

Juin 2016

VIEILLIR CHEZ SOI

Enjeux de santé dans l'adaptation des logements



RAPPORT & ENQUÊTE

VIEILLIR CHEZ SOI

Enjeux de santé dans l'adaptation des logements

Juin 2016

Auteurs

Caroline LABORDE (ORS Île-de-France)

Caroline GRUDZIEN (ORS Île-de-France)

Couverture : crédits photos

Région Île-de-France/Flickr-CC - Patrick Doheny/Flickr-CC - Marjan Lazarevski/Flickr-CC

Remerciements

Nos remerciements vont tout d'abord à la Drees et à l'Insee pour la mise à disposition des données de l'enquête Handicap-Santé.

Nous remercions Valérie Féron, statisticienne et Adrien Saunal, géomaticien à l'Observatoire régional de la santé (ORS) Île-de-France pour leur contribution dans l'analyse et la cartographie des inégalités territoriales en Île-de-France. Nous vous remercions vivement pour votre expertise, votre travail et votre patience.

Nous remercions Catherine Embersin-Kyprianou (socio-démographe à l'ORS Île-de-France), Sylvie Renaut (socio-économiste à la CNAV) et Victor Rodwin (Professeur de politiques de santé à la Wagner School of Public Service, New York University). Nous vous remercions sincèrement pour vos expertises, vos relectures attentives et vos remarques constructives.

Nous remercions Christine Canet et le Dr Nathalie Sénécal-Garnier, directrice de l'ORS Île-de-France, pour leur effort de relecture et leurs conseils pertinents.

Enfin, notre reconnaissance va à l'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France et à la Région Île-de-France dont les financements ont contribué à ce travail.

Suggestion de citation

Laborde C, Grudzien C. Vieillir chez soi : Enjeux de santé dans l'adaptation des logements. Paris : Observatoire régional de santé Île-de-France. 2016.

Il peut être reproduit ou diffusé librement pour un usage personnel et non destiné à des fins commerciales ou pour des courtes citations.
Pour tout autre usage, il convient de demander l'autorisation auprès de l'ORS.

RESUME

Contexte et objectifs

Vieillir chez soi en bonne santé est l'ambition actuelle portée par les politiques de nombreux pays de l'OCDE. Selon des études menées auprès de la population âgée de l'Europe du Nord, disposer d'un logement adapté permettrait de favoriser le maintien à domicile et présenterait des effets bénéfiques sur l'état de santé général. A ce jour, nous n'avons pas trouvé en France d'études sur les liens entre santé et adaptation du logement. Les objectifs de cette étude sont de décrire en France et en Île-de-France la part de personnes âgées vivant dans un logement adapté ; identifier les facteurs facilitants et limitants de l'adaptation du logement ; évaluer l'association entre adaptation du logement et santé. Une deuxième étape prospective se concentrera sur les territoires de l'Île-de-France pour éclairer les enjeux de ces territoires face au vieillissement à domicile en bonne santé et à l'adaptation des logements.

Méthodes

Pour cela, nous exploitons les données de l'enquête Handicap-Santé, menée par la Drees et l'Insee en 2008, représentatives au niveau national et de la région Île-de-France. Des modèles multivariés nous permettent d'identifier trois situations à risque de mauvaise santé perçue aux âges élevés : vivre seul ; ne pas pouvoir vivre dans un logement adapté ; ne pas pouvoir sortir de son logement aussi souvent que souhaité. Trois indicateurs infra-territoriaux sont sélectionnés pour approcher ces trois situations de mauvaise santé perçue. La cartographie des ces indicateurs infra-territoriaux nous permet d'observer les inégalités territoriales franciliennes face à la capacité de vieillir à domicile en bonne santé.

Résultats

Seuls 7% des Franciliens âgés de 60 ans ou plus vivent dans un logement qui dispose d'aménagement intérieur et 12% déclarent des difficultés pour sortir de leur logement aussi souvent que souhaité. Les modèles multivariés indiquent que la probabilité de vivre dans un logement aménagé est réduite pour les locataires; la probabilité d'être en bonne santé est réduite de 70% pour les personnes âgées déclarant vivre dans un logement non aménagé selon leurs besoins et de 40% pour celles déclarant ne pas sortir autant qu'elles le voudraient. Au vu de ces résultats, quels sont les enjeux pour les territoires franciliens ? En Seine-Saint-Denis, dans les Hauts-de-Seine ou dans Paris, nous identifions des cantons-ville qui doivent être vigilants au regard de l'isolement des personnes âgées (proportion élevée de 80 ans ou plus vivant seul) et de leurs difficultés à pouvoir vivre dans un logement aménagé à l'intérieur (proportion élevée de 80 ans ou plus locataires de leur résidence principale). En grande couronne, nous identifions des cantons-villes devant être vigilants face aux difficultés à pouvoir sortir aussi souvent que souhaité de chez soi (proportion élevée de 80 ans ou plus vivant en immeuble sans ascenseur).

Conclusion

Nos résultats mettent en évidence une association entre adaptation du logement et santé perçue et suggèrent l'importance de développer des politiques publiques visant à aménager ou à réaliser des logements adaptés. Ils plaident pour la mise en place d'une stratégie d'anticipation face au logement dans les territoires où nous avons identifié des difficultés. La réflexion sur le vieillissement à domicile doit être poursuivie en traitant la question du logement de manière globale et en intégrant l'ensemble des autres champs en interaction (transports, accès aux services de santé, urbanisme...).

SOMMAIRE

1 INTRODUCTION	9
2 CONTEXTE	11
2.1 Enjeux du vieillissement	11
2.1.1 Vieillissement démographique : un enjeu européen	11
2.1.2 Espérance de vie plus longue.....dans quel état de santé ?	11
2.1.3 Combien de personnes âgées sont en situation d'incapacité ?	12
2.1.4 Inégalités sociales de santé et d'incapacité aux âges élevés	12
2.2 Enjeux croisés du vieillissement et du logement.....	14
2.2.1 Domicile, mode d'hébergement privilégié des politiques et des personnes âgées	14
2.2.2 Enjeux de santé dans l'adaptation du logement	14
2.2.3 Retard français en matière d'adaptation des logements	15
2.3 Politiques publiques du vieillissement et du logement ?	18
2.3.1 « Lifetime Homes standards» au Royaume-Uni	18
2.3.2 Vers une articulation des politiques vieillissement et logement en France ?.....	18
2.4 Quels enjeux en Île-de-France ?	19
2.4.1 Vieillissement démographique : des enjeux différenciés selon les territoires franciliens.....	19
2.4.2 Domicile, mode d'hébergement prédominant en Île-de-France	20
2.4.3 Conditions de logement des ménages âgés.....	21
2.4.4 Incapacité et inégalités territoriales.....	22
2.4.5 Incapacité et inégalités sociales	22
3 DONNEES & METHODES	25
3.1 Adaptation du logement et santé.....	25
3.1.1 Présentation de l'enquête Handicap-Santé	25
3.1.2 Population étudiée.....	26
3.1.3 Indicateurs retenus	26
3.1.4 Méthodes	29
3.2 Inégalités territoriales.....	31
3.2.1 Présentation du recensement principal	31
3.2.2 Méthodes de sélection des indicateurs	31
3.2.3 Population étudiée.....	31
4 RESULTATS	33
4.1 Adaptation du logement et santé.....	33

4.1.1	Plus de 40% des Franciliens de 60 ans ou plus déclarent être limités dans leurs activités.....	33
4.1.2	Seuls 7% des Franciliens âgés vivent dans un logement aménagé	34
4.1.3	Les différents types d'aménagement intérieurs.....	37
4.1.4	Différents types d'aides techniques.....	40
4.1.5	Des chances inégales de vivre dans un logement aménagé	40
4.1.6	Quelles sont les catégories de personnes âgées qui expriment le plus de besoin d'aménagements ?.....	42
4.1.7	Quels sont les facteurs qui favorisent l'utilisation d'aides techniques ?	44
4.1.8	Des chances inégales de pouvoir sortir de son logement quand on le souhaite.....	46
4.1.9	Quelle association entre adaptation du logement et santé perçue ?46	
4.2	Inégalités territoriales	51
4.2.1	Trois situations, en lien avec le logement, à risque de mauvaise santé perçue aux âges élevés	51
4.2.2	Vivre seul.....	51
4.2.3	Vivre dans un logement non adapté.....	53
4.2.4	Ne pas pouvoir sortir de son logement aussi souvent que souhaité	56
4.2.5	En résumé, quels sont les enjeux pour les territoires de l'Île-de-France face au vieillissement et au logement ?	59
5	DISCUSSION	61
5.1.1	Principaux résultats.....	61
5.1.2	Enseignements	61
5.1.3	Limites de l'étude	64
5.1.4	Recommandations	65
	ANNEXES	66
	LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	73
	BIBLIOGRAPHIE	74

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Types d'aides mobilisées par les personnes déclarant des difficultés dans la réalisation d'activités quotidiennes (%) *	36
Figure 2.	Part de personnes âgées de 80 ans ou plus vivant seul en 2012, par département (%).....	52
Figure 3.	Part de personnes âgées de 80 ans ou plus vivant seul en 2012, par canton-ville (%).....	53
Figure 4.	Statut d'occupation de la résidence principale des personnes âgées de 80 ans ou plus en 2012, par département (en %).....	54
Figure 5.	Part de locataires de la résidence principale parmi les hommes et les femmes âgés de 80 ans ou plus en 2012, par département (%)	55
Figure 6.	Locataires parmi les personnes âgées de 80 ans ou plus en 2012, par canton-ville (%)	55
Figure 7.	Type de logement pour les personnes âgées de 80 ans ou plus en 2012, par département (%).....	56

Figure 8. Part de femmes et d'hommes âgés de 80 ans ou plus vivant en appartement en 2012, par département (%)	57
Figure 9. Présence d'ascenseur dans les appartements des personnes âgées de 80 ans ou plus en 2012, par département (en %).....	58
Figure 10. Présence d'ascenseur dans les appartements des personnes âgées de 80 ans ou plus en 2012, par canton-ville (en %)	59

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Population âgée de 75 ans ou plus en 2015 et projections en 2030, par département (Effectifs et %)	20
Tableau 2. Vie à domicile (en %), taux d'équipement en EHPAD et en soins infirmiers à domicile (en ‰), par département.....	21
Tableau 3. Population âgée de 75 ans ou plus dépendante en 2020 et projections en 2030, département (Effectifs et %)	23
Tableau 4. Etat de santé et état fonctionnel des personnes âgées de 60 ans ou plus et 75 ans ou plus, en Île-de-France et dans les autres régions (% et OR ajustés).....	34
Tableau 5. Niveau d'adaptation du logement, utilisation des aménagements du logement et aides techniques (% et OR ajustés).....	35
Tableau 6. Aménagements dont disposent les personnes âgées, parmi celles vivant dans un logement disposant d'aménagements ou de meubles adaptés (%).....	38
Tableau 7. Principales aides techniques utilisées par les personnes âgées (%).....	39
Tableau 8. Vivre dans un logement qui dispose d'aménagement (% et OR ajustés)	41
Tableau 9. Déclarer des besoins en aménagement du logement (% et OR ajustés).....	43
Tableau 10. Utiliser une aide technique (% et OR ajustés).....	45
Tableau 11. Pouvoir sortir de son logement quand on le souhaite (% et OR ajustés)	47
Tableau 12. Se déclarer en bon et très bon état de santé en général (%)	49
Tableau 13. Se déclarer en bon voire très bon état de santé en général (OR ajustés)....	50

LISTE DES ENCADRES

Encadré 1. La grille Autonomie gérontologie groupes iso-ressources (AGGIR).....	13
Encadré 2. Liste des meubles ou les aménagements spécialement adaptés dans l'enquête Handicap-Santé 2008-2009.....	28
Encadré 3. Liste des aides techniques dans l'enquête Handicap-Santé 2008-2009	30
Encadré 4. L'aide humaine davantage sollicitée pour la réalisation d'activités de la vie quotidienne (ADL ou IADL) que les aménagements du logement et les aides techniques.	36
Encadré 5. Besoins exprimés par les Franciliens en termes d'aides techniques.....	44

1 | INTRODUCTION

En France, seuls 6% des logements seraient adaptés à la perte d'autonomie, c'est trois fois moins qu'aux Pays-Bas (16%) et deux fois moins qu'au Danemark (12%) (Anah-Cnav, 2013). Ces chiffres sont étonnamment faibles quand on sait l'accélération que le vieillissement démographique va connaître en France dans les prochaines années. Ils deviennent préoccupants quand on s'intéresse aux effets positifs et négatifs de l'adaptation du logement sur la santé des personnes âgées. Cette étude a pour objectif de donner des éléments de compréhension sur la relation complexe entre adaptation du logement et santé. Elle vise à éclairer les politiques sur les enjeux d'adaptation du logement auxquels sont confrontés la France en général, et les territoires de la région Île-de-France en particulier.

En France, seuls 6% des logements seraient adaptés à la perte d'autonomie.

Les effets de l'adaptation du logement sur la population âgée sont étudiés depuis les années 90, par des équipes de recherche principalement localisées en Europe du Nord. Au fur et à mesure que l'on vieillit, le logement devient de plus en plus important en termes de support à l'autonomie, d'inclusion sociale et de bien-être (Wahl, 2006). L'idée que le logement aurait un effet sur la santé aux âges élevés repose en partie sur la théorie écologique du vieillissement (Lawton et Nahemow, 1973). Un logement inaccessible représenterait un problème de santé potentiel dans la mesure où il menace l'indépendance et le bien-être subjectif des personnes âgées (Iwarsson et Isacsson, 1997). A contrario, des adaptations dans le logement favoriseraient le maintien en activité, la vie dans son domicile et la participation sociale (Pettersson, et al, 2012). Des recherches récentes mettent en évidence des liens entre adaptation du logement et santé (Fänge et Ivanoff, 2009 ; Tomson et al, 2013 ; Kylen et al, 2014 ; Sixsmith et al, 2014). Nous n'avons pas trouvé en France de recherches s'intéressant aux liens entre adaptation du logement et santé. Pour autant, de nombreux rapports remis au gouvernement ces cinq dernières années placent le logement au cœur du défi du vieillissement et soulignent que le maintien à domicile ne peut être possible sans donner aux personnes âgées les moyens de vivre dans un environnement adapté à leurs besoins (Boulmier, 2009 ; Boulmier, 2010 ; Franco, 2010 ; Broussy, 2013 ; Aquino et al, 2013).

En Île-de-France, que savons-nous sur ce sujet ? Nous savons que la population va vieillir (avec une accélération particulièrement forte dans le Val-d'Oise et en Seine-et-Marne) et que le nombre de personnes âgées en incapacité va augmenter. En revanche, nous n'avons pas d'informations sur le niveau d'adaptation des logements des sujets âgés dans ces territoires. Nous ne savons pas s'il existe des territoires franciliens où les personnes âgées sont particulièrement confrontées à des difficultés pour vivre dans un logement adapté et vieillir en bonne santé. Or l'ampleur du vieillissement attendu dans ces territoires exige de se positionner dans une stratégie d'anticipation et d'adaptation des logements au vieillissement mais aussi plus globalement de la société au vieillissement.

Dans ce contexte, l'ORS Île-de-France a mené une étude sur les enjeux de santé dans l'adaptation des logements de la population âgée, avec l'objectif d'améliorer notre niveau de connaissance en réalisant une revue de la littérature et en produisant des analyses statistiques pour la France et l'Île-de-France à partir de données d'enquête. Au vu des enjeux territoriaux, il est également important de proposer aux territoires une façon simple de s'approprier ces résultats scientifiques en visualisant certaines des difficultés que peuvent rencontrer les personnes âgées sur leur territoire.

Les objectifs de cette étude sont donc doubles.

- Les premiers sont d'ordre descriptif et analytique et portent sur la France et l'Île-de-France: décrire la part de personnes âgées vivant dans un logement adapté ;

**Un logement adapté
présenterait des bénéfices
sur la santé des personnes
âgées.**

identifier les facteurs facilitants et limitants de l'adaptation du logement ; évaluer l'association entre adaptation du logement et santé.

- Les deuxièmes sont prospectifs et se concentrent sur les territoires franciliens : observer les inégalités territoriales et identifier les territoires au sein desquels les personnes âgées pourraient avoir des difficultés à vivre dans un logement adapté et vieillir chez elles en bonne santé.

Nous proposons deux parties de résultats répondant chacun à un type d'objectif. Ces deux parties sont articulées : la partie prospective est alimentée par les résultats de la partie descriptive et analytique.

Le logement est l'un des nombreux déterminants environnementaux qui influencent la santé des sujets âgés. Nous pouvons citer comme autres déterminants : l'aménagement urbain, les transports, les commerces de proximité, les services de santé, etc. Leur accessibilité est une condition nécessaire au maintien à domicile des personnes âgées (Franco, 2010 ; Hunter, 2011). Dans cette étude, nous avons fait le choix de nous concentrer sur le logement dont l'adaptation est définie comme des modifications de son intérieur et de son extérieur immédiat (Boverket, 2000 ; Fänge et Iwarsson, 2006). Les autres déterminants environnementaux sont intégrés à notre réflexion dans la partie discussion et recommandations.

Ce rapport est organisé de la façon qui suit.

- Tout d'abord, il présente l'articulation des enjeux du vieillissement et du logement dans lequel s'inscrit l'étude (chapitre 2).
- Il décrit les sources de données utilisées et les méthodes statistiques mobilisées (Chapitre 3).
- Les résultats sont présentés en deux parties : 1/ partie descriptive et analytique : niveau d'adaptation, déterminants et étude du lien entre santé et adaptation du logement; 2/ partie prospective : inégalités territoriales face à la capacité de vivre dans un logement adapté et de vieillir en bonne santé. (Chapitre 4).
- Enfin les résultats principaux sont repris, discutés et des recommandations sont formulées (chapitre 5).

Afin de faciliter la lecture, les enseignements-clés sont présentés en début de la partie méthodes (chapitre 3) et résultats (chapitre 4).

2 | CONTEXTE

2.1 Enjeux du vieillissement

2.1.1 Vieillissement démographique : un enjeu européen

La population française vieillit. Au 1^{er} janvier 2016, les 65 ans et plus représentent 18,8% de la population. Selon l'Insee en 2030, ils représenteront 29,4% de la population et 32,1% en 2060.¹ Le vieillissement de la population s'observe aussi dans les autres pays européens. Une projection élaborée par Eurostat prévoit une accélération du vieillissement dans les années à venir : la part des 65 ans ou plus en 2040 dépassera 20% dans tous les pays européens et sera supérieure à 25,7% dans la moitié d'entre eux (Adveev, 2011). En comparaison à d'autres pays, la part de la population française âgée augmente lentement : en France, la population des 65 ans et plus a doublé en 115 ans alors qu'en Suède 85 ans ont suffi et 45 ans au Royaume-Uni (Robine, 2010). Dans les années à venir, le vieillissement se caractérisera en Europe par une augmentation des 80 ans ou plus qui sera beaucoup plus importante que celle des 65-79 ans. En France, la part des 80 ans ou plus doublera d'ici 2040 ; elle triplera à Malte, Chypre ou Pologne. Cette progression des très âgés s'accompagnera d'un accroissement de besoins d'aides et de soins.

En France, la part des 80 ans ou plus doublera d'ici 2040.

2.1.2 Espérance de vie plus longue.....dans quel état de santé ?

En 2015, l'espérance de vie des hommes est de 78,9 ans et de 85,0 ans pour les femmes (Bellamy et Beaumel, 2016). Parmi les pays de l'OCDE, la France se situe, en termes d'espérance de vie à la naissance, en 3^e position derrière le Japon et l'Espagne pour les femmes et en 14^e position pour les hommes (OCDE, 2015). Depuis 1970, les espérances de vie à la naissance et à 65 ans ont tendance à augmenter atteignant une augmentation moyenne pour l'espérance de vie à 65 ans de 5,5 ans dans les pays de l'OCDE et de 6,5 ans en France (OCDE, 2015). Une combinaison de plusieurs facteurs expliquent cette tendance : le progrès médical, l'amélioration de l'accès aux soins de santé et des changements dans les comportements individuels (hygiène, prévention) en lien avec la hausse du niveau d'éducation (Drees, 2015). Toutefois une légère baisse de l'espérance de vie est observée récemment par l'Insee. Entre 2014 et 2015, l'espérance de vie à la naissance a diminué de 0,4 an pour les femmes et de 0,3 an pour les hommes. Les auteurs expliquent cette chute essentiellement par une hausse de mortalité après 65 ans (+24 000 décès supplémentaires par rapport à 2015) du fait d'un épisode de grippe particulièrement long et de forte intensité durant les trois premiers de l'année 2015 et d'un épisode caniculaire en juillet 2015 (Bellamy et Beaumel, 2016). Même si sur une longue période l'espérance de vie à la naissance s'accroît, des baisses ont déjà été observées par le passé. Mais elles étaient moins importantes et n'avaient alors touché que les femmes (- 0,2 an en 2012 par exemple).

L'augmentation de l'espérance de vie ne s'accompagne pas nécessairement d'années en bonne santé. D'ici à 2020, l'Union Européenne s'est fixé comme objectif d'augmenter le nombre d'années de vie en bonne santé de 2 ans. L'action européenne conjointe sur les « années de vie en bonne santé » (EHLEIS) est coordonnée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), les Etats membres et la Commission européenne. Si la France présente une des espérances de vie la plus élevée de l'Europe des 27, le nombre d'années que les français peuvent espérer vivre sans incapacité est proche de la moyenne européenne. En France en 2013, les hommes de 65 ans peuvent

En 2015, l'espérance de vie des hommes est de 79 ans et de 85 ans pour les femmes.

¹ Données disponibles sur http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=T14F032
Vue le 25 janvier 2016

**En 2013,
les hommes de 65 ans
peuvent espérer vivre 51%
de leurs années restant à
vivre en bonne santé et
les femmes 46%.**

espérer vivre 50,6% des années leur restant à vivre en bonne santé, soit 9,8 ans et les femmes 45,5% soit 10,7 ans². En Norvège et en Islande, un homme et une femme âgés de 65 ans peuvent espérer vivre 15 ans en bonne santé, soit 75% de leurs années restant à vivre. Dans les années récentes, il semble que la part d'espérance de vie en bonne santé parmi l'espérance de vie totale décline. Une étude de l'Ined indique que les tendances pour les espérances de vie sans restriction d'activité semblent moins favorables que dans le passé, particulièrement pour les 50-65 ans, âge critique de survenue de limitations fonctionnelles et restrictions d'activité (Sieurin et al, 2011). Enfin l'absence de différence significative entre les espérances de vie en bonne santé des hommes et des femmes suggère que les années de vie supplémentaires des femmes sont des années d'incapacité (Cambois et al, 2008).

2.1.3 Combien de personnes âgées sont en situation d'incapacité ?

En 2012, l'Insee évalue que 1,17 million de personnes âgées de 75 ans ou plus sont dépendantes (autrement dit, évaluées en GIR 1-4 (Encadré 1)), soit 20,3 % des 75 ans ou plus. Le ministère de la santé a produit des projections de dépendance à l'horizon 2060. Selon le scénario intermédiaire, le nombre de personnes âgées dépendantes atteindrait 2,3 millions en 2060 (Lecroart et al, 2013). Ces projections donnent des informations indispensables pour dimensionner les besoins de financements futurs et de prise en charge. Néanmoins pour une meilleure évaluation des besoins de la population française, il est nécessaire de tenir compte des différentes situations de mauvais état fonctionnel. Selon Aquino, le système de prise en charge du vieillissement est en effet très centré sur la prise en charge curative des personnes âgées, et peu adapté pour accompagner et détecter les facteurs de fragilité chez les personnes (Aquino, 2013). Les données de l'enquête Handicap-Santé-Ménages permettent d'évaluer que 70% des 65 ans ou plus sont touchés par des limitations fonctionnelles physiques et sensorielles (difficultés à voir (avec lunettes), entendre (avec appareil auditif), marcher, monter un escalier, etc.), que 10% déclarent des difficultés pour au moins une activité de la vie quotidienne ou *activity of daily living*, ADL (comme se laver seul, se nourrir seul, se coucher seul) (Sieurin et al, 2011). Toutes ces situations de santé ne correspondent pas à de la dépendance grave mais peuvent néanmoins nécessiter une aide humaine ou technique ponctuelle (Cambois et al, 2011).

2.1.4 Inégalités sociales de santé et d'incapacité aux âges élevés

Tous les indicateurs de santé, que ce soit l'état de santé perçu, la mortalité, l'espérance de vie, la morbidité ou le recours aux soins font apparaître un gradient de santé selon la catégorie socio-professionnelle ou le niveau d'études (Drees, 2015). Le phénomène du gradient social de santé a été mis en évidence dans les années 80 (Black and al, 1980) et résulte de la combinaison de plusieurs facteurs. Ce sont souvent les mêmes groupes de population, les moins favorisés (faible niveau d'études, ouvriers) qui cumulent les expositions aux différents facteurs de risque et des comportements défavorables à la santé (tabac, activité physique, nutrition, prévention, dépistage, etc.).

Les inégalités sociales persistent aux âges élevés. À 60 ans, les ouvriers et les ouvrières ont toujours une espérance de vie inférieure à celle des cadres : 19 ans et 25 ans pour les ouvriers et ouvrières, contre 23 ans et 27 ans pour les hommes et femmes cadres supérieurs. Les limitations fonctionnelles occupent 40% de l'espérance de vie des ouvriers à 60 ans et 27% de celle des hommes cadres (45% et 30% pour les femmes) ; les incapacités les plus sévères occupent 16 % de l'espérance de vie des ouvriers à 60 ans et 9 % de celle des hommes cadres (22 % et 16% pour les femmes) (Cambois et al, 2008). Les ouvriers ont donc une espérance de vie plus courte et connaissent une période de vie avec ces difficultés plus longue.

**Les inégalités sociales se
cumulent tout au long du
processus de perte
d'autonomie.**

² Données disponibles sur http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Healthy_life_years,_2013_%28years%29_YB15.png vue le 14 mars 2016

Les inégalités sociales se cumulent tout au long du processus de perte d'autonomie : les cadres sont moins touchés que les ouvriers dans la survenue de problèmes fonctionnels mais ont aussi moins de risque qu'elles s'accompagnent d'une restriction d'activité (Cambois et Lièvre, 2004 ; Laborde, 2013). Il existe donc des inégalités sociales dans les chances de maintenir son autonomie suite à des problèmes fonctionnels, et donc dans les capacités à mobiliser les aides et ressources individuelles et collectives disponibles. La loi Adaptation de la société au vieillissement reconnaît qu'un des facteurs de risque de perte d'autonomie de premier rang sont les inégalités sociales et celles liées à la santé³.

Encadré 1. La grille Autonomie gérontologie groupes iso-ressources (AGGIR).

La grille AGGIR est utilisée pour évaluer le degré de dépendance du demandeur de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa), afin de déterminer le niveau d'aide dont il a besoin. Les niveaux de dépendance sont classés en six groupes dits "iso-ressources" (GIR). À chaque GIR correspond un niveau de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Seul le classement en GIR 1 à 4 ouvre droit à l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) (GIR 1-4).

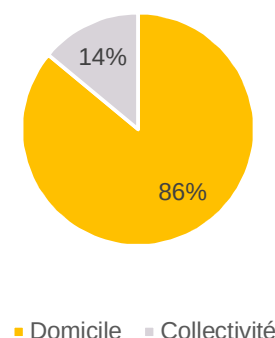
- GIR 1 : les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants; ou personnes en fin de vie ;
- GIR 2 : les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ou celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices ;
- GIR 3 : les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle ;
- GIR 4 : les personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage ;
- GIR 5-6 : les personnes sont peu dépendantes.

³République française. LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. JORF n°0301 du 29 décembre 2015 page 24268. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPreparation.do?idDocument=JORFDOLE000029039475&type=general&typeLoi=proj&legislature=14>, vu le 25/01/2016

2.2 Enjeux croisés du vieillissement et du logement

2.2.1 Domicile, mode d'hébergement privilégié des politiques et des personnes âgées

Lieu de résidence des personnes âgées de 80 ans ou plus



Le domicile personnel est le mode d'hébergement dominant, même pour les plus âgés : en 2011, 86% des 80 ans ou plus vivent à domicile⁴. La majorité des personnes âgées veulent vivre dans leur maison que ce soit en France (Weber, 2011 ; Anah-Cnav, 2013) ou dans d'autres pays de l'OCDE (American Association of Retired Persons, 2000 ; UK DCLG, 2008). Même lorsque les personnes âgées font l'expérience d'un déclin physique ou cognitif, leur logement est perçu comme le lieu le plus désirable. La plupart des personnes âgées perçoivent l'entrée en institutionnalisation comme un événement négatif aggravant la perte d'autonomie et l'intégration sociale (Rentz, Boltz, & Capezuti, 2004).

Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes est privilégié par la France depuis les années 90, sans toutefois proposer un choix exclusif entre maintien à domicile et hébergement. C'est également le cas des politiques menées en Belgique et en Allemagne. En revanche certains pays de l'Europe du Nord, comme le Danemark, ont fait le choix d'une politique exclusivement centrée sur le maintien à domicile (ENA, 2005). Permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de choisir de continuer à vivre à domicile, aussi longtemps que souhaité, suppose de leur donner les moyens financiers de le faire, de proposer une réelle coordination des intervenants auprès des personnes âgées (secteurs santé, sociaux et médico-sociaux) mais aussi de favoriser l'usage des aides techniques, l'aménagement de l'habitat existant et la mise à disposition de logements adaptés.

2.2.2 Enjeux de santé dans l'adaptation du logement

La santé peut être définie en termes de morbidité (symptômes, affections, maladies chroniques, etc.), de santé fonctionnelle (limitation fonctionnelle, capacité à réaliser les activités quotidiennes,...), de santé subjective (qualité de vie, santé perçue, ...). L'idée que le logement pourrait avoir des effets sur le bien-être et la santé des sujets âgés est basée en partie sur la théorie écologique du vieillissement (Lawton et Nahemow, 1973). Dans cette théorie, le bien-être des sujets âgés résulterait d'une interaction entre leurs compétences (état de santé, capacités sensorielles, physiques, cognitives) et leur environnement (physique et social) : le modèle personne-environnement (P-E). Cette interaction P-E serait d'autant plus forte que le sujet vieillit et que ses compétences diminuent. C'est dans ce modèle conceptuel P-E que s'inscrivent la majorité des recherches portant sur les relations complexes entre le logement, la perte d'autonomie et la santé des personnes âgées.

L'adaptation du logement est définie comme des modifications de l'intérieur et de l'extérieur immédiat du logement dans le but d'améliorer son accessibilité et sa fonctionnalité (Boverket, 2000; Fänge et Iwarsson, 2006). Les effets de l'adaptation du logement sur la population âgée sont étudiés depuis les années 90, par des équipes de recherche principalement localisées en Europe du Nord. Elles ont mis en évidence des bénéfices de l'adaptation du logement dans la capacité à réaliser les activités quotidiennes (Gitlin et al., 1999 ; Pynoos & Liebig, 1995 ; Mann et al, 1999 ; Johansson et al, 2007 ; Iwarsson et al, 2007) et à favoriser l'indépendance des sujets âgés en incapacité (Fox et al, 1995 ; Gitlin & Corcoran, 2001 ; Cumming et al, 2001 ; Haak et al, 2007). Les résultats d'une étude plus récente suivent cette tendance en montrant que les adaptations du logement, auprès de patients âgés atteints d'incapacité, diminuent les difficultés dans la réalisation de tâches quotidiennes et augmentent leur sécurité, particulièrement dans la réalisation de soins d'hygiène et des transferts domicile-extérieur (Pettersson et al, 2008 ; Pettersson et al, 2009). L'adaptation du logement permettrait de réduire les chutes (Cumming et al, 1999 ; MacCullagh MC, 2006), d'améliorer l'accessibilité et la

L'adaptation du logement est définie comme des modifications de l'intérieur et de l'extérieur immédiat du logement dans le but d'améliorer son accessibilité et sa fonctionnalité.

⁴ Source : Insee, recensement de la population / exploitation FNORS. Disponible sur le site Score Santé : www.scoresante.org

fonctionnalité du logement (Fänge et Iwarsson, 2005 ; Nygren et al, 2007), et renforcerait la dimension sociale du logement pour les personnes âgées (Tanner et al, 2008). L'adaptation du logement serait également liée à la qualité de vie et à la santé perçue⁵ des personnes âgées (Iwarsson et Isacsson, 1997 ; Oswald et Wahl, 2004 ; Oswald et al, 2007 ; Fänge et Ivanoff, 2009 ; Tomsone et al, 2013 ; Kylen et al, 2014 ; Sixsmith et al, 2014). Une étude récente de Mitoku et collaborateurs indique que la mortalité est significativement inférieure parmi les personnes âgées qui ont fait des aménagements et suggère que les aménagements du logement peuvent prévenir la progression de la fragilité (Mitoku et al, 2014). Aussi un logement inaccessible représente un problème de santé potentiel, dans la mesure où il menace l'indépendance et le bien-être subjectif des personnes âgées (Iwarsson et Isacsson, 1997 ; Rubinstein et De Medeiros, 2004). Ces études suggèrent que l'environnement physique peut compenser les besoins des personnes âgées et leur permettre de vivre à domicile (Hwang et al, 2011). Le logement est au cœur des questions du maintien à domicile, de préservation d'autonomie et d'intégration sociale, en particulier pour les très âgés.

Des recherches en Europe du Nord mettent en évidence des liens entre santé et adaptation du logement.

Un projet emblématique sur ce sujet est le projet européen « Enabling Autonomy, Participation, and Well-being in Old Age : The Home Environment as Determinant for Healthy Ageing » (ENABLE-AGE). Il est composé d'une enquête longitudinale avec 1 918 (T1) et 1 356 (T2) participants et d'enquêtes qualitatives et a été conduit dans cinq pays : Suède, Allemagne, Royaume-Uni, Hongrie et Lettonie. Son objectif principal est d'étudier l'environnement du logement comme un déterminant de l'autonomie, de la participation et du bien-être de sujets âgés entre 75 et 89 ans. Il explore les aspects subjectifs et objectifs du logement, leurs impacts sur la santé et sur le vieillissement. Ces résultats indiquent que les critères d'évaluation objectifs - obstacles environnementaux comptabilisés par des professionnels- et subjectifs -perception de la personne âgée - du logement seraient tous deux liés aux indicateurs de santé. Mais aux âges élevés, l'accessibilité perçue serait davantage associée avec les différents aspects de la santé qu'une accessibilité objective (Oswald et al, 2007).

Nous n'avons pas trouvé en France de recherches analysant l'impact de l'adaptation du logement sur la santé du sujet âgé. En revanche, il existe de nombreux travaux qui étudient les usages et les besoins en aménagements du logement, rarement dissociés de l'utilisation d'aides techniques (Kerjosse et Weber, 2003 ; Ogg et Renaut, 2010 ; Renaut et al, 2012 ; Berardier, 2012 ; Ogg et al, 2012). En effet, les aides techniques sont également un élément-clé de la préservation de l'autonomie (Fox, 1995 ; Verbrugge, 1997), au maintien à domicile des personnes âgées (Cambois, 2003b). Le recours aux aides techniques serait également associé à un moindre recours des aidants (Hoenig et al, 2003 ; Freedman et al, 2006 ; Demers et al 2009) et composerait donc un soutien pour les aidants en diminuant leurs efforts physiques et émotionnels (Nygren et al, 2007 ; Mortenson et al 2012 ; Nicolson et al 2012). L'utilisation d'aides techniques semble plus fréquente chez les femmes qui, plus souvent seules, compenseraient l'absence d'aide de leur conjoint par des aides techniques spécifiques (Kerjosse et Weber, 2003). Toutefois le rôle des aidants auprès de personnes âgées atteintes d'incapacité ne doit pas être négligé. Une étude récente indique que parmi les personnes âgées atteintes d'incapacités, les besoins non-satisfaits d'aide humaine sont associés à un risque élevé de mortalité (He et al, 2015).

Nous n'avons pas trouvé en France de recherches analysant l'impact de l'adaptation du logement sur la santé du sujet âgé.

2.2.3 Retard français en matière d'adaptation des logements

La France est en retard sur ses voisins européens en matière d'adaptation des logements : seuls 6% des logements sont adaptés à la perte d'autonomie. C'est trois fois moins qu'aux Pays-Bas (16%) et deux fois moins qu'au Danemark (12%) (Anah-Cnav, 2013).

⁵ L'indicateur de santé perçue est un fort prédicteur de mortalité (Idler and Benyamini, 1997) et de déclin fonctionnel (Idler and Kasl, 1995 ; Ferraro, Farmer and Wybraniec, 1997). Il est très lié à l'état de santé, aux conditions de travail et de retraite mais aussi au degré de connaissance de son état de santé et à l'utilisation des services de santé (Salavecz et al, 2010).

La France est en retard sur ses voisins européens en matière d'adaptation des logements.

Depuis 2006, seuls 15 000 logements ont été adaptés alors que près de deux millions de logements nécessiteraient des travaux (Anah-Cnav, 2013). Dans le cadre de la loi Adaptation de la société au vieillissement, le président de la République s'est engagé à ce que 80 000 logements bénéficient de travaux d'adaptation d'ici 2017. Au regard du Conseil économique, social et environnemental (CESE) et de la Mission interministérielle sur l'adaptation de la société au vieillissement, cette promesse sous-évalue les besoins réels des personnes âgées. Une étude canadienne a montré que 38% des personnes âgées avec des incapacités nécessitaient au moins un aménagement de leur logement et qu'environ 40% n'avaient pas l'adaptation qui leur faudrait (Fox, 1995).

Le retard français en matière d'adaptation de logement a une première explication d'ordre législatif. La loi de février 2005 a imposé que tous les logements neufs soient accessibles à tous, mais il n'existe pas d'obligation légale franche d'adapter les logements anciens⁶, contrairement aux politiques mises en place au Royaume-Uni, au Danemark ou encore en Suède. Un locataire ne peut pas imposer à son propriétaire des travaux d'adaptation de son logement et un propriétaire ne peut exiger de sa copropriété des travaux sur les espaces communs. Pour le locataire d'un logement privé, trois solutions se présentent⁷ :

- 1/ le bailleur accepte de prendre en charge les travaux et les aménagements nécessaires et peut alors se tourner lui-même vers les subventions de l'Agence nationale de l'habitat (ANAH) et/ou obtenir certains avantages fiscaux ;
- 2/ le bailleur accepte que le locataire prenne en charge les travaux et les aménagements mais peut exiger une remise en état d'origine à la sortie ;
- 3/ le bailleur n'accepte aucun travaux ni aménagement : si les adaptations sont essentielles, la personne âgée devra chercher un autre logement répondant à ses besoins. Pour un locataire du logement social, le bailleur peut proposer de réaliser les travaux ou de muter le locataire dans un logement déjà adapté ou adaptable.

Une deuxième explication au retard français serait la diversité des acteurs et des aides financières pour favoriser l'adaptation du parc de logements anciens (Encadré). Le manque de lisibilité des aides et de coordination locale de la part des organismes finançant les politiques de maintien à domicile est souligné dans plusieurs rapports (Boulmier, 2009 ; Boulmier, 2010 ; Morel et Veber, 2011 ; Haut comité pour le logement des personnes défavorisées, 2012 ; Aquino, 2013 ; Broussy, 2013) et ne favorise pas une culture commune de l'adaptation du logement (Anah-Cnav, 2013). Certains de nos voisins européens ont simplifié la démarche en mettant à disposition un guichet unique offrant à la fois accès aux soins et service d'adaptation du logement (Collombet, 2011).

Un autre facteur pouvant freiner l'adaptation de son logement est la solvabilité des ménages. Adapter son logement nécessite des moyens financiers. Le niveau de vie moyen des personnes âgées de 65 ans ou plus a rattrapé celui des actifs à partir des

⁶ Code de la construction et de l'habitation, Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006824134&cidTexte=LEGITEXT000006074096&dateTexte=20110719&fastPos=2&fastReqId=1988062360&oldAction=rechExpTexteCode> vu le 17 avril 2016 sur Légifrance

Extrait : « Des décrets en Conseil d'Etat fixent les modalités relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées prévue à l'article L. 111-7 que doivent respecter les bâtiments ou parties de bâtiments d'habitation existants lorsqu'ils font l'objet de travaux, notamment en fonction de la nature des bâtiments et parties de bâtiments concernés, du type de travaux entrepris ainsi que du rapport entre le coût de ces travaux et la valeur des bâtiments au-delà duquel ces modalités s'appliquent. Ils prévoient dans quelles conditions des dérogations motivées peuvent être autorisées en cas d'impossibilité technique ou de contraintes liées à la préservation du patrimoine architectural, ou lorsqu'il y a disproportion manifeste entre les améliorations apportées et leurs conséquences. Ces décrets sont pris après avis du Conseil national consultatif des personnes handicapées. »

⁷ Ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie et Ministère du logement, de l'égalité des territoires et de la ruralité (2015). L'adaptation du logement aux personnes handicapées et aux personnes âgées. pp29

années 1990 et évolue depuis parallèlement (Arnold et Lelièvre, 2013). Les auteurs mettent néanmoins en évidence des inégalités générationnelles qui deviennent de plus en plus importantes : d'un côté, les générations récentes bénéficient de carrières salariales de plus en plus complètes et arrivent à la retraite avec des niveaux de pension élevé ; de l'autre la pauvreté des femmes très âgées s'est accrue, elles sont souvent veuves et ont peu travaillé (Arnold et Lelièvre, 2013).

Un dernier frein à l'adaptation du logement serait le déni du vieillissement et la peur de la stigmatisation. Une étude de Renaut de 2012 souligne que la stigmatisation de certaines aides ou dispositifs estampillés « handicap » et « dépendance » constituent un frein puissant et éloigne la population d'une réflexion sur son environnement domestique (Renaut et al, 2012). La décision d'aménager son logement n'est pas toujours simple : les personnes âgées sont constamment engagées dans des négociations balançant le pour et le contre (Pettersson et al, 2012). Un aménagement de logement questionne les habitudes et les routines de la personne ainsi que sa perception de ce qui est esthétique ou pas.

Encadré 2. Acteurs et aides financières de l'adaptation du logement.

Pour favoriser l'adaptation du parc de logements anciens, des aides financières ont été créées et plusieurs acteurs peuvent intervenir dans le financement des travaux.

L'ANAH a engagé en 2010 une réforme en profondeur de son dispositif d'aides en les réorientant selon trois axes : la lutte contre l'habitat indigne, la rénovation énergétique et l'adaptation du logement à la perte d'autonomie (Cour des comptes, 2015). L'ANAH subventionne ainsi à 50% les travaux d'adaptation dans la limite de 20 000 € pour les propriétaires occupants, avec un plafond de revenu et sur la base d'une évaluation du GIR (groupes iso-ressources). Cette aide a donc l'inconvénient de ne pas pouvoir être mobilisée en amont d'une perte d'autonomie ;

Les caisses de retraite peuvent être amenées à financer une partie des coûts des travaux (CNAV, MSA, assurances retraite complémentaire) dans le cadre de leur politique d'action sociale tournée vers la prévention de la perte d'autonomie. Pour pouvoir bénéficier de ces aides, il faut souvent répondre à des conditions de ressources et ne pas avoir débuté les travaux avant leur accord ;

Les conseils départementaux peuvent financer des adaptations des logements pour les personnes les plus dépendantes à travers l'APA ;

Viennent ensuite les communes, via les centres communaux d'action sociale, qui peuvent venir en appui des dispositifs existants ;

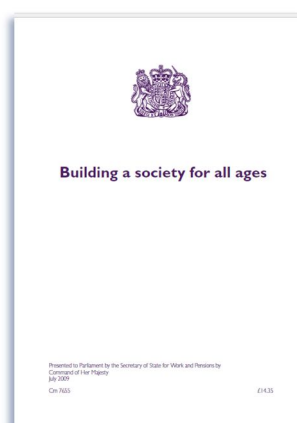
Enfin l'Etat a prolongé jusqu'au 31 décembre 2017 un crédit d'impôt pour les dépenses d'équipements en faveur des personnes âgées ou handicapées. Il est uniquement valable pour les résidences principales. Il est fixé à 25% des dépenses, dans la limite de 5 000 euros pour une personne seule et de 10 000 euros pour un couple (ce montant est majoré de 400 euros par personne à charge).

Il existe également des structures d'aides, de conseil et d'assistance comme les Pact-Arim. En mai 2015, l'association PACT et Habitat & Développement ont fusionné pour devenir SOLiHA (Solidaires pour l'Habitat), le premier réseau associatif de l'amélioration de l'habitat. Le réseau SOLiHA s'engage auprès des personnes âgées, handicapées, contre la précarité énergétique et l'habitat indigne.

2.3 Politiques publiques du vieillissement et du logement ?

2.3.1 « Lifetime Homes standards» au Royaume-Uni

Le rapport
« *Building a society for all ages* », publié en 2009 pense les enjeux du vieillissement autrement qu'en termes d'augmentation de personnes âgées dépendantes.



La Grande-Bretagne est souvent retenue comme un exemple pour la stratégie dont elle s'est dotée en 2008 « Lifetime Housing, Lifetime Neighbourhoods : a national strategy for housing in an ageing society. » Le rapport « *Building a society for all ages* », publié en 2009 illustre bien également cette volonté politique britannique de penser les enjeux du vieillissement autrement qu'en termes d'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes. L'objectif de cette stratégie est de ne pas se focaliser sur les besoins des personnes âgées mais d'intégrer les besoins de la plupart des ménages, quels que soient leur âge et leur position dans le parcours de vie (Ogg et al, 2010). Ce concept de construire une société pour tous les âges s'appuie sur des notions novatrices de flexibilité et d'adaptabilité. Les « Lifetime homes standards » définissent des caractéristiques architecturales et techniques qui conditionnent à la fois l'accès extérieur au logement et les aménagements intérieurs. C'est dans cet esprit que le ministère du logement en France a lancé en 2009 un projet « Logement Design pour tous ». L'objectif est de repenser la conception des logements, d'encourager une recherche sur l'usage de l'habitat en veillant en particulier à répondre aux besoins des populations les plus fragiles (personnes âgées, étudiants, familles recomposées...). Porté par le Plan Urbanisme Construction Architecture (PUCA), le programme *Logement Design pour tous* s'est déroulé dans un premier temps autour d'ateliers exploratoires. En 2011, le programme est entré dans sa phase opérationnelle avec la sélection de six projets de logements collectifs représentatifs de la diversité des enjeux actuels du logement (2 EHPAD, 1 logement intergénérationnel, une résidence-services, un habitat participatif, des logements basse-consommation)⁸.

Pour promouvoir le maintien à domicile, le Royaume-Uni a mis en place des subventions pour personnes à mobilité réduite, les Disabled Facilities Grant (DFG), administrées par les autorités locales du logement (United Kingdom Department of Communities and Local Government [DCLG], 2008). L'objectif de ces DFG est d'améliorer l'accessibilité des logements via des modifications basiques (installation de rampes, élargissement de portes, accès aux différentes pièces et salle de bains) mais aussi en fournissant un système de chauffage plus efficient⁹. D'autres pays soutiennent également l'adaptation des environnements pour les personnes âgées. Par exemple, en Suède, les municipalités administrent et financent les adaptations de logement et les coûts globaux sont pris en charge sous la certification d'un professionnel de santé, dans la plupart des cas un ergothérapeute. Aux Etats-Unis, l'approche du maintien à domicile a émergé suite à la Olmstead decision (1999) qui requiert que les Etats permettent aux personnes avec des incapacités de vivre dans un environnement moins restrictif et approprié et intégré avec le reste de la communauté, ce qui passe notamment par l'intégration de leurs besoins dans la conception et rénovation de bâtiments (Prosper, 2013).

2.3.2 Vers une articulation des politiques vieillissement et logement en France ?

Ce n'est que récemment que la France a réalisé l'importance d'adapter les logements pour les personnes âgées (Boulmier, 2009). Les premières circulaires sur l'adaptation des logements sont apparues dans les années 90 (Malvergne, 2011). Il a fallu attendre 2005 pour voir apparaître une loi portant sur l'accessibilité des logements. Mais si l'habitat a longtemps occupé une place périphérique dans les politiques du vieillissement, les

⁸ Logement Design pour tous [en ligne] Paris : Plan Urbanisme Construction Architecture, PUCA . Disponible : <http://www.urbanisme-puca.gouv.fr/logement-design-pour-tous-a327.html>, vu le 14/01/16

⁹ Disabled Facilities Grants [en ligne] Londres : Gov.uk. Disponible : <https://www.gov.uk/disabled-facilities-grants/overview>, vu le 18/02/2016

politiques de l'habitat et du logement ont également tardé à prendre en compte les conséquences du vieillissement de la population (Clément et al, 2007). Cette situation est en train d'évoluer. Le secteur du logement commence à élargir son offre de logements pouvant répondre aux besoins d'une population fragile faisant le choix de vieillir chez elle et aux attentes de nouvelles générations (Ogg et al, 2010).

Du côté des politiques de vieillissement, le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie fait suite à deux plans nationaux : « Solidarité Grand Âge : 2007-2012 » et « Bien Vieillir : 2007-2009 ». Le programme « Solidarité grand âge » s'adressait aux plus âgés et les mesures proposées consistaient notamment à encourager les résidences services et à favoriser l'aménagement du domicile par des aides fiscales. Le plan national « Bien vieillir » marquait une évolution vers une politique de prévention, sur le modèle européen du « Healthy ageing ». En ciblant les 50-70 ans, il proposait d'organiser une prévention ciblée et adaptée pour prévenir ou retarder l'apparition de pathologies ou d'incapacités. Un des objectifs de ce plan est l'amélioration de l'environnement individuel et collectif de la personne âgée (logement, aide technique, aménagement urbain). Mais selon Ogg et ses co-auteurs, les thèmes du logement sont assez peu développés dans les mesures envisagées (Ogg et al, 2010). Boulmier fait un constat similaire en notant que l'habitat et l'environnement sont mentionnés, sans avoir associé les acteurs et partenaires du logement (Boulmier, 2009). C'est cette articulation que propose le Dr Aquino dans son plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie, remis en septembre 2015 à la secrétaire d'Etat chargée de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et de l'autonomie (Aquino, 2015). L'implication directe des différents secteurs comme le logement ou l'aménagement urbain et les transports est retenue comme nécessaire à l'élaboration et à l'organisation du plan. Le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie repose également sur le développement d'une « prévention globale » entendue comme la gestion active du « capital autonomie » de chaque personne tout au long de sa vie.

Pour Ogg et ses co-auteurs, si les politiques publiques du vieillissement et du logement souffrent clairement d'un déficit d'articulation, c'est peut-être au niveau des programmes locaux de l'habitat (PLH) qu'il convient d'identifier des partenariats possibles entre les acteurs des champs de la vieillesse et de l'habitat (Ogg et al, 2012). La loi Adaptation de la société au vieillissement prévoit que les PLH mentionnent des objectifs en matière de développement d'une offre nouvelle et d'adaptation des logements existants afin de répondre aux besoins des personnes âgées en situation de perte d'autonomie¹⁰. Les programmes locaux de l'habitat (PLH) établis au niveau des communes et intercommunalités peuvent à l'avenir servir de supports à des politiques coordonnées d'adaptation de l'habitat au vieillissement et à la perte d'autonomie¹¹.

2.4 Quels enjeux en Île-de-France ?

2.4.1 Vieillissement démographique : des enjeux différenciés selon les territoires franciliens

Au 1er janvier 2015, l'Île-de-France compte 2,3 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus (soit 23,2% de la population) et 821 000 de 75 ans ou plus (soit 10,0%). En 2030, les 75 ans ou plus seront près de 1,2 million, soit une augmentation de 43,9% en 15 ans (Tableau 1). Le vieillissement touchera tous les départements franciliens mais le rythme de vieillissement sera hétérogène selon les projections de l'Insee. Les départements qui vont connaître le vieillissement le plus important sont les deux départements les plus jeunes, à savoir la Seine-et-Marne (+64,8% de 75 ans ou plus en 15 ans) et le Val-d'Oise

Le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie, remis en 2015 par J-P. Aquino à la secrétaire d'état chargée de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et de l'autonomie.



¹⁰ République française. . LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. JORF n°0301 du 29 décembre 2015 page 24268. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPreparation.do?idDocument=JORFDOLE000029039475&type=general&typeLoi=proj&legislature=14>, vu le 25/01/2016

¹¹ Etude d'impact du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. 2014. NOR : AFSX1404296L/Bleue-1

(+53,8%). Le département de Paris, actuellement le département le plus âgé (168 000 personnes âgées de 75 ans ou plus), connaîtra le vieillissement le moins prononcé (+35,5% en 15 ans) mais restera en 2030 le département le plus âgé (228 000 personnes âgées de 75 ans ou plus).

Tableau 1. Population âgée de 75 ans ou plus en 2015 et projections en 2030, par département (Effectifs et %)

	2015	2030	Evolution 2015-2030 (Nombre)	Evolution 2015-2030 (en %)
Île-de-France	821 534	1 182 166	+ 360 632	+ 43,9%
Paris	168 289	227 963	+ 59 674	+ 35,5%
Petite couronne	306 766	424 800	+ 118 034	+ 38,5%
Hauts-de-Seine	120 591	163 510	+ 42 919	+ 35,6%
Val-de-Marne	98 796	136 609	+ 37 813	+ 38,3%
Seine-Saint-Denis	87 379	124 681	+ 37 302	+ 42,7%
Grande couronne	346 479	529 403	+ 182 924	+ 52,8%
Essonne	86 883	126 317	+ 39 434	+ 45,4%
Yvelines	104 426	155 419	+ 50 993	+ 48,8%
Val-d'Oise	73 097	112 397	+ 39 300	+ 53,8%
Seine-et-Marne	82 073	135 270	+ 53 197	+ 64,8%

Lecture. Entre 2015 et 2030, l'Île-de-France comptera +360 632 personnes âgées de 75 ans ou plus supplémentaires, soit une augmentation de +43,9%.

Source. Insee, Omphale/ARS Île-de-France

2.4.2 Domicile, mode d'hébergement prédominant en Île-de-France

Le maintien à domicile est particulièrement développé en Île-de-France et ce, notamment aux âges où les situations de dépendance graves commencent à se manifester. En 2011, 89% des Franciliens âgés de 80 ans ou plus vivent à domicile (contre 86% en France métropolitaine) (Tableau 2). Le moindre taux d'équipement de la région francilienne en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) explique en partie une vie à domicile plus fréquente (70 lits pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus en Île-de-France en 2012 contre 93 au niveau national).

L'Île-de-France présente de fortes disparités infrarégionales face à l'institutionnalisation : Paris présente le taux d'institutionnalisation le plus faible (6,5% des 80 ans et plus) ; en grande couronne, la part de personnes vivant en institution est près de trois fois plus importante (environ 15%). Ces différences s'expliquent par une offre de soins à domicile plus importante et un moindre taux d'équipement en EHPAD à Paris qu'en périphérie. Très urbain, Paris est confronté à des problèmes d'espace pour construire des Etablissements d'hébergement pour personnes âgées, problème que l'on retrouve moins en périphérie.

Lieu de résidence des personnes âgées de 80 ans ou plus en Île-de-France

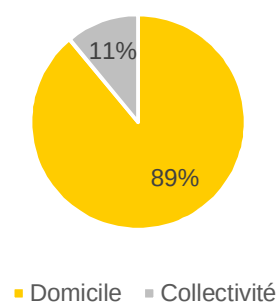


Tableau 2. Vie à domicile (en %), taux d'équipement en EHPAD et en soins infirmiers à domicile (en ‰), par département

	Vit à domicile (2011, 80 ans ou plus, en %) (1)	Taux d'équipement en EHPAD (2012, pour 1 000 PA de 75 ans ou plus) (2)	Taux d'équipement en place de soins infirmiers à domicile (2012, pour 1 000 PA de 65 ans ou plus) (3)
France métropolitaine	86,3	93,2	10,1
Île-de-France	88,9	69,8	10,0
Paris	93,5	30,4	14,3
Petite couronne			
Hauts-de-Seine	88,5	81,2	9,3
Val-de-Marne	89,6	54,8	9,2
Seine-Saint-Denis	90,1	56,4	10,3
Grande couronne			
Essonne	85,6	86,6	8,2
Yvelines	86,6	83,5	7,3
Val-d'Oise	86,8	87,8	8,2
Seine-et-Marne	84,3	118,1	9,4

Lecture. En France métropolitaine, 86,3% des 80 ans ou plus vivent à domicile ; le taux d'équipement en EHPAD est de 93,2 pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus ; le taux d'équipement en place de soins infirmiers à domicile est de 10,1 pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus

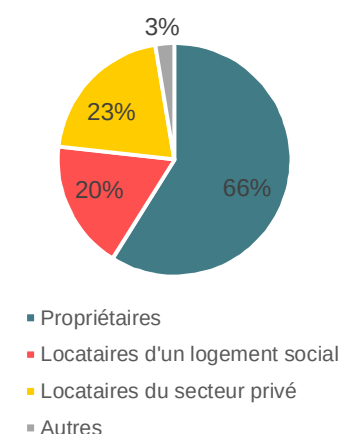
Source. (1) Insee – Recensement de la population - Exploitation Fnors (2) Drees – Données Statiss, Insee (Estimations de population) - Exploitation Fnors (3) Cnamts – Insee - Exploitation Fnors

2.4.3 Conditions de logement des ménages âgés

En 2013, le parc francilien de logements compte 5,1 millions de résidences principales (Labrador et al, 2015). Ce parc héberge 4,8 millions de ménages dont les trois quarts vivent en appartement (contre 37% dans les autres régions) (Labrador et al, 2015). Les ménages âgés franciliens sont 66% à être propriétaires de leur résidence principale, 20% à être locataires d'un logement social et 12% sont locataires du secteur privé (les 3% restant résident dans un logement meublé, en hôtel ou sont logés gratuitement). Dans les autres régions, les ménages âgés sont nettement plus nombreux à être propriétaires de leur résidence principale (75%) et sont moins nombreux à être locataires d'un logement social (11%)¹². Le statut d'occupation serait associé à la santé : des études suggèrent que les locataires présenteraient des risques de mortalité supérieurs (Laaksonen et al 2009) et une santé perçue plus mauvaise en tenant compte des différences de revenus et de diplôme (Pollack, 2004).

La taille de l'appartement serait également liée à la santé (Laaksonen et al, 2009) et à la satisfaction de la vie – positivement chez les « jeunes-vieux » et négativement chez les « vieux-vieux » (Oswald, 2011). En Île-de-France, les surfaces des logements sont plus petites : 74,6 m² en moyenne, soit 20 m² de moins que dans les autres régions (Labrador et al, 2015). Toutefois les logements des ménages âgés restent plus grands que ceux des autres ménages, les ménages retraités n'ayant pas forcément la capacité ou la volonté

Statut d'occupation de la résidence principale des Franciliens âgés



¹² www.insee.fr

d'adapter la taille de leur habitation au départ de leurs enfants ou au décès de leur conjoint. Il en résulte un phénomène de sous-occupation, qui tend à s'accroître avec l'âge.

Le confort des logements s'est nettement amélioré ces dernières années en Île-de-France : en 2013 seulement 0,9% des logements sont dépourvus d'au moins un élément de confort (toilettes intérieures, douche ou baignoire) contre 2% en 2006 et 3,7% en 1996. Mais la qualité des logements semblent s'être dégradée. En 2013, un quart des résidences principales ont des problèmes d'humidité et 6,6% des infiltrations d'eau contre respectivement 21,0% et 4,8% en 2006 (Labrador et al, 2015). Par ailleurs, 22,2% des ménages franciliens déclarent avoir froid dans leur logement. Or la relation entre froid et santé est bien établie. Le froid favorise le risque d'accidents vasculaires cérébraux et de crises cardiaques (Marmot, 2011), le développement d'infections broncho-pulmonaires et peut provoquer des crises d'asthme (Laaidi et al, 2009). Chez les personnes vulnérables, notamment les personnes âgées et les personnes souffrant de pathologies chroniques, l'impact des faibles températures sur la morbidité et mortalité est exacerbé (Laaidi et al, 2009 ; Marmot, 2011). Le fait de vivre dans un logement froid peut aussi retarder la récupération après une hospitalisation.

Le froid est une des conséquences principales de la précarité énergétique (Host et al, 2014). On considère que 7,5% des ménages franciliens sont en précarité énergétique dans la mesure où leur niveau de dépense énergétique liée au logement présente un taux d'effort supérieur à 10% (Mettetal et al, 2015). Ce sont surtout les ménages âgés qui occupent des logements du parc individuel qui sont en situation de précarité énergétique. Ces ménages âgés cumulent des factures élevées (en moyenne, 188 euros) et des revenus faibles (en moyenne, 1150 euros), leur taux d'effort énergétique moyen atteint 16% (3,2% en Île-de-France) (IAU, 2013).

2.4.4 Incapacité et inégalités territoriales

En 2015 en Île-de-France, l'Insee estime que 189 000 des 2,3 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus sont dépendantes, soit 8,1% de la population des personnes de 60 ans ou plus. Le taux de dépendance varie avec l'âge (3,0% des 60-74 ans et 16,9% des 75 ans ou plus en 2007) et devrait rester plutôt stable en Île-de-France (resp 2,1% et 16,0% en 2030) (Salembier, 2009). Mais les effets du vieillissement conduiront mécaniquement à un nombre plus important de personnes âgées dépendantes.

189 000
personnes âgées de 60 ans
ou plus seraient
dépendantes en
Île-de-France en 2015,
soit 8,1% des 60 ans ou plus.

Dans les projections de l'Insee, le taux global de dépendance de la population vivant à domicile et en institution varie aussi selon les départements (Tableau 3) et fait apparaître un gradient allant de Paris (14,1%) aux départements de grande couronne comme l'Essonne (16,8), le Val-d'Oise (17,0%) et la Seine-et-Marne (17,8%). Pour les départements franciliens de grande couronne, les enjeux face au vieillissement sont de taille : dans les quinze prochaines années, ils vont connaître le vieillissement le plus important de la région et présenter le taux global de dépendance le plus élevé. Ainsi entre 2020 et 2030, les personnes âgées dépendantes de 75 ans ou plus vont augmenter de 25,3% dans le Val-d'Oise et de 31,8% en Seine-et-Marne *versus* 11,6% à Paris. La part des personnes âgées de 75 ans et plus, vivant en institution, diminuera dans tous les départements franciliens au profit du maintien à domicile (Drieux, 2011).

2.4.5 Incapacité et inégalités sociales

En Île-de-France, 18,7% des plus de 60 ans déclarent être sévèrement restreints dans la réalisation des activités quotidiennes (comme se laver seul, s'habiller seul, se nourrir seul, etc.) et/ou d'activités instrumentales (comme préparer ses repas seul, prendre ses médicaments seul, sortir de son logement seul, etc.) (Laborde, 2013). Les Franciliens âgés de plus de 60 ans sont aussi nombreux que ceux des autres régions à déclarer des restrictions sévères d'activité.

Il existe pour les hommes en Île-de-France, comme dans d'autres régions, un cumul d'inégalités sociales face au processus de perte d'autonomie. Les ouvriers et les employés

sont plus exposés que les cadres et les professions intermédiaires à des situations fonctionnelles génératrices d'incapacité (entre 2 et 10 fois plus selon les situations fonctionnelles étudiées) ; et une fois en situation fonctionnelle dégradée, ils ont trois fois plus de risque de perdre leur autonomie (Laborde, 2013). En revanche chez les femmes, on n'observe pas en Île-de-France d'inégalités sociales face au risque de développer une restriction sévère d'activité à âge et situation fonctionnelle dégradée équivalents, contrairement à ce que l'on observe dans les autres régions.

Tableau 3. Population âgée de 75 ans ou plus dépendante en 2020 et projections en 2030, département (Effectifs et %)

	Population dépendante âgée de 75 ans ou +	Population dépendante âgée de 75 ans ou +	Population totale des 75 ans ou +	% de dépendance des 75 ans ou +	Evolution 2020-2030	
	2020	2030	2030	2030	Nombre	En %
Île-de-France	158 697	189 717	1 182 166	16,0%	+31 020	19,5%
Paris	28 903	32 254	227 963	14,1%	+3 351	11,6%
Petite couronne	58 529	67 775	424 800	16,0%	+9 246	15,8%
Hauts-de-Seine	22 819	25 641	163 510	15,7%	+2 822	12,4%
Val-de-Marne	18 749	21 718	136 609	15,9%	+2 969	15,8%
Seine-Saint-Denis	16 961	20 416	124 681	16,4%	+3 455	20,4%
Grande couronne	71 265	89 688	529 403	16,9%	+18 423	25,9%
Essonne	17 302	21 284	126 317	16,8%	+3 982	23,0%
Yvelines	20 444	25 213	155 419	16,2%	+4 769	23,3%
Val-d'Oise	15 242	19 101	112 397	17,0%	+3 859	25,3%
Seine-et-Marne	18 277	24 090	135 270	17,8%	+5 813	31,8%

Lecture. En 2020, l'Île-de-France compte 158 697 personnes âgées de 75 ans dépendantes. En 2030, on comptera 1 182 166 personnes âgées de 75 ans ou plus ; parmi elles, 189 717 seront dépendantes, ce qui équivaut à un taux de dépendance de 16,0%. Entre 2020-2030, on comptera +31 020 personnes âgées de 75 ans ou plus dépendantes supplémentaires, soit +19,5%.

Note. Sont considérées comme dépendantes les personnes âgées de 75 ans ou plus, vivant à domicile ou en institution, ayant « besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière » (cf Loi du 20 juillet 2001 relative à l'APA.) Il s'agit des personnes classées en GIR 1 à 4.

Source. Projections de l'Insee/ARS Île-de-France

3 | DONNEES & METHODES

LES POINTS ESSENTIELS

- > Evaluation du lien entre adaptation du logement et santé : exploitation des données d'enquête Handicap-Santé-Ménages, 2008-2009, représentatives au niveau France et Île-de-France.
- > Identification de 3 situations à risque de mauvaise santé perçue aux âges élevés, à partir des modèles multivariés. Sélection de 3 indicateurs disponibles à une échelle infra-territoriale pouvant approcher ces 3 situations à risque.
- > Observation des inégalités territoriales en Île-de-France face à certaines des difficultés que peuvent rencontrer les personnes âgées pour vieillir à domicile en bonne santé.

3.1 Adaptation du logement et santé

3.1.1 Présentation de l'enquête Handicap-Santé

L'enquête Handicap-Santé a été réalisée en 2008 et 2009 par l'Insee et la Drees. Elle fait suite à l'enquête Handicap Incapacités Dépendance (HID) effectuée dix ans plus tôt. L'un des objectifs de l'enquête Handicap-Santé est d'estimer le nombre de personnes en situation de handicap ou dépendantes. C'est à ce jour la seule source de données permettant de faire un diagnostic de la perte d'autonomie en population générale (Renaut, 2007). Cette enquête permet également d'estimer l'état général de santé de la population, de relever les aides techniques utilisées, les aménagements dont disposent les logements, d'évaluer les difficultés à sortir du logement et d'estimer les besoins non satisfaits¹³.

Cette enquête est composée de deux volets : le volet ménage (HSM) qui interroge les personnes vivant à domicile et le volet institution (HSI) qui interroge les personnes vivant en institution (pour les personnes âgées en maison de retraite, Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)...). Pour évaluer les usages et besoins en aides techniques et aménagement du logement de la population âgée à domicile, nous mobilisons les données du volet ménages de l'enquête Handicap-Santé (HSM). Ce volet de cette enquête compte 29 931 répondants de tout âge. Le taux de participation est de 76,6%. La passation du questionnaire a été faite en face-à-face, sachant que les personnes en difficulté ont pu être aidées ou bien remplacées (proxy).

Un travail de pondération a été effectué sur les données afin de tenir compte de la probabilité inégale de sélection des individus. La pondération attribuée à chaque individu

L'enquête Handicap-Santé-Ménages a été réalisée en 2008-2009 par la Drees et l'Insee. Elle interroge 8 873 personnes âgées de 60 ans ou plus sur des questions de santé, de compétences fonctionnelles, d'aménagement de logement, etc.

¹³ Le questionnaire de l'enquête aborde la santé (mini-module européen, les maladies, le recours aux soins et la prévention), les déficiences, les aides techniques, les limitations fonctionnelles, les restrictions d'activité, l'environnement familial et aide, l'aménagement du logement, l'accessibilité, la scolarité, l'emploi, les revenus et allocations, les loisirs et les discriminations. La description de l'enquête et notamment de ses objectifs est disponible sur : www.drees.social-sante.gouv.fr

dépend de la densification de la zone habitée et de sa situation d'handicap (surreprésentation des personnes que l'on présume en situation de handicap¹⁴). Enfin des poids de post-stratification ont été appliqués pour ajuster l'échantillon au recensement national selon des indicateurs démographiques et géographiques (sexe, âge, zones économiques d'aménagement du territoire (ZEAT)). Etant donné que l'Île-de-France est une ZEAT à elle toute seule, les données fournies dans cette étude sont représentatives au niveau de la région Île-de-France. Une étude sur les conditions de vie et de santé des personnes handicapées en Île-de-France a validé la faisabilité d'une exploitation francilienne de l'enquête Handicap-Santé (Embersin-Kyprianou et Chatignoux, 2013).

3.1.2 Population étudiée

L'enquête Handicap-Santé-Ménages comprend 8 873 personnes de 60 ans ou plus en France métropolitaine, dont 14,6% vivent en Île-de-France. Ce pourcentage est égal au poids de la région en France métropolitaine dans le recensement 2011. L'échantillon est composé de 3 571 hommes (dont 552 Franciliens) et 5 302 femmes (dont 845 Franciliennes) âgés de 60 ans ou plus. Ces effectifs assurent la robustesse statistique de nos analyses sans pour autant pouvoir descendre en-deçà d'un certain niveau de détail en ce qui concerne l'échantillon francilien. L'échantillon se compose de 39,5% d'hommes et de 60,5% de femmes en Île-de-France et de 40,4% d'hommes et 59,6% de femmes hors Île-de-France. Ces pourcentages sont équivalents au recensement 2008 de l'Insee.¹⁵

3.1.3 Indicateurs retenus

Pour décrire la part de personnes âgées vivant dans un logement adapté, identifier les facteurs facilitants et limitants de l'adaptation du logement puis évaluer l'association entre adaptation du logement et santé, nous mobilisons dans l'enquête Handicap-Santé-ménages les indicateurs suivants.

Indicateur d'état de santé perçue. Cet indicateur fait partie du mini-module européen dont l'objectif est de proposer trois indicateurs de santé comparables entre pays. Il est basé sur les recommandations du bureau européen de l'OMS (De Bruin, Picavet and Nossikov, 1996). La question retenue dans le mini-module européen est « Comment est votre état de santé en général ? ». Dans cette étude, nous considérons les personnes déclarant un « bon » et « très bon » état de santé en opposition à celles qui déclarent un état de santé « assez bon », « mauvais » et « très mauvais ». L'indicateur de santé perçue est un fort prédicteur de mortalité (Idler and Benyamini, 1997) et de déclin fonctionnel (Idler and Kasl, 1995 ; Ferraro, Farmer and Wybraniec, 1997). Il est très lié à l'état de santé, aux conditions de travail et de retraite mais aussi au degré de connaissance de son état de santé et à l'utilisation des services de santé (Salavecz et al, 2010). De nombreux travaux mettent en évidence des inégalités sociales face à la santé perçue. Ces inégalités sociales reflètent des différences entre catégories sociales face à la santé mais aussi face aux capacités personnelles à mobiliser des ressources pour faire face à des problèmes de santé.

Indicateur de limitation d'activité. Cet indicateur fait également partie du mini-module européen. Il évalue les difficultés à réaliser des activités de la vie quotidienne sans préciser le type d'activités concernées : « Etes-vous limité(e), depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités de la vie quotidienne que font les gens habituellement ? » Les modalités de réponse renseignent sur le niveau de limitation : Oui, fortement limité(e) ; Oui limité(e), mais pas fortement ; Non, pas du tout limité(e). Cet indicateur recouvre différents niveaux de gêne dans la réalisation d'activités quotidiennes qui peuvent nécessiter un besoin d'assistance ou de compensation. Il ne fait pas systématiquement référence à une situation de dépendance grave. Cet indicateur déclaratif est un bon indicateur de l'état fonctionnel (C.Jagger et al, 2010), il est lié aux

L'indicateur de santé perçue est fort prédicteur de mortalité et de déclin fonctionnel.

¹⁴ Le tirage de l'échantillon de l'enquête Handicap-Santé-Ménages est effectué à partir de l'enquête filtre vie quotidienne et santé qui permet de formuler des hypothèses sur la situation de handicap des personnes interrogées.

¹⁵ Les données sont disponibles sur le site de l'Insee : <http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/irweb.asp?id=sd2008>. Vu le 12 juin 2014

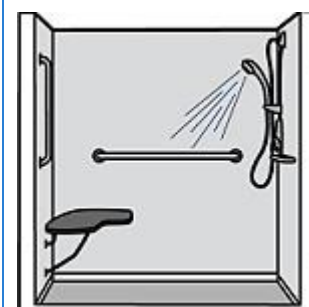
limitations fonctionnelles et aux restrictions d'activités dans les soins personnels (ADL) (Tubeuf, 2008). Nous avons fait le choix de travailler sur l'indicateur des limitations d'activité plutôt que sur ceux des ADL ou du GIR (groupe iso-ressources). Les indicateurs des ADL et du GIR correspondent aux niveaux les plus sévères des restrictions d'activités (Katz et al., 1963). Or nous souhaitons travailler sur un spectre plus large de compétences fonctionnelles pour évaluer si les aides techniques et aménagements du logement sont uniquement mobilisés par des personnes déclarant des limitations d'activité sévères ou également par des personnes déclarant des limitations d'activité modérées. Une des idées fortes de la LOI du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement est en effet de proposer des aménagements du logement et des aides techniques comme des outils d'anticipation de la perte d'autonomie.

Indicateur social. Nous avons retenu comme indicateur social la nomenclature des professions et catégorie socio-professionnelle (PCS) qui a l'avantage de combiner le métier, la qualification et le niveau de revenu (Desrosières et Thévenot, 2002). Nous avons utilisé le niveau de classification le plus regroupé, à savoir celui qui comprend huit catégories : agriculteurs, artisans, cadres, professions intermédiaires, employés, ouvriers, inactifs et retraités ou retirés des affaires. La population âgée de 60 ans ou plus est majoritairement retraitée (85,1%). Ces derniers ont été reclassés selon leur dernière profession. La catégorie d'inactifs regroupe donc les personnes ne travaillant pas ou n'ayant pas travaillé pour d'autres raisons que le chômage ou la retraite, à savoir les femmes au foyer et les bénéficiaires de pensions d'invalidité. La part d'inactifs est plus importante au sein de la population féminine âgée (12,7% des femmes de 60 ans et plus et 17,7% de celles de 75 ans ou plus contre 0,1% des hommes de 60 ans ou plus et 1,1% de ceux de 75 ans ou plus).

Indicateurs d'adaptation du logement. L'adaptation du logement est définie comme l'aménagement intérieur et extérieur immédiat du logement (Boverket, 2000 ; Fänge et Iwarsson, 2006). Il existe plusieurs façons d'évaluer le niveau d'adaptation d'un logement. Nous pouvons mobiliser des indicateurs « objectifs », mesurés par des professionnels qui comptabilisent des obstacles environnementaux. Nous pouvons également mobiliser des indicateurs « subjectifs » où le niveau d'accessibilité est jugé par le répondant. Des recherches indiquent que, aux âges élevés, l'accessibilité perçue serait davantage associée avec les différents aspects de la santé qu'une accessibilité objective (Oswald et al, 2007). Dans l'enquête Handicap-Santé, nous disposons de données déclarées par les répondants qui permettent de renseigner :

- **La disponibilité de meubles ou d'aménagements adaptés dans le logement** est approchée par la question « Disposez-vous de meubles ou d'aménagements spécialement adaptés parmi ceux de la liste suivante ? (Encadré 3) ». Cet indicateur fait référence à l'aménagement de l'intérieur du logement mais des éléments proposés dans cet indicateur proviennent également de la nomenclature des aides techniques (par exemple, le lit médicalisé est une aide technique). En France métropolitaine, 10,1% des personnes âgées de 60 ans ou plus vivent dans un logement aménagé. Mais disposer d'aménagements dans son logement ne signifie pas qu'ils ont été installés par le répondant : le logement a pu être équipé par le bailleur ou l'ancien propriétaire ; l'équipement a pu être installé pour son conjoint, son père ou sa mère, etc. ; le répondant peut vivre dans un logement neuf (intégrant les nouvelles normes d'accessibilité pour tous de la loi 2005), dans un logement-foyer ou une résidence services (tous ces habitats intermédiaires figurent dans l'enquête). Disposer d'aménagements dans son logement ne signifie pas non plus qu'ils soient utilisés par le répondant.
- **Le besoin de meubles ou d'aménagements adaptés dans le logement** est approché par la question « Auriez-vous besoin de meubles (ou d'autres meubles) ou d'aménagements spécialement adaptés (d'autres aménagements spécialement adaptés ? ».

Exemple d'une douche adaptée



The clear communication people / Flickr-r-CC

Encadré 2. Liste des meubles ou les aménagements spécialement adaptés dans l'enquête Handicap-Santé 2008-2009

Disposez-vous de meubles ou d'aménagements spécialement adaptés parmi ceux de la liste suivante ? (plusieurs réponses possibles)

- Des portes spécialement élargies
- Des couloirs spécialement élargis
- Un regroupement de pièces (toilettes, salle de bain ou salle d'eau, ...) ou un déplacement de pièces (chambre à l'étage déplacée au rez-de-chaussée)
- Des toilettes adaptées (réglables en hauteur, fixes mais rehaussées)
- Une salle de bain adaptée (changement de baignoire en douche ou vice-versa, siège de douche (fixé au mur), élargissement de douche)
- Une ou des tables adaptées (inclinables, réglables, roulantes...)
- Une cuisine adaptée (plan de travail réglable en hauteur, meubles/rangements)
- Des dispositifs lumineux adaptés comme des sonnettes lumineuses
- Des dispositifs de soutien (barres d'appui, main courante dans les toilettes, salle de bain, chambre)
- Des équipements de domotique : dispositif pour ouvrir ou fermer volets, portes, fenêtres, rideaux
- Un lit électrique ou médicalisé
- Un ou des sièges adaptés
- Rien de tout cela

Nous considérons le niveau d'adaptation intérieure du logement par le croisement de ces deux questions. Nous identifions ainsi quatre niveaux d'adaptation du logement parmi la population âgée : ceux qui disposent d'un logement aménagé de l'intérieur et qui déclarent ne pas avoir de besoin supplémentaire (8,5% des 60 ans ou plus vivant en France métropolitaine); ceux qui disposent d'un logement aménagé de l'intérieur et qui expriment des besoins supplémentaires (1,6%) ; ceux qui ne disposent pas d'un logement aménagé et qui déclarent ne pas avoir de besoin d'aménagement intérieur (86,9%) ; ceux qui ne disposent pas d'un logement aménagé et qui expriment des besoins d'aménagement (3,1%).

L'enquête HSM propose également des questions qui repèrent, pour chaque ADL ou IADL déclarée, la nature de l'aide utilisée et de l'aide nécessaire (aide humaine, aide technique ou aménagement du logement). Pour les mêmes raisons évoquées que précédemment, nous avons fait le choix de travailler sur un spectre large de compétences fonctionnelles et donc d'analyser les questions les moins restrictives, posées à tous les participants qu'ils présentent ou non des ADL ou des IADL. En effet parmi les Français âgés de 60 ans ou plus, 32,9% de ceux qui disposent d'un logement aménagé ne déclarent pas de ADL ni de IADL et 23,4% de ceux déclarant des besoins en aménagement ne déclarent pas de ADL ni de IADL. Vivre dans un logement aménagé, exprimer des besoins d'aménagements n'est pas réservé aux personnes âgées déclarant des restrictions d'activité.

Dans l'enquête Handicap-Santé, nous disposons également d'informations déclarées sur :

- **La capacité à sortir de son logement aussi souvent que souhaité** est approchée par la question « Habituellement, sortez-vous aussi souvent que vous voulez ? ». Cette question intègre les contraintes pesant sur les individus, qu'elles soient ou non liées à un problème de santé ou à une perte d'autonomie

mais aussi leur désir de sortir de leur logement. Ainsi, 84% des Français de 60 ans ou plus déclarant ne pas pouvoir sortir aussi souvent que souhaité ne déclarent aucune difficulté pour sortir seul de leur logement. Par ailleurs, 29% de ceux déclarant des difficultés pour sortir seul de leur logement déclarent pouvoir en sortir aussi souvent que souhaité. Cela peut être permis grâce à la mobilisation d'une aide technique, d'un aménagement du logement ou d'une aide humaine ; une autre hypothèse serait que ces individus ne souhaitent pas sortir de leur logement. Cet indicateur reflète probablement des différences face aux compétences fonctionnelles, face aux obstacles environnementaux (physiques et/ou sociaux), face à l'envie de sortir de chez soi mais aussi face à la capacité à dépasser les obstacles environnementaux par un soutien technique ou social.

Autres indicateurs de préservation de la perte d'autonomie. En France, les études sur l'aménagement du logement intègrent également la question du recours aux aides techniques. La question qui permet d'approcher l'utilisation des aides techniques est : « Pouvez-vous me dire quelles aides techniques/prothèses vous portez/utilisez ? » (Encadré 3). Vivre dans un logement aménagé et utiliser une aide technique sont deux pratiques très liées : 71% des Français de 60 ans ou plus ne vivant pas dans un logement aménagé n'utilisent pas d'aide technique et 69% de ceux vivant dans un logement aménagé utilisent également une aide technique. Cet indicateur reflète probablement des différences face aux compétences fonctionnelles, face au niveau d'information sur l'existence de ce type d'aides ainsi que face à la capacité à dépasser le regard social et la peur de la stigmatisation.

3.1.4 Méthodes

Notre échantillon comprend 8 873 individus vivant à domicile et âgés de 60 ans et plus, résidant en France métropolitaine, dont 1 398 en Île-de-France. Nous présentons des pourcentages pondérés pour évaluer, au sein de cette population, la part d'utilisation d'aides techniques, de logements disposant d'aménagements et les difficultés dans la capacité à sortir de son logement aussi souvent que souhaité. Nous avons produit des modèles de régressions logistiques pour estimer la probabilité de vivre dans un logement bénéficiant d'aménagements intérieurs, d'exprimer des besoins d'aménager son logement de l'intérieur, de déclarer utiliser des aides techniques et de déclarer ne pas pouvoir sortir de chez soi aussi souvent que souhaité. Nous avons également produit deux modèles de régressions logistiques pour estimer la probabilité d'être en bon état de santé. Ces deux modèles comprennent tous deux une série d'indicateurs liés avec l'état de santé perçu (âge, sexe, catégorie socio-professionnelle, limitation fonctionnelle, vivre seul, région de résidence etc.). En plus de cette série d'indicateurs, le premier modèle intègre la variable approchant le niveau d'adaptation du logement et le deuxième modèle intègre le fait de pouvoir sortir de son logement aussi souvent que souhaité. Les modèles de régressions logistiques intègrent toutes les variables ayant eu un effet significatif ($p \leq 0,05$) dans les analyses bivariées. Lorsque certaines variables étaient interdépendantes, nous avons dû sélectionner celle qui nous paraissait la plus pertinente pour l'étude.

Tous les modèles présentés intègrent les variables « sexe » et « région de résidence » comme variables explicatives pour mesurer l'effet du genre et du lieu de résidence dans la propension à s'équiper d'aides techniques, à vivre dans un logement aménagé ou à déclarer des difficultés pour sortir de son logement aussi souvent que souhaité, à état fonctionnel équivalent. Nous avons également produit des modèles multivariés séparés pour les hommes et pour les femmes, pour la région Île-de-France et les autres régions. L'objectif était d'observer si les déterminants étaient différents selon le sexe ou selon la région de résidence. Les résultats n'étant pas significatifs, nous présentons dans ce rapport les modèles multivariés globaux, en mettant le sexe et la région de résidence en variables explicatives.

Encadré 3. Liste des aides techniques dans l'enquête Handicap-Santé 2008-2009

« Nous allons maintenant aborder les aides techniques que vous utilisez habituellement dans vos activités quotidiennes. Pouvez-vous me dire quelles aides techniques/prothèses vous portez/utilisez ?

Prothèses et implants

1. Prothèse de la hanche
2. Prothèse du genou
3. Prothèse de membres supérieurs (doigt, main ou bras artificiel...)
4. Prothèse des membres inférieurs à l'exclusion de la hanche et du genou (pied ou jambe artificielle...)
5. Autre prothèse (œil de verre, prothèse mammaire, prothèse de nez...)

Appareillage de soutien, de maintien ou de correction de la position du corps

6. Appareillage du tronc et de la colonne vertébrale
7. Appareillage des membres supérieurs
8. Appareillage des membres inférieurs (*chaussures orthopédiques...*)
9. Autre appareillage de soutien, de maintien ou de correction de la position du corps

Aide pour les soins personnels et la protection

10. Sonde ou collecteur d'urines (*système d'évacuation de l'urine*)
11. Protections absorbantes
12. Vêtements adaptés
13. Aides pour stomisés (*poches, absorbants*)

Aides pour la mobilité personnelle

Aides au déplacement

14. Canes ou béquilles
15. Canne blanche
16. Déambulateur
17. Fauteuil roulant manuel
18. Fauteuil roulant électrique
19. Tricycle
20. Scooter adapté
21. Aide animalière comme un chien guide
22. Autres aides pour marcher ou se déplacer

Aides pour les transferts (aller du lit au fauteuil ou se tourner dans le lit)

23. Planches, sangles, harnais
24. Lève-personnes
25. Autres aides pour aller du lit au fauteuil

Aides pour les traitements

26. Assistance respiratoire (respirateur, aspirateur, oxygénothérapie)
27. Traitement d'une affection circulatoire (bas anti-œdème, compression...)
28. Matériel de dialyse
29. Matériel d'injection (seringue ou aiguille, pompe à perfusion, pompe à insuline..)
30. Matériel pour faire des examens de contrôle (analyses de sang ou d'urines, tension artérielle...)
31. Stimulateur cardiaque (pacemaker)
32. Matériel anti-escarres (coussins, matelas...)
33. Autre aide pour les traitements
34. Aucune aide technique/prothèse

En ce qui concerne la variable âge, nous avons créé pour les analyses bivariées, une variable d'âge en trois classes : 60-74 ans, 75-84 ans et 85 ans ou plus. Cette catégorisation nous permet de repérer l'âge d'apparition des poly-handicaps (à partir de 75 ans) ainsi que l'âge d'entrée en institution du fait de problèmes de dépendance (à partir de 85 ans). Les modèles multivariés intègrent la variable linéaire âge pour observer l'effet continu de l'âge sur la probabilité de vivre dans un logement aménagé et de pouvoir sortir de son logement aussi souvent que souhaité. L'utilisation de catégories d'âge dans les modèles de régressions logistiques risquerait d'introduire des « sauts » artificiels.

L'ensemble des analyses ont été réalisées avec le logiciel Stata ® 12.1.

3.2 Inégalités territoriales

3.2.1 Présentation du recensement principal

Le recensement de la population permet de connaître la population de la France, dans sa diversité et son évolution. Il fournit des statistiques sur les habitants et les logements, leur nombre et leurs caractéristiques à une échelle territoriale fine. Les questionnaires abordent notamment les conditions de logement, les modes de transport, les déplacements domicile travail, etc.

Depuis 2004, le recensement repose sur une collecte d'information annuelle, concernant successivement tous les territoires communaux au cours d'une période de cinq ans. Les communes de moins de 10 000 habitants réalisent une enquête de recensement portant sur toute la population, à raison d'une commune sur cinq chaque année. Les communes de 10 000 habitants ou plus, réalisent tous les ans une enquête par sondage auprès d'un échantillon d'adresses représentant 8 % de leurs logements. Les informations ainsi collectées sont ramenées à une même date pour toutes les communes afin d'assurer l'égalité de traitement entre elles. Cette date de référence est fixée au 1er janvier de l'année médiane des cinq années d'enquête pour obtenir une meilleure robustesse des données.

Plaquette de présentation du recensement principal Insee



www.insee.fr

3.2.2 Méthodes de sélection des indicateurs

Pour sélectionner des indicateurs reflétant les inégalités territoriales face à la capacité à vivre dans un logement adapté et à vieillir en bonne santé, nous procédons en deux étapes. Tout d'abord nous étudions les résultats des modèles multivariés présentés dans la partie descriptive et analytique et identifions les facteurs qui sont associés à la santé perçue. Nous identifions donc trois situations à risque face à la mauvaise santé perçue aux âges élevés : vivre seul, ne pas vivre dans un logement aménagé (situation à risque plus fréquente chez les locataires âgés), ne pas pouvoir sortir de son logement aussi souvent que souhaité. Dans un deuxième temps, nous sélectionnons trois indicateurs que nous considérons comme des proxys de ces trois situations à risque et qui ont l'avantage d'être disponibles dans le recensement principal de l'Insee. Ils sont ainsi disponibles à une échelle territoriale fine (commune), accessibles rapidement, facilement calculables et comparables dans le temps. Nous récupérons donc dans le recensement principal les trois indicateurs choisis, qui sont : « % de femmes et d'hommes vivant seul » pour le risque de vivre seul ; « % de locataires de la résidence principale » pour le risque de ne pas disposer d'aménagement dans son logement ; « présence d'ascenseur parmi les immeubles où vivent les personnes âgées » pour le risque de ne pas pouvoir sortir de son logement aussi souvent que souhaité.

3.2.3 Population étudiée

Le recensement principal de la population de 2012 décrit les conditions de logements pour 2,1 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile en Île-de-France.

4 | RESULTATS

LES POINTS ESSENTIELS

- > Seuls 7% des Franciliens âgés de 60 ans ou plus vivent dans un logement qui bénéficie d'aménagements intérieurs ;
- > La probabilité de se déclarer en bonne santé est réduite de 70% chez les personnes âgées vivant dans un logement non adapté ;
- > Les locataires âgés sont nombreux à Paris et dans les départements de petite couronne. Ces territoires doivent être vigilants aux difficultés des personnes âgées à vivre dans un logement aménagé.

4.1 Adaptation du logement et santé

4.1.1 Plus de 40% des Franciliens de 60 ans ou plus déclarent être limités dans leurs activités

La moitié des Franciliens âgés de 60 ans ou plus se déclarent en bon voire très bon état de santé (Tableau 4). Ils sont 62,4% à déclarer être atteints de maladie chronique, 78,7% à déclarer un problème fonctionnel (difficultés à voir avec lunettes, difficultés à entendre avec appareil auditif, difficultés à marcher, à porter du poids, etc), 43,3% à déclarer une limitation globale d'activité et 24,2% à déclarer avoir des difficultés dans la réalisation d'activités de la vie quotidienne (comme se laver seul, se nourrir seul, prendre ses médicaments seul, sortir de son logement seul, etc). Les Franciliens âgés de 60 ans et plus semblent présenter une position plus favorable que ceux des autres régions au regard de la santé perçue (50,3% *versus* 42,8%), de la déclaration de maladie chronique (62,4% *versus* 71,1%) et de la déclaration de limitation d'activité (43,3% *versus* 48,3%). Mais dès lors que l'on tient compte des différences de structure d'âge et de catégorie sociale, on n'observe plus de différence significative face au risque de santé perçue et d'incapacité entre l'Île-de-France et les autres régions. En revanche, les Franciliens de 60 ans ou plus ont une probabilité réduite de déclarer au moins une maladie chronique (OR=0,70 [0,57 ; 0,87]).

A partir de 75 ans, les Franciliens sont moins nombreux à se déclarer en bon état de santé (35,9%) et déclarent davantage des problèmes de santé et des problèmes fonctionnels : 74,0% déclarent être atteints de maladies chroniques, 89,5% de limitations fonctionnelles, 64,5% de limitation d'activité et 45,5% déclarent être limités dans la réalisation de leurs activités quotidiennes. A partir de 75 ans, les Franciliens sont aussi nombreux que les autres à déclarer des problèmes de santé et des incapacités. En revanche, ils sont davantage à se déclarer en bon voire très état de santé (35,9% *versus* 26,0% ; OR=1,40 [1,01 ; 1,95]).

Sur **10** Franciliens âgés de 75 ans ou plus,

5 déclarent des restrictions dans les activités de la vie quotidienne

6 des limitations d'activité

9 des limitations fonctionnelles

Tableau 4. Etat de santé et état fonctionnel des personnes âgées de 60 ans ou plus et 75 ans ou plus, en Île-de-France et dans les autres régions (% et OR ajustés)

60 ans et plus	IDF	Hors IDF	p-value	ORa (3) IDF/HIDF	p-value	CI 95%
Effectifs	1 397	7 469				
Bon état de santé perçu	50,3	42,8	0,001	1,14	0,196	[0,93 ; 1,40]
Maladie chronique	62,4	71,1	0,000	0,70	0,000	[0,57 ; 0,87]
Limitation fonctionnelle	78,7	82,4	0,070	0,88	0,378	[0,68 ; 1,16]
Limitation d'activité	43,3	48,3	0,031	0,95	0,622	[0,78 ; 1,16]
Difficultés dans la réalisation d'activités quotidiennes - ADL(1) ou une IADL(2)	24,2	26,5	0,199	1,10	0,509	[0,86 ; 1,34]
75 ans et plus	IDF	Hors IDF	p-value	ORa (3) IDF/HIDF	p-value	CI 95%
Effectifs	618	3 538				
Bon état de santé perçu	35,9	26,0	0,005	1,40	0,015	[1,01 ; 1,95]
Maladie chronique	74,0	76,0	0,551	0,97	0,876	[0,68 ; 1,40]
Limitation fonctionnelle	89,5	91,7	0,385	0,82	0,509	[0,44 ; 1,50]
Limitation d'activité	64,5	65,8	0,732	1,06	0,716	[0,76 ; 1,48]
Difficultés dans la réalisation d'activités quotidiennes - ADL(1) ou une IADL(2)	45,5	49,0	0,318	0,95	0,741	[0,70 ; 1,28]

Lecture. En Île-de-France, 50,3% des personnes âgées de 60 ans et plus déclarent être en bon voire très bon état de santé. Dans les autres régions de France métropolitaine, ils sont 42,8% à se déclarer en bon voire très état de santé. Les Franciliens de 60 ans ou plus n'ont pas une probabilité différente que celle des non-Franciliens de se déclarer en bon état de santé, en tenant compte de l'âge et de la catégorie socio-professionnelle ($p > 0,5$)

Note. (1) ADL : activity of daily living ou activité de la vie quotidienne ; (2) IADL : instrumental activity of daily living ou activité complexe de la vie quotidienne ; (3) ORa : OR ajusté sur âge et catégorie socio-professionnelle ; modalité de référence : hors Île-de-France

Champ. 1 397 personnes âgées de 60 ans et plus résidant en Île-de-France et 7 469 du même âge résidant dans les autres régions

Source. Handicap-Santé-Ménages, 2008-2009

4.1.2 Seuls 7% des Franciliens âgés vivent dans un logement aménagé

Nous estimons que parmi les 2 millions de Franciliens de plus de 60 ans, un peu moins de 150 000 disposent d'aménagement intérieur dans leur logement, soit 7,4% d'entre eux. Au regard de l'importance des déclarations de limitations sévères d'activité au sein de cette même population (43,3%), cette part semble étonnamment faible. Dans les autres régions, cette part est significativement plus élevée que celle observée en Île-de-France mais elle dépasse tout juste les 10%. On peut alors faire plusieurs hypothèses pour expliquer ce faible taux. La première serait que si peu de personnes disposent d'aménagement, elles sont nombreuses à déclarer en avoir besoin. Il n'en est rien : seulement 5% des Franciliens âgés déclarent avoir des besoins en aménagement de logement, qu'ils disposent déjà d'un aménagement ou pas. Une deuxième hypothèse serait que la part de personnes vivant dans un logement aménagé augmente fortement avec l'âge. La part augmente certes mais pas de manière conséquente : après 75 ans, 14,3% des Franciliens et 17,7% des non-Franciliens vivent dans un logement aménagé. A cet âge, les besoins non-satisfaits en matière d'aménagement de logement restent faibles (9% des Franciliens de 75 ans ou plus et 7,5% des non-Franciliens).

Par ailleurs, nous estimons que 11,8% des Franciliens âgés de 60 ans ou plus et 18,4% des Franciliens de 75 ans ou plus ne sortent pas de leur logement aussi souvent qu'ils le

150 000 Franciliens de 60 ans ou plus disposent d'aménagement intérieur dans leur logement, soit 7% d'entre eux.

Tableau 5. Niveau d'adaptation du logement, utilisation des aménagements du logement et aides techniques (% et OR ajustés).

60 ans et plus	IDF	Hors IDF	p-value	ORa (3) IDF/HIDF	p-value	CI 95%
Effectifs	1 397	7 469				
Indicateurs du niveau d'adaptation du logement						
Vit dans un logement qui dispose d'aménagements ou de meubles adaptés	7,4	10,6	0,006	0,71	0,018	[0,53 ; 0,94]
A besoin d'aménagements (supplémentaires) dans son logement	4,5	4,7	0,868	1,11	0,597	[0,76 ; 1,62]
A des difficultés pour sortir de son logement aussi souvent que souhaité	10,0	11,8	0,172	1,07	0,622	[0,81 ; 1,42]
Indicateurs d'utilisation des aménagements du logement et aides techniques						
Utilise une aide technique	28,5	33,9	0,008	0,83	0,067	[0,68 ; 1,01]
Part d'utilisation d'aide technique parmi ceux qui vivent dans un logement qui dispose d'aménagements	63,5	69,2	0,416	0,97	0,923	[0,55 ; 1,73]
75 ans et plus	Île-de-France	Hors Île-de-France	p-value	ORa (3) IDF/HIDF	p-value	CI 95%
Effectifs	618	3 538				
Indicateurs du niveau d'adaptation du logement						
Vit dans un logement qui dispose d'aménagements ou de meubles adaptés	14,3	17,7	0,150	0,76	0,130	[0,54 ; 1,08]
A besoin d'aménagements (supplémentaires) dans son logement	9,0	7,5	0,426	1,30	0,283	[0,80 ; 2,11]
A des difficultés pour sortir de son logement aussi souvent que souhaité	18,4	21,0	0,334	1,15	0,413	[0,82 ; 1,64]
Indicateurs d'utilisation des aménagements du logement et aides techniques						
Utilise une aide technique	48,3	51,8	0,324	0,86	0,320	[0,65 ; 1,15]
Part d'utilisation d'aide technique parmi ceux qui vivent dans un logement qui dispose d'aménagements	81,9	77,5	0,509	1,49	0,347	[0,65 ; 3,45]

Lecture. 7,4% des Franciliens et 10,6% des non-Franciliens de 60 ans ou plus vivent dans un logement qui dispose d'aménagements ou de meubles adaptés. Les Franciliens de 60 ans ou plus semble avoir une probabilité diminuée, en comparaison aux non-Franciliens, de vivre dans un logement aménagé, en tenant compte de l'âge et de la catégorie socio-professionnelle ($p < 0,05$)

Note. (1) ADL : activity of daily living ou activité de la vie quotidienne ; (2) IADL : instrumental activity of daily living ou activité complexe de la vie quotidienne ; (3) ORa : OR ajusté sur âge et catégorie socio-professionnelle ; modalité de référence : hors Île-de-France

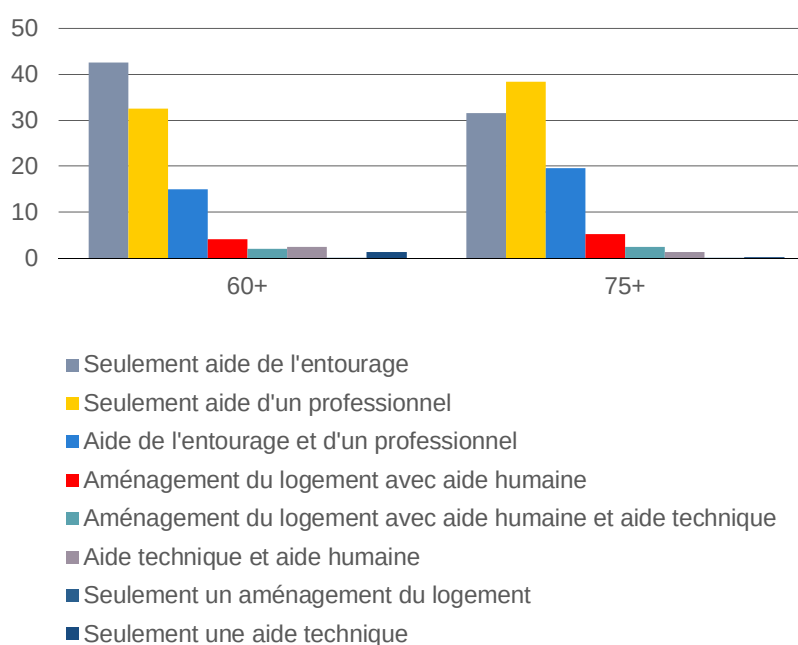
Champ. 1397 personnes âgées de 60 ans et plus résidant en Île-de-France et 7 469 du même âge résidant dans les autres régions

Source. Handicap-Santé-Ménages, 2008-2009

Encadré 4. L'aide humaine davantage sollicitée pour la réalisation d'activités de la vie quotidienne (ADL ou IADL) que les aménagements du logement et les aides techniques.

Les personnes atteintes de limitations dans la réalisation d'activités de la vie quotidienne (comme se laver seul, se servir des toilettes seul, se déplacer dans les pièces du logement seul, sortir du logement seul, etc.) peuvent s'appuyer ou non sur une aide. Près de un quart des Franciliens âgés de 60 ans ou plus qui déclarent être restreints dans la réalisation des activités quotidiennes ne sollicitent aucune aide. Quand elle est sollicitée, cette aide peut être humaine - fournie par l'entourage ou un professionnel – ou technique – reposer sur un aménagement du logement ou sur une aide technique. Ces différents types d'aides peuvent évidemment se combiner : pour réaliser sa toilette, une personne peut solliciter l'aide certains jours de son conjoint, d'autres de celle d'un professionnel et bénéficier d'un aménagement du logement par l'installation d'un siège de douche. La Figure 1 présente le type d'aide mobilisée pour les activités pour lesquelles un aménagement du logement pourrait être mobilisé (cf Note de Figure 1). Elle indique que pour la réalisation d'activités pour lesquelles un aménagement du logement pourrait être mobilisé, l'aide humaine est largement sollicitée, avec une préférence pour celle de l'entourage. Les aides techniques et aménagements du logement sont rarement utilisés que ce soit seul ou en combinaison avec une aide humaine.

Figure 1. Types d'aides mobilisées par les personnes déclarant des difficultés dans la réalisation d'activités quotidiennes (%) *



Note : * seules les activités pouvant être réalisées avec l'aide d'un aménagement du logement ont été retenues : se laver, se servir des toilettes, se coucher ou se lever d'un lit, s'asseoir sur ou se lever d'un siège, préparer les repas, réaliser les tâches ménagères courantes (lessive, vaisselle...), réaliser les tâches plus exceptionnelles (petits travaux, laver les carreaux...), se déplacer dans les pièces d'un étage, sortir du logement.

Champ : 584 Franciliens âgés de 60 ans ou plus ayant déclaré des ADL ou IADL dans les activités énumérées ci-dessus

Source : Handicap-Santé, 2008-2009

souhaitent. Les résultats indiquent que les différences selon la région de résidence ne sont pas significatives.

En Île-de-France, parmi les 2 millions de Franciliens de plus de 60 ans, 572 000 utilisent au moins une aide technique, soit 28,5% d'entre eux. Tout comme aménager son logement, utiliser une aide technique, est un facteur de préservation de la perte d'autonomie, qui peut être mobilisé pour rester à domicile. Vivre dans un logement aménagé et utiliser une aide technique semblent deux pratiques associées : 63,5% des Franciliens de 60 ans ou plus vivant dans un logement aménagé utilisent une aide technique (81,9% des 75 ans ou plus).

Aide technique :

29 % des Franciliens de plus de 60 ans et plus en utilisent au moins une

4.1.3 Les différents types d'aménagement intérieurs

Il existe plusieurs façons d'aménager un logement pour l'adapter aux besoins d'une personne âgée (Tableau 6). Tout d'abord, on peut travailler sur son accessibilité et son adaptabilité. Des dispositifs de soutien peuvent être installés, comme les barres d'appui dans la salle de bain ou les WC pour se lever, ou des mains courantes dans les couloirs en aide au déplacement. Faciles à installer, près de 42% des Franciliens de plus de 60 ans et 47% des 75 ans ou plus, vivant dans un logement aménagé, déclarent en disposer. La configuration du logement peut également être repensée à travers l'adaptation de pièces, le regroupement de pièces ou encore l'élargissement de portes et de couloirs. Dans la littérature, la salle de bain est souvent désignée comme étant la pièce la plus difficilement accessible et utilisable. Pour faciliter la réalisation de la toilette, il est conseillé de changer la baignoire en douche ou d'installer un siège de douche. L'exploitation de l'enquête Handicap-Santé suggère qu'en Île-de-France, la salle de bain est la pièce la plus adaptée : 26,1% des Franciliens âgés de 60 ans et 25,4% des 75 ans ou plus, vivant dans un logement aménagé, bénéficient d'une salle de bain adaptée. Cette opération paraît plus fréquente parmi les non-Franciliens de 75 ans ou plus (37,9% des aménagements disponibles). Viennent ensuite les toilettes (18,7% des 60 ans ou plus et 23,3% des 75 ans ou plus parmi ceux vivant dans un logement aménagé). La cuisine bénéficie de peu d'aménagements (0,7% des 60 ans ou plus et 0,3% des 75 ans ou plus parmi ceux vivant dans un logement aménagé). Pourtant abaisser un plan de travail dans la cuisine peut faciliter la préparation des repas pour une personne ayant des difficultés à tenir debout sans aide technique. Ensuite élargir les portes ou les couloirs peut améliorer l'accessibilité des personnes se déplaçant avec un déambulateur ou un fauteuil roulant. Ces travaux sont peu réalisés et concernent environ 7% des aménagements disponibles des personnes de 60 ans ou plus et 3,8% pour les 75 ans. Enfin, le regroupement ou le déplacement de pièces, comme la salle de bain et les sanitaires, peut être effectué pour améliorer l'accessibilité de ces pièces et faciliter la circulation. Ce type d'aménagement est particulièrement rare en Île-de-France (1,7% des Franciliens de 60 ans ou plus contre 6,5% de ceux autres régions). Hormis ce dernier point, le niveau de disponibilité des différents types d'aménagements ne varie pas selon la région de résidence.

Dans ce domaine, une autre perspective, portée actuellement par le gouvernement à travers le développement de la filière de la *Silver Economy*, s'ouvre avec la domotique. Ces nouvelles technologies sont particulièrement adaptées aux personnes âgées qui auraient des incapacités car elles permettent de contrôler à distance les équipements du logement, comme le chauffage, les volets, le portail, etc. A ce jour, la mobilisation de la domotique reste rare puisque seulement environ 10% des Franciliens de 60 ans ou plus et 4,4% des Franciliens de 75 ans ou plus vivant dans un logement aménagé disposent de ces nouvelles technologies.

Pour aménager un logement, on peut positionner des barres d'appui dans les dégagements ou les toilettes, regrouper des pièces, élargir les portes, changer une baignoire en douche, installer des nouvelles technologies pour contrôler à distance le chauffage ou les volets, etc.

Tableau 6. Aménagements dont disposent les personnes âgées, parmi celles vivant dans un logement disposant d'aménagements ou de meubles adaptés (%)

60 ans et plus	Île-de-France	Autres régions	p-value
Effectifs	175	1 448	
Dispositifs de soutien	41,9	45,5	0,819
Lit électrique ou médicalisé	28,6	25,5	0,757
Salle de bain adaptée	26,1	36,8	0,052
Toilettes adaptées	18,7	23,6	0,396
Equipements de domotique	9,9	10,4	0,923
Sièges adaptés	8,2	9,8	0,621
Portes ou couloirs spécialement élargis	6,9	6,8	0,965
Dispositifs lumineux	2,7	1,5	0,358
Regroupement ou déplacement de pièces	1,7	6,5	0,012
Tables adaptées	1,0	2,4	0,070
Cuisine adaptée	0,7	1,7	0,131
75 ans et plus	Île-de-France	Autres régions	p-value
Effectifs	116	933	
Dispositifs de soutien	46,9	53,0	0,419
Salle de bain adaptée	25,4	37,9	0,049
Toilettes adaptées	23,3	25,3	0,790
Lit électrique ou médicalisé	20,5	25,8	0,418
Sièges adaptés	9,9	12,3	0,617
Equipements de domotique	4,4	7,6	0,430
Portes ou couloirs spécialement élargis	3,8	4,2	0,882
Regroupement ou déplacement de pièces	2,5	6,3	0,119
Dispositifs lumineux	1,6	1,7	0,951
Tables adaptées	0,4	2,7	0,010
Cuisine adaptée	0,3	1,0	0,106

Lecture : Parmi les 60 ans ou plus qui vivent dans un logement aménagé, 41,9% des Franciliens et 45,5% des non-Franciliens disposent de dispositifs de soutien.

Champ : 1 623 individus âgés de 60 ans ou plus résidant à domicile en France métropolitaine, dont 175 en Île-de-France ; 1 049 individus âgés de 75 ans ou plus dont 116 Franciliens.

Note : Sont mises en gras les différences significatives ; sont en normal, les différences non-significatives

Source. Handicap-Santé-Ménages (Drees, Insee, 2008) – exploitation ORS Île-de-France

Tableau 7. Principales aides techniques utilisées par les personnes âgées (%)

60 ans ou plus	Île-de-France	Autres régions	p-value
Effectifs	1 398	7 477	
Aides au déplacement et à la marche	12,1	14,4	0,088
Cannes ou béquille	10,0	12,3	0,072
Prothèse de la hanche ou du genou	7,0	9,9	0,019
Fauteuil roulant manuel ou électrique	1,7	1,7	0,985
Déambulateur	1,6	2,0	0,356
Aides pour les traitements	7,7	9,4	0,123
Traitement d'une affection circulatoire	1,8	2,5	0,354
Matériel pour faire des examens de contrôle (analyse de sang ou urine, tension artérielle...)	1,6	2,6	0,104
Assistance respiratoire	1,4	1,7	0,617
Matériel d'injection	1,4	1,3	0,704
Stimulateur cardiaque	1	1,4	0,295
Aide pour les soins personnels et la protection	3,2	4,3	0,133
Protections absorbantes (couches)	2,7	3,6	0,225
Aide au transfert (aller au lit, au fauteuil)	0,4	0,6	0,151
75 ans ou plus	Île-de-France	Autres régions	p-value
Effectifs	619	3 538	
Aides au déplacement et à la marche	27,9	29,5	0,615
Cannes ou béquille	22,7	25,2	0,386
Prothèse de la hanche ou du genou	14,4	18,5	0,087
Fauteuil roulant manuel ou électrique	3,6	3,2	0,598
Déambulateur	3,8	4,6	0,392
Aides pour les traitements	10,2	12,8	0,199
Traitement d'une affection circulatoire	3,3	4,2	0,592
Matériel pour faire des examens de contrôle (analyse de sang ou urine, tension artérielle...)	1,7	2,9	0,118
Assistance respiratoire	1,2	1,5	0,562
Matériel d'injection	1,0	1,5	0,401
Stimulateur cardiaque	2,7	2,5	0,840
Aide pour les soins personnels et la protection	6,9	8,2	0,472
Protections absorbantes (couches)	5,9	7,3	0,412
Aide au transfert (aller au lit, au fauteuil)	0,9	1,2	0,477

Lecture : Parmi les 60 ans ou plus, 12,1% des Franciliens et 14,4% des non-Franciliens utilisent une aide technique, mobilisent une aide au déplacement et à la marche

Champ. 8 875 personnes âgées de 60 ans ou plus résidant en France métropolitaine dont 1 398 en Île-de-France ; 4 157 personnes âgées de 75 ans ou plus résidant en France métropolitaine dont 619 en Île-de-France

Note : Sont mises en gras les différences significatives ; sont en normal, les différences non-significatives.

Source. Handicap-Santé-Ménages 2008. Exploitation principale : ORS Île-de-France

Aide technique pour la marche et le déplacement

12% des Franciliens de 60 ans et plus

28% des 75 ans ou plus

4.1.4 Différents types d'aides techniques

Les aides techniques répondent à des besoins variés une aide au déplacement et à la marche, aux soins personnels ou pour les traitements (Tableau 7). L'aide au déplacement et à la marche est l'aide technique la plus fréquemment mobilisée par les Franciliens (12,1% des 60 ans ou plus et 27,9% des 75 ans ou plus utilisant une aide technique) et les non-Franciliens (resp. 14,4% et 29,5%). Elles comprennent les cannes ou béquilles (10,0% des 60 ans et plus et 22,7% des 75 ans ou plus en Île-de-France), les prothèses de hanche ou de genou (7,0% des 60 ans ou plus et 14,4% des 75 ans ou plus en Île-de-France) et dans une moindre mesure les fauteuils roulants (manuels ou électriques, 1,7% des 60 ans ou plus et 3,6% des 75 ans ou plus) et les déambulateurs (1,6% des 60 ans ou plus et 3,8% des 75 ans ou plus). Viennent ensuite les aides pour les traitements (7,7% des Franciliens de 60 ans et plus et 10,2% des 75 ans ou plus utilisant une aide technique) qui permettent de favoriser le traitement d'une affection circulatoire par exemple. Les aides pour les soins personnels et la protection, comme les couches absorbantes, sont rarement utilisées (3,2% des 60 ans ou plus et 6,9% des non-Franciliens âgés utilisant une aide technique). Les aides au transfert (vers un lit ou vers un fauteuil) ne sont quasiment pas utilisées (0,4% des 60 ans ou plus et 0,9% des 75 ans ou plus).

On n'observe pas de différence significative selon la région de résidence face à la fréquence d'utilisation de ces aides techniques. Il semblerait toutefois que le recours à la prothèse de hanche et de genou soit plus élevé dans les autres régions qu'en Île-de-France (9,9% versus 7,0%). Cette différence n'est plus significative dès lors que l'on tient compte des différences de structure d'âge et de catégories sociales entre les deux ensembles géographiques.

Les variations dans les fréquences d'utilisation sont évidemment très liées aux besoins et aux capacités des personnes âgées. Les difficultés dans la marche étant très fréquentes dans la population âgée, les aides au déplacement et à la marche sont mécaniquement les aides les plus fréquemment mobilisées. Mais aux besoins s'ajoutent les capacités : utiliser une aide technique suppose que l'on ait les capacités de le faire (Espagnacq, 2011). Par exemple, une personne âgée qui ne tient pas debout pourra très difficilement utiliser une canne ou un déambulateur ; de la même façon, une personne âgée qui a des difficultés à rester assise aura des difficultés à utiliser un fauteuil roulant.

4.1.5 Des chances inégales de vivre dans un logement aménagé

Seuls 7,4% des Franciliens âgés de 60 ans ou plus et 10,5% de ceux des autres régions vivent dans un logement aménagé. La probabilité de vivre dans un logement aménagé varie selon l'âge, le niveau de sévérité de la limitation d'activité, le statut d'occupation du logement et l'utilisation d'une aide technique (Tableau 8).

Les plus âgés sont plus nombreux à vivre dans un logement aménagé : les 85 ans ou plus sont 18,7% à avoir réalisé des aménagements contre 4,0% des 60-74 ans (OR=1,05 [1,03 ; 1,06]).

Disposer d'aménagement dans son logement est rare chez les personnes âgées ne présentant pas de limitations sévères d'activité (2,3% en Île-de-France et 4,9% dans les autres régions). Pour autant, ce n'est pas automatique pour les personnes âgées déclarant une limitation sévère d'activité : moins d'un quart des Franciliens âgés limités sévèrement vivent dans un logement aménagé. La probabilité de vivre dans un logement aménagé est augmenté de 1,38 pour les personnes âgées déclarant des limitations modérées (CI95% [1,05 ; 1,81]) et de 3,19 pour celles déclarant des limitations sévères (CI 95% [2,51 ; 4,06]) *versus* celles ne déclarant aucune limitation.

Disposer d'aménagement intérieur dans son logement est très lié au déclin fonctionnel.

Tableau 8. Vivre dans un logement qui dispose d'aménagement (% et OR ajustés)

	Île-de-France (IDF)	Autres régions (HIDF)	p-value (IDF/HIDF)	ORa (1)	p-value	CI95%
Effectifs	1392	7464				
Région de résidence						
Île-de-France	7,4	--	0,003	0,76	0,078	[0,56 ; 1,03]
Hors Île-de-France (réf.)	--	10,5		1,00		
Sexe						
Hommes (réf.)	6,3	8,5	0,160	1,00	--	--
Femmes	8,2	12,1	0,008	1,21	0,081	[0,98 ; 1,51]
p-value	0,387	0,002				
Age						
60-74 ans	4,0	6,4	0,105	1,05	0,000	[1,03 ; 1,06]
75-84 ans	13,0	14,3	0,492			
85 ans ou plus	18,7	28,8	0,024			
p-value	0,000	0,000				
Catégorie socio-professionnelle						
Agriculteurs	ND	13,2	ND	1,01	0,973	[0,64 ; 1,57]
Artisans	10,1	8,6	0,817	0,87	0,554	[0,55 ; 1,38]
Cadres et professions intellectuelles (réf.)	8,4	5,5	0,224	1,00	--	--
Professions intermédiaires	5,9	9,6	0,464	1,30	0,269	[0,82 ; 2,07]
Employés	8,0	11,3	0,069	1,17	0,458	[0,77 ; 1,78]
Ouvriers	5,1	10,5	0,048	1,11	0,617	[0,74 ; 1,66]
Inactifs	6,5	17,0	0,004	1,12	0,632	[0,71 ; 1,77]
p-value	0,781	0,000				
Limitation globale d'activité						
Forte	21,0	25,5	0,177	3,19	0,000	[2,51 ; 4,06]
Modérée	9,6	9,6	0,497	1,38	0,019	[1,05 ; 1,81]
Aucune (réf.)	2,3	5,0	0,176	1,00	--	--
p-value	0,000	0,000				
Vit seul						
Oui (réf.)	10,5	13,1	0,120	1,00	--	--
Non	5,8	9,5	0,006	0,96	0,701	[0,78 ; 1,18]
p-value	0,019	0,000				
Fréquence des visites de la famille et des amis						
Tous les jours (réf.)	5,8	11,7	0,012	1,00	--	--
Une ou plusieurs fois par semaine	6,9	10,1	0,038	1,02	0,819	[0,83 ; 1,27]
Plusieurs fois par mois	10,1	8,6	0,615	0,93	0,630	[0,68 ; 1,26]
Une fois par mois ou moins	8,5	11,6	0,250	0,94	0,699	[0,69 ; 1,28]
p-value	0,478	0,390				
Statut d'occupation						
Propriétaire (réf.)	7,2	10,6	0,014	1,00	--	--
Locataire	7,7	10,4	0,147	0,73	0,004	[0,59 ; 0,91]
p-value	0,156	0,412				
Utilisation d'une aide technique						
Oui	16,4	21,6	0,042	2,79	0,000	[2,27 ; 3,43]
Non (réf.)	3,8	4,9	0,330	1,00	--	--
p-value	0,000	0,000				

Lecture. 7,4% des Franciliens et 10,5% des non-Franciliens de 60 ans ou plus vivent dans un logement qui dispose d'aménagements ou de meubles adaptés (différence significative $\leq 0,05$). Mais toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de vivre dans un logement aménagé n'est pas significativement différente selon la région de résidence (OR=0,76 ; $p \geq 0,05$)

Note. (1) ORa : OR ajusté sur région de résidence, sexe, âge en continu, catégorie socio-professionnelle, limitation globale d'activité, vivre seul, fréquence des visites de la famille et des amis, statut d'occupation et utilisation d'une aide technique.

Champ. 8 856 personnes âgées de 60 ans et plus résidant en France métropolitaine dont 1 392 en Île-de-France

Source. Handicap-Santé-Ménages, 2008-2009

Etre locataire est associé à une probabilité diminuée de pouvoir vivre dans un logement aménagé.

Les analyses multivariées mettent en évidence que la probabilité de vivre dans un logement aménagé est réduite chez les locataires en comparaison aux propriétaires (OR=0,73 [0,59 ; 0,91]).

Enfin 16,4% des Franciliens âgés utilisant une aide technique vivent dans un logement aménagé *versus* 3,8% de ceux n'utilisant pas d'aide technique. Les analyses multivariées suggèrent que la probabilité de vivre dans un logement aménagé est augmentée pour ceux qui utilisent une aide technique (OR=2,79 [2,27 ; 3,43]).

Plusieurs modèles multivariés ont été produits, aucun d'entre eux ne met en évidence l'existence d'inégalités de genre ou sociales face à la probabilité de vivre dans un logement disposant d'aménagements intérieurs. Les résultats indiquent également que la région de résidence n'est pas associée au fait de disposer d'aménagement intérieur dans son logement.

Ces résultats appuient l'argument selon lequel l'absence d'obligation légale d'adapter les logements anciens est un frein pour les locataires. Par ailleurs, nos résultats semblent indiquer que vivre dans un logement aménagé est lié à la survenue d'incapacité très sévère. Ils suggèrent que disposer d'aménagement à l'intérieur de son logement n'est pas ou très peu pratiqué en amont, dans une optique de prévention ou d'anticipation de la perte d'autonomie, que ce soit parmi les groupes de population les plus défavorisés ou les plus favorisés.

4.1.6 Quelles sont les catégories de personnes âgées qui expriment le plus de besoin d'aménagements ?

Moins de 5% des personnes âgées expriment des besoins en aménagement intérieur du logement, en Île-de-France ou dans les autres régions. Le Tableau 9 indique que certains groupes de population expriment davantage de besoins en aménagement de logement que d'autres. Les femmes (OR=1,67 ; [1,25 ; 2,21]), les personnes déclarant des limitations d'activité (modérées : 3,28 ; [1,97 ; 5,47] ; sévères : 9,42 ; [5,66 ; 15,67]), les personnes ne vivant pas seules (OR=1,48 ; [1,13 ; 1,94]), les locataires (OR=1,46 ; [1,12 ; 1,9]), les utilisateurs d'aides techniques (OR=2,58 ; [1,96 ; 3,4]) déclarent davantage des besoins en aménagement non satisfaits.

Les modèles multivariés ne font pas apparaître de risque différencié de déclarer des besoins d'aménagement selon la catégorie socio-professionnelle. L'expression de besoins semble en partie liée à la dégradation de l'état fonctionnel. Les résultats soulignent que les locataires ont davantage de besoins non-satisfaits et font écho à nouveau à l'absence d'obligation légale d'adapter les logements anciens. Enfin, nos résultats suggèrent que les femmes sont *toutes choses égales par ailleurs* davantage que les hommes dans une situation de besoins d'aménagements non satisfaits, bien que la proportion soit faible (5,20% contre 3,5% des hommes).

Tableau 9. Déclarer des besoins en aménagement du logement (% et OR ajustés)

	Île-de-France	Hors Île-de-France	p-value	ORa	p-value	CI95%
Effectifs	1 392	7 464				
Région de résidence						
Île-de-France	4,5	--		1,16	0,461	[0,78 ; 1,72]
Hors Île-de-France (réf.)	--	4,7	0,868	1,00		
Sexe						
Hommes (réf.)	3,5	3,2	0,715	1,00	--	--
Femmes	5,2	5,8	0,683	1,67	0,000	[1,25 ; 2,21]
p-value	0,241	0,000				
Age						
60-74 ans	2,3	3,0	0,400			
75-84 ans	9,4	6,4	0,155	1,01	0,098	[1,00 ; 1,03]
85 ans ou plus	7,7	11,3	0,191			
p-value	0,000	0,000				
Catégorie socio-professionnelle						
Agriculteurs	--	5,1	--	1,02	0,953	[0,54 ; 1,94]
Artisans	4,4	4,0	0,822	1,00	0,998	[0,53 ; 1,89]
Cadres et professions intellectuelles	2,9	2,1	0,626	0,80	0,523	[0,40 ; 1,58]
Professions intermédiaires	3,2	2,2	0,481	1,27	0,423	[0,71 ; 2,28]
Employés	4,9	5,6	0,662	1,32	0,346	[0,74 ; 2,37]
Ouvriers (réf.)	8,2	5,1	0,201	1,00	--	--
Inactifs	6,3	8,8	0,481	1,22	0,552	[0,63 ; 2,39]
p-value	0,542	0,000				
Limitation globale d'activité						
Forte	17,3	14,0	0,308	9,42	0,000	[5,66 ; 15,67]
Modérée	3,9	4,4	0,673	3,28	0,000	[1,97 ; 5,47]
Aucune (réf.)	1,0	0,9	0,926	1,00	--	--
p-value	0,000	0,000				
Vit seul						
Oui (réf.)	4,7	5,1	0,819	1,00	--	--
Non	4,4	4,5	0,959	1,48	0,005	[1,13 ; 1,94]
p-value	0,851	0,304				
Fréquence des visites de la famille et des amis						
Tous les jours (réf.)	5,7	5,6	0,956	1,00	--	--
Une ou plusieurs fois par semaine	3,3	3,8	0,647	0,76	0,043	[0,58 ; 0,99]
Plusieurs fois par mois	2,4	4,8	0,045	0,86	0,475	[0,57 ; 1,30]
Une fois par mois ou moins	9,7	5,3	0,130	0,94	0,737	[0,64 ; 1,38]
p-value	0,032	0,021				
Statut d'occupation						
Propriétaire (réf.)	3,5	4,0	0,586	1,00	--	--
Locataire	6,6	7,1	0,768	1,46	0,005	[1,12 ; 1,90]
p-value	0,062	0,000				
Utilisation d'une aide technique						
Oui	11,5	9,9	0,726	2,58	0,000	[1,96 ; 3,40]
Non (réf.)	1,7	2,0	0,442	1,00	--	--
p-value	0,000	0,000				

Lecture. 4,5% des Franciliens et 4,7% des non-Franciliens de 60 ans ou plus vivent dans un logement qui dispose d'aménagements ou de meubles adaptés (différence non significative $\geq 0,05$). Toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de déclarer des besoins en termes d'aménagements n'est pas significativement différente selon la région de résidence (OR=1,16 ; $p \geq 0,05$)

Note. (1) ORa : OR ajusté sur région de résidence, sexe, âge en continu, catégorie socio-professionnelle, limitation globale d'activité, vivre seul, fréquence des visites de la famille et des amis, statut d'occupation et utilisation d'une aide technique.

Champ. 8 856 personnes âgées de 60 ans et plus résidant en France métropolitaine dont 1 392 en Île-de-France

Source. Handicap-Santé-Ménages, 2008-2009

4.1.7 Quels sont les facteurs qui favorisent l'utilisation d'aides techniques ?

Tout comme pour l'aménagement du logement, l'utilisation d'aides techniques semble être directement liée à la survenue de perte d'autonomie.

En Île-de-France, parmi les 2 millions de Franciliens de plus de 60 ans, 572 000 utilisent au moins une aide technique, soit 28,5% d'entre eux (Tableau 10). Tout comme aménager son logement, utiliser une aide technique est un facteur de préservation de la perte d'autonomie et favorise le maintien à domicile. Le tableau 10 montre que l'utilisation d'aide technique varie très fortement et uniquement en fonction de l'âge et du niveau de limitation d'activité. Si 18,8% des Franciliens de 60-74 ans utilisent des aides techniques, c'est le cas de 57,4% des Franciliens de 85 ans ou plus. Avec l'âge, la proportion de ceux utilisant plusieurs aides techniques augmente mais ne devient pas la norme pour autant : 30,7% des 85 ans ou plus utilisent une seule aide technique, 15,4% en utilisent deux, les 12% restants en utilisent au moins trois. Enfin parmi les Franciliens âgés déclarant une limitation d'activité modérée, 39,3% déclarent utiliser une aide technique ; parmi ceux ayant une limitation sévère d'activité, ils sont 62,2%. Les différences entre les Franciliens âgés et ceux des autres régions ne sont pas significatives.

Les analyses multivariées montrent que l'âge et le niveau de sévérité de la limitation d'activité sont les seuls facteurs à être liés à la probabilité d'utiliser une aide technique. Ni le sexe, ni la région de résidence, ni la catégorie socio-professionnelle, ni l'isolement social (vivre seul, fréquence de visite des amis et de la famille) font varier la probabilité d'utiliser une aide technique, à niveau de limitation d'activité équivalent. **Tout comme l'aménagement du logement, l'utilisation d'aides techniques semble être directement liée à la survenue de perte d'autonomie et rarement anticipée.**

Encadré 5. Besoins exprimés par les Franciliens en termes d'aides techniques

Si 28,5% des Franciliens âgés utilisent au moins une aide technique, près de 5% déclarent avoir des besoins non-satisfaits en aide technique. Plus précisément, ils sont 1,8% à ne pas disposer d'aide technique et à en exprimer le besoin et 3,1% à disposer d'aide technique et à en souhaiter davantage. Ces proportions ne sont pas significativement différentes en Île-de-France ou dans les autres régions.

L'expression de besoins non-satisfaits est relativement importante pour les aides techniques relatives à l'audition (annexe 1). En Île-de-France, 6,9% des personnes âgées utilisent une aide auditive ; 8,5% n'en utilisent pas mais déclarent en avoir besoin. Dans les autres régions, le sous-équipement est de même ampleur. Le taux de besoin non-satisfait augmente avec l'âge : 5,8% des Franciliens de 60-74 ans déclarent des besoins en aide auditive non-satisfaits, ils sont 15,5% à partir de 85 ans. Dans les autres régions, un quart des 85 ans ou plus déclarent avoir besoin d'une aide auditive et ne pas en utiliser. Les analyses multivariées indiquent que le risque est diminué chez les femmes, en comparaison aux hommes (OR=0,48 ; [0,38 ; 0,61]).

Tableau 10. Utiliser une aide technique (% et OR ajustés)

	Île-de-France (IDF)	Autres régions (HIDF)	p-value (IDF/HIDF)	ORa	p-value	CI95%
Effectifs	1 398	7 477				
Région de résidence						
Ile-de-France	28,5	--	0,008	0,84	0,106	[0,68 ; 1,04]
Hors Île-de-France (réf.)	--	33,9		1,00		
Sexe						
Hommes (réf.)	27,9	32,6	0,299	1,00	--	--
Femmes	29,3	35,0	0,008	0,90	0,218	[0,76 ; 1,06]
p-value	0,702	0,123				
Age						
60-74 ans	18,8	23,5	0,042			
75-84 ans	42,0	46,3	0,303	1,01	0,000	[1,06 ; 1,08]
85 ans ou plus	68,5	70,0	0,810			
p-value	0,000	0,000				
Catégorie socio-professionnelle						
Agriculteurs	--	43,7		1,03	0,868	[0,74 ; 1,44]
Artisans	38,6	36,5	0,789	0,98	0,906	[0,69 ; 1,38]
Cadres et professions intellectuelles (réf.)	24,1	28,1	0,373	1,00	--	--
Professions intermédiaires	27,1	29,9	0,537	0,98	0,901	[0,73 ; 1,33]
Employés	27,6	31,8	0,265	0,81	0,121	[0,62 ; 1,06]
Ouvriers	30,6	33,4	0,567	0,80	0,108	[0,61 ; 1,05]
Inactifs	39,4	45,3	0,461	1,00	1,000	[0,72 ; 1,39]
p-value	0,185	0,000				
Limitation globale d'activité						
Forte	62,2	64,7	0,554	6,61	0,000	[5,55 ; 7,86]
Modérée	39,3	41,5	0,575	2,84	0,000	[2,39 ; 3,37]
Aucune (réf.)	13,5	17,4	0,088	1,00	--	--
p-value	0,000	0,000				
Vit seul						
Oui (réf.)	32,4	39,9	0,043	1,00	--	--
Non	26,5	31,3	0,045	0,97	0,738	[0,83 ; 1,14]
p-value	0,120	0,000				
Fréquence des visites de la famille et des amis						
Tous les jours (réf.)	30,5	36,7	0,135	1,00	--	--
Une ou plusieurs fois par semaine	26,6	31,7	0,084	0,86	0,068	[0,73 ; 1,01]
Plusieurs fois par mois	27,9	33,8	0,239	0,96	0,765	[0,76 ; 1,22]
Une fois par mois ou moins	32,1	35,7	0,547	0,84	0,162	[0,65 ; 1,07]
p-value	0,732	0,028				

Lecture. 28,5% des Franciliens et 33,9% des non-Franciliens de 60 ans ou plus utilisent une aide technique (différence significative $p < 0,05$). Mais toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de déclarer utiliser une aide technique n'est pas significativement différente selon la région de résidence ($OR = 0,84$; $p = 0,05$)

Note. (1) ORa : OR ajusté sur région de résidence, sexe, âge en continu, catégorie socio-professionnelle, limitation globale d'activité, vivre seul, fréquence des visites de la famille et des amis.

Champ. 8 875 personnes âgées de 60 ans et plus résidant en France métropolitaine dont 1 398 en Île-de-France

Source. Handicap-Santé-Ménages, 2008-2009

34% des Franciliens âgés de 85 ans ou plus déclarent ne pas pouvoir sortir de chez eux aussi souvent qu'ils le souhaitent.

4.1.8 Des chances inégales de pouvoir sortir de son logement quand on le souhaite

En 2008, nous estimons que 11,8% des Franciliens âgés de 60 ans ou plus déclarent avoir des difficultés pour sortir de leur logement aussi souvent qu'ils le souhaitent (Tableau 11). La propension à déclarer des difficultés varie selon le sexe, l'âge, le niveau de sévérité de la limitation d'activité et l'utilisation d'une aide technique.

Les difficultés à sortir de son domicile aussi souvent qu'on le souhaite varient de façon importante avec l'âge : si 6,1% des 60-74 ans déclarent des difficultés, ils sont 34,0% après 85 ans (OR=0,95 [0,94 ; 0,96]).

Les Franciliens, limités sévèrement dans leurs activités, sont 46,4% à déclarer ne pas pouvoir sortir de leur logement aussi souvent qu'ils le souhaitent. Il existe un gradient selon le niveau de sévérité de la limitation (modérées : OR=0,37 [0,27 ; 0,52] ; fortes : OR=0,09 [0,07 ; 0,13]).

Nos résultats suggèrent que les femmes sont *toutes choses égales par ailleurs* plus nombreuses que les hommes à exprimer des difficultés pour sortir de leur logement (OR=0,63 [0,49 ; 0,81]).

Les modèles multivariés suggèrent que les difficultés pour sortir de son logement aussi souvent qu'on le souhaite ne sont pas liées aux catégories socio-professionnelles ni à la région de résidence.

4.1.9 Quelle association entre adaptation du logement et santé perçue ?

Le tableau 12 met en évidence des différences face à la santé perçue selon la région de résidence, l'âge, le sexe, la sévérité des limitations d'activité, vivre seul et la catégorie socio-professionnelle. La moitié des Franciliens de 60 ans ou plus se perçoivent en bonne voire très bonne santé ; cette proportion est supérieure à celle observée dans les autres régions (42,8%). En Île-de-France et dans les autres régions, les femmes sont moins nombreuses à se déclarer en bonne voire en très bonne santé que les hommes (45,5% contre 57,0% en Île-de-France). Ce taux diminue avec l'âge et avec le niveau de sévérité de la limitation d'activité. En Île-de-France, les personnes âgées qui ne déclarent aucune limitation d'activité sont 71,2% à se percevoir en bon/très bon état de santé, elles ne sont plus que 3,5% parmi celles qui déclarent des limitations sévères d'activité. L'état de santé perçu varie également selon le fait de vivre seul ou pas (dans les autres régions, 38,6% pour les personnes âgées vivant seules contre 44,6% pour celles vivant au moins à deux ; la différence n'est pas significative en Île-de-France). On observe de fortes inégalités sociales face à la santé perçue en Île-de-France et dans les autres régions. Les catégories socio-professionnelles s'organisent sur un gradient face à la santé perçue allant des inactifs (26,9%) aux cadres (66,5%), en passant par les ouvriers (37,9%) et les employés (47,7%).

Tableau 11. Pouvoir sortir de son logement quand on le souhaite (% et OR ajustés)

	Île-de-France (IDF)	Autres régions (HIDF)	p-value (IDF/HIDF)	ORa	p-value	CI95%
Effectifs	1 392	7 464				
Région de résidence						
Ile-de-France	11,8	--	0,172	1,50	0,783	[0,76 ; 1,44]
Hors Île-de-France (réf.)	--	10,0		1,00	--	--
Sexe						
Hommes (réf.)	5,8	8,6	0,072	1,00	--	--
Femmes	13,3	14,4	0,595	0,63	0,000	[0,49 ; 0,81]
p-value	0,001	0,000				
Age						
60-74 ans	6,1	6,7	0,629	0,95	0,000	[0,94 ; 0,96]
75-84 ans	14,1	17,1	0,305			
85 ans ou plus	34,0	35,8	0,782			
p-value	0,000	0,000				
Catégorie socio-professionnelle						
Agriculteurs	--	15,0		0,92	0,746	[0,54 ; 1,54]
Artisans	13,0	10,2	0,524	1,15	0,621	[0,67 ; 1,96]
Cadres et professions intellectuelles (réf.)	7,0	6,8	0,922	1,00	--	--
Professions intermédiaires	5,2	6,6	0,458	1,48	0,140	[0,88 ; 2,49]
Employés	11,0	14,3	0,186	0,89	0,625	[0,56 ; 1,42]
Ouvriers	12,7	11,5	0,728	1,01	0,962	[0,63 ; 1,63]
Inactifs	24,9	21,1	0,581	0,80	0,387	[0,48 ; 1,32]
p-value	0,004	0,000				
Limitation globale d'activité						
Forte	46,4	34,3	0,006	0,09	0,000	[0,07 ; 0,13]
Modérée	9,4	11,8	0,325	0,37	0,000	[0,27 ; 0,52]
Aucune (réf.)	0,6	3,8	0,010	1,00	--	--
p-value	0,000	0,000				
Vit seul						
Oui	14,0	15,7	0,521	1,00	--	--
Non	8,0	10,2	0,142	1,01	0,906	[0,81 ; 1,27]
p-value	0,014	0,000				
Fréquence des visites de la famille et des amis						
Tous les jours (réf.)	10,2	12,0	0,489	1,00	--	--
Une ou plusieurs fois par semaine	9,9	11,0	0,575	0,88	0,264	[0,70 ; 1,10]
Plusieurs fois par mois	4,9	9,3	0,060	1,24	0,183	[0,90 ; 1,72]
Une fois par mois ou moins	18,0	18,6	0,895	0,49	0,000	[0,34 ; 0,71]
p-value	0,019	0,000				
Type de logement						
Appartement (réf.)	11,3	12,3	0,108	1,00	--	--
Maison	7,8	11,1	0,617	1,05	0,660	[0,84 ; 1,33]
p-value	0,162	0,300				
Utilisation d'une aide technique						
Oui	22,7	22,6	0,278	0,56	0,000	[0,76 ; 1,44]
Non (réf.)	5,2	6,6	0,987	1,00	--	--
p-value	0,000	0,000				

Lecture. 11,8% des Franciliens et 10,0% des non-Franciliens de 60 ans ou plus ne peuvent sortir de chez eux aussi souvent qu'ils le souhaitent (différence non significative $p \geq 0,05$). Toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de ne pas pouvoir sortir de son logement aussi souvent qu'on le souhaite n'est pas significativement différente selon la région de résidence (OR=1,50 ; $p \geq 0,05$)

Note. (1) ORa : OR ajusté sur région de résidence, sexe, âge en continu, catégorie socio-professionnelle, limitation globale d'activité, vivre seul, fréquence des visites de la famille et des amis, type de logement et utilisation d'une aide technique.

Champ. 1 392 personnes âgées de 60 ans et plus résidant en Île-de-France et 7 464 du même âge résidant dans les autres régions

Source. Handicap-Santé-Ménages, 2008-2009

La probabilité de se déclarer en bonne santé est réduite jusqu'à **70%** pour les personnes âgées ne vivant pas dans un logement adapté à leurs besoins.

Outre ces déterminants de santé perçue connus, le tableau 12 met en évidence des différences face à la santé perçue selon le niveau d'adaptation du logement et la capacité à sortir aussi souvent qu'on le souhaite. En Île-de-France, les personnes âgées dont le logement n'est pas adapté à leurs besoins (qu'ils disposent d'aménagements ou pas) sont seulement 14,4% à se déclarer en bon état de santé. Cette proportion augmente à 32,2% pour les personnes âgées qui vivent dans un logement aménagé et n'ont pas de besoin supplémentaire et à 35,6% pour celles qui ne disposent pas d'aménagement et qui n'ont pas de besoin. Dans les autres régions, les écarts semblent encore plus importants et s'organisent selon un gradient. Les personnes âgées qui ne disposent pas d'aménagement dans leur logement et qui expriment des besoins ne sont que 3,5% à se déclarer en bon état de santé. Cette proportion augmente à 12,1% pour les personnes âgées qui ne disposent pas d'aménagement mais qui en ont besoin, à 25,4% pour les personnes âgées qui disposent d'aménagement et n'ont pas de besoin supplémentaires et à 46,5% pour celles qui ne disposent pas d'aménagement et qui n'ont pas de besoin. Le niveau d'adaptation du logement semble être lié à l'état de santé perçue selon que les personnes expriment ou non des besoins et disposent ou pas d'aménagement intérieur. Le tableau 12 indique également que l'état de santé perçue varie fortement selon la capacité à sortir de son logement aussi souvent que souhaité. En Île-de-France, parmi ceux qui peuvent sortir de leur logement aussi souvent que souhaité, 56,3% se déclarent en bon état de santé ; ils sont 6,7% parmi ceux qui déclarent ne pas pouvoir sortir de son logement aussi souvent que souhaité.

Le tableau 13 propose deux modélisations de la probabilité de se déclarer en bon voire très bon état de santé, *toutes choses égales par ailleurs*. Le modèle 1 teste l'association entre la santé perçue et le niveau d'adaptation du logement. Le modèle 2 teste l'association entre la santé perçue et la possibilité de sortir de chez soi aussi souvent que souhaité. Ces deux modèles intègrent huit autres variables explicatives qui ont été identifiées dans le tableau 12 comme ayant un lien significatif avec l'état de santé perçue. Ces deux modèles soulignent ainsi les différences de sexe face à l'état de santé perçue qui persistent aux âges élevés : les femmes ont un risque diminué de se déclarer en bon voire très bon état de santé (OR=0,79 [0,65 ; 0,95]). Les modèles indiquent également que la probabilité de se déclarer en bonne santé diminue avec l'âge (OR=0,97 [0,96 ; 0,98]) ainsi que selon le niveau de sévérité des limitations d'activité (modéré : OR=0,17 [0,14 ; 0,21] ; forte : OR=0,04 [0,03 ; 0,05]). La probabilité de se déclarer en bonne santé est diminuée chez les personnes âgées de 60 ans ou plus vivant seules (OR=0,83 [0,68 ; 1,00]) mais ne varie pas selon la région de résidence (OR=1,13 [0,88 ; 1,45]). Ces deux modèles mettent également en évidence des différences selon la catégorie socio-professionnelle face à la santé perçue. Les professions s'organisent selon un gradient face à la santé perçue allant des cadres (OR=1,00) aux ouvriers et agriculteurs (OR=0,45 [0,30 ; 0,66]) en passant par les artisans (OR=0,70 [0,49 ; 1,00]), les employés (OR=0,67 [0,50 ; 0,90]), les inactifs (OR=0,52 [0,35 ; 0,80]). Enfin ces deux modèles indiquent une probabilité diminuée de se déclarer en bonne santé parmi ceux qui utilisent une aide technique (OR=0,69 [0,57 ; 0,83]).

La probabilité de se déclarer en bonne santé est réduite de **40%** pour les personnes âgées ne pouvant pas sortir de chez eux aussi souvent que souhaité.

Le modèle 1 indique que l'état de santé perçue est associé également avec le niveau d'adaptation du logement. En effet, la probabilité de se déclarer en bonne santé est diminuée pour les personnes âgées vivant dans un logement non adapté à leurs besoins (vit dans un logement aménagé mais a besoin de plus : OR=0,30 [0,10 ; 0,92] ; ne vit pas dans un logement aménagé et a besoin de plus : OR=0,65 [0,40 ; 1,07]). Le modèle 2 indique que l'état de santé perçue est associé avec la possibilité de sortir de son logement aussi souvent que souhaité. La probabilité de se déclarer en bonne santé est diminuée pour les personnes âgées ne pouvant pas sortir aussi souvent qu'elles le souhaitent de leur logement (OR=0,60 [0,40 ; 0,83]).

Ces résultats suggèrent que, outre d'autres déterminants plus connus (comme le sexe, la catégorie sociale, la sévérité des limitations d'activité, etc.), vivre dans un logement aménagé à l'intérieur selon ses besoins et pouvoir en sortir aussi souvent que souhaité favorisent un bon état de santé perçue.

Tableau 12. Se déclarer en bon et très bon état de santé en général (%)

	Île-de-France (IDF)	Autres régions (HIDF)	p-value (IDF/HIDF)
Effectifs	1 398	7 477	
%	50,5	42,8	0,001
Sexe			
Hommes	57,0	47,2	0,007
Femmes	45,5	38,5	0,054
<i>p-value</i>	0,010	0,000	
Age			
60-74 ans	57,7	52,6	0,094
75-84 ans	37,7	27,6	0,014
85 ans ou plus	30,2	21,0	0,103
<i>p-value</i>	0,000	0,000	
Catégorie socio-professionnelle			
Agriculteurs	ND	31,1	
Artisans	53,5	42,8	0,201
Cadres et professions intellectuelles	66,5	61,7	0,350
Professions intermédiaires	48,6	54,3	0,309
Employés	47,7	42,5	0,260
Ouvriers	37,9	35,4	0,682
Inactifs	26,9	30,0	0,709
<i>p-value</i>	0,001	0,000	
Limitation globale d'activité			
Forte	3,5	4,9	0,434
Modérée	35,4	22,4	0,001
Aucune	71,2	69,0	0,484
<i>p-value</i>	0,000	0,000	
Utilisation d'une aide technique			
Oui	31,5	22,9	0,087
Non	58,1	53,0	0,012
<i>p-value</i>	0,000	0,000	
Vit seul			
Oui	48,6	38,6	0,014
Non	51,1	44,6	0,028
<i>p-value</i>	0,596	0,002	
Fréquence des visites de la famille et des amis			
Tous les jours	52,7	41,2	0,012
Une ou plusieurs fois par semaine	48,7	43,9	0,181
Plusieurs fois par mois	58,4	46,0	0,031
Une fois par mois ou moins	39,8	39,2	0,928
<i>p-value</i>	0,123	0,199	
Niveau d'aménagement intérieur du logement selon les besoins			
N'a pas aménagé et n'a pas besoin	35,6	46,5	0,006
A aménagé et n'a pas besoin de plus	32,2	25,4	0,411
N'a pas aménagé et a besoin	14,4	12,1	0,818
A aménagé et a besoin de plus	14,5	3,5	0,031
<i>p-value</i>	0,001	0,000	
Sortir aussi souvent que vous voulez			
Oui	56,3	47,9	0,001
Non	6,7	14,8	0,080
<i>p-value</i>	0,000	0,000	

Lecture. 50,5% des Franciliens et 42,8% des non-Franciliens de 60 ans ou plus se déclarent en bon voire très bon état de santé (différence significative $p < 0,05$).

Champ. 1 398 personnes âgées de 60 ans et plus résidant en Île-de-France et 7 477 du même âge résidant dans les autres régions

Source. Handicap-Santé-Ménages, 2008-2009

Tableau 13. Se déclarer en bon voire très bon état de santé en général (OR ajustés)

	Modèle 1			Modèle 2		
	ORa	CI 95%	p-value	ORa	CI 95%	p-value
Effectifs		8 856			8 856	
Sexe						
Hommes	1,00	--	--	1,00	--	--
Femmes	0,79	[0,65 ; 0,95]	0,012	0,79	[0,66; 0,96]	0,016
Age	0,97	[0,96; 0,98]	0,000	0,97	[0,96; 0,98]	0,000
Région						
Île-de-France	1,13	[0,88;1,45]	0,950	1,12	[0,7; 1,44]	0,388
Autres régions	1,00	--	--	1,00	--	--
Catégorie socio-professionnelle						
Agriculteurs	0,45	[0,30; 0,66]	0,000	0,45	[0,30; 0,65]	0,000
Artisans	0,70	[0,49; 1,00]	0,052	0,69	[0,48; 0,99]	0,045
Cadres et professions intellectuelles	1,00	--	--	1,00	--	--
Professions intermédiaires	0,80	[0,58; 1,08]	0,146	0,79	[0,58; 1,07]	0,128
Employés	0,67	[0,50; 0,90]	0,008	0,67	[0,50; 0,90]	0,008
Ouvriers	0,45	[0,33; 0,60]	0,000	0,44	[0,33; 0,59]	0,000
Inactifs	0,52	[0,35; 0,80]	0,003	0,52	[0,33; 0,79]	0,002
Limitation globale d'activité						
Forte	0,04	[0,03; 0,05]	0,000	0,04	[0,03; 0,05]	0,000
Modérée	0,17	[0,14; 0,21]	0,000	0,18	[0,15; 0,21]	0,000
Aucune	1,00	--	--	1,00	--	--
Vit seul						
Oui	0,83	[0,68 ; 1,00]	0,050	0,83	[0,68 ; 1,00]	0,050
Non	1,00	--	--	1,00	--	--
Utilisation d'une aide technique						
Oui	0,69	[0,57; 0,83]	0,000	0,68	[0,58; 0,85]	0,000
Non	1,00	--	--	1,00	--	--
Niveau d'aménagement intérieur du logement selon les besoins						
N'a pas aménagé et n'a pas besoin	1,00	--	--	--	--	--
A aménagé et n'a pas besoin de plus	1,11	[0,82;1,51]	0,492	--	--	--
A aménagé et a besoin de plus	0,30	[0,10; 0,92]	0,036	--	--	--
N'a pas aménagé et a besoin de plus	0,65	[0,40; 1,07]	0,088	--	--	--
Sortir aussi souvent que vous voulez						
Oui	--	--	--	1,00	--	--
Non	--	--	--	0,60	[0,43; 0,83]	0,003

Lecture : La probabilité de se déclarer en bon état de santé est réduite pour les femmes en comparaison aux hommes, toutes choses égales par ailleurs (OR=0,79 p<0,005).

Champ : 8 856 individus âgés de 60 ans ou plus résidant à domicile en France métropolitaine, dont 1 398 en Île-de-France

Source. Handicap-Santé-Ménages (Drees, Insee, 2008) – exploitation ORS Île-de-France

4.2 Inégalités territoriales

4.2.1 Trois situations, en lien avec le logement, à risque de mauvaise santé perçue aux âges élevés

Les modèles multivariés produits en première partie nous ont permis d'identifier trois situations à risque de mauvaise santé perçue, aux âges élevés :

- **Vivre seul** : la probabilité de se déclarer en bonne santé aux âges élevés est réduite chez les personnes âgées vivant seules (OR=0,83 [0,68 ; 1,00]) (Tableau 13)
- **Vivre dans un logement dont l'intérieur n'est pas adapté à ses besoins** : la probabilité de se déclarer en bonne santé aux âges élevés est réduite pour ceux vivant dans un logement non adapté à leurs besoins (vit dans un logement aménagé mais a besoin de plus : OR=0,30 [0,10;0,92] ; ne vit pas dans un logement aménagé et a besoin de plus : OR=0,65 [0,40;1,07]) (Tableau 13). Cette situation à risque est augmentée chez les locataires en comparaison aux propriétaires (OR=0,73 [0,59 ; 0,91]) (Tableau 8). Les locataires âgés expriment aussi davantage de besoins en termes d'aménagement intérieur du logement que les propriétaires du même âge (OR=1,46 ; [1,12 ; 1,9]) (Tableau 9).
- **Ne pas pouvoir sortir de son logement aussi souvent que souhaité** : la probabilité de se déclarer en bonne santé est diminuée pour les personnes âgées ne pouvant pas sortir aussi souvent qu'elles le souhaitent de leur logement (OR=0,60 [0,40 ; 0,83]) (Tableau 13).

Les données de l'enquête Handicap-Santé ne sont pas déclinables à l'échelle infra-territoriale. Nous proposons donc trois indicateurs présents en routine dans le recensement principal de l'Insee (qui fournit des données à l'échelle de la commune) qui approchent ces trois situations à risque. Nous faisons ici l'hypothèse que les liens observés à l'échelle régionale et nationale entre la santé perçue et ces situations à risque sont également vrais à une échelle territoriale fine. Nous avons retenu les indicateurs suivants :

- « Pourcentage de femmes et d'hommes vivant seul » pour approcher le risque de vivre seul ;
- « Pourcentage de locataires de la résidence principale » pour approcher le risque d'être locataire et donc d'avoir davantage de risque de ne pas disposer d'aménagement intérieur dans son logement ;
- « Présence d'ascenseur parmi les immeubles où vivent les personnes âgées » pour approcher le risque de ne pas pouvoir sortir de son logement aussi souvent que souhaité.

Ces trois indicateurs ne reflètent évidemment pas à eux seuls l'ensemble des inégalités face au vieillissement en bonne santé en lien avec le logement que peuvent connaître les personnes âgées au sein des territoires franciliens.

4.2.2 Vivre seul

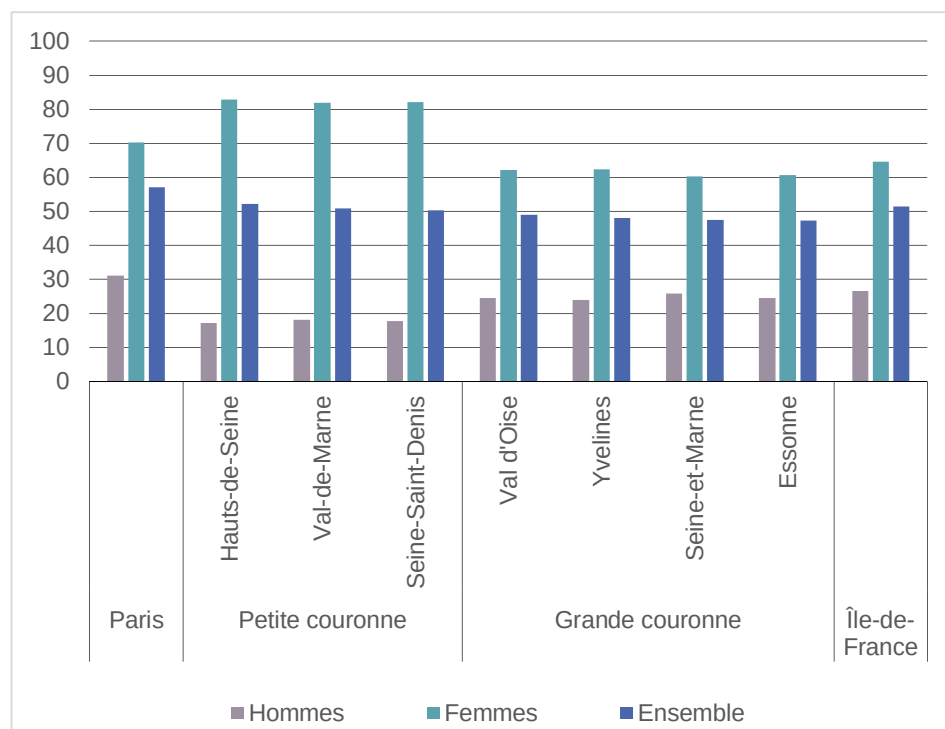
La « part de femmes et d'hommes âgés de 80 ans ou plus vivant seul » est utilisée pour approcher la première situation à risque face à la mauvaise santé perçue qui est de vivre seul.

Inégalités départementales. En 2012, la moitié des Franciliens âgés de 80 ans ou plus vivent seul (Figure 2). C'est à Paris que la part de personnes âgées de 80 ans ou plus vivant seules est la plus élevée (57,1%). Cette proportion diminue légèrement au fur-et-à mesure que l'on s'éloigne de Paris. En petite couronne, cette part est supérieure à 50,0%. En grande couronne, elle concerne entre 47,3% des ménages en Essonne et 49,0% dans le Val-d'Oise.

En proche couronne,
80% des femmes de 80 ans ou plus vivent seules.

En Île-de-France, les différences de sexe face au fait de vivre seul sont très fortes à partir de 80 ans : 64,7% des femmes de 80 ans ou plus vivent seules contre 26,6% des hommes du même âge. Cette différence de sexe se retrouve dans tous les départements franciliens ($p < 0,0001$ pour chacun des huit départements et la région Île-de-France). Ce sont les départements de petite couronne qui affichent les plus grands écarts hommes-femmes. Plus de 80% des femmes âgées de 80 ans ou plus vivent seules en Hauts-de-Seine, en Val-de-Marne et en Seine-Saint-Denis contre moins de 18% des hommes du même âge. A Paris, 70,2% des femmes de 80 ans ou plus vivent seules contre 31,2%. Dans les départements de grande couronne, la part des femmes de 80 ans ou plus vivant seules avoisine les 60% contre près de 25% des hommes.

Figure 2. Part de personnes âgées de 80 ans ou plus vivant seules en 2012, par département (%)



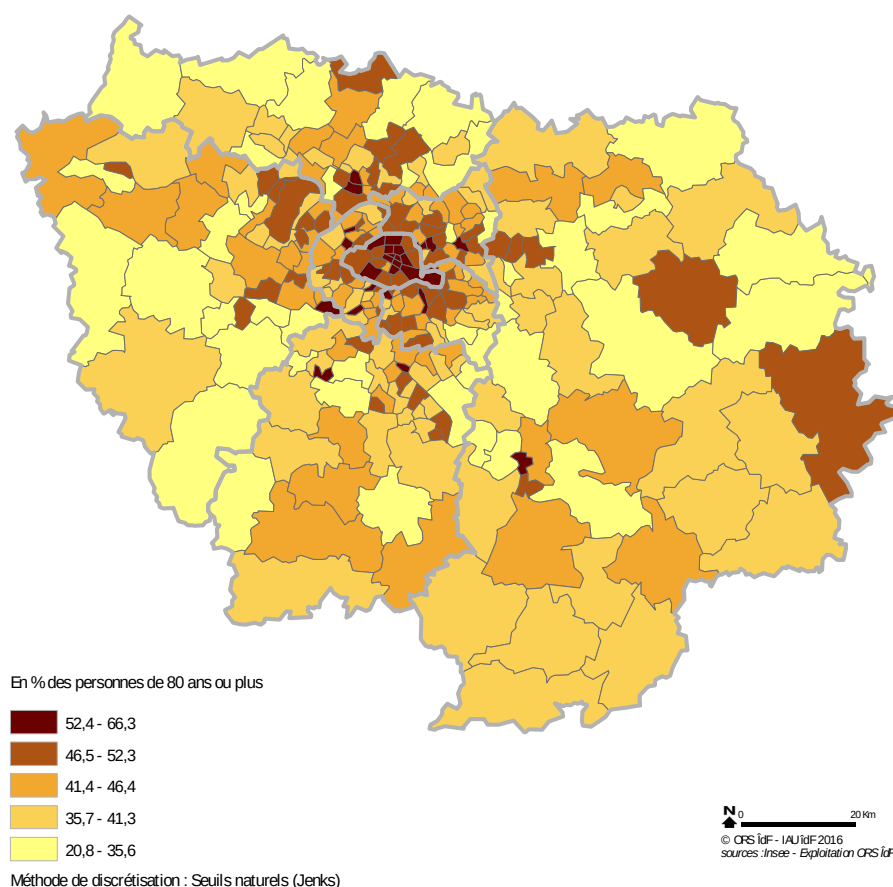
Lecture. A Paris, 57,1% des personnes âgées de 80 ans ou plus vivent seules. Les femmes sont plus nombreuses à vivre seules que les hommes (70,2% versus 31,2%)

Source. Recensement principal Insee 2012 – exploitation ORS Île-de-France

Inégalités infra-territoriales. La figure 3 présente les proportions de personnes âgées de 80 ans ou plus vivant seules en Île-de-France à l'échelle du canton-ville. Plus les territoires sont fonceés, plus la part de personnes âgées de 80 ans ou plus vivant seules est importante. Dans les cantons-ville représentés en rouge, entre 46% et 52% des 80 et plus vivent seuls ; dans ceux représentés en rouge foncé, plus de 52% des 80 ans ou plus vivent seuls. La liste des cantons-ville où plus de 47% des 80 ans ou plus vivent seuls (territoires rouges et rouges foncés) est présentée en annexe 2. Paris et les communes avoisinantes de la proche couronne sont des territoires où une majorité des sujets très âgés vivent seuls. Les 10 cantons-ville présentant la part des 80 ans ou plus vivant seuls la plus élevée sont dans Paris et le département des Hauts-de-Seine : 2^e arrondissement de Paris (66,2% des 80 ans ou plus vivent seuls), canton-ville de Puteaux (59,2%), 3^e arrondissement de Paris (58,9%), canton-ville de la Garennes-Colombes (58,8%), 1^{er} arrondissement de Paris (58,6%), 17^e arrondissement de Paris (58,6%), 4^e arrondissement de Paris (58,0%), 11^e arrondissement de Paris (58,0%), 5^e arrondissement de Paris (57,5%), canton-ville de Malakoff (57,5%). Dans les départements du Val-d'Oise et de la Seine-et-Marne – qui vont connaître le vieillissement le plus important de la région – le diagnostic est plus hétérogène : la majorité des cantons-

ville présentent des taux plus faibles que la moyenne régionale mais il existe des cantons-villes où le taux de personnes âgées vivant seules est très élevé. Dans le Val-d'Oise, nous identifions le canton-ville de Sannois (54,5%), Ermont (53,1%), Domont (52%), Soisy-sous-Montmorency (50,3%) et Enghien-les-Bains (49,6%). En Seine-et-Marne, nous identifions le canton-ville de Melun (53,8%), de Melun-Sud (52,4%), de Vaires-sur-Marne (52,1%) et de Coulommiers (48,2%). Les territoires que nous avons identifiés doivent être particulièrement vigilants au regard de la vulnérabilité des personnes âgées vivant sur leur territoire.

Figure 3. Part de personnes âgées de 80 ans ou plus vivant seules en 2012, par canton-ville (%)



Source. Recensement principal Insee 2012 – exploitation ORS Île-de-France

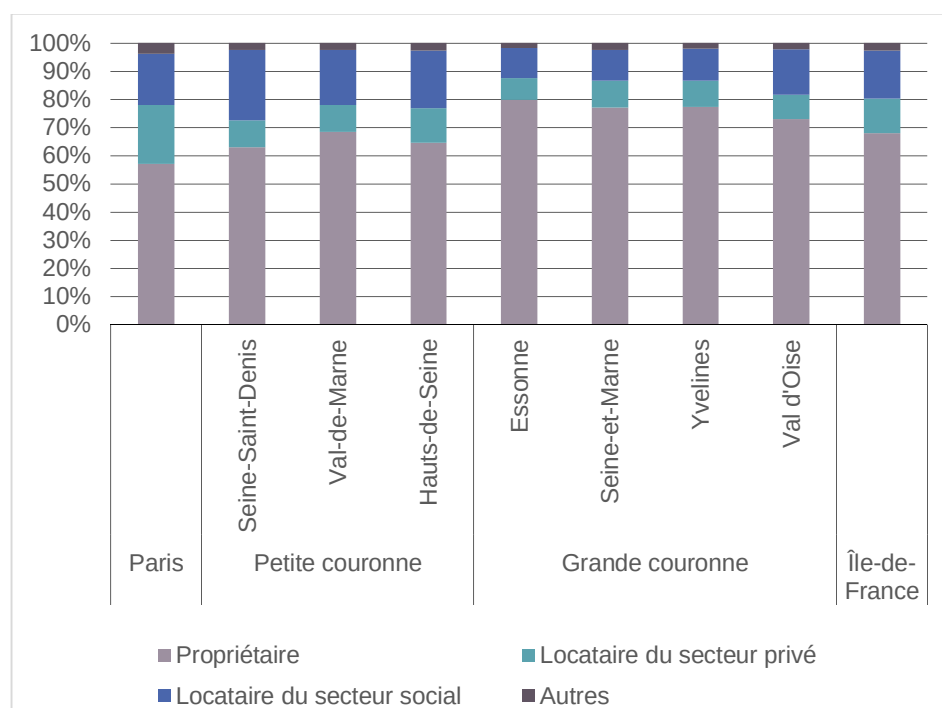
4.2.3 Vivre dans un logement non adapté

La « part de femmes et d'hommes âgés de 80 ans ou plus locataires de leur résidence principale » est utilisée pour approcher la deuxième situation à risque de mauvaise santé perçue qui est de ne pas disposer d'aménagements intérieur dans son logement. Cette situation à risque est plus fréquente chez les locataires âgés.

Inégalités départementales. En Île-de-France, 68% des personnes âgées de 80 ans ou plus sont propriétaires de leur résidence principale, 17% sont locataires d'un logement social, 12,4% sont locataires du secteur privé et les 2,6% restant résident dans un logement meublé, en hôtel ou sont logés gratuitement (Figure 4). Les locataires âgés de plus de 80 ans sont particulièrement nombreux à Paris (39,0%) et en petite couronne (34,6% en Seine-Saint-Denis, 32,7% en Hauts-de-Seine et 29,1% en Val-de-Marne). En grande couronne, un quart des résidents du Val-d'Oise de plus de 80 ans sont locataires de leur résidence principale.

A Paris, 39% des personnes âgées de 80 ans ou plus sont locataires de leur résidence principale.

Figure 4. Statut d'occupation de la résidence principale des personnes âgées de 80 ans ou plus en 2012, par département (en %)



Lecture. A Paris, 57,2% des personnes âgées de 80 ans ou plus sont propriétaires de leur résidence principale.

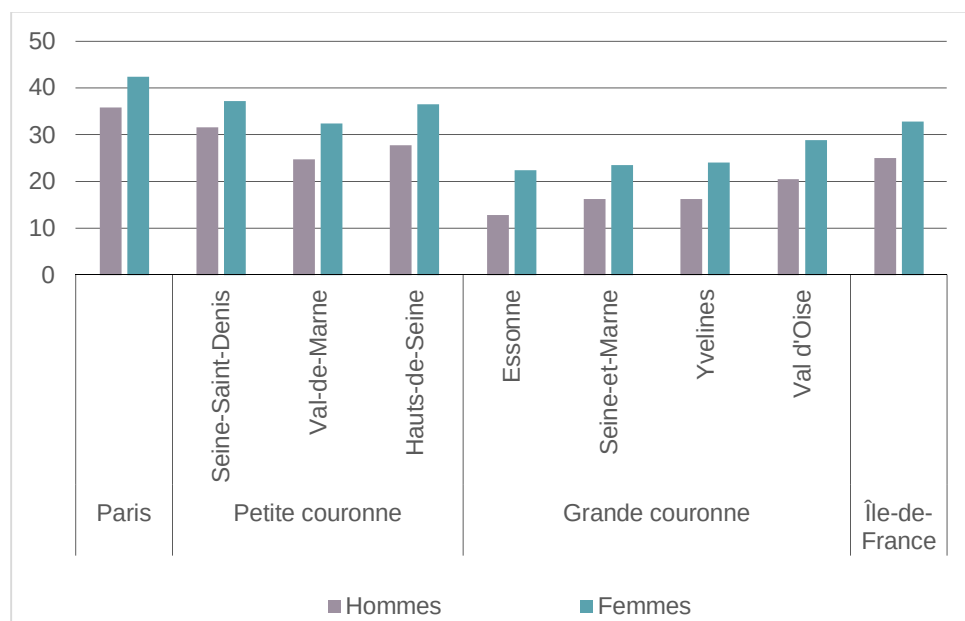
Note. Autres regroupe les items « Locataire ou sous-locataire d'un logement loué meublé ou d'une chambre d'hôtel » et « Logé gratuitement »

Source. Recensement principal Insee 2012 – exploitation ORS Île-de-France

Dans tous les départements franciliens, les femmes sont significativement plus nombreuses à être locataires de leur résidence principale que les hommes ($p < 0,0001$) (Figure 5). A Paris, en Seine-Saint-Denis et Hauts-de-Seine, les femmes âgées de 80 ans ou plus sont particulièrement nombreuses à être locataires de leur résidence principale (42,4% à Paris, 37,2% en Seine-Saint-Denis et 36,5% dans les Hauts-de-Seine).

Inégalités infra-territoriales. La figure 6 présente les proportions de personnes âgées de 80 ans ou plus locataires d'un logement social ou du secteur privé en Île-de-France à l'échelle du canton-ville. Plus les territoires sont foncés, plus la proportion de locataires parmi les 80 ans ou plus est importante. Dans les cantons-ville représentés en rouge entre 24,2% et 37,1% des 80 ans plus sont locataires de leur résidence principale ; dans les cantons-ville représentés en rouge foncé, plus de 37,2% sont locataires. La liste des cantons-ville présentant plus de 37% des 80 ans ou plus est présentée en Annexe 3. Les territoires franciliens présentant le taux le plus élevé de locataires parmi les sujets âgés se situent en Seine-Saint-Denis (Saint-Denis-Sud : 57,6% ; Saint-Ouen : 56,8% ; Bobigny : 56,7% ; Saint-Denis : 53,5%), dans la moitié est des arrondissements de Paris (13^e : 49,9% ; 20^e : 47,9% et le 19^e : 46,2%) et dans les Hauts-de-Seine (Gennevilliers : 53,2% ; Villeneuve-la-Garenne : 52,5% ; Bagneux : 51,4% ; Le Plessis-Robinson : 51,4% et Malakoff : 50,0%). Ces territoires doivent être particulièrement vigilants au regard de la capacité des personnes âgées à pouvoir adapter leur logement et donc à continuer à vivre chez elles en bonne santé.

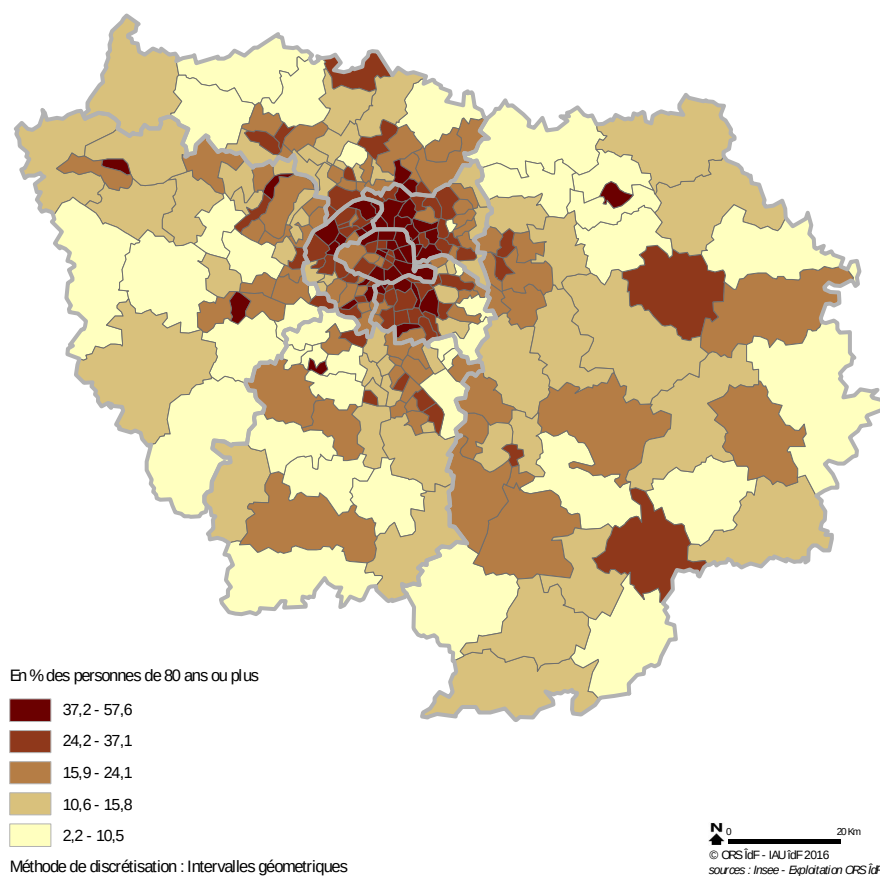
Figure 5. Part de locataires de la résidence principale parmi les hommes et les femmes âgés de 80 ans ou plus en 2012, par département (%)



Lecture. A Paris, 35,8% des hommes et 42,4% des femmes de 80 ans ou plus sont locataires de leur résidence principale.

Source. Recensement principal Insee 2012 – exploitation ORS Île-de-France

Figure 6. Locataires parmi les personnes âgées de 80 ans ou plus en 2012, par canton-ville (%)



Source. Recensement principal Insee 2012 – exploitation ORS Île-de-France

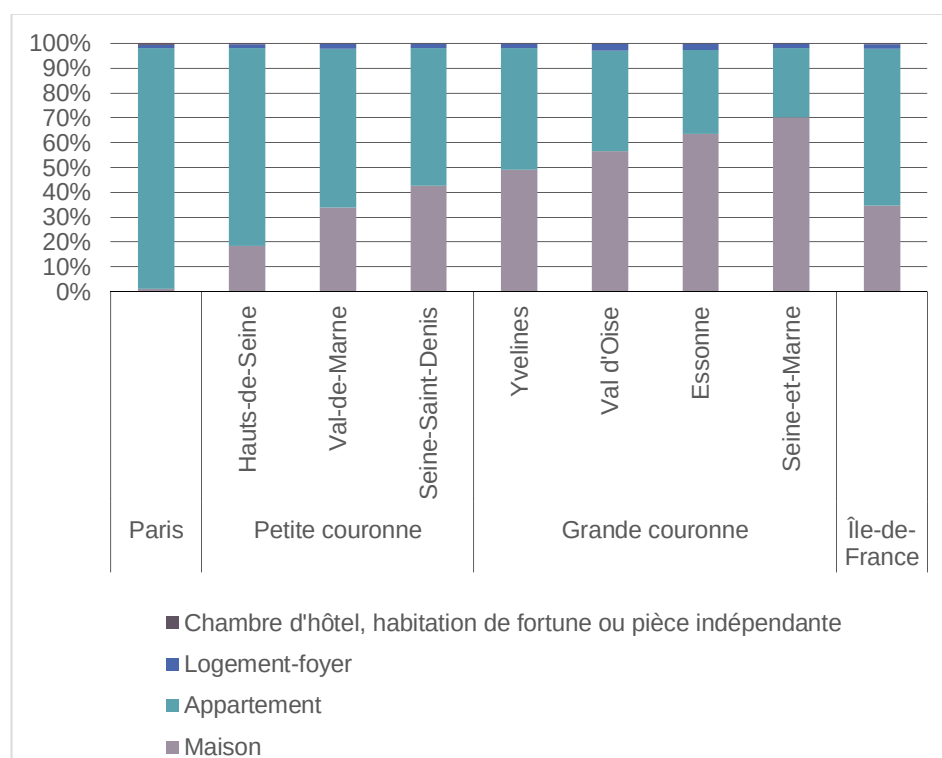
4.2.4 Ne pas pouvoir sortir de son logement aussi souvent que souhaité

A Paris, **97%** des personnes âgées de 80 ans ou plus vivent en immeuble.

La « non-présence d'ascenseur dans les immeubles où vivent les femmes et les hommes âgés de 80 ans ou plus » est utilisée pour approcher la troisième situation à risque de mauvaise santé perçue qui est de ne pas pouvoir sortir de son logement aussi souvent que souhaité.

Inégalités départementales. L'appartement est le type de logement le plus fréquent pour les franciliens très âgés. Parmi les Franciliens de plus de 80 ans, 63,3% vivent en appartement, 34,6% dans une maison, 1,5% résident en logement-foyer et les 0,3% résident dans une chambre d'hôtel, une habitation de fortune ou dans une pièce indépendante (Figure 7). A Paris, la quasi-totalité des plus de 80 ans résident en appartement (97,0%). En petite couronne, l'appartement reste le type de logement le plus privilégié (55,4% en Seine-Saint-Denis et 79,6% en Hauts-de-Seine). En revanche, plus de la moitié des ménages du même âge de la grande couronne réside en maison (49,1% des plus de 80 ans dans les Yvelines à 70,1% en Seine-et-Marne).

Figure 7. Type de logement pour les personnes âgées de 80 ans ou plus en 2012, par département (%)

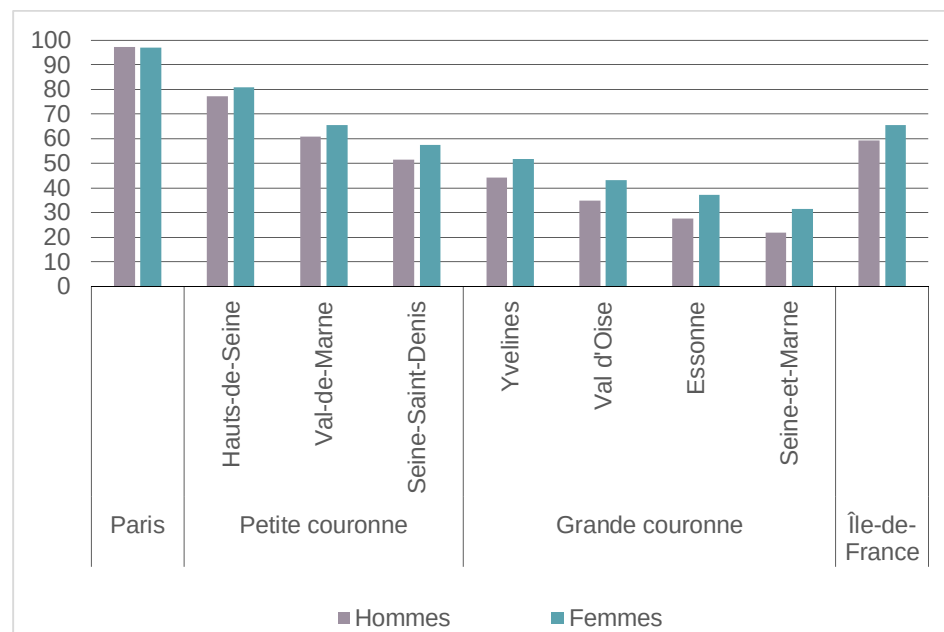


Lecture. A Paris, 97,0% des personnes âgées de 80 ans ou plus vivent en appartement.

Source. Recensement principal Insee 2012 – exploitation ORS Île-de-France

A l'exception de Paris (où 97% des hommes et des femmes vivent en appartement), les femmes de 80 ans ou plus sont plus significativement plus nombreuses que les hommes du même âge à vivre dans un appartement dans tous les départements franciliens ($p \leq 0,05$) (Figure 8). Les différences entre hommes - femmes les plus importantes sont en grande couronne : dans le Val-d'Oise (43,3% des femmes de 80 ans ou plus et 35,0% des hommes de 80 ans ou plus vivent dans un immeuble), en Essonne (resp. 37,3% et 27,5%) et en Seine-et-Marne (31,4% et 22,0%).

Figure 8. Part de femmes et d'hommes âgés de 80 ans ou plus vivant en appartement en 2012, par département (%)



Lecture. A Paris, 97,0% des hommes et des femmes âgés de 80 ans ou plus vivent en appartement.

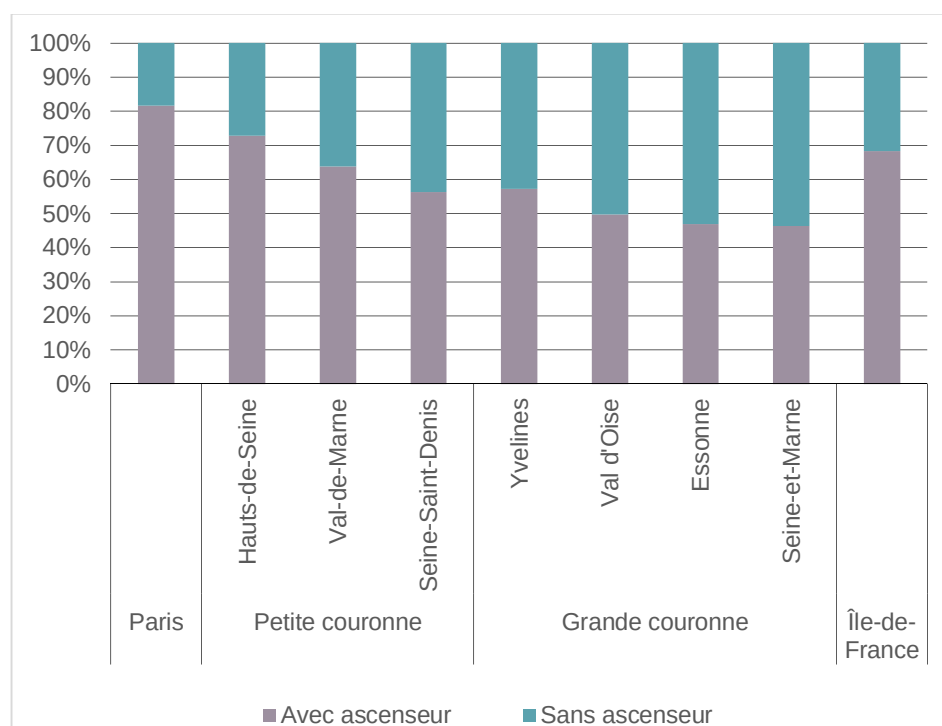
Source. Recensement principal Insee 2012 – exploitation ORS Île-de-France

D'après le recensement principal de 2012, les Franciliens de 80 ans ou plus qui vivent dans un appartement (et donc en immeuble) sont 31,6% à ne pas bénéficier d'un ascenseur (Figure 9)¹⁶. Cette proportion varie selon les départements en Île-de-France et augmente au fur et à mesure que l'on s'éloigne de Paris. La proportion de ménages très âgés ne bénéficiant pas d'ascenseur est faible à Paris (18,3%), plus élevée pour les départements de petite couronne (Hauts-de-Seine : 27,1%, Val-de-Marne : 36,2% ; Seine-Saint-Denis : 43,6%) et supérieure à 50% dans certains départements de grande couronne (Val-d'Oise : 50,2% ; Essonne : 53,1% et Seine-et-Marne : 53,6%). Il n'existe pas de différence significative entre les hommes et les femmes face au fait de vivre dans un appartement qui disposerait ou pas d'un ascenseur. Mais disposer d'un ascenseur ne signifie pas qu'il est accessible. En effet, un ascenseur peut être trop étroit pour l'usage d'un fauteuil roulant ou d'un déambulateur, une marche peut gêner son accès, etc.

32% des Franciliens âgés de 80 ans ou plus vivant en immeuble, ne disposent pas d'ascenseur.

¹⁶ Dans les immeubles d'habitation, un ascenseur doit être installé pour toute construction de plus de 3 niveaux. Chaque appareil a également désormais pour obligation de s'adapter à tous les handicaps, que ce soit les infirmités physiques, sensorielles ou mentales, conformément à la norme NF EN 81-70. Cette obligation porte sur les nouveaux logements pas sur les logements déjà existants.

Figure 9. Présence d'ascenseur dans les appartements des personnes âgées de 80 ans ou plus en 2012, par département (en %)



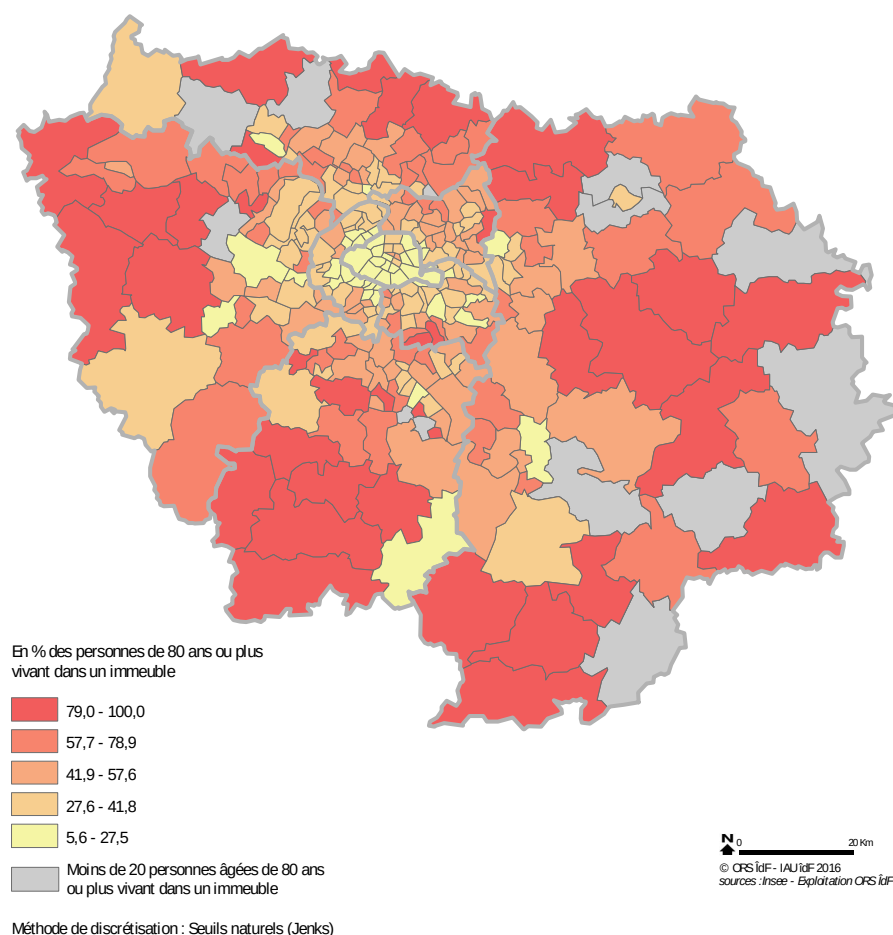
Lecture. A Paris, 18,3% des personnes âgées de 80 ans ou plus vivant en appartement bénéficient d'un ascenseur.

Source. Recensement principal Insee 2012 – exploitation ORS Île-de-France

Inégalités infra-territoriales. La figure 10 présente la part de personnes ne disposant pas d'ascenseur parmi les 80 ans ou plus vivant en appartement en Île-de-France, à l'échelle du canton-ville. Plus les territoires sont foncés, plus la proportion de sujets âgés ne disposant pas d'ascenseur parmi ceux vivant en immeuble est importante. Dans les cantons-ville représentés en rouge entre 57,7% et 78,9% des 80 ans plus vivant en immeuble ne disposent pas d'ascenseur ; dans les cantons-ville représentés en rouge foncé, plus de 79,0% vivant en immeuble ne disposent pas d'ascenseur. La liste des cantons-ville présentant plus de 79,0% des 80 ans ou plus vivant en immeuble sans ascenseur est présentée en annexe 4. Les territoires présentant le taux le plus élevé se situent en Seine-et-Marne (Bray sur Seine (100%), Chapelle la Reine (100%), Château-Landon (100%), Dammarville-en-Goele (100%), Rozay-en-Brie (100%), Tournan-en-Brie (100%), Mitry-Mory (96,7%) et Coulommiers (89,0%)), en Essonne (Corbeil-Essonnes-Ouest (100%), Fertés-Alais (100%), Saint-Cheron (100%), Montlhéry (97,4%), Etrechy (95,5%), Mereville (91,3%), Evry-Nord (90,2%), dans le Val-d'Oise (Marines (100%), Beaumont-sur-Oise (88,8%)) et dans les Yvelines (Houdan (95,5%), Poissy-Nord (94,6%), Aubergenville (89,4%)). Les territoires identifiés doivent être particulièrement vigilants au regard de l'accessibilité des logements des personnes âgées dont l'impact est important sur leur capacité à vieillir chez elles en bonne santé.

Dans certains cantons-ville de grande couronne, 100% des plus de 80 ans qui vivent dans un immeuble ne disposent pas d'ascenseur.

Figure 10. Présence d'ascenseur dans les appartements des personnes âgées de 80 ans ou plus en 2012, par canton-ville (en %)



Source. Recensement principal Insee 2012 – exploitation ORS Île-de-France

4.2.5 En résumé, quels sont les enjeux pour les territoires de l'Île-de-France face au vieillissement et au logement ?

Sur la base des indicateurs sélectionnés, nous constatons que :

Paris est le département le plus âgé de l'Île-de-France. Les projections démographiques à 2030 indiquent que malgré un vieillissement moins important, Paris restera le département le plus âgé. Paris compte une forte proportion de femmes âgées de 80 ans qui vivent seules (70% d'entre elles). Ces femmes sont également 42% à être locataires de leur résidence principale et sont susceptibles de rencontrer des difficultés pour aménager l'intérieur de leur logement. A Paris, 97% des personnes âgées de 80 ans ou plus vivent en appartement et sont potentiellement confrontées à des obstacles environnementaux présents dans les parties communes (marches, couloirs étroits, porte lourde, code positionné trop haut...) et donc à des problèmes d'accessibilité de leur logement (qu'ils en soient propriétaires ou pas) ;

Les départements de petite couronne (Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne et Hauts-de-Seine) vont connaître un vieillissement moins fort que celui estimé sur la région d'ici à 2030. Mais pour la Seine-Saint-Denis, le taux global de dépendance des 75 ans ou plus est supérieur à celui de la moyenne régionale. Ces trois départements comptent une très forte proportion de femmes âgées de 80 ans ou plus qui vivent seules (plus de 80% d'entre elles). En Seine-Saint-Denis et dans les Hauts-de-Seine, ces femmes sont près de 40% à être locataires de leur résidence principale et sont donc susceptibles de rencontrer des difficultés pour aménager l'intérieur de leur logement. Dans les Hauts-de-Seine et le Val-

de-Marne, resp. 80% et 64% des personnes âgées de 80 ans ou plus ou plus vivent en appartement et sont potentiellement confrontées à des obstacles environnementaux présents dans les parties communes et donc à des problèmes d'accessibilité de leur logement. En Seine-Saint-Denis, 44% des personnes âgées de 80 ans ou plus vivent dans un appartement sans ascenseur et peuvent ainsi rencontrer des difficultés pour sortir ou accéder à leur logement ;

Les départements de grande couronne (Seine-et-Marne, Essonne, Yvelines, Val-d'Oise) vont connaître un vieillissement plus important que la moyenne de la région et c'est particulièrement vrai pour le Val-d'Oise et la Seine-et-Marne qui vont voir leur part des 75 ans ou plus augmenter de 54% à 65%. Ces deux départements affichent également un des taux global de dépendance les plus élevés de la région. Les quatre départements de grande couronne, sont également confrontés à l'isolement car 60% des femmes âgées de 80 ans ou plus vivent seules. Dans ces départements, les personnes âgées sont probablement confrontées à des difficultés pour sortir et entrer dans leur logement puisque plus de 50% des personnes âgées vivant dans des immeubles ne disposent pas d'ascenseur.

5 | DISCUSSION

5.1.1 Principaux résultats

- En Île-de-France, seuls 7% des plus de 60 ans et 14% des plus de 75 ans disposent d'aménagement à l'intérieur de leur logement ;
- La probabilité de vivre dans un logement aménagé est moindre pour les locataires âgés *versus* les propriétaires ;
- La probabilité de déclarer un bon état de santé peut être réduite jusqu'à 70% pour les personnes âgées vivant dans un logement non adapté à leurs besoins ;
- Environ 12% des Franciliens de plus de 60 ans déclarent ne pas pouvoir sortir de leur logement quand ils le souhaitent.
- La probabilité de déclarer un bon état de santé est réduite de 40% pour les personnes âgées ne pouvant pas sortir aussi souvent que souhaité ;
- Enjeux territoriaux face au vieillissement et au logement :
 - **Paris et les départements de petite couronne** sont confrontés à des problématiques d'isolement pour les personnes âgées. Sur ces territoires, les personnes âgées peuvent rencontrer des difficultés pour aménager l'intérieur de leur logement ;
 - **Les départements de grande couronne** doivent être particulièrement vigilants aux difficultés des personnes âgées pour entrer et sortir de leur logement.

5.1.2 Enseignements

Vivre dans un logement adapté et pouvoir en sortir aussi souvent que souhaité : des déterminants de santé

Les gouvernements encouragent le développement de logement adaptés aux besoins des personnes âgées pour permettre un vieillissement à domicile en bonne santé. De nombreux rapports, remis au gouvernement ces cinq dernières années, placent le logement au cœur du défi du vieillissement et soulignent que le maintien à domicile ne peut être possible sans donner aux personnes âgées les moyens de vivre dans un environnement adapté à leurs besoins (Boulmier, 2009 ; Boulmier, 2010 ; Franco, 2010 ; Broussy, 2013 ; Aquino, 2013). Or les recherches en France sur l'impact du niveau d'adaptation et d'accessibilité des logements sur la santé des personnes âgées sont limitées. Cette étude met évidence une forte association entre l'état de santé perçue, le niveau d'adaptation intérieur du logement et la possibilité d'en sortir aussi souvent que souhaité, à état fonctionnel équivalent. La probabilité de se déclarer en bonne santé est diminuée pour les personnes âgées ne vivant pas dans un logement adapté à leurs besoins (a aménagé et a besoin de plus : OR=0,30 [0,10;0,92] ; n'a pas aménagé et a besoin de plus : OR=0,65 [0,40;1,07]). La probabilité de se déclarer en bonne santé est diminuée pour les personnes âgées ne pouvant pas sortir de chez elles aussi souvent qu'elles le souhaitent (OR=0,60 [0,40 ;0,83]). Ces résultats suggèrent que, outre d'autres déterminants plus connus, vivre dans un logement adapté à ses besoins et pouvoir sortir de son logement aussi souvent que souhaité sont liés à un bon état de santé perçu.

Nos résultats sont cohérents avec la littérature internationale qui souligne l'impact de l'aménagement du logement sur la qualité de vie et la santé perçue des personnes âgées (Iwarsson et Isacsson, 1997 ; Oswald et Wahl, 2004 ; Oswald et al, 2007 ; Fänge et Ivanoff, 2009 ; Tomsone et al, 2013 ; Kylen et al, 2014 ; Sixsmith et al, 2014). Nos résultats

sont également en accord avec la thèse selon laquelle un logement inaccessible représenterait un problème de santé potentiel, dans la mesure où il menace l'indépendance et le bien-être subjectif des personnes âgées (Iwarsson et Isacson, 1997 ; Rubinstein et De Medeiros, 2004). Nos résultats sur les liens entre la capacité à sortir de son domicile aussi souvent que souhaité et la santé perçue sont également cohérents avec la littérature qui souligne l'impact de la participation sociale sur la santé perçue chez les sujets âgés (Oswald, 2011 ; Menec et Nowicki, 2014 ; Thordardottir et al, 2016).

Nos résultats permettent d'apprécier l'importance de l'adaptation du logement en termes d'impact de santé publique et plaident pour considérer le niveau d'adaptation du logement comme un déterminant de santé. Ils soulignent l'urgence à développer des politiques publiques favorisant l'adaptation des logements pour permettre un vieillissement en bonne santé. Au vu des impacts de santé publique mis ici en évidence, les propositions du gouvernement français et du dernier plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie peuvent paraître encore trop timides.

Etre locataire dans le parc ancien : un véritable frein à l'aménagement intérieur du logement

Dans nos résultats, être locataire ressort comme un véritable frein à l'aménagement intérieur du logement puisque la probabilité de vivre dans un logement aménagé est plus faible pour les locataires que pour les propriétaires (OR=0,73 [0,59 ; 0,91]) et que la probabilité d'exprimer des besoins en termes d'aménagement intérieur est plus forte pour les locataires (OR=1,46 ; [1,12 ; 1,9]). Ces résultats sont en adéquation avec les remarques de l'Anah et la Cnav qui, dans leur dernier rapport, soulignaient que le retard pris par la France pour adapter son parc de logements s'expliquait en grande partie par la politique française du logement qui privilégie l'adaptation du flux de logements neufs au détriment du stock existant (Anah-Cnav, 2013). La loi de février 2005 a imposé en effet que tous les logements neufs soient accessibles à tous, mais il n'existe pas d'obligation légale d'adapter les logements anciens, contrairement aux politiques mises en place au Royaume-Uni, au Danemark ou encore en Suède. Un locataire ne peut donc pas imposer à son propriétaire des travaux d'adaptation de son logement. Il semblerait que les personnes âgées locataires cumulent d'autres difficultés face au vieillissement en bonne santé. En effet des études indiquent que leurs conditions socio-économiques sont plus défavorables que celles des propriétaires. Les locataires bénéficient d'un revenu imposable moyen plus faible que les propriétaires (Faur, 2014) et versent un loyer mensuel contrairement aux propriétaires qui bénéficient ainsi d'un avantage implicite en termes de niveau de vie, en supposant que le crédit soit remboursé à 60 ans (Christel, 2006). Or les risques de mauvaise santé et d'incapacité sont plus élevés parmi les groupes de population défavorisés économiquement que parmi les groupes de population favorisés économiquement. Ces résultats alertent sur l'importance de légiférer pour les locataires sur la possibilité d'effectuer les travaux correspondant à leurs besoins.

Toutefois aménager son logement ne consiste pas seulement à faire des travaux, à intégrer de nouvelles technologies, il s'agit aussi de débarrasser le logement de tous les objets qui peuvent provoquer des chutes (comme les tapis, tables basses qui peuvent constituer des obstacles lors du déplacement, etc.) et/ou de travailler l'éclairage des pièces et des dégagements. Ces aménagements pratiques et à moindre coût doivent continuer à figurer dans les plaquettes de prévention à destination des personnes âgées, des aidants familiaux et professionnels.

Pas d'inégalités sociales face à l'aménagement du logement ni face à l'utilisation d'aides techniques

Dans notre étude, on ne trouve pas de différences selon la catégorie socio-professionnelle face au fait de vivre dans un logement aménagé ou d'utiliser des aides techniques. Leur recours est faible que ce soit dans les groupes de population socialement défavorisés ou favorisés. Les modélisations par groupe iso-ressources produites par Bérardier soutiennent ces résultats en n'observant aucun effet de sexe ou de catégorie socio-

professionnelle sur le recours aux aides et aménagements (Bérardier, 2012). Des études réalisées en Suède, Pays-Bas et Allemagne vont également dans ce sens et ne trouvent pas de différences selon le niveau de revenu, le niveau de diplôme et la catégorie socio-professionnelle (Veehof et al, 2006 ; Polluste et al, 2012 ; Kylberg, 2013). En revanche une étude menée aux USA, où les politiques de soutien aux aides techniques et aux aménagements du logement diffèrent de celles des pays de l'Europe du Nord, montre que l'utilisation des aides techniques varie selon le niveau d'éducation, revenu et ethnicité. Les groupes de population avec des niveaux de revenus élevés utilisent plus souvent des aides techniques associées à des modifications du logement (Rubin et White-Means, 2001). Il est crucial d'obtenir davantage d'informations sur comment les facteurs socio-économiques peuvent influencer ou pas sur l'utilisation d'aides techniques et d'aménagements du logement dans la perspective de soutenir un vieillissement en bonne santé, en dépit des différences environnementales et sociales. Comprendre les mécanismes déterminant le recours à ces supports techniques est essentiel pour améliorer l'état de santé et la qualité de vie des personnes âgées.

Aménagement du logement et aides techniques : peu d'anticipation

L'anticipation de la perte d'autonomie est un des piliers de la loi « Adaptation de la société au vieillissement »¹⁷. A ce titre, les aménagements du logement, les aides techniques, la télé-assistance, la domotique et les actions collectives de prévention sont considérés dans cette nouvelle loi comme des déterminants du maintien à domicile. Or nos résultats indiquent que peu de personnes âgées ont recours à ces aides alors qu'elles ne présentent aucune limitation (en Île-de-France, logement : 2,3% ; aides techniques : 13,5%). Vivre dans un logement aménagé ou mobiliser une aide technique sont fortement et essentiellement liés à des situations d'incapacité sévère (logement : OR=3,9 [2,5 ; 4,1] ; aides techniques : OR = 6,6 [5,6 ; 7,9]). Les résultats vont dans le même sens quand les situations de dépendance sont mesurées par l'indicateur du groupe iso-ressource (GIR) (Bérardier, 2012). Il semblerait qu'aménager son logement ou utiliser une aide technique soit consécutif à la survenue d'une perte d'autonomie et ne soit pas anticipé. D'autres études européennes indiquent également que le statut fonctionnel est un des déterminants le plus important de l'aménagement du logement et de l'utilisation d'aides techniques (Veehof et al, 2006 ; Polluste et al, 2012 ; Bryant et al, 2014 ; Kylberg et al ; 2013). Il paraît nécessaire de faire de la prévention une priorité et d'alerter plus précocement sur les besoins d'aménagement, sur la nature des travaux à réaliser et sur l'anticipation des difficultés à venir (Laborde et Embersin-Kyprianou, 2013).

L'Assurance retraite utilise plusieurs canaux de diffusion pour sensibiliser les retraités à la question de l'aménagement du logement et pour les informer sur les aides existantes : l'objectif est de toucher le plus grand nombre de personnes (Anah-Cnav, 2013). On retiendra notamment l'espace prévention « Bien vivre sa retraite » mis en place sur internet qui consacre une rubrique à la thématique de l'adaptation du logement¹⁸. Vidéos, brochures « prévention » sont également mobilisées pour informer et donner des conseils pour sécuriser le logement. L'Assurance retraite a passé une convention avec l'Inpes et ont mis à disposition un site internet pour aider les seniors à bien vieillir : www.reponses-bien-vieillir.fr. Tel que stipulé sur le site, l'objectif est d'aborder l'avancée en âge de manière globale et positive. Deux brochures prévention sont téléchargeables sur le site : l'une à destination des « seniors de plus de 55 ans » - l'aménagement est évoqué et le lecteur est invité à tenir compte de son vieillissement au moment où il envisage des travaux à son domicile ou lors d'un déménagement – et à ceux de « 75 ans ou plus » - des conseils sur des aménagements et la domotique sont donnés pour rendre le logement plus facile à vivre et éviter les accidents. En Île-de-France, le PRIF (Prévention retraite Île-

¹⁷ République française. LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. JORF n°0301 du 29 décembre 2015 page 24268. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPreparation.do?idDocument=JORFDOLE000029039475&type=general&typeLoi=proj&legislature=14>, vu le 25/01/2016

¹⁸ Bien vivre sa retraite: conseils prévention [en ligne] Assurance retraite. Disponible <https://www.lassuranceretraite.fr/portail-info/home/retraites/bien-vivre-sa-retraite.html> (vu le 8/06/2016)

de-France) est un groupement de caisses de retraite pour la prévention qui propose des ateliers sur la thématique du Bien Vieillir dont l'aménagement du logement www.prif.fr

Indicateurs-signaux pour un « Vieillissement en bonne santé et logement »

Nos résultats permettent de soutenir la proposition de trois indicateurs-signaux pour approcher certaines des difficultés d'un vieillissement à domicile en bonne santé au sein des territoires. Ils permettent d'évaluer les difficultés que peuvent rencontrer les personnes âgées en termes d'isolement social, de capacité à aménager l'intérieur de leur logement et à pouvoir en sortir quand elles le souhaitent. Sur la base de ces trois indicateurs, nous avons observé de fortes inégalités territoriales face à la capacité des personnes âgées à vieillir chez elles en bonne santé. Nous avons notamment identifié des territoires qui doivent être particulièrement vigilants à l'isolement des personnes âgées, aux difficultés qu'elles peuvent rencontrer dans l'aménagement intérieur de leur logement (beaucoup de ces territoires sont situés à Paris et en petite couronne), aux difficultés qu'elles peuvent rencontrer pour rentrer ou sortir de leur logement (beaucoup de ces territoires sont situés en grande couronne).

Toutefois la vie à domicile n'est pas seulement conditionnée par le logement. L'environnement et la mobilité de la personne hors habitat doivent également être pris en compte dans l'évaluation des difficultés d'un vieillissement en bonne santé à domicile. Une approche holistique et interdisciplinaire est nécessaire pour intégrer au diagnostic le contexte socio-économique de la personne, les ressources économiques et humaines sur lesquelles elle peut s'appuyer, sa capacité à accéder aux ERP (établissements recevant du public), aux commerces de proximité, aux services de santé, aux soutiens communautaires formels et informels, aux transports (Menec et al, 2011). Des études ont ainsi exploré les effets de l'interaction sociale et de la présence de services sur le maintien à domicile (Connell et al., 1993; Hwang & Ziebarth, 2006; Sixsmith & Sixsmith, 2008; Tanner et al., 2008). L'environnement physique ne détermine pas seulement la capacité des personnes âgées à vivre à domicile, mais aussi leur indépendance et leur état de santé global (Edwards et al, 2006; Chi-Wai Lui, 2009).

Dans ce sens l'Anah et la Cnav préconisent dans leur rapport de mutualiser leurs compétences pour systématiser un diagnostic global commun (Anah-Cnav, 2013). Pour définir un référentiel multi-critères commun, ils ont mobilisé l'ensemble des acteurs concernés à savoir opérateurs, ergothérapeutes, gériatres, collectivités. L'Anah et la Cnav travaillent également à « renforcer de manière plus systématique l'articulation et la complémentarité entre les travaux liés à la perte d'autonomie et ceux liés à l'énergie, les deux pouvant concourir au maintien à domicile des personnes âgées » (Anah-Cnav, 2013). La promotion de la rénovation énergétique auprès de ménages âgés en perte d'autonomie présente des bénéfices évidents en termes de santé (capacité à résister aux périodes de froid et de fortes chaleurs en isolant son logement).

5.1.3 Limites de l'étude

Cette étude se base sur des données de santé et d'incapacité déclaratives. La littérature internationale montre qu'il existe des différences dans la propension à déclarer des problèmes de santé et des problèmes fonctionnels selon le contexte social : les plus favorisés socialement auront tendance à être plus informés, plus médicalisés, plus dépistés et donc à repérer et à déclarer plus de problèmes de santé. On sait aussi que ces différences de déclaration entre catégories socio-professionnelles diminuent avec les situations sévères d'incapacité. Enfin si ces indicateurs ne correspondent pas à un diagnostic clinique, ils sont très liés aux consommations médicales, aux maladies, aux incapacités diagnostiquées et à la mortalité (Idler, 1992).

Les données exploitées sont transversales et proposent une photographie de l'état fonctionnel à un temps t. Les problèmes de santé, les limitations fonctionnelles, les restrictions d'activité qui existaient lors de l'enquête en 2008, n'existent peut-être plus aujourd'hui. Néanmoins, une étude de Cambois et Lièvre montre que si les chances de récupération dans le temps existent, elles ne concernent pas la majorité de la population

: 20% des personnes faisant état de problèmes fonctionnels n'en font plus état deux ans plus tard ; 20% des personnes qui avaient des restrictions sévères se déclarent à nouveau autonomes deux ans après (Cambois et Lièvre, 2004). Cette dernière étude montre également qu'un quart des enquêtés qui ont déclaré des restrictions sévères pour les activités de soins personnels sont décédés dans les deux ans (*Ibid.* 2004). Par ailleurs cette approche transversale ne nous permet pas d'appréhender le processus de perte d'autonomie, en dynamique, au cours du temps. Nous ne disposons effectivement d'aucun moyen pour savoir à quel moment les limitations fonctionnelles ont donné lieu, par exemple, à des restrictions d'activité. Par ailleurs les données transversales permettent de mettre en évidence des associations entre deux variables mais pas de causalité : nous ne sommes pas en mesure de dire si une personne âgée se déclare en bonne santé parce qu'elle peut sortir aussi souvent qu'elle le souhaite ; ou si c'est parce qu'elle sort aussi souvent qu'elle le souhaite qu'elle est en bonne santé.

5.1.4 Recommandations

Stratégies territoriales : suivre et anticiper à l'échelle des territoires

1. **Mettre en place une stratégie d'anticipation dans les territoires** où nous avons identifié des difficultés pour les personnes âgées à vieillir chez elles en bonne santé ;
2. **Assurer le suivi des indicateurs « Vieillissement en bonne santé et logement »** pour apprécier l'évolution des difficultés des personnes pour vieillir en bonne santé sur leur territoire ;

Prévention

1. **Multiplier les cibles d'information** en informant les personnes à partir de 55 ans (dans l'optique de leur permettre d'intégrer les messages de prévention), les aidants professionnels et familiaux, les acteurs sociaux et les professionnels de santé sur les bénéfices potentiels d'aménagement du logement ;
2. **Renforcer l'approche positive** pour changer le regard sur l'utilisation de ces aides auprès des publics-cibles et favoriser leur utilisation comme outil de prévention et de préservation de la perte d'autonomie ;
3. **Communiquer** sur l'impact important sur la santé de l'adaptation du logement ;

Intersectionnalité : afficher la perte d'autonomie dans les plans d'adaptabilité du logement

4. **Profiter du Plan climat énergie de Paris et du Schéma régional du climat, de l'air et de l'énergie Île-de-France (SRCAE)** dont le périmètre d'action concerne le logement avec pour objectif de favoriser la réalisation de travaux de rénovation énergétique dans le parc existant (ventilation, isolation, menuiseries, etc.). Un ergothérapeute pourrait être associé aux visites pour évaluer les conditions sociales et de santé des ménages âgés ;
5. **Continuer à travailler les articulations entre économie d'énergie et perte d'autonomie** comme le proposent l'Anah et la Cnav

Etudes futures : étendre le volet territorial de cette étude

6. **Identifier les territoires franciliens favorables au « vieillissement en bonne santé »** en ajoutant à la thématique du logement celles des transports, accessibilité du bâti, accessibilité aux services de santé, etc. pour lesquelles des travaux de recherche mettent en évidence les impacts sur la santé.
7. **Investiguer davantage les inégalités sociales face à l'utilisation des aides techniques et à l'aménagement du logement**
8. **Investiguer davantage le lien entre adaptation du logement, santé, bien-être et qualité de vie des personnes âgées en France**

ANNEXES

Annexe 1. Avoir des besoins d'audition non-satisfaits (% , OR ajustés)

	Île-de-France (IDF)	Autres régions (HIDF)	p-value (IDF/HIDF)	Ora	p-value	CI95%
Effectifs	1398	7477				
%	8,5	11,7	0,016	0,79	0,126	[0,58 ; 1,07]
Sexe						
Hommes	6,9	15,2	0,000	1,00	--	--
Femmes	9,7	9,1	0,719	0,48	0,000	[0,38 ; 0,61]
<i>p-value</i>	0,211	0,000				
Age						
60-74 ans	5,8	8,4	0,108			
75-84 ans	13,5	15	0,567	1,05	0,000	[1,04 ; 1,06]
85 ans ou plus	15,5	25,6	0,047			
<i>p-value</i>	0,001	0,000				
Catégorie socio-professionnelle						
Agriculteurs	--	16,4		1,58	0,047	[1,01 ; 2,49]
Artisans	14,4	9	0,196	0,97	0,905	[0,62 ; 1,53]
Cadres et professions intellectuelles	5,9	8,9	0,328	1,00	--	--
Professions intermédiaires	5,4	12,2	0,021	1,38	0,150	[0,89 ; 2,14]
Employés	10,9	10	0,717	1,40	0,123	[0,91 ; 2,15]
Ouvriers	9,8	13,9	0,168	1,39	0,101	[0,94 ; 2,07]
Inactifs	10,1	12	0,689	1,38	0,205	[0,84 ; 2,27]
<i>p-value</i>	0,393	0,002				
Limitation globale d'activité						
Forte	16,0	19,0	0,302	2,01	0,000	[1,57 ; 2,56]
Modérée	9,1	13,8	0,057	1,57	0,000	[1,22 ; 2,01]
Aucune	6,0	7,7	0,351	1,00	--	--
<i>p-value</i>	0,030	0,000				
Vit seul						
Oui	11,1	13,6	0,331	1,00	--	--
Non	7,2	10,9	0,014	0,83	0,094	[0,67 ; 1,03]
<i>p-value</i>	0,098	0,017				
Fréquence des visites de la famille et des amis						
Tous les jours	9,4	11,8	0,321	1,00	--	--
Une ou plusieurs fois par semaine	7,0	11,9	0,021	1,07	0,541	[0,86 ; 1,33]
Plusieurs fois par mois	7,9	9,8	0,550	0,92	0,599	[0,67 ; 1,26]
Une fois par mois ou moins	13,1	13,0	0,981	1,12	0,502	[0,81 ; 1,54]
<i>p-value</i>	0,360	0,521				

Lecture : En Île-de-France, 8,5% des Franciliens âgés expriment un besoin d'audition non-satisfait

Champ. 8 875 personnes âgées de 60 ans ou plus résidant en France métropolitaine dont 1398 en Île-de-France

Source. Handicap-Santé-Ménages 2008. Exploitation principale : ORS Île-de-France

**Annexe 2 – Liste des cantons-ville où plus de 47% des 80 ans ou plus vivent seuls
(borne des 47% identifiée sur la figure 3 par la méthode de discrétisation de Jenks)**

Code canton-ville par département	Nom du canton-ville	% de personnes âgées vivant seules parmi les 80 +
75 - PARIS		
75102	PARIS 2 ^e	66,2
75103	PARIS 3 ^e	58,9
75101	PARIS 1 ^{er}	58,6
75117	PARIS 17 ^e	58,6
75104	PARIS 4 ^e	58,0
75111	PARIS 11 ^e	58,0
75105	PARIS 5 ^e	57,5
75109	PARIS 9 ^e	56,9
75110	PARIS 10 ^e	56,2
75118	PARIS 18 ^e	54,7
75115	PARIS 15 ^e	53,9
75112	PARIS 12 ^e	52,9
75114	PARIS 14 ^e	52,3
75119	PARIS 19 ^e	51,5
75116	PARIS 16 ^e	51,2
75113	PARIS 13 ^e	49,9
75108	PARIS 8 ^e	49,7
75120	PARIS 20 ^e	49,6
75107	PARIS 7 ^e	47,8
92 – HAUTS-DE-SEINE		
9233	PUTEAUX	59,2
9219	GARENNE-COLOMBES-(LA)	58,8
9225	MALAKOFF	57,5
9232	PLESSIS-ROBINSON-(LE)	52,8
9289	BOULOGNE-BILLANCOURT	51,8
9295	LEVALLOIS-PERRET	51,4
9298	NEUILLY-SUR-SEINE	50,4
9218	GARCHES	49,2
9240	VILLENEUVE-LA-GARENNE	48,7
9227	MONTROUGE	47,9
9235	ST-CLOUD	47,9
9209	BOURG-LA-REINE	47,1
94 – VAL-DE-MARNE		
9434	ARCUEIL	56,5
9486	ALFORTVILLE	55,3
9422	ST-MANDE	54,8
9498	VINCENNES	54,3
9428	VILLENEUVE-LE-ROI	51,3
9415	JOINVILLE-LE-PONT	50,7
9442	CHEVILLY-LARUE	50,3
9425	THIAIS	50,3
9437	FRESNES	48,9
9419	NOGENT-SUR-MARNE	48,7
9497	ST-MAUR-DES-FOSSES	48,0
9496	MAISONS-ALFORT	48,0
9407	CHARENTON-LE-PONT	48,0
9487	GENTILLY	47,9
9490	CRETEIL	47,2
93- SEINE-SAINT-DENIS		
9323	LILAS-(LES)	55,5
9329	SAINT-DENIS-SUD	55,2
9325	ROMAINVILLE	53,6

Annexe 2 - Suite

Code canton-ville par département	Nom du canton-ville	% de personnes âgées vivant seules parmi les 80 +
93- SEINE-SAINT-DENIS (SUITE)		
9334	VILLEMOMBLE	52,9
9395	DRANCY	52,0
9396	MONTREUIL	50,8
9324	RAINCY-(LE)	50,5
9307	BOBIGNY	49,4
9320	NOISY-LE-SEC	48,9
9399	ST-OUEN	48,8
9398	ST-DENIS	47,8
78 - YVELINES		
7837	VELIZY-VILLACOUBLAY	55,4
7839	ANDRESY	50,8
7830	VESINET-(LE)	50,3
7820	ST-GERMAIN-EN-LAYE-NORD	49,9
7836	ST-CYR-L'ECOLE	48,7
7898	ST-GERMAIN-EN-LAYE	48,4
7812	MANTES-LA-JOLIE	48,2
7824	TRAPPES	48,2
7832	CHESNAY-(LE)	48,0
7809	HOUILLES	47,3
95 – VAL-D'OISE		
9522	SANNOIS	54,5
9510	ERMONT	53,1
9506	DOMONT	52,0
9524	SOISY-SOUS-MONTMORENCY	50,3
9509	ENGHIEN-LES-BAINS	49,6
9503	BEAUMONT-SUR-OISE	49,6
9599	ARGENTEUIL	48,7
9508	ECOUEN	48,1
9511	FRANCONVILLE	48,1
91 - ESSONNE		
9143	ULIS-(LES)	53,9
9141	JUVISY-SUR-ORGE	52,9
9133	ST-MICHEL-SUR-ORGE	50,3
9106	CORBEIL-ESSONNES-OUEST	50,0
9123	RIS-ORANGIS	48,2
9196	CORBEIL-ESSONNES	48,1
9127	VIRY-CHATILLON	48,0
77 – SEINE-ET-MARNE		
7799	MELUN	53,8
7719	MELUN-SUD	52,4
7736	VAIRES-SUR-MARNE	52,1
7707	COULOMMIERS	48,3
7714	LAGNY-SUR-MARNE	48,0

Annexe 3 . Liste des cantons-ville où plus de 37% des 80 ans ou plus sont locataires (dernière catégorie de la figure 6, méthode de discrétisation géométrique)

Code canton-ville par département	Nom du canton-ville	% de locataires parmi les 80 +
93 - SEINE-SAINT-DENIS		
9329	SAINT-DENIS-SUD	57,6
9399	ST-OUEN	56,8
9398	ST-DENIS	53,5
9392	AUBERVILLIERS	50,3
9323	LILAS-(LES)	48,4
9332	STAINS	47,8
9310	COURNEUVE-(LA)	45,6
9397	PANTIN	44,0
9307	BOBIGNY	43,3
9305	BAGNOLET	38,9
9396	MONTREUIL	38,7
9320	NOISY-LE-SEC	38,3
78 - YVELINES		
7824	TRAPPES	56,5
7820	ST-GERMAIN-EN-LAYE-NORD	42,6
7812	MANTES-LA-JOLIE	37,6
94 – VAL-DE-MARNE		
9486	ALFORTVILLE	55,3
9420	ORLY	52,2
9434	ARCUEIL	48,0
9487	GENTILLY	46,0
9495	IVRY-SUR-SEINE	43,3
9490	CRETEIL	39,2
91 - ESSONNE		
9143	ULIS-(LES)	54,3
92 – HAUTS-DE-SEINE		
9286	GENNEVILLIERS	53,2
9240	VILLENEUVE-LA-GARENNE	52,5
9204	BAGNEUX	51,4
9232	PLESSIS-ROBINSON-(LE)	51,4
9225	MALAKOFF	50,0
9233	PUTEAUX	49,6
9291	CLICHY	46,4
9238	SURESNES	44,8
9295	LEVALLOIS-PERRET	41,1
9297	NANTERRE	40,5
75 - PARIS		
75113	PARIS 13 ^e	49,9
75120	PARIS 20 ^e	47,9
75119	PARIS 19 ^e	46,2
75101	PARIS 1 ^{er}	43,6
75114	PARIS 14 ^e	42,1

Annexe 3 - Suite

Code canton-ville par département	Nom du canton-ville	% de locataires parmi les 80 +
75 – PARIS (SUITE)		
75118	PARIS 18 ^e	41,5
75112	PARIS 12 ^e	40,7
75102	PARIS 2 ^e	39,3
75117	PARIS 17 ^e	39,0
75110	PARIS 10 ^e	38,8
75111	PARIS 11 ^e	38,7
95 – VAL-D'OISE		
9598	SARCELLES	49,8
9597	GARGES-LES-GONESSE	46,9
77 – SEINE-ET-MARNE		
7798	MEAUX	37,9

Annexe 4. Liste des cantons-ville où plus de 60% des 80 ans ou plus vivant en appartement ne dispose pas d'un ascenseur (borne des 60% identifiée sur la figure 10 par la méthode de discrétisation de Jenks)

Code canton-ville par département	Nom du canton-ville	% de sans ascenseur parmi les 80 + vivant en immeuble
77 – SEINE-ET-MARNE		
7701	BRAY-SUR-SEINE	100,0
7703	CHAPELLE-LA-REINE-(LA)	100,0
7704	CHATEAU-LONDON	100,0
7709	DAMMARTIN-EN-GOELE	100,0
7727	ROZAY-EN-BRIE	100,0
7728	TOURNAN-EN-BRIE	100,0
7737	MITRY-MORY	96,7
7707	COULOMMIERS	89,0
7723	NANGIS	88,2
7711	FERTE-GAUCHER-(LA)	84,6
7724	NEMOURS	83,6
7721	MORET-SUR-LOING	81,8
7715	LIZY-SUR-OURCQ	79,0
7708	CRECY-LA-CHAPELLE	75,9
7734	SAVIGNY-LE-TEMPLE	75,2
7740	PONTAULT-COMBAULT	72,7
7719	MELUN-SUD	71,4
7741	COMBS-LA-VILLE	67,7
7706	CLAYE-SOUILLY	66,7
7725	PROVINS	66,5
7720	MONTEREAU-FAULT-YONNE	66,2
7714	LAGNY-SUR-MARNE	63,3
91 - ESSONNE		
9106	CORBEIL-ESSONNES-OUEST	100,0
9111	FERTE-ALAIS-(LA)	100,0
9124	ST-CHERON	100,0
9120	MONTLHERY	97,4
9109	ETRECHY	95,5
9117	MEREVILLE	91,3
9139	EVRY-NORD	90,2
9108	ETAMPES	86,5
9125	STE-GENEVIEVE-DES-BOIS	84,1
9107	DOURDAN	81,5
9130	GIF-SUR-YVETTE	80,9
9102	ATHIS-MONS	77,1
9122	PALaiseau	70,3
9131	MORSANG-SUR-ORGE	69,1
9101	ARPAJON	68,7
9134	VIGNEUX-SUR-SEINE	67,7
9110	EVRY-SUD	60,6
95 – VAL-D'OISE		
9517	MARINES	100,0
9503	BEAUMONT-SUR-OISE	88,8
9515	LUZARCHES	87,0
9526	VIARMES	85,5

Annexe 4 - Suite

Code canton-ville par département	Nom du canton-ville	% de sans ascenseur parmi les 80 + vivant en immeuble
95 – VAL-D'OISE (SUITE)		
9539	L'HAUTIL	82,0
9531	HERBLAY	77,9
9508	ECOUEN	76,9
9530	GOUSSAINVILLE	73,1
9513	GONESSE	72,0
9535	VILLIERS-LE-BEL	71,4
9514	ISLE-ADAM-(L')	70,1
9510	ERMONT	63,4
9528	BEAUCHAMP	62,4
9598	SARCELLES	61,4
78 - YVELINES		
7808	HOUDAN	95,5
7816	POISSY-NORD	94,6
7801	AUBERGENVILLE	89,4
7802	BONNIERES-SUR-SEINE	85,8
7815	MONTFORT-L'AMAURY	81,2
7807	GUERVILLE	80,0
7806	CONFLANS-STE-HONORINE	75,7
7819	ST-ARNOULT-EN-YVELINES	74,2
7833	MANTES-LA-VILLE	73,6
7805	CHEVREUSE	71,5
7825	TRIEL-SUR-SEINE	68,9
7810	LIMAY	67,1
7839	ANDRESY	64,7
7814	MEULAN	63,2
7824	TRAPPES	61,6
7823	SARTROUVILLE	61,5
7821	ST-GERMAIN-EN-LAYE-SUD	60,5
7803	CELLE-ST-CLOUD-(LA)	60,2
93 - SEINE-SAINT-DENIS		
9315	MONTFERMEIL	92,3
9306	BLANC-MESNIL-(LE)	73,0
9332	STAINS	71,4
9309	BOURGET-(LE)	66,8
94 – VAL-DE-MARNE		
9428	VILLENEUVE-LE-ROI	87,4
9488	VILLENEUVE-ST-GEORGES	86,2
9447	VALENTON	77,0
9426	VILLECRESNES	72,8
9442	CHEVILLY-LARUE	65,0
9434	ARCUEIL	62,1
9420	ORLY	61,7

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ADL	Activity of daily living <i>ou</i> Activités de la vie quotidienne
ANAH	Agence nationale de l'habitat
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
CESE	Conseil économique, social et environnemental
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
DCLG	Department for communities and local government <i>ou</i> Ministère des autorités et collectivités locales
DFG	Disabled Facilities Grant <i>ou</i> Subventions d'aménagement pour personnes handicapées
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHLEIS	European health and life expectancy information system
ENABLE-AGE	Enabling autonomy, participation, and well-being in old age : the home environment as a determinant for healthy ageing (projet européen)
IADL	Instrumental activities of daily living <i>ou</i> Activités instrumentales de la vie quotidienne
IAU	Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région Île-de-France
INED	Institut national des études démographiques
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
MSA	Mutualité sociale agricole
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ORS	Observatoire régional de santé
PLH	Programme local de l'habitat
PUCA	Plan urbanisme construction architecture
SOLIHA	Solidaires pour l'habitat

BIBLIOGRAPHIE

Adveev A, Eremenko T, Festy P, Gaymu J, Le Bouteillec N, Springer S. (2011) Populations et tendances démographiques des pays européens (1980-2010), Population 2011/1 (Vol. 66), p.9-133 DOI 10.3917/popu.1101.0009

American association of Retired Persons (AARP). (2000). Fixing to stay. <http://www.aarp.org/publications>.

Arai H et al. (2012). Toward the realization of a better aged society : messages from gerontology and geriatrics. Geriatrics and gerontology international 12(1) : 16-22

Arnold C et Lelièvre M (2015). Niveau de vie et pauvreté des personnes âgées de 1996 à 2012 in Pauvreté et vieillissement : le choix complexe des critères d'évaluation, Coord. J. Ogg. 2015/1 (N°70) – pp200.

Arnold C et Barthélémy N. (2014). Les allocataires du minimum vieillesse : parcours et conditions de vie. Etudes et résultats n°863.

Aquino J-P (2015). Plan national d'Action de prévention de la perte d'autonomie, Comité « Avancée en âge », remis à Laurence Rossignol, Secrétaire d'Etat chargée de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et de l'autonomie. Septembre 2015. pp 204

Aquino J-P, Gohet P et Mounier C. (2013). Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société, Comité « Avancée en âge, prévention et qualité de vie ». Mars 2013 pp 132

Agence d'urbanisme de Lyon. (2012). Livre blanc : renouveler l'ingénierie territoriale du vieillissement, recommandations concertées à l'échelle de l'aire urbaine de Lyon, 86 p.

Agence d'urbanisme de Lyon. (2007). Les potentiels d'urbanisation autour des gares des rives du Rhône, rapport d'études, 77p.

ANAH et CNAV. (2013). Adaptation des logements pour l'autonomie des personnes âgées. Rapport de l'Agence nationale de l'habitat (Anah) et de la Caisse nationale de l'assurance vieillesse (Cnav). Décembre 2013.

Bellamy V et Beaumel C. (2016). Le nombre de décès au plus haut depuis l'après-guerre. Insee Première n°1581 – Janvier 2016.

Bérardier M. (2012). Vieillir chez soi : usages et besoins des aides techniques et des aménagements du logement. Drees. Etudes et résultats n°823.

Berry BE, Ignash S. (2003). Assistive technology : providing independence for individuals with disabilities. Rehabilitation nursing : the official journal of the association of rehabilitation nurses. 28(1) : 6-14

Berry Y., Lasbeur L., Thelot B. (2011), "mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2008", Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°29-30, InVS, juillet.

Black D, Morris JN, Smith C., Townsend P., Whitehead M. (1980). Inequalities in Health: The Black report and the health divide. Penguin, London.

Bonnet C, Gobillon L, Laferrère A. (2007). Un changement de logement suite au décès du conjoint ? Gérontologie et société, 2 (121) : 195-210.

Bonnet C, Hourriez J-M. (2008). Quelle variation du niveau de vie suite au décès du conjoint ? Retraites et sociétés 4(56) : 105-137

Boulmier M (2009). L'adaptation de l'habitat au défi de l'évolution démographique : un chantier d'avenir. Rapport remis à Benoist Apparu, Secrétaire d'Etat au Logement et à l'Urbanisme, le 7 octobre 2009.

Boulmier M (2010). Bien vieillir à domicile : enjeux d'habitats, enjeux de territoires. Rapport remis à Monsieur Benoist APPARU, Secrétaire d'Etat au Logement et à l'Urbanisme, le 2 juin 2010.

Bond J et al (2006), Self-rated Health Status as a predictor of death, Functional and cognitive Impairments : A Longitudinal cohort study », European Journal of Ageing, Vol 3, pp 193-206

Boverket, (2000) Handbook on housing adaptation grants. Kalskrona, Sweden : 2nd Edition C.E. Fritzes and Boverket ; Fänge et Iwarsson, 2006

Broussy L. (2013). L'adaptation de la société au vieillissement de sa population. France : ANNEE ZERO ! Rapport à Mme Michèle Delaunay, ministre déléguée aux personnes âgées et à l'Autonomie, dans le cadre de la mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population. Janvier 2013

de Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov A (1996). Health interview surveys : Towards international harmonization of methods and instruments. WHO Regional Publications European Series n°58.

Bryant MS, Rintala DH, Graham JE, Hou J-G, Protas EJ (2014). Determinants of use of a walking device in persons with parkinson's disease. Arch Phy Med Rehabil; 95 (10)

Büla CJ, Bérod AC, Stuck AE, Alessi CA, Aronow HU, Santos-Egginmann B, Rubenstein LZ, Beck JC. (1999). Effectiveness of preventive in-home geriatric assessment in well functioning, community-dwelling older people : secondary analysis of a randomized trial. Journal of the American Geriatrics Society. 47(4):389-95

Cambois E, Laborde C, Romieu I, Robine J-M (2011). Occupational inequalities in health expectancies in France in the early 2000s : Unequal chances of reaching and living retirement in good health. Demographic Research, Vol25, art. 12:407-436

Cambois E, Laborde C, Robine J-M (2008). La double peine des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. Population et Sociétés : 441.

Cambois E, Lièvre A (2004). Risques de perte d'autonomie et chances de récupération chez les personnes âgées de 55 ans ou plus : une évaluation à partir de l'enquête Handicaps, incapacités, dépendance. Etudes et Résultats : 349.

Cambois E, Robine J-M (2003). Vieillesse et restrictions d'activité : l'enjeu de la compensation des problèmes fonctionnels. Etudes et Résultats : 261.

Cardon Ph. (2009). « Manger » en vieillissant pose-t-il problème ? Veuvage et transformations de l'alimentation de personnes âgées. Lien social et politiques. 62 : 85-95.

Chapon P-M, Brillaud B, Renard F (2010). Urbanisme et personnes âgées, études foncières, n°147, septembre-octobre, p.3

Chapon P-M, Codaccioni M, Renard F (2013). Vieillir en ville : enjeux et stratégies, Etudes foncières n°164, juillet-août 2013.

Chapon PM, Renard F (2009). Prise en compte du vieillissement dans les documents d'urbanisme et de planification, études foncières, n°141, septembre-octobre, pp18-20

- Chapon P-M, Renard F, Rosales-Montano S. (2012). Du territoire de vie au territoire décisionnel : enjeux d'acteurs, enjeux d'échelles et d'organisation in Viriot-Durandal JP,
- Christel V (2006). Trajectoires résidentielles des personnes âgées. Données sociales-La société française. 525-529
- Clément S, Rolland C, Thoer-Fabre C (2007). Usages, normes et autonomie : analyse critique de la bibliographie concernant le vieillissement de la population, Paris, Puca, Ministère des Transports, de l'Équipement du Tourisme et de la Mer.
- Collombet C. (2011). L'adaptation du parc de logements au vieillissement et à la dépendance. Centre d'analyse stratégique. La note d'analyse. n°245
- Collombet C, Gimbert V. (2013). Vieillissement et espace urbain. Comment la ville peut-elle accompagner le vieillissement en bonne santé des aînés ? Centre d'analyse stratégique. La note d'analyse. n°323
- Connell, B. R., Sanford, J. A., Long, R. G., Archea, C. K., & Turner, C. S. (1993). Home modifications and performance of routine household activities by individuals with varying levels of mobility impairments. *Technology and Disability*, 2, 9– 18.
- Coyula M. (2010). Havana : aging in a aging city. MEDICC Review 12(4) :27-9
- Cumming RG, Thomas M, Szonyi G, Salkeld G, O'Neill E, Westbury C et al (1999). Home visits by an occupational therapist for assessment and modification of environmental hazards: A randomized trial of falls prevention. *Journal of the American geriatrics society*, 47, 1397-1402
- DCLG (Department for communities and local government) (2008). A national strategy for housing in an ageing society.2008; 176p.
- Debout C. (2010). Caractéristiques sociodémographiques et ressources des bénéficiaires et nouveaux bénéficiaires de l'APA – premiers résultats des données individuelles APA 2006-2007. Etudes et résultats n°730.
- Demers L, Fuhrer MJ, Jutai J, Lenker J, Depa M, De Ruyter F. (2009). A conceptual framework of outcomes for caregivers of assistive technology users. *Am J Phys Med Rehabil* ; 88(8) :645-55
- Désesquelles A, Brouard N. (2003). Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution. *Population* n°2 : 201-27
- DeSalvo K B et al. (2005). Predicting mortality and Healthcare utilization with a single question », *Health services Research*, Vol. 40, pp.1234-1246
- Desrosières A, Thévenot L (2002). Les catégories socio-professionnelles. Paris : La Découverte.
- DREES (2015). L'état de santé de la population en France, Collection études et statistiques.pp 324
- Driant J.-C. (2007). La mobilité des personnes âgées dans le marché du logement, une approche dynamique à l'aide de l'enquête logement de 2002. Dans Bonvalet C, Drosso F, Benguigui F, Huynh M. 2007. Vieillissement de la population et logement. Les stratégies résidentielles et patrimoniales. La Documentation française, pp 247-266
- Drieux S. (2011). Projections de population dépendante à l'horizon 2030 en Île-de-France. Île-de-France à la page n°377

Dudgeon BJ, Hoffman JM, Ciol MA, Shumway-Cook A, Yorston KM, Chan L. (2008). Managing activity difficulties at home : a survey of Medicare beneficiaries. Archives of physical medicine and rehabilitation. 89(7):1256-61

Edwards P, Tsouros A. Promoting physical activity and active living in urban environments: the role of local governments. Madrid: World Health Organization, 2006.

Embersin-Kyprianou C, Chatignoux E (2012). Conditions de vie et santé des personnes handicapées en Île-de-France. Exploitation régionale de l'enquête Handicap-Santé Ménages (HSM) 2008, Rapport de l'Observatoire régional de santé Île-de-France, 142 p.

ENA (2005). Groupe n°14 : Le logement pour personnes âgées » Promotion 2004-2006 « Simone VEIL ».

Espagnacq M. (2012). Personnes ayant des limitations fonctionnelles physiques, panorama des aides et aménagements du logement. Dossiers Solidarité et santé. N°27.

Fänge A, Ivanoff SD. (2009). The home is the hub of health in very old age: Findings from the ENABLE-AGE project. Arch Gerontol Geriatr; 48(3) : 340-5

Fänge A, Iwarsson S. (2005). Changes in accessibility and usability in housing : an exploration of the housing adaptation process. Occupational therapy international. 12(1):44-59

Fänge A, Iwarsson S. (2003). Accesiblity and usability in housing : construct validity and implications for research and practice. Disability and Rehabilitation. 25(23):1316-25

Ferraro KF, Farmer MM, Wybraniec JA. (1997).Health trajectories: long-term dynamics among black and white adults. J Health Soc Behav. 38(1):38-54

Fox PL. (1995). Environmental modifications in the homes of elderly Canadians with disabilities. Disability and Rehabilitation. 17(1) :43-9

Frain J.-P., Carr P.-H. (1996). Is the typical modern house designed for future adaptation for disabled older people ? Age Ageing. 25(5):398-401.

Franco A. (2010). Vivre chez soi : Autonomie, inclusion et projet de vie. Rapport de la mission « Vivre chez soi » présenté à Madame Nora BERRA, Secrétaire d'Etat en charge des aînés.

Freedman VA, Agree EM, Martin LG, Corman JC. (2006). Trends in the use of assistive technology and personal care for late-life disability, 1992-2001. Gerontologist 46(1):124-7

Gaymu J et l'équipe FELICIE. (2008). Comment les personnes dépendantes seront-elles entourées en 2030 ? Projections européennes. Population et sociétés, n°444.

Gitlin LN, Corcoran M, Winter L, Boyce A, Hauck WW (2001). A randomized, controlled trial of a home environmental intervention: effect on efficacy and upset in caregivers and on daily function of persons with dementia. Gerontologist; 41(1):4-14

Gitlin LN, Miller KS & Boyce A (1999). Bathroom modifications for frail elderly renters: Outcome of a community-based program. *Technology and disability*, 10,141-149

Godot C. et Gimbert V (coord.) . (2010). Vivre ensemble plus longtemps. Enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la société française. La documentation française, Rapports et documents, n°28, Centre d'analyse stratégique

Haak M, Fänge A, Iwarsson S, Dahlin Ivanoff S (2007). Home as a signification of independence and autonomy: experiences among very old Swedish people. Scand J Occup Ther; 14(1):16-24

Haut comité pour le logement des personnes défavorisées, habitat et vieillissement : vivre chez soi, mais vivre parmi les autres, 17^e rapport, octobre 2012

He S, Craig BA, Xu H, Covinsky KE, Stallard E, III JT, Sands LP (2015). Unmet need for ADL assistance is associated with mortality among older adults with mild disability. *The Gerontological society of America*; 70(9):1128-1132

Hénaff-Pineau PiA-Caroline, 2009. Vieillesse et pratiques sportives : entre modération et intensification. *Lien social et politique*, n°62, p.71-83.

Herviant Julie. (2011). Le rythme des départs d'Île-de-France reste constant pour les plus de 60 ans. *Île-de-France à la page*, n°367 – Août 2011

Hoenig H, Taylor DH, Sloan FA (2003). Does assistive technology substitute for personal assistance among the disabled elderly? *Am J Public Health*; 93(2):330-337

Host S., Grange D., Mettetal L, Dubois U. Précarité énergétique et santé : état des connaissances et situation en Île-de-France. Paris : Observatoire régional de santé Île-de-France, 2014. 20 p.

Host S, Grange D, Mettetal L, Dubois U (2014). Précarité énergétique et santé : état des connaissances et situation en Île-de-France. Paris : Observatoire régional de santé Île-de-France, 20p.

Hunter RH, Sykes K, Lowman SG, Duncan R, Satariano WA, Belza B. (2011). Environmental and policy change to support healthy aging. *Journal of aging and social policy*. 23(4):354-71

Hwang E, Cummings L, Sixsmith A, Sixsmith J. (2011). Impacts of home modification on aging-in-place, *Journal of housing for the Elderly*, 25:246-257

Hwang E et Ziebarth A (2006). Impacts of residential environments on housing satisfaction among Korean American elders. *Housing and society*: 33(2)

Institut d'Aménagement et d'Urbanisme (IAU) Île-de-France (2013). Atlas des Franciliens.

Idler EL, Benyamini Y. (1997). Self-rated health and mortality : a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*, 1997 Mar;38(1):21-37

Idler EL, Kasl SV. (1995). Self-ratings of health : do they also predict change in functional ability? *J Gerontol B Psychol Soc Sci*. 50(6):S344-53

Idler, E (1992). Self-assessed health and mortality : a review of studies. *International review health psychology*. 1,33-54.

Iwarsson S, Horstmann V, Slaug B (2007). Housing matters in very old age-yet differently due to ADL dependence level differences. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14(1), 3-15

Iwarsson S et Isacson (1997). Quality of life in the elderly population: an example exploring interrelationships among subjective well-being, ADL dependence, and housing accessibility. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 26(1997) 71-83

Jagger C, Gillies C, Cambois E, Van oyen H, Nusselder W, Robine JM, EHLEIS Team. (2010). The global activity limitation index measured function and disability similarly across European countries. *Journal of clinical epidemiology*. 63(8):829-899

Johansson K, Lilja M, Petersson I, Borell L (2007). Performance of daily living in a sample of applicants for home modifications services. *Scand J Occup Ther*; 14(1):44-53

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 185(12):914-9

Kerjosse R et Weber A. (2003). Aides techniques et aménagements du logement : usages et besoins des personnes âgées vivant à domicile, Etudes et résultats, n°262, Drees, septembre.

Kylen M, Ekström H, Haak M, Elmstahl S, Iwarsson S (2014). Home and health in the third age – methodological background and descriptive findings. *Int J Environ Res Public Health*; 11(7):7060-80

Kylberg M, Löfqvist C, Horstmann V & Iwarsson S (2013) The use of assistive devices and change in use during the ageing process among very old Swedish people, *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 8:1, 58-66, DOI: 10.3109/17483107.2012.699585

Laaidi K et al. (2009). Vagues de froid et santé en France métropolitaine. Impact, prévention, opportunité d'un système d'alerte. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, 50 p.

Laaksonen M, Tarkiainen L, Martikainen P (2009). Housing wealth and mortality: a register linkage study of the Finnish population; 69(5):754-60

Laborde C et Embersin-Kyprianou C. (2014). Composer la ville avec le vieillissement et le handicap in IAU Île-de-France et ORS Île-de-France, *Les Cahiers : Territoires, incubateurs de santé ?* n°170/171 – septembre 2014 p59-61

Laborde C. (2013). Etat fonctionnel des personnes âgées vivant à domicile en Île-de-France. Prévalences et inégalités face à la perte d'autonomie en Île-de-France. Paris : Observatoire régional de santé Île-de-France (ORS), 2013, 91 p.

Labrador J, Couleaud N, Trigano L. (2015). Les conditions de logement en Île-de-France en 2013. Insee Analyses Île-de-France n°17 – Avril 2015

Lawton M. P., Nahenow L. Ecology and the ageing process. In : Eidorfer C., Lawton M. P., dir. *The Psychology of Adult Development and Aging*. Washington : American Psychological Association, 1973.

Lecroart A, Froment O, Marbot C, Roy D. (2013). Projections des personnes âgées dépendantes : deux méthodes d'estimation. Dossier solidarité et santé, n°43.

Lien LL, Stegell CD, Iwarsson S. (2015). Adaptive strategies and person-environment fit among functionally limited older adults aging in place: a mixed methods approach. *Int J Environ Res Public Health*; 12(9):11954-74

Lui CH, Everingham JA, Warburton J, Cuthill M, Bartlett H (2009). What makes a community age-friendly: a review of international literature. *American Journal on Ageing*; 28:3:126-121

MacCullagh MC. (2006). Home modification. *Am J Nurs*; 106(10):54-63

Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE, European Union Working Group on Socioeconomic inequalities in Health. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*. 2008 Jun 5 ;358(23):2468-81

Malvergne E. (2011). L'habitat des personnes âgées modestes. L'engagement et l'impact de la fédération des PACT et l'évolution des politiques publiques. *Gérontologie et société*. 2011, (136): 47-60.

- Mann WC, Ottenbacher KJ, Fraas L, Tomita M, Granger CV (1999). Effectiveness of assistive technology and environmental interventions in maintaining independence and reducing home care costs for the frail elderly: A randomized controlled trial. *Archives of Family Medicine*, 8, 210-217.
- Marmot, review team (2011). The Health Impacts of Cold Homes and Fuel Poverty. Friends of the Earth ; 2011.42p.
- Menec VH et Nowicki S. (2014). Examining the relationship between communities « age-friendliness » and life satisfaction and self-perceived health in rural Manitoba, Canada. *Rural and remote health*. 14(1):2594
- Menec VH, Means R, Keating N, Parkhurst G, Eales J. (2011). Conceptualizing age-friendly communities. *Canadian journal of aging*. 30(3) : 479-93.
- Mettetal L, Bouleau M (2015). Vulnérabilité énergétique : les pavillonnaires modestes sous tension. Note rapide Société n°678
- Mitoku K, Shimanouchi S. (2014). Home modification and prevention of frailty progression in older adults : a Japanese prospective cohort study. *J Gerontol Nurs* ; 40 (8) :40-7
- Morel A et Veber O (2011). Société et vieillissement, Rapport du groupe n°1, IGAS, juin 2011
- Mortenson WB, Demers L, Fuhrer MJ, Jutai JW, Lenker J, DeRuyter F (2012). How assistive technology use by individuals with disabilities impacts their caregivers : a systematic review of the research evidence. *American Journal of physical Medicine & Rehabilitation*; 91(11): 984-998
- Nicolson A, Moir L, Millsteed J (2012). Impact of assistive technology on family caregivers of children with physical disabilities: a systematic review. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*; 7(5)
- Nygren C, Oswald F, Iwarsson S, Fänge A, Sixsmith J, Schilling O, Sixsmith A, Széman Z, Tomsone S, Wahl HW. (2007). Relationships between objective and perceived housing in very old age. *Gerontologist*. 47(1):85-95
- OCDE (2015), Panorama de la santé 2015 : Les indicateurs de l'OCDE, Editions OCDE, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-fr
- Ogg J, Renaut S, Hillcoat-Nalletamby S, Bonvalet C. (2012). Vivre chez soi, Comparaison franco-britannique des adaptations de l'habitat et du logement. Les Cahiers de la CNAV, n°5
- Ogg J, Renaut S, Hillcoat-Nalletamby S, Bonvalet C. (2010a). Vivre chez soi : Comparaison franco-britannique des adaptations de l'habitat et du logement. Les cahiers de la CNAV, 2012/5
- Ogg J, Renaut S, Hillcoat-Nalletamby S, Bonvalet C. (2010b). L'articulation des politiques publiques du vieillissement et du logement en France et au Royaume-Uni. Espace populations sociétés, 2010/1
- Ogg J et Renaut S, (2010). Vieillir chez soi : quels enjeux pour l'avenir ?, Cadrage n°11, Etudes, recherches et statistiques de la Cnav, juin.
- ORS La Réunion, (2006). Aides techniques et aménagement du logement : usages et besoins des personnes âgées vivant à domicile.
- Oswald F, Jopp D, Rott C, Wahl HW (2011). Is aging in place a resource for or risk to life satisfaction? *Gerontologist*;21(2):238-50

Oswald F, Wahl HW, Schilling O, Nygren C, Fänge A, Sixsmith A, Sixsmith J, Széman Z, Tomsone S, Iwarsson S. (2007). Relationships between housing and healthy aging in very old age. *Gerontologist*; 47(1):96-107

Oswald F et Wahl HW (2004). Housing and health in later life. *Rev Environnement health*; 19(3-4):223-52

Peretti-Watel P, Constance J, Seror V, Beck F (2009). Cigarettes and social inequalities in France: is tobacco use increasingly concentrated among the poor? *Addiction*, 2009, Oct; 104(10):1718-28

Petersson I, Kottorp A, Bergström J, Lilja M (2009). Longitudinal changes in everyday life after home modifications for people aging with disabilities. *Scand J Occup Ther*; 16(2):78-87

Petersson I, Lilja M, Hammel J, Kottorp A (2008). Impact of home modification services on ability in everyday life for people ageing with disabilities. *J Rehabil Med*. 2008; 40(4):253-60

Pettersson C, Löfqvist C, Fänge AM (2012). Client's experiences of housing adaptations: a longitudinal mixed-methods study. *Disabil Rehabil*; 34(20):1706-15

Pihet C, Chapon PM, les défis territoriaux face au vieillissement, Paris, La Documentation française, pp.91-106

Plouffe L, Kalache A. (2010). Towards global age-friendly cities: determining urban features that promote active aging. *Journal of urban health*. 87(5) : 733-9

Pollack CE, von dem Knesebeck O, Siegrist J (2004). Housing and health in germany. *J Epidemiol community health*;58(3):216-22

Polluste K, Kallikorm R, Mättik E, Lember M (2012). Assistive devices, home adjustments and external help in rheumatoid arthritis. *Disability & Rehabilitation*; 34(10): 839-45

Popham F, Williamson L, Whitley E. (2015). Is changing status through housing tenure associated with changes in mental health? Results from the British Household panel survey. *J epidemiol community Health*; 69(1):6-11

Pynoss J, Liebig PS (Eds) (1995). Housing frail elders: International policies perspectives and prospects. Baltimore: Johns Hopkins University Press

Renaut S, Ogg J, Petite S, Chamahian A, Vermeersch S. (2012). L'aménagement du logement, son accessibilité et les aides techniques. Usages et besoins, connaissances et dispositifs dans l'enquête Handicap-Santé, version révisée du rapport final, Drees-More/Cnsa, juin

Robine J-M. La situation démographique de la France: état des lieux et perspectives. In: Le Bourg E. Retraites, démographie, santé... Vieillir en France aujourd'hui et demain. Vuibert; 2010; 23-48.

Rubin MR, White-Means SI (2001). Race, disability and assistive devices: sociodemographics or discrimination. *Int J Soc Econ* ;28: 927-941.

Rubinstein RL, De Medeiros K. Ecology and the ageing self. In Wahl H-W, Scheidt RJ, Windley PG, editors. Ageing in context: Socio-physical environments (Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 2003. New York: Springer Verlag; 2004. P59-84.

Salavecz G, Chandola T, Pikhart H, Dragano N, Siegrist J, Jockel KH, Erbel R, Pajak A, Malyutina S, Kubinova R, Marmot M, Bobak M and Kopp M (2010). Work stress and health in Western European and post-communist countries: An East-West comparison study.

Journal of Epidemiology and Community Health 64(1):57-62.
doi:10.1136/jech.2008.075978

Salembier L (2009). Projections de population dépendante à l'horizon 2020 en Île-de-France : 23 600 personnes âgées potentiellement dépendantes supplémentaires d'ici 2020. Insee Île-de-France 2009 Regards sur...la dépendance des personnes âgées en Île-de-France.

Sieurin A, Cambois E, Robine J-M (2011). Les espérances de vie sans incapacité en France. Documents de travail 170, 30 pages

Sixsmith J, Sixsmith A, Fänge AM, Naumann D, Kucsera C, Tomsone S, haak M, Dahlin-Ivanoff S, Woolrych R (2014). Healthy ageing and home: the perspectives of very old people in five European countries. *Soc sci Med*; 106C:1-9

Sixsmith A & Sixsmith J (2008). Ageing in place in the United Kingdom. *Ageing Int*; 32:219-235

Soullier N, 2011. L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile », Etudes et résultats, n°771, DREES, Août

Tak E, Kuiper R, Chorus A, Hopman-Rock M. (2013). Prevention of onset and progression of basic ADL disability by physical activity in community dwelling older adults : a meta-analysis. *Ageing research reviews*. 12(1) : 329-38.

Tanner B, Tilse C, de Jonge D (2008). Restoring and sustaining home: the impact of home modifications on the meaning home of older people. *Journal of housing for the elderly*. 22(3).

Thordardottir B, Chiatti C, Ekstam L, Fänge AM (2015). Heterogeneity of characteristics among housing adaptation clients in sweden – relationship to participation and self-rated health. *International journal of environmental research and public health*; 13(91)

Tomsone S, Hosrtnann V, Oswald F, Iwarsson S (2013). Aspects of housing and perceived health among ADL independent and ADL dependent groups of older people in three national samples. *Aging Clin Exp Rest*; 25(3):317-28

Tubeuf S, Jusot F, Devaux M, Semet C. (2008). Social heterogeneity in self-reported health status and measurement of inequalities in health, IRDES, DT n°12

Veehof M M, Taal E, Rasker J J, Lohmann J & van de Laar M. A. F. J. (2006) What determines the possession of assistive devices among patients with rheumatic diseases? The influence of the country-related health care system, *Disability and Rehabilitation*, 28:4, 205-211, DOI: 10.1080/09638280500305064

Verbrugge LM, Rennert C, and Madans JH (1997). The great efficacy of personal and equipment assistance in reducing disability. *American Journal of Public Health* 87(3):384-392 doi:10.2105/AJPH.87.3.384.

Weber A (2011). « Regards sur les conditions d'entrée en établissement pour personnes âgées », La vie en établissement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches, *Dossier Solidarité et Santé*, DREES, n°18, février.



Observatoire régional de santé Île-de-France

43, rue Beaubourg - 75003 PARIS - Tél. (33) 01 77 49 78 60 - www.ors-idf.org

Directrice de la publication : Dr. Nathalie Sénécal

L'ORS Île-de-France, département autonome de l'IAU Île-de-France, est un observatoire scientifique indépendant financé par l'Agence régionale de santé et le Conseil régional d'Île-de-France.

ISBN 978-2-7371-1903-3