

... Chapitre 7

Face au vieillissement et au handicap, changer de logement ou l'adapter ?

Sylvie RENAUT,
Caisse nationale d'assurance vieillesse,
Direction des recherches sur le vieillissement

Face au vieillissement et au handicap, quels sont les choix résidentiels qui s'offrent à la population ? Issues des enquêtes Handicaps Incapacités Dépendance menées par l'INSEE entre 1998 et 2001, les données rappellent que le lieu de vie reste essentiellement celui du domicile ordinaire, y compris pour les personnes très âgées. Les décisions de déménager ou d'adapter son logement pour des raisons liées à l'état de santé, demeurent très minoritaires. Elles apparaissent prédéterminées par la nature du logement occupé, principalement une maison individuelle, propriété du ménage résident. Après 65 ans, on observe que la proportion des personnes vivant en appartement et locataires de leur logement augmente progressivement. Le suivi longitudinal confirme l'importance des restrictions d'activités dans la vie quotidienne pour les personnes qui ont changé de domicile. De la même façon que les décisions d'entrer en établissement sont influencées par l'environnement dans lequel évoluent les personnes, en particulier la configuration familiale, cette dimension doit aider à la compréhension des stratégies de mobilité résidentielle.

Introduction

À la suite des gains extraordinaires d'espérance de vie, principalement depuis la deuxième moitié du XX^e siècle, la question du vieillissement est devenue une préoccupation des nations occidentales. On vieillit mieux plus longtemps ; néanmoins, le corollaire de ce progrès est l'augmentation du nombre de personnes très âgées et handicapées. Or, le logement est une composante essentielle de la qualité de vie, une dimension particulièrement importante lorsque les restrictions d'activités conduisent à repenser l'environnement quotidien. Les comportements de mobilité résidentielle sont souvent analysés à partir du processus d'accumulation patrimoniale aux âges jeunes et intermédiaires et de la consommation en fin de cycle de vie. La modification des conditions économiques du ménage à la suite d'un changement d'activité (chômage, passage à la retraite), la diminution de la taille du ménage (départ des enfants, veuvage, rupture

conjugale) sont des paramètres qui participent à ce type d'analyse mais il semble moins fréquent de tenir compte des effets de l'état de santé.

Face au vieillissement, quels sont le rôle et les conséquences de la santé sur les choix résidentiels ? Changer de logement ou décider de l'adapter parce qu'il devient trop difficile d'y vivre avec un handicap (éloignement des services de proximité, accessibilité restreinte par la présence de marches, etc.), c'est la question que l'on pose. L'observation des comportements individuels en matière de logement et d'habitat permet-elle de repérer des stratégies résidentielles différenciées ? Les déterminants associés aux déménagements ou aux aménagements sont-ils de même nature ? Pour cette analyse, qui intègre également la question du choix du domicile collectif, nous choisissons d'observer les comportements bien avant l'apparition des problèmes de santé, c'est-à-dire dès 50 ans pour mieux saisir les éventuels moments de rupture sur la courbe d'âge. En outre, cela permet d'intégrer d'ores et déjà les générations du *baby-boom* qui, par leur nombre, ont un rôle important à jouer. En effet, compte tenu de leur mode de vie conjugal et familiale, fort éloigné de celui de la génération aînée, on peut s'attendre à des évolutions importantes dans les comportements résidentiels.

Quelles sont les décisions (ou les projets) de déménagement ou d'aménagement du logement qui sont directement liées à l'état de santé ? Les enquêtes HID réalisées par l'INSEE entre 1998 et 2001 abordent ces questions au cours de deux interviews en face-à-face administrées auprès d'une population de tous âges, résidant en ménage ordinaire et en hébergement collectif (encadré 1). L'observation dynamique des conditions de santé et de logement, que permet le volet longitudinal deux ans après la première rencontre, apporte un éclairage complémentaire sur la gestion du logement face au vieillissement et au handicap.

Sur la base de ces données HID, nous retenons les générations nées avant 1950 (11 118 personnes) pour rappeler, en première partie, quels sont les lieux et modes de vie selon l'âge et l'état de santé. La seconde partie est dédiée aux résultats observés en matière de déménagement ou d'aménagement du logement lorsque les individus sont confrontés à des problèmes de santé. En particulier, on cherchera à identifier les déterminants éventuels des changements de logement intervenus entre les deux périodes d'observation, c'est-à-dire entre 1999 et 2001.

Au carrefour des conditions de vie et de santé : se loger après 50 ans

Âge et lieu de vie

À 50 ans, la population vit avant tout en ménage ordinaire, c'est-à-dire dans un domicile privé et cette proportion reste très largement majoritaire tout au long de la vie et même jusqu'au bout de la vie. En effet, si l'ultime fin de la vie survient désormais de plus en plus rarement au domicile privé, il faut toutefois

Encadré 1 - L'enquête INSEE Handicaps, Incapacités, Dépendance (Mormiche, 2003)

Objectif : mesurer les conséquences des maladies sur la vie et l'activité des personnes, à travers une approche plus « sociale » que l'enquête santé qui mesure la prévalence des maladies, la fréquence et la nature des traitements.

Résultats attendus : disposer d'une estimation du nombre de personnes handicapées ou dépendantes, par sexe et âge, sur l'ensemble de la population, quelle que soit leur situation vis-à-vis des systèmes d'aide ou leur lieu de résidence. La population observée concerne tous les âges et tous les secteurs de résidence (ménages ordinaires et tous les types d'hébergement collectif).

Volet longitudinal : estimer les flux d'entrée et sortie d'incapacité.

Collecte en quatre vagues :

- 1998 et 2000 en institution ; 15 000 personnes interviewées en 1998, 10 000 réinterrogées en 2000 ;
- 1999 et 2001 à domicile ; enquête de filtrage VQS (vie quotidienne et santé) réalisée auprès de 400 000 personnes lors du recensement général de la population de 1999 ; 17 000 personnes interviewées fin 1999 ; 12 000 réinterrogées en 2001.

Champs : déficiences et incapacités (origine, cause, ancienneté) ; environnement socio-familial et relations familiales ; conditions, accessibilité et aménagement du logement ; difficultés de déplacements ; scolarité, diplômes et situation professionnelle ; revenus, allocations, protection juridique, systèmes d'assurance maladie et taux d'incapacité reconnus.

Réalisation : division Enquêtes et études démographiques de l'INSEE.

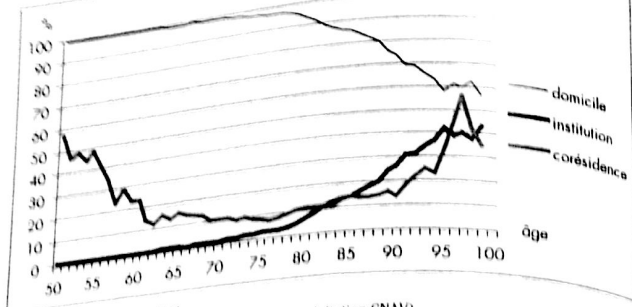
Conception, méthodologie : ministère de la Santé, INSERM, INED, CTNERHI, FFP et CREDES.

Soutien financier : ministère de l'Emploi, CNAF, CNAM, CNAV, CANAM, AGIRC, ARRCO, FFSA, GEMA, MGEN, AGEFIPH, APF.

considérer que plus de 90 % des septuagénaires vivent à domicile à la fin du XX^e siècle, tout comme 80 % des octogénaires et 70 % des nonagénaires (graphique 1). Autrement dit, contrairement à une idée fort répandue, le lieu de vie des personnes âgées n'est pas celui des maisons de retraite ou tout établissement spécialisé dans l'accueil des personnes âgées¹. En 1999, sur quelque 4,2 millions de personnes ayant atteint 75 ans, 400 000 personnes, soit moins d'une sur dix, résidaient en ménage collectif. C'est à partir de 75 ans, mais principalement après 85, voire 90 ans, que la proportion des résidents en institution augmente très sensiblement.

¹ Ici, les institutions pour personnes âgées ne comprennent ni les foyers logement, ni les résidences services qui ne sont pas des établissements d'hébergement collectif, au sens de l'INSEE, puisque les résidents disposent d'une entrée indépendante et ont la possibilité de préparer leurs repas.

Graphique 1 : âge et lieu de vie



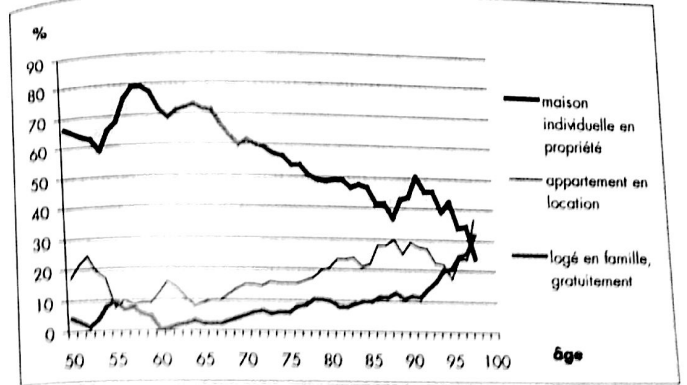
Source : INSEE, HID 1998 et 1999
 Champ : 50 ans et plus à domicile et en institution (exploitation CNAV).
 Note : la coresidence correspond au taux de cohabitation familiale à domicile.

À domicile, la maison individuelle représente le type de logement le plus répandu. Il atteint un maximum aux alentours de 60 ans. Ensuite, on observe un renversement de tendance : le taux de personnes vivant en immeuble est d'autant plus important que l'on atteint les âges plus élevés. Ce mouvement en ciseaux sur le type de logement est parfaitement corrélé avec le statut d'occupation. Les locataires, majoritaires jusque vers 30 ans, diminuent très rapidement en proportion jusqu'aux alentours de 65 ans. Ensuite, après ce creux qui correspond au taux maximum de détention du logement principal, la courbe s'inverse. Sur la période 1973-2002, les enquêtes Logement montrent que le taux de propriétaires au sein de l'ensemble des ménages augmente avec l'âge de la personne de référence jusqu'à 70 ans et décline au-delà (Minodier et Rieg, chapitre 4, première partie de cet ouvrage). Cela tient à un double effet d'âge et de génération : les jeunes s'installent d'abord dans un logement locatif, le plus souvent collectif, avant de chercher à devenir propriétaire ; parallèlement, les générations les plus âgées ont moins souvent accédé à la propriété tout au long de leur vie.

Ainsi, après 50 ans, plus de 80 % des propriétaires habitent une maison individuelle et 70 % des locataires, un immeuble. Au total, deux personnes sur trois vivent dans une maison, propriété du ménage. Cette situation, vivre en maison individuelle propriété du ménage, croît jusque vers la soixantaine avant que la tendance ne s'inverse assez brutalement au profit d'une palette plus large de situations (graphique 2). Quant aux conditions de logement, plus de 80 % des personnes de 50 ans et plus s'en déclarent satisfaites et, pour moitié, ces conditions sont même très satisfaisantes. L'appréciation sur ces conditions de logement est fortement corrélée au niveau de revenus. Les quinquagénaires, qui sont au faite de leur carrière professionnelle, détient les plus hauts revenus et les plus âgés les plus faibles. Les résidents de l'unité urbaine de Paris se distinguent très clairement du reste de la population par une forte concentration dans les tranches de revenus les plus hauts. Les personnes logées par leur famille sont

celles qui font état des ressources les plus faibles. Les propriétaires de maisons individuelles et les habitants des communes rurales sont de loin les plus satisfaits de leurs conditions de logement, s'opposant en cela aux locataires d'un appartement et aux résidents de la zone urbaine de Paris. Sur ce dernier point, sans donnée objective sur les conditions de logement en termes de normes – hygiène, surface, taux d'occupation, environnement –, il est difficile de dire si cet indice de satisfaction traduit réellement l'appréciation des conditions de logement ou bien s'il intègre aussi les conditions d'environnement.

Graphique 2 : type de logement et statut d'occupation à domicile



Source : INSEE, HID 1999
 Champ : 50 ans et plus à domicile (exploitation CNAV)

En ce qui concerne les institutions, il est intéressant de revenir sur les différents modes d'hébergement collectif. Si l'on se souvient des hospices, ces établissements ont longtemps proposé un hébergement social destiné à accueillir les plus démunis, les personnes sans famille. De la même façon, les institutions psychiatriques ont longtemps hébergé les personnes âgées (plus ou moins) désorientées. À partir des années soixante-dix, en même temps qu'étaient menées les opérations « d'humanisation des hospices » visant principalement à faire disparaître les dortoirs collectifs, on s'est employé à réorienter vers d'autres structures les personnes âgées hébergées en établissements psychiatriques¹. Certes, l'inadaptation des structures aux pathologies du vieillissement était souvent manifeste mais il faut aussi rappeler les conséquences en matière de prise en charge qui, selon les établissements d'accueil, différencie les soins

¹ Les établissements d'hébergement ont connu une évolution dans leur dénomination : après les hospices destinés aux indigents, les maisons de retraite destinées aux inactifs, sont apparus les EHPA, établissement d'hébergement pour personnes âgées, devenus EHPAD, pour personnes âgées dépendantes.

et l'hébergement. En effet, dans les structures psychiatriques, qui sont des établissements hospitaliers, la prise en charge des patients est assurée, pour l'essentiel, par la collectivité¹. À l'inverse, les établissements dévolus à l'accueil des personnes âgées, sont d'abord des établissements d'hébergement et, à ce titre, le coût du logement reste à la charge du résident².

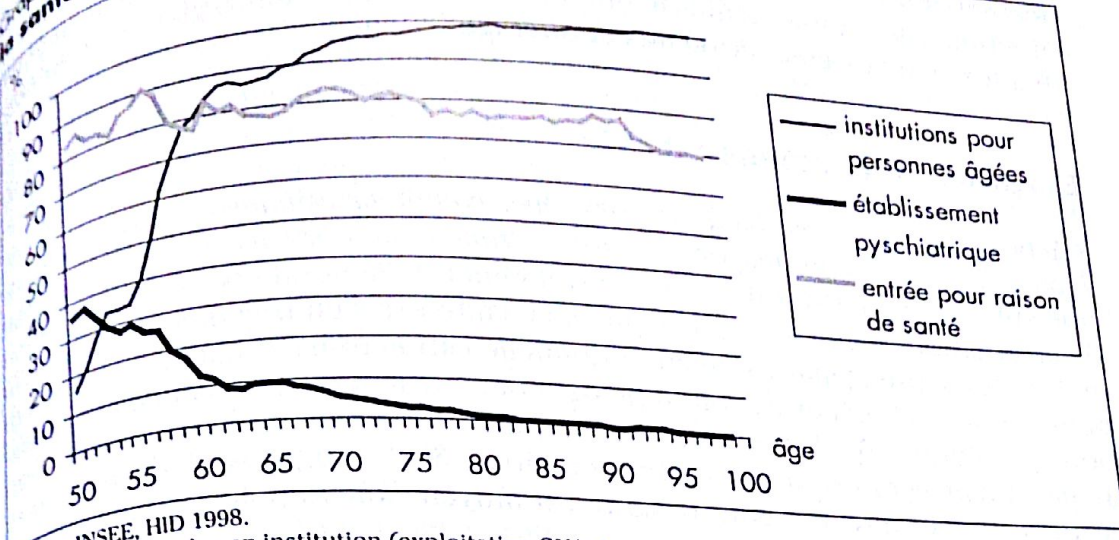
On voit dès lors, à travers cette problématique logement, l'importance de la différenciation qui s'est peu à peu affirmée entre « handicap » et « dépendance » et qui ne s'est trouvée légitimée par la loi que récemment. En effet, cette frontière de l'âge apparaît pour la première fois en 1997 dans le texte de loi sur la Prestation spécifique dépendance (PSD). Elle est réaffirmée en 2001 avec la loi sur l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) (Ennuyer, 2002). Cette différenciation administrative basée sur l'âge est fondamentale et explicite sur le graphique 2. Avant 60 ans, les personnes sont orientées vers les institutions pour adultes ou les institutions psychiatriques. Après 60 ans, ce sont les établissements pour personnes âgées qui prennent le relais. Et pourtant, la raison principale de l'entrée en institution, quels que soient l'âge et le type d'établissement, est presque exclusivement liée à un problème de santé (graphique 3). Mais, formellement, les conséquences d'un handicap à 59 ans ou 61 ans ne sont pas les mêmes en termes de prise en charge puisqu'un adulte handicapé avant 60 ans devient une personne âgée dépendante après son soixantième anniversaire³. Dès lors, si ses revenus sont insuffisants, c'est aux obligés alimentaires, c'est-à-dire la famille, principalement les enfants, voire les petits-enfants, d'assurer les coûts du logement en institution. L'obligation alimentaire est mobilisée pour couvrir tout ou partie des frais d'hébergement des personnes âgées et la prise en charge par l'aide sociale n'intervient que de façon subsidiaire (Choquet et Sayn, 2000). Qui, de la famille ou des collectivités publiques, doit nourrir et entretenir les personnes âgées sans ressources ? Sans nécessairement remettre en question le principe de subsidiarité de la solidarité collective par rapport à la solidarité familiale, il faut reconnaître que ce principe est source de disparités et d'inégalités, puisque son application diffère selon l'âge des personnes handicapées. Dès lors, on voit combien le choix d'un logement collectif peut être contraint par l'environnement social mais également familial de la personne devant quitter son domicile privé pour entrer en institution.

1 Seul le forfait journalier, qui correspond à la participation aux frais d'hébergement, reste à la charge des personnes admises dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux. En janvier 2005, ce forfait est de 10 € en psychiatrie et 14 € dans les autres établissements de santé (prise en charge possible par les mutuelles).

2 Les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes sont soumis à une nouvelle tarification qui prévoit trois tarifs :
 – hébergement, à la charge du résident ;
 – soins, à la charge de l'assurance maladie ;
 – dépendance, modulé selon le niveau de dépendance et pouvant être financé par l'APA selon les ressources du bénéficiaire. Tarifs moyens des EHPAD : zones rurales : entre 35 et 48 € ; zones urbaines (hors région parisienne) : entre 45 et 60 € ; région parisienne : entre 55 et 75 € (Assistance publique de Paris : 75 € et plus).

3 Le Gouvernement formé par Dominique de Villepin en mai 2005 associe pour la première fois, sous la même bannière ministérielle, adultes handicapés et personnes âgées, Philippe Bas ayant été nommé ministre délégué à la Sécurité sociale, aux handicapés, aux personnes âgées et à la famille.

Graphique 3 : âge et vie en institution : la santé, premier motif d'entrée en institution quel que soit l'âge



Source : INSEE, HID 1998.
 Champ : 50 ans et plus en institution (exploitation CNAV).

La configuration générationnelle de la famille influence la probabilité de vivre ou non en institution pour personnes âgées. Indépendamment de l'état de santé, qui est toujours le premier facteur d'entrée en établissement, les personnes sans descendance, sans obligé alimentaire, entrent plus souvent et plus tôt en hébergement collectif (Renaut, 2001). En 1998, parmi les résidents de 75 ans et plus, on comptait 34 % de personnes sans enfant et 40 % avec un seul enfant (ces chiffres étant respectivement de 16 % et 27 % à domicile) et les personnes sans enfant étaient entrées à 78,5 ans en moyenne, contre 82,8 ans pour les autres.

Dans ces conditions, en présence de descendants, la cohabitation familiale intergénérationnelle peut-elle être une alternative à l'hébergement collectif ? On observe que la corésidence des générations familiales entre parents âgés et enfants adultes diminue jusqu'aux alentours de 75 ans, avant d'amorcer une remontée aux grands âges (graphique 1). En réalité, cette observation transversale ne permet pas d'affirmer que le plus fort taux de cohabitation observé aux âges élevés correspond à une augmentation des « re-cohabitations » plutôt qu'à une plus grande fréquence de ce mode de vie dans les générations plus anciennes. En effet, ce dernier a beaucoup régressé avec la disparition progressive des « corésidences de toujours » liées aux coopérations professionnelles et familiales dans les secteurs de l'agriculture, de l'artisanat et du commerce (Attias-Donfut et Renaut, 1994). D'autre part, les « re-cohabitations », comme réponse à une situation d'isolement d'un parent âgé ou à la dégradation de son état de santé ne sont pas si fréquentes. La tendance qui prévaut est de conserver son indépendance à domicile, y compris vis-à-vis de ses descendants, y compris jusqu'à un âge avancé. Dans tous les cas, ceci ne correspond pas à un éloignement des générations les unes des autres car la proximité géographique reste importante tout comme la fréquence des contacts en face-à-face. Il s'agit

même d'une constante à travers l'Europe (Ogg et Renaut, 2005). Reste à envisager la troisième voie qui concerne le retour au domicile de leurs vieux parents des enfants adultes en rupture conjugale ou d'activité professionnelle, une situation qui semble acquérir une certaine visibilité en Angleterre (Jim Ogg, chapitre 4, quatrième partie de cet ouvrage).

Fragilité, santé et mode de vie

« Actuellement, compte tenu de votre âge, comment estimez-vous votre état de santé ? Très bon, bon, moyen, médiocre, franchement mauvais¹. » Cette estimation subjective de l'état de santé fournit généralement une bonne appréciation de la situation. Jusqu'à un âge avancé, la santé est d'un bon niveau : plus de la moitié des septuagénaires vivant à domicile estiment leur santé bonne ou très bonne et les octogénaires sont à peine moins de la moitié dans la même situation (graphique 4). Néanmoins, c'est à partir de 60 ans que l'on observe un déplacement vers les options intermédiaires : 30 % des personnes entre 60 et 70 ans estiment que leur état de santé est moyen, soit 10 points de plus que la tranche d'âge 50-59 ans.

Cette estimation nécessite d'être complétée par un indicateur de fragilité qui vise à mesurer les limitations fonctionnelles et les restrictions dans les activités instrumentales et cognitives de la vie quotidienne. Il s'agit aussi de repérer, en dehors des personnes qui sont déjà handicapées, celles qui sont exposées au risque de voir évoluer rapidement leur situation vers la perte d'autonomie (Renaut, 2004). L'indicateur de fragilité tient compte des déficiences physiques (motrices mais aussi viscérales et métaboliques), des capacités motrices, sensorielles et cognitives². C'est le cumul des affections qui limite la capacité d'une personne à rester autonome à domicile. Sur cette base, on compte 5 % de personnes fragiles avant 60 ans, 9 % entre 60 et 69 ans, 19 % entre 70 et 79 ans et enfin 46 % parmi les octogénaires.

Jusque vers 65 ou 70 ans, le taux de personnes fragiles est très proche de celui des personnes qui ont un état de santé médiocre, voire franchement mauvais

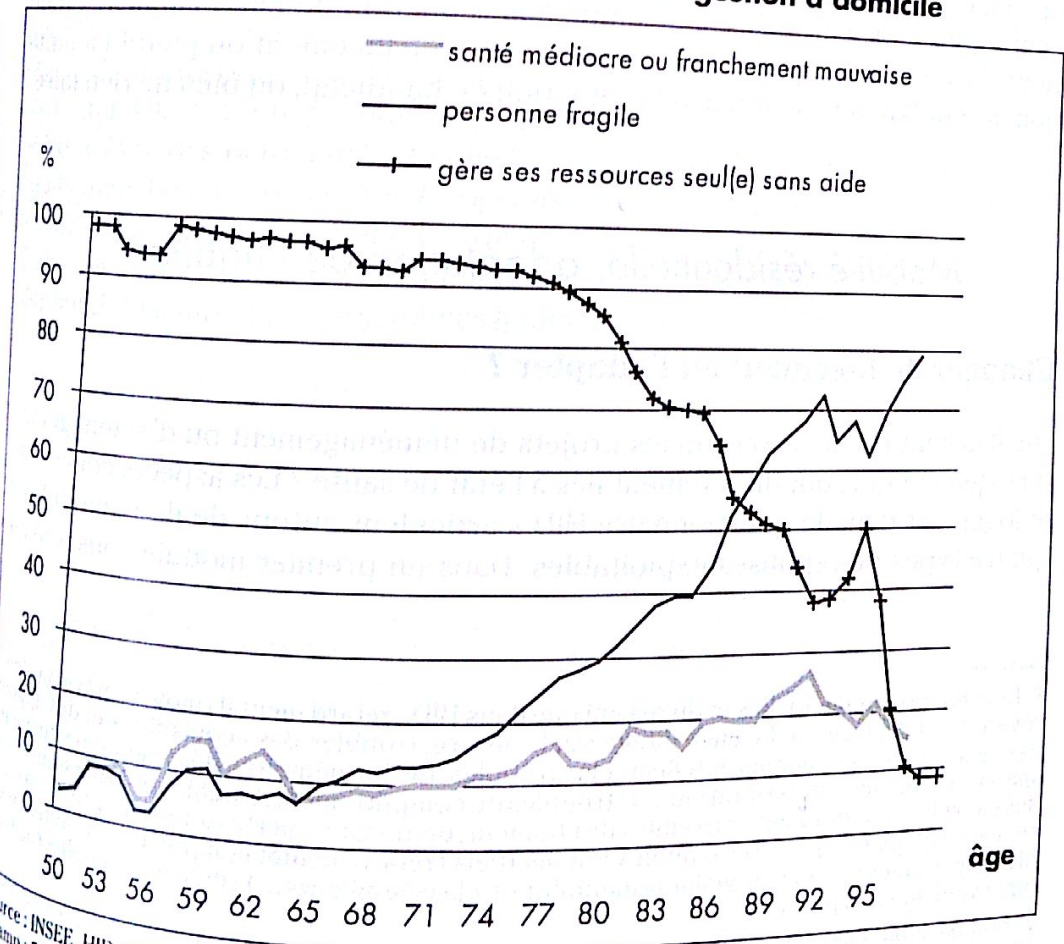
1 L'estimation de l'état de santé concerne uniquement les enquêtés qui répondent directement à l'entretien ; pour les personnes interviewées à travers une personne « proxy », nous estimons qu'elles sont objectivement en mauvais état de santé par rapport aux personnes de leur âge.

2 Fragilité si au moins deux des quatre dimensions sont atteintes :

- difficultés physiques : déficiences motrices (paraplégie, tétraplégie, hémiparésie, monoparésie, etc.) ; déficiences viscérales ou métaboliques (rénale ou urinaire, respiratoire, cardio-vasculaire, tube ou organes digestifs ; déficience endocrinienne, métabolique, hormonale ou enzymatique, etc.) ;
- capacités motrices : monter ou descendre un étage d'escalier sans l'aide d'une autre personne ; sortir du domicile sans aide (à partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport) ; parcourir seul(e) 200 m (en marchant avec ou sans cannes, béquilles ou en fauteuil roulant) sans s'arrêter et sans être gravement incommodé ;
- capacités sensorielles : bien voir de près (pour lire un journal, un livre, dessiner, faire des mots croisés... avec vos lunettes ou lentilles si vous en avez) ; entendre ce qui se dit dans une conversation (si besoin avec l'aide de votre appareil auditif) ;
- capacités cognitives : se souvenir à quel moment de la journée on est ; avoir des difficultés à trouver son chemin.

(graphique 4). Ensuite, le taux de personnes fragiles augmente sensiblement plus vite révélant une perte d'autonomie qui peut avoir de fortes implications sur la vie quotidienne et la capacité à se prendre en charge à domicile. La capacité à gérer seul(e) ses ressources patrimoniales et aux décisions qui pourraient être prises en matière de logement. L'enquête s'intéresse à l'autonomie de gestion que les personnes ont vis-à-vis de leurs ressources financières à travers une série de trois questions : « Gérez-vous vos ressources seul(e) ? » ; « Êtes-vous placé sous un régime de protection juridique ? Si oui, lequel ? » « Avez-vous donné une procuration à des personnes ? » L'autonomie de gestion des ressources, définie comme la capacité à « gérer ses ressources seul(e) sans aide », diminue surtout après 75 ans. À partir d'un certain seuil d'âge, de fragilité ou d'état de santé, les personnes s'appuient davantage sur leur entourage et, dès lors, les décisions en matière de logement sont probablement moins le reflet d'une décision individuelle. D'autres membres de la famille peuvent être associés, ou bien piloter les opérations, ce qui rend plus complexe l'analyse des déterminants de la mobilité résidentielle aux âges élevés. Le plus souvent, ce sont d'abord les enfants qui se chargent de la gestion des biens, de façon plus ou moins informelle, à moins qu'ils ne soient désignés curateur ou tuteur lorsqu'il existe une mesure de protection juridique.

Graphique 4 : **santé, fragilité et autonomie de gestion à domicile**



Source : INSEE, HID 1999.
Echantillon : 50 ans et plus à domicile (exploitation CNAV).

Sur l'ensemble de la population de 50 ans et plus, les mesures de protection juridique touchent une minorité d'individus, aux environs de 1 %. L'âge moyen de ces majeurs protégés est de 71,3 ans, 53 % vivent en institution et 61 % sont des femmes. En vieillissant, les femmes cumulent les handicaps. D'une part, elles sont plus fréquemment handicapées par des incapacités physiques (Cambois *et al.*, 2003). D'autre part, elles ont, avec l'âge, une plus grande propension à développer des déficiences intellectuelles et du psychisme, telles qu'elles sont répertoriées dans le questionnaire HID¹. Alors que les hommes jeunes présentent plus fréquemment des déficiences mentales que les femmes du même âge, aux âges intermédiaires, la tendance se retourne et s'inverse totalement aux âges élevés (Renaut et Séraphin, 2003). Néanmoins, on peut s'interroger sur les effets possibles d'une plus grande visibilité des troubles de la santé mentale chez les femmes (Lovell et Fuhrer, 1996) et aussi sur le sens des mesures juridiques qui les concernent. Avant 70 ans, les mesures les plus fréquentes concernent les hommes et il s'agit de curatelles tandis que les tutelles, qui sont des mesures extrêmement contraignantes, rarement ou difficilement révisables, ne se différencient pas par sexe. Mais ensuite, après 70 ans, curatelles et tutelles affectent beaucoup plus les femmes et les tutelles sont trois fois plus nombreuses pour les femmes que pour les hommes².

Dans la mesure où les femmes sont très largement majoritaires dans la population âgée, l'autonomie de gestion des ressources et des biens est probablement un enjeu majeur dans les stratégies résidentielles qu'adoptent les personnes confrontées à des problèmes de santé, à la réduction de leurs capacités fonctionnelles. Vont-elles privilégier le changement de logement ou plutôt l'adaptation de leur habitat à leur nouvelle situation de handicap, ou bien ne rien faire ?

*Mobilité résidentielle, adaptation de l'habitat*³

Changer de logement ou l'adapter ?

Quelles sont les décisions ou les projets de déménagement ou d'aménagement du logement qui sont directement liés à l'état de santé ? Les aspects concernant le logement dans le questionnaire HID s'articulent autour de deux modules et quatre types de réponses exploitables. Dans un premier module consacré aux

1 Déficiences intellectuelles et du psychisme dans HID : retard mental (moyen, grave, profond, sévère) ; retard léger, déficience intellectuelle légère, troubles des acquisitions et des apprentissages ; perte des acquis intellectuels, troubles de la mémoire, désorientation temporo-spatiale (démences, détérioration...) ; troubles du comportement, troubles de la personnalité et des capacités relationnelles ; troubles de l'humeur, dépression, pertes intermittentes de la conscience (épilepsie,...) ; autres troubles intellectuels (retard mental non précisé...) ; autres troubles psychiques (y compris maladie mentale non classée ailleurs...) ; déficience intellectuelle ou du psychisme non précisé.

2 En mai 2006, Pascal Clément (Garde des sceaux) et Philippe Bas (ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille) ont annoncé que le débat sur la réforme de la protection juridique des majeurs se teindrait à l'automne, http://www.personnes-agees.gouv.fr/point_presse/discours/bas_060524.htm

3 Cette deuxième partie ne traite pas de la population résidant en institution.

aidés techniques et à l'aménagement du logement, la question suivante est posée : « Disposez-vous de meubles ou d'équipements spécialement adaptés en raison de problèmes de santé, handicaps, infirmités ? » avec trois modalités de réponse possibles : « Oui, non, mais j'en aurais besoin, non et je n'en ai pas besoin ». Deux autres questions figurent dans le module portant sur les conditions de logement : « Avez-vous dû (vous ou votre ménage) changer de logement pour des raisons liées à votre santé ? » « Envisagez-vous (vous ou votre ménage) de changer de logement pour des raisons liées à votre santé ? »

Ces deux modules traitent à la fois de données rétrospectives, c'est-à-dire des changements qui ont déjà eu lieu (déménagements ou adaptation du logement) et de données prospectives, c'est-à-dire les projets de déménagement ou les besoins d'adaptation du logement¹. Dans la mesure où la référence à l'état de santé figure dans le libellé de chaque question, les réponses sont données uniquement pour des raisons directement liées à la santé de la personne interviewée.

Avoir changé de logement pour raison de santé concerne des personnes plus âgées, en moyenne, que celles qui envisagent de le faire (tableau 1). L'enquête ne permet pas de travailler sur la date (l'ancienneté) de ce changement de logement pour raison de santé mais le taux augmente régulièrement avec l'âge pour passer de 5 % entre 70 et 79 ans à 9 % entre 80 et 89 ans. De la même façon, les personnes qui ont fait des aménagements dans leur logement à cause de leur santé sont plus âgées en moyenne que celles qui envisagent de le faire. Au total, mobilité résidentielle et aménagement du logement ne concernent qu'une minorité de la population : 11 % des 50 ans et plus ont changé de logement, l'ont adapté ou envisagent de le faire pour des raisons de santé. Néanmoins, parmi les 80 ans et plus, ce taux atteint 30 %. Cette proportion peut sembler relativement faible car, en miroir, ce sont 74 % des octogénaires et 60 % des nonagénaires à domicile qui n'expriment aucun besoin en matière de logement du fait de leur santé. Cela reflète-t-il un bon état sanitaire de la population française âgée ? Ou bien, une bonne adaptation à son environnement ? Ou bien encore, une méconnaissance des technologies disponibles facilitant la vie face à des limitations fonctionnelles ?

¹ Lors de l'interview, la question sur l'adaptation du logement est posée avant celle sur le changement de logement.

Tableau 1 : changement et/ou adaptation du logement pour raison de santé (%)

N = 11 118	A changé de logement (a)	A adapté son logement (b)	Parmi ceux qui n'ont ni changé ni adapté	A changé ou adapté son logement (a ou b)	Pense changer ou besoin d'adaptation (c ou d)	Ensemble a) b) c) d)	
			Pense changer de logement (c)	Besoin d'adaptation (d)			
50-59 ans	1,2	0,7	3,5	0,6	1,8	4,0	5,4
60-69 ans	3,0	2,5	3,0	3,1	5,2	5,9	10,1
70-79 ans	5,4	6,3	3,6	2,7	10,8	6,1	15,0
80-89 ans	9,5	13,0	2,9	7,4	19,6	9,4	26,4
90 ans et plus	16,0	27,0	3,5	11,4	35,2	14,2	42,6
Ensemble	3,7	4,0	3,3	2,5	6,9	5,6	11,4
Âge moyen	73,2 ans	76,4 ans	64,8 ans	72,3 ans	74,4 ans	73,9 ans	71,7 ans
Effectifs	866	1 058	606	487	1 710	1 032	2 535
Population	11 118	11 118	9 544	9 492	11 118	9 589	11 118

Source : HID, 1999.

Champ : 50 ans et plus à domicile (exploitation CNAV).

Note : 1,2 % des personnes de 50 à 59 ans ont changé de logement pour raison de santé.

c) et d) les taux sont calculés sur ceux qui n'ont pas encore changé de logement (c), ou adapté leur logement (d).

Les données sur les réalisations et les projets de changement ou d'adaptation du logement montrent que, avant les âges des 60-65 ans, les projets sont plutôt au-dessus des réalisations et qu'ensuite, après 75 ans, les taux divergent plus nettement au profit des réalisations. C'est aussi à partir de 75 ans que les restrictions d'activités deviennent plus handicapantes mais les changements et les adaptations sont loin de suivre l'évolution de la fragilité qui, dans l'absolu, nécessiterait une plus grande prise en compte de l'environnement domestique.

Le type de logement et le statut d'occupation ont un effet déterminant sur la mobilité résidentielle et l'adaptation de l'habitat (tableau 2). Parmi les enquêtés qui signalent un changement de logement pour raison de santé, les plus nombreux sont ceux qui vivent en appartement au moment de l'enquête, 48 % (contre 27 % pour ceux qui n'ont pas changé). Il s'agit plus souvent de personnes locataires du logement qu'elles occupent, à moins qu'elles ne soient logées par leur famille (ou des amis). Dans tous les cas, même aux âges élevés, les propriétaires ont une plus faible probabilité d'avoir changé de logement ou d'envisager de le faire. La probabilité de mobilité est la plus faible parmi les propriétaires de maisons individuelles (1,6 %) et la plus élevée parmi les locataires d'un appartement (9 %) tandis que les propriétaires d'un appartement sont en position intermédiaire (5 % des mobilités résidentielle).

D'où viennent les locataires qui ont déménagé ? Viennent-ils d'une maison individuelle dont ils étaient propriétaires ? Ou bien, étaient-ils déjà locataires, ce statut limitant moins la mobilité ? Rien dans cette première étape ne permet de répondre à cette question importante.

Tableau 2 : changement et/ou adaptation
selon le type de logement et le statut d'occupation (%)

N = 11 118	% col	A changé de logement	A adapté son logement	Pense changer de logement	Besoin d'adaptation
Type de logement	72	2,3	3,9		
Maison individuelle	27	7,1	4,2	2,1	2,3
Immeuble collectif				7,5	2,9
Statut d'occupation	76	2,2	3,5		
Propriétaire	22	8,3	5,5	2,2	1,9
Locataire				6,7	4,6
Statut et logement	65	1,6	3,4		
Propriétaire maison	15	9,1	4,6	1,9	2,1
Locataire appartement	12	5,4	3,9	8,0	4,6
Propriétaire appartement				3,6	1,1

Source : INSEE, HID 1999.

Champ : 50 ans et plus à domicile (exploitation CNAV).

Tout aménagement dans un logement suppose d'obtenir l'accord du propriétaire, d'être en mesure de financer les travaux, les équipements ou bien de les faire prendre en charge et enfin, d'être assuré du maintien dans les lieux pour en profiter ! De ce point de vue, concernant la réalisation des adaptations, les réponses sont moins différenciées selon le statut d'occupation et le type de logement. Néanmoins, aux âges élevés, les propriétaires semblent privilégier l'adaptation du logement, probablement pour les raisons évoquées.

Des travaux menés sur les dossiers Pact-Arim¹ concernant des personnes de 60 ans et plus montrent que les opérations comportant de l'aide aux handicaps sont rares, qu'il s'agit surtout de travaux d'amélioration de l'état général du logement, pour des montants modestes au bénéfice d'une population à revenus modestes, la part principale du financement étant assurée par les personnes elles-mêmes (Leborgne-Uguen et Pennec, 2002). Par ailleurs, à travers le plan d'aide élaboré par les équipes médico-sociales, l'APA peut participer au financement de travaux d'aménagement et d'amélioration de l'habitat pour adapter le logement à une situation de handicap. Cependant, ce mode de prise en charge n'est envisageable que lorsque la personne est effectivement bénéficiaire de l'APA. Or, selon l'indicateur de fragilité qui mesure l'état de santé en termes de limitations fonctionnelles et de restrictions d'activités, moins d'un quart des personnes fragiles sont éligibles à l'APA. Autrement dit, cette prestation destinée aux personnes les plus handicapées, déjà installées dans un processus de perte d'autonomie, ne permet pas d'intégrer une dimension de prévention².

¹ Mouvement en faveur de l'amélioration de l'habitat.

² En réalité, l'APA n'est pratiquement pas utilisée pour financer des améliorations ou des aménagements du logement (Mette, 2004).

Et pourtant, les données confirment que les personnes « fragiles » au moment de l'enquête ont, beaucoup plus que les autres, adapté leur logement à cause de leur santé, tout comme elles ont davantage changé de logement ou forment le projet d'en changer (tableau 3).

Tableau 3 : personnes fragiles, changement et/ou adaptation du logement

N = 3 000	A changé de logement	A adapté son logement	Parmi ceux qui ont ni changé ni adapté	
			Pense changer de logement	Besoin d'adaptation
Type de logement				
Maison en propriété	7,4	22,3	21,2	24,2
Appartement en location	20,7	15,7	32,1	21,6
Type de ménages				
Personne vivant seule	17,0	22,0	20,6	22,1
Couple seul	10,0	18,5	31,9	15,9
Corésidence familiale	14,0	19,8	24,3	23,9
Ensemble (personnes fragiles)	13,8	19,9	26,3	21,5
Rappel (50 ans et plus)	3,7	4,0	3,3	2,5

Source : enquête HID 1999.

Champ : 50 ans et plus à domicile (exploitation CNAV).

Pour les personnes qui envisagent de changer de logement, on leur demande : « Où le logement sera situé ? ». Plusieurs réponses sont proposées : « Dans le domicile des enfants, des parents, d'autres proches parents ou amis, dans une institution ou établissement spécialisé, une famille d'accueil ». Jusque vers 80 ans, par rapport à n'importe quel mode de vie, le logement indépendant est largement plébiscité, alors que la cohabitation familiale ou collective est peu évoquée. L'idée d'aller vivre avec ses enfants est peu partagée par les personnes âgées, soit que cela ne corresponde pas effectivement à leurs aspirations, soit que cela ne corresponde pas au souhait de leurs enfants (sans compter ceux et celles qui n'ont pas eu d'enfant ou n'ont plus d'enfant vivant). Dans la très grande majorité des situations – près de 90 % – changer de logement signifie rester dans un domicile ordinaire indépendant. Moins de 10 % choisiraient un établissement spécialisé. D'ailleurs, si l'on demande aux personnes qui pensent changer de logement : « Souhaitez-vous ce changement ? » un quart des personnes répond ne pas souhaiter ce changement¹ ! En particulier, lorsqu'il s'agit de partir en établissement spécialisé, plus de trois personnes sur quatre âgées de 70 à 79 ans ne souhaitent pas ce changement ; elles sont 45 % entre 80 et 89 ans et 25 % au-delà. D'autres travaux ont montré que « l'entrée en institution est le plus souvent un acte ressenti comme imposé ». (Somme, 2003). Une démarche qui s'impose aux personnes les plus fragiles, les plus âgées : plus de la moitié des enquêtés qui évoquent cette solution sont des personnes fragiles et plus de 40 % ont atteint ou dépassé 80 ans.

¹ La question ne concerne pas les enquêtés qui ne répondent pas eux-mêmes directement à l'interview.

Deux ans après, qu'observe-t-on ?

L'observation dynamique des conditions d'habitat à travers le volet longitudinal de l'enquête HID doit permettre d'apprécier l'effet de la santé et de son évolution sur les choix et décisions en matière de logement. Les deux séries de questions posées lors de la première interview en 1999 ont été reprises en 2001. La première concerne l'adaptation du logement réalisée depuis deux ans ou qu'il serait inhabitable de réaliser en raison de problèmes de santé. La seconde traite du changement de logement intervenu depuis deux ans en précisant, ensuite, si la raison en est l'état de santé. Les projets de déménagement concernent seulement ceux qui sont envisagés pour des raisons liées à la santé de l'enquêté.

Deux ans après la première interview réalisée à domicile en 1999, parmi les personnes de 50 ans et plus en 1999, quatre sur cinq ont répondu une deuxième fois aux mêmes questions ¹. La proportion des personnes décédées (4 % de l'échantillon des 50 ans et plus) est plus importante parmi ceux et celles qui avaient déjà changé de domicile ou qui, avant 1999, avaient réalisé des aménagements ou qui estimaient avoir besoin d'adapter leur logement à cause de leur santé. Ces personnes décédées étaient également sensiblement plus fragiles dès 1999 que celles suivies dans l'enquête de 2001 (49 % contre 11 %), plus âgées (47 % d'octogénaires contre 7 %), et cohabitaient moins souvent avec un enfant (15 % contre 27 %). Inversement, parmi les personnes qui envisageaient de déménager en 1999, le taux de décès est plus faible et celui des enquêtés n'ayant pas été retrouvés au moment du deuxième passage, beaucoup plus élevé. Dans ces situations, la moyenne d'âge est moins élevée et, même si on ignore le devenir exact de certaines de ces personnes, on peut faire l'hypothèse que nombre d'entre elles ont effectivement réalisé leur projet de changer de logement puisqu'elles ne résident plus, en 2001, à l'adresse de 1999.

Le suivi des 8 158 personnes qui ont répondu aux deux entretiens va nous permettre d'analyser les mobilités résidentielles intervenues au cours des deux années précédentes. Les plus âgées ont-elles réellement tendance à amorcer une décapitalisation, quitter une maison individuelle pour occuper un appartement ? Les urbains ont-ils des pratiques différentes de celles des ruraux ? La configuration familiale et générationnelle joue-t-elle un rôle ?

Dans l'enquête longitudinale sur le passage à la retraite, 15 % des enquêtés ont déménagé au cours des treize années séparant deux entretiens menés à 62 ans en 1984 et 75 ans en 1997 (Delbès et Gaymu, 2003). En dehors de tout appariement longitudinal, les enquêtes Logement menées tous les quatre ans par l'INSEE montrent des mouvements d'amplitude faible aux tranches d'âge élevé. Moins de 10 % des ménages dont la personne de référence était âgée de 60 ans et plus en 2002 avaient changé de logement dans les quatre années précédentes (Driant, 2004, chapitre 1, troisième partie de cet ouvrage). Dans ces conditions, la période d'observation de deux ans pour HID se révèle courte pour caractériser finement la mobilité résidentielle. Plus de 95 % des personnes de 50 ans et plus en 1999 ont été interviewées dans le même logement en 2001. Autrement dit, 4 % des personnes suivies ont effectivement déménagé depuis la première enquête (tableau 4).

¹ Réalisation du deuxième passage en 2001.

Tableau 4 : changement de logement et adaptation pour raison de santé entre 1999 et 2001

Âge en 1999	Changement de logement (n = 329/8 158)	Changement pour raison de santé (n = 128/329)	Adaptation pour raison de santé (n = 612/8 158)
50-59 ans	3,5	8,3	1,2
60-69 ans	5,4	10,9	1,7
70-79 ans	2,7	39,1	6,1
80-89 ans	3,6	61,9	12,2
90 ans et plus	2,3	87,5	16,2
Ensemble	3,9	18,0	3,3

Source : enquête HID, 2001.
Champ : 50 ans et plus à domicile (exploitation CNAV).

Parmi les personnes de 50 ans et plus en 1999 qui avaient changé de logement en 2001, 18 % ont déménagé pour des raisons de santé. Ce changement de logement en deux ans correspond effectivement à la réalisation d'un projet envisagé dès la première interview, pour 17 % des mobilités observées et pour 41 % des mobilités directement liées à l'état de santé de la personne. En ce qui concerne l'adaptation du logement, cette deuxième interview confirme les premiers résultats : les aménagements sont nettement plus évidents au grand âge que les déménagements.

Sur la base d'un corpus de 329 enquêtés faisant état d'un changement de domicile entre 1999 et 2001, nous proposons de tester les caractéristiques individuelles (ou celles du ménage) pouvant expliquer la décision de déménager après 50 ans (tableau 5). L'analyse descriptive montre que les hommes ont plus déménagé que les femmes et que la mobilité résidentielle est associée aux âges les plus jeunes, avant 65 ans mais principalement entre 60 et 64 ans. Les données de l'enquête Logement 2002 montrent une légère remontée du taux d'emménagés récents aux âges environnant la retraite (Driant, *op. cit.*). Selon leur situation matrimoniale, les personnes en couple marié au moment de l'enquête de 1999 ont moins changé de logement que les personnes veuves. L'ancienneté moyenne du veuvage ne semble pas être en jeu, pas plus que le fait d'être devenu veuf ou veuve entre les deux enquêtes. C'est moins le statut légal que la situation d'isolement qui joue, les personnes vivant seules étant significativement plus nombreuses à avoir changé de domicile. Par ailleurs, la configuration familiale montre que les enquêtés les plus mobiles sont insérés dans une famille multi-générationnelle, avec des enfants et des petits-enfants, au contraire de ce que l'on observe pour les personnes sans descendance.

La décision de déménager est associée à l'autonomie de gestion. Dans les situations où une procuration a été donnée à la famille, le taux de mobilité est significativement plus faible. À l'inverse, une santé médiocre, voire mauvaise, mais encore davantage les restrictions d'activité dans les activités instrumentales¹ imposent plus souvent de changer de domicile. D'ailleurs, ces enquêtés fragilisés par la perte d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne évoquent

¹ Activités instrumentales, c'est-à-dire faire ses achats, utiliser les transports en commun, cuisiner, faire son ménage ou sa lessive, utiliser le téléphone, prendre ses médicaments, gérer son budget.

plus souvent des conditions de logement insuffisantes, voire médiocres, qui expliquent aussi certaines mobilités intervenues sur deux ans. Globalement, on retrouve plus de stabilité pour les personnes vivant dans un logement propriété du ménage, particulièrement lorsqu'il s'agit d'une maison individuelle. Sur le plan des caractéristiques sociales, la profession ou le secteur professionnel de rattachement (celui du conjoint ou de l'ancien conjoint), est très discriminante des comportements de mobilité résidentielle avec une très forte stabilité dans le milieu agricole, à l'opposé de ce que l'on observe pour les ouvriers. Sur la question des revenus, le choix de retenir des tranches qui « grossièrement » découpent la population en quartiles fait ressortir une mobilité plus faible, à la fois pour les enquêtés les moins dotés et pour les plus dotés en revenus. Dans le premier groupe, on retrouve des personnes au chômage, pour les plus jeunes d'entre elles mais surtout des personnes qui touchent une pension de réversion ou bien d'anciens indépendants (agriculteurs, artisans, commerçants, professions libérales). À l'opposé, les actifs se concentrent dans le groupe des revenus les plus élevés. Ce sont, de façon très significative, les résidents des grandes agglomérations qui ont le plus changé de logement.

Cette analyse laisse entrevoir un paysage très mélangé en ce qui concerne la population ayant déménagé en deux ans. Il y a de fortes interactions entre certaines variables qui laissent penser que les mobilités résidentielles concernent deux groupes opposés, l'un cumulant les atouts et l'autre les désavantages. Dans le premier groupe, les emménagés récents seraient plutôt des hommes de moins de 65 ans, parfaitement autonomes et dotés de revenus supérieurs tandis que le second groupe concernerait davantage des femmes âgées de 75 ans ou plus, veuves et vivant seules, avec de faibles revenus. Pour celles-ci, la fragilité et les restrictions d'activité apparaissent bien comme la principale motivation au changement de résidence comme l'illustrent les caractéristiques des personnes qui ont changé de logement pour raison de santé (tableau 5).

Tableau 5 : caractéristiques des personnes ayant changé de logement entre 1999 et 2001

Caractéristiques observées en 1999		Ensemble 50 ans et + n = 8 158	Changement de logement	
			Total n = 3 29/ 8 158 (4 %) % col.	Pour raison de santé n = 128/329 (18 %) % lig.
Sexe	Homme	45,5	47,8	10,4
	Femme	54,5	52,2	26,4
Age	50-54 ans	22,2	29,7	-
	55-64 ans	31,3	34,0	12,5
	65-74 ans	28,5	22,8	26,5
	75 ans et plus	18,0	13,5	52,8
Statut matrimonial	Marié(e)	71,8	66,6	11,7
	Veuf(ve)	16,4	21,5	34,3
	autre situation	11,8	11,9	ns
Composition du ménage	Personne seule	19,9	26,0	29,8
	Couple seul	48,1	44,0	ns
	Cohabitation	32,0	33,6	ns
Configuration familiale	Sans descendance	10,7	6,4	ns
	Enfant(s)	21,5	19,3	ns
	Enfants et petits-enfants	67,8	74,3	ns
Gestion des ressources	Autonome	73,8	81,8	13,1
	Procuration famille	19,5	10,4	ns
	Autre cas	6,7	7,8	ns
Etat de santé	Bon, très bon	57,3	50,6	ns
	Moyen	26,4	27,3	31,5
	Médiocre/mauvais +proxy	16,4	22,1	ns
Indicateur de fragilité	Personne fragile	11,0	13,4	60,6
Restrictions d'activité	Pour les actes de la vie quotidienne	10,7	16,7	39,2
Opinion sur le logement	Conditions satisfaisantes	77,6	76,6	ns
	Conditions acceptables	11,9	8,8	ns
	Conditions insuffisantes	2,5	11,1	ns
	Ne sait pas (proxy)	8,1	3,5	ns
Type de logement	Maison individuelle	72,9	57,4	ns
	Immeuble collectif	27,1	42,6	ns
Statut d'occupation	Propriétaire	77,7	57,9	ns
	Locataire	17,5	36,0	ns
	Logé gratuitement	4,8	6,1	ns
Secteur professionnel	Agriculture	10,0	4,3	ns
	Indépendants	12,6	10,6	ns
	Cadres	12,6	12,6	ns
	Intermédiaires	16,6	9,8	ns
	Employés	24,5	24,0	ns
	Ouvriers	23,7	38,5	ns
Revenus	1 ^{er} quartile	22,9	15,4	42,3
	2 ^e	25,8	33,7	ns
	3 ^e	20,5	31,7	ns
	4 ^e	24,5	15,7	7,2
	Inconnus	6,3	3,5	ns
Taille unité urbaine	Commune rurale	25,4	24,9	ns
	Moins de 20 000 habitants	15,8	9,0	ns
	Moins de 200 000 habitants	21,8	16,2	ns
	200 000 habitants et plus	36,9	49,9	ns

Source : enquêtes HID 1999 et 2001.

Champ : 50 ans et plus à domicile (exploitation CNAV).

À la suite de cette analyse descriptive, on cherche à estimer le pouvoir discriminant de chaque dimension explicative sur le fait d'avoir changé de logement entre 1999 et 2001 à partir d'une régression logistique¹ (tableau 6). L'interprétation des coefficients, lorsqu'ils sont significatifs, doit se faire par rapport à la situation de référence, celle-ci correspondant à une situation fictive mais probable. Il s'agit ici d'un homme, de moins de 65 ans, vivant en couple seul, grand-père, autonome dans la gestion de ses ressources, sans restriction d'activité. Propriétaire, disposant de revenus supérieurs, cadre ou ancien cadre ou de profession intermédiaire, il réside dans une maison individuelle située dans une grande agglomération de 200 000 habitants ou plus et s'estime satisfait de ses conditions de logement.

Les dimensions présentées dans le modèle sont toutes significatives et la première d'entre elles est le statut d'occupation du logement. Par rapport à la situation de référence, le seul fait d'être locataire, au lieu de propriétaire, augmente de façon très significative la probabilité d'avoir déménagé en deux ans. Même chose pour une personne vivant seule plutôt qu'en couple seul, ou encore pour celle souffrant de restrictions d'activités. Enfin, face à l'encadrement ou aux professions intermédiaires, un ouvrier a plus de chance d'avoir changé de domicile. Inversement, la faiblesse des revenus limite de façon certaine la possibilité de déménager, comme le fait d'avancer en âge, surtout après 75 ans. Parmi les qualités propres au logement, on observe que le type de logement, individuel ou collectif, ne change pas la probabilité de déménager. Suivant l'appréciation des conditions de logement, pour l'opinion intermédiaire qui concerne des conditions acceptables, la probabilité de déménager diminue par rapport à la situation de référence (conditions satisfaisantes).

Si l'on se reporte aux caractéristiques individuelles déclarées en 2001, strictement sur les mêmes variables en 1999, les nouveaux emménagés se distinguent par une diminution sensible de la proportion de ceux vivant en couple marié, une dégradation de l'appréciation de l'état de santé qui accompagne une augmentation des personnes qui ne gèrent plus seules leurs ressources. Parallèlement, le niveau de satisfaction de leurs conditions de logement est supérieur à ce qu'il était deux ans plus tôt, la proportion des propriétaires est en faible augmentation tandis que se réduit très légèrement la part de l'habitat individuel. Sur cette question, Driant montre à partir de l'enquête Logement 2002 que le taux de propriétaires (et accédants) parmi les emménagés récents âgés est invariant, même si ces taux peuvent masquer des trajectoires résidentielles opposant des situations où d'anciens locataires accèdent à la propriété et d'autres situations où d'anciens propriétaires optent pour le secteur locatif. Dans l'enquête déjà citée sur le passage à la retraite, Delbès et Gaymu observent que, sur la période 1984-1997, les personnes qui ont vendu un bien immobilier (9,3 %) sont aussi nombreuses

¹ Dans la régression logistique nous utilisons une pondération normalisée à 1 (de moyenne 1). Cf. INSEE, *L'économétrie et l'étude des comportements*. Document de travail, n° F 9110. Il s'agit de tenir compte de la très forte dispersion des pondérations, variant de moins de 100 à plus de 25 000 pour les personnes de 50 ans et plus, reflétant le mode d'échantillonnage de HID qui a sous-représenté les personnes sans handicap pour sur-représenter celles présentant un handicap.

que celles qui ont réalisé un achat immobilier (9,7 %) et, parmi les personnes ayant changé de domicile, quatre sur dix ont vendu un bien immobilier et cinq sur dix en ont acheté un.

Tableau 6 : déterminants d'un changement de logement en deux ans, selon les caractéristiques observées en 1999 et en 2001 (régression logistique)

Population de 50 ans et plus (n = 8 158) Changement de logement (n = 329)		Coefficient	Significativité	Odd-ratio
	Constante	- 2,879	(***)	
Sexe	Homme	Réf.		
	Femme	- 0,463	(**)	0,629
Âge	50-64 ans	Réf.		
	65-74 ans	- 0,464	(**)	0,629
	75 ans et plus	- 0,720	(***)	0,487
Composition du ménage	Personne seule	0,937	(***)	
	Couple seul	Réf.		2,553
	Cohabitation	0,073		
Configuration familiale	Sans descendance	- 0,754	(**)	0,471
	Enfants	- 0,441	(**)	0,643
	Enfants et petits-enfants	Réf.		
Gestion des ressources	Autonome	Réf.		
	Procuration famille	- 0,876	(***)	0,416
	Autre situation	- 0,423		
Restrictions d'activité	Limitations vie quotidienne	0,748	(***)	2,114
	Pas de restriction	Réf.		
Opinion sur le logement	Satisfaisantes	Réf.		
	Acceptables	- 0,791	(***)	0,453
	Autres situations	0,037		
Type de logement	Maison individuelle	Réf.		
	Immeuble collectif	- 0,177		
Statut d'occupation	Propriétaire	Réf.		
	Autre situation	1,085	(***)	2,959
Professions	Agriculture/artisanat, commerce	0,155		
	Cadres/intermédiaires	Réf.		
	Employés	0,416	(*)	
	Ouvriers	0,857	(***)	2,357
Revenus	1 ^{er} quartile	- 1,031	(***)	0,357
	Autre situation	- 0,032		
	4 ^e quartile	Réf.		
Taille unité urbaine	Commune rurale			
	intermédiaire	- 0,151		
	200 000 habitants et plus	- 0,750	(***)	0,472

Source : enquêtes HID 1999 et 2001.

Champ : 50 ans et plus à domicile (exploitation CNAV).

Note : coefficients des paramètres bêta et significativité au seuil de 0,05 = (*) ; seuil de 0,01 = (**) ; seuil < 0 001 = (***)

Conclusion

Au terme de cette première analyse, il ne fait aucun doute que les propriétaires de leur logement sont moins mobiles que les autres. L'analyse des données montre également qu'un mauvais état de santé ou la fragilité ont un effet significatif positif sur la probabilité de déménager. Les conditions d'environnement jouent un rôle important dans la préservation de l'autonomie dans la vie quotidienne et, même si les propriétaires limitent leurs projets de mobilité résidentielle, finalement au-delà de 65 ans, la seule dimension explicative discriminante sur le fait d'avoir changé de logement est bien la capacité à faire face aux activités instrumentales, par exemple faire ses achats ou prendre les transports en commun.

Au vu même des projets de déménagement, il apparaît que la question du handicap au grand âge se situe moins dans une dynamique de prévention, d'anticipation que d'urgence lorsque le besoin est là. C'est sans doute à travers la gestion des ressources, qui rejoint indirectement celle du patrimoine et du logement, que s'imisce la prise en compte des risques de santé. Après 75 ans, à l'âge auquel les personnes sont (presque) toutes le maillon aîné de la famille, on a tout lieu de penser qu'elles sont souvent accompagnées dans leurs décisions par leur entourage proche. C'est aussi un âge auquel le veuvage est la situation la plus fréquente, ce qui n'est pas neutre pour la gestion du patrimoine par le conjoint survivant vis-à-vis des enfants cohéritiers. Dans les couples avec enfants, même s'il y a eu donation au dernier vivant (ce qui n'est pas systématique), celle-ci ne couvre que l'usufruit. Le parent survivant conserve la possibilité de rester à son domicile mais les enfants en deviennent copropriétaires et, même s'ils n'ont aucun droit de regard légal sur la gestion quotidienne, ils ont la capacité juridique d'intervenir en ce qui concerne la nue-propriété. De ce point de vue, il est probable qu'une partie des personnes qui déclarent ne plus gérer seules leurs ressources ont parfaitement intégré cette situation dans leurs décisions individuelles pour un projet de déménagement ou d'aménagement.

Compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie, et même si l'espérance de vie sans incapacité tend à progresser plus vite, il faut s'attendre à une augmentation du nombre de personnes en situation de handicap à domicile. Adapter son logement, déménager, faire le choix d'un logement spécifique ? Il est difficile d'anticiper sur ce que seront les choix des générations plus jeunes. Marquant le pas avec les générations aînées, elles pourraient conserver plus longtemps leur indépendance de décision, la capacité de décider seules pour elles-mêmes, notamment du fait de la durée plus longue de vie en couple et du mode de vie qu'elles ont adopté tout au long de leur vie. Leur souci d'indépendance pourrait-il les conduire à se tourner davantage vers les structures d'hébergement ? Alors qu'actuellement, il y a de très fortes contraintes sur l'offre, cette option supposerait que la demande puisse être satisfaite par une offre élargie et diversifiée en capacité et en structures alternatives (cf. Jim Ogg dans cet ouvrage et les propositions danoises pour inciter la population à anticiper pour elle-même, sans attendre). En contrepoint, le recours à un hébergement adapté (et coûteux ?), dans un contexte de réduction des pensions de retraite, risque de s'accompagner d'un recours de plus en plus fréquent et massif de la collectivité vers les obligés alimentaires d'autant, qu'avec la décentralisation, les conseils généraux s'alarment de l'augmentation des dépenses en direction de leurs administrés les plus âgés.