecture, la TV, les mots croisés, « *moi toute la journée, c'est le lit, la télé, le lit, la télé* ». Quelques locataires cependant font de la marche à pied ou participent aux clubs du troisième âge (une quinzaine de locataires).

**Cependant, ces locataires ne sont pas, dans la majorité des cas, en situation d'isolement<sup>17</sup>.** Une dizaine d'entre eux vivent avec ou à proximité immédiate d'un de leurs enfants, chez qui ils vont prendre leurs repas et passer un peu de son temps. Plusieurs locataires âgés accueillent à domicile leur enfant ou petit-enfant au chômage, en échange d'une aide dans les activités quotidiennes. Le voisinage est un point d'appui important pour la grande majorité des locataires rencontrés (pour une aide ponctuelle aux courses, pour de petits dépannages) et favorisent le maintien de liens sociaux.

Les aidants familiaux et/ ou de voisinage prennent ainsi une place essentielle pour aider à rompre l'isolement et à réaliser l'ensemble des actes de la vie quotidienne. Leurs fonctions principales sont les suivantes :

- veille régulière et / ou au quotidien, convivialité, stimulation de la personne ;
- complément d'aide aux actes de la vie quotidienne, courses, administratifs, mobilité, convivialité... qui ne seront pas couverts en totalité par le plan d'aide pris en charge par l'APA ;
- organisation de l'aide à domicile (soins et services ménagers), référent auprès des intervenants médicaux et médicaux sociaux et coordination des aides à domicile ;
- référents télé alarme,
- les services plus « intimes » (toilettes par exemple) sont en revanche pour la majorité des cas dispensés par des professionnels.

*Madame T., âgée de 82 ans, habite un logement adapté à Lons le Saunier. Depuis 1999, elle passe ses journées avec son fils et sa belle-fille et la nuit chez sa petite-fille qui habite au même étage de l'immeuble.*

**Les aidants familiaux rencontrés présentent ce soutien, généralement quotidien, comme « naturel » :** « *je ne compte pas mon temps* », « *cela me paraît naturel* ». Certains enfants ou conjoints, eux-mêmes âgés, appréhendent cependant la fatigue liée à l'âge et nous ont fait part de leurs difficultés face à ce devoir quotidien. Les solutions existantes pour soulager les aidants (groupes de parole, mais également accueil temporaire ou de jours) restent peu mobilisées par les familles en raison de leur coût, des transports pour y accéder et de la culpabilité ressentie (sentiment d'abandonner ses responsabilités, peur de l'accident en leur absence). Certains conjoints nous ont fait part de leur appréhension à quitter le domicile et à s'éloigner de la personne dépendante même pour une course rapide, en raison de la peur de l'accident et d'un sentiment de culpabilité ressentie.

---

<sup>17</sup> Selon les critères INSEE qui définit l'isolement social à moins de cinq contacts privés par semaine.

M. et Mme habitent leur logement depuis 41 ans. Mme souffre de la maladie de Parkinson depuis 12 ans. M. est l'aidant principal et un infirmier vient à domicile tous les jours. Mme se déplace très difficilement et porte une pompe en bandoulière. Ils ne reçoivent pas d'aide familiale. « Les relations changent avec les enfants, ils sont loin, ils ont leurs soucis ». « Moi, je ne veux plus sortir, sauf pour de petites commissions, après je reviens vite, je ne suis jamais tranquille, j'ai peur de la laisser seule ».

**Au cours de l'enquête nous avons rencontré trois personnes en situation d'isolement important et présentant des conditions sociales dégradées. Ces situations mettent en valeur les limites du maintien à domicile pour des personnes âgées souffrant de pathologie et les risques éventuellement encourus :**

*Deux ménages rencontrés illustrent le risque du « confinement au domicile ». Il s'agit de personnes âgées en Gir 4, dans des logements isolés en zone rurale et qui souffrent d'un isolement important en l'absence d'activités, de réseau familial ou de voisinage, notamment pendant l'hiver. Les professionnels préconiseraient plutôt un déménagement en foyer logement ou de l'hébergement temporaire pendant les périodes hivernales.*

#### **Les ressources de l'environnement, convivialité, lien social et aide aux aidants :**

- Pôle de service dans logement-foyer : restauration, activités (gym douce, sorties....) ;
- Activités proposées par les CCAS ou les centres sociaux : clubs du troisième âge, thés dansants voire visites d'amitié, ateliers mémoire, initiation à Internet, portage de livres à domicile....ateliers d'aide aux aidants.

## **Synthèse**

**La qualité du maintien à domicile d'une personne âgée dépendante repose sur plusieurs conditions :**

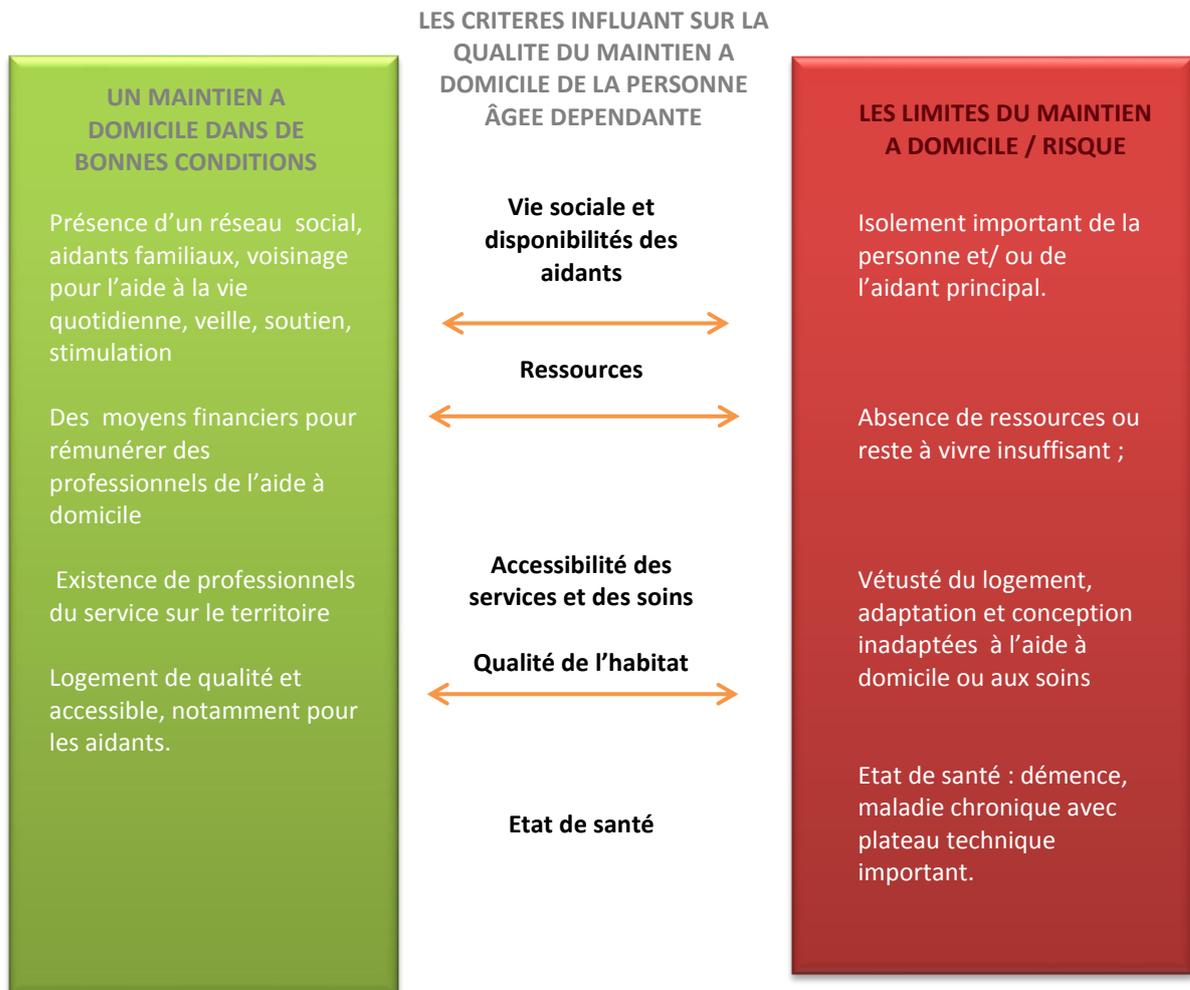
- **La qualité de l'habitat** : un logement adapté en termes d'accessibilité, de conception et d'aménagement et de localisation favorise l'autonomie de la personne et constitue un véritable outil de prévention et d'accompagnement de la dépendance. Les aménagements doivent faciliter en outre l'intervention des aidants.
- **L'accès aux services d'aide à domicile et aux soins est essentiel pour le maintien à domicile des personnes dépendantes**: aides ménagères, aide à la toilette, repas, soins en cas de besoin. La qualité de vie des personnes modérément autonomes repose également sur des services permettant de lutter contre l'isolement et de favoriser le lien social.

Cet accès aux services n'est pas égal sur les territoires. Il est particulièrement difficile en milieu rural. Il est également conditionné par la capacité contributive de la personne et/de pour la famille. Si les soins sont pris en charge au plan national par la CPAM, les modalités d'accompagnement de la dépendance par l'APA ne sont pas équivalentes d'un département à l'autre. Les conditions d'intervention des CCAS, très impliqués dans les services à domicile sont également variables. En fonction de leurs ressources, les personnes peuvent avoir un reste à charge non négligeable en fonction de leurs besoins de services. Ceci les amène à opérer des arbitrages allant parfois à l'encontre de leurs besoins essentiels.

Il n'y a donc pas de modèle économique uniforme et global du maintien à domicile : son coût et sa prise en charge sont divers selon la situation des personnes, la localisation de leur logement, les partenariats présents sur le territoire.

Dans la plupart des cas, les aidants naturels sont le socle principal du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes et sont de véritables amortisseurs des coûts du maintien à domicile par des aides informelles.

Enfin, il faut préciser que dans certains cas le maintien à domicile trouve ses limites : par exemple dans le cas d'une personne atteinte d'une forte dépendance psychique ou lorsque les personnes nécessitent un plateau technique médical important.



## Quel rôle des bailleurs sociaux pour accompagner la dépendance dans le parc social ?

---

L'étude a mis en lumière que le maintien à domicile des personnes dépendantes repose en grande partie sur l'existence de services. Les bailleurs ne sont pas impliqués directement dans leur mise en œuvre, c'est pourquoi, ils s'inscrivent davantage dans un rôle de prévention de la perte d'autonomie – à travers l'adaptation du logement, la mobilité résidentielle et la gestion locative adaptée – que d'accompagnement de la dépendance. Ce positionnement est renforcé par l'ampleur modérée à court et à moyen terme de la dépendance dans le parc social. L'anticipation de la survenue de la dépendance n'appelle donc pas de procédures particulières mais des ajustements de certaines actions d'ores et déjà menées pour accompagner le vieillissement des locataires.

Les différents points à examiner sont les suivants:

- 1/ Mieux prendre en compte la dépendance dans les interventions sur le cadre bâti
- 2/ Prendre en compte dans la gestion la spécificité des personnes âgées dépendantes
- 3/ Faciliter l'accès des locataires âgés et dépendants aux services
- 4/ Favoriser le lien social et les services informels

### 1/ Mieux prendre en compte la dépendance dans les interventions sur le cadre bâti

#### L'adaptation du parc existant

Cette adaptation du parc, en pleine montée en charge dans les organismes, est indispensable pour prévenir la survenue de la dépendance. Elle donne lieu à la définition d'une politique de travaux et d'adaptation du cadre bâti, avec une prise en compte des enjeux de gestion et d'attribution liés à la pérennisation du stock de logements adaptés.

- Intégration du vieillissement dans les plans stratégiques patrimoniaux et définition d'une politique d'adaptation du parc s'appuyant notamment sur le dispositif de dégrèvement fiscal des travaux d'accessibilité ;
- Définition de process clairs (cahier des charges des travaux d'adaptation, marché à bons de commande, fidélisation des entreprises)...

Les entretiens menés avec des locataires modérément autonomes ou dépendants ont montré que plus le niveau d'adaptation est élevé et de qualité (douches à l'italienne avec siège intégré et carrelé, voyants lumineux,...), plus leur satisfaction est importante. Le principal point à prendre en compte pour anticiper une éventuelle **dépendance dans la politique de travaux concerne la présence d'aidants** lors de la toilette, au lit ou dans la douche, des transferts.... L'accueil d'une tierce personne (aidant familial, ou garde de nuit) peut également s'avérer nécessaire ce qui renvoie à la typologie des logements. Le stockage des médicaments, l'installation éventuelle de matériel médical doivent également être possible sans transformer totalement le cadre de vie des personnes.

Il ne s'agit donc pas de faire des logements dédiés aux personnes dépendantes, mais plutôt d'intégrer dans la politique d'adaptation des logements, le besoin d'espace pour les aidants, l'évolutivité de certains équipements (ex : possibilité d'installation d'un siège dans la douche etc.

## **Faciliter l'accès aux services dans la conception des programmes neufs**

Dans l'offre nouvelle, les marges de manœuvre pour une prise en compte de la dépendance sont plus importantes : l'un des leviers à mobiliser est la localisation des programmes comportant des logements à l'attention des personnes vieillissantes à proximité des services et équipements. La proximité d'un logement-foyer ou d'un Ehpad peut également faciliter une installation du locataire dans l'établissement en cas de difficulté de maintien à domicile dans le parc social.

En neuf, la conception des opérations peut favoriser les services informels et le lien social entre personnes âgées et familles en mixant par exemple la typologie des logements et en prévoyant des lieux de rencontre ou des espaces collectifs facilitant l'interconnaissance entre voisins. Ces opérations, sont conçues parfois comme de véritables programmes intergénérationnels : attribution conjointe à une personne âgée et à des proches de deux logements, signature d'une charte de bon voisinage par les nouveaux entrants etc.

Compte tenu de la diversité des contextes urbains et de prise en charge de la dépendance, il n'y a pas de modèle type. Les acteurs rencontrés soulignent l'intérêt des démarches partenariales (bailleurs et partenaires de l'accompagnement du vieillissement) pour la conception de ces programmes.

Le développement d'une offre d'habitat comportant un service pour les personnes vieillissantes permettrait de répondre à une montée éventuelle de la dépendance des personnes logées. La conception de tels produits pourrait être réfléchi à partir de l'expérience des logements-foyers pour personnes âgées. Elle nécessite cependant de faire évoluer le cadre législatif et réglementaire.

Les nouvelles technologies de l'information (NTIC) permettent de pallier partiellement l'insuffisance de moyens d'accompagnement humains pour l'accompagnement des personnes âgées, devenant dépendantes. Leur mise en œuvre nécessite une organisation ad hoc de la part des services en contact avec les personnes âgées par le biais de ces nouvelles technologies. Pour le bailleur social, leur mise en place peut représenter un coût important à l'investissement et en fonctionnement (maintenance, remplacement liée à une obsolescence rapide etc.).

## **2/ Prendre en compte le vieillissement et la prévention de la dépendance dans la politique d'attribution**

La constitution d'une offre dédiée aux personnes vieillissantes donne lieu à une adaptation par les organismes de leurs politiques d'attribution. L'objectif est d'affecter ces logements prioritairement à des personnes âgées, locataires ou non du parc social, par un repérage dans leur base patrimoine.

Ce fléchage est partiellement rendu possible par l'article R441 4 du CCH qui prévoit que les logements construits ou aménagés en vue de leur occupation par des personnes handicapées sont attribués à celles-ci ou à défaut de candidat à des personnes âgées dont l'état le justifie. La réglementation est restrictive : elle concerne les logements adaptés au handicap en nombre plus limité que les logements adaptés à des personnes à mobilité réduite. Elle vise des personnes âgées qui subissent déjà des incapacités. Ce fléchage nécessite un accord des réservataires des logements.

Dans le cas de la dépendance avérée, la politique d'attribution doit en complément favoriser le rapprochement des aidants familiaux des locataires en situation de dépendance ou à l'inverse rapprocher un locataire âgé d'un proche susceptible de contribuer à son maintien à domicile.

La politique de mobilité résidentielle visant à proposer à des personnes vieillissantes un logement mieux adapté à leur situation doit être poursuivie.

### **3/ Adapter la gestion aux besoins des personnes dépendantes**

Les organismes, en fonction des enjeux liés au vieillissement de leurs locataires, adaptent leur organisation (en créant parfois des cellules spécifiques, en donnant à leurs salariés au contact des locataires une culture 'vieillesse etc.) et ajustent leurs procédures pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées.

Deux points paraissent particulièrement importants pour répondre aux enjeux de la dépendance de certains de leurs locataires : l'adaptation de la relation locative, l'organisation d'une veille sur les situations à risque.

#### **Adapter la relation locative avec les personnes âgées et dépendantes**

Différents leviers sont mobilisés par les bailleurs sociaux pour améliorer l'information des locataires âgés et très âgés, traiter de manière plus réactive leurs demandes et mieux en compte leurs besoins exprimés ou non :

- Désignation d'interlocuteurs dédiés, en contact avec les locataires âgés et chargés de l'interface avec les principaux partenaires du territoire (CLIC notamment),
- Spécialisation d'un chargé d'opération sur l'adaptation des logements au vieillissement.
- Adaptation éventuelle des missions des personnels de proximité en direction des locataires âgés et très âgés : écoute, menus services, traitement prioritaire des réclamations....

Un axe de progrès réside dans une amélioration de la lisibilité de la procédure relative aux travaux d'adaptation (quels sont les critères de décision? Qui fait quoi dans quels délais? Quels aménagements seront réalisés?) et de l'accompagnement de ces travaux (présentation du fonctionnement des équipements, enquête de satisfaction, visite de courtoisie).

Enfin la survenue de la dépendance impose à l'organisme de gérer la relation locative avec de nouveaux interlocuteurs, tiers familiaux ou professionnels, qui effectuent des réclamations au nom du locataire, demandent des adaptations de logement, voire formulent une demande de mutation. Pour le bailleur, il s'agit d'apprécier au cas par cas la réponse à apporter à ces demandes effectuées pour le compte du titulaire du bail. Juridiquement, hormis en cas de tutelle/ curatelle, la décision du locataire est nécessaire concernant tout ce qui a un impact sur le contrat de bail.

#### **Organiser la veille sur les situations à risque**

La prise en compte des personnes âgées dépendantes dans la gestion quotidienne des organismes, comme d'autres catégories de locataires fragiles, appelle une posture de veille et d'écoute. Les situations d'isolement important, de manque d'hygiène, de non accès aux soins, voire d'incurie peuvent être découvertes par signalement du voisinage, parfois à l'occasion « d'une crise », lors de la survenue de problèmes techniques dans le logement ou d'un impayé nécessitant une intervention du bailleur.

Ces situations parfois critiques amènent les organismes à s'interroger sur leur rôle entre prévention des risques, assistance à personne en danger et respect du droit à la vie privée : comment évaluer les difficultés et risques encourus par une personne? Quand faut-il les signaler aux services concernés? Qui sont les bons interlocuteurs? Quels sont les signaux d'alerte? Elles nécessitent la définition par l'organisme d'un cadre d'intervention à l'usage des personnels en contact avec ces locataires.

Des actions de formation et de sensibilisation des équipes peuvent les aider à mieux appréhender les difficultés rencontrées par ces locataires âgés et dépendants, à identifier des signes d'alerte et à se doter d'une posture professionnelle dans des situations humaines délicates.

#### **4/Faciliter l'accès des locataires âgés et dépendants aux services**

L'accès aux services conditionne le maintien des personnes âgées et dépendantes dans leur logement et les bailleurs sociaux y contribuent. Ceci nécessite de leur part de :

- **Connaître les partenaires du service sur le territoire et se faire connaître d'eux**, voire signer des chartes de partenariat. En interne ceci se traduit par un outillage des services (mise en place de guides sur qui fait quoi ?)
- **Informers les locataires** sur les services qu'ils peuvent en cas d'apparition des incapacités : adaptation des logements, mutation, services à la personne. Dans certains cas, ces actions sont menées en lien avec les partenaires du service, les CCAS, les Elus locaux.
- **Etre force d'interpellation sur les situations à risque**
- **Faciliter l'intervention des aidants** : fourniture de badges pour l'accès au logement (parfois une dizaine de badges sont nécessaires), attribution d'un logement aux aidants naturels à proximité de leurs parents âgés...

#### **5/ Encourager le lien social et les services informels**

Les services informels et gratuits apportés par la famille, les voisins jouent un rôle essentiel dans le maintien à domicile des personnes âgées, en complément ou en substitution des services apportés par des professionnels du service à domicile. Ils contribuent également à la lutte contre l'isolement.

Les bailleurs sociaux y contribuent en **favorisant les liens de voisinage** (Petits Frères des pauvres et réseau Voisin'âge) : organisation d'une veille de voisinage (système québécois associant les voisins et les personnes âgées) ; sensibilisation/ formation des locataires aux enjeux du vieillissement et de la dépendance, développement des visites de courtoisies (sur le modèle du label Habitat senior service) ;