



CONSEIL DE L'ÂGE

POLITIQUES DE L'AUTONOMIE, MOBILITES RESIDENTIELLES ET AMENAGEMENTS DU TERRITOIRE

TOME II PROPOSITIONS POLITIQUES DE L'AUTONOMIE ET AMENAGEMENTS DU TERRITOIRE

**Rapport adopté par le Conseil de l'âge
le 8 juillet 2021**

SOMMAIRE

Synthèse.....	5
Préambule : pour des aménagements cohérents avec l'aspiration à vieillir chez soi	9
A. Un virage domiciliaire souhaité depuis plus de dix ans mais des réalisations encore à venir	9
B. Exemples de territoires « vertueux » en France et à l'étranger	11
1. Exemples de labels.....	11
2 Monographies de territoires	12
C. 300 à 500 000 personnes vulnérables supplémentaires concernées d'ici 2030 et plus dans la décennie qui suit : un besoin de planification de l'habitat mieux étayée.....	14
I. Axe 1 : Accompagner les EPCI et communes pour mieux intégrer l'évolution des besoins d'habitats liés au vieillissement dans leur stratégie résidentielle.....	18
A. Les programmes locaux de l'habitat (PLH) : un levier clé de l'offre résidentielle porté par les EPCI.....	18
B. Un besoin de connaissances dans le PLH pour établir des priorités à une maille adaptée en matière d'habitat pour les personnes âgées	21
1. Dans le PLH, des analyses « vieillissement » plus intégrées apparaissent assez complexes à mener	21
2. Trois types de croisements pertinents qui demandent un investissement	22
C. Proposition 1 : mieux croiser données sur l'habitat, projections démographiques dans le « porter a connaissance » (PAC) : exploiter les remontées APA individuelles et les modèles de projection à une maille communale et restituer le diagnostic sous forme de cartographie lisible pour les élus.....	23
1. Données disponibles et exploitations possibles à une maille plus fine	24
2. Proposition.....	29
D. Proposition 2 : mieux suivre les évolutions du parc résidentiel pour les personnes âgées vulnérables dans trois champs : les aménagements de logements sociaux, la rénovation urbaine et l'habitat regroupe.....	30
E. Proposition 3 : développer un outil de simulation et d'aide à la décision, à destination des EPCI, permettant de localiser une gamme de solutions d'habitat répondant aux besoins des personnes selon des zonages en services	32
1. Amélioration d'Otelo (outil pour la territorialisation de la production de logements)	32
2. Prendre en compte les services et le cadre de vie : l'intérêt du zonage et l'étude du Cerema pour le HCFEA, en partenariat avec la DHUP	34
3. Proposition.....	35
F. Proposition 4 : développer un outil d'aide à la décision, notamment à destination des EPCI, permettant d'estimer les coûts comparés des Ehpad et du maintien à domicile en habitat ordinaire ou regroupé sur des périmètres comparables	35

G. Proposition 5 : S'assurer qu'on dispose de moyens financiers et humains pour développer l'ingénierie d'une offre globale d'habitat adaptée au vieillissement. Si nécessaire, étudier les voies d'une mutualisation des moyens.	37
1. Les connaissances et outils de simulation habitat ne suffisent pas : il y a un besoin d'ingénierie	37
2. Des opérations structurantes en termes d'aménagement des territoires peuvent recourir à du cofinancement d'ingénierie pour faciliter le travail des communes	38
3. De nombreux dispositifs pour soutenir le vieillissement dans Action cœur de ville (37% des projets concernés), sans pour autant aborder la cohérence globale sur un bassin de vie	39
4. Proposition.....	40
5. Envisager aussi un réseau, animé par le département et/ou l'ANCT, pour faciliter le travail des chefs de projets « vieillissement » en EPCI et suivre la montée en charge du maillage global dans le département ?	41

II. Axe 2 : Le rôle des départements pour développer un volet spatial de connaissances des travailleurs du care favorisant une offre de services complémentaire du PLH..... 43

A. Proposition 6 : développer et partager la connaissance du nombre d'heures de care, aujourd'hui lacunaire, et des tensions en emploi à une échelle fine dans le département.....	43
1. La meilleure compréhension de l'évolution des métiers du care doit se doubler d'un volet spatial	43
2. Les connaissances partageables sur les heures de care sont aujourd'hui trop lacunaires alors que des données sont exploitables : proposition	44
B. Proposition 7 : compléter le volet mobilités du plan national métier du care avec un cadre de réflexion sur une approche plus volontariste de localisation des travailleurs à proximité de la demande, intégrant des aspects de coûts économiques et d'empreinte carbone	47
1. Favoriser mobilités des travailleurs du care ou localisation à proximité de la demande : deux approches complémentaires	47
2. Proposition.....	48
C. Proposition 8 : dans le cadre du plan métier du grand âge, faciliter des remplacements organisés à l'échelle du département pour assurer un « service minimum »	49

III. Axe 3 : développer des aides à la mobilité résidentielle à côté des aménagements des logements individuels 52

A. Les besoins d'aménagements du logement : comment évaluer la population cible ?.....	52
1. Des politiques d'aménagements en rénovation et en construction de logements.....	52
2. Qui et combien de personnes sont concernées ? Encore des questions pour établir un rythme souhaitable.....	53
B. Des dispositifs d'aménagements des logements à faciliter	55
1. Reste à charge	55
2. Des pistes de simplification, d'élargissement des travaux couverts, d'information et d'aides au financement	56

C. Proposition 9 et 10 : développer un conseil pour des aides à la mobilité résidentielle à chaque ouverture APA et ouverture d'un dossier d'aménagement du logement	58
1. Des moments-clés pour envisager des mobilités résidentielles.....	58
2. Des précédents dans le parc social à généraliser	58
3. Proposition.....	60

IV. Annexes.....62

A. Annexe 1 : EPCI.....	62
B. Annexe 2 : des exemples de déclinaisons au niveau communal ou EPCI de données autonomes et des exemples de zonage	64
C. Annexe 3 : Un volet spatialisé pour le grand plan métier du grand âge : le développement des plateformes territoriales	68
D. Annexe 4 : Temps et coût de transport des aides à domicile	69
E. Annexe 5 : La responsabilité populationnelle selon la FHF et la territorialisation des soins en matière d'autonomie	71
F. Annexe 6 : Personnes auditionnées	72

Synthèse

L'amélioration des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées ne peut plus faire l'économie d'une conception plus articulée aux politiques de l'habitat. Ceci est posé depuis la loi ASV mais beaucoup reste à construire, surtout dans le cadre d'un « virage domiciliaire » attendu.

Nous avons établi un état des lieux en février 2021 (Tome I du présent rapport)¹ sur les mobilités résidentielles des personnes âgées, et nous avons identifié le besoin de mieux étayer les exercices de planification/programmation² des collectivités locales en matière d'habitat pour répondre aux enjeux du vieillissement. Il s'agissait de comprendre comment passer de l'actuel soutien à divers dispositifs et projets ponctuels à destination des domiciles des personnes âgées à une stratégie d'aménagement du territoire pensant de concert projections démographiques et développement des offres de logement ordinaire, incluant des aménagements de logements sociaux ou privés, le développement des offres de résidences services seniors, résidences autonomie et habitat inclusif, le tout adossé à un panier de services afférents, et ce dans un scénario de rénovation des Ehpad sans) création (significative) de places. Ce tournant viserait d'une part à mieux intégrer cette pluralité de « segments » résidentiels aux politiques de revitalisation des territoires portées par des collectivités locales, et d'autre part à mieux intégrer des réflexions de types aménagements du territoire dans les schémas d'autonomie.

Ces éléments ont guidé notre méthode de travail : nous avons d'abord, en mars et en avril, mené des auditions dans quatre départements contrastés, en entendant des acteurs de l'urbanisme côté État central (DDT, ANCT, etc.), des EPCI et des communes de ces départements et les services départementaux porteurs des schémas autonomie³, avant de tester plusieurs pistes.

Faute de données satisfaisantes, et plus encore de cadres méthodologiques pour les mobiliser, le rapport identifie d'abord des besoins de connaissance pour mieux croiser données sur l'habitat et caractéristiques sociodémographiques des personnes âgées à l'échelle communale et établir des projections de moyen terme. Il étudie les pistes qui visent à traduire ces données en leviers aux mains des collectivités locales qui portent la stratégie habitat-communes des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) en premier lieu. Mais nulle politique domiciliaire ne peut voir le jour sans aborder le développement des services à domicile. Il passe à titre principal par une amélioration des rémunérations, des conditions de travail et de la formation (comme s'y attache notamment le rapport El Khomri⁴ et l'annonce du plan d'action métiers du grand âge par le ministère des Affaires sociales et de la Santé⁵). Mais on doit aussi s'interroger sur le déploiement des services sur les territoires. Et nous l'ouvrons à partir de cet angle, volontairement restreint dans un premier temps, des connaissances nécessaires et des modalités envisageables pour en faire des appuis à des stratégies de développement local.

¹ Le document examiné en Conseil de l'âge en février 2021 comportait un état des lieux qui est repris *in extenso* dans le tome I de ce rapport. S'y ajoutait une partie préfigurant les pistes présentées dans ce tome II.

² On renvoie au document *Powerpoint* de la séance du Conseil de l'âge de février 2021 posant nos champs d'investigations.

³ Annexe 7 : auditions.

⁴ El Khomri M., *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge 2020-2024*, octobre 2019.

⁵ En septembre 2020. Voir point d'étape avril 2021.

On constate qu'aujourd'hui les projections démographiques, qui éclairent les tensions liées au vieillissement et à la perte d'autonomie que les territoires connaîtront, apparaissent comme des éléments descriptifs plus qu'elles n'aident à dimensionner des investissements et une stratégie de localisation. Il est vrai que s'il est relativement aisé de concevoir une programmation de places d'Ehpad le pilotage d'une offre habitat globale adaptée au vieillissement est plus complexe. D'abord, il n'est pas évident de comprendre ce qui peut se piloter à moyen terme dans cette perspective, et comment anticiper sans tomber dans l'illusion d'une maîtrise aveugle aux contingences et aux mutations des modes de vie, ni alimenter une suradministration. Dans ce cadre prudent et encore largement interrogatif, plusieurs points nous semblaient mériter d'être expertisés :

- comment mettre à disposition des collectivités locales des connaissances et des méthodes pour les aider à programmer leur réponse aux besoins de leurs populations vieillissantes ;
- dans cette perspective, déterminer les leviers et freins pour que les programmes Actions cœur de ville, Petites villes de demain et autres développement territoriaux structurants, se saisissent davantage des enjeux de programmation de l'habitat lié au vieillissement ;
- comment mieux coupler l'implantation de ces solutions et la localisation des services médicosociaux et sanitaires.

Notre travail a permis d'établir 10 propositions articulées sur 3 axes⁶. On les résume ici.

Axe 1. Accompagner les EPCI et communes pour mieux intégrer l'évolution des besoins d'habitats liés au vieillissement dans leur stratégie résidentielle

Au sein du « porter à connaissance » (PAC), des données relatives à l'âge sont souvent présentes, mais elles ne suffisent pas à élaborer une programmation globale des besoins d'habitats pour faire face au vieillissement.

➤ *Proposition 1*

Mieux croiser données sur l'habitat, projections démographiques dans le « porter à connaissance » (PAC) : exploiter les remontées APA individuelles et les modèles de projection à une maille territoriale pertinente, parfois communale. Restituer le diagnostic sous forme de cartographie lisible pour les élus.

➤ *Proposition 2*

Mieux suivre les évolutions du parc résidentiel pour les personnes âgées vulnérables dans trois champs : les aménagements de logements sociaux, la rénovation urbaine et l'habitat regroupé.

Pour que ces connaissances soient une aide à la décision pour les collectivités locales, il ne suffit pas d'appréhender le bâti, mais il convient de le relier avec des facteurs clés d'un maintien à domicile, à savoir l'accès à des aménités quotidiennes et à des services d'aide au domicile.

➤ *Proposition 3*

Améliorer l'Outil pour la territorialisation de la production de logements (Otel) et développer un outil de simulation et d'aide à la décision, à destination des EPCI et des communes,

⁶ Dans le rapport les propositions sont décrites plus précisément.

permettant de localiser un mix de solutions d'habitat répondant aux besoins des personnes âgées, selon des zonages en services. Une première approche est testée par le Cerema pour le HCFEA⁷.

➤ *Proposition 4.*

Dans la suite des travaux préliminaires menés par le HCFEA et des travaux initiés par la Drees et l'IPP, avec l'appui financier éventuel du fonds territoire de la CNSA, développer des outils d'aide à l'implantation de la gamme de solutions résidentielles favorables aux seniors (RA, RSS, habitat ou quartier inclusif, logements accessibles) dans l'EPCI permettant de comparer les coûts pour les collectivités locales gestionnaires de prise en charge des personnes vulnérables pour des prestations comparables (aide, soins, alimentation, transport etc.) entre les différents de lieux de vie.

➤ *Proposition 5*

Étudier l'opportunité de financer⁸ des postes de chefs de projets et de soutien à l'ingénierie « habitat adapté au vieillissement », mutualisés entre EPCI d'un département.

En phase avec le projet de loi 3DS⁹, le cas échéant, envisager aussi un réseau, animé par le département et/ou l'ANCT, pour faciliter le travail des chefs de projets « vieillissement » en EPCI et des chefs de projets ACV et PVD sur les aspects de vieillissement, coordonner divers acteurs¹⁰ (et faire entendre la parole des retraités), et suivre la montée en charge du maillage global habitat et vieillissement.

Axe 2 : Le rôle des départements pour développer un volet spatial de connaissances des travailleurs du care pour favoriser une offre de services cohérente avec le PLH

➤ *Proposition 6*

Développer un suivi des plans APA et de l'offre de services mobilisable dans le département, le cas échéant en lien avec les têtes de réseaux de services à domicile et avec l'appui de l'Acoss pour les particuliers employeurs. Vérifier sa cohérence avec le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile. Le partager avec les porteurs du PLH et apprécier les tensions en emploi d'aides à domicile, si possible à un niveau communal ou d'EPCI.

Les salariés du care se déplacent, parfois beaucoup et loin dans des zones éventuellement difficiles d'accès selon leur lieu d'habitation. Le plan national métier du grand-âge a prévu de favoriser la mobilité des travailleurs du care. Dans une logique d'aménagement du territoire :

⁷ Un projet de zonage sur données administratives a été développé pour le HCFEA en partenariat avec la DHUP par le Cerema. Ce travail fera l'objet d'une publication complémentaire à l'automne 2021.

⁸ Le financement de l'ingénierie est d'abord du ressort de l'EPCI. Mais pour de petits EPCI, les moyens manquent parfois, en partie pour les petits EPCI, et des cofinancements peuvent être envisagés (par exemple avec une contribution de l'ANCT).

⁹ Projet de loi relatif à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action locale : présenté en Conseil des ministres le 12 mai 2021, actuellement en lecture au Parlement.

¹⁰ Le cas échéant en lien avec le plan départemental de l'habitat (PDH), quand il existe.

➤ *Proposition 7*

Compléter le volet « mobilités » du plan national métier du care par une réflexion sur une approche plus volontariste de localisation des travailleurs à proximité de la demande, intégrant des aspects de coûts économiques et d'empreinte carbone, en particulier dans le cadre des opérations de revitalisation des territoires, et le cas échéant des stratégies de décarbonation locale.

Certains pensent que seraient mobilisables des leviers améliorant les conditions de vie, tels que accès favorisé aux crèches, ou les conditions d'exercice professionnel (tiers-lieux), et le développement d'une formation aux métiers des services à domicile spatialement plus ciblée.

Toutefois « localiser » des travailleurs ne signifie pas forcément qu'on recherche un ancrage à la plus petite échelle communale (pertinence du modèle économique). À côté des enjeux nationaux de rémunération, conditions de travail et formation du secteur, la question est celle du partenariat et de la mutualisation/spatialisation entre acteurs, à la bonne échelle territoriale de proximité. Au moment où se structurent des organisations départementales des services à destination des personnes âgées, la sécurisation des remplacements des aidants à domicile pourrait être abordée comme un élément de maillage territorial permettant de stabiliser diverses solutions de maintien à domicile, car facilitant l'organisation du travail des services à domicile.

➤ *Proposition 8*

Étudier l'opportunité et la faisabilité de dispositifs facilitant des remplacements mutualisés à l'échelle d'un territoire pour sécuriser un « service minimum »¹¹ répondant aux situations en tension.

Axe 3 : étudier la mise en place d'aides à la mobilité résidentielle pour compléter le volet de l'aménagement des logements individuels

➤ *Proposition 9*

Intégrer ces préoccupations dans l'instruction des demandes d'APA et leur révision périodique¹². Ainsi qu'à chaque ouverture de dossier pour un aménagement du logement.

➤ *Proposition 10*

Étudier la mise en place d'une prestation légale d'aide au déménagement et de de recherche d'habitat adapté dans le bassin de vie d'un bénéficiaire de l'APA envisageant une mobilité résidentielle.

Ces propositions envisagent des outils, de l'appui aux collectivités locales et de l'ingénierie pour faciliter des mises en œuvre opérationnelles permettant i) de donner corps à un volet habitat plus construit des politiques de l'autonomie et ii) d'intégrer plus le secteur du care autonomie dans les politiques d'attractivité du territoire.

¹¹ Divers schémas ont été évoqués. Il peut s'agir d'une coopération renforcée entre les employeurs (telle qu'est qu'elle se préfigure avec l'appel à projets sur les plateformes départementales et le futur projet de loi), qui couvrirait spécifiquement cet enjeu du remplacement. Certains ont suggéré d'étudier la création d'un vivier départemental d'aidants professionnels qualifiés et « d'astreinte ».

¹² Cela renvoie au problème plus général de l'instruction et de la révision des demandes d'APA, ainsi qu'à l'élargissement de l'APA.

Préambule : pour des aménagements cohérents avec l'aspiration à vieillir chez soi¹³

A. Un virage domiciliaire souhaité depuis plus de dix ans mais des réalisations encore à venir

Avec le vieillissement de la population, à l'époque d'une corésidence plutôt importante entre personnes âgées dépendantes et leurs enfants adultes a succédé une période où l'attention a été portée sur les Ehpad et leur médicalisation avant un recentrage sur des politiques de structuration des offres de services à domicile et de diversification des habitats et de leurs aménagements pour répondre aux vulnérabilités.

À l'instar d'autres pays¹⁴, l'attention portée à l'aspiration à vieillir chez soi a ainsi déplacé l'intention d'un champ avant tout pensé en termes médicosocial et sanitaire à un périmètre plus large, faisant une large part à l'urbanisme et aux aménagements du territoire. En effet, pour instaurer un virage domiciliaire s'affirment depuis plus de dix ans des objectifs d'adaptation des logements et de développement d'offres résidentielles adaptées plus diversifiées (dont l'habitat inclusif). Les Ehpad sont également concernés par ce virage domiciliaire (rénovation et positionnement permettant davantage à leurs résidents de se sentir chez eux).

Encadré 1 – Plus de 10 ans d'aspiration au virage domiciliaire incluant des objectifs d'habitat et d'urbanisme

Du Grand débat national sur la dépendance de 2011 à la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) 2015, la question de l'habitat émerge. Le rapport Morel¹⁵, en 2011, pose l'importance d'une prise en compte du cadre de vie et de l'habitat pour faire face au vieillissement. Il propose de développer de nouveaux axes de politique publique, notamment pour développer des « logements intermédiaires » (entre domicile et Ehpad) et aménager les logements; il identifie l'axe émergent d'une articulation à bâtir entre politiques d'urbanismes (voirie, espaces publics, etc.) et vieillissement et appelle à mieux structurer l'offre d'habitat « intermédiaire ». La loi ASV confirme l'habitat comme une dimension des politiques de l'autonomie et prévoit un grand plan d'adaptation de 80 000 logements (voir axe 3 du présent document).

¹³ Cette partie avait été présentée sous une forme ébauchée à la fin de l'état des lieux présenté en février 2021 pour préparer une phase « terrain » dans quatre départements et d'audition en vue de l'élaboration des pistes présentées dans ce tome II.

¹⁴ En 2008, au Royaume-Uni, le logement est devenu une priorité de la politique du vieillissement comme la perte d'autonomie ou la santé. Toutefois, avec les années, les « standards » d'habitation favorables aux personnes âgées se sont multipliés sans intégrer d'analyse coûts/bénéfices. Pour une description programme national au Royaume-Uni, voir Ogg J., Renaut S., Hillcoat-Nalletamby S., Bonvalet C., 2012, Vivre chez soi : comparaison francobritannique des adaptations de l'habitat et du logement, *Les cahiers de la CNAVTS* ; n° 5, mai, et Collombet C., 2012, La stratégie *Lifetime Homes, Lifetime Neighbourhoods* au Royaume-Uni, une stratégie globale d'adaptation de la ville et du logement au vieillissement », *Centre d'analyse stratégique*, décembre.

En 2021, il est annoncé que le code de la construction devrait évoluer pour indiquer des objectifs plus optionnels mais étayés.

¹⁵ A. Morel et O. Weber, *Société et vieillissement*, juin 2011

Plus récemment, la concertation grand âge et autonomie soulignait l'importance à accorder au cadre de vie des personnes et proposait de renforcer l'action des collectivités locales en ce sens à travers les schémas de l'autonomie (proposition 7), et de faciliter l'accès des personnes âgées à des solutions innovantes de mobilité et d'adaptation du logement¹⁶.

Le Rapport Broussy, « Nous vieillirons ensemble... », mai 2021¹⁷ décline quatre-vingt propositions sur quatre chapitres sur l'adaptation des logements, des villes, des mobilités et des territoires à la transition démographique. Un chapitre traite de l'aménagement des logements, un chapitre de la mobilité quotidienne : y sont identifiés des contraintes dans les documents d'urbanisme et des outils de financements à faire évoluer. S'ajoutent des propositions de simplification. Deux chapitres traitent des territoires et du caractère localisé des solutions. À l'instar de l'état des lieux du HCFEA de février 2021, ils souscrivent également au besoin de passer à une logique d'aménagement du territoire et d'inscrire mieux le vieillissement dans les programmes Actions cœur de ville, Petites villes de demain, les CRTE et Anru¹⁸.

Le « virage domiciliaire »¹⁹ n'est toutefois pas intervenu à la hauteur souhaitée, comme le souligne le Conseil de l'âge, dans son avis d'avril 2020 sur les services à domicile. En atteste la stabilité de la part des personnes âgées vulnérables vivant en établissement (parmi les 1,3 millions d'allocataires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), près de 40 % d'entre eux résident ainsi en établissement, taux quasi inchangé depuis 2008). Le Conseil considère qu'une politique de soutien à l'autonomie des personnes âgées doit retenir l'objectif d'une réduction significative de la part des personnes âgées allocataires de l'APA vivant en établissement à l'horizon 2030 avec à cet horizon une diminution d'au moins cinq points du « taux d'institutionnalisation », ce qui conduit à une quasi stabilité du parc des Ehpad.

Pour ce faire, à côté de la question centrale du développement de l'offre de services, se posent encore des questions d'aménagements des territoires permettant aux personnes âgées d'habiter leur territoire de manière durable, sachant qu'après les déménagements de la retraite, la grande majorité des personnes âgées va peu déménager et y aspire peu.

¹⁶ Notamment mettre en place un bilan autonomie incluant le cadre de vie à 75 ans, étudier l'introduction d'une offre de financement de l'adaptation du logement dans les contrats d'assurance habitation, diffuser les bonnes pratiques, étendre aux personnes âgées les dispositifs d'accompagnement solidaire à la mobilité de la loi Elan, mettre fin aux zones blanches de mobilité en rendant obligatoire l'exercice de la compétence d'autorité organisatrice des mobilités par les intercommunalités).

¹⁷ Dans la suite du document, on se référera à ce dernier rapport comme « le rapport Broussy ».

¹⁸ Proposition 49 « Inclure la question du vieillissement parmi les priorités de la deuxième programmation Action cœur de ville et proposition 50 « inclure une brique "vieillissement" dans le programme Petites villes de demain ».

¹⁹ La notion de « domicile » renvoie dans ce rapport au domicile d'origine, privé, familial ou conjugal, mais également aux domiciles dits « regroupés » ou « partagés ». Certains membres insistent sur la nécessité de mener une réflexion plus large sur la notion « domiciliaire » au sens du chapitre prospectif 2019 de la CNSA, qui considère que quel que soit le lieu de vie de la personne, domicile ou établissement, la personne doit avoir les mêmes droits.

B. Exemples de territoires « vertueux » en France et à l'étranger

À divers niveaux, et dans de nombreux pays confrontés au vieillissement, des collectivités locales se sont engagées dans des aménagements favorables à la vie quotidienne des personnes âgées incluant l'habitat et son environnement dans une démarche globale reposant sur plusieurs dimensions pensées parfois en articulation :

- habitat : offres résidentielles aménagées, accessibles et diversifiées (dont logement inclusif et regroupé), voire mixité intergénérationnelle organisée au niveau d'un quartier, et offre d'Ehpad ;
- soins et services pensés et parfois organisés sur une zone en lien avec les besoins de la population âgée ;
- déplacements, sachant que les seniors sont plus mobiles qu'il y a vingt ans mais que les sorties se limitent avec l'âge et la perte de l'autonomie ; la voiture reste le mode privilégié avec la marche à pied dans un rayon limité avec l'avancée en âge, mais des services alternatifs se développent (partage de mobilités, etc.) ;
- accessibilité aux aménités quotidiennes²⁰ et aménagements des espaces publics (trottoirs, voirie, espaces de pause, pacification et sécurisation de l'espace public, etc.), espaces verts et développement d'espaces de socialité et de vie culturelle ou loisirs ;
- lutte contre l'isolement (Monalisa, dispositif Eclat de la Cnav, etc.) ;
- accès aux droits, conseils et informations ;
- implication « participative » des seniors allant de processus de consultations et délibérations plus ou moins larges organisés par les collectivités locales porteuses du projet (personnes âgées mobilisées participant aux forums élaborant le diagnostic des besoins et définissant la stratégie et l'amélioration des offres) à des formes d'implication « communautaire ».

Ces approches sont menées à plusieurs niveaux et sont susceptibles de déboucher sur des transformations territoriales significatives, selon le niveau de portage et de financement des collectivités locales impliquées.

1. Exemples de labels

Plusieurs labels se sont développés à cet effet.

On peut citer les dispositifs de **villes amies des aînés**, porté par l'OMS, ou, pour le cadre français, le label « Bien vieillir-vivre ensemble »²¹ (7^e axe du plan français « Bien vieillir) et par ailleurs le label « **bien vieillir** »

²⁰ La crise pandémique vient de renforcer cette question de l'accessibilité aux biens et services essentiels des personnes âgées. À l'automne 2021, le HCFEA conseil de l'âge organisera avec la CNSA un séminaire pour faire le point sur des premiers retours d'expérience Covid qui abordera notamment les enjeux pour assurer une continuité de l'accès aux services essentiels permettant le maintien à domicile des personnes âgées vulnérables.

²¹ Éléments d'appréciation dans « Évaluation du Plan national Bien vieillir 2007-2009 », rapport du Haut Conseil de la santé publique, 2010 ;

Encadré 2 – Villes amies des aînés

La démarche de ville amie des aînés, initiée en 2005, est portée par l'OMS qui a lancé en 2010 un réseau international des villes amies des aînés. Le réseau francophone des villes amies des aînés compte une centaine de villes en France).

La démarche a identifié **huit domaines prioritaires d'action** pour mieux adapter les villes aux enjeux du vieillissement : le logement, le transport, le respect et l'inclusion sociale, la participation sociale, l'engagement social et civique, les espaces et les bâtiments publics, le soutien communautaire et les services de santé, la communication et l'information. Elle promeut une approche participative.

Diverses évolutions²²/déclinaisons du concept Vada insistent sur une approche plus intégrée combinant enjeux de développement urbain, accessibilité aux aménités et vieillissement. Nous ferons état des discussions/critiques dans la littérature sur le concept²³. En particulier sur l'impensé de l'articulation entre mobilité quotidienne au niveau collectif et mobilité individuelle (sortir de son propre logement).

Encadré 3 – Le label « Bien vieillir »

Les villes doivent désigner un élu compétent, mettre en place un comité de pilotage pluridisciplinaire et s'engager dans une procédure déclinée sur 5 ans et comportant :

- un audit urbain (étape de recherche) (année 1) ;
- l'élaboration d'un plan d'action sur trois ans à partir des données issues de l'étape de recherche (année 2) ;
- la mise au point d'indicateurs qui permettront l'évaluation ultérieure de la réalisation du programme (année 2) ;
- la mise en œuvre du plan d'action sur trois ans (années 2 à 4) ;
- l'évaluation des effets des actions mises en œuvre (année 5).

Pour obtenir le label il faut avoir mis en place un comité de pilotage, complété un dossier de candidature comportant un « état des lieux à T0 », présentant un profil de la communauté urbaine concernée et un recensement des projets, actions et infrastructures déjà mis en place dans cette communauté pour favoriser le vieillissement actif. La commune doit s'engager à mettre en œuvre le programme de cinq ans en fournissant un rapport annuel.

La procédure lancée en 2009 a abouti, en février 2010, à labelliser trente-quatre villes (soixante-dix en 2001) qui s'étaient portées candidates.

2. Monographies de territoires

Le CGET, a identifié en 2019, dans son rapport²⁴ des territoires innovants en matière d'aménagements des territoires favorables au vieillissement. En France, il donne ainsi l'exemple de la métropole de Rennes engagée fortement dans une telle démarche depuis 2010 (voir encadré 5

²² Buffel T., Rémillard-Boilard S.e, Phillipson C., 2018, Pour des villes amies des aînés : programme d'action en faveur du vieillissement en milieu urbain, *Retraite et société*, 2018/1 (n° 79), p. 43-60.

²³ Voir en particulier travaux d'Anne-Marie Seguin (INRS, Canada) <http://www.inrs.ca/anne-marie-seguin?f=publications>. Voir aussi Viriot-Durandal et école d'automne de l'ILVV (doctorants sur ces questions).

²⁴ « Pour des territoires engagés dans des politiques favorables au vieillissement ».

ci-dessous) et il attire l'attention sur des pratiques émergentes en QPV (quartiers prioritaires de la politique de la ville) (encadré 4).

Encadré 4 – 7 points clés pour une approche globale du vieillissement dans les QPV selon le CGET

1. Se déplacer, rester mobile : de nombreuses actions dédiées à la mobilité des personnes âgées : de la tarification sociale des transports en commun aux aides au déplacement (chèque taxi, dispositif «Sortir +», 20, etc), transport à la demande, auto-partage (notamment autour des Ehpad), covoiturage, transports solidaires assurés par des bénévoles, taxis partagés qui proposent aux seniors voyageant à plusieurs des tarifs préférentiels ou encore copiétonnage qui, *via* diverses applications, permet des déplacements à plusieurs et favorise la réassurance des personnes rencontrant des difficultés de mobilité. Parmi les demandes fortes des seniors : la marchabilité, la pacification des usages avec les autres modes de transports, l'accessibilité des transports en commun.
2. Se (ré)approprier l'espace public ; espace de pause et de socialisation, les trottoirs ; sécurité des espaces publics et développements d'espace verts et motifs de sortie loisirs.
3. Vieillir chez soi : développer du conseil, des aides financières et de l'accompagnement quant à l'adaptation du logement ancien. Dans le cas du logement collectif, importance de l'accessibilité des parties communes.
4. Connaître et faire valoir ses droits.
5. Rester en lien ; situations d'isolement plus fréquentes dans le parc social (14 % des résidents contre 11 % dans le parc privé ; par ailleurs dans les QPV, l'offre commerciale de proximité (500 m) est souvent insuffisante ; parmi les priorités, les personnes âgées sont en quête de lieux supports de sociabilité tant au sein de l'espace public que dans des équipements publics (par une offre adaptée-plutôt que dédiée-et des actions de renforcement des liens notamment les liens de voisinage).
6. Vieillir en bonne santé.
7. Garder son « droit de cité » : la participation à des plans seniors inclusifs et prospectifs en constitue une cheville ouvrière. Plusieurs éléments plaidant selon le CGET pour le pilotage d'une démarche d'adaptation au vieillissement au niveau de la commune.

À l'étranger, le CGET donne des exemples de quartier de mixité intergénérationnelle tels que la démarche « *Woonorg* » à Wervik (Belgique) ; « *age-friendly city* » à Manchester (Angleterre) ou « Les quartiers solidaires du canton de Vaud » (Suisse).

L'aspect multidimensionnel et les dimensions retenues sont communs à toutes démarches, même si elles trouvent des traductions locales distinctes. En outre, si les démarches sont globales, elles n'intègrent qu'à des degrés divers le lien entre acteurs privés (développement des commerces et services, mobilisation du foncier, etc.) et acteurs publics, au-delà des incitations fiscales. Les démarches les plus avancées mettent souvent en place des indicateurs de suivi, ou des évaluations, sans pour autant qu'une doctrine se dégage pour objectiver l'attractivité de ces territoires ou leur caractère vertueux pour l'adaptation au vieillissement (en termes de résultat) : par exemple peu de territoires montrent que le maintien à domicile est amélioré au point de modifier le besoin de développement d'Ehpad, ou de générer des flux de mobilités résidentielles.

C. 300 à 500 000 personnes vulnérables supplémentaires concernées d'ici 2030 et plus dans la décennie qui suit : un besoin de planification de l'habitat mieux étayée

Comme le posait déjà la loi ASV, l'analyse des besoins d'habitat pour les personnes âgées suppose une vue d'ensemble pour couvrir une large palette qui va des besoins d'aménagements et d'évolution du parc de logement ordinaire (dont le social) au logement ordinaire éventuellement regroupé ou « intermédiaire (dont les résidences services seniors-RSS-et l'habitat inclusif²⁵), aux résidences autonomes et aux Ehpad.

À partir du travail prospectif de la Drees en 2020²⁶, on peut montrer sur quelques exemples de scénario l'importance, pour la prospective, d'intégrer les phénomènes de vases communicants entre l'offre en logements ordinaire, intermédiaire et en Ehpad. Dans le tableau qui suit, le scénario 2 (et dans une moindre mesure 3) est très proche d'une stratégie domiciliaire telle que prônée par le Conseil de l'âge dans son avis d'avril 2020 (maintien en domicile ordinaire plus développé et baisse du taux de personnes âgées vivant en établissement).

Tableau 1 : Population cible pour diverses solutions incluant aménagements de logements et des logements intermédiaires selon trois scénarios de créations de places en Ehpad à horizon 2030 et 2040

En milliers de places ou logements	2019-2030			2030-2040		
	S1	S2	S3	S1	S2	S3
Création de places Ehpad	108	0	49	145	0	49
Effectifs additionnels par rapport à 2019 de personnes vulnérables logeant hors Ehpad (en 000)	387	495	446	437	582	533

S1 correspond à une création de places permettant de conserver le taux d'institutionnalisation actuel.

S2 montre l'impact d'un virage domiciliaire radical, où l'on ne construit plus de places en Ehpad. Selon l'analyse Drees, ce scénario permet néanmoins d'héberger les personnes en GIR 1 et GIR 2 qui en ont besoin, en affectant en priorité la totalité des places en Ehpad aux GIR 1 et GIR 2 (voir ci-dessous aménagements des logements pour un détail).

S3 correspond à une création de places d'Ehpad calée sur le rythme d'ouverture annuelle observé depuis 2012. Source : dataviz Drees, calculs SG HCFEA²⁷.

²⁵ Habitat inclusif : créé par la loi Elan de juin 2019, il bénéficie alors d'un forfait inclusif, soutien financier défini dans le décret n°2019-629. Depuis le PLFSS 2021, est créée, dans la suite du rapport « Demain, je pourrai choisir d'habiter avec vous » de D. Piveteau et J. Wolfram, 2020, une aide à la vie partagée (AVP), aide individuelle ayant vocation à substituer au forfait inclusif.

²⁶ Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en Ehpad d'ici à 2030, *Études et résultats*, n° 1172, décembre 2020. Voir annexe1 de l'état des lieux (tome I)

²⁷ Méthodologie : On calcule le delta de personnes âgées dépendantes à partir des données estimées par la Drees (qui sont supérieures à la population des bénéficiaires de l'APA-voir annexe 1 de l'état des lieux –Tome I) et on soustrait le nombre de places d'Ehpad et assimilées. Cette hypothèse repose sur une surestimation et une sous estimation. Surestimation : on néglige la part de logements dans le parc répondant à la demande, partant du fait que le nombre de logements adaptés à l'avancée en âge étaient de 6 % en 2013 selon le rapport Anah/Cnav. Sous-estimation : des besoins en logement ordinaire pour les GIR 5 seraient également à prendre en considération, plus encore si l'on développe la prévention (l'Anah estimait en 2013 à deux millions le nombre de logements devant être aménagés). Il s'agit donc plus probablement d'une fourchette basse centrée sur les besoins manifestes des personnes dépendantes. Pour une discussion sur les aménagements de logements voir infra III A. Il est à noter qu'une part de ces besoins en logements adaptés hors Ehpad ou assimilés serait couverte par les résidences autonomie (chiffre Drees), les résidences services ou autres types d'habitat intermédiaires et inclusifs.

Moins on crée de places d'Ehpad, plus il faudra se soucier d'un habitat permettant de répondre aux besoins de ces 387 000 à 582 000 personnes additionnelles (s'ajoutant aux actuels bénéficiaires de l'APA).

Pour autant, il n'est pas évident que cela se traduise par des besoins d'aménagements de logements. Pour en déduire des besoins, il faudrait par exemple soustraire de l'effectif de 500 000 (dans le scénario S1), le ratio du parc de logement déjà aménagé (moins de 10 % du parc aménagé actuellement), mais aussi tenir compte des habitudes de vie des gens. En outre, les besoins portent aussi bien sur des aménagements en logements ordinaires existants que sur le développement d'une offre de résidences intermédiaires et/ou regroupées (logement inclusif, résidences services etc.) dont le Conseil de l'âge avait chiffré l'augmentation comprise entre + 120 000 et + 160 000 places à horizon 2030.

C'est pourquoi de telles projections ne prennent véritablement tout leur sens qu'en menant des exercices territoriaux permettant de confronter un parc existant de logement aux besoins sur un territoire donné, puis le cas échéant de prioriser entre programmes d'aménagements, aide à des mobilités, etc.

Encadré 5 – Des outils pour définir des priorités à Rennes

Trois outils (base de données logement, quartiers avec cartographie des commerces et services à moins de 200/300 m, fiches d'identité des quartiers) permettent véritablement d'aider à la décision et à la hiérarchisation des projets et interventions au plan de l'habitat, de l'environnement, des services et du lien social. Ils facilitent l'élaboration des plans patrimoniaux stratégiques par les bailleurs sociaux. De plus, Rennes Métropole dispose ainsi de données pour instruire les demandes de financement des projets de réhabilitation dans les secteurs favorables. Toutefois la question du parc privé est moins abordée.

Ce pourrait également être la base d'une prospective des besoins d'emplois en service à domicile. En plus des besoins sur le parc d'Ehpad existant (tenant compte de l'augmentation du taux d'encadrement), selon les hypothèses retenues sur le virage domiciliaire, une **création d'ETP compris entre 150 000 à 200 000**-à domicile et dans d'éventuels Ehpad additionnels-serait alors à prévoir, soit plus de 20 % des effectifs actuels (790 000 en ETP²⁸). ²⁹ Auxquels s'ajoutent un besoin de formation de 260 000 professionnels dans la même période.

L'élaboration de projections territorialisées est cependant rendue particulièrement complexe par la nécessité d'articuler plusieurs échelles territoriales, induite par la décentralisation des compétences pertinentes ou la déconcentration de la décision à différentes échelles territoriales. Aujourd'hui la planification apparaît ainsi cloisonnée.

²⁸ Le plan grand âge chiffre 737 000 ETP, mais ne tient pas compte des ETP en résidence autonomie et en ESLD. Il faudrait donc ajouter 53 000 ETP. Ce qui ferait 790 000 ETP (le rapport Libault avait évalué auparavant 830 000 ETP).

²⁹ Si l'on retient un taux d'encadrement de 0,8 en Ehpad et 0,3 en logement ordinaire ou intermédiaire en moyenne sur les GIR 1 à 4) et que tout le temps de travail est consacré aux heures à domicile. Le rapport *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge 2020-2024* estime le besoin de création de postes à 93 000 ETP dans les 5 ans à venir.

Des documents de planification de l'habitat existent, de même que des documents de planification des attributions de logements sociaux (comme les conférences intercommunales d'attribution). Ils abordent de plus en plus (mais sans systématisme) un volet personnes âgées, sans toutefois bénéficier *a priori* de la connaissance en services et besoins des personnes âgées au niveau de précision d'un schéma de l'autonomie. La planification y est souvent pensée à un autre niveau que celui du département, plus souvent les EPCI, agglomérations, communes ou intercommunalités. Dans son rapport de 2019 sur l'adaptation des territoires au vieillissement (mobilité, habitat, etc.), le CGET souligne la pertinence cette échelle, qui tient aux compétences de l'intercommunalité. Par ailleurs, conclus entre l'État et les EPCI, les contrats de ville et les contrats de ruralité peuvent constituer des outils adaptés pour conduire des stratégies d'adaptation au vieillissement.

Pour leur part, les schémas départementaux de l'autonomie sont d'abord des outils qui traitent des besoins médicosociaux. Ils n'abordent éventuellement qu'à la marge les besoins de planification de l'habitat liés aux personnes âgées. Un biais d'analyse risque d'en découler en matière d'objectif quantifié. En effet, dans ces documents, lorsque les projections de populations à horizon 2030 et 2040 étaient des objectifs quantifiés, c'est le plus souvent uniquement un nombre de places d'Ehpad³⁰ à taux d'institutionnalisation inchangé.

Enfin, se superposent à ces deux premières réflexions, des éléments de planification au niveau de la région, en particulier pour la prospective de l'offre sanitaire (ARS pour les Ehpad, les services de soins, etc.) ou pour la formation des personnels d'aide.

Plusieurs territoires ont identifié ce besoin d'une meilleure planification susceptible de jouer sur la localisation de la mise à disposition du foncier pour de nouvelles opérations, des décisions d'investissements, et plus globalement sur des décisions et conceptions d'aménagements des espaces publics pour tenir compte de la mixité intergénérationnelle. C'est d'autant plus important que le sujet n'est pas seulement l'aménagement de logements individuels, mais plutôt une logique d'aménagements du territoire qui peut avoir vocation à prioriser des opérations de réaménagements d'autant plus pertinentes qu'elles s'inscrivent dans un environnement local favorable aux seniors, et le cas échéant à favoriser une mobilité résidentielle dans un environnement voisin (voir ci-dessous).

Encadré 6 – Extrait du cahier des charges de l'appel d'offre passé par la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement de Bourgogne-Franche-Comté en 2020 pour une étude pour une meilleure prise en compte des besoins des personnes âgées dans les politiques locales de l'habitat :

« Une planification habitat prenant en compte les différents besoins des seniors : la bonne prise en compte du vieillissement au sein des politiques locales est d'abord assurée par différents documents de planification (PDH, PLH, PDALHPD, etc.). L'élaboration du diagnostic, les indicateurs utilisés pour analyser le phénomène, constituent des éléments de base pour définir une action appropriée au territoire. Cependant, la thématique du vieillissement et l'estimation des besoins en logements et en hébergements à destination des seniors n'est pas ou mal traitée, notamment au sein des PLH et des PDH, la quantification étant souvent difficile en raison du manque de connaissance concernant le parc de logements individuels privés adaptés et d'une faible capacité à se projeter dans le futur ».

³⁰ Encore faut-il préciser que le pilotage des places d'Ehpad est étroitement dépendant des financements Assurance Maladie, gérés au niveau régional par les ARS, l'échelon délégation départemental étant davantage dans l'exécution.

Il faut cependant noter que pour apporter une réponse à une part importante de la population âgée à l'échelle nationale, l'intégration des besoins des seniors dans la planification de l'habitation nécessite une impulsion coordonnée. En effet, comme le montre l'analyse de la répartition de la population âgée de 75 ans et plus décrite précédemment, une part importante de la population âgée réside dans des zones urbaines jeunes. Dans ces territoires, où les personnes âgées ne représentent qu'une faible part de la population locale malgré leur nombre, leurs besoins spécifiques risquent une forme d'invisibilité, masqués par ceux d'autres populations plus facilement repérées comme prioritaires.

C'est cet axe de la programmation territoriale et spatiale que nous allons chercher à faire progresser dans la partie pistes de ce rapport.

I. Axe 1 : Accompagner les EPCI et communes pour mieux intégrer l'évolution des besoins d'habitats liés au vieillissement dans leur stratégie résidentielle

A. Les programmes locaux de l'habitat (PLH) : un levier clé de l'offre résidentielle porté par les EPCI

Réussir le virage domiciliaire passera par le déploiement d'une offre résidentielle suffisamment diversifiée et cohérente pour répondre aux besoins des populations vieillissant dans leur bassin de vie. La puissance publique a un rôle à jouer dans ce déploiement.

En effet, le logement est doublement façonné, d'une part par le marché (promoteurs, architectes, etc.) et, d'autre part, par l'État et les collectivités locales qui peuvent orienter l'offre résidentielle à l'échelle des communes et des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI).

Cette orientation de l'offre résidentielle passe par des aides à la pierre³¹³², la réglementation de l'usage des sols ou le déploiement d'une stratégie foncière, dont la production de logements sociaux (pour les communes en application de l'article 55 de la loi SRU⁵²). Au-delà du logement, **l'habitat des personnes âgées** se situe à l'interface des enjeux résidentiels, de développement économique et médicosocial (secteur du *care*, aménités du quotidien), d'équipement. C'est d'habitat et pas seulement de logements qu'il faut se préoccuper pour réussir le virage domiciliaire. Et cela emporte des enjeux d'articulations, en particulier entre les acteurs du médicosocial et les programmations de logements et habitats, qui relèvent des sphères plus classiques des aménagements du territoire.

³¹ La loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales permet à l'État, par son article 61, de déléguer aux EPCI et aux départements la gestion des aides à la pierre (parc locatif social et parc privé relevant de l'Anah).

³² Notamment les subventions aux logements locatifs sociaux : PLA (prêt locatif aidé jusqu'en 1999), Plus (prêt locatif à usage social, depuis 2000) et PLA très sociaux (dits « PLA intégration depuis 2000), la Palulos (prime à l'amélioration des logements à usage locatif et occupation sociale), les subventions de l'Anah (agence nationale à l'amélioration de l'habitat) aux propriétaires bailleurs et aux propriétaires occupants.

Tableau 2-L’habitat des personnes âgées : des documents portant sur habitat et la perte d’autonomie qu’il serait utile de mettre en relation plus étroite

	Document	Références législatives	Objectifs ou moyens d’actions
EPCI	PLH	Art. L302-1 du CCH Le PLH doit préciser : -les « réponses apportées aux besoins particuliers des personnes en situation de <u>perte d’autonomie liée à l’âge ou au handicap</u> , par le développement d’une offre nouvelle et l’adaptation des logements existants ».	Analyse les caractéristiques du marché du logement <u>des populations vieillissantes</u> : vente et achat de biens immobiliers, location de biens, occupation de grands logements, mobilité faible, maintien à domicile (travaux autonomie), dispositif intergénérationnel...
État + Conseil départemental	PDH	Art. L302-10 du CCH et Circulaire n°2007-32 du 2 mai 2007 Les orientations du PDH « porteront sur le type d’offre à réaliser dans le parc public ou le parc privé, en accession, en locatif, répartis entre logements ordinaires et logements spécifiques dédiés à certaines catégories de population (<u>établissements pour personnes âgées ou personnes handicapées, résidences sociales ou maisons relais, résidences pour étudiants...</u>) (...) »	Cohérence entre les politiques de l’habitat menées dans les territoires couverts par un PLH et celles menées dans le reste du département : une double articulation à rechercher ; entre échelons territoriaux et entre action sociale et politique du logement
Conseil départemental	Schéma de gérontologie	Art L113-2 et L312-4 du CASF « Le département définit et met en œuvre l’action sociale en faveur des <u>personnes âgées</u> et de leurs proches aidants (...). Il coordonne, dans le cadre du schéma départemental d’organisation sociale et médico-sociale (...) les actions menées par les différents intervenants ».	Définition des politiques, coordination de l’action sociale en faveur des personnes âgées, (et gestion de l’APA, Allocation Personnalisée d’Autonomie)
Conseil départemental	Schéma départemental relatif aux personnes en perte d’autonomie	Art. L.233-1-1 du CASF « [...] Une <u>conférence des financeurs de l’habitat</u> inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées établit un diagnostic des <u>besoins des personnes âgées de 70 ans et plus résidant sur le territoire départemental</u> . Elle recense les initiatives locales et définit un programme coordonné de financement de l’habitat inclusif, dont le financement par le forfait mentionné à l’article L. 281-2, en s’appuyant sur les diagnostics territoriaux existants et partagés entre les acteurs concernés.» Art L149-4 du CASF « En vue de la constitution d’une <u>maison départementale de l’autonomie</u> , le président du conseil départemental peut organiser la mise en commun des missions d’accueil, d’information, de conseil, d’orientation et, le cas échéant, d’instruction des demandes, d’évaluation des besoins et d’élaboration des plans d’aides au profit des <u>personnes âgées et des personnes handicapées</u> . »	Maisons départementales de l’autonomie gérées par le conseil départemental

Source : DREAL Auvergne-Rhône-Alpes, 2019, Vieillesse et habitat en Auvergne-Rhône-Alpes. Vers une meilleure prise en compte dans les programmes locaux de l’habitat.

L’outil de référence pour la programmation de l’habitat est le programme local de l’habitat (PLH)³³, et la loi ASV, qui a posé le besoin d’articulation entre politique de l’habitat et de l’autonomie³⁴, en a reconnu l’importance.

De fait, le PLH est un document stratégique d’orientation, de programmation et de mise en œuvre de la politique locale de l’habitat des collectivités, sur les périmètres communautaires, porté par les EPCI. De nombreuses communes doivent statutairement établir un PLH (ces catégories regroupant plus de deux tiers des Français³⁵), chaque commune étant par ailleurs obligatoirement rattachée à l’un des 1253 EPCI à fiscalité propre depuis la loi Nôtre³⁶.

Encadré 7 – Le PLH : un outil obligatoire pour de nombreuses communes et réglementé,

Les EPCI tenus de faire un PLH sont : i) les communautés d’agglomération (CA), les communautés urbaines (CU) et les métropoles, qui exercent obligatoirement la compétence habitat ; ii) les communautés de communes (CC) qui ont pris la compétence habitat (optionnelle) et qui comptent plus de 30 000 habitants avec une commune de plus de 10 000 habitants. Selon le bulletin de la DGCL de mai 2021, un tiers des français vivent en métropole ou communauté urbaine, un tiers en communautés d’agglomération et un tiers en communauté de communes.

³³ Cerema, le PLH en 20 questions.

³⁴ Les outils de programmation en matière d’habitat (donc principalement les PLH) doivent désormais indiquer « les réponses apportées aux besoins particuliers des personnes en situation de perte d’autonomie liée à l’âge ou au handicap, par le développement d’une offre nouvelle et l’adaptation des logements existants » (art. L 302-1 du CCH).

³⁵ Les deux tiers correspondent aux habitants des communautés d’agglomération (CA), des communautés urbaines (CU) et des métropoles, auquel il convient d’ajouter une partie des habitants de communauté de communes qui doivent aussi faire des PLH : voir encadré 7.

³⁶ En 2021, seules quatre îles monocommunes ne sont pas rattachées à un EPCI. Les EPCI regroupent des communes autour d’un projet de développement local. Il peut s’agir de communautés de commune (CC), de communautés d’agglomération (CA), de communautés urbaines (CU) ou de métropoles.

S'ajoutent, les communes de plus de 20 000 habitants qui ne sont pas membres d'un EPCI mentionné ci-dessus (une seule commune recensée en 2019) et qui doivent aussi prévoir un PLH.

Le PLH comporte un diagnostic, des orientations stratégiques et un programme d'actions territorialisé, à la commune. Le PLH est élaboré pour six ans. Sa forme, son contenu et ses modalités d'élaboration sont codifiées dans l'article L. 302-1 et suivants du code de la construction et de l'habitation (CCH). Ces dispositions trouvent leur transcription réglementaire aux articles R. 302-1 et suivants du même code.

La législation définit les personnes morales associées de droit à l'élaboration du PLH, menée par l'EPCI : l'État, les communes et, le cas échéant, le président de l'établissement public chargé de l'élaboration du Scot, les représentants des organismes HLM et des sociétés d'économie mixte (SEM) agréées pour la construction et la gestion de logements locatifs sociaux (LLS). L'EPCI peut également désigner toute autre personne morale qu'il jugera utile d'associer à l'élaboration du PLH (promoteurs, investisseurs...). Des concertations avec les habitants peuvent être organisées.

Si, à l'origine de sa création en 2004, le dispositif de délégation de compétences ne concernait que l'attribution des aides à la pierre (parc public et parc privé relevant de l'Anah), les lois promulguées entre 2014 et 2017 ont étendu le champ des compétences pouvant être déléguées aux EPCI les plus volontaires. Elles peuvent concerner la délivrance des autorisations spécifiques pour, respectivement, les logements portant attribution prioritaire à des personnes en perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap, les résidences « Jeunes actifs » et les résidences universitaires.

Les communes non soumises à un PLH obligatoire adoptent de plus en plus souvent un plan volontaire (à travers leur EPCI de rattachement). Par ailleurs, le PLH doit être cohérent avec des documents d'urbanisme : les plans de déplacements urbains (PDU) et le plan local d'urbanisme (PLU)³⁷.

Les PLH débouchent sur des plans opérationnels d'une durée de six ans, donnant lieu à des délibérations pour en assurer le suivi au sein de l'EPCI au moins une fois par an.

Les EPCI sont de tailles variables et disposent donc de moyens hétérogènes pour établir ces PLH.

Tableau 3-Population moyenne des groupements à fiscalité propre, par nature juridique
(en nombre moyen d'habitants par groupement)

Au 1 ^{er} janvier	2017	2018	2019	2020	2021
Communautés de communes (CC)	22 411	22 249	22 163	22 161	22 150
Communautés d'agglomérations (CA)	109 418	106 578	105 441	105 272	105 347
Communautés urbaines (CU)	250 376	221 272	224 845	222 841	223 435
Métropoles	1 134 650	853 919	856 536	858 620	864 503
Métropole de Lyon	1 374 964	1 390 240	1 400 134	1 402 326	1 415 357
Ensemble	53 317	53 691	54 018	54 197	54 410

Champ : France métropolitaine + DOM.

Source : DGCL, Banatic, Insee, recensement de la population.

³⁷ Le PLU est un document d'urbanisme qui, à l'échelle d'une commune ou d'un groupement de communes, établit un projet global d'urbanisme et d'aménagement et fixe en conséquence les règles générales d'utilisation du sol) ou cartes communales. Le Scot, outil de conception et de mise en œuvre d'une planification stratégique intercommunale dans le cadre d'un projet d'aménagement et de développement durables (Padd) est le cadre de référence pour les différentes politiques sectorielles, notamment celles qui sont centrées sur les questions d'organisation de l'espace, d'urbanisme, d'habitat, de mobilité, d'aménagement commercial ou d'environnement. Il est possible pour un EPCI d'opter pour plan d'urbanisme valant PLH, c'est le PLU-i H.

B. Un besoin de connaissances dans le PLH pour établir des priorités à une maille adaptée en matière d'habitat pour les personnes âgées

1. Dans le PLH, des analyses « vieillissement » plus intégrées apparaissent assez complexes à mener

Établir le PLH nécessite des besoins humains et des connaissances et a un coût significatif³⁸.

Pour mener le PLH, certains EPCI recourent à des moyens humains en interne (pour mener des analyses, des études complémentaires aux documents fournis par l'Etat (voir *infra* le « porter à connaissance ») et conduire le projet, ou peuvent aussi recourir à des prestataires extérieurs (bureau d'étude).

En effet, l'élaboration des PLH suppose de tenir compte d'une multitude de dimensions pour pouvoir évaluer les besoins des habitants, en général et pour des publics particuliers-dont les personnes âgées. Le PLH doit notamment comprendre une analyse de la demande, qui comporte une estimation quantitative et qualitative des besoins en logement. Les PLH engendrent à leur tour des connaissances, puisque *via* le PLH, les EPCI mettent en place un dispositif d'observation de l'habitat et un dispositif d'observation du foncier.

Nous avons auditionné (voir annexe 6) des collectivités locales et examiné des PLH. Il apparaît qu'une grande partie des communes et EPCI ne mettent pas en vis-à-vis :

- besoins de logements adaptés au vieillissement, localisés à maille communale ou d'un EPCI³⁹, pouvant être traduit dans des opérations concernant plusieurs types de logements en diffus ou en collectif⁴⁰ et tenant compte des projections démographique de la perte d'autonomie ;
- localisations des logements tenant compte des contraintes de l'offre sanitaire et médicosociale et d'aménités du quotidien afférentes à l'habitat d'un bassin de vie, permettant de faire « tenir » le maintien à domicile en logement diffus ;
- *in fine*, méthodologies de priorisation des projets d'investissements pour mailler le territoire/comblent des « zones blanches » et travailler des complémentarités entre types de réponses à l'échelle d'un territoire au regard du vieillissement.

C'est que les départements portent de leur côté l'offre de services à domicile, via le schéma départemental de l'autonomie, et que d'autre part les EPCI portent l'habitat et que des données croisées sont nécessaires à ce type d'analyses. Or, en dehors de quelques métropoles bien dotées (compétences, effectifs) à même de porter ces conceptions et ces mises en œuvre, la majorité des

³⁸ Quelques exemples de coût pour le PLH : Rodez agglomération (département de l'Aveyron), 56 000 habitants, 8 communes. Le PLH 2012-2018 a été élaboré en partie en régie par l'agglomération, et par un bureau d'étude (BE). Le coût de l'élaboration du PLH s'élève à 65 000 euros.

³⁹ Pour des sources précises comme les fichiers démographiques sur les logements et les individus de l'Insee (Fideli) qui dispose de données individuelles précisément localisées, il est possible de produire des données à une maille communale - voire infra communale - dans le respect du secret statistique.

⁴⁰ Opérations de nouvelles constructions, opérations de réhabilitation de logements vacants ou vétustes, opérations innovantes de densification ou de partage d'un habitat existant devenu trop grand ou difficile d'entretien, logement social et rénovation urbaine et projets plus circonscrits d'aménagements du logement.

collectivités locales auditionnées attestent d'un **besoin de données, d'ingénierie, de boîtes à outils** pour les aider à développer un savoir-faire aussi intégré et localisé.

Hyper sollicitées par des porteurs de projets, le risque est alors de **ne pas pouvoir prioriser l'appui aux projets « vieillissement et habitat »**, ni d'être en mesure de porter une véritable politique d'aménagements du territoire en termes de vieillissement.

Alors qu'une stratégie de non construction de places d'Ehpad est dans l'ensemble adoptée dans tous les départements auditionnés, on abandonnerait ainsi un pilotage partiel (le nombre de places d'Ehpad est un indicateur assez facile à suivre), sans bâtir pour autant un pilotage couvrant l'ensemble de l'offre nécessaire pour répondre aux besoins de 500 personnes âgées vulnérables additionnelles par an, en moyenne par département, toutes solutions confondues⁴¹. Seul l'objectif de développement d'un habitat inclusif ou regroupé semblerait affiché (sans être « dimensionné » par rapport au développement des autres segments de marché pour autant), au demeurant avec une visibilité assez faible sur leur capacité à accueillir dans la durée des personnes dont l'autonomie se détériorerait⁴².

Bref, la mobilisation des données disponibles sur les personnes âgées ne nous semble pas aujourd'hui pouvoir guider la stratégie des communes pour faire face à l'enjeu du virage domiciliaire, faute d'outils permettant de traduire les besoins à moyen terme au plan opérationnel et d'un manque de certaines connaissances spatialisées.

2. Trois types de croisements pertinents qui demandent un investissement

Le Cerema a mené pour la direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages (DHUP), au sein du ministère de la Transition écologique et solidaire, une première évaluation des ménages âgés prioritaires pour l'aménagement des logements. Mais l'exercice ne tient pas compte de l'accessibilité aux services, ni des enjeux spécifiques qui se posent pour le virage domiciliaire selon qu'on se trouve en zone rurale, périurbaine ou dans un centre-bourg/centre-ville. Cela n'est pas non plus mis en relation avec les données APA.

Pour les aménagements de logements, mais aussi plus généralement pour réfléchir aux segments de l'offre résidentielle à favoriser en priorité pour faire face au vieillissement, nous avons identifié trois types d'exploitations complémentaires possibles et qui nous semblent nécessaires :

→ ***Restituer les éléments de diagnostic (répartition de la population âgée et bénéficiaires de l'APA, localisation des services et gammes de logements) sous forme d'une cartographie plus lisible pour les élus***

Il s'agirait de situer les données de vieillissement de la population en les mettant en rapport avec des besoins de logements à une échelle territoriale fine (type « bassin de vie ») et la connaissance des élus de leur territoire.

⁴¹ Ehpad, résidences services seniors, résidences autonomes, habitat inclusif, aménagements de logements sociaux ou privés + panier de services et tiers lieux afférents.

⁴² Les résidences autonomes (RA) relèvent du code d'action sociale et des familles. Cf. l'habilitation des RSS, RA et Logement inclusif en termes d'accueil du public à partir d'un GIR 4

→ **Adéquation entre l'offre de logements et les besoins des personnes âgées**

Il s'agit de mettre en regard l'écart d'habitat entre la situation actuelle et les besoins à dix ans (en Ehpad, logements diffus adaptés et divers logements regroupés⁴³), le cas échéant en commentant ces besoins au regard des rythmes actuels de constructions et rénovations⁴⁴.

En outre, il faudrait pouvoir évaluer si l'implantation se fait dans un environnement propice.

→ **Croiser avec le zonage favorable au vieillissement** permet d'évaluer si l'implantation se fait dans un environnement propice ou bien si une zone à forte concentration de personnes âgées nécessitera la mise en œuvre de services. Les solutions à déployer par les collectivités locales n'étant à l'évidence pas similaire dans une communauté rurale à faible densité de services et fort taux de propriétaires modestes de maison ou pour un centre bourg en revitalisation.

Ces croisements, leur faisabilité et leur intérêt, sont explicités et conduisent à des propositions dans les parties C, D et E qui suivent.

C. Proposition 1 : mieux croiser données sur l'habitat, projections démographiques dans le « porter à connaissance » (PAC) : exploiter les remontées APA individuelles et les modèles de projection à une maille communale et restituer le diagnostic sous forme de cartographie lisible pour les élus

Pour établir le diagnostic du PLH, un document clé est le « porter à connaissance » (PAC) transmis par le préfet à la présidence de l'EPCI. Il rassemble le cadre législatif et réglementaire applicable au territoire donné ainsi qu'un ensemble d'études dont dispose l'État et d'informations devant faciliter l'élaboration du PLH. Il demeure un point d'appui pour les futurs avis rendus.

Les PAC comportent déjà un diagnostic territorialisé qui comprend, à des degrés divers, le recensement et l'analyse de l'offre de logement ou d'hébergement existante. Un ensemble de données sociales sont recueillies et analysées pour appréhender cette thématique et en partie mis à disposition dans le porter à connaissance.

Toutefois, le degré de prise en compte de toute la gamme de logement pour les personnes âgées- de l'Ehpad au logement diffus-est insuffisamment parlant en vue d'une programmation, soit parce que certaines données sont départementales ou demandent un travail d'exploitation pour être utiles à la prise de décision d'un EPCI ou d'une commune, soit parce que des données manquent (voir aussi P2).

Cela entrave la capacité de piloter le développement d'une offre « personne âgée » pertinente, bien localisée et « consolidée » sur le territoire départemental, afin notamment d'éviter des sur ou sous-offres sur certains segments de marché. Pour renforcer l'adéquation entre les politiques

⁴³ Résidences autonomie, résidence services, habitat inclusif.

⁴⁴ Par exemple, il est possible d'allouer les projections d'habitat des personnes âgées existant aujourd'hui au niveau départemental en les calant sur une clé calculée par ailleurs à un niveau communal à partir des exploitations réalisées sur les remontées individuelles d'APA et/ou d'entrer un paramétrage tenant compte du rythme de construction d'un territoire. L'important n'est pas de raisonner de manière séparée sur les Ehpad, les RSS, etc., mais bien sur un total rapporté aux anticipations d'augmentation des populations dépendantes de l'EPCI (ou des communes).

d'aménagement du territoire de l'habitat et les besoins des personnes âgées, des progrès ne sont pas hors de portée, sachant, que, aujourd'hui, trois types de données apparaissent mobilisables.

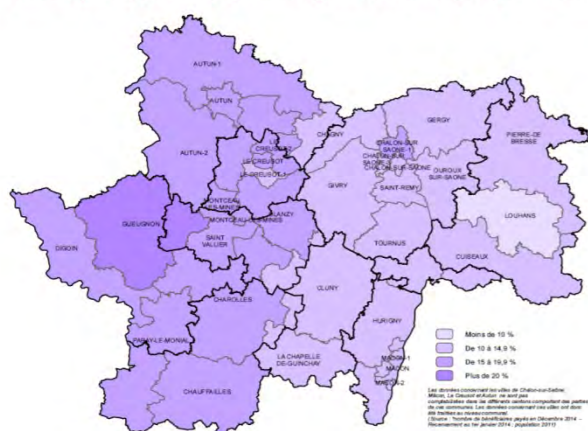
1. Données disponibles et exploitations possibles à une maille plus fine

Caractéristiques sociodémographiques

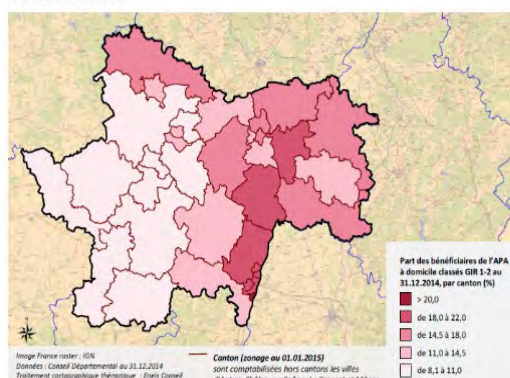
Certains schémas départementaux caractérisent déjà les populations à un niveau assez fin, tel que celui du canton (exemple 1)

Exemple 1-Part des bénéficiaires de l'APA à domicile (Schéma Autonomie de Saône et Loire, 2016-2018)

Carte 6 : Part de bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile par rapport à la population âgée de 75 ans et plus par canton en 2014



Carte 7 : Part des bénéficiaires de l'APA à domicile classés en GIR 1 et 2 au 31 décembre 2014



Source : Schéma Départemental pour l'Autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap (Saône et Loire), 2016-2018

Les différentes sources de données dont on dispose pourraient permettre de caractériser la population au niveau de la commune (ou d'un groupement de commune EPCI ou plus petit) par sexe, âge, configurations de ménages, perte d'autonomie et revenu aujourd'hui.

En projection, il est ainsi possible de disposer des données démographiques au niveau EPCI⁴⁵ (encadré 8) et des données d'APA au niveau départemental (encadré 9)⁴⁶. Une étape supplémentaire est nécessaire pour passer d'une projection individu à une projection ménage, cette projection dépend du mode de cohabitation et de la structure des ménages⁴⁷.

⁴⁵ L'Insee indique que le modèle Omphale permet de réaliser des projections à moyen/long terme sur tout territoire de plus de 50 000 habitants (<https://www.insee.fr/fr/information/1303412>). Certaines projections sont faites sur des territoires de taille inférieure (voir par exemple GIP Littoral, 2020, Rapport d'étude, Démographie Littorale, projections 2040).

⁴⁶ Au niveau de l'EPCI ?

⁴⁷ Pour les revenus, il n'existe pas de projections mais si on suppose qu'on réfléchit sur un horizon de projection de moyen terme (dix ans par exemple), il devrait être possible d'anticiper l'évolution des revenus des 65 ans et plus, composés principalement de pensions de retraite.

Encadré 8 – Projections démographiques à un niveau local

Le modèle Omphale (Insee) : projections démographiques par sexe et âge au niveau départemental (fournies par l’Insee).

Il est possible de réaliser des projections au niveau *infra* départemental⁴⁸.

Le modèle EP24 - Projections de personnes âgées en perte d’autonomie, issu d’un travail commun entre la DREES et l’Insee (Larbi et Roy, 2019⁴⁹) au niveau départemental.

Projections démographiques par sexe et âge (OMPHALE) et hypothèses sur l’évolution de l’état de santé. La définition de la perte d’autonomie retenue est une définition « large », au-delà des seuls bénéficiaires de l’APA.

Encadré 9 – Projections de la répartition par lieux de vie des personnes âgées et projection des bénéficiaires APA

Le modèle Livia⁵⁰ est construit à partir de EP24 et comporte deux améliorations :

- projections de personnes âgées dépendantes bénéficiaires de l’APA (sous une hypothèse de recours similaire à celui observé aujourd’hui), en plus de projections à partir d’une définition « épidémiologique » de la perte d’autonomie ;
- répartition des personnes âgées en perte d’autonomie dans trois lieux de vie (Ehpad, résidence autonomie et ménage ordinaire) et non plus deux (Ehpad ou ménage) ;

Les projections sont disponibles au niveau départemental. Une projection à un niveau *infra* départemental est certainement envisageable.

Il y a aussi dans les données des **remontées individuelles APA** la commune de résidence des bénéficiaires, donc une **exploitation** de ces données pourrait localiser les bénéficiaire de l’APA à une échelle communale⁵¹.

Données disponibles sur les logements des personnes âgées

On connaît la répartition des personnes selon leur âge dans différents types de logements : logements ordinaires dans le parc privé, logements dans le parc HLM, logements-foyers, communautés (encadré 10). On dispose également des données de l’enquête auprès des établissements d’hébergement pour personnes âgées de la Drees pour identifier le type d’Établissements. Une difficulté demeure pour recenser les résidents dans un habitat

⁴⁸ Voir par exemple, Bruyas J., 2019, Projections de population à l’horizon 2050 : une croissance modérée en Indre-et-Loire, *Insee Analyses*, n° 53 et note de bas de page 44 ci-dessus.

⁴⁹ Larbi et Roy, 2019, Insee Première, n° 1767.

⁵⁰ Miron de l’Espinay A., Roy D., 2020, Perte d’autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en Ehpad d’ici à 2030. Projections de population âgée en perte d’autonomie selon le modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA), *Études et résultats*, n° 1172.

⁵¹ La qualité de cette donnée reste à expertiser.

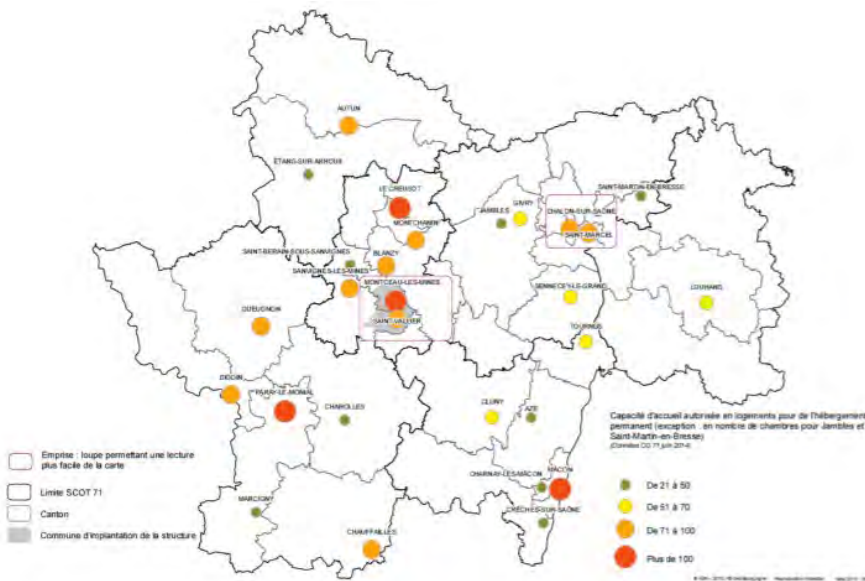
inclusif⁵² ou une résidence senior, les deux étant considérés comme des logements ordinaires et non identifiés dans les données du recensement.

→ Développer le suivi de l'habitat inclusif et regroupé (RSS, RA) (voir P2).

Il est donc déjà possible de quantifier (en effectifs mais aussi en part des 75 ans et plus) le nombre de places en Ehpad ou en structure non médicalisée

Exemples de cartes :

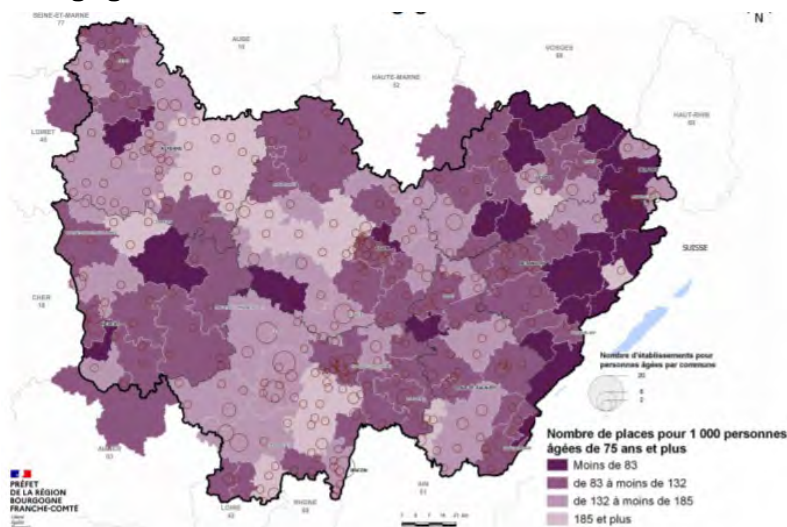
Carte a – Localisation et capacité d'accueil des structures non médicalisées pour personnes âgées (structures répertoriées au fichier FINESS)



Source : Schéma Départemental pour l'Autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap (Saône et Loire), 2016-2018

⁵² Le rapport d'activité annuel de la conférence des financeurs devra désormais porter également sur l'activité de la conférence des financeurs de l'habitat inclusif. Le modèle de ce rapport d'activité est fixé par l'arrêté du 11 septembre 2019 relatif au modèle du rapport d'activité de la conférence des financeurs de l'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039194293/>. Ce rapport devra présenter : l'activité de la conférence des financeurs de l'habitat inclusif ; le suivi des crédits habitat inclusif notifiés par la CNSA aux ARS ; les financements des projets d'habitat inclusif, y compris ceux relatifs au forfait habitat inclusif ; la description des habitats inclusifs financés dans le cadre du programme coordonné de financement (dont le nombre de personnes concernées bénéficiant du forfait).

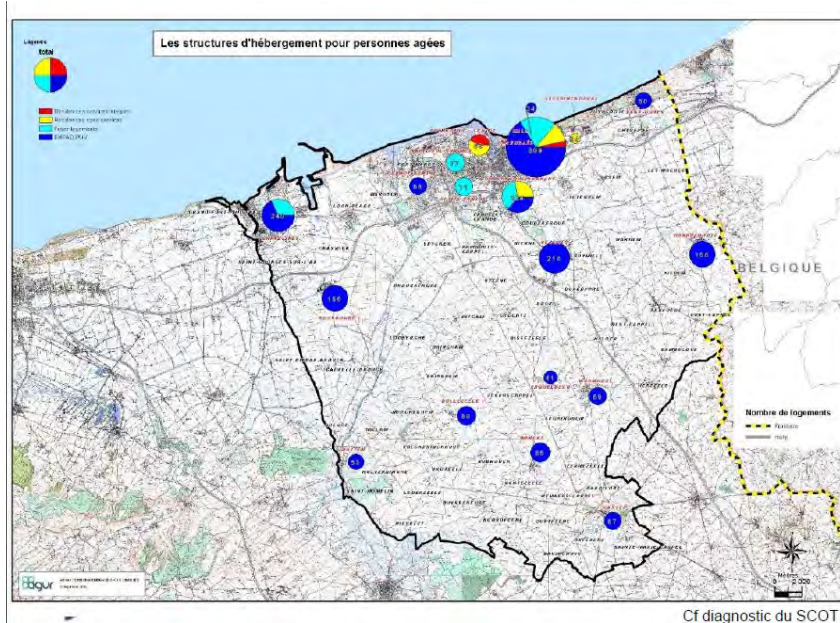
Carte b – Densité de places en établissement pour personnes âgées dans les EPCI de Bourgogne-Franche-Comté



Sources : Finess au 31-12-2018 – Insee, Recensement de la population 2017

Source : Diagnostic habitat séniors et Vieillissement en Bourgogne-Franche-Comté, Dreal Bourgogne-Franche-Comté, mars 2021, n° 146

Carte c – Les structures d’hébergement pour personnes âgées (CU de Dunkerque et CC des Hauts de Flandre)⁵³



Source : SCoT de la région Flandre-Dunkerque, diagnostic thématique, 2019.

⁵³ Dans la CU de Dunkerque et la CC des Hauts de Flandre, on dénombre en 2017 1 712 places en structures d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD et PUV), auxquelles on peut ajouter les 681 personnes en foyers logements (Source : SCoT de la région Flandre-Dunkerque, diagnostic thématique, 2019).

Tableau 4 – Données administratives disponibles pour préciser le volet âge du porter à connaissance (PAC) et préparer des croisements entre habitats, projections et localisation ou à terme zonage.

Champ	Variables	Niveau des données publiques	Sources de données	En projection	Niveau	Commentaires
Caractéristiques sociodémographiques	Sexe et âge	Commune/EPCI	Recensement	OMPHALE (Insee)	Département	Possible par EPCI ⁽¹⁾
	configurations familiales	Commune/EPCI	Recensement			
	Revenu	Commune/EPCI	Fideli ⁽²⁾	⁽³⁾		
	Etat de santé (nombre de bénéficiaires de l'APA)	Commune/Département	Drees (enq Aide Sociale)	Insee - Drees (Omphale + projections perte d'autonomie et bénéficiaires APA)	Département	Possible par EPCI ?
		EPCI	Conseil départemental ⁽⁴⁾			
	Commune	Drees (RI APA)				
Logements	Logement ordinaire parc privé	Commune/EPCI	Recensement	DREES	Département	Répartition logements ordinaires/Résidences Autonomie/Ehpad
	Logement ordinaire parc social	Commune/EPCI				
	Résidence autonomie	Commune/EPCI ⁽⁵⁾				
	Communautés	Commune/EPCI				
	EHPA	Département	Enquête EHPA (Drees)			

(1) Sous réserve d'une taille suffisante (cf. ci-dessus).

(2) Fideli-Fichier démographiques sur les logements et les individus de l'Insee

(3) Si on étudie la population des 65 ans et plus, peu de changements de revenus à attendre dans une population retraitée.

(4) cf. Part des bénéficiaires de l'APA à domicile par canton.

(5) : au-delà de la disponibilité via le recensement, les communes connaissent normalement leurs résidences autonomie.

Même quand les données sont disponibles au niveau communal, le secret statistique conduit à exposer uniquement des regroupements quand la taille de la commune est trop petite.

2. Proposition

Au stade actuel, le PAC pourrait donc fournir une partie des éléments du tableau 4 et décrire la méthodologie possible pour un EPCI qui mandaterait un bureau d'étude pour opérer des projections et des estimations à une maille adaptée.

À plus ou moins moyen terme, et selon les moyens dont disposeront les administrations concernées, dont la Drees, l'État central pourrait rassembler les données pertinentes en appui des DDT. Cela permettrait aux bureaux d'études généralement sollicités par les EPCI de se positionner davantage sur l'analyse des besoins sociaux en lien avec les opérateurs du territoire, donc de faire le lien entre les projections, des besoins sociaux à l'échelle de bassins de vie et des études de marché.

➤ **Proposition 1.** Pour mieux croiser habitat des personnes « âgées », projections de populations et faciliter le travail des communes pour élaborer des priorités d'habitat anticipant le vieillissement et localisées à une échelle territoriale pertinente, donner les moyens humains pour :

- exploiter les remontées des données individuelles de l'APA à un niveau communal (ou proximi) (Drees), le cas échéant en lien avec le système d'information APA envisagé par la CNSA ;
- développer une déclinaison du modèle Livia permettant de construire des projections à maille communale ou EPCI⁵⁴ ;
- si des moyens sont donnés, faire fournir aux administrations des ministères sociaux (et de la CNSA ?) ce socle de données aux rédacteurs des PAC ;
- et cartographier les données du tableau 4 disponibles (éléments sociodémographiques, bénéficiaires de l'APA et logements des personnes âgées) pour chaque commune ou EPCI.

À plus ou moins moyen terme, il serait utile de pouvoir croiser des scénarios d'évolution des besoins de logements et leur localisation en tenant compte des zones favorables au bien vieillir en termes d'aménités et services⁵⁵ (voir P3 et axe II).

⁵⁴ Un partenariat IPP et Drees sur le modèle Livia envisage des modules additionnels. En terme de faisabilité, il serait par exemple possible d'allouer les projections existantes d'habitat des personnes âgées aujourd'hui au niveau départemental en les calant sur une clé calculée par ailleurs à un niveau communal à partir des exploitations réalisées sur les remontées individuelles d'APA. Toutefois, un tel investissement quantitatif serait plus robuste si l'on avance en parallèle sur le suivi des résidences services (voir P2). Mais à défaut, rien n'empêche de ne conserver que la projection communale sur deux catégories : Ehpad et logements ordinaires (dont logement intermédiaire).

⁵⁵ Sur le modèle de Rennes ou Nantes, (celles qui cochent toutes les cases : dotées d'une offre de logements et de services préservant l'autonomie des personnes dont les capacités fonctionnelles se dégradent/celles qui ont les logements adaptés mais pas les services, etc.) permettant de localiser les logements adaptés et nombre et part de personnes âgées dans ces zones. (encadré Annexe 2-Les démarches de zonage : identifier et décrire les zones favorables au vieillissement), voir P3.

D. Proposition 2 : mieux suivre les évolutions du parc résidentiel pour les personnes âgées vulnérables dans trois champs : les aménagements de logements sociaux, la rénovation urbaine et l'habitat regroupe

Encadré 10 – Sources de données pour la description des caractéristiques des habitants et des logements occupés

Le recensement (Insee)

On dispose de l'âge, du sexe, de la structure démographique du ménage (couple, seul, avec enfants...); d'informations sur le type de logement occupé (maison, appartement, logement-foyer et établissements ou communautés (cf. tome 1 du rapport pour la définition), sur le statut d'occupation (dont HLM⁵⁶).

On ne dispose dans le recensement ni de données sur les revenus, ni sur l'état de santé.

Maillage-Commune et Iris

Fichier démographique des logements et des individus (Fideli) (Insee)

Appariement de sources d'origine fiscale. Informations sur les revenus, l'âge, le sexe, la structure des ménages, le logement (privé/public, statut d'occupation, taille...).

Maillage-Commune et Iris

Répertoire du parc locatif social (RPLS) (service des données et études statistiques (SDES), ministère de la Transition écologique)

L'objectif du répertoire est de dresser l'état global du parc de logements locatifs « ordinaires » des bailleurs sociaux au 1^{er} janvier de l'année de collecte (nombre de logements, modifications intervenues au cours de l'année écoulée, localisation, taux d'occupation, mobilité, niveau des loyers, financement et conventionnement).

<https://www.statistiques.developpement-durable.gouv.fr/le-parc-locatif-social-au-1er-janvier-2020-0>

⁵⁶ La question posée au recensement sur le logement HLM renvoie à l'appartenance du logement à un organisme HLM, sans autre indication. Il est déclaré comme tel par l'habitant du logement. Comme indiqué dans la fiche logement de Insee, pour le recensement de la population « *Pour cette raison [déclaration par l'occupant de la catégorie HLM], le recensement de la population, source d'information déclarative, n'est pas la source de référence pour dénombrer précisément le logement social, dont les définitions et les contours sont multiples et complexes* ».

L'objectif est de développer (ou d'enrichir) le système d'information existant afin de suivre l'offre de logement adaptée.

Il importe d'abord de suivre mieux les aménagements réalisés dans le parc social pour permettre le maintien à domicile de leurs résidents.

Cela paraît réaliste par l'enrichissement du RPLS (répertoire du parc locatif social). À ce stade, une information existe concernant l'accessibilité et l'adaptation du logement aux personnes à mobilité réduite. L'information est cependant succincte puisque les items proposés sont :

1. Non accessible aux personnes à mobilité réduite.
2. Accessible, mais non adapté, aux personnes à mobilité réduite.
3. Accessible et adapté, aux personnes à mobilité réduite.

On pourrait envisager d'ajouter dans le RPLS d'autres caractéristiques d'adaptation du logement et des aménagements réalisés. L'information est disponible puisque les bailleurs sociaux ont progressivement adapté leur politique patrimoniale en intégrant un volet « accompagnement du vieillissement » dans les plans stratégiques de patrimoine (PSP). Le bailleur social prend en charge l'intégralité des aménagements et travaux d'adaptation (maîtrise d'ouvrage, maîtrise d'œuvre, financement). La question demeure de savoir si le répertoire sera bien rempli et actualisé.

Lors de sa démarche de cartographie de zones favorables au vieillissement, les bailleurs sociaux de la ville de Rennes et de l'agglomération ont réalisé un recensement de tout leur patrimoine afin de déterminer l'accessibilité de leurs bâtiments et de leurs logements. Une base de données générale sur les immeubles et logements accessibles est désormais disponible pour tous les acteurs avec des informations précises sur l'état actuel d'accessibilité du bâtiment et son potentiel d'adaptation (environ 15 000 logements sont concernés).

Tableau 5-Classement et critères des niveaux globaux de potentiels d'accessibilité par bâtiment

A	Adapté	Si plus de 75 % de logements accessibles
B	Moyennement adapté	Si seulement logements en RDC accessibles
C	Facilement adaptable	Si travaux pouvant être réalisés rapidement
D	Difficilement adaptable	Si nécessité de gros travaux
E	Non adaptable	Si travaux non réalisables techniquement ou nécessitant un investissement trop élevé

Un suivi des aménagements âge dans la rénovation urbaine (Anru) devrait également être intégré à la base Anru.

On peut aussi s'interroger sur un tel suivi à mener dans le cadre d'opérations de revitalisation des territoires (voir Axe II).

On peut suivre les personnes en résidences autonomie (qui sont notamment repérées dans le recensement). Il importe également de suivre les personnes (en nombre et en caractéristiques) vivant en résidences services et dans l'habitat inclusif.

- **Proposition 2. Identifier les résidences services et l'habitat inclusif au sein du recensement et de Fideli, le cas échéant mieux capitaliser sur les observatoires du foncier pour suivre quantitativement l'offre d'habitat inclusif et de résidences services seniors. Développer un système d'information pour suivre les aménagements « âge » de logements sociaux, mais aussi dans les opérations Anru et de revitalisation du territoire.**
- Amélioration des suivis des aménagements de logements et de l'habitat inclusif dans le répertoire des logements locatifs des bailleurs sociaux.
- Suivi des aménagements âge dans la rénovation urbaine (Anru).
- Suivi des aménagements financés par l'Anah, action logement et la Cnav (voir III).
- Développer le suivi de l'habitat inclusif et regroupé (RSS, RA) au sein des observatoires du foncier des EPCI

Ces données vont pouvoir compléter le suivi des places Ehpad pour alimenter un outil d'estimation des besoins liés au vieillissement plus global.

E. Proposition 3 : développer un outil de simulation et d'aide à la décision, à destination des EPCI, permettant de localiser une gamme de solutions d'habitat répondant aux besoins des personnes selon des zonages en services

Pour mobiliser les données autonomie en vue d'aménagements du territoire, il faudrait mettre en regard les projections de populations, leur localisation et des scénarios d'évolution de l'habitat des personnes âgées. Une première piste serait d'améliorer un outil existant (Otelo) pour le rendre plus cohérent avec un virage domiciliaire. L'autre piste est d'avancer sur une méthodologie de zonage et d'utiliser ce zonage pour développer un outil d'aide à la décision des collectivités en matière d'habitat des personnes âgées.

1. Amélioration d'Otelo (outil pour la territorialisation de la production de logements)

Suite à une large concertation avec les acteurs des politiques locales de l'habitat⁵⁷, le ministère en charge du logement a proposé en 2017 une nouvelle façon d'estimer les besoins en logements. La méthodologie a été conçue par la direction de l'habitat de l'urbanisme et des paysages (DHUP) du ministère de la Cohésion des territoires, en partenariat avec le service de la donnée et des études statistiques (SDES) et le Cerema. La méthodologie proposée a pour objectif d'aider les services déconcentrés de l'État et ceux des collectivités locales à estimer les besoins en logements sur une maille territoriale fine. La méthodologie vise aussi à estimer des besoins spécifiques, comme les besoins en logement social ou les besoins en logements pour personnes âgées. Elle offre enfin à l'utilisateur un panel de choix normatifs et prospectifs lui permettant d'adapter son estimation aux particularités de son territoire. Cet outil, baptisé Otelo (Outil pour la TErritorialisation de la production de Logements) est ainsi un **outil paramétrable** d'estimation des besoins territorialisés en logements. Il s'agit d'estimer les besoins en stock et en flux de logements sur les six prochaines années, en prenant en compte les besoins actuels liés aux situations de mal-logement ainsi que les besoins futurs liés aux évolutions démographiques.

⁵⁷ Cette présentation est issue du site du Ministère de la Cohésion des territoires et des Relations avec les collectivités Territoriales. Voir <https://www.cohesion-territoires.gouv.fr/territorialisation-de-la-production-de-logements-methodologie-et-outil-destination>

Un des intérêts de la méthode est d'estimer, de façon homogène sur toute la France, l'ensemble des besoins en logements, ceux liés au stock et ceux liés aux flux.

Encadré 11 – Maillage



Dans le cadre de l'évaluation des besoins en logements, nous recommandons aux experts en charge de l'évaluation des besoins territorialisés en logement :

1. D'utiliser la zone d'emploi (au sens de l'INSEE) comme maille d'analyse ;
2. D'utiliser la commune comme maille de travail ;
3. D'utiliser l'EPCI comme maille de restitution.

Source : ministère du Logement et de l'Habitat durable/Cerema, territorialisation de la production logements, p. 9.

À ce stade, l'outil a été utilisé par deux Dreal partenaires : Pays de Loire⁵⁸ et Paca.

Une partie de l'outil intègre le vieillissement en quantifiant les besoins spécifiques liés aux personnes âgées (au niveau zone d'emploi)⁵⁹. À ce stade, il n'existe cependant pas de publication spécifique.

Encadré 12 – Projection des besoins spécifiques liés à l'âge-Modèle Otelo



En synthèse, pour estimer les besoins en logements des personnes âgées (flux), nous recommandons:

1. D'identifier la population des personnes âgées en :
 - Projetant la population des plus de 60 ans via le modèle Omphale ;
 - Identifiant la part de personnes âgées dépendantes au sens de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en appliquant les taux de dépendance par tranche d'âge de 5 ans projetés via les données publiques de la Drees.
2. D'identifier les types de logements possibles pour les personnes âgées.
3. D'estimer les besoins en logements des personnes âgées en :
 - Appliquant à la population projetée des personnes âgées dépendantes le taux actuel d'hébergement en établissement d'accueil permanent déduite via FINES ;
 - Déduisant les besoins en création de places d'hébergement pour personnes âgées dépendantes d'une part et pour personnes âgées autonomes d'autre part.

Source : ministère du Logement et de l'Habitat durable/Cerema, territorialisation de la production logements, p. 57.

En supposant une répartition constante en projection des personnes de plus de 60 ans entre logements ordinaires, Ehpad et EHPA, ce modèle permet de quantifier le nombre de places supplémentaires disponibles en projection. Mais cette scénarisation correspond mal au virage

⁵⁸ Dreal Pays de Loire, 2019, Territorialisation de la production de logements. Estimation des besoins en logements en région Pays de la Loire, *Observation et Statistiques*, n° 607.

⁵⁹ Ministère du Logement et de l'Habitat durable/Cerema, Territorialisation de la production logements, p. 57.

domiciliaire et à la nécessité de faire ressortir des besoins en dehors de la création des Ehpad précisément.

On pourrait améliorer le modèle Otelo en :

- intégrant les places de logements inclusifs, de RSS et RA. (cf. P2) ;
- en partenariat avec la Drees et le modèle Livia en incluant éventuellement un paramétrage à la main des collectivités locales comptabilisant de concert établissement, résidence intermédiaires⁶⁰ et logements diffus propices au vieillissement :
 - o même si l'on n'améliore pas le suivi de l'habitat intermédiaire dans un premier temps, disposer d'une projection sur le logement hors Ehpad, partant d'un scénario « virage domiciliaire » (donc par exemple stabiliser le nombre de places d'Ehpad plutôt que de garder la structure actuelle de répartition Ehpad/domicile et la projeter) serait un progrès pour estimer les besoins,
 - o il ne s'agit pas de projections proprement dites, mais de disposer **d'estimations hautes et basses pour plusieurs dimensions de l'offre résidentielle adaptée aux personnes âgées, qui soient cohérentes entre elles et avec leur localisation.**

2. Prendre en compte les services et le cadre de vie : l'intérêt du zonage et l'étude du Cerema pour le HCFEA, en partenariat avec la DHUP

Pour que l'estimation des besoins en logements diffus soit une aide à la décision pour les collectivités locales, il ne suffit pas d'appréhender le bâti, mais il convient de le relier à des facteurs-clés de succès d'un maintien à domicile, à savoir l'accès à des aménités quotidiennes et à des services d'aide au domicile (et idéalement également de lutte contre l'isolement).

On dispose de deux types de données qui pourraient être exploitées dans le même outil.

D'abord, des données existent pour localiser l'accessibilité à un panier de services seniors à un niveau local assez fin. Des bases permettent aussi d'identifier les transports disponibles.

Ensuite, la Drees a développé un indicateur (l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée [APL]) permettant de mesurer l'accessibilité géographique aux établissements d'hébergement pour personnes âgées, aux résidences-autonomie et aux services procurant une assistance aux personnes âgées à domicile au niveau communal⁶¹. L'accessibilité est mesurée en temps de trajet et l'indicateur APL, disponible au niveau de chaque commune, tient compte de l'offre et de la demande issue des communes environnantes (s'affranchissant ainsi des de frontières administratives).

Par ailleurs, des pratiques de zonage favorable au bien vieillir commencent à se développer : Rennes, Nantes, label HSS dans l'Hérault (voir annexe 2). Ces deux approches pourraient être utilisées pour développer un outil permettant aux EPCI de faire des simulations quantitatives dans ces zonages et de pouvoir disposer d'éléments leur permettant de réfléchir à la priorisation et à la

⁶⁰ Un partenariat IPP et Drees sur le modèle Livia envisage des modules additionnels. En terme de faisabilité, il serait par exemple possible d'allouer les projections existantes d'habitat des personnes âgées aujourd'hui au niveau départemental en les calant sur une clé calculée par ailleurs à un niveau communal à partir des exploitations réalisées sur les remontées individuelles d'APA. S'agissant d'un outil d'aide à la décision et de simulation d'implantation, l'important est de pouvoir visualiser.

⁶¹ Estimation faite à partir de la base Nova qui comptabilise des heures de services (Saad mais pas Ssiad).

localisation de projets soutenus avec des financements publics et l'octroi de permis ou réserves foncières pour favoriser le soutien à domicile.

Sans chercher à promouvoir une labellisation type ville amie des aînés (même si on peut en souhaiter la diffusion par ailleurs), il serait donc utile d'aider les collectivités locales à disposer sur le même outil d'aide à la décision (Otelo par exemple), ou sur une même cartographie (cf. P1), d'un zonage objectivé par des données administratives et précisant le niveau d'accessibilité à un panier de services seniors des habitats et d'un portefeuille de solutions de logements dans un EPCI. En effet, les besoins ne sont pas les mêmes en zones de logements tendues avec bon accès à des services ou en habitat diffus périurbain ou rural dans des zones avec un faible niveau de services et d'accompagnements à domicile.

Pour estimer la faisabilité d'un tel zonage avec les données administratives disponibles, nous avons missionné le Cerema, en partenariat avec la DHUP : nous attendons des premiers résultats pour juillet, un test étant en cours dans le département du Nord.

3. Proposition

- **Proposition 3. étoffer un volet âge dans un même outil d'aide à la décision des collectivités locales en matière de logements qui permettrait de simuler un mix de solutions « âge » complet (quantifier et cartographier) à une maille communale⁶². Pour ce faire, compléter l'outil Otelo (DHUP), et/ou développer un zonage « bien vieillir » ou accessibilité à des services (Cerema⁶³) pour faciliter le choix de localisation de projets « âge » et Habitat. Ces éléments conçus comme un outil d'aide à la décision pourront également servir aux personnes et au développement d'un conseil d'aide à la mobilité (axe III).**
- L'outil Otelo complété devrait recenser et cartographier : les places de logements inclusifs ; les places d'Ehpad/d'hébergements d'urgence et temporaire ; quantifier le parc social aménagé/aménageable. Il devrait intégrer des projections de besoins de logements des personnes âgées cohérente avec un virage domiciliaire.
- Le zonage devrait permettre de qualifier des territoires à un niveau communal (voire à la parcelle) en termes d'accessibilité à un panier de services, de transports etc. À terme, il pourrait évoluer si un suivi plus spatialisé du vivier des travailleurs du *care* se met en place (voir axe II)

F. Proposition 4 : développer un outil d'aide à la décision, notamment à destination des EPCI, permettant d'estimer les coûts comparés des Ehpad et du maintien à domicile en habitat ordinaire ou regroupé sur des périmètres comparables

Pour développer une stratégie, les communes devraient aussi pouvoir évaluer le coût comparé pour les collectivités locales gestionnaires, et les bénéficiaires, des différentes solutions d'habitats, et mieux appréhender l'accessibilité financière de ces solutions et leurs adéquations avec les profils de population âgées de leurs bassins de vie. Des éléments d'appréciation du coût des Ehpad, des résidences autonomie et maintenant des Saad ont été développés par la CNSA⁶⁴ depuis la loi ASV.

⁶² Selon les préconisations Otelo, travailler à la maille communale et restituer à la maille EPCI.

⁶³ Un projet de zonage sur données administratives a été développé pour le HCFEA en partenariat avec la DHUP par le Cerema. Ce travail fera l'objet d'une publication complémentaire à l'automne 2021.

⁶⁴ Voir par exemple : analyse des tarifs d'Ehpad, <https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/prix-des-ehpad-en-2018-et-evolution-par-rapport-a-2017> et portail national pour l'autonomie des personnes âgées.

Mais la comparaison en coût global intégrant le soin, et à services comparables, n'existe pas. En outre, l'appréciation de ces coûts sur un marché du logement, par nature très différencié selon les territoires, reste à faire. Les différentes formes d'habitat se distinguent non seulement par la nature du service de logement et de préservation de l'autonomie qu'elles fournissent, mais aussi par leurs coûts de livraison et de fonctionnement. Même si les différences de coûts s'expliquent par des mécanismes systématiques (l'habitat regroupé permet par exemple de mutualiser des plateaux techniques, des personnels de soins spécialisés, des personnels ou dispositifs de surveillance permanente ; dans une moindre mesure, il permet aussi de partager des espaces communs de la vie quotidienne), ces mécanismes jouent avec des ampleurs différentes selon les contextes territoriaux. Il est donc utile d'envisager le rapport entre le service rendu et le coût de mise en place des différentes solutions d'habitat selon la manière dont on les répartit sur le territoire.

L'aménagement de logements ordinaires vacants peut paraître une solution peu onéreuse, mais ne prend tout son sens que s'il est réalisé dans des quartiers où l'accès aux commerces de proximité est facile, qui comptent parmi les quartiers où le prix du foncier est élevé. En zone rurale à habitat dispersé, il faut ajouter les coûts de déplacement des services ou ceux des services de déplacement pour les personnes qui ne sont plus motorisées⁶⁵.

L'habitat regroupé non médicalisé peut être adapté à des zones moins bien desservies, dès lors que le projet inclut la mise en place des services essentiels : le besoin d'espace pour le développement des services est alors compensé par un moindre prix du m². Cependant, le coût total doit pouvoir être couvert à des niveaux de loyers ou d'acquisition qui restent accessibles, ce qui suppose de bien choisir les échelles (échelles des habitants et échelle des usagers des équipements et services) pour lesquelles on conçoit ces habitats regroupés. L'amortissement d'un équipement collectif est d'autant plus facile qu'il peut servir à tous les résidents quelles que soit leurs restrictions dans les activités de la vie quotidienne (studio d'accueil des invités), mais aussi qu'il peut être utilisé par la population immédiatement environnante (bistrot ou restaurant du rez-de-chaussée). Le seuil de rentabilité de ces solutions dépend donc de la bonne correspondance entre les équipements et services envisagés, leur localisation et leur accessibilité pour le reste de la population⁶⁶.

- **Proposition 4. Dans la suite de travaux préliminaires menés par le HCFEA et des travaux initiés par la Drees et l'IPP, avec l'appui financier éventuel du fonds territoire de la CNSA, développer des outils d'aide au choix du mix de solutions résidentielles (RA, RSS, Habitat ou quartier inclusif, etc.) dans l'EPCI intégrant le coût localisé des différentes formes de logements adapté.**

⁶⁵ Outre le coût des véhicules et des carburants, on entend ici la rémunération des temps passés dans le déplacement, des temps de marge et d'attente, ainsi que les coûts psychologiques et les risques de déprise induite lorsque les personnes acceptent de ne plus conduire.

⁶⁶ Selon le *Centre for Public Impact*, pour des modèles urbains qui visent une mixité des publics en termes de niveau d'incapacités pour permettre de vieillir dans son immeuble, ou dans son quartier à défaut de son appartement, le seuil de rentabilité est de l'ordre de 200 appartements dans un même complexe immobilier. *Apartments for Life (A4L) in The Netherlands*, 2018, *Centre for Public Impact*.

G. Proposition 5 : S'assurer qu'on dispose de moyens financiers et humains pour développer l'ingénierie d'une offre globale d'habitat adaptée au vieillissement. Si nécessaire, étudier les voies d'une mutualisation des moyens.

1. Les connaissances et outils de simulation habitat ne suffisent pas : il y a un besoin d'ingénierie

Les outils développés dans le premier axe, d'aide à l'élaboration des PLH et d'aide à la décision des EPCI, pourraient permettre d'aider les EPCI qui le souhaitent à porter une stratégie de développement de la gamme plus globale d'habitats adaptés au vieillissement, et davantage pensée comme un aménagement du territoire. Mais les outils seuls n'y suffiront pas car il faut des compétences spécifiques, non seulement pour faire tourner les simulations des outils, mais aussi pour en tirer des choix de localisation et de priorisation de projets qui ne sont pas indépendants de l'offre résidentielle existant dans une commune voisine, ni de la programmation de places d'Ehpad (pilotee au niveau ARS et départements).

Les élus communaux sont généralement partants pour développer des projets répondants aux besoins de leur population vieillissante. Mais, s'il peut être aisé de décider de soutenir ponctuellement un habitat inclusif, une rénovation des logements en les adaptant au vieillissement, ou d'améliorer un cadre de vie, le pilotage d'une offre habitat globale adaptée au vieillissement est plus complexe. Et cela l'est encore plus si la programmation de places d'Ehpad n'est plus centrale (virage domiciliaire).

En effet, il n'est pas évident de comprendre ce qui peut se piloter à moyen-terme dans cette perspective, et comment anticiper sans tomber dans l'illusion d'une maîtrise aveugle aux contingences et aux mutations des modes de vie, ni alimenter une suradministration. Pour autant, anticiper véritablement des besoins liés au 5^e risque de la Sécurité sociale conduit à un objectif de production et d'aménagement à la hauteur de l'enjeu démographique : maintenir le niveau de stock existant et en complément développer des réponses « domiciliaires » cohérentes pour en moyenne 500 personnes âgées par an d'ici 2030 (puis 2040) dans chaque département toutes solutions confondues ; soit une moyenne de 40 solutions annuelles dans chaque EPCI⁶⁷. Évidemment ces moyennes sont trompeuses, pour de plus petits EPCI, les besoins peuvent paraître très limités (quelques unités annuelles) et ne justifient pas forcément d'investir en ingénierie spécifique pour le public des personnes âgées, au contraire des besoins de certaines métropoles, telles Rennes ou Nantes qui ont mis des méthodologies en place pour développer des approches globales.

Mutualiser une ingénierie habitat et âge, notamment pour des petits EPCI, serait peut être utile afin d'élaborer une stratégie de maillage du territoire plus globale (en plus de soutenir des segments pertinents de l'offre tels que l'habitat regroupé) :

- décrire les stratégies différentes pour un centre bourg en zone dépeuplée/un centre bourg à revitaliser en zones dynamiques, et sur toute la gamme d'habitat PA ;
- pouvoir quantifier des besoins (plutôt que se positionner dans chaque segment en rattrapage par rapport à une moyenne nationale qui ne dit rien du mix souhaitable) et suivre la progression de moyen terme et son adéquation aux besoins ;
- envisager des localisations et des priorisations en lien avec les viviers d'aidants, etc.

La pandémie a d'ailleurs, selon plusieurs avis, accéléré la prise conscience d'un besoin d'aménagements du territoire plus structurels pour répondre aux enjeux du vieillissement.

⁶⁷ En supposant qu'il y a en moyenne douze EPCI par départements.

L'offre résidentielle reste globalement portée au niveau des EPCI et des communes, tout comme les projets structurants en termes d'urbanisme et d'aménagements du territoire, telles que par exemple Action cœur de ville ou petites ville de demain.

Encadré 13 – Action cœur de ville et petites villes demain ; des programmes structurants dans des territoires concernant potentiellement la moitié de la population française⁶⁸

Le programme Action cœur de ville (2018-2022) cherche à revitaliser les villes moyennes⁶⁹ (222 villes et 23 % de la population française concernée, à travers un plan d'investissement de 5 M€⁷⁰). Il s'agit de « *faciliter l'émergence de projets et de programmes urbains innovants en centre-ville, adaptés aux marchés et aux besoins locaux, favorisant la transition écologique et l'inclusion sociale, et valorisant le patrimoine architectural, paysager et urbain dans les cœurs de ville* ». Le programme animé et coordonné par l'ANCT est fortement déconcentré (le préfet de département coordonne les services et mobilise les moyens de l'État pour le projet. Il assiste au comité de projet au sein de chaque commune et signe la convention pluriannuelle) et décentralisé, le maire, en lien avec le président de l'intercommunalité, pilotant la réalisation des actions et présidant le comité de projet installé dans sa commune. Une deuxième vague va être programmée.

Le programme petite ville de demain, sur un modèle similaire vise davantage les ruralités et des communes plus petites (moins de 20 000 habitants). Il vise à « *améliorer les conditions de vie des habitants des petites communes et des territoires alentour, en accompagnant les collectivités dans des trajectoires dynamiques et respectueuses de l'environnement. Le programme a pour objectif de renforcer les moyens des élus des villes et leurs intercommunalités de moins de 20 000 habitants exerçant des fonctions de centralités pour bâtir et concrétiser les moyens de concrétiser leurs projets de territoire, tout au long de leur mandat, jusqu'à 2026* ». Les projets de la première vague sont en cours de sélection (programme lancé en octobre 2020).

2. Des opérations structurantes en termes d'aménagement des territoires peuvent recourir à du cofinancement d'ingénierie pour faciliter le travail des communes

L'ingénierie pour porter des stratégies de territoire est du ressort des collectivités locales concernées. Mais il est courant dans une série de dispositifs visant l'aménagement du territoire que l'État central (ou un autre échelon territorial) cofinance des postes d'ingénierie et de chefs de projets, en interne ou *via* des bureaux d'études, pour en mutualiser les coûts et le cas échéant dynamiser des orientations jugées importantes.

Encadré 14 – L'exemple ACV et PVD : cofinancements jusqu'à 50% et 75% pour les chefs de projets

Pour permettre aux cœurs de villes de fiabiliser leurs opérations, un soutien particulier est apporté au financement de l'ingénierie opérationnelle durant la prochaine séquence de vie du programme. Le financement d'AMO technique, par exemple, a vocation à être généralisé sur des chantiers décisifs comme celui de la rénovation thermique des bâtiments publics.

⁶⁸ Source ANCT : 23 % des français vivent en ville moyenne. Le programme Action cœur de ville a retenu 222 villes parmi les villes moyennes.

⁶⁹ <https://www.cohesion-territoires.gouv.fr/programme-action-coeur-de-ville>.

⁷⁰ Réparti entre banque des territoires, action logement et agence nationale de l'amélioration de l'habitat.

Dans les deux programmes de l'ingénierie est financée pour aider les communes et EPCI.

Dans ACV, ce n'est pas l'ANCT qui cofinance les postes de directeur de projet mais l'Anah, avec ses règles de droit commun (notamment des conditions comme s'engager dans un programme de traitement de l'habitat privé [type Opah RU]). En raison de ce critère, et aussi parce que certaines collectivités n'ont pas demandé le cofinancement même si elles y sont éligibles, tous les chefs de projet ne sont pas aujourd'hui cofinancés mais uniquement environ 60 %. L'Anah cofinance les postes de chef de projet à 50 % sur demande de la collectivité, pour une subvention annuelle maximale de 40 000 €. Le montant moyen de cofinancement est plutôt de l'ordre de 20-25 k€.

De même l'ANCT a financé des postes de chefs de projets pour soutenir l'ingénierie des projets Petites villes de demain (1 000 petites villes) financement jusqu'à 75 % du poste de chef de projet (modulation fonction de l'engagement dans une opération programmée de rénovation de l'habitat), pour accompagner la collectivité dans la définition et la conduite de son projet de territoire.

Il s'agit de coût d'étude préalable quand ce n'est pas réalisé en interne, soit d'un coût pour rémunérer des chefs de projets qui vont monter les projets de territoire. Par exemple dans ACV ou PVD, les chefs de projets peuvent être cofinancés jusqu'à 50 % ou 75 %⁷¹, les diagnostics ou études préalables au lancement d'une opération sont en général réalisés avec l'appui d'un bureau d'étude ou du Cerema avec des cofinancements des études par la banque des territoires (BDT) ou l'ANCT, qui peuvent aller jusque 80 %, et très exceptionnellement 100 %. Certains membres du Conseil soulignent toutefois la difficulté des actions cofinancées en général, qui impliquent des processus plus lourds et parfois plus difficiles à pérenniser.

Il peut donc y avoir un besoin de financement en ingénierie (externe ou interne) pour structurer une politique habitat et âge dans les communes. En outre, même quand des postes d'ingénierie plus généralistes ont été financés pour favoriser le développement local, le vieillissement peut être insuffisamment abordé en tant qu'aménagement global.

3. De nombreux dispositifs pour soutenir le vieillissement dans Action cœur de ville (37% des projets concernés), sans pour autant aborder la cohérence globale sur un bassin de vie

Lorsque l'état des lieux de ce rapport a été discuté en Conseil en février 2021, il avait été prévu de faire un « terrain » auprès de certains départements et EPCI de ces départements, notamment pour comprendre par quels leviers pourrait passer un renforcement des volets « vieillissement » dans des opérations structurantes en termes d'urbanisme.

Il s'avère que, comme le souligne le rapport Broussy, le programme Action cœur de ville, n'a pas dans ses axes thématiques le vieillissement, ayant pour l'instant privilégié des axes transversaux non spécifiques aux publics : habitat, commerces, mobilités, accès au numérique. Il n'empêche que les projets portés par les communes concernent aussi le vieillissement.

Une analyse faite par l'ANCT pour le HCFEA montre néanmoins que la prise en compte du vieillissement et son adaptation dans les projets d'aménagement du territoire sont présents dans tous les axes du programme Action cœur de ville, autant sur le plan de l'habitat que celui de la mobilité ou de l'accès aux

⁷¹ <https://aides-territoires.beta.gouv.fr/aides/7505-cofinancement-du-poste-de-chef-de-projet/?integration=integration>.

services et équipements. Sur un échantillon de 111 villes, Action cœur de ville (au 05/03/2021), 41 projets portent sur la thématique de l'adaptation au vieillissement, et cela concerne 26 villes.

Axe 1 : Réhabilitation et restructuration de l'habitat

- Opérations d'adaptation des logements aux personnes âgées.
- Opérations de mixité intergénérationnelle ;
- Opérations d'habitat inclusif.

Axe 2 : Développement économique et commercial

- Silver économie.

Axe 3 : Accessibilité, mobilités et connexions

- Mise en place de navette facilitant la mobilité pour les personnes âgées.

Axe 4 : Mise en valeur de l'espace public et du patrimoine

- Jardins intergénérationnels.

Axe 5 : Accès aux services et aux équipements

- Réhabilitation, extension, relocalisation ou construction de structures d'accueil des personnes âgées (résidence seniors, intergénérationnelle, etc.).

Première observation, s'il y a un manque dans la prise en compte du vieillissement dans les opérations ACV, c'est surtout l'absence de lien avec la problématique du *care*, pourtant essentielle à tout maintien à domicile. Nous reviendrons sur ce point ci-dessous (pistes 6 et 7).

En dehors de ce point, si l'on veut renforcer la prise en compte du vieillissement dans ACV ou PVD, ce n'est pas tant pour soutenir des dispositifs (beaucoup sont soutenus), mais plutôt pour développer une vision stratégique d'implantation, de besoins, de priorisation, d'articulation avec des bassins de vie connexes et de dimensionnement.

C'est pourquoi, les outils proposés en Proposition 2 et Proposition 3 seront des atouts précieux pour donner un contenu à un éventuel renforcement des actions ACV et PVD en matière de vieillissement, mais là encore un besoin d'ingénierie, de méthodologie, manque pour épauler les chefs de projets ACV et PVD et leur permettre de penser action habitat et vieillissement d'une manière plus articulée aux schémas de l'autonomie du département, c'est-à-dire cohérente avec une état de l'écosystème travailleurs du *care*, réseaux de soins et d'Ehpad qui entoure la population âgée vulnérable du territoire.

4. Proposition

- **Proposition 5 : pouvoir si nécessaire cofinancer des postes d'ingénierie sociale (IS) pour l'ensemble des EPCI de petites tailles (en interne ou externalisés *via* prestation d'un bureau d'étude). Il s'agira de concevoir et porter une gamme complète de projet d'habitat « âge » avec l'aide des outils (Proposition 1 à 3), en mutualisant cette fonction entre plusieurs EPCI. Les IS contribueront à l'élaboration du PLH.**
- **Plusieurs pistes de cofinancement existent : fonds territoire de la CNSA, ANCT.**

5. Envisager aussi un réseau, animé par le département et/ou l'ANCT, pour faciliter le travail des chefs de projets « vieillissement » en EPCI et suivre la montée en charge du maillage global dans le département ?

La **Loi 3DS**⁷² en cours d'examen envisage un rôle de coordination des départements en matière d'habitat et d'âge. Nous cherchons ici à spécifier ce rôle.

Si les EPCI et communes portent l'habitat, les départements disposent de compétences sur la programmation des Ehpad (dont ne disposent pas les EPCI) ; ils peuvent également intervenir en complément des communes ou EPCI sur des projets d'habitat inclusif et coordonnent les actions sur logement social à l'échelle du département (à travers les plans départementaux d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées [PDALHPD]). Surtout, l'échelle départementale apparaît pertinente pour contribuer à la réflexion, puisqu'elle développe le schéma autonomie.

Le département pourrait ainsi animer et coordonner des travaux d'ingénierie portés par plusieurs EPCI, par exemple pour développer cette compétence encore non mûre de conception d'une offre globale habitat localisée et adaptée au vieillissement, d'autant plus qu'il détient une partie des connaissances et des leviers sur l'offre (Ehpad et une partie habitat inclusif, vision globale sur les logements sociaux) et qu'il est susceptible (voir *infra*) de disposer d'une visibilité et d'une politique portant sur le vivier d'aidants permettant de faire tenir les solutions domiciliaires.

Alors que le raisonnement à l'échelle des EPCI au sein d'un PLH, conduit à aborder beaucoup de publics distincts (jeunes, familles, sans abris, gens du voyage, etc.) et peut limiter le temps et l'expertise pour traiter la conception d'une offre résidentielle adaptée aux personnes âgées⁷³, le département pourrait également venir en appui de l'élaboration d'un volet âge des PLH plus consistant⁷⁴. Au-delà du réseau départemental des IS, il pourrait par exemple animer les évaluations intermédiaires/actualisations des PLH et de suivi des opérations touchant aux PA. Le cas échéant cela pourrait se faire en lien avec le plan départemental de l'habitat (PDH) quand il existe (un tiers des départements), ce dernier, élaboré par l'Etat et les Départements, visant entre autre à assurer la cohérence entre les politiques de l'habitat et les politiques sociales en prenant en compte les besoins en logement et en hébergement identifiés pour les publics fragiles⁷⁵. Par ailleurs, pour animer ce travail et faciliter le travail en réseau des IS, le département pourrait organiser le lien avec les actions d'aménagements des logements portés par l'Anah, la Cnav ou action logement (voir axe III), les acteurs de proximité impliqués dans l'accompagnement du vieillissement, et aussi faire entendre la parole des retraités.

⁷² Projet de loi relatif à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action locale : présenté en Conseil des ministres le 12 mai 2021, actuellement en lecture au Parlement.

⁷³ Les élus semblent favoriser des structures dédiées à chaque publics cibles. Pour les PA, on semble être passé du modèle Ehpad au modèle logement inclusif (pour faire quelque chose qui visent les PA). Dans cette approche, le public âgé vient en concurrence des publics jeunes en tension, tout en posant potentiellement un problème de remplissage des structures qui leur seraient dédiées. Cela renvoie à la question d'aménagements plus universels/évolutifs, idem pour la conception des nouveaux bâtiments.

⁷⁴ Cela pourrait se rapprocher de réflexions en cours sur le logement pour le handicap.

⁷⁵ Par exemple, le PDH 2021-2026 de l'Hérault relaye les objectifs du Schéma de l'autonomie et en partage les objectifs avec les intercommunalités associées à l'élaboration du document d'orientation.

- Pour donner corps au rôle départemental envisagé par le projet de loi 3DS en matière d'habitat, organiser un réseau départemental permettant aux chefs de projets ACV, PVD et les chefs de projets IS d'élaborer des projets en disposant d'une vue globale.
- Envisager de développer un rôle d'animation du réseau des acteurs portant les différents segments de la gamme résidentielle adaptée au vieillissement dans le département, dont les bailleurs sociaux, la Cnav et Anah. Il s'agirait par exemple de contribuer aux suivis intermédiaires des PLH. Et d'y renforcer la prise en compte des acteurs de proximités impliqués dans le vieillissement, ainsi que de la parole des retraités.
- Contribuer à définir une stratégie de maillage et de localisation d'un portefeuille global de solutions (Ehpad, logements ordinaires et inclusifs dont aménagements, paniers de services) permettant d'atteindre 5 000 solutions habitat et PA à horizon dix ans dans le département, en mobilisant les communes et EPCI concernées par les opérations de revitalisation (ORT), les ACV et les PVD.

Cela serait complémentaire d'un rôle du département sur la structuration des services à domicile et des travailleurs du *care* qui les fournissent, appelé à évoluer avec la mise en place des plateformes départementales du plan métier du grand âge, dont les expérimentations vont commencer à l'été 2021 (voir *infra*).

II. Axe 2 : Le rôle des départements pour développer un volet spatial de connaissances des travailleurs du *care* favorisant une offre de services complémentaire du PLH

En matière de politique de l'autonomie aménager un territoire et développer un habitat permettant d'anticiper le vieillissement de la population, c'est de manière indissociable disposer du vivier de travailleurs du *care* permettant effectivement d'accompagner le virage domiciliaire dans de bonnes conditions. Il y a un besoin de croiser les données sur l'habitat et les connaissances sur l'offre des services pour le maintien à domicile à une échelle fine. La question peut s'avérer critique alors que selon une enquête de l'UNA environ 20 % des postes étaient non pourvus⁷⁶ et que près de 80 % des Saad et des Ehpad rencontrent des difficultés chroniques de recrutements et de *turnover*⁷⁷.

A. Proposition 6 : développer et partager la connaissance du nombre d'heures de *care*, aujourd'hui lacunaire, et des tensions en emploi à une échelle fine dans le département

1. La meilleure compréhension de l'évolution des métiers du *care* doit se doubler d'un volet spatial

Le plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge, remis par Mme El Khomri à la ministre de Solidarités et de la Santé, a précisé les objectifs prioritaires du secteur du *care* : pour répondre au fort besoin de recrutements et de remplacements dans un secteur insuffisamment attractif, il faut améliorer les rémunérations, les conditions de travail, en particulier des aides-soignants et des accompagnants à domicile, et développer des formations.

Encadré 15 – Les axes du plan d'action métiers du grand âge

À la suite du rapport El Khomri un plan d'action pour les métiers du grand âge et de l'autonomie a été adopté. Il s'organise en quatre axes :

- axe 1 : répondre à l'urgence et aux enjeux de long-terme ;
- axe 2 : adapter les formations ;
- axe 3 : réduire la sinistralité et améliorer la qualité de vie au travail ;
- axe 4 : améliorer les conditions de rémunération (notamment transformer les conventions collectives et accompagner l'évolution des classifications et rémunérations) et déployer une politique de recrutement et de gestion des emplois et compétences.

Il faut également ajouter à ce volet national un volet spatial. Le plan national prévoit ainsi de déployer une politique de recrutement et de gestion des emplois et compétences à l'échelle locale en développant des groupements d'employeurs et en créant un programme de plateformes départementales des métiers du grand-âge « *chargées de mettre en œuvre un guichet unique de sécurisation des recrutements, de formation continue, de QVT et de mutualisation de la flotte de véhicules* ».

⁷⁶ Rapport El Khomri, p. 36. Mais l'on constate un taux de vacances de postes d'environ 5 % selon l'enquête Uniopss.

⁷⁷ Plan d'action pour les métiers du grand âge et de l'autonomie sur la base d'une enquête Pôle emploi.

S'agissant de notre sujet habitat, il faut ajouter que le vivier des travailleurs du *care* répond *a priori* à des dynamiques démographiques et géographiques relativement différentes de celles du vieillissement et fortement contrastées selon les tailles de communes, les régions et leur spécialisation économique passée et présente (migration des couples vers les couronnes des métropoles du sud de la France, déclin démographique des zones marquées par les crises de l'emploi industriel, vieillissement des villes moyennes touchées par la division spatiale du travail, convergence des structures sociodémographiques des villes petites et moyennes...). Il est important de le comprendre pour développer l'offre de services. Ensuite, il importe que le **département dispose et partage des connaissances des heures de *care* mobilisables sur son territoire pour mener sa politique d'autonomie et contribuer aux réflexions des communes et EPCI en matière de choix de localisation de l'offre d'habitat**, en évitant de :

- laisser dans un angle mort certains segments de la gamme d'habitat répondant au vieillissement qui « tiennent » avec des services mutualisés à la bonne échelle⁷⁸. Comme évoqué plus haut, les modèles de complexes résidentiels ou quartiers inclusifs (reposant sur quelques centaines de logements articulant plusieurs populations cibles autour d'équipements communs) permettent par exemple de penser l'implantation d'un service d'aide à part entière ;
- fragiliser des solutions de maintien à domicile, ou déstabiliser des hébergements collectifs, soit du côté des entreprises du fait de l'instabilité de recrutements ou de remplacements des travailleurs du *care* (absences, *turnover* et mobilités), soit du côté des personnes âgées du fait de ruptures de suivi dans des moments de crises (au décours d'une hospitalisation par exemple).

2. Les connaissances partageables sur les heures de *care* sont aujourd'hui trop lacunaires alors que des données sont exploitables : proposition

Pour ce faire, il faut des connaissances sur les heures prestées et les ETP mobilisables.

S'agissant des ETP, pour commencer, on ne dispose pas d'un tableau très clair des travailleurs du *care* au niveau national, encore moins localement, bien que des sources existent qui permettraient de l'établir. Le plan d'action pour les métiers du grand âge table par exemple sur un total de 737 000 ETP, auxquels il faut ajouter environ 50 000 ETP pour les résidences autonomie et les ULSD⁷⁹.

⁷⁸ La nécessité d'un modèle économique viable pour le logement inclusif, conduit à l'envisager à l'échelle des quartiers qui supposent des mutualisations de personnels et de lieux à une échelle de bassin de vie et non d'un petit immeuble ou appartement (voir charte de coopération des quartiers inclusifs en Seine-Saint-Denis, 2021). Le quartier inclusif intègre l'accès à des espaces-tiers mutualisés, qui sont d'autant plus finançables qu'ils sont susceptibles d'accueillir d'autres publics que les personnes âgées et les personnes âgées dépendantes. Il donne en outre la possibilité de parcours résidentiels sans ségrégation grâce à une gamme localisée de logements ordinaires plus ou moins aménagés. Ces solutions d'habitat diffus ne sont pas un segment gadget surtout que les règles actuelles d'accueil des publics en RAutonomie, demain du logement inclusif, pourraient empêcher que ce soient des alternatives à l'Ehpad⁷⁸ jusqu'au bout de la vie des personnes.

⁷⁹ Par ailleurs le rapport El Khomri table sur un besoin de renouvellement de 200 000 ETP pour faire face au renouvellement annuel de 8 %, ce qui ferait plutôt 500 000 ETP.

Encadré 16 – Difficulté de comptage des heures : plusieurs conventions collectives et beaucoup de temps partiel

Les métiers de l'aide à domicile sont présents dans plusieurs conventions collectives. Ces emplois, occupés à 95 % par des femmes, sont massivement représentés dans les associations d'aide à domicile relevant de la convention collective nationale de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (226 000 salariées, principalement « auxiliaires de vie sociale » et assimilées correspondant à 156 000 emplois ETP) et peut-être autant dans la branche du particulier employeur qui identifie près de 228 000 ETP⁸⁰ travaillant pour des particuliers employeurs fragiles (dont plus de 80% pour soit des bénéficiaires de l'APA, soit des bénéficiaires d'une exonération pour personnes de plus de 70 ans). Quant à la branche des entreprises de services à la personne, elle réalise aujourd'hui un peu plus de 31 % de son activité dans l'assistance aux personnes âgées, devant l'entretien de la maison (28 %). Les établissements privés non lucratifs et commerciaux, dans leur développement vers les services d'accompagnement à domicile, recrutent aussi un nombre croissant d'auxiliaires de vie sociale. Le décompte fourni par la statistique publique à partir de l'enquête emploi, pour l'ensemble du métier « aides à domicile » en 2014, s'établissait à 536 000 dont 63 % correspondaient à des salariées employées dans le secteur social et médico-social, 5 % dans les administrations publiques, 10 % dans d'autres secteurs non précisés et 22 % dans « des activités de ménage ». Ce dernier chiffre est une illustration du flou qui entoure l'identité et la représentation des salariées d'intervention de l'aide sociale et médico-sociale, non seulement dans la statistique publique mais également dans les différentes branches professionnelles.

S'agissant des heures prestées, des données existent, *via* les plans APA et *via* les données de l'Acoss pour les particuliers employeurs. Mais elles sont insuffisamment exploitées, bien que la Drees ait fourni des travaux précieux pour éclairer la compréhension territoriale des plans APA⁸¹.

Aller jusqu'à anticiper de manière localisée la demande potentielle d'aide professionnelle pour les activités de la vie quotidienne ne serait toutefois pas un exercice facile. Un certain nombre de données peuvent néanmoins être exploitées en ce sens pour élaborer un état des lieux quantifié, qui permettent la prospective et le suivi dans le temps. Des données sont mobilisables pour aborder le phénomène par trois entrées : les allocations publiques, les salariés, les besoins épidémiologiques (voir encadré ci-dessous).

Encadré 17 – 3 entrées possibles pour un suivi des heures de service à domicile

Le suivi des prestations versées par les départements aux personnes âgées dépendantes résidant à domicile ou en établissement, peut nourrir depuis la loi ASV une base de données à l'échelle nationale (dite « remontées individuelles ») qui devrait permettre de quantifier la consommation d'aide subventionnée par la solidarité publique, à l'échelle du code postal ; pour les bénéficiaires de l'APA à domicile, cette base ne dit rien cependant des aides consommées hors des plans d'aide (que ce soit parce que les aides ne sont pas considérées comme éligibles à l'APA, ou parce que les personnes consomment un volume d'aide supérieur au volume prescrit dans leur plan). L'exploitation

⁸⁰ Observatoire de la famille, le secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile, rapport sectoriel de branche 2020.

⁸¹ Brunel M., Latourelle J., Roy D., 2019, Les disparités d'APA à domicile entre départements, *les dossiers de la Drees*, n° 37, juillet.

de cette base suppose cependant que l'exploitation se fasse dans le respect des données personnelles (à l'échelle des codes postaux, quelques précautions sont à prendre) et surtout que les procédures de remontée des données en provenance des différents départements en garantissent la qualité.

Les données de déclarations sociales (base tous salariés, BTS), apportent des informations sur les heures de travail déclarées, pour chaque salarié, par ses différents employeurs, avec des informations précises sur la localisation des employeurs. Cette base, complexe mais dont les enjeux administratifs garantissent un remplissage très satisfaisant, apporte cependant des informations peu précises sur les activités réalisées pendant les heures de travail déclarées (les salariés peuvent intervenir auprès d'autres publics que les personnes dépendantes âgées et pour d'autres activités que de l'aide dans les activités de la vie quotidienne).

S'y ajoute le travail, déjà mentionné par le Drees, d'APL qui pourrait être complété par une exploitation des données Acoss⁸² pour l'emploi de gré à gré.

Ces deux approches ont cependant l'inconvénient de ne renseigner que sur les demandes qui s'expriment effectivement (alors qu'un phénomène de non-recours peut exister) et sur celles auxquelles une offre répond effectivement (alors qu'il peut exister, dans certaines zones, des phénomènes de rationnement soit que l'offre soit sous-dimensionnée, soit qu'elle ne réponde pas en qualité aux besoins exprimés). Des enquêtes épidémiologiques, telles que « vie quotidienne et santé » (VQS), apportent donc une vision complémentaire très utile, centrée sur les limitations fonctionnelles et les incapacités des personnes. L'exploitation de ces enquêtes à des échelles fines n'est cependant pas possible actuellement ; VQS est ainsi représentative à l'échelle des départements.

- **Proposition 6: Développer un suivi du nombre d'heures du plan APA et d'ETP mobilisables dans le département, le cas échéant en lien avec les têtes de réseaux de services à domicile et avec l'appui de l'Acoss pour les particuliers employeurs, et vérifier sa cohérence avec le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile. Le partager avec les porteurs du PLH et apprécier les tensions en emploi d'aides à domicile, si possible à un niveau communal ou d'EPCI.**
- **En termes de fréquence, l'Acoss pourrait faire des remontées annuelles, tout comme la CNSA. Pour les données individuelles APA (et donc les Saad), une remontée tous les quatre ans.**

Reste que localiser les tensions en emploi n'est pas aisé à partir des seules données administratives. Par exemple dans le calcul APL de la Drees, sont comptabilisées des heures de services à partir de localisation d'un bureau d'entreprises. Cela soulève d'autres problèmes que celui des connaissances.

⁸² Les données de l'Acoss permettent de caractériser et d'identifier le nombre de particuliers employeurs (PE) (qui déclarent les heures effectuées et rémunèrent les cotisations en conséquence) et indirectement le nombre de salariés. Ainsi, le nombre de particuliers employeurs est caractérisé en fonction de leur âge ou de la prestation perçue. Toutefois, l'ACOSS ne permet pas de caractériser le type d'emplois du salariés (cad assistant de vie, employé familial). Le type d'emploi est identifié en fonction de l'âge du PE et de la prestation (APA, PCH, exonération pour personnes de plus de 70 ans...) par déduction.

B. Proposition 7 : compléter le volet mobilités du plan national métier du *care* avec un cadre de réflexion sur une approche plus volontariste de localisation des travailleurs à proximité de la demande, intégrant des aspects de coûts économiques et d’empreinte carbone

1. Favoriser mobilités des travailleurs du *care* ou localisation à proximité de la demande : deux approches complémentaires

Les salariés des Saad (et aussi des particuliers employeurs) se déplacent, parfois beaucoup et loin, dans des zones éventuellement difficiles d’accès selon leur lieu d’habitation. C’est un élément important qui contribue à la moindre qualité de vie au travail du secteur, et joue également à la baisse sur les conditions de rémunération.

Il faut noter qu’en l’état actuel, la prise en compte de ce facteur géographique dans le plan métier du grand âge **se centre sur des objectifs qui facilitent la mobilité des salariés** :

- indemniser mieux les temps de transports ;
- aides pour passer le permis de conduire ;
- mutualiser une flotte de véhicules.

Il s’avère en effet que le transport est un élément important des conditions de travail et du modèle économique des services à domicile. Le HCFEA dans un récent rapport avait chiffré les **surcoûts engendrés** (voir annexe 4). Une récente étude⁸³ permet de consolider ces constats et de pointer le surcoût de la délivrance de soins au domicile de personnes vivant en milieu rural.

Toutefois chercher à indemniser tient implicitement pour acquis que les travailleurs du *care* ne sont pas forcément localisés là où on aurait besoin d’eux. Or, si les problèmes d’attractivité des métiers du *care* valent sur tout le territoire, dans certaines zones, périurbaines et rurales, ces problèmes prennent un tour spécifique, par exemple s’ils induisent quelques (rares) « zones blanches » pour les services permettant le succès d’un maintien en domicile ordinaire plus durable, ou parce qu’ils induisent un coût écologique lié à un exercice très peu localisé dans des zones sans transports en commun décarbonés aisément accessibles, ou encore parce qu’ils isolent encore davantage les travailleurs du *care* qui viendraient aider des personnes à domicile dans ces territoires plus éloignés, mais sans réseau professionnel ni ancrage dans un territoire liés à leur exercice professionnel.

Ainsi, développer un cadre de réflexion pour penser, à côté des actions facilitant la mobilité des travailleurs du *care*, une action plus volontariste cherchant à susciter une « implantation » de travailleurs du *care* plus à proximité de la demande serait pertinent⁸⁴. Une telle approche peut viser une mobilité géographique d’actifs venant d’ailleurs, mais aussi plus simplement la reconversion d’actifs sur le territoire considéré ou la formation initiale de nouveaux profils de jeunes⁸⁵. La question de la localisation des travailleurs du *care* est un élément qui devrait être considéré, à l’instar de ce qui prévaut pour la démographie médicale, même si les termes en sont distincts. Certains membres

⁸³ Roquebert Q., 2020, *Reaching the consumer: importance of travel costs in home care provision*, Working Paper BETA #2020-41.

⁸⁴ Des études qui comparent mobilité et mobilité inversée dans le *care* commencent à se développer. On peut ainsi citer le travail de M. Cholat présenté en 2019 lors de l’Assemblée générale de l’Association Française des aidants.

⁸⁵ Des membres du Conseil de l’âge ont souligné l’importance de développer des formations à destination des jeunes et le lien avec l’éducation nationale, par exemple dans des zones rurales.

du Conseil de l'âge soulignent également que cette orientation serait cohérente avec les mouvements de relocalisation qui s'esquissent en matière d'urbanisme, qu'il s'agisse de la « ville du quart d'heure » ou de la manière de repenser la mixité des activités professionnelles et du résidentiel.

2. Proposition

Il convient de vérifier si un meilleur ancrage territorial des travailleurs du care peut contribuer à la réussite du virage domiciliaire. Il peut également constituer une alternative à l'option dominante qui consiste à indemniser les temps de transports (voir annexe 4). Les conséquences en matière de bilan carbone seraient également à étudier. Etant entendu que cela ne signifie pas forcément « localiser » des travailleurs du care à la plus petite échelle communale (on a par exemple vu dans l'état des lieux que nombre de territoires ruraux sont certes vieillissants mais n'accueillent qu'un nombre « limité » de personnes âgées, et une implantation pérenne de salariés d'un opérateur du maintien à domicile peut s'avérer non pertinente au niveau économique), mais plutôt intégrer une dimension de plus grande proximité dans la conception des services domiciliaires.

À l'instar de ce qui existe pour la démographie médicale, on pourrait ainsi se demander si l'on peut soutenir cette localisation de travailleurs du care à proximité des besoins, ce qui peut participer de politiques d'attractivité des territoires et réciproquement. Et ce d'autant que des études montrent que les mobilités professionnelles (facteur de qualité dans le secteur) sont plus nombreuses quand les opportunités professionnelles de proximité sont importantes⁸⁶.

- **Proposition 7 : compléter le volet mobilités du plan national métier du care avec un cadre de réflexion sur une approche plus volontariste de localisation des travailleurs à proximité de la demande, intégrant des aspects de coûts économiques et d'empreinte carbone, en particulier dans le cadre des opérations de revitalisation des territoires, et le cas échéant des stratégies de décarbonation locale.**

À côté du développement d'une formation spatialement plus ciblée, certains pensent qu'il serait possible de mobiliser des leviers jouant sur des « avantages en nature » améliorant soit les conditions de vie, tels que accès favorisé aux crèches (notamment à horaires décalées), cartes professionnelles avec certains avantages locaux⁸⁷, accès facilité à des logements réhabilités⁸⁸ en zone sous-dense, soit l'exercice professionnel (lieux d'exercice regroupés et partage de pratiques⁸⁹). De tels leviers relèveraient de questions d'aménagements du territoire susceptibles intégrer les réflexions des chefs de projets ACV, PVD et tout type de revitalisation des territoires.

⁸⁶ Regards croisés sur les mobilités, les salariés de la branche sanitaire sociale et médicosociale privée à but non lucratif, *L'observatoire*.

⁸⁷ L'ADMR a développé des avantages de types cartes professionnelles, prix préférentiel sur l'essence, en milieu rural.

⁸⁸ Après la pandémie, favoriser les travailleurs essentiels dans l'accès aux logements sociaux peut paraître une piste. Mais nombre de travailleurs du care font déjà partie, au titre de leur revenus, des travailleurs éligibles. Si l'on ne veut pas créer un Droit au logement supplémentaire, d'autres pistes sont envisageables.

⁸⁹ Des relais assistants de vie ont déjà été expérimentés en ce sens. Développer, à l'échelle des bassins de vie, des lieux d'exercice partagés, dans l'esprit des maisons d'assistantes maternelles ou des relais d'assistantes de vie, pourrait permettre à la fois de lutter contre l'isolement des travailleurs de l'aide à domicile et d'enrichir leurs pratiques. Ces lieux matérialiseront une approche plus collective des services rendus à des individus vulnérables et pourront s'inscrire dans la gamme d'offre territorialisée permettant une trajectoire résidentielle

Faut-il aller plus loin dans le cadre de ce rapport qui n'a évidemment pas vocation à traiter du sujet général de l'attractivité des métiers du *care* dont les enjeux ont été posés notamment dans le plan national des métiers du *care*, en termes de rémunérations et conditions de travail. Le sujet de l'organisation spatiale des services à domicile serait à ouvrir au moment où des formes territorialisées se pensent dans les suites du plan métiers à travers notamment la mise en place de plateformes territoriales (voir annexe) visant à mieux coordonner le recrutement et la gestion des compétences entre services à domicile à l'échelle d'un département, mais nous ne le traiterons pas ici en tant que tel.

Nous aborderons en partie ces questions à l'occasion d'un séminaire prévu le 12 octobre 2021 sur les retours d'expériences Covid, qui tirera les enseignements des coordinations de la filière sanitaire et médicosociale. Certains éléments étant à pérenniser⁹⁰ et à étendre en direction des services à domicile.

C. Proposition 8 : dans le cadre du plan métier du grand âge, faciliter des remplacements organisés à l'échelle du département pour assurer un « service minimum »

La question du partenariat et de la mutualisation entre acteurs est un tournant pris implicitement dans le plan national métier du *care* via l'objectif d'organisation à l'échelle des territoires de groupements d'employeurs et de coopérations à structurer au travers des « plateformes territoriales » visant à favoriser le recrutement, la gestion des emplois et compétences et l'organisation du travail.

Dans le diagnostic sur les tensions d'emploi dans le *care* dressé par le rapport El Khomri, deux problématiques étaient dégagées : **un problème de recrutement mais aussi un problème de remplacement (pour faire face à l'absentéisme et aux congés maladies ou accidents du travail)**⁹¹. Le constat a notamment été dégagé à partir des réponses apportées à un questionnaire dans le cadre d'une enquête au sein de l'Uniopss.

La question du recrutement est peu abordée sous l'angle d'un problème géographique (la première cause indiquée est « manque de candidature » ce qui est difficile à interpréter), sauf pour les responsables d'équipes de Saad qui indiquent les absentéismes à gérer comme seconde cause de difficulté de conditions de travail.

S'agissant des remplacements, plusieurs observations plaident pour la mise en place à une **échelle territoriale réduite** de **mutualisation** entre employeurs pour gérer les plannings et les absences.

durable, à l'échelle d'un quartier en zone urbaine, voire à une échelle plus large dans les zones peu denses en les articulant avec une offre de mobilité.

⁹⁰ Cela pourrait préfigurer la structuration de la filière médicosociale et sanitaire comme un aménagement du territoire, conçu pour répondre aux besoins d'une population à une échelle locale, sachant que si l'idée d'une responsabilité populationnelle vis-à-vis des personnes âgées par exemple à une échelle départementale a du sens au regard du schéma autonomie, elle devra faire avec une géographie administrative plus diverse (plusieurs groupements hospitaliers en appui par exemple). Voir la logique de responsabilité populationnelle selon la fédération hospitalière de France (FHF).

⁹¹ 4 % de taux de non remplacement en moyenne avec des pics pendant l'été et les vacances scolaires.

Encadré 18 – Quelques exemples et propositions pour mutualiser la gestion des remplacements et faciliter l'organisation du travail sur un territoire de proximité

Expérience Hollandaise Buurtzorg⁹² : il s'agit initialement d'une association à but non lucratif de soins infirmiers créée en 2006 aux Pays-Bas, qui représente aujourd'hui 960 équipes/10 000 infirmiers et 20% du marché des soins à domicile. Le modèle repose sur des équipes de petite taille (8 à 12 infirmières) intervenant sur un territoire de proximité auprès d'un nombre défini de patients une organisation du travail fondée sur l'autonomie (gouvernance partagée intégrant le personnel, et le patient ; auto-organisation des équipes en appui sur des systèmes de connaissance partagées et d'entraide ainsi qu'une infrastructure informatique collaborative qui optimise les processus et la planification de soins, le suivi de la performance et la formation des équipes ; pas de management intermédiaire). L'un des atouts du modèle jugé délivrer des soins de qualité serait, à côté d'une approche globale centrée sur le patient et personnalisée, la mise en place d'une organisation de soins intégrés, notamment avec les soins primaires, qui « développe une approche de responsabilité populationnelle pour les territoires qu'ils desservent »

Réponses Uniopss dans le rapport El Khomri : Dans l'enquête Flash menée par le réseau Uniopss – Uriopss en septembre 2019 pour le rapport El Khomri auprès de 450 établissements et services, plus de 700 propositions ont été formulées. Si 61% d'entre elles visent l'amélioration des conditions de travail des professionnels (dont les rémunérations, l'organisation du travail et la formation), 27% font des propositions pour pallier les difficultés de remplacement. Ces propositions comprennent : mise en place ou renforcement de pools de remplaçants, organisation de mutualisation entre établissements, financement d'un réseau par le conseil départemental.

Solidarité Domicile. Lors du premier confinement, la plateforme Solidarité Domicile a été créée pour mutualiser et coordonner des ressources humaines de manière géolocalisée et rapide. La plateforme identifie l'offre de prise en charge nécessitant un renfort sur un territoire donné, ainsi que la capacité à exercer en inter-secteurs (sanitaire et médicosocial). Pilotée par la Fédésap, la Fesp et le Synerpa, elle met en relation les structures d'aide à domicile pour faire face à la pénurie de personnels, sous forme de mise à disposition de personnel. La plateforme poursuit actuellement son développement : 400 services (SAAD, SSIAD...) sont actuellement inscrits sur la plateforme dans 80 départements. Toutefois, la pénurie de personnels reste un enjeu non résolu et les statuts actuels dans les services à domicile rendent difficiles les mises à disposition de personnels⁹³.

Saad pivots dans le Département de l'Essonne. Le département a lancé une stratégie de réorganisation de l'offre sur son territoire, portée par des SAAD dit « pivots » qui sont les interlocuteurs privilégiés du Département sur chacun des territoires d'Action Départementale (TAD) identifiés. La vocation de chaque SAAD pivot est d'animer et de coordonner l'action partenariale des SAAD sur le TAD concerné. À terme, cette nouvelle organisation a pour vocation de renforcer la mutualisation des moyens et une mise en réseau entre SAAD et institutions de soins notamment sur un même territoire d'action départemental. En tant que relai sur son territoire, le SAAD pivot a la charge d'accompagner les structures d'aide à domicile au regard des besoins présents sur leur territoire et de les coordonner dans leur fonctionnement interne (achats groupés, formations notamment). L'ADMR a été retenu pour assurer cette mission sur deux territoires de l'Essonne.

⁹² Voir Synthèse de la revue de littérature sur le modèle de Buurtzorg, étude et évaluation de transformations organisationnelles inspirées du modèle de l'auto-organisation dans les services à domicile, Etude Stratélys pour la CNSA, mars 2021

⁹³ Une piste d'assouplissement en fonction de cet objectif serait à expertiser.

Pour se fixer les idées, il convient de repartir des chiffres de la **sinistralité** qui est beaucoup plus forte que dans d'autres secteurs. Comme le rappelle le rapport El Khomri, la fréquence des accidents du travail donnant lieu à arrêt s'élève à 1 pour 10 salariés dans le secteur de l'aide à domicile, ce qui est « *trois fois supérieure à la moyenne nationale et dépasse d'un tiers celle du BTP* ». Concernant les arrêts maladie, les données rassemblées par la branche de l'aide à domicile pour l'année 2014 montrent que 41 % des salariés en CDI de la branche ont eu au moins un arrêt maladie dans l'année, pour une durée moyenne de 57 jours d'arrêts. Le taux d'absence calendaire⁹⁴ atteint 6,5 % contre 4,7 % dans l'ensemble des entreprises privées. Ainsi, pour la seule branche de l'aide à domicile, les coordinateurs ont à gérer le remplacement d'environ 20 000 ETP chaque année. Ces chiffres **correspondent à une absence chronique d'environ 1 salarié sur 15 en Saad**⁹⁵. À l'échelle d'un département, cela représente environ un manque chronique de **140 ETP à 200 ETP remplacer**.

Assouplir la contrainte du remplacement n'est toutefois pas si aisé, car cela peut constituer une variable dont se saisissent les Saad pour donner à leurs salariés des heures en plus et donc compléter leur temps partiel. Cependant, faire face aux besoins de remplacement conduit aussi les services d'aide à domicile à procéder à des glissements de tâches, à recourir à des « faisant fonctions », voire à utiliser les heures supplémentaires au-delà des limites prévues par le droit du travail, faute de trouver les intérimaires disponibles ou de pouvoir mutualiser temporairement les postes avec d'autres organisations.

Face à cela, il nous semble qu'au moment où se structurent des organisations départementales des services à destination des personnes âgées, susceptibles de préfigurer une forme de reconnaissance en considérant leur mission comme délivrant des services d'utilité publique à l'échelle d'un territoire, avec un niveau minimal à atteindre pour servir les populations, la sécurisation des remplacements des aidants à domicile pourrait être abordée ainsi. Plus précisément, elle pourrait être pensée comme un élément de maillage territorial permettant de sécuriser l'offre de *care*, articulé avec les projections quantitatives en matière d'habitat.

- **Proposition 8 : dans le cadre du plan métier du grand âge, étudier les procédures et organisations en vue de faciliter des remplacements organisés à l'échelle du département pour assurer un « service minimum » en répondant prioritairement aux situations en tension créées par des absences ou des vacances de postes, et en lien avec les politiques d'offre d'habitat adapté aux situations de dépendance.**

Divers schémas ont été évoqués. Il peut s'agir d'une coopération renforcée entre les employeurs (telle qu'est qu'elle se préfigure avec l'appel à projets sur les plateformes départementales et le futur projet de loi), qui couvrirait spécifiquement cet enjeu du remplacement. Certains ont suggéré d'étudier en vue d'expérimenter la création d'un vivier départemental d'aidants professionnels qualifiés et « d'astreinte ».

⁹⁴ Le taux d'absence calendaire est calculé en rapportant le nombre de jours d'absence dans l'année à un nombre de jours de travail théoriques correspondant à 365 fois le nombre de salariés. Il est donc assez difficile à interpréter directement dans un secteur où la majorité des salariés exerce à temps partiel.

⁹⁵ Chiffrage HCFEA.

III. Axe 3 : développer des aides à la mobilité résidentielle à côté des aménagements des logements individuels

A. Les besoins d'aménagements du logement : comment évaluer la population cible ?

Cette partie était déjà présente dans l'état des lieux de février 2021, elle a été actualisée avec i) une contribution de la Cnav pour le HCFEA sur le RAC des travaux d'aménagements de logements par région, contribution transmise à la DTIP dans le cadre de sa mission en cours sur les aménagements de logements ; ii) un travail du Cerema pour la DHUP cherchant à évaluer les besoins et priorités d'aménagements de logements (en les quantifiant et les localisant) et iii) les propositions du rapport Broussy qui sont indiquées.

1. Des politiques d'aménagements en rénovation et en construction de logements

Près des trois quarts des personnes de 65 ans et plus sont propriétaires de leur logement (73,4 %), 20 % sont locataires, dont près de la moitié en logement HLM (9,3 %) ⁹⁶. Au fil de l'avancée en âge, le taux de propriétaires diminue.

Par ailleurs les personnes âgées habitent souvent leur logement depuis longtemps. Par exemple, Ardennes métropole montre que 6 propriétaires sur 10 ont emménagé dans leur logement il y a au moins trente ans, 70 % des seniors âgés étant concernés. Les logements sont potentiellement en décalage avec les besoins en équipements domestiques, voir relativement vétustes, et porteurs de risques de chutes.

Selon le rapport Anah-Cnav de 2013 seuls 6 % du parc de logement était adapté au plus de 65 ans en 2013, en dessous de la moyenne européenne.

Si la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées a imposé pour la première fois des normes s'appliquant aux nouveaux logements, les dispositifs légaux pour le stock de logement existant sont plus limités (qu'il s'agisse de mise aux normes de bâtiments où vivent beaucoup de personnes âgées ou de possibilités pour un locataire de mener des travaux dans son logement). Mais des aides financières existent. Elles concernent de nombreux seniors.

Encadré 19 – Des aides à l'aménagement des logements (Anah, Cnav, Action logement) et au développement d'offres résidentielles adaptées

Des opérateurs publics interviennent le cas échéant en cofinanceurs et des publics, locataires ou propriétaire avec des cibles distinctes (GIR, nature des travaux) :

Anah : public cible GIR 1 à 6 modestes (plafond de ressources), tout type d'aménagement. Cnav : GIR 5 et 6, ménage modeste, tout type d'aménagement.

Action logement : GIR 1 à 4 pour les 60-70 ans et tous après-périmètre plus étroit de travaux (douches), ménage modeste.

APA : volet aménagement des logements.

S'y ajoutent une série de dispositifs fiscaux à destination des promoteurs, bailleurs et particuliers ⁹⁷ : Les dépenses d'installation ou de remplacements d'équipements « âge » au titre de la résidence principale font l'objet d'un crédit d'impôt sur le revenu (article 200 quater A du code général des impôts).

⁹⁶ On dénombre par ailleurs 1,3 % logés gratuitement, 0,5 % en logement-foyer et 5,3 % en établissements.

⁹⁷ Les essentiels amis des aînés, des habitats pour des vieillissements, n° 9, 2020.

Dans le parc social, une aide est apportée à la réhabilitation du patrimoine (déduction de la taxe foncière sur les propriétés bâties accordée aux HLM pour des travaux d'accessibilité ou d'adaptation des logements pour personnes en situation de handicap).

Disposition en faveur de la cohabitation intergénérationnelle pour le maintien à domicile.

Dans le parc privé, le dispositif dit du « Censi Boulevard » offre une réduction d'impôt sur le revenu pour les contribuables investissant dans des résidences services. Ce dispositif est à rapprocher des prêts locatifs sociaux et des avantages fiscaux (TVA à 5,5 % et exonération de la taxe foncière sur les propriétés bâties pendant vingt-cinq ans) dont bénéficient les résidences autonomes.

L'APA contient également un volet aides techniques et adaptation du logement.

De nombreux **Départements** mènent par ailleurs une politique volontariste (donc non compensée par l'Etat) sur l'aménagement de logements⁹⁸ au-delà des aides de l'ANAH, notamment avec des ergothérapeutes qui se déplacent au domicile des usagers.

Dans tous les cas, la réalisation d'un diagnostic fiable est important, tout comme la qualité des travaux effectivement réalisés.

2. Qui et combien de personnes sont concernées ? Encore des questions pour établir un rythme souhaitable

Pour rappel un programme de rénovation de 80 000 logements sur la période 2018-2022 a été engagé à destination des ménages modestes⁹⁹ :

Tableau 2 – Rythmes des rénovations âge effectives réalisées par la Cnav, l'Anah et action logement depuis 2018

Indicateurs en nombre de logements au 15-12-2020							
Indicateur		Valeur initiale	2019	2020	2021	Total	
Pival	Cible (GIR 1 à 4 avant 70 ans, tout GIR ensuite)	0	1 000	29 000	30 000	60 000	26,50 %
	Réalisé	0				15 881	
Cnav	Cible GIR 5 -6	15 500	16 000	17 000	17 000	50 000	75,60 %
	Réalisé	16 601	20 849	16 944		37 793	
Anah	Cible Tout GIR (dont 60 % sur GIR 5-6 ?)		20 000	20 000	20 000	60 000	59,80 %
	Réalisé	13 700	20 353	15 555		35 908	
						170 000	52,70 %
						89 582	

Source : Objet de la vie quotidienne (OQV)

⁹⁸ (https://lenord.fr/jcms/prd1_638895/j-amen-age-59-le-choix-du-maintien-a-domicile)

⁹⁹ Entre 2012 et 2017, le Président de la République a fixé un objectif : adapter 80 000 logements aux contraintes de l'âge et du handicap d'ici la fin de son quinquennat. Cet engagement s'est poursuivi et amplifié dans l'actuel quinquennat avec un taux effectif de réalisation important pour la Cnav et l'Anah et une montée en puissance à orchestrer pour Action logement.

Au rythme prévu de 67 000 logements par an cela, on aménagerait plus 500 000 logements d'ici à 2030, ce qui peut paraître suffisant à première vue, du moins si l'on compare ce chiffre aux projections de populations âgées vulnérables (+ 500 000 personnes à dix ans).

Toutefois ces chiffres ne sont pas aisés à interpréter par rapport aux besoins de solutions hors Ehpad indiqués ci-dessus :

- les travaux d'aménagements réalisés avec l'appui de la puissance publique visent en partie les personnes en GIR 5 ou 6 (prévention) : si cela s'avère une cible pertinente pour faciliter une dynamique résidentielle des seniors dans un parc de logement assez largement adapté, comment cela affecte-t-il les besoins pour ces personnes si elles évoluent en GIR 3 ou 4 et leurs comportements éventuels de déménagements ?
- de fait, l'impact réel des aménagements du logement est peu étayé : risques de chutes évités (fréquence ?), économie réalisée (coût de l'aménagement contre coût d'hospitalisation moyenné ou entrée en Ehpad); maintien à domicile allongé ?
- les raisons de renoncement à des aménagements sont également peu documentées : poids des raisons financières ou de manques de conseils (vs. décision de rester en l'état même si c'est dangereux) ; logement inadapté par ailleurs (du fait d'un isolement, d'une zone d'habitation insuffisamment favorable aux seniors, etc.) ;
- on connaît mal la part de personnes dépendantes à domicile habitant un logement non adapté, mais que cela n'empêche pas rester à domicile car ils ont leur habitude : en 2008, 10 % des plus de 60 ans avaient aménagé leur logement (45 % en GIR 3 ou 4)¹⁰⁰ alors qu'en 2003, 4,5 % des plus de 60 ans à domicile disposaient d'aménagements spécifiques mis en place à l'intérieur de leur logement et 3 % des plus de 60 ans exprimaient un besoin (non satisfait)¹⁰¹
- la nature des travaux couverts correspond-elle aux besoins des personnes pour se maintenir à domicile : frontière poreuse entre aménagements et aides techniques (pour la domotique, le numérique). Quid de l'accessibilité des parties communes ?
- enfin, le maintien à domicile va bien au-delà de la question du logement, et requiert en particulier une offre de services suffisante, un quartier d'habitation suffisamment favorable aux seniors et un isolement pas trop important, pour que les personnes concernées ne souhaitent pas finalement tout de même déménager pour un autre logement.

Une évaluation récente réalisée par le Cerema avec d'autres critères donne des besoins qui peuvent être plus importants : en priorisant les publics à revenus modestes dont au moins l'un des individus a uniquement des revenus de retraite (sous les plafonds Anah ou Cnav) et habitant dans des logements sans confort (sans douche, WC, électricité ou avec un classement cadastral 7 ou 8) et faible accessibilité (appartement sans ascenseur) , un rythme de **67 000 logements/an pendant 6 ou 7 ans suffit, mais en élargissant les critères¹⁰² 1,5 millions de ménages supplémentaires seraient concernés.**

¹⁰⁰ Drees, ER, 2012.

¹⁰¹ Drees.

¹⁰² Ménages avec au moins un individu de plus de 60 ans en logement prioritaire et sous plafond de ressources, mais dont la composition des revenus n'est pas exclusivement la retraite.

Plusieurs limites inhérentes à la base Fidéli demeurent à l'issue de ce travail :

- le niveau de dépendance du ménage n'est pas pris en compte faute de variables disponibles sur ce point ;
- l'estimation du niveau d'adaptation au vieillissement de leur logement est très partiel ;
- absence à ce stade d'une prise en compte de la localisation plus ou moins « adaptée au vieillissement » des logements, qui pourrait éclairer aussi l'arbitrage possible des ménages entre mobilité résidentielle et adaptation.

Il serait utile de pouvoir distinguer les ménages identifiés comme prioritaires domiciliés dans des secteurs adaptés aux personnes en perte d'autonomie de ceux vivant éloignés des réseaux de transport en commun, des services et des commerces de proximité. Cela permettrait ainsi de mieux cibler l'intervention publique et d'anticiper des alternatives, tels que le relogement dans le parc social, pour les ménages isolés. ¹⁰³.

B. Des dispositifs d'aménagements des logements à faciliter

1. Reste à charge

Fin 2008, un quart des personnes âgées vivant à domicile utilisaient une aide technique ou ont aménagé leur logement.

Beaucoup de ménages âgés ont des marges de manœuvre pour réaliser l'adaptation de leurs logements (patrimoine des seniors, niveau des retraites). Reste que quand la charge devient lourde, les aides existantes peuvent ne pas suffire. En outre, pour les ménages modestes ou un peu moins modestes et moins aidés, le RAC peut rester significatif et la trésorerie difficile à mobiliser dans des délais cohérents avec les besoins d'aménagements.

¹⁰³ Cf. étude en cours Cerema pour HCFEA de zonage : résultats pour juillet.

Tableau 3 – Contribution Cnav pour le HCFEA

	Coût moyen des travaux 2019	Montant moyen de la participation caisse 2019	Reste à charge moyen pour le bénéficiaire 2019
Alsace Moselle	7 699 €	1 721 €	2 455 €
Aquitaine	10 114 €	2 387 €	2 703 €
Auvergne	8 891 €	2 428 €	2 194 €
Bourgogne Franche C.	12 167 €	1 779 €	3 775 €
Bretagne	10 213 €	2 578 €	3 078 €
Centre Ouest	8 733 €	2 335 €	2 235 €
Centre Val de Loire	9 639 €	1 840 €	2 932 €
Hauts de France	10 680 €	2 410 €	2 798 €
Ile de France	10 235 €	2 242 €	3 597 €
Languedoc Roussillon	10 065 €	2 426 €	2 835 €
Midi Pyrénées	11 748 €	2 555 €	3 314 €
Nord Est	8 602 €	2 531 €	1 415 €
Normandie	10 368 €	2 428 €	3 431 €
Pays de Loire	10 532 €	2 621 €	3 032 €
Rhône Alpes	9 714 €	2 330 €	2 850 €
Sud Est	7 894 €	2 088 €	1 899 €
Martinique	10 373 €	3 342 €	7 031 €
Réunion	13 116 €	3 041 €	10 001 €
Guadeloupe	4 157 €	2 263 €	1 787 €
Guyane	nc	nc	nc

2. Des pistes de simplification, d'élargissement des travaux couverts, d'information et d'aides au financement

Le constat d'une complexité de montage et de méconnaissance des aides à l'aménagement est bien documenté. La nature des travaux couverts par les opérateurs (Anah, Cnav, Action logement) et le besoin développement d'équipements en domotique et numérique est également posé (avec à la clé des évolutions en matière d'aides techniques)¹⁰⁴.

Le rapport Broussy préconise par exemple toute une série de simplification : création d'un dossier unique de demande d'aide à l'adaptation du logements-baptisé « #MaPrimAdapt' », harmonisation

¹⁰⁴ Denormandie P., Chevalier C., 2020, rapport des aides techniques pour l'autonomie des personnes en situation de handicap ou âgées : une réforme structurelle indispensable, octobre.

des conditions d'accès aux aides (revenus, âge, GIR...). Le rapport propose aussi de créer un opérateur unique de l'adaptation du logement, sous la forme d'un pôle constitué de la Cnav et de l'Anah. Il propose également de développer les aides en domotique¹⁰⁵.

Plusieurs pistes sont également envisageables pour aider les personnes âgées à financer leur RAC, soit en révisant son montant, soit en facilitant l'accès au crédit et aux avances de trésorerie¹⁰⁶:

Beaucoup de ménages âgés ont des marges de manœuvre pour réaliser l'adaptation de leurs logements (patrimoine des seniors, niveau des retraites). Restent que quand la charge devient lourde, les aides existantes peuvent ne pas suffire. En outre, pour les ménages modestes ou un peu moins modestes et moins aidés, le RAC peut rester significatif et la trésorerie difficile à mobiliser dans des délais cohérents avec les besoins d'aménagements.

Des pistes existent en matière de crédit, voire de microcrédit par exemple la généralisation de dispositifs de microcrédit pour faciliter l'avance de fonds (expérimentation Cnav) et solvabiliser les RAC.

Encadré 20 – Une expérimentation de micro-crédit en Franche comté

Dans le cadre de sa politique habitat, la Carsat BFC propose une aide financière aux travaux d'habitat à deux publics cibles pour l'adaptation du logement et/ou pour des travaux de lutte contre la précarité énergétique :

- cible 1 : un public identifié fragile (aide max 3 500 €) ;
- cible 2 : un public identifié peu fragile (aide max 1 750 €).

Pour ces deux publics, le cumul des aides aux travaux Anah et Carsat représente des sommes conséquentes. Pour autant, les personnes âgées ne mobilisent pas forcément ces aides, notamment pour des problèmes de solvabilisation du reste à charge, avec une impossibilité ou une difficulté à emprunter au-delà de 70 ans. À titre expérimental, en 2015, la Carsat Bourgogne-Franche-Comté a mis en place un dispositif de prêt à taux 0, en complément des aides Carsat aux travaux et en cas de reste à charge. Sur 1 939 dossiers notifiés présentant un reste à charge (reste à charge moyen : 2 933 €), 24 % ont été transmis pour demande ce microcrédit et 21 % ont finalement donné lieu à une mise en place de prêts à taux zéro (durée moyenne de trente-trois mois). Les bénéficiaires se sont montrés satisfaits dans l'ensemble et 41 % d'entre eux n'auraient pas effectué les travaux sans la possibilité d'emprunter à taux 0 pour financer tout ou partie du reste à charge

D'autres pistes de **crédit viager (ou crédit hypothécaire)** sont également envisageables.

Dans la suite de la proposition 9 de la concertation grand âge, on pourrait également étudier l'introduction dans les contrats d'assurance habitation d'une offre d'adaptation du logement.

La DITP va faire des propositions pour simplifier les actuels dispositifs de financements et mieux les ajuster aux ressources des personnes dans la suite des propositions du rapport Broussy préconisant une simplification des dispositifs d'aide (propositions 33 à 41 dont instaurer un dossier unique « MaPrimeadapt' »).

¹⁰⁵ Proposition 22 : consacrer dès 2021, 10 % des crédits délégués aux conférences des financeurs à un plan domotique, et proposition 23 : intégrer un volet numérique dans toute adaptation des logements et dans les bilans d'ergothérapeutes.

¹⁰⁶ Des expérimentations ont été menées par la Cnav.

C. Proposition 9 et 10 : développer un conseil pour des aides à la mobilité résidentielle à chaque ouverture APA et ouverture d'un dossier d'aménagement du logement

1. Des moments-clés pour envisager des mobilités résidentielles

Bénéficier d'une aide publique aux aménagements de son logement est un droit individuel. Ces aides interviennent aujourd'hui sans préjuger de la durabilité du maintien au domicile historique de la personne aidée, alors même que l'aménagement du logement seul ne suffit souvent pas puisque le degré d'accès à des services et le réseau relationnel et qui entourent la personne sont aussi déterminants. C'est pourquoi, il serait utile de développer aussi une aide plus large de conseil de mobilités à différents moments.

Quels seraient les moments idoines ?

Ce devrait être le cas au moment d'une demande de dossier d'aides à l'aménagement du logement pour faire face au vieillissement. Car plutôt que de simplement conseiller sur l'aménagement du logement, les personnes âgées devraient bénéficier d'un temps de conseil plus élargi sur des alternatives possibles pour se maintenir notamment en logement ordinaire dans leur bassin de vie mais ailleurs.

Cela doit systématiquement être le cas en au moment de l'ouverture du dossier d'APA. Depuis plusieurs années, nombreuses sont les propositions pour étoffer l'équipe APA, en particulier avec des ergothérapeutes et plus généralement avec des personnes susceptibles de porter des conseils pour une adaptation du logement. Pour ce faire, l'équipe APA devrait être formée et être en mesure d'indiquer aux personnes intéressées les contacts susceptibles de les aider à penser et trouver des mobilités résidentielles (voir proposition 8).

Cette aide à la mobilité a vocation à faciliter le parcours résidentiel des seniors et pourrait également être intégrée, dans une logique de prévention, à tout type de campagne large de sensibilisation aux aménagements du logement.

2. Des précédents dans le parc social à généraliser¹⁰⁷

La prise en compte des questions liées au vieillissement dans le parc social est clairement identifiée par les bailleurs sociaux : il s'agit à la fois de poursuivre l'adaptation du parc, de développer des offres de résidences adaptées (habitat regroupé, inclusif, intergénérationnel et résidences autonomie, etc.), de créer des lieux de vie collective et de nouer des partenariats avec des acteurs locaux pour développer une offre de services facilitant le maintien à domicile notamment en luttant contre l'isolement et facilitant la vie quotidienne et enfin de développer une offre de logements adaptés¹⁰⁸. Le label Quali'HLM valorise les bonnes pratiques en qualité de services et vient de déployer une mention spéciale pour l'accompagnement du vieillissement, ainsi qu'une adaptation du label socle pour valoriser l'activité des bailleurs en direction de l'habitat thématique (Quali HLM résidences) pour le vieillissement.

¹⁰⁷ Partie présentée dans la fin de l'état des lieux de février sur la partie préfiguration des pistes.

¹⁰⁸ Convention USH – Cnav.

Encadré 21 – Des services aux locataires âgés qui se multiplient

Les bailleurs sociaux¹⁰⁹ proposent de plus en plus des services de proximités (petit bricolage, animation, portage de repas, etc.) aux seniors au sein du parc social pour favoriser le maintien à domicile : par exemple une quarantaine de bailleurs dont Emmaüs habitat et la Sogemac Habitat avec le label Habitat senior services (HSS) en appui sur des partenariats locaux.

Toutefois, les tensions liées l'« immobilisme » résidentiel dans les grands logements du parc social pourraient fortement s'accroître¹¹⁰ (En Ile de France on attend ainsi que la part des personnes occupant leur logement depuis plus de 20 ans passe de un quart à un tiers), alors que de nombreuses demandes d'actifs avec famille pour des logements sont non satisfaites, et que les logements sociaux occupés depuis longtemps par des personnes âgées vulnérables ont des chances de ne plus être adaptés.

Encadré 22 – Une base de données sur le parc social adapté et adaptable à Rennes

Dans le cadre d'une démarche participative d'audit participatif sur l'habitat et le vieillissement initié en 2010, un diagnostic du patrimoine locatif social en termes de capacité d'adaptation a ensuite été mené. Ce diagnostic a permis de réaliser une base de données partagée avec une classification des logements en plusieurs catégories, d'adapté à non adaptable

Nous n'abordons pas dans ce rapport les pistes d'évolutions de l'offre résidentielle en parc social, sur lequel le rapport Broussy a travaillé (proposition 18 : permettre aux bailleurs sociaux de délivrer des prestations aux locataires âgés et de les facturer en sus des charges).

Dans ce cadre, des pratiques de mobilité à l'intérieur du parc social se sont développées (exemple des bourses d'échange de logements (Paris, Haute-Savoie...) ; attribution de logement social aux personnes âgées (voir exemple de la mairie de Paris). Pour le parc social, l'un des problèmes reste celui de proposer un relogement dans une surface plus petite et adaptée sans renchérir le prix (voir le prix au m²) alors que les baux étant réajustés à chaque mutation rendent difficile de bâtir une offre crédible pour des personnes occupant leur logement depuis longtemps¹¹¹. Le rapport Broussy propose ainsi « *d'encourager les mutations dans le parc social en offrant de réelles compensations aux locataires âgés* » (proposition 19).

Mais ce service « clé » en main, quand il existe gagnerait à se diffuser en dehors du parc social, sachant que le logement diffus obéit évidemment à d'autres contraintes. Et ce d'autant qu'il y a eu une certaine « acculturation aux possibilités de mobilités résidentielles » dans la population âgée en général¹¹².

¹⁰⁹ Le logement des seniors dans la métropole du grand paris, apur, note n° 143, décembre 2018.

¹¹⁰ Vieillesse et logements, tome 2, Impact du vieillissement sur l'occupation et la libération de grands logements d'ici 2035, Institut paris région, octobre 2019.

¹¹¹ Problème de liquidité du marché social qui dépasse ce rapport.

¹¹² Souligné par des membres du Conseil de l'âge.

3. Proposition

Dans le rapport Libault¹¹³, plusieurs pistes sont proposées pour améliorer le cadre de vie des personnes âgées et les aider à s'imaginer vivre dans des cadres de vie plus diversifiés. Il est ainsi proposé :

- d'étendre aux personnes âgées le dispositif d'accompagnement solidaire à la mobilité prévu dans le cadre de la loi Elan¹¹⁴ : « *Il est proposé d'étendre explicitement le dispositif d'accompagnement solidaire à la mobilité, prévu dans le cadre de la loi ELAN, aux personnes âgées en perte d'autonomie. Ce dispositif concerne en effet à l'heure actuelle les personnes en situation de vulnérabilité économique ou sociale et les personnes en situation de handicap ou dont la mobilité est réduite, sans mention explicite des personnes âgées en perte d'autonomie* » ;
- d'améliorer la visibilité de l'offre en résidences services par un référencement sur le portail de la CNSA.

Certains pays sont allés plus loin avec des aides au déménagement, voir des conseils de type « psychologique » pour aider les personnes à se projeter ailleurs. Nous proposons d'instaurer un conseil pour des aides à la mobilité résidentielle à chaque demande d'aménagements de logements ainsi que pour les bénéficiaires de l'APA.

➤ **Proposition 9 : instaurer un conseil à la mobilité résidentielle à l'ouverture du dossier APA et lors de ses révisions périodiques, ainsi qu'à chaque étude d'aide à un aménagement de logements.**

Pour les bénéficiaires de l'APA, il s'agirait que les équipes d'instruction d'une demande aient une connaissance suffisante des aides et procédures pour sensibiliser les allocataires aux opportunités de mobilité et puissent les orienter vers un service spécialisé.

On pourrait étudier la mise en place au niveau du département un pôle d'ingénierie et de conseil aux particuliers sur les alternatives à l'aménagement des logements anciens¹¹⁵, mobilisés en complément des Cicat, de l'Anah, des CAUE pour :

- présenter des alternatives possibles aux personnes dans leur bassin de vie (dont d'habitat inclusif, de résidences autonomes, de logements en zones favorable au vieillissement adossées à des prestations d'aides au domicile élargies),
- financer une aide au déménagement vers un logement déjà adapté en zone favorable au bien vieillir si moins coûteuse que l'aménagement du logement,
- financer des prototypes/simulations de logements universels/évolutifs.

Cela renvoie au problème plus général de l'instruction et de la révision des demandes d'APA, ainsi qu'à l'élargissement de l'APA.

Pour que cette aide soit utile, il conviendrait aussi d'aider opérationnellement les personnes, pas juste de conseiller de manière théorique, par exemple en concevant des aides au déménagement,

¹¹³ Libault D., 2019, Rapport Concertation Grand Âge et Autonomie.

¹¹⁴ Loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique.

¹¹⁵ Incluant la question de la densification (savoir-faire opérationnels quand délégataire aide à la pierre et fond de la maîtrise d'ouvrage, sinon les EPCI restent plus impliqués).

en faisant connaître des alternatives sur le bassin de vie effectif de la personne, en intégrant le fléchage vers une aide urbanistique en particulier pour des projets plus complexes (s'il s'agit d'aider au partage d'une maison devenue trop grande par exemple).

- **Proposition 10 : étudier la mise en place d'une prestation légale d'aide au déménagement et de de recherche d'habitat adapté dans le bassin de vie d'un bénéficiaire de l'APA envisageant une mobilité résidentielle, à l'ouverture du dossier APA ou après.**

IV. Annexes

A. Annexe 1 : EPCI

Au 1^{er} janvier 2019, on compte 1 258 EPCI à fiscalité propre contre 2 601 au 1^{er} janvier 2009.

L'intercommunalité consiste à transférer la gestion d'un ou plusieurs services publics à une structure intercommunale qui a le statut d'établissement public de coopération intercommunale (EPCI). Elle permet aux communes intéressées par la construction d'un équipement ou la fourniture d'un service public de mutualiser leurs moyens.

Les différentes catégories d'EPCI énumérées à l'article L5210-1-1A du code général des collectivités territoriales (nouvelle fenêtre) (CGCT) sont les suivantes :

- les syndicats de communes (loi du 22 mars 1890) ;
- les communautés de communes (loi du 6 février 1992) ;
- les communautés urbaines (loi du 31 décembre 1966) ;
- les communautés d'agglomération (loi du 12 juillet 1999) ;
- les métropoles (loi du 16 décembre 2010, modifiée par la loi du 27 janvier 2014).

Les EPCI, tout en étant des groupements de collectivités territoriales, restent des établissements publics. Ils sont régis, par un principe général de spécialité qui ne leur donne compétence que pour les domaines et les matières que la loi leur attribue ou pour ceux qui leur sont délégués par les communes membres.

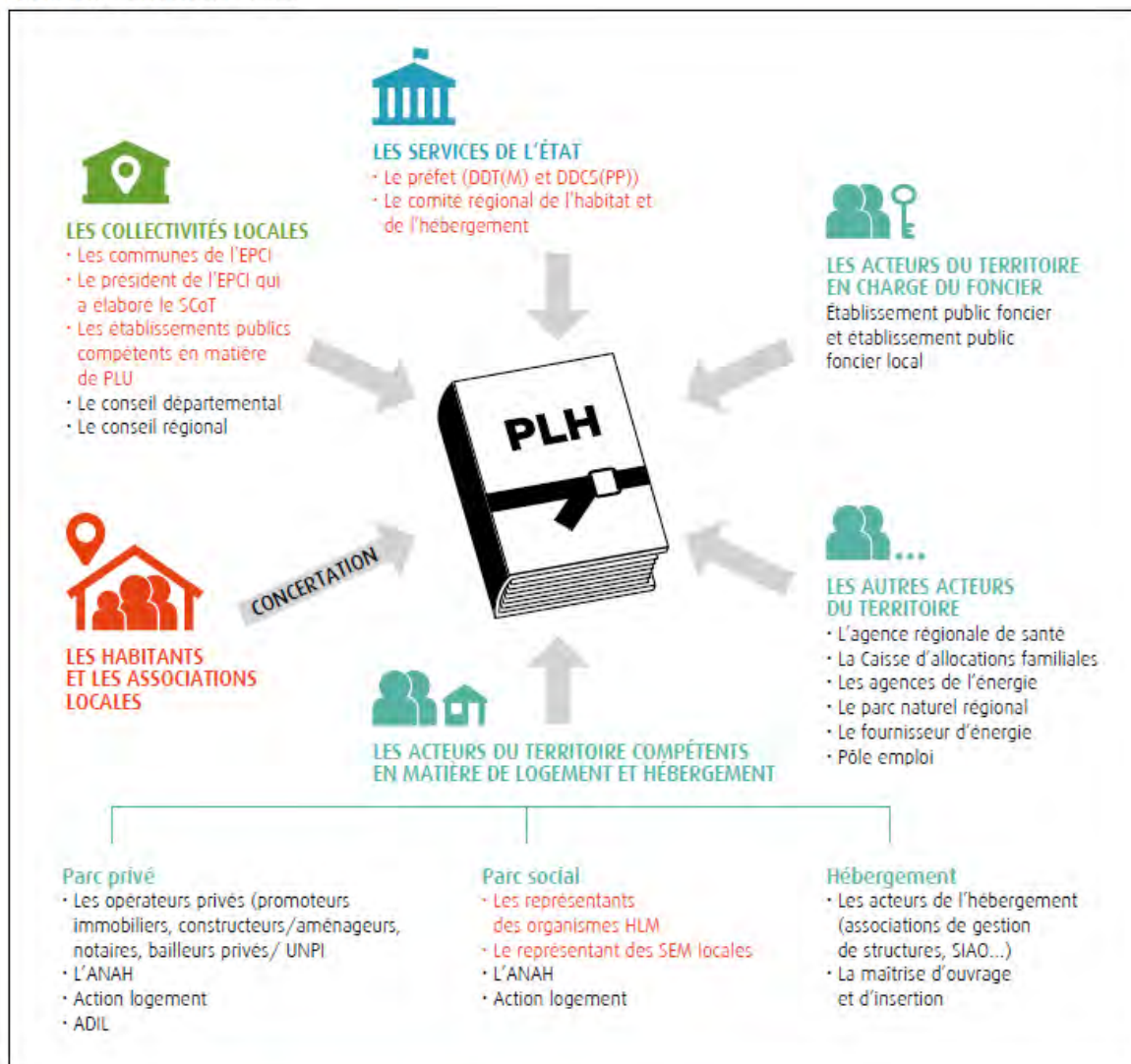
Les EPCI ne disposent pas de la clause de compétence générale.

Depuis les années 90, le renforcement des intercommunalités s'est opéré selon deux axes :

- l'agrandissement des périmètres par le relèvement du seuil démographique minimum de constitution des EPCI à fiscalité propre ;
- l'accroissement des compétences des EPCI.

La loi Notre rend obligatoire le rattachement des communes à un ensemble intercommunal.

LES ACTEURS DU PLH Source : Cerema



En orange : les personnes publiques associées selon le CCH - En noir les autres partenaires

B. Annexe 2 : des exemples de déclinaisons au niveau communal ou EPCI de données autonomes et des exemples de zonage

Les porter à connaissance peuvent déjà décliner des projections de population âgée à un niveau EPCI, c'est par exemple le cas dans le Nord :

C/ Le défi collectif de l'adaptation au vieillissement de la population nordiste

Projections des évolutions démographiques en 2025

(Source : INSEE, Projections de population OMPHALE 2010¹, Scénario central ; Estimation de la population 2016, janvier 2017).

- - 20 ans : ▼ - 20 000 habitants
- 75 ans et plus : ▲ + 33 000 habitants, en particulier en DTPAS de Flandre Maritime, de l'Avesnois et du Cambrésis.
- 85 ans et plus : ▲ + 8 000 habitants.

Perte d'autonomie : selon les estimations de l'INSEE, environ 66 000 personnes âgées de plus de 60 ans potentiellement dépendantes à l'horizon 2025.

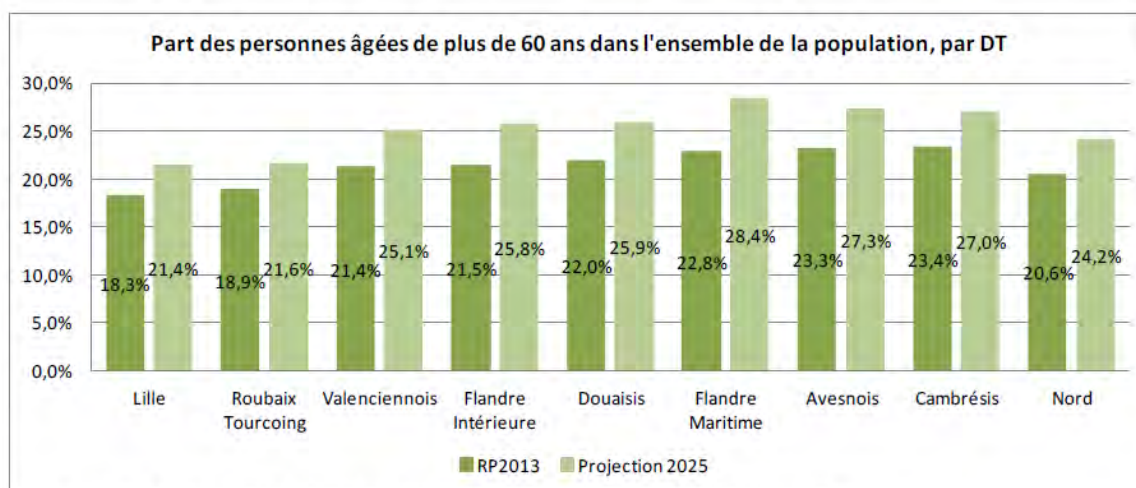
Montant moyen des retraites en 2015 :
Nord : 1 763 euros (France Entière : 1 903 euros)

Un entourage familial ou de proximité davantage impliqué pour apporter un soutien proche

49 % des Nordistes de + de 75 ans déclarent avoir une aide de leur entourage (France Mét. : 41%)

Source : Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014, DREES

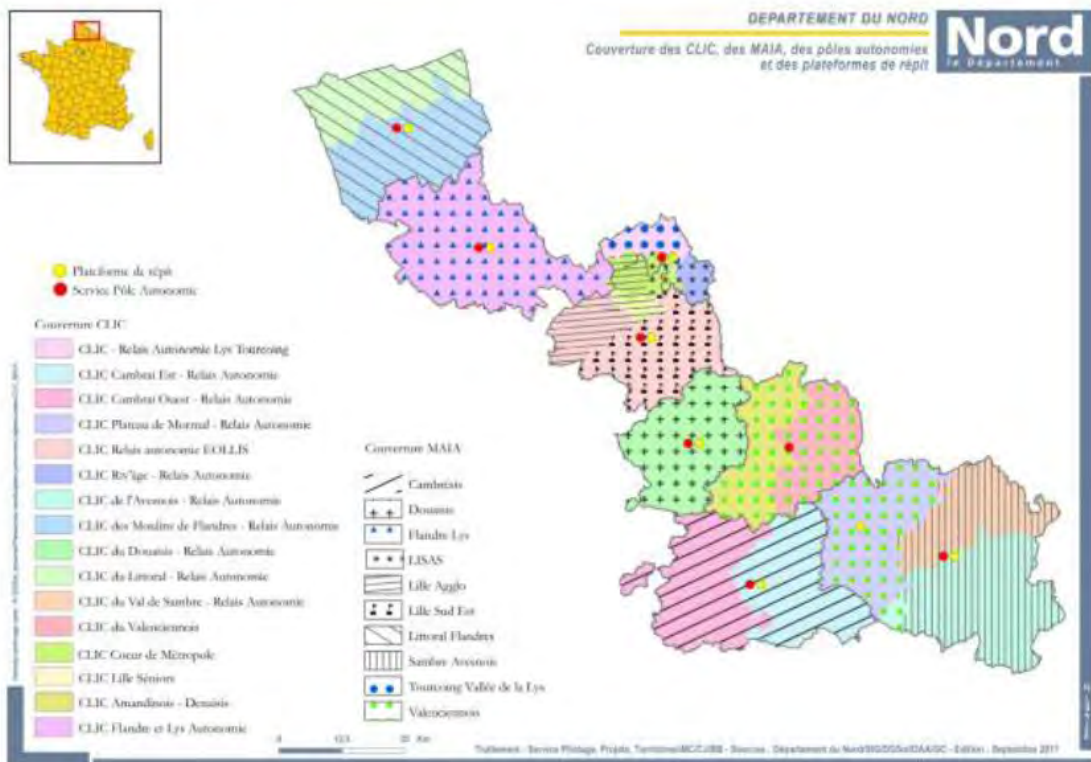
La sociologie des territoires, les ressources des personnes âgées, l'offre de service à destination des personnes en perte d'autonomie créent des contextes locaux très disparates.



Source : INSEE, RP 2013, Projection de la population OMPHALE 2010 base de population 2007, scénario central

Les porter à connaissance peuvent déjà décliner des éléments de l'offre d'accueil et de répit, décliné dans les EPCI , c'est par exemple le cas dans le Nord :

<p>J/ Les acteurs de la prévention et les accueils spécialisés à destination des publics vulnérables : vers des mises en réseau territorial ?</p>	<p>Une offre d'accueil et de soutien à destination des personnes en perte d'autonomie et de leurs proches sur l'ensemble du territoire départemental</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 8 plates-formes de répit ○ 8 pôles autonomie ○ 10 Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie (MAIA) ○ 16 Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) qui vont participer à la création des relais autonomie
--	---



Encadré 23

Les démarches de zonage : identifier et décrire les zones favorables au vieillissement

→ Métropole de Nantes

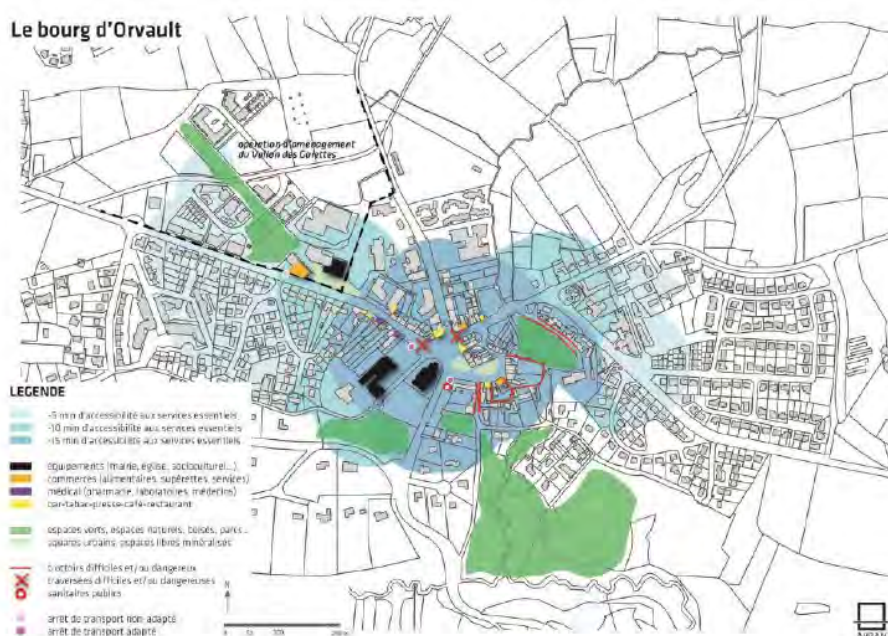
Proposition par Agence d'urbanisme de la région nantaise¹¹⁶ d'une méthodologie de travail pour identifier des quartiers *seniors-friendly* et engager une réflexion pour leur amélioration.

En deux temps :

- analyse la proximité spatiale brute à un certain nombre de services ;
- approche spatiale sensible qui, en analysant la qualité de l'espace urbain, tente de préciser la réalité du caractère *seniors-friendly* de ces quartiers.

En d'autres termes, de quoi je dispose et dans quelle proximité (1) puis quel est le degré de qualité et d'accessibilité de cet environnement de proche (2) ?

Résultats



→ Rennes¹¹⁷

Cartographie de quarante-huit zones favorables qui identifie dans un rayon de **200 à 300 mètres** : les polarités de quartier (commerces, services et équipements de proximité), les transports en commun (station de métro, arrêt de bus) ainsi que les équipements et espaces publics (hôpitaux, cliniques, établissements pour personnes âgées, parcs et espaces verts, etc.).

¹¹⁶ Pour des espaces « *seniors-friendly* » qui profitent à tous, contributions de l'Auran, Le vieillissement dans la métropole nantaise.

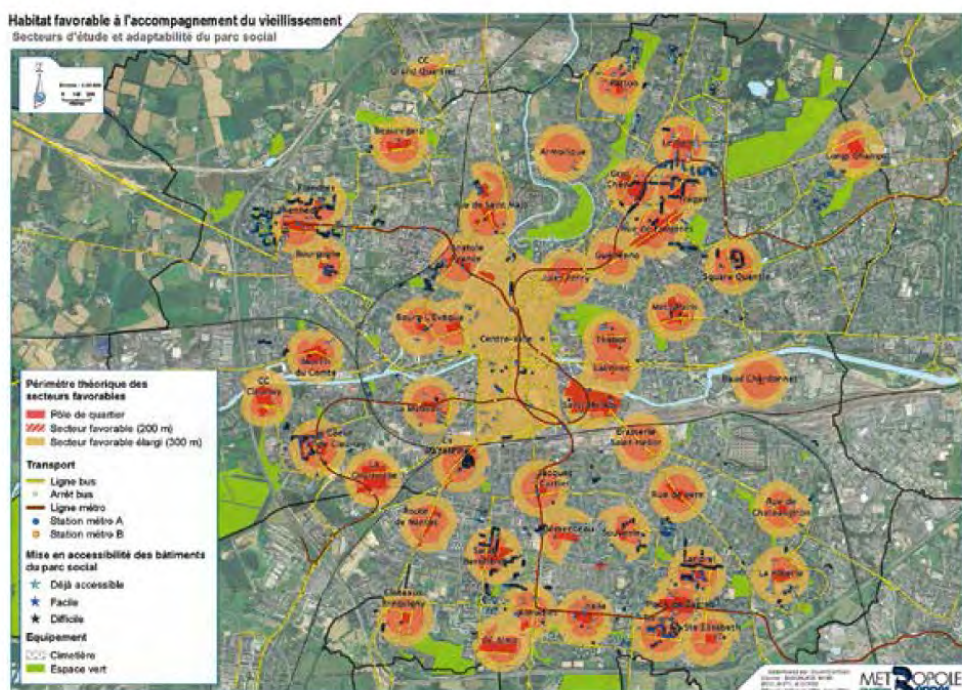
¹¹⁷ Description issue de CGET, 2019, Pour des territoires engagés dans des politiques favorables au vieillissement.

La mise en accessibilité des bâtiments du parc social y est classée en trois catégories (déjà accessible, facile, difficile). Une base de données partagée sur le logement social permet de visualiser très précisément l'offre existante et ses caractéristiques en termes d'adaptation ou d'adaptabilité au vieillissement. Les cinq niveaux de classement (adapté ; facilement adaptable ; moyennement adaptable ; difficilement adaptable ; non adaptable) correspondent à des critères intégrant l'environnement, l'accessibilité et les possibilités d'amélioration des logements.

D'autre part, **des fiches d'identité urbaine et sociale sont élaborées pour chacune de ces zones**. Elles sont, de fait, des documents de diagnostic prospectifs détaillés (environ vingt-cinq pages) et largement illustrés (cartes, tableaux, photos, schémas).

La combinaison des trois outils (base de données logement, cartographie, fiches d'identité) permet d'aider à la décision et à la hiérarchisation des projets et interventions au plan de l'habitat, de l'environnement, des services.

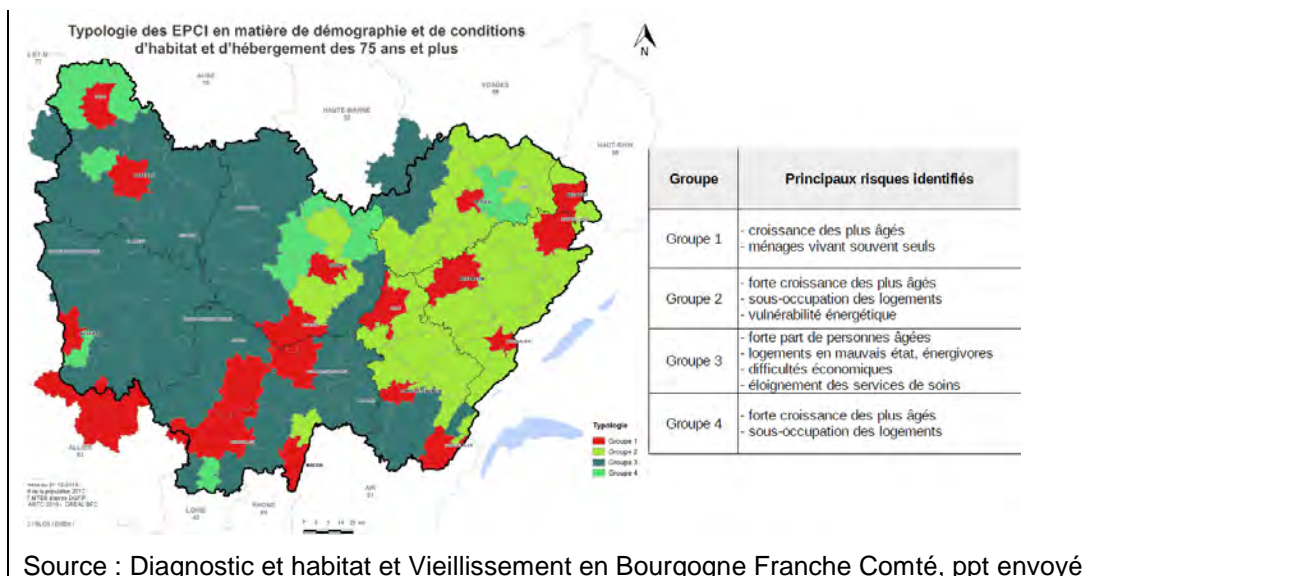
Carte 2. Habitat favorable à l'accompagnement du vieillissement



(À ce stade, impossible de mettre la main sur le document de 2014 « Habitat favorable au vieillissement, la démarche Rennaise, Direction de la Communication et de l'Information Ville de Rennes/Rennes Métropole, octobre 2014 » détaillant ces éléments).

DREAL Bourgogne Franche Comté

Identification des zones « à risque »



C. Annexe 3 : Un volet spatialisé pour le grand plan métier du grand âge : le développement des plateformes territoriales

Pour faire suite à une recommandation du rapport El Khomri, la CNSA, en lien avec la Direction générale de la cohésion sociale, a lancé un appel à projets pour développer des plateformes sur les métiers de l'autonomie des personnes âgées et handicapées visant à alléger les problèmes de recrutement et de fidélisation du personnel que connaissent les structures de l'aide à domicile et aux établissements médicosociaux qui peinent à recruter et à fidéliser leurs professionnels.

Le cahier des charges précise des missions socles obligatoires et des missions facultatives :

Missions socles

- Valoriser et sensibiliser aux métiers du secteur
- Proposer des parcours d'orientation, de formation pour permettre l'accès à l'emploi
- Proposer des actions favorisant le recrutement

Missions facultatives

- Proposer un accompagnement à la prise de poste pour les nouveaux salariés
- Proposer des actions de fidélisation et de mobilité choisie des personnes en poste
- Proposer une démarche territoriale
- Proposer des actions d'appui à la qualité de vie au travail et de lutte contre la sinistralité
- Développer un accompagnement renforcé pour les personnes les plus éloignées de l'emploi
- Développer des partenariats pour favoriser la mobilité des personnes orientées vers le secteur

Les acteurs de la politique de l'emploi, de la formation et de l'autonomie sont associées au projet et devront coordonner leurs interventions. Chaque plateforme doit être cofinancée par le Département d'implantation de la plateforme.

Une soixantaine de projets ont été déposés et une liste de 10 plateformes seront retenues courant juillet 2021.

D. Annexe 4 : Temps et coût de transport des aides à domicile

À partir d'une analyse statistique de l'UNA, le HCFEA estimait dans un récent rapport¹¹⁸ à 1,64 € la rémunération des temps de trajets et des indemnités de transport. Ce montant représente 9 % du coût direct des interventions (personnels intervenants) et 7 % du coût total de l'heure prestée, une fois prise en compte le coût salarial du personnel support et les frais généraux des services.

Le HCFEA soulignait dans ce même rapport une tendance, relevée par les organisations représentatives des Saad, d'augmentation générale de la fréquence des interventions de courte durée (30 minutes, voire 15 minutes) sous l'impulsion des équipes d'évaluation des départements. Selon un précédent rapport de l'IGF, le Saad Abrapa a par exemple vu dans le Bas-Rhin la fréquence de ses interventions de 30 minutes doubler entre 2010 et 2015, occasionnant un renchérissement des coûts de déplacement et peut être une moindre qualité de l'intervention.

Une étude de l'UNA révèle quant à elle que le coût des trajets a augmenté de 13,1% entre 2015 et 2017, du fait du fractionnement croissant des heures d'intervention, mais également du fait des absences de personnels intervenants qui impactent eux aussi la durée de trajets. L'augmentation des frais de déplacement était déjà pointée par l'Igas et l'IGF¹¹⁹ en 2010 qui estimaient alors le coût d'une intervention type de 15 minutes à 18,80€ (cf. tableau X). Certaines structures tentent de limiter, voir refusent d'intervenir sur des durées inférieures à une heure, les tarifs de l'heure d'aide ne permettant pas de couvrir le coût de revient. Certains Saad ont en particulier négocié avec les conseils départementaux l'arrêt de l'élaboration de plan d'aide APA intégrant des interventions inférieures ou égales à 30 minutes.

Tableau 4 – Coût théorique d'une intervention d'un quart d'heure dans un rayon de 10km pour une association de l'Aisne (tiré de l'igas-IGF, 2010)

Indemnité de transport	10 km A/R soit 20 km x 0,35€	7,00 €
Rémunération temps de trajet	14,80 € brut x ¼ d'heure x 2	7,90 €
Rémunération temps d'intervention	14,80 € brut x ¼ d'heure	3,90 €
Coût de revient du ¼ d'heure		18,80 €
Prise en charge par le conseil général		5,14 €

Source : Données association- tarif conseil général – calcul mission

Une récente étude de Quitterie Roquebert¹²⁰ permet de consolider ces constats et de pointer le surcoût de la délivrance de soins au domicile de personnes vivant en milieu rural. L'analyse statistique mobilise les données sociales et comptables d'un grand service prestataire (tarifié par le Conseil départemental) intervenant sur l'ensemble d'un département. Elle porte sur 88 910 interventions au cours du mois d'octobre 2015. Sur cet échantillon (1 209 intervenants) :

- le temps de transport entre les différents lieux d'intervention représentait en moyenne 20 minutes par jour (pour en moyenne 13 km par jour), ce qui représente en moyenne 5 % du temps de travail quotidien. Il est cependant très variable d'un intervenant à l'autre, le maximum observé dans

¹¹⁸ Rapport du Conseil de l'âge « Le Recours des personnes âgées vulnérables aux emplois et services d'aide à domicile »-adopté en avril 2020

¹¹⁹ Igas et IGF, 2010, «Mission relative aux questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles»

¹²⁰ Roquebert Q. (2020), "Reaching the consumer: importance of travel costs in home care provision", Working Paper BETA #2020-41

l'échantillon étant proche de 2 heures par jour (pour près de 80 km par jour), ce qui représente alors 30 % du temps de travail des intervenants. Le temps de transport ne doit pas confondu avec le temps séparant deux interventions, qui est généralement supérieur et que partiellement rémunéré à l'intervenant.

- Le coût de transport, englobant à la fois à la rémunération des temps de trajet par les salariés et les frais de déplacement (indemnité de transport, frais kilométrique, ...), représentaient en moyenne 1,4 € par heure d'intervention, soit entre 6 % et 8 % du prix de l'heure prestée. Il atteint dans l'échantillon un maximum de 10,6 €.

- le coût de transport varie selon le territoire desservi : les communes rurales impliquent toutes choses égales par ailleurs des temps de transport plus élevés que les grandes unités urbaines. Ce surcoût s'explique par la durée plus importantes des trajets mais également par le profil des usagers dans les communes rurales. Dans l'échantillon, les usagers allocataires de l'APA en GIR 1 et 2 sont en particulier surreprésentés dans les communes rurales. Or, ils bénéficient plus souvent que les autres d'aide dans les soins personnels, nécessitant des interventions plus courtes (et parfois plus nombreuses) et mobilisent généralement des intervenants plus qualifiés, ce qui accroît à rémunération des temps de transport. Dans l'échantillon considéré, le coût de transport par heure d'intervention est ainsi près de fois plus élevé dans les communes rurales que dans les grandes unités urbaines (cf. tableau Y)

Tableau 5 – Distance, temps et coût des trajets par heure d'intervention

	Commune rurale	Petite unité urbaine	Unité urbaine intermédiaire	Grande unité urbaine	Ensemble
Distance (km)	3,7	3,3	2,7	1,7	3,2
Temps (heures)	0,08	0,08	0,07	0,05	0,07
Coût (€)	2,1	1,9	1,7	1,1	1,9

Échantillon : un service prestataire desservant l'ensemble d'un département, données octobre 2015.
 Source : Roquebert, 2015.

E. Annexe 5 : La responsabilité populationnelle selon la FHF et la territorialisation des soins en matière d'autonomie

Depuis 2017, la FHF soutient un concept de « responsabilité populationnelle ». Ce modèle est aujourd'hui expérimenté dans cinq territoires, dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018, sur les populations atteintes et à risque de diabète de type 2 et/ou d'insuffisance cardiaque. (1.5 millions d'habitants).

« La Responsabilité populationnelle repose sur un modèle d'intégration clinique visant le triple objectif d'une meilleure santé, une meilleure prise en charge, au meilleur coût, pour une population définie »¹²¹.

Suite aux premières expérimentations des recommandations sont proposées:

1. Rendre possible le **repérage des populations et l'affectation des personnes**
2. Soutenir l'exécution des programmes cliniques
3. Réorienter l'architecture informationnelle vers le bas de pyramide
4. Suivre et évaluer notre action
5. Connaître les ressources disponibles
6. Diffuser et connaître nos pratiques
7. Développer l'interaction avec le patient
8. Garantir la sécurité

Ce projet s'articule également avec les possibilités ouvertes par l'exploitation massive des données.

Au-delà des aspects propres à la prise en charge médicale, c'est l'idée d'un service essentiel qui couvre une population donnée et organise des coopérations et un suivi des résultats qui retient ici notre attention en vue d'en interroger la pertinence dans le domaine des politiques de l'autonomie.

¹²¹ FHF.

F. Annexe 6 : Personnes auditionnées

1. Établissement public de coopération intercommunale (EPCI) – Communauté urbaine

a. *Communauté urbaine de Dunkerque*

- Élodie Capelle : directrice adjointe habitat et aménagement.

b. *Communauté d'agglomération Cambrai*

- Sylvain Tranoy : vice-président de l'agglomération de Cambrai, président du pays du Cambrésis.

c. *Communauté d'agglomération Valenciennes métropole*

- Jean-Marcel Grandame : vice-président de l'agglomération de Valenciennes métropole, président de la commission habitat, renouvellement urbain et urbanisme.

2. Direction départementale des territoires

a. *Nord*

- Amale Benhima : responsable du service habitat ;
- Claire Morel : responsable cellule suivi des organismes HLM et structures collectives.

b. *Saône-et-Loire*

- Sindie Froment : chargée d'étude ;
- Cécile Dedienne : adjointe au chef de service.

c. *Hérault*

- Sophie Mettetal : chef de service adjointe du service « habitat, construction et affaires juridiques » ;
- Béatrice Licour : chef de pôle logement, accès, maintien.

d. *Val d'Oise*

- Josette Deroux : cheffe du service de l'habitat, de la rénovation urbaine et du bâtiment.

e. *Les BE habitat*

- Bruno Mirande : cogérant de Guy Taeib consultant.

3. Réseau Francophone des Villes Amies des Aînés (RFVAA)

- Angélique Giacomini : déléguée générale adjointe en charge de la formation, de la recherche et de l'élaboration du label Vada ;
- Pierre-Olivier Lefebvre : délégué général.

4. Directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement (Dreal)

a. *Franche-Comté*

- Patrice Perron : chef du département statistiques, études, habitat ;
- Marie Droin : chargée de mission politiques sociales ;
- Paula Carrola : chargée de mission politiques sociales ;
- Lauren Kelly : chargée d'études dans le domaine de l'habitat et des avis liés à la planification.

5. Conseils départementaux

a. *Saône-et-Loire*

- Sylvie Llopis : directrice de l'insertion et du logement social ;
- Nicolas Rotival : directeur de l'autonomie des personnes âgées et personnes handicapées.

b. *Nord*

- Jean-Pierre Lemoine : directeur général adjoint chargé de la solidarité ;
- Christel Fagnoni : responsable du service habitat urbanisme et quartiers prioritaires à la direction de l'aménagement territorial ;
- Cyril Carbonnel : directeur de l'autonomie ;
- Marie Gérard : responsable du pôle ingénierie territoriale et qualité de service ;
- Christophe Herbin : directeur de l'aménagement territorial ;
- Virginie Thooris : responsable du pôle insertion à la direction de l'insertion professionnelle et de lutte contre les exclusions.

c. *Hérault*

- Pascal Perrissin : directeur général ;
- Anne Van Den Broeck : directrice de la direction de l'habitat et de l'aménagement
- Frédéric Dhivert : directeur de la direction de l'offre médicosociale ;
- Françoise Monteil-Martin : directrice adjointe de la direction de l'action sociale et du logement.

d. *Val d'Oise*

- Coryse Vandecasteele : directrice des territoires et de l'habitat ;
- Nathalie Decock : directrice de l'offre médicosociale ;
- Mathieu Broutin : chef du service PPT/DSI personnes âgées au sein de la direction de l'offre médicosociale ;
- Diane Roussignol : adjointe au directeur.

6. Bailleurs sociaux

e. *Union sociale pour l'habitat (USH)*

- Catherine Vogelesen : conseillère quali'HLM & vieillissement, union nationale des fédérations d'organismes HLM ;
- Delphine Baudet-Collinet : responsable du pôle politiques sociales et clientèle ;
- Magali Vallet : responsable du département des attributions et gestion de la demande ;
- Dominique Bresard : cheffe de mission politiques territoriales.

7. Organisme des solidarité logement

a. *Solidaires pour l'habitat (Soliha)*

- Éric Malevergne : responsable du pôle mécénat-bénévolat, suivi réhabilitation accompagnée, démarche qualité de service.

8. Agences nationales :

Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT)

- Jean Guiony : directeur adjoint du programme national Action cœur de ville ;
- Edmée Rinuy : chargée de mission, programme national Action cœur de ville ;
- Marguerite de Metz : chargée de mission, programme national Action cœur de ville ;
- Juliette Auricoste : directrice du programme Petites villes de demain ;
- Mathilde Fraisse : chargée de mission, programme Petites villes de demain ;
- Sabrina Abdi : directrice du programme cadre de vie, logement, mobilités et tranquillité.

Agence nationale pour la rénovation urbaine (ANRU)

- Camille Lefebvre, chargée de mission.

9. Direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages (DHUP)

- Sandra-Jeanne Lara-Golliot : directrice de projets ;
- Régis Haiat : chef du bureau des politiques sociales du logement ;
- Damien Métivier : adjoint au chef de bureau ;
- Bruno Chabrol.

Cerema

- Brigitte Pouget : chef de groupe ;
- Olivier Dupré : responsable du groupe développement urbain habitat logement ;
- Gilles Verley : chargé d'études ;
- Joël Meissonier : expert sur les problématiques d'environnement, d'infrastructure, de climat et d'énergie ;
- Emmanuelle Colleter : chargée de projet.

10. Secrétariat général des ministères charge des affaires sociales (SGMCAS)

- Morgane Guillemot : chargée de mission sur l'offre de soins ;
- Jean-Philippe Horréard : chargé de mission « accompagnement des ARS dans la territorialisation des politiques publiques » ;
- Pauline Sassard : chargée de mission médicosociale.

Réunion organisée avec des directeurs autonomie des ARS.

Et temps d'échange avec SGMAS - ARS et direction générale de l'offre de soins (DGOS) avec

- Sophie Augros : conseillère médicale auprès de la DGOS ;
- Thierry Kurth : directeur d'hôpital hors classe, chef du bureau « prises en charge post-accidentés, pathologies chroniques et santé mentale » ;
- Anne-Noëlle Machu : chargée de mission personnes âgées ;
- Louise Cadin : cheffe du bureau de la prévention de la perte d'autonomie et du parcours de vie des personnes âgées.

11. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

- Patrick Aubert, sous-directeur ;
- Layla Ricroch, cheffe du bureau handicap – dépendance.

12. Agence nationale de l'habitat (ANAH)

- Marielle Ferret, chargé de mission autonomie.

13. Caisse nationale assurance vieillesse (Cnav)

- Frédérique Garlaud, directrice nationale de l'action sociale de la Cnav.

Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge est placé auprès du Premier ministre. Il est chargé de rendre des avis et de formuler des recommandations sur les objectifs prioritaires des politiques de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et des personnes retraitées, et de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Le HCFEA a pour mission d'animer le débat public et d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge, à l'adaptation de la société au vieillissement et à la bienveillance, dans une approche intergénérationnelle.

RETROUVEZ LES DERNIÈRES ACTUALITÉS DU HCFEA :

www.hcfea.fr



Le HCFEA est membre du réseau France Stratégie (www.strategie.gouv.fr)

Adresse postale : 14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP

