



ÉTUDES et RÉSULTATS

septembre 2023
n° 1279

Accessibilité géographique à l'offre médico-sociale et sanitaire pour les personnes âgées : une approche territoriale

En 2019, 515 000 professionnels en équivalent temps plein (ETP) travaillent en France métropolitaine pour prendre en charge la perte d'autonomie des personnes âgées à domicile ou en établissement. L'accessibilité géographique à l'offre de prise en charge de la perte d'autonomie totale est plus faible dans les régions autour de l'Île-de-France (Oise, Seine-Maritime, Eure, Orne, Eure-et-Loir, Sarthe, Loir-et-Cher), de même que dans les régions montagneuses (Alpes, Pyrénées, Vosges, Jura) et le Grand Est. Ailleurs, les zones de faible accessibilité géographique à l'offre totale sont dispersées et de taille réduite.

Cette relative uniformité de l'offre cache une spécialisation des territoires vers le domicile ou l'établissement. Les communes de la moitié sud et celles proches des frontières du Nord sont fortement accessibles à l'offre à domicile, tandis que les communes de Bretagne, des Pays de la Loire et celles se situant à l'intérieur des terres sont fortement accessibles à l'offre en établissement. L'accessibilité à l'offre est essentiellement liée à de l'offre privée lucrative en Méditerranée, en Île-de-France, en Corse, dans les régions des Alpes et des Pyrénées et dans le Nord-Est. Elle est essentiellement liée à de l'offre publique en Bretagne, dans les Pays de la Loire, en Normandie et dans le centre de la France.

Amélie Carrère (Institut des politiques publiques), Salimeh Monirijavid (DREES)

Selon le recensement de la population, 17 millions de personnes de 60 ans ou plus résident en France métropolitaine en 2019. Elles sont 95,7 % à vivre à domicile et 4,1 % dans des établissements¹. La proportion en établissement augmente avec l'âge : 30,4 % des 90 ans ou plus résident en établissement. Selon les projections issues du modèle LIVIA (Miron de L'Espinay, Roy, 2020), on compterait 2,6 millions de personnes de 60 ans ou plus en perte

d'autonomie – plus ou moins grande –, dont 0,6 million en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Cette étude recense l'ensemble de l'offre disponible pour la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées quelle que soit l'organisation du territoire (*encadré 1*) et la met en regard de la demande potentielle, approchée ici par le nombre de personnes de 60 ans ou plus² (*encadré 2*).

1. Service de moyen ou long séjour, maison de retraite, foyer ou résidence sociale. Le reste des personnes âgées de 60 ans ou plus résident dans une communauté religieuse, une caserne, un hébergement d'élèves, un établissement social de court séjour, une habitation mobile ou un autre logement « non ordinaire ».

2. Cela revient à considérer que tous les individus de 60 ans ou plus ont la même demande potentielle. Or, seules 15 % des personnes âgées de 60 ans ou plus sont en perte d'autonomie au sens de la grille autonomie-gérontologie groupe iso-ressources et les besoins de prise en charge sont inégalement répartis sur le territoire, même à sexe et âge équivalents (Carrère, 2023a). La DREES poursuit donc ces travaux afin d'améliorer la mesure de la demande potentielle. Il s'agit de prédire la perte d'autonomie de toutes les personnes âgées grâce à leurs caractéristiques d'âge, de sexe, socio-économiques et de lieux d'habitation (Ehpad ou hors Ehpad).

Retrouvez toutes nos données sur [data.drees](https://data.drees.fr)



Encadré 1 Données et mesures de l'offre de prise en charge de la perte d'autonomie en France

La mesure de l'offre est exprimée en nombre d'équivalent temps plein (ETP). Autant que possible, le champ est restreint aux activités exercées auprès des personnes âgées et dans le champ sanitaire et médico-social (nous excluons le champ médical). Les données mobilisées sont :

- le tableau de bord de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) qui couvre l'activité des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) en 2020 ;
- la Base interadministrative annuelle des ESMS (Badiane) qui couvre l'activité de l'hébergement permanent, temporaire et de jour en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) fin 2019 ;
- le répertoire Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) complété de l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) 2019 qui couvre l'activité de l'hébergement permanent, temporaire et de jour en EHPA non Ehpad, unité de soins de longue durée (USLD), centres d'accueil de jour et résidences autonomie ;
- la statistique annuelle des établissements (SAE) 2019 pour les places dans des services d'hospitalisation à domicile (HAD) et de soins de suite et de réadaptation (SSR) accueillant des personnes âgées en perte d'autonomie ;
- la base de données nationales des organismes de services à la personne (NOVA) 2019 pour identifier le personnel en mode prestataire des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) pour l'activité d'assistance aux personnes âgées ;
- le Système national des données de santé (SNDS) pour identifier les actes infirmiers de soins (AIS) d'infirmières libérales et en centres de santé ;
- les déclarations annuelles des données sociales (DADS) 2019 pour identifier l'activité d'aide à domicile en emploi direct ou mandataire.

Les estimations peuvent être sensiblement différentes de celles publiées dans le rapport Carrère (2023b) du fait de l'utilisation du tableau de bord de l'ATIH pour ce dernier au lieu de la base Badiane dans cette étude. Nous retenons les professionnelles suivantes :

- les employées en mode prestataire des SAAD et des Spasad (uniquement les professionnelles du secteur médico-social) pour l'assistance aux personnes âgées, que nous appelons services procurant une assistance aux personnes âgées à domicile (Sapa) ;
- les aides à domicile en emploi direct ou mandataires ;
- les infirmières libérales réalisant des AIS ;
- le personnel médical d'encadrement, éducatif, pédagogique, social et d'animation, les psychologues et le personnel paramédical ou soignant exerçant en SSIAD et Spasad ;
- les services d'HAD* ;

- les SSR** ;
- le personnel médical d'encadrement, éducatif, pédagogique, social et d'animation, les psychologues et le personnel paramédical ou soignant exerçant en centres d'accueil de jour, en résidences autonomie, en EHPA non Ehpad, en Ehpad ou en USLD.

Le rapport Libault (2019) comptabilisait 830 000 personnes en ETP employées auprès des personnes âgées en perte d'autonomie. Ce chiffre englobait des soins médicaux et des aides de confort ou non liés à la perte d'autonomie, alors que les estimations de cette publication se restreignent aux professions et activités d'interventions auprès des personnes âgées dans le champ sanitaire et médico-social.

Nous avons exclu le personnel administratif et les professionnels de santé, ce qui explique par exemple l'écart en établissement : 262 000 ETP dans cette étude, contre 430 000 ETP dans le rapport Libault. Concernant l'aide à domicile, le rapport Libault comptabilise 130 000 ETP en mode mandataire ou gré à gré (contre 54 000 dans cette étude), 140 000 ETP dans les services d'aide et d'accompagnement à domicile en mode prestataire (contre 90 000 dans cette étude) et 130 000 ETP dans les soins à domicile (contre 109 000 dans cette étude). Pour les employées en mode mandataire ou en emploi direct, nous avons restreint l'activité aux interventions des aides à domicile, ce qui inclut l'aide auprès des personnes handicapées mais exclut les interventions de confort issues d'un personnel moins qualifié. Dans le rapport Libault, l'identification des employées en mode mandataire ou en emploi direct est réalisée grâce aux données de l'Institution de prévoyance et retraite collective des employés de maison (Ircem) que nous n'avons pas à notre disposition et qui permettent d'identifier les particuliers employeurs de 70 ans ou plus ou bénéficiaires de l'APA. Toutefois l'activité exercée auprès de ces personnes peut être diverse : bricolage, ménage mais pas en raison de l'âge, jardinage, etc. Nous avons donc mobilisé les DADS et exclu une partie du champ (les femmes de ménage et autres employées de maison qui ne sont pas des aides à domicile) afin d'identifier l'aide à l'autonomie (en faisant abstraction du critère d'âge). Concernant les SAAD, nous avons fait le choix de ne considérer que les heures d'assistance auprès des personnes âgées (et pas le bricolage, le ménage hors assistance aux personnes âgées, etc.), plus proche de la prise en charge de la perte d'autonomie. Enfin concernant les soins à domicile, nous avons considéré uniquement les AIS et exclu les actes médicaux infirmiers (AMI). Une comparaison détaillée avec plusieurs sources a été réalisée et est disponible dans le rapport Carrère (2023b).

* Une approximation des effectifs a été faite en convertissant des places en équivalent temps plein (ETP).

** Une approximation des effectifs a été faite en convertissant des places en ETP.

- Les professionnelles³ sélectionnées pour cette étude sont issues des secteurs médico-social ou sanitaire. Elles exercent une aide auprès des personnes âgées dans leur quotidien : aide au ménage, à la préparation et à la prise des repas, à la toilette, à l'habillement, au déplacement, etc.

En 2019, 515 000 professionnelles (en équivalent temps plein [ETP]) travaillent dans le secteur sanitaire ou médico-social de l'accompagnement des personnes âgées en France métropolitaine. Parmi elles, un peu plus de la moitié (262 000 ETP) exercent en établissement : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) non Ehpad, unités de soins de longue durée (USLD),

centres d'accueil de jour, soins de suite et de réadaptation (SSR) ou encore résidences autonomie (**tableau 1**). Les résidences autonomie ne représentent que 3 % des ETP en établissement (près de 8 000 ETP), alors que les Ehpad en représentent 78 % (205 000 ETP).

Presque la moitié des professionnelles accompagnent des personnes à domicile (253 000 ETP). Parmi elles, 40 % exercent des professions sanitaires, que ce soit des infirmières exerçant en libéral ou au sein de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou, plus marginalement, dans le cadre de l'hospitalisation à domicile (HAD). Le secteur médico-social représente près de 60 % de l'offre à domicile (144 000 ETP). Trois types d'exercice y sont possibles : en emploi direct (dite aussi en gré à gré, professionnelles directe-

3. Les professionnelles de la prise en charge des personnes âgées à domicile ou en établissement en perte d'autonomie sont accordées au féminin car elles désignent une très nette majorité de femmes. On compte moins de 5 % d'hommes parmi les aides à domicile et aides ménagères, de même que chez les infirmières ou employées de maison (Briard, 2023).

ment employées par un particulier), via un organisme agréé de services à la personne en mode mandataire (l'intervenante est mise en relation avec son employeur par l'intermédiaire d'un organisme qui prend en charge notamment des aspects administratifs, mais

est payée par le particulier) ou en mode prestataire (le bénéficiaire des services paie la prestation à l'organisme, qui rémunère l'intervenante). Avec 90 000 ETP, le mode prestataire est le plus représenté dans ce secteur.

Encadré 2 Méthode d'estimation de l'accessibilité géographique aux professionnelles du secteur médico-social et sanitaire

Nous utilisons la méthode Kernel Density Two Step Floating Catchment Area (KD2SFCA) pour laquelle le calcul de l'accessibilité géographique (accessibilité potentielle localisée) se fait en deux temps et intègre la concurrence potentielle entre les habitants des diverses communes (Carrère, et al., 2021). Dans un premier temps, nous calculons la disponibilité de l'offre R_j dans la commune j :

$$R_j = \frac{m_j}{\sum_{i \in d_{ij} \leq d_0} f(d_{ij}) p_i}$$

Elle correspond au volume d'offre m_j dans la commune j rapporté à la somme des demandes potentielles (p_i) des communes i situées à moins de d_0 minutes de la commune j en appliquant une pondération décroissante selon la durée $f(d_{ij})$. La demande potentielle est actuellement calculée grâce au nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus. Des travaux sont en cours pour améliorer cette mesure de la demande potentielle. Il s'agit de prédire à toutes les personnes âgées de 60 ans ou plus leur probabilité d'être en perte d'autonomie en utilisant leurs caractéristiques d'âge, de sexe, de lieu d'habitation (Ehpad ou non Ehpad) et économiques.

Ensuite, nous calculons le volume global d'offre potentiellement accessible et *a priori* disponible pour chaque commune i . L'indicateur d'accessibilité de la commune i (A_i) est défini comme la somme des disponibilités de l'offre (R_j) de toutes les communes j situées à une durée d'accès inférieure à d_0 minutes de la commune i en appliquant toujours la pondération décroissante selon la durée $f(d_{ij})$.

$$A_i = \sum_{j \in d_{ij} \leq d_0} f(d_{ij}) R_j$$

La moyenne des indicateurs d'accessibilité pondérés par la taille des communes fournit une estimation du taux d'équipement moyen national (nombre d'ETP par personne âgée de 60 ans ou plus). Les pondérations décroissantes selon la durée sont calculées à partir d'observations de déplacement. Nous estimons deux fonctions de durée décroissante : une à domicile, car ce sont les professionnelles qui se déplacent et une pour l'offre en établissement, car ce sont les personnes âgées qui se déplacent.

Pour le domicile, la fonction de durée décroissante est calculée en utilisant les déclarations annuelles des données sociales (DADS) sur les particuliers employeurs qui renseignent sur les trajets entre le domicile de l'employé et le domicile de l'employeur des aides à domicile. Les « pratiques spatiales » pour l'aide à domicile sont proches d'une loi log normale de paramètre $\mu = 2,63$ et $\sigma = 0,555$.

Pour les établissements, nous reprenons la fonction de durée décroissante estimée par Carrère, et al. (2021). Elle était calculée à partir des données de l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) 2015 réalisée par la DREES qui informent sur la commune de résidence des personnes âgées avant leur entrée en établissement. La fonction de durée décroissante est une loi log normale de paramètre $\mu = 2,81$ et $\sigma = 0,597$. Pour plus de détails, voir Carrère (2023b).

Tableau 1 Nombre total de professionnelles du secteur sanitaire et médico-social pour la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées en France métropolitaine en 2019

En ETP

	Ensemble	Privé lucratif	Associatif	Public
Total à domicile	252 740	160 710	74 910	17 120
dont offre médico-sociale	144 150	85 800	50 450	7 890
dont emploi direct et mandataire	53 680	53 680	0	0
dont Sapa (prestataire)	90 470	32 120	50 450	7 890
dont offre sanitaire	108 590	74 900	24 460	9 220
dont SSIAD	29 020	550	20 750	7 720
dont infirmières libérales	73 080	73 080	0	0
dont HAD	6 490	1 270	3 710	1 500
Total en établissement	262 130	46 940	63 270	151 910
dont résidences autonomie	7 560	340	2 130	5 090
dont établissements hors résidences autonomie	254 570	46 600	61 140	146 820
dont Ehpad	204 770	41 720	53 680	109 370
dont SSR	17 360	3 930	2 710	10 720
dont USLD, EHPA non Ehpad, centres d'accueil de jour	32 440	950	4 760	26 730
Offre totale	514 870	207 650	138 180	169 030

Sapa : services d'aide procurant une assistance aux personnes âgées ; SSIAD : services de soins infirmiers à domicile ; HAD : hospitalisation à domicile ; Ehpad : établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; USLD : unités de soins de longue durée ; EHPA : établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Lecture > On estime à 514 870 le personnel (en équivalent temps plein) qui prend en charge la perte d'autonomie des personnes âgées en France métropolitaine en 2019.

Champ > Offre à domicile et en établissement pour la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées, en France métropolitaine.

Sources > Insee, DADS 2019 ; DGE, NOVA 2019 ; ATIH, tableau de bord 2020 ; CNAMTS, SNDS 2019 ; DREES, SAE 2019, Finess 2019, EHPA 2019, Badiane 2019.

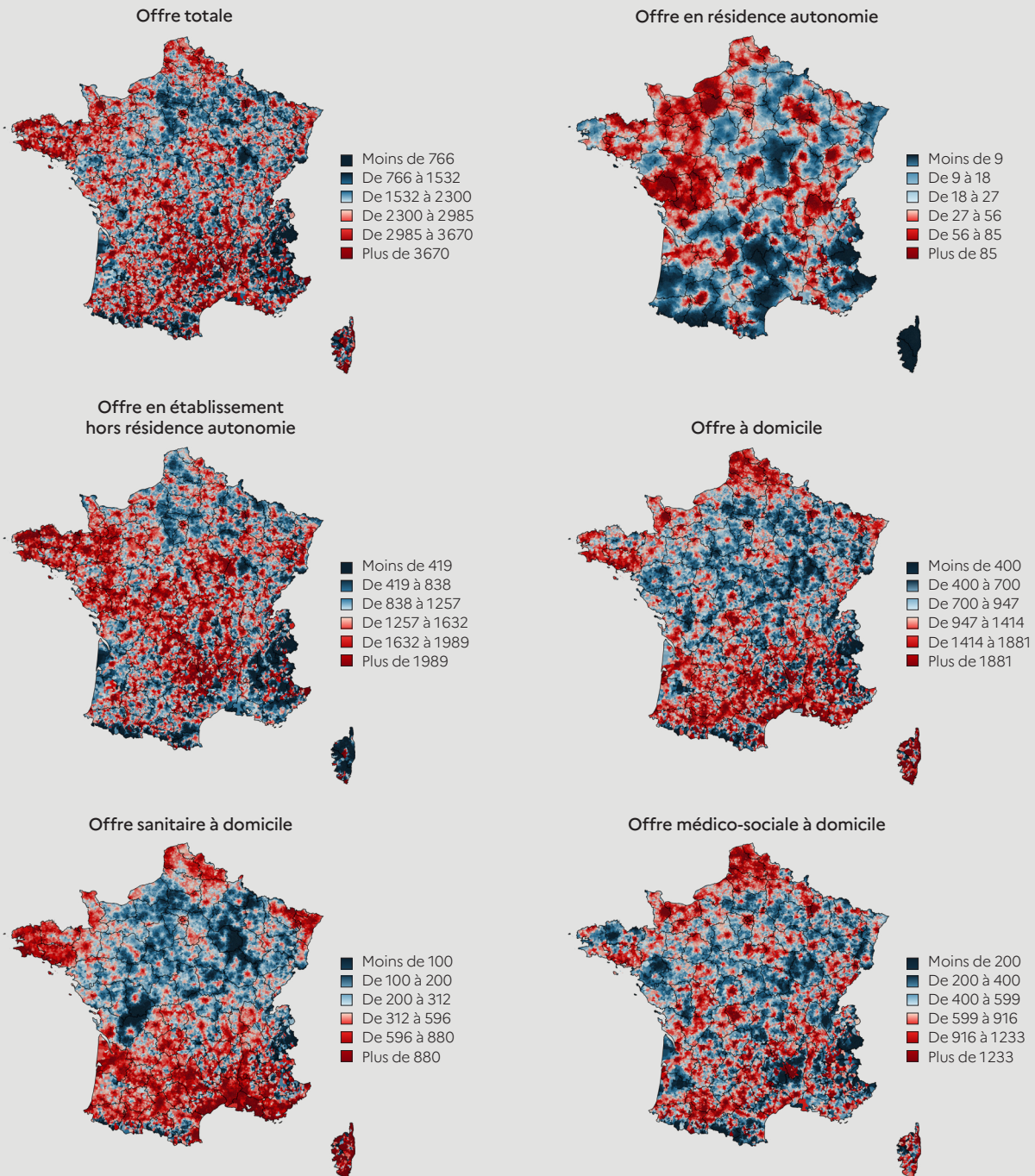
> Études et Résultats n° 1279 © DREES

Prise dans son ensemble, l'offre totale est d'abord assurée par le secteur privé à but lucratif avec 40 % des ETP issus de ce secteur, puis par le secteur public (33 %) et le secteur associatif (privé non lucratif, 27 %). Toutefois, l'offre est majoritairement publique en établissement (58 %), alors qu'elle est majoritairement privée à but lucratif à domicile (64 %).

Une répartition de l'offre totale variable sur le territoire métropolitain

En moyenne, 3 267 ETP exercent à moins de 60 minutes du domicile pour 100 000 personnes âgées de 60 ans ou plus. Cette accessibilité géographique à l'offre totale n'est pas homogène sur le territoire métropolitain (carte 1, tableau complémentaire A et

Carte 1 Accessibilité potentielle localisée à l'offre exprimée en nombre d'ETP à moins de 60 minutes (avec fonction de durée décroissante) pour 100 000 personnes âgées de 60 ans ou plus



Établissement hors résidence autonomie : SSR, centres d'accueil de jour, Ehpad, EHPA non Ehpad USLD (hébergement temporaire, permanent ou de jour). Offre médico-sociale à domicile : aides à domicile en mode prestataire, mandataire ou en emploi direct. Offre sanitaire à domicile : infirmières libérales ou travaillant en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et hospitalisation à domicile (HAD).

Lecture > La commune de L'Abergement-Clémenciat (01001) compte 2 094 professionnelles en équivalent temps plein (ETP) accessibles à moins de 60 minutes (avec fonction de durée décroissante) pour 100 000 personnes âgées de 60 ans ou plus. Cette offre totale se décompose en 722 professionnelles à domicile, 1 296 professionnelles en établissement hors résidence autonomie et 76 professionnelles en résidence autonomie.

Champ > Communes de France métropolitaine.

Sources > Insee, DADS 2019 ; DGE, NOVA 2019 ; ATIH, tableau de bord 2020 ; CNAMTS, SNDS 2019 ; DREES, SAE 2019, Finess 2019, EHPA 2019, Badiane 2019.

> Études et Résultats n° 1279 © DREES

encadré 2). La moitié des personnes âgées de 60 ans ou plus ont moins de 3 178 professionnelles (exprimées en ETP) accessibles à moins de 60 minutes par la route et en voiture pour 100 000 personnes âgées de 60 ans ou plus (tableau 2 et tableau complémentaire B), l'autre moitié ont plus. 10 % des personnes âgées ont moins de 1 878 ETP à moins de 60 minutes pour 100 000 personnes âgées de 60 ans ou plus, 10 % des personnes âgées ont plus de 4 807 ETP à moins de 60 minutes pour 100 000 personnes âgées de 60 ans ou plus.

L'accessibilité géographique est plus faible dans les régions autour de l'Île-de-France (Oise, Seine-Maritime, Eure, Orne, Eure-et-Loir, Sarthe, Loir-et-Cher), tout comme dans les régions montagneuses (Alpes, Pyrénées, Vosges, Jura) et le Grand Est. Le reste de la France bénéficie d'une offre plus accessible : les zones de faible accessibilité géographique y sont dispersées et de taille réduite. Cette relative uniformité de l'offre masque en réalité des différences plus marquées selon le lieu de prise en charge.

Une spécialisation des territoires vers le domicile ou l'établissement

Il apparaît une forte complémentarité entre l'accessibilité géographique à l'offre en établissement et à l'offre à domicile. Les communes de la moitié sud, ainsi que celles proches des frontières du Nord, ont une accessibilité géographique élevée à l'offre à domicile, tandis que les communes de Bretagne, des Pays de la Loire et celles se situant à l'intérieur des terres sont fortement accessibles à l'offre en établissement hors résidences autonomie. Les résidences autonomie ont un schéma distinct. L'offre y est particulièrement accessible géographiquement en Normandie, en Île-de-France et dans les Pays de la Loire.

À domicile, une fracture entre le Nord et le Sud est notable concernant l'offre sanitaire (infirmières, SSIAD et HAD), largement plus accessible dans le Sud. L'offre médico-sociale (aide à domicile en mode prestataire, mandataire ou gré à gré) est surtout élevée sur la côte de la Manche et dans le Nord.

Tableau 2 L'accessibilité géographique à l'offre à domicile et en établissement des personnes âgées de 60 ans ou plus en 2020

En ETP pour 100 000 personnes de 60 ans ou plus

	Moyenne	Q10	Q25	Q50	Q75	Q90	Nombre de personnes sans accès à l'offre
Ensemble de l'offre							
Total à domicile	1 604	707	995	1 437	2 012	2 625	40
dont offre médico-sociale	915	417	595	843	1 181	1 444	160
dont offre sanitaire	689	207	325	523	879	1 409	120
Total en établissement	1 663	994	1 276	1 629	1 999	2 387	820
dont résidences autonomie	48	9	22	41	69	89	161 030
dont établissements hors résidences autonomie	1 615	967	1 236	1 586	1 944	2 308	830
Offre totale	3 267	1 878	2 429	3 178	3 907	4 807	40
Offre privée à but lucratif							
Total à domicile	1 020	324	520	860	1 378	1 880	40
dont offre médico-sociale	544	208	312	479	722	974	160
dont offre sanitaire	475	61	141	287	647	1 182	260
Total en établissement	298	41	109	253	449	591	188 340
dont résidences autonomie	2	0	0	0	1	6	6 953 090
dont établissements hors résidences autonomie	296	40	107	252	446	590	190 640
Offre totale	1 318	456	708	1 139	1 736	2 292	40
Offre privée à but non lucratif							
Total à domicile	475	158	251	392	615	859	5 180
dont offre médico-sociale	320	74	137	246	419	627	30 640
dont offre sanitaire	155	39	77	133	204	274	35 860
Total en établissement	402	141	222	345	493	749	15 190
dont résidences autonomie	14	1	3	9	16	31	601 970
dont établissements hors résidences autonomie	388	131	210	335	480	735	17 710
Offre totale	877	368	528	789	1 116	1 507	3 660
Offre publique							
Total à domicile	109	18	38	74	133	243	120 890
dont offre médico-sociale	50	0	4	20	52	139	1 540 750
dont offre sanitaire	59	9	21	44	69	126	168 860
Total en établissement	964	418	629	874	1 250	1 613	8 470
dont résidences autonomie	32	3	10	25	49	67	242 530
dont établissements hors résidences autonomie	932	396	596	847	1 214	1 571	8 470
Offre totale	1 073	467	699	958	1 373	1 790	8 180

Note > Le nombre d'habitants de 60 ans ou plus dans la commune est utilisé comme pondération des communes.

Lecture > 10 % des individus de 60 ans ou plus ont moins de 1 878 ETP à moins de 60 minutes pour 100 000 personnes âgées de 60 ans ou plus, 10 % des individus de 60 ans ou plus ont plus de 4 807 ETP à moins de 60 minutes pour 100 000 personnes âgées de 60 ans ou plus. 40 individus de 60 ans ou plus résident dans une commune ayant une accessibilité à l'offre totale nulle.

Champ > Communes de France métropolitaine.

Sources > Insee, DADS 2019 ; DGE, NOVA 2019 ; ATIH, tableau de bord 2020 ; CNAMTS, SNDS 2019 ; DREES, SAE 2019, Finess 2019, EHPA 2019, Badiane 2019.

> Études et Résultats n° 1279 © DREES

Grâce à une analyse statistique (**encadré 3**), un gradient de spécialisation a été identifié (**carte 2**) : les communes en vert foncé ont une offre fortement accessible surtout en établissement, les communes en bleu foncé ont une offre fortement accessible dans le secteur médico-social à domicile. Entre les deux, se trouvent des communes sans spécialisation ou avec une offre plus accessible dans le secteur sanitaire à domicile (ce qui explique que la spécialisation à domicile est moins visible sur la côte méditerranéenne, du fait notamment d'une forte présence du secteur sanitaire).

Le territoire français est marqué par une spécialisation public-privé

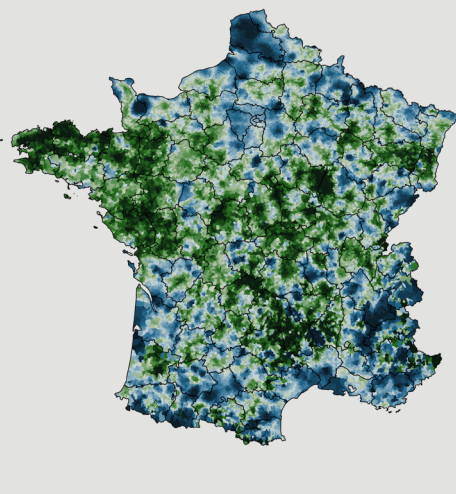
L'accessibilité à l'offre selon le statut juridique (privé à but lucratif, privé à but non lucratif ou public) a également été observée. Grâce à une analyse statistique, un gradient du statut juridique de l'offre allant d'une offre quasi exclusivement privée à une offre quasi exclusivement publique a été identifié. L'offre publique est en moyenne plus accessible sur les territoires où l'offre en établissement est élevée – cette dernière étant majoritairement publique (en vert foncé sur la **carte 3**). Il apparaît de

Encadré 3 Création des typologies des communes

La spécialisation de l'offre ou la prédominance de certains statuts juridiques (**cartes 2 et 3**) sont estimées grâce à des analyses en composantes principales. Elles consistent à projeter les valeurs des indicateurs d'accessibilité potentielle localisée (APL) de chaque commune pour identifier des groupes de communes similaires en termes d'offre. Pour la **carte 2**, nous projetons les indicateurs d'APL aux établissements, à l'aide médico-sociale à domicile et à l'aide sanitaire. L'axe 1 (qui contribue à 61 %) explique l'accessibilité géographique à l'offre, toute offre confondue. L'axe 2 contribue à 20 %.

Il permet d'identifier les spécialisations domicile-établissement (en regroupant les résidences autonomie et les autres établissements). Les coordonnées de ce deuxième axe sont utilisées pour construire la **carte 2**. Pour la **carte 3**, nous projetons les indicateurs d'APL selon le statut juridique. L'axe 1 (qui contribue à 54 %) explique l'accessibilité géographique à l'offre, toute offre confondue. L'axe 2 contribue à 25 %. Il permet d'identifier un gradient public-privé de l'offre. Les coordonnées de ce deuxième axe sont utilisées pour construire la **carte 3**.

Carte 2 Spécialisation à domicile ou en établissement des communes



Notes > L'indice de spécialisation a été construit grâce à une analyse statistique (méthode détaillée dans l'encadré 3). Les communes ayant les valeurs les plus faibles (négatives) ont une offre fortement accessible surtout dans le secteur médico-social à domicile (bleu foncé). Les communes ayant les valeurs les plus élevées (positives) ont une offre fortement accessible surtout en établissement (vert foncé). Entre les deux, nous avons des communes où l'offre sanitaire à domicile est plus accessible.

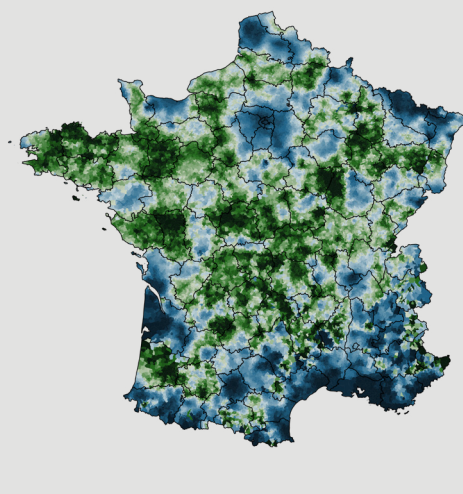
Lecture > Il apparaît une forte complémentarité entre l'accessibilité géographique à l'offre en établissement et à l'offre à domicile. Les communes de la moitié sud, ainsi que celles proches des frontières du Nord ont une accessibilité géographique élevée à l'offre à domicile, tandis que celles de Bretagne et des Pays de la Loire et à l'intérieur des terres sont fortement accessibles à l'offre en établissement hors résidences autonomie.

Champ > Communes de France métropolitaine.

Sources > Insee, DADS 2019 ; DGE, NOVA 2019 ; ATIH, tableau de bord 2020 ; CNAMTS, SNDS 2019 ; DREES, SAE 2019, Finess 2019, EHPA 2019, Badiane 2019.

> Études et Résultats n° 1279 © DREES

Carte 3 Gradient public-privé de l'offre de prise en charge



Notes > L'indice de spécialisation a été construit grâce à une analyse statistique (méthode détaillée dans l'encadré 3). Les communes ayant les valeurs les plus faibles (négatives) ont une offre fortement accessible surtout dans le secteur privé (bleu foncé). Les communes ayant les valeurs les plus élevées (positives) ont une offre fortement accessible surtout dans le secteur public (vert foncé). Entre les deux, nous avons des communes où l'offre est plus accessible surtout dans le secteur privé à but non lucratif.

Lecture > Il apparaît en bleu foncé de grandes zones dont l'accessibilité à l'offre est essentiellement liée à de l'offre privée lucrative (Méditerranée, Île-de-France, Corse, régions des Alpes et des Pyrénées, Nord-Est), et d'autres en vert foncé où l'offre est essentiellement publique (Bretagne, Pays de la Loire, Normandie, centre de la France).

Champ > Communes de France métropolitaine.

Sources > Insee, DADS 2019 ; DGE, NOVA 2019 ; ATIH, tableau de bord 2020 ; CNAMTS, SNDS 2019 ; DREES, SAE 2019, Finess 2019, EHPA 2019, Badiane 2019.

> Études et Résultats n° 1279 © DREES

grandes zones dont l'accessibilité à l'offre est essentiellement liée à de l'offre privée lucrative (Méditerranée, Île-de-France, Corse, régions des Alpes et des Pyrénées, Nord-Est) et d'autres où l'offre est essentiellement publique (Bretagne, Pays de la Loire, Normandie, centre de la France). Certains départements se distinguent et ne suivent pas le schéma de leurs voisins. C'est le cas par exemple des Landes, du Haut-Rhin, de la Somme où l'offre

est majoritairement publique (ce qui n'est pas le cas de leurs voisins) et de la Loire-Atlantique, du Calvados, de la Vienne, de l'Indre-et-Loire où l'offre est majoritairement privée (contrairement aux départements limitrophes). ●



Télécharger les données associées à l'étude

Mots clés : **Accès aux soins** **Disparités et inégalités territoriales** **Établissement pour personnes âgées** **Professionnel de santé**
Professionnel du social

Pour en savoir plus

- > **Barlet, M., Coldefy, M., Collin, C., Lucas-Gabrielli, V.** (2012, mars). L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. DREES, *Études et Résultats*, 795.
- > **Briard, K.** (2023, janvier). Conditions de travail et mixité : quelles différences entre professions, et entre femmes et hommes ? DARES, *Document d'études*, 265.
- > **Carrère, A.** (2023a). Perte d'autonomie des personnes âgées en France : Pourquoi y a-t-il des différences territoriales ? *Revue économique*, volume 74, 3.
- > **Carrère, A.** (2023b). *L'accessibilité potentielle localisée à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées : approche territoriale*. Institut des politiques publiques, rapport 45.
- > **Carrère, A., Couvert, N., et Missegue, N.** (2021, décembre). Un nouvel indicateur pour mesurer l'accessibilité géographique aux structures médico-sociales destinées aux personnes âgées. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 88.
- > **Libault, D.** (2019, mars). *Rapport de la concertation grand âge et autonomie*.
- > **Miron de l'Espinay, A., Roy, D.** (2020, décembre) Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en Ehpad d'ici à 2030. Projections de population âgée en perte d'autonomie selon le modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA). DREES, *Études et Résultats*, 1172.
- > **Ramos-Gorand, M.** (2020, mars). Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 51.
- > **Toutlemonde, F. (dir.), Boisguérin, B. (coord.)** (2022, juillet). *Les établissements de santé – Édition 2022*. Paris, France : DREES, Panoramas de la DREES-Santé.

> **Publications**
drees.solidarites-sante.gouv.fr

> **Open Data**
data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

> **Nous contacter**
DREES-INFO@santer.gouv.fr

> **Contact presse**
DREES-PRESSE@santer.gouv.fr

Directeur de la publication : Fabrice Lenglard
Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet
Chargée d'édition : Élisabeth Castaing
Composition et mise en pages : Julie Eneau
Conception graphique : DREES

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources
ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la DREES d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité du directeur de la publication, a pour objet la diffusion de la publication de la DREES. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : DREES - Bureau des Publications et de la Communication - 14 avenue Duquesne - 75 350 Paris 07 SP ou en envoyant un courriel à : drees-infos@santer.gouv.fr