

1. Objet du référentiel

Ce référentiel tend à définir un cadre de bonnes pratiques et de principes à appliquer dans le cadre des actions collectives de prévention de la thématique « Habitat et santé » pour garantir que l'habitat contribue positivement à la santé des habitants.

2. Contexte et référence

2.1. Contexte institutionnel

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a été créée en 2004 en réponse à la nécessité d'un pilotage plus efficace et équitable du financement de la perte d'autonomie.

La Loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a fait de la prévention de la perte d'autonomie et du maintien à domicile des personnes âgées, l'un des objectifs majeurs de notre système de santé et de l'organisation du secteur médico-social et social. Ainsi la mise en place d'une commission (anciennement conférence) des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées – CFPPA – regroupant les principaux financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, est créée dans chaque département afin de définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention, en complément des prestations légales ou réglementaires.

En 2025, le Service Public Départemental de l'Autonomie (SPDA) voit le jour.

Placé sous la direction des Départements et en lien étroit avec les Agences régionales de santé, le « SPDA » fédère l'ensemble des acteurs de proximité afin que les personnes âgées ou en situation de handicap et leurs aidants puissent bénéficier d'une réponse rapide.

Socle de la 5e branche de la Sécurité sociale consacrée à l'Autonomie, ce service public repose sur quatre piliers pour répondre aux besoins des personnes âgées, des personnes handicapées et des aidants :

1. Des conditions d'accueil, d'information et de l'orientation améliorée.
2. Une évaluation et une instruction des droits plus rapide et efficace.
3. Un appui direct aux personnes concernées, avec des solutions concrètes.
4. Un plus grand effort sera également porté au repérage et à la prévention de la perte d'autonomie, notamment à travers une démarche « d'aller-vers ».

Dans le développement des ateliers collectifs de prévention de la perte d'autonomie, point majeur de l'axe 4 du SPDA, l'adaptation du logement joue un rôle essentiel pour permettre aux personnes âgées de vivre à domicile dans des conditions optimales de sécurité et de confort.

C'est dans ce cadre qu'en 2016, une convention multi-partenariale a été signée entre l'Anah, l'État, la CNAV, la CNSA et d'autres acteurs afin de structurer un programme d'amélioration de l'habitat. Ce programme reposait sur quatre objectifs, dont l'un visait à améliorer le parcours des citoyens souhaitant adapter leur logement. Pour répondre à cet enjeu, les ateliers

« Habitat » ont été mis en place afin d'accompagner les démarches d'adaptation et d'amélioration des logements.

En 2025, une réflexion a été engagée afin d'élargir le champ d'action des ateliers « Habitat » et d'y intégrer un volet santé. Cette évolution a conduit à la création du Référentiel Habitat et Santé, qui permet d'agir sur les déterminants environnementaux influençant la santé des personnes âgées. Ce référentiel vise à adapter les logements aux besoins spécifiques des seniors en matière de sécurité, d'accessibilité et de confort, favorisant ainsi un vieillissement en meilleure santé et à domicile.

2.2. Références méthodologiques et bibliographiques

Cette synthèse des connaissances scientifiques au sujet de l'habitat et de la santé des personnes âgées a été réalisée en s'inspirant de la méthodologie de la revue narrative de littérature. Les textes utilisés ont été sélectionnés prioritairement en fonction de leur cohérence vis-à-vis du sujet. Lorsque c'était possible les articles scientifiques les plus récents ont été privilégiés, et ce afin de renforcer la pertinence de leur contenu. Plusieurs rapports ou enquêtes quantitatives récentes ont été intégrés à ce référentiel pour illustrer, avec des données chiffrées, les éléments avancés.

La partie théorique a été construite de sorte à encourager une approche en Promotion de la Santé, c'est-à-dire qui envisage la santé de façon globale (pas seulement l'absence de maladie) et vise à agir sur l'ensemble des déterminants de la santé.

Les ressources bibliographiques qui ont permis la construction de ce référentiel :

ANIL, 2023, « Bien vieillir chez soi? Bilan & perspectives pour les politiques locales de l'habitat ».

CARADEC V., CHAMAHIAN A., MARIER P., SEGUIN A.-M., 2017, « Introduction: les territoires du vieillissement », *Lien social et Politiques*, 79, p. 4-16. <https://doi.org/10.7202/1041729ar>

DEOUX S., MASSOT O., GIRARD V., 2011, « L'habitat, facteur de santé des trente dernières années de vie des aînés? », *Gérontologie et société*, 34136, 1, p. 91-103. <https://doi.org/10.3917/gs.136.0091>

MEIDANI A., CAVALLI S., 2018, « Vivre le vieillir: autour du concept de déprise », *Gérontologie et société*, 40155, 1, p. 9-23. <https://doi.org/10.3917/gs1.155.0009>

PAQUOT T., 2005, « Habitat, habitation, habiter. Ce que parler veut dire... », *Informations sociales*, 123, p. 48-54.

PATTE M., CHAIX B., GERBER P., KLEIN O., PERCHOUX C., VALLEE J., 2022, « Environnement résidentiel et vieillissement en santé: le rôle de l'activité physique et de la participation sociale », *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 41, 3, p. 348-362. <https://doi.org/10.1017/S0714980821000593>

SIRVEN N., DEBRAND T., 2013, « La participation sociale des personnes âgées en Europe: Instrument du « bien vieillir » ou facteur d'inégalités sociales de santé? », *Retraite et société*, 65, 2, p. 59-80. <https://doi.org/10.3917/rs.065.0059>

SOLEYMANI D., BERRUT G., CAMPEON A., 2018, « Promouvoir la participation sociale des personnes âgées », *La Santé en action*, 443.

STEBE J.-M., MARCHAL H., 2010, *Sociologie urbaine*, Paris, Armand Colin (Cursus sociologique), 127 p.

WILSON Y., FIJALKOW Y., 2024, « La littératie en santé dans l'habitat: une autre manière de mesurer la qualité du logement », *Métropolitiques*.

3. Définition et cadre théorique

Le vieillissement de la population française apparaît comme un enjeu important qui concerne de plus en plus de citoyens. La croissance de la population de plus de 65 ans s'est accélérée depuis les années 2010 en raison de deux phénomènes : l'arrivée à l'âge de 65 ans des *baby-boomers* et l'augmentation de l'espérance de vie à 65 ans. Aujourd'hui, la part de la population française âgée de plus de 65 ans représente environ 21%.

L'avancée en âge s'accompagne parfois de transformations qui touchent le rapport à soi, le rapport aux autres et aussi le rapport à l'espace, la façon d'y vivre, d'y demeurer, de s'y sentir. Plus encore, l'environnement est « support essentiel au maintien d'un sentiment de familiarité avec le monde dans lequel on vit » (Caradec et al., 2017, p. 8).

Quelques chiffres récents relatifs au logement des personnes âgées

Bien qu'il y ait de fortes différences d'un territoire à un autre et selon les profils socio-économiques des personnes âgées, certaines tendances se dégagent. Ces données proviennent de l'étude de l'Agence Nationale pour l'information sur le logement (ANIL) en date de Mars 2023 (ANIL, 2023).

Les personnes âgées en France sont davantage propriétaires que le reste de la population. Elles sont en effet près de 75% à être propriétaires de leur logement. Ils sont nombreux à se trouver dans des communes rurales ou périurbaines. Les logements qu'ils occupent sont souvent sous-occupés, trop grands pour la taille des ménages. Bien que la mobilité résidentielle soit plus faible chez les personnes âgées, certains « âges » pour changer le logement apparaissent privilégiés : entre 55 et 65 ans ou après 85 ans.

Des travaux d'adaptation des logements ont été réalisés par seulement 18% des personnes âgées, plutôt en réaction à une situation personnelle qui change qu'en anticipation. Ce taux augmente autour de 25% au-dessus de 75 ans.

Pour ce qui concerne les difficultés rencontrées par les personnes vieillissantes, l'enquête de l'ANIL indique que 38 % des personnes enquêtées éprouvent au moins une difficulté avec leur logement, un taux qui grimpe à 50% au-dessus de 75 ans.

L'un des problèmes principaux que rencontrent les personnes âgées est d'ordre financier et concerne 20% des personnes âgées, tout âge confondu. Ils déclarent que leur logement est devenu trop coûteux, principalement en raison des coûts de l'énergie et des loyers élevés, avec une proportion plus importante de femmes, souvent veuves et n'ayant jamais bénéficié de l'autonomie financière.

Les autres problèmes sont liés à l'avancée en âge. Aussi les personnes âgées de 75 ans et plus sont 31% à affirmer avoir des difficultés pour monter les étages et 20% à connaître des difficultés d'accès aux sanitaires. Les plus jeunes (moins de 65 ans) trouvent leur logement trop

grand à entretenir (36%) ou trop éloigné des services (30%). Les femmes vivant seules et dans des logements collectifs, sont plus nombreuses à rencontrer ces difficultés, notamment en raison de la taille du logement et des problèmes pour monter les étages.

De l'habitat au logement

Il est important de distinguer logement et habitat. Pour le philosophe Thierry Paquot « habiter c'est être parmi les choses » (Paquot, 2005, p. 139). C'est une expérience au « dedans » d'un logement ou d'un lieu, mais aussi au « dehors », dans son quartier, dans sa ville ou dans son village.

Le logement tient une place particulière dans l'habiter des personnes âgées car, dans un monde urbanisé instable, il permet de « restaurer son unité quand celle-ci est menacée » (Schwartz cité dans Stébé et Marchal, 2010, p. 102)

Pour les personnes âgées, l'attachement identitaire au logement s'articule à la crainte de la perte du domicile, qui annonce par extension la perte de la vie. La perte du chez-soi est perçue comme « l'antichambre de la mort » (Déoux, Massot et Girard, 2011). La notion de perte imprègne profondément l'expérience des personnes âgées et peut être liée à l'apparition de la dépression, souvent sous-estimée à cet âge et qui ne peut pas être attribué au vieillissement, à la morosité ou à la tristesse face aux difficultés de l'existence.

Aménager son logement pour sa santé

Le concept de déprise désigne un processus dynamique et adaptatif lié au vieillissement, caractérisé par un retrait progressif, parfois volontaire, de certaines activités ou rôles sociaux. Le phénomène de déprise permet à un individu de répondre aux limites imposées par l'âge tout en préservant une certaine maîtrise sur son parcours de vie.

La déprise ne peut pas être confondue avec le lâcher-prise (Meidani et Cavalli, 2018) qui ne tient pas compte des différentes étapes du processus de déprise et notamment de ce que certains auteurs ont appelé l'étape de « (re)prises ».

Littératie en santé et Littératie dans l'habitat

La « littératie dans l'habitat » est la capacité individuelle et collective des habitants de mettre en relation les qualités du logement avec les dimensions physiologiques et mentales de la santé et du bien-être (Wilson et Fijalkow, 2024). Comme pour la littératie en santé, la littératie dans l'habitat renvoie à la capacité d'accéder, de comprendre, d'évaluer et d'appliquer des informations relatives au lien entre santé et environnement dans le logement. Il s'agit d'une connaissance issue de l'expérience des habitants eux-mêmes, par laquelle ils formulent et répondent à des problèmes qui se présentent à eux, dans leur quotidien et dans leur habitat. Renforcer la littératie en santé de l'habitat cela signifie monter en compétences les habitants mais aussi, les professionnels de santé ou les professionnels du logement, c'est tendre à créer des espaces « pro-littératie », c'est-à-dire des espaces qui contribuent au renforcement de ces connaissances.

Environnement proche et sentiment de bonne santé

Une étude luxembourgeoise (Patte et al., 2022) sur les liens entre l'environnement proche et les représentations (c'est-à-dire les manières de voir, de penser et de sentir) de sa propre santé, indique que le fait de vivre dans un quartier perçu comme offrant un meilleur accès aux services

est associé à un risque réduit de se considérer en mauvaise santé mais aussi à une plus forte utilisation de l'espace public lié au sentiment de ne pas être limité dans ses activités quotidiennes. À l'inverse, la perception d'une réputation moins favorable du quartier est associée à un risque accru de se considérer en mauvaise santé.

Par ailleurs, le sentiment qu'il existe une bonne cohésion sociale dans le quartier facilite la réalisation des activités de la vie quotidienne et notamment la pratique d'une activité physique.

Habitat et participation sociale

La participation sociale est un déterminant de la santé et un facteur de lutte contre l'isolement. La participation sociale se caractérise par le fait d'avoir des relations interpersonnelles d'être « actif et participer à des activités civiques, ainsi qu'à des activités de loisirs et de divertissement » (OMS cité par Soleymani, Berrut et Campéon, 2018).

La littérature sur le sujet semble indiquer que les effets positifs de la participation sociale sur la santé pourraient être plus importants pour la population âgée (Sirven et Debrand, 2008 ; Kondo, *et al.*, 2007 ; Veenstra, 2000 Cité par Sirven et Debrand, 2013). Qui plus est, il semble que les personnes engagées dans des activités sociales voient une diminution du risque d'être en mauvaise santé. L'effet de la participation sociale sur la santé est cependant moins prononcé que l'influence inverse de la santé sur la participation sociale. Les personnes en bonne santé à 50 ans sont plus susceptibles de participer à des activités sociales et d'en bénéficier, tandis que celles du même âge en moins bonne santé risquent de voir leur état se dégrader plus rapidement, accentuant ainsi les disparités de santé au fil du temps. Cette dynamique peut également renforcer les inégalités sociales de santé, où les personnes déjà privilégiées en termes de statut socio-économique bénéficient davantage des avantages de la participation sociale.

Vers un logement favorable à la santé

Les exemples présents ici sont principalement tirés de l'article de Suzanne Déoux, Odile Massot et Veronique Girard intitulé : « L'habitat, facteur de santé des trente dernières années de vie des aînés ? » (2011).

La question centrale des chutes

L'adaptation des logements pour réduire les risques d'accidents domestiques chez les personnes âgées est une priorité, compte tenu de leur souhait majoritaire de vieillir chez eux et en toute sécurité. En France, les chutes représentent 80 % des accidents domestiques et causent environ 9 000 décès annuels après 65 ans. En 2023, l'enquête de l'ANIL affirmait que les chutes étaient à l'heure actuelle la première cause de décès accidentelle en France pour les personnes âgées. Par ailleurs, elles représentent environ 130 000 hospitalisations chaque année. Elles surviennent majoritairement à domicile et pour une part significative sont liées à des défauts du bâti (revêtements de sol, escaliers, lits). Face à ce constat, l'amélioration du logement mais aussi des espaces communs apparaît comme un enjeu majeur, nécessitant à la fois des aménagements techniques, une sensibilisation accrue des occupants et de leurs proches, ainsi qu'un travail auprès des acteurs du logement.

Le bruit dans le logement

L'environnement sonore du logement influence à la fois le confort et la santé, le bruit est une pollution sensorielle. Les nuisances acoustiques, notamment en habitat dense, posent un défi

pour le lien social, d'autant que l'âge peut s'accompagner d'une hypersensibilité à certains sons malgré une baisse de l'audition. Une bonne isolation phonique permet de limiter les bruits indésirables tout en permettant une communication efficace. Toutefois, un environnement trop silencieux peut également devenir source d'angoisse, soulignant l'importance d'un équilibre sonore adapté aux besoins des aînés.

Allier confort et aménagement du logement

Le toucher joue un rôle fondamental chez les personnes âgées, particulièrement en cas de déficience visuelle ou auditive, en leur permettant d'explorer et de sécuriser leur environnement. Les éléments tactiles du logement, comme les meubles, rampes ou barres d'appui, servent de repères et facilitent l'autonomie en réduisant les risques de chute. Toutefois, l'usage de matériaux strictement hygiéniques peut rendre l'espace froid et peu stimulant, soulignant l'importance d'un aménagement favorisant les perceptions tactiles pour le confort et le bien-être des aînés.

Certains articles témoignent d'ailleurs de l'inventivité possible pour ce qui concerne l'aménagement du logement, parfois avec des systèmes de cordes et de poulies, d'éléments du mobilier adaptés avec des roulettes pour limiter les mouvements, les cheminements éclairés grâce à des détecteurs de mouvements, etc.

Vers un logement favorable aux mouvements

L'être humain perçoit et comprend l'espace à travers ses mouvements, une capacité qui persiste malgré la diminution de la mobilité avec l'âge. Un environnement mal adapté peut entraîner raideurs et chutes, tandis qu'un aménagement approprié stimule la sensibilité proprioceptive et sécurise les déplacements. Il est donc essentiel d'éliminer les obstacles dangereux (tapis glissants, seuils surélevés) sans pour autant modifier excessivement les repères, afin de préserver l'équilibre et le confort des personnes âgées.

Lumière dans le logement

Avec l'âge, la vision se dégrade mais peut être compensée partiellement grâce au recours à un éclairage plus intense et adapté pour assurer confort et sécurité. La diminution de la perception des couleurs et des contrastes, ainsi que les difficultés d'adaptation à la luminosité, rendent essentiels l'usage de teintes claires (jaune, orange, rouge) et un éclairage bien réparti, limitant éblouissements et reflets. La lumière naturelle reste idéale, mais doit être maîtrisée via des stores, tandis que l'éclairage artificiel doit privilégier des lampes à bon rendu des couleurs et éviter certaines LED bleues, nocives pour la rétine. Enfin, l'éclairage influence aussi les rythmes biologiques : une exposition régulière à la lumière du jour ou à des systèmes simulant ses variations favorise le bien-être des aînés.

Confort thermique des bâtiments :

Avec l'âge, la régulation thermique du corps devient moins efficace, rendant les personnes âgées plus sensibles au froid et à la chaleur. La diminution de l'activité physique, des apports alimentaires et du réflexe de frisson limite leur production de chaleur, tandis que la sudation réduite et les altérations de la circulation sanguine compliquent la dissipation de la chaleur en été. La canicule de 2003 a illustré les risques majeurs liés à ces vulnérabilités, en particulier dans les zones urbaines où les températures élevées sont plus marquées.

Le confort thermique des personnes âgées ne dépend pas uniquement de la température de l'air, mais aussi d'autres facteurs essentiels comme l'humidité, la vitesse de l'air et la température des parois. Une humidité relative de 40 à 60 % est idéale, tandis que les courants d'air doivent être minimisés en hiver et adaptés en été. L'isolation des murs et vitrages joue un rôle clé, car la température ressentie est la moyenne entre celle de l'air et des surfaces environnantes. Une mauvaise répartition de la chaleur peut accentuer l'inconfort, notamment en cas de parois froides. En été, il est crucial de prévenir les surchauffes par des protections solaires efficaces.

Air Intérieur

La qualité de l'air intérieur est essentielle pour les personnes âgées, dont la fonction pulmonaire décline parfois l'âge. La pollution de l'air, notamment l'ozone, le dioxyde de soufre et les particules fines, aggrave les problèmes respiratoires et cardiovasculaires. En période de forte pollution ou de pollinisation, il est conseillé d'éviter les sorties aux heures les plus critiques. À l'intérieur, l'air peut être encore plus pollué qu'à l'extérieur à cause de sources multiples et d'un renouvellement insuffisant, nécessitant une ventilation adaptée pour limiter l'exposition aux polluants.

Les polluants de l'air intérieur proviennent de diverses sources, notamment des appareils de combustion comme les cuisinières et chauffe-eaux à gaz défectueux, les chauffages d'appoint à combustion, et les cheminées mal entretenues. L'installation de détecteurs de CO avec alarmes est cruciale pour prévenir les intoxications. En outre, les chauffages au bois émettent des composés organiques volatils (COV), des hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP) et des particules fines (PM1), qui aggravent les maladies cardiovasculaires et respiratoires.

Nécessité d'un renouvellement d'air suffisant

Les polluants chimiques affectent la fonction respiratoire des personnes âgées, en particulier lorsque leur logement est mal ventilé ou aéré. Souvent, les ouvertures d'air sont obstruées, et l'aération est négligée, parfois à cause de préoccupations liées à la consommation d'énergie. Cela crée un environnement confiné, favorisant l'accumulation de polluants et l'augmentation de l'humidité. Ce phénomène aggrave les effets des ponts thermiques, tels que la croissance de moisissures, ce qui peut causer des problèmes respiratoires allergiques et inflammatoires. L'évolution des normes de ventilation a changé au fil des années : avant 1958, il n'y avait pas de règles spécifiques. Puis, à partir de 1969, la ventilation mécanique contrôlée (VMC) est devenue obligatoire dans les pièces de service. Depuis 1982, il est exigé que l'air des logements soit renouvelé toutes les deux heures.

Contamination de l'air par les légionelles

Il ne faut pas sous-estimer le risque pour les personnes âgées d'être exposées aux légionelles, des bactéries présentes dans les réseaux d'eau, en particulier dans l'eau chaude sanitaire. Ces bactéries peuvent se propager dans l'air lorsque l'eau est pulvérisée ou bouillonne. Cela augmente le risque d'infections pulmonaires graves, voire fatales, chez les personnes fragiles. Des mesures de prévention sont essentielles pour limiter leur développement, en particulier la gestion de la température de l'eau, éviter la stagnation et prévenir l'entartrage des équipements. Après une absence prolongée, il est conseillé de purger le réseau d'eau chaude. Les pommeaux de douche et les robinets doivent être régulièrement nettoyés et désinfectés.

Les brumisateurs d'eau publique sont déconseillés, et il est recommandé d'utiliser de l'eau conditionnée ou stérile pour les personnes vulnérables.

4. Objectifs et contenu du référentiel

4.1. Objectifs des actions

Les actions attendues par la CFPPA s'inscrivent dans les objectifs ci-dessous. L'évaluation qui sera menée et à laquelle les porteurs contribuent portera précisément sur ces différents objectifs.

Objectif général

- ✓ Améliorer la qualité de vie dans l'habitat des personnes vieillissantes de Moselle

Objectifs stratégiques

- ✓ Renforcer une offre équitable d'éducation à la santé à destination des personnes vieillissantes sur le territoire de Moselle

Objectifs spécifiques

- ✓ D'ici 2026, intégrer dans la construction du projet des facteurs clés pro littératie en santé à destination des personnes vieillissantes de Moselle
- ✓ Renforcer les compétences et les connaissances des personnes concernées en matière d'adaptation au vieillissement du logement
- ✓ Renforcer les capacités individuelles en matière de mobilité des personnes vieillissantes dans leur logement
- ✓ Renforcer la notoriété et la lisibilité de l'offre de services concernant les aides techniques, financières, humaines, d'aménagement du domicile et services d'accompagnement à destination des personnes vieillissantes de Moselle
- ✓ Renforcer l'inclusion de publics en situation de fragilité de Moselle sur les ateliers de prévention

Objectifs opérationnels

- ✓ Mettre en œuvre des actions « habitat et santé » auprès des personnes âgées du territoire
- ✓ Organiser la communication des actions "habitat et santé" auprès des personnes âgées sur le territoire
- ✓ Formaliser des partenariats locaux si besoin pour la mise en œuvre des ateliers
- ✓ Recenser les dispositifs d'aides sur les questions d'"habitat et santé" sur le territoire
- ✓ Construire des outils ou des supports adaptés au public en situation de fragilité
- ✓ Construire ses outils de suivi et d'évaluation des ateliers

4.2. Public cible

Toutes les personnes retraitées autonomes, vivant à domicile (y compris résidence autonomie, petite unité de vie) et les publics relevant des territoires identifiés fragilisés par l'observatoire.

4.3. Approche pédagogique

Les ateliers proposés doivent s'appuyer sur des critères de qualité, c'est-à-dire sur des fondements solides et validés scientifiquement qui contribuent à la réussite des ateliers et à l'atteinte des objectifs. Ces critères de qualité permettent de placer les personnes en situation de comprendre ce qui influence leurs comportements, de gérer des motivations contradictoires, et de développer leurs capacités d'écoute, de réflexion et d'analyse pour faire des choix bénéfiques pour elles-mêmes ou pour la collectivité.

1. Réaliser un diagnostic préliminaire

Effectuer un diagnostic en amont du projet afin de :

- Clarifier les pistes d'actions et d'orientation,
- Identifier les éléments de contexte qui justifie l'utilité du projet,
- D'encourager la mobilisation des professionnels et des personnes concernées dans le projet.
- Identifier les besoins, les souhaits et les demandes des personnes visées par vos actions

2. Privilégier la participation volontaire

Encourager la participation aux séances éducatives sur la base du volontariat pour développer l'autonomie et le pouvoir d'agir des individus. Eviter les stratégies coercitives qui contraindraient les participants.

3. Impliquer les publics dès la phase de conception

Intégrer les publics dans les actions liées à l'habitat et à la santé des personnes âgées dès leur conception jusqu'à l'évaluation, en tenant compte des réalités des publics. Cela permet de rendre les actions plus pertinentes et accessibles.

4. Recueillir les demandes des participants

Collecter les attentes des participants en début de chaque séance permet d'adapter le contenu éducatif à leurs questions et besoins spécifiques.

5. Adopter une approche progressive

Structurer les séances de manière progressive, en abordant d'abord les questions de santé générales, de santé-environnement, avant de se concentrer sur la thématique de l'habitat et de la santé des personnes âgées. Cela permet de réfléchir la continuité entre les différentes séances d'ateliers et ainsi d'évaluer au mieux l'atteinte des objectifs pédagogiques.

6. Offrir un espace d'expression

Créer des espaces collectifs de dialogue où les participants peuvent exprimer leurs difficultés, partager leurs perceptions et opinions, et élaborer des réponses adaptées à partir de leurs points de vue et connaissances. L'aménagement d'espaces d'expression passe aussi par une attention particulière à l'environnement, à sa qualité d'accueil, au confort qu'il propose, à son équipement, etc.

7. Adopter une approche non-normative et non-culpabilisante

Fournir les moyens et les informations nécessaires pour effectuer des choix éclairés, en évaluant ce qui relève des choix de l'usager, de ses non-choix et de ses capacités à être autonome dans ses choix. Par exemple, aider les personnes âgées à comprendre les options disponibles pour adapter leur logement à leurs besoins.

8. Éviter la stratégie de la peur

Privilégier une approche centrée sur les déterminants et les facteurs de santé ainsi que les facteurs de protection, plutôt que sur la peur et le risque. Encourager une prise de conscience en fonction des contraintes des individus. Par exemple, sensibiliser les personnes âgées aux avantages d'un logement adapté pour leur santé et leur bien-être.

9. Développer les quatre dimensions clés de l'éducation pour la santé

Viser le développement de quatre dimensions de l'éducation pour la santé.

- Le savoir : par exemple comprendre les aménagements nécessaires pour un logement favorable à la santé des personnes âgées ; Citer l'offre locale de services en matière d'adaptation du logement au vieillissement ; Identifier dans leur environnement des facteurs de risques et des facteurs protecteurs
- Le savoir-faire : réaliser des petits travaux d'aménagement pour rendre le logement plus sûr et confortable ; Installer des barre d'appuis, retirer ou déplacer soi-même les tapis ; Réaliser des recherches qui concernent l'aménagement du logement par eux même ; Mettre en place à domicile, dans leur vie quotidienne les contenus apportés par les opérateurs
- Le savoir-être : exprimer ses représentations et craintes vis-à-vis des aménagements nécessaires ;
- Le pouvoir faire : disposer des ressources nécessaires pour réaliser ces aménagements ; être en capacité de demander de l'aide à des experts de l'aménagement du logement ; pouvoir identifier les aménagements à réaliser dans le logement.

A la fin de chaque séance proposée, il faut que l'animateur puisse définir clairement quels sont les savoirs, les savoir-faire, savoir être et le pouvoir faire des participants.

10. Rendre l'information accessible

Travailler à rendre l'information claire et compréhensible pour les publics cibles, afin qu'ils puissent construire leur propre jugement et prendre des décisions éclairées. Il s'agit donc de penser en terme de littératie en santé, de littératie dans l'habitat et d'amélioration du niveau de littératie des personnes concernées par les ateliers. La littératie en santé est la capacité à accéder à l'information en santé (en allant sur un site internet, ou en osant poser des questions à un professionnel par exemple), à comprendre l'information (si elle est compréhensible), à l'évaluer puis à appliquer l'information (si on est capable de l'appliquer) dans le domaine de la santé.

Favoriser le développement d'environnement pro-littératie, c'est-à-dire dans le développement de lieux organisés spatialement, physiquement et socialement de sorte à favoriser l'exercice de la littératie en santé des personnes qui le fréquentent.

11. Tenir un discours positif : ces ateliers/ conférences/ forums sont des moments d'échange et de partage autour de professionnels qualifiés qui dispenseront des informations adaptées tout en créant un climat de confiance. Il s'agit donc pour les professionnels d'avoir une posture rassurante en tenant un discours clair, serein sur l'intérêt de l'adaptation du logement et de ses effets direct ou indirects sur la santé.

12. Favoriser une démarche participative basée sur l'échange et une démarche positive favorisant la réflexion et l'expression des retraités sur leur propre situation. L'objectif est de répondre aux questions des participants, tout en mobilisant les connaissances de chacun et le partage d'expériences.

13. Opter pour un déroulé comprenant 4 axes :

- réflexion, informations et apports théoriques ;
- temps d'échanges dans le groupe et avec l'intervenant ;
- mise en relation des expériences de vie des participants ;
- apport d'exemples : solutions, astuces, bonnes pratiques.

14. Utiliser des outils favorisant l'interactivité : de nombreux supports réalisés par les caisses de retraite peuvent être utilisés lors des ateliers de prévention

4.4. Forme et contenu

Les actions pourront être réalisées sous différents formats : ateliers de plusieurs séances, conférences, forums, (théâtre -forums...), etc. Le format distanciel est possible pour les conférences.

Tout format non précisé fera l'objet d'une évaluation ad hoc, élaborée entre l'opérateur et Label Vie.

4.4.1. Les ateliers

Ces ateliers sont conçus pour aborder progressivement des sujets essentiels pour les retraités autonomes, tels que l'adaptation de l'habitat (accessibilité, sécurité, confort), la gestion de l'air intérieur, et la prévention des risques domestiques (chutes, incendies). Chaque séance permet une approche pratique et personnalisée, où les participants peuvent poser des questions, partager leurs expériences et apprendre à adapter leur logement pour le rendre plus fonctionnel et sûr.

Minimum attendu : cycle d'une durée de 4 mois maximum à raison de 5 à 8 séances de 2 h
MINIMUM

> Le groupe sera constitué de 15 personnes au maximum afin de faciliter les échanges des participants.

Contenu de l'atelier

La présentation du contenu de l'atelier est décrite ci-dessous en 8 séances

Séance 0 : conférence/réunion d'information (facultative)

Destinée à un large public, elle se présente comme une conférence interactive permettant de:

- sensibiliser les retraités à l'importance de l'aménagement du domicile ;
- présenter les thématiques développées au cours de l'atelier ;
- présenter les organisateurs ainsi que le parcours prévention habitat.

Séance 1 : représentations et perceptions du groupe

Cette première séance en atelier permet de :

- recueillir les attentes et les besoins des participants vis-à-vis de l'atelier par oral et via un questionnaire initial ;
- mesurer la prise de conscience de l'aménagement du logement chez les participants ;
- identifier les « obstacles » d'un logement qui peuvent être facilement évités en aménageant mieux son habitat.

Cette séance a pour objectif de prendre connaissance des représentations du groupe par rapport à l'adaptation du logement et permettra d'adapter les contenus à leurs besoins et attentes.

Séance 2 : vie quotidienne dans son logement

Cette deuxième séance en atelier permet :

- d'appréhender les gestes et postures à adopter dans la vie quotidienne à domicile;
- d'aborder chaque situation de la vie quotidienne, du lever du lit au réveil la nuit, en passant par les tâches ménagères.

Séance 3 : aides techniques

Cette troisième séance en atelier permet de :

- présenter une sélection d'aides techniques ;
- mettre en pratique en donnant la possibilité aux participants de les tester.

Séance 4 : habitat durable

Cette quatrième séance en atelier permet de :

- sensibiliser les retraités aux relations entre habitat et santé et les moyens d'agir ;
- présenter les caractéristiques d'un logement « sain » et bien entretenu ;
- sensibiliser aux économies d'énergie.

Séance 5 : Habitat et santé - Qualité de l'air et prévention des polluants intérieurs

Cette cinquième séance en atelier permet de :

- comprendre les impacts de la qualité de l'air intérieur sur la santé
- identifier les sources de pollution dans le logement et les moyens de les limiter ;
- apprendre les bonnes pratiques pour améliorer la ventilation et l'aération.

Séance 6 : Habitat et santé - Prévention des risques domestiques et adaptabilité du logement

Cette sixième séance en atelier permet de :

- sensibiliser aux risques domestiques (chutes, incendies, intoxications, etc.) et aux moyens de prévention ;

- comprendre l'importance de l'adaptabilité du logement pour prévenir les accidents ;
- identifier des solutions simples pour améliorer la sécurité du domicile et en faire un lieu qui permette de promouvoir la santé

Séance 7 : l'aménagement du logement et les financements existants

Cette septième séance en atelier permet :

- de comprendre comment réaliser un projet et se faire accompagner par des professionnels ;
- de connaître les aménagements possibles pièce par pièce ;
- d'identifier les professionnels nationaux et de proximité en mesure de les conseiller ;
- de connaître les aides financières existantes ;
- d'évaluer la satisfaction des participants via un questionnaire final.

Séance 8 : l'environnement et l'impact sur la santé les liens entre santé et environnement (hors logement)

Cette dernière séance en atelier permet :

- de comprendre les effets de l'environnement extérieur sur la santé (qualité de l'air, pollution, nature, bruit, etc.) ;
- d'identifier les principaux facteurs environnementaux influant sur la santé ;
- d'adopter des gestes et comportements favorables à un environnement sain ;
- de connaître les ressources et actions disponibles pour limiter son exposition aux nuisances environnementales.
- d'évaluer la satisfaction des participants via un questionnaire final.

4.4.2. Les conférences

Ces conférences, animées par des experts en santé et en aménagement de l'habitat, permettent de sensibiliser les retraités autonomes aux enjeux de l'habitat santé. Elles offrent un cadre informatif, où les seniors peuvent se tenir informés des meilleures pratiques, des technologies émergentes ou des politiques publiques qui impactent leur environnement de vie. Elles peuvent être réalisées en visio-conférence.

4.4.3. Les forums ou/ et Théâtres-forum

Les forums réunissent les retraités, les experts en santé et en aménagement de l'habitat, des opérateurs proposant des ateliers collectifs portant sur la thématique, ainsi que des représentants des institutions publiques, afin de discuter des défis spécifiques auxquels les seniors sont confrontés dans leur habitat. Ce format favorise la mise en réseau et permet d'échanger des idées et des solutions concrètes adaptées aux besoins des retraités autonomes, tout en renforçant leur rôle actif dans la transformation de leur cadre de vie.

Les théâtres-forum devront décrire le contenu des saynètes dans le descriptif du projet.

Les conférences, forums, théâtre forums ...sont possibles sous condition d'articulation avec des actions concrètes répondant aux critères de qualités

Ces actions sont essentielles pour accompagner les retraités autonomes dans la création d'un habitat propice à leur bien-être et à leur autonomie, tout en leur offrant les outils et les connaissances nécessaires pour adapter leur logement à leurs besoins en constante évolution.

4.5. Formation des animateurs

Il convient de s'assurer de la qualification ou de l'aptitude de l'animateur pour intervenir sur le thème de l'habitat santé auprès d'un public âgé.

Les porteurs d'action et les animateurs d'atelier devront impérativement présenter **un diplôme d'état ou un équivalent**.

Il est préférable que les intervenants appartiennent à ces corps de métier :

- Ergothérapeute
- Psychomotricien
- Kinésithérapeute
- Médecin gériatre
- Professionnel de santé ()
- Animateur social (BP jeps /d jeps ou équivalent)
- Conseiller en Economie Sociale et Familiale

4.6. Evaluation

Une évaluation rigoureuse est mise en place pour l'ensemble des projets financés dans le cadre de l'AAP de la CFPPA. Cette évaluation s'appuie sur différents outils et vise à centraliser et rendre visible des indicateurs de processus et de résultats.

4.6.1.Recommandation au niveau de la méthode

- Pour les ateliers :

Évaluation quantitative via un questionnaire en trois temps, au début de l'atelier, à la dernière séance de l'atelier et 3 à 6 mois après la dernière séance de l'atelier. (voir en annexe 1)

- Pour les conférences/ théâtres forum :

Evaluation quantitative via un questionnaire en deux temps, au début de la conférence et à la fin de la conférence

- Pour les forums

5. Attendus des projets et point de vigilance

5.1. Critère de sélection/ Recevabilité des dossiers

L'Appel à projets à vocation à financer des projets s'inscrivant dans des dynamiques partenariales qui, à l'échelle du territoire, traduisent la volonté de structurer progressivement une véritable politique publique en matière de prévention de la perte d'autonomie.

Les projets présentés doivent :

- faire la preuve – tant sur le plan des objectifs et des actions conduites que du point de vue du montage financier – qu'ils s'inscrivent dans une dynamique partenariale et structurante à l'échelle du territoire permettant de mobiliser le public cible (Maison France Service, CLS, CPTS, CCAS,)
La dimension partenariale et l'implication des différentes parties prenantes à l'échelle du territoire (décideurs, financeurs, acteurs de terrain, publics cibles) devra nécessairement être décrite dans le projet déposé.
 - Porter une attention particulière pour l'atteinte des publics cibles et notamment des publics les plus fragiles
-