

DOSSIERS solidarité et *santé*

Accessibilité de l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées : enjeux territoriaux

N° 36
2013



À la fin de l'année 2007, 1,12 million de personnes âgées peuvent être considérées comme dépendantes. Parmi elles, 42 % vivent en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA). Bien que la DREES ait déjà montré combien la situation géographique de l'établissement est déterminante dans le choix des résidents, peu d'études s'intéressent à la localisation de ces établissements et leur accessibilité.

L'accessibilité géographique est au cœur de ce dossier, qui apporte des éclairages complémentaires sur l'enquête menée auprès des établissements concernant l'année 2007 (dite « EHPA 2007 »). Ainsi, le premier article analyse l'accessibilité géographique théorique aux établissements : bien que les établissements soient des équipements de proximité, l'accessibilité est très différenciée en fonction des territoires. Le second article examine les phénomènes de changement de département à l'entrée en institution, montrant que ce sont des migrations complexes qui peuvent être guidées par des choix personnels ou familiaux, par des contraintes liées à l'état de santé des personnes âgées ou à l'offre d'accueil.

Melina RAMOS-GORAND*

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

* Doctorante en géographie, sous la direction de Jeanne-Marie AMAT-ROZE, professeure des universités émérite, Lab'Urba EA 3482 Université Paris-Est Créteil (UPEC).

Sommaire

- **Introduction** 3
- **Les disparités territoriales d'équipement en établissement d'hébergement pour personnes âgées** 5
- **Migrations des personnes âgées entrées en institution** 37

Introduction

Les enjeux territoriaux de la perte d'autonomie des personnes âgées sont centraux. Les notions de proximité et d'accessibilité sont notamment décisives, à deux niveaux. D'abord, elles sont déterminantes pour les institutions, qui doivent mettre en œuvre les principes d'équité territoriale exigés par la loi : celle-ci garantit un accès territorial équitable. Ensuite, elles sont importantes pour les personnes âgées elles-mêmes : la majorité des personnes âgées choisit son établissement d'hébergement en fonction de sa situation géographique.

Pourtant, c'est avant tout en médecin, en travailleur social, en économiste, en sociologue, ou en philosophe que l'on s'intéresse à la perte d'autonomie des personnes âgées, rarement en géographe : les études qui mettent l'espace, le territoire au centre de leur travail sont peu nombreuses. Au cœur de ce Dossier solidarité et santé : la proximité et l'accessibilité géographique aux établissements d'hébergement, pour les personnes âgées dépendantes.

Les articles de ce dossier s'intéressent aux notions d'accessibilité géographique et de proximité, à l'échelle des institutions et des individus. L'objectif de l'étude est d'apporter une lisibilité géographique aux données de l'enquête menée auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA). Cette enquête, réalisée en 2008, renseigne sur la situation des établissements, de leur personnel et de leurs résidents au 31 décembre 2007. La tarification des établissements a pu évoluer depuis. Cette évolution pourra être observée lors de la publication des résultats de la prochaine enquête fin 2013.

Le premier article questionne le principe d'équité territoriale, imposé par l'article L. 116-1 du Code de l'action sociale et des familles : « l'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire. »

L'équité territoriale, dont l'objectif est d'assurer à tous les mêmes conditions d'accès aux établissements, est d'abord mesurée de manière théorique, en fonction d'indicateurs simples, s'appuyant sur la localisation des établissements et la répartition spatiale des personnes âgées de 75 ans ou plus.

Montrant que les établissements sont des équipements de proximité, l'étude met également en lumière de grandes disparités, entre départements et au sein de chacun d'entre eux. La facilité d'accès aux établissements, en lien avec la distance et la disponibilité des équipements, est également spatialement différenciée. Enfin, parce que l'établissement le plus proche spatialement n'est pas toujours le plus accessible financièrement, l'accessibilité géographique est mise en regard de critères économiques.

Le second article s'intéresse aux personnes âgées qui intègrent un établissement hors du département où elles habitaient, posant la question de ce qui influence ces départs. L'enquête Résidents, réalisée par la DREES en 2007 auprès des personnes âgées en établissements, montrait que la majorité d'entre elles s'inscrivent dans un seul établissement, choisi principalement pour sa situation géographique : environ la moitié des résidents, et 70 % de leurs proches citent la situation géographique comme critère de sélection de l'établissement, avant sa bonne réputation (environ un tiers des résidents et des proches) ou les délais d'attente (cités par moins d'une personne sur cinq).

Les changements de département concernent environ 15 % des personnes âgées hébergées en établissement fin 2007. Dans la moitié des situations, le département de départ et le département d'accueil ne sont pas limitrophes.

Après une description des flux migratoires entre les départements, cette étude met en évidence les liens entre les changements de département et les caractéristiques des personnes âgées (sexe, niveau de dépendance, situation juridique, situation familiale), ainsi que ceux relatifs aux tarifs des établissements dans leur département d'origine, au statut et à la catégorie de l'établissement intégré, à l'écart entre le tarif de l'établissement et le tarif moyen du département d'accueil.

Les migrations sont, en effet, des phénomènes complexes qui peuvent être guidés par des choix personnels ou familiaux, par des contraintes liées à l'état de santé des personnes âgées ou à l'offre d'accueil.

Les disparités territoriales d'équipement en établissements d'hébergement pour personnes âgées

L'implantation des EHPA¹ est, depuis le milieu du xx^e siècle, fortement modelée par les pouvoirs publics, en lien avec les besoins des territoires (encadré 1). Cette étude s'intéresse aux disparités territoriales d'accès aux établissements d'hébergement pour personnes âgées (maison de retraite, logement-foyer ou USLD, EHPAD ou non – encadré 2) en France métropolitaine à la fin de l'année 2007 à divers échelons géographiques, communaux, cantonaux ou départementaux au regard de leur population âgée de 75 ans ou plus. La localisation des EHPA, les distances qui les séparent des populations de personnes âgées résidant à leur domicile et l'accessibilité géographique aux établissements en fonction des taux d'équipement, traduisant la possibilité de trouver une place à

proximité de son domicile, sont notamment analysées. L'accessibilité géographique est, en outre, appréciée en fonction de critères économiques et financiers : la part des places dans les établissements privés à but lucratif, ainsi que la part des établissements totalement habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

Des établissements pour personnes âgées sur tout le territoire, les EHPAD non rattachés à un hôpital étant assez bien répartis

87 % des 3 646 pseudo-cantons français² disposent d'au moins un établissement d'hébergement pour personnes âgées. La localisation des établissements à la commune reflète ce maillage fin du territoire (carte 1). Ces pseudo-

ENCADRÉ 1

Politiques publiques d'ouverture d'EHPA et territoires

L'organisation territoriale des EHPA est, depuis la deuxième moitié du xx^e siècle, fortement modelée par les pouvoirs publics. Les établissements, publics ou privés, sont autorisés par une autorité administrative. Dès la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, « la commission nationale ou les commissions régionales des institutions sociales et médico-sociales donnent un avis motivé sur l'opportunité de la création ou de l'extension des établissements, en fonction des besoins quantitatifs et qualitatifs, de la population, et compte tenu des équipements existants ou prévus. » Cette loi introduit ainsi la notion d'autorisation préalable à la création d'établissements et de services. La loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale met l'accent sur l'équité territoriale. L'article 3 de cette loi insère l'article 116-2 du Code de l'action sociale et des familles : « l'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire. » Par ailleurs, la loi 2002-2 renforce les critères de délivrance de l'autorisation. Jusqu'à la mise en place de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), tout projet d'ouverture d'un établissement était donc examiné par une commission (comité régional d'organisation sociale et médico-sociale – CROSMS). Depuis la mise en place de la loi HPST, les projets de création, transformation ou extension des établissements et services sociaux et médico-sociaux s'inscrivent en réponse à des appels à projets lancés, seuls ou conjointement, par les financeurs (préfets de région, directeurs généraux des agences régionales de santé, présidents de conseils généraux), sur la base de diagnostics et états de besoins réalisés au sein de chacun des territoires⁴. Les diagnostics de territoires tiennent donc une place importante.

1. Décret n° 2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L 313-1-1 du Code de l'action sociale et des familles.

1. Dans toute l'étude, on utilisera l'abréviation « EHPA » pour « établissement d'hébergement pour personnes âgées ».

2. Il s'agit ici de pseudo-cantons au sens de l'INSEE : « à la différence du canton, le 'canton-ou-ville', (ou pseudo-canton) est un regroupement d'une ou plusieurs communes entières. Dans les agglomérations urbaines, chaque canton comprend en général une partie de la commune principale et éventuellement une ou plusieurs communes périphériques. Dans ce cas, l'INSEE considère la commune principale, entière, comme un pseudo-canton unique et distinct. Pour la ou les communes périphériques, le pseudo-canton considéré est alors identique au vrai canton amputé de la fraction de la commune principale que comprend le vrai canton. » On considère 3 646 cantons sur les 3 785 de l'INSEE puisque l'on exclut les DOM et la Corse. Parmi ces pseudo-cantons, 479 ne sont pas équipés et 3 167 le sont, soit 87 %.

ENCADRÉ 2

Sources des données et concepts utilisés

L'enquête EHPA 2007

L'enquête EHPA de 2007 a été réalisée de façon exhaustive par la DREES auprès des gestionnaires d'établissements d'hébergement pour personnes âgées. Son lancement s'est effectué à partir du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS). Elle décrit la situation des établissements au 31 décembre 2007 et fournit principalement des informations sur leurs capacités d'accueil et modalités de fonctionnement, leur personnel (sexe, âge, statut, fonction principale, ancienneté, etc.) et leurs résidents (sexe, âge, degré de dépendance, incapacités, etc.).

Les catégories d'établissements retenues sont les maisons de retraites, les logements-foyers et unités de soins de longue durée des hôpitaux (USLD). Consécutivement à la réforme tarifaire et qualitative engagée en 1997, une partie de ces établissements a signé une convention avec le conseil général et l'assurance maladie. Ces établissements sont désormais qualifiés d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Les catégories d'établissements pour personnes âgées sont regroupées dans cette étude de la façon suivante : les USLD, les EHPAD rattachés à un hôpital, les EHPAD non rattachés à un hôpital¹ et les logements-foyers non EHPAD. Les maisons de retraites non EHPAD sont considérées ici comme des EHPAD en raison de caractéristiques proches en termes de patientèle.

Nombre de places en 2007 et 2011, par catégorie d'établissement

Catégorie d'établissement	Places en 2007 ¹	Places en 2011 ¹
USLD	66 000	34 000 ²
EHPAD rattaché à un hôpital	105 000	129 000
EHPAD non rattaché à un hôpital	395 000	443 000
Logements-foyers non EHPAD	117 000	113 000

1. Places en établissement incluant les DOM et la Corse qui ne font pas partie de cette étude.

2. Estimation à partir de la statistique annuelle des établissements de santé de 2010 (SAE – DREES).

Champ • France entière.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007, SAE 2010, FINESS 2011.

Le fichier FINESS fin 2011

Le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) de la DREES répertorie les établissements sanitaires et sociaux et recense les places des établissements sociaux mais pas celles des établissements sanitaires. Le fichier FINESS du 25 novembre 2011 est utilisé en complément pour cette étude afin de comparer la situation des établissements fin 2007 à celle de la fin 2011 sur la même définition que celle du champ de l'étude. Les capacités d'accueil des établissements sanitaires n'étant pas disponibles dans FINESS, seul le nombre d'établissements sera utilisé.

La Base permanente des équipements

La Base permanente des équipements (BPE) de l'INSEE, mise à jour tous les ans, recense les équipements disponibles dans chaque commune. La BPE couvre les commerces et les services, marchands ou non (tels que la santé, l'action sociale, l'enseignement...). La BPE comprend, en 2008, 1 700 000 équipements provenant de dix sources administratives externes² et renseigne sept domaines d'équipements différents : services aux particuliers, commerces, enseignement, santé et action sociale, transports et déplacements, sport, loisirs et culture, tourisme. Ces grands domaines d'équipements sont divisés en sous-domaines d'équipements, eux-mêmes déclinés en types d'équipements (médecins généralistes libéraux, pharmacies, hôtels homologués...), au nombre de 137 en 2008.

La population de 75 ans ou plus est issue du recensement de l'INSEE au 1^{er} janvier 2008. Elle inclut la population à domicile et en établissement.

Le champ géographique de l'étude

La Corse, qui constitue un cas particulier, n'est pas intégrée dans l'étude (encadré 4). Les DOM, pour lesquels les problématiques sont particulières, sont également exclus en raison de l'absence de certaines données.

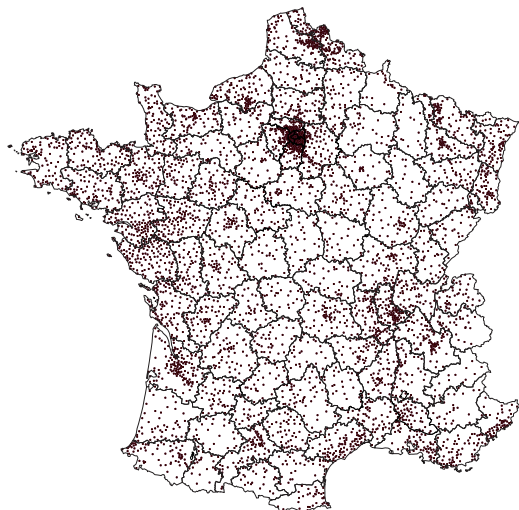
Distance entre communes

Dans l'ensemble de l'étude, la distance entre deux communes est la distance kilométrique par la route entre les chefs-lieux des deux communes (généralement les mairies), calculée par le distancier Odomatrix. Le distancier renseigne les distances au km près. Les grandes villes sont considérées globalement : Paris, Lyon et Marseille représentant chacun une commune.

1. Les EHPAD juridiquement rattachés à un hôpital se distinguent par leur degré de médicalisation. Leurs caractéristiques en termes de patientèle et d'implantation géographique sont de fait différentes de celles des EHPAD non rattachés à un hôpital. Ces derniers sont gérés par des acteurs privés, à but lucratif ou non lucratif, et par des acteurs publics dans le cadre d'établissements médico-sociaux communaux ou de centres communaux d'action sociale.

2. Pour plus d'informations, il est possible de consulter la présentation, le champ et les caractéristiques techniques de la BPE sur le site de l'INSEE : <http://insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=sources/ope-adm-bpe.htm>

CARTE 1

Localisation des EHPA auprès
des communes en France fin 2007

- Présence d'au moins un établissement dans la commune
- ~ Limites départementales

Lecture • Les points correspondent à des établissements d'hébergement, ils sont localisés au chef-lieu de leur commune, soit à la mairie.

Champ • Établissements ouverts au 31 décembre 2007.

Sources • DREES, Répertoire FINESS ; Cartographie Arctique

cantons abritent 97 % de la population âgée de 75 ans ou plus³. Les pseudo-cantons dépourvus d'établissements d'hébergement ne sont pas concentrés dans l'espace ; plus de 80 % des départements comptent au moins un pseudo-canton sans EHPA. Cependant, les départements ruraux comme les Ardennes, la Marne, la Haute-Marne ou la Haute-Saône comptent plus de pseudo-cantons dépourvus en EHPA que la moyenne. Ainsi, le nombre d'EHPA est plus faible dans les zones moins densément peuplées (carte 2, tableau 1).

L'indice de Teil mesure l'ampleur des inégalités spatiales (encadré 3). La répartition du nombre d'EHPA est presque égalitaire entre les départements (indice de Theil faible de 0,04) [tableau 2] et assez équilibrée à l'échelle cantonale (indice de Theil de 0,17)⁴. Au niveau cantonal, la répartition des EHPA est du même ordre que celle des infirmiers libéraux (indice de 0,17) ou des supermarchés (0,21) mais les EHPA sont mieux répartis que les urgences (1,16) et moins bien que les pharmacies (0,05), boulangeries (0,06) ou les coiffeurs (0,05). L'effet du nombre est important car tous les équipements qui sont mieux répartis que les EHPA sont beaucoup plus nombreux : plus de six fois plus de médecins que d'EHPA, par exemple. Les EHPA sont toutefois mieux répartis que les infirmiers libéraux, pourtant plus nombreux.

Les différentes catégories d'établissements ne s'adressant pas au même public, il est également intéressant d'observer la répartition de chaque catégorie d'établissement, de celle des USLD qui accueillent majoritairement des personnes très dépendantes (80 % des résidents sont en GIR 1 ou 2)⁵ à celle des logements-foyers non EHPAD où les résidents les plus autonomes sont surreprésentés (70 % sont classés en GIR 6 ou non classés en GIR)⁶. À l'échelle départementale, l'indice de Theil est compris entre 0,06 et 0,22 quelle que soit la catégorie d'établissement considérée (tableau 3). Il est nettement plus élevé à l'échelle cantonale, il atteint près de 1,4 pour les USLD et les EHPAD rattachés à un hôpital. Avec l'indice le plus faible, de 0,36 au niveau cantonal, les EHPAD non rattachés à un hôpital sont les mieux répartis sur le territoire. Ils sont par ailleurs 5 à 7 fois plus nombreux que les établissements dépendant d'un hôpital, USLD ou EHPAD, et offrent

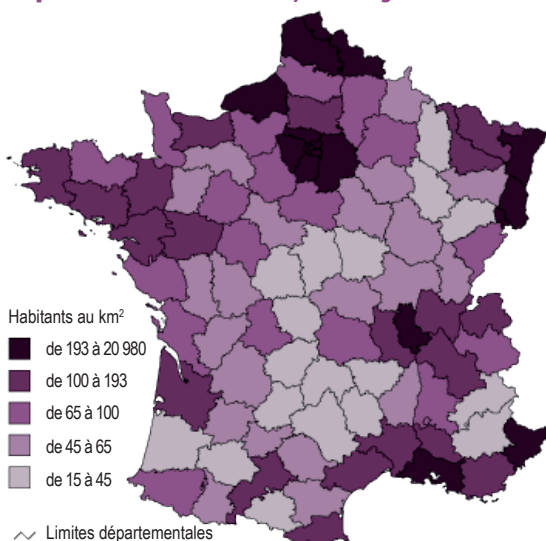
3. Il s'agit ici de l'ensemble de la population âgée, la population en établissement ne pouvant être isolée dans les données du recensement.

4. Le fait que cet indice passe de 0,04 au niveau du département à 0,17 au niveau cantonal montre que les différences de répartition des établissements entre les départements sont moins importantes que les différences entre les pseudo-cantons. Cet effet n'est pas spécifique aux EHPA mais est valable quel que soit le type d'équipement considéré. Les géographes ont théorisé depuis 1979 ce phénomène sous l'acronyme MAUP (Modifiable Areal Unit Problem). Plus le zonage choisi est lâche, plus l'hétérogénéité à l'intérieur des mailles spatiales augmente, et la variabilité entre les mailles diminue : « La variabilité spatiale intrinsèque du phénomène étudié demeure inchangée. Dans la mesure où le déploiement de ce phénomène ne peut être connu qu'à travers une variable compilée dans un maillage, sa variabilité spatiale intégrale est inaccessible puisqu'une partie en est cachée à l'intérieur des unités territoriales. La variance de la variable n'exprime en effet que la variabilité inter-maillages du phénomène. Plus la taille des mailles augmente, plus la variabilité spatiale intra-maille croît. Par soustraction, la variabilité inter-maillages, c'est-à-dire la variance de la variable, diminue (Dumolard P., 1997, cité dans *La Comparaison des territoires transfrontaliers à l'échelle nationale, vers une typologie fondée sur les logiques d'intégration*, Rapport final, décembre 2008, DIACT).

5. La grille nationale AGGIR (autonomie gérontologie groupes iso-ressources) permet d'évaluer le degré de perte d'autonomie ou de dépendance, physique et psychique, des personnes âgées dans l'accomplissement des actes quotidiens. Six groupes classent ainsi les personnes du GIR 1, pour les plus dépendantes au GIR 6 pour les plus autonomes.

6. Perrin-Haynes J., 2010, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées, activité, personnel et clientèle au 31 décembre 2007 », *Document de travail, Série statistiques*, DREES, n° 142, février.

CARTE 2

Nombre d'habitants au km² par
département en France, au 1^{er} janvier 2008

- Habitants au km²
- de 193 à 20 980
 - de 100 à 193
 - de 65 à 100
 - de 45 à 65
 - de 15 à 45

~ Limites départementales

Lecture • Les densités permettent de connaître le nombre d'habitants au km². Plus le département apparaît en foncé, plus sa densité est élevée.

Sources • INSEE, Recensement de la population 2008 ; Cartographie Arctique.

TABLEAU 1

Répartition de la population âgée et des places des catégories d'établissement, selon le type d'agglomération

	Part de la population âgée au 1 ^{er} janvier 2008	En % de places				
		En logement-foyer	En EHPAD non rattaché à un hôpital	En EHPAD rattaché à un hôpital	En USLD	Ensemble
Pôle urbain de plus de 50 000 habitants	21,5	26,7	17,7	7,6	21,9	15,0
Pôle urbain de moins de 50 000 habitants	36,2	46,4	32,9	41,1	45,0	39,1
Commune mono ou multipolarisée de plus de 5 000 habitants	2,6	3,5	3,0	4,1	4,4	3,5
Commune mono ou multipolarisée de moins de 5 000 habitants	15,4	7,0	16,8	5,3	5,2	12,7
Pôle d'emploi de l'espace rural, de plus de 5 000 habitants	3,4	3,5	2,8	14,8	7,1	5,4
Pôle d'emploi de l'espace rural, de moins de 5 000 habitants	3,7	4,1	4,6	14,4	8,9	6,6
Autre commune rurale, de plus de 500 habitants	11,6	8,4	20,5	12,4	7,3	16,5
Autre commune rurale, de moins de 500 habitants	5,5	0,4	1,7	0,3	0,3	1,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif total	5 468 110	116 133	392 454	103 751	64 833	677 171

Définition • Le zonage en aire urbaine distingue plusieurs catégories de territoires. L'espace à dominante urbaine est un ensemble de communes d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle urbain de plus de 10 000 emplois, et par des communes dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci. Les communes monopolarisées appartiennent à la couronne d'une seule aire urbaine ; les communes multipolarisées sont celles dont au moins 40 % des résidents actifs occupés travaillent dans plusieurs grandes aires urbaines, sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elles, et qui forment avec elles un ensemble d'un seul tenant. Les communes multipolarisées étant peu nombreuses, elles sont regroupées dans l'étude avec les communes monopolarisées. L'espace à dominante rurale comprend les pôles d'emploi de l'espace rural, composés de communes n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine et comptant 1 500 emplois ou plus et les autres communes rurales. Pour plus d'informations, consulter insee.fr

Ce zonage est croisé avec des critères démographiques.

Lecture • Alors qu'elles concentrent 21,5 % de la population âgée de 75 ans ou plus, les communes appartenant à des pôles urbains de plus de 50 000 habitants abritent 26,7 % des places en logements-foyers mais seulement 7,6 % des places en EHPAD rattaché à un hôpital. Elles abritent 15 % de l'ensemble des places en EHPA.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007 (places en établissement) ; INSEE (population et zonage en aires urbaines).

TABLEAU 2

Indice de Theil des équipements à l'échelle des pseudo-cantons et des départements

	Nombre d'équipements	Échelle cantonale	Échelle départementale
Coiffure	67 496	0,05	0,01
Pharmacie	23 259	0,05	0,01
Boulangerie	44 657	0,06	0,02
Médecin omnipraticien	63 836	0,09	0,03
EHPA	10 190	0,17	0,04
Infirmiers libéraux	63 330	0,17	0,11
Supermarché	10 263	0,21	0,04
Poste	11 382	0,25	0,07
Supérette	4 441	0,48	0,04
Court séjour	1 734	0,76	0,03
Urgences	682	1,16	0,06

Lecture • À l'échelle cantonale, la répartition des EHPA est plus égalitaire que celle des supermarchés ou des urgences (indice de Theil plus faible).

Sources • DREES, enquête EHPA 2007 ; INSEE, Base permanente des équipements 2008, population âgée de 75 ans ou plus issue du recensement 2008.

TABLEAU 3

Indice de Theil à l'échelle cantonale et départementale par catégorie d'établissement, en fonction du nombre d'EHPA, en 2007

	USLD	EHPAD rattaché à un hôpital	EHPAD non rattaché à un hôpital	Logement-foyer	Total
Indice de Theil à l'échelle cantonale	1,31	1,41	0,36	0,69	0,18
Indice de Theil à l'échelle départementale	0,17	0,22	0,06	0,17	0,04
Nombre d'établissements	855	1 065	5 941	2 329	10 190
Nombre de places	66 037	104 070	392 600	116 203	678 910
Nombre de pseudo-cantons avec au moins un établissement	746	857	2 686	1 375	3 169

Lecture • À l'échelle cantonale, l'indice de Theil des logements-foyers est plus petit que celui des USLD, ce qui signifie que la répartition spatiale des logements-foyers est plus égalitaire que celle des USLD.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007 ; INSEE, population âgée de 75 ans ou plus issue du recensement 2008.

aussi 4 à 6 fois plus de places que chacune de ces catégories d'établissement.

Une centaine de pseudo-cantons de France métropolitaine (hors Corse) qui n'étaient pas équipés en 2007 le sont fin 2011 : 89 % des pseudo-cantons français sont donc équipés en EHPA fin 2011. L'indice de Theil de l'ensemble des établissements est stable depuis 2007, à l'échelle cantonale comme départementale (tableau 4).

À l'échelle départementale, l'indice a faiblement diminué quelle que soit la catégorie

considérée, notamment pour les USLD, ce qui signifie que les établissements sont légèrement mieux répartis en 2011 qu'en 2007. À l'échelle cantonale, l'indice a diminué pour les EHPAD, qu'ils soient ou non rattachés à un hôpital, ces établissements sont donc mieux répartis qu'en 2007. Cependant, l'indice a augmenté pour les USLD. Ceci s'explique par le nombre d'USLD qui sont devenues EHPAD entre 2007 et 2011. Ainsi, le nombre de pseudo-cantons équipés en USLD diminue quand il augmente pour les EHPAD rattachés aux hôpitaux.

TABLEAU 4

Indice de Theil à l'échelle cantonale et départementale en 2011, en fonction du nombre d'établissements

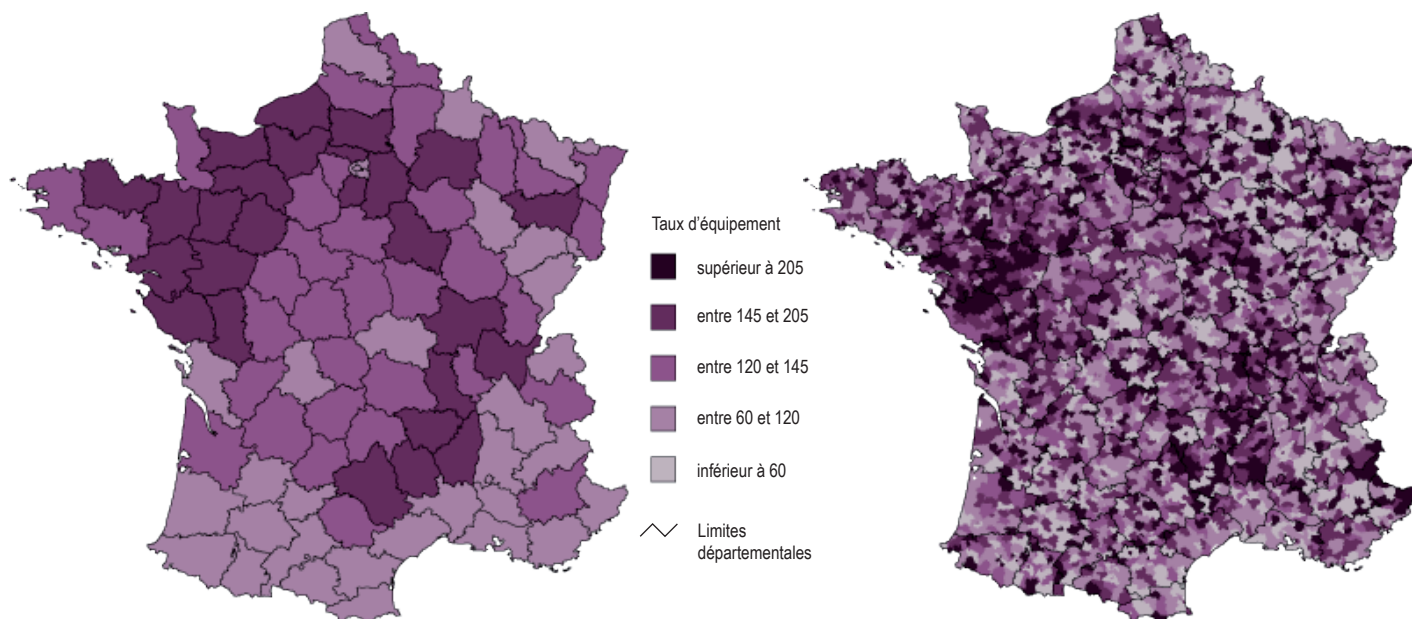
	USLD	EHPAD rattaché à un hôpital	EHPAD non rattaché à un hôpital	Logement-foyer	Total
Indice de Theil à l'échelle cantonale	1,41	1,31	0,31	0,71	0,16
Indice de Theil à l'échelle départementale	0,11	0,20	0,05	0,19	0,037
Nombre d'établissements	608	1 212	6 478	2 293	10 591
Nombre de places	nd	141 689	469 641	114 141	-
Nombre de pseudo-cantons avec au moins un établissement	553	922	2 836	1 364	3 260

Lecture • À l'échelle cantonale, l'indice de Theil des logements-foyers est plus petit que celui des USLD, ce qui signifie que la répartition spatiale des places en logements-foyers est plus égalitaire que celle des places en USLD.

Sources • DREES, Répertoire FINESS 2011.

CARTE 3

Taux d'équipement en EHPA départemental et cantonal fin 2007



Taux d'équipement • Nombre de places en établissement pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus.

Lecture • Plus le département ou le pseudo-canton apparaît en foncé, plus son taux d'équipement est important.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007 ; INSEE, population âgée de 75 ans ou plus issue du recensement 2008 ; Cartographie Arctique.

ENCADRÉ 3

L'analyse spatiale et les principaux outils utilisés

L'analyse spatiale est « l'analyse formalisée de la configuration et des propriétés de l'espace géographique, tel qu'il est produit et vécu par les sociétés humaines »¹ ; elle s'intéresse aux effets d'interaction spatiale. L'objectif de l'analyse spatiale est de lire des structures dans l'espace. Composante de la géographie quantitative, c'est une approche fondée sur la recherche de modèles et de régularités spatiales.

Indicateurs synthétiques d'accessibilité

La mesure la plus simple d'accessibilité est la distance qui existe entre deux lieux. Il existe plusieurs mesures de la distance. D'une part, les mesures mathématiques (distance à vol d'oiseau par exemple), qui ont l'inconvénient de ne pas tenir compte de la réalité de l'espace (route contournant une montagne, une forêt, etc.). D'autre part, des mesures qui s'appuient sur le réseau de transport existant. On utilise alors le nombre de kilomètres par la route ou le temps de parcours. Comme le note l'IRDES² « la distance en kilomètres par la route est généralement très corrélée à celle calculée en temps [Apparicio *et al.*, 2008]. Cela signifie que lorsque l'on ne connaît pas les limitations de vitesse ou les vitesses moyennes, la distance en kilomètres par la route est une très bonne mesure de l'accessibilité géographique. » Concernant la distance en temps par la route, le rapport souligne que « cet indicateur est très sensible aux conditions locales (spatiales et temporelles) et ces paramètres sont difficilement contrôlables car ils varient beaucoup en fonction des conditions de trafic locales (heures de pointe, week-end / semaine, saison). »

Dans le cadre de notre étude, on mesure la distance, calculée par le distancier Odomatrix en kilomètres par la route, qui sépare chaque commune de l'établissement d'hébergement le plus proche, qu'il soit ou non dans le même département. L'algorithme de calcul des distances est celui du plus court chemin. L'étude renseigne quelques informations en termes de temps de parcours et il s'agit toujours de parcours en heures creuses. Les indicateurs d'analyse spatiale calculés à partir des distances-temps (minutes en heures creuses) sont disponibles à l'annexe 5.

À titre d'exemple, les cartes E3.1 et E3.2 représentent la distance au premier établissement, en nombre de km par la route ou en minutes de trajet en heures creuses, pour les USLD.

À partir de ces distances, trois indicateurs synthétiques³ ont été retenus. Ils sont calculés par département d'après la distance minimale à parcourir pour rejoindre l'établissement le plus proche dans chaque commune et pondérés par la population âgée de la commune. Ils se réfèrent à la notion de justice, d'égalité et d'efficacité.

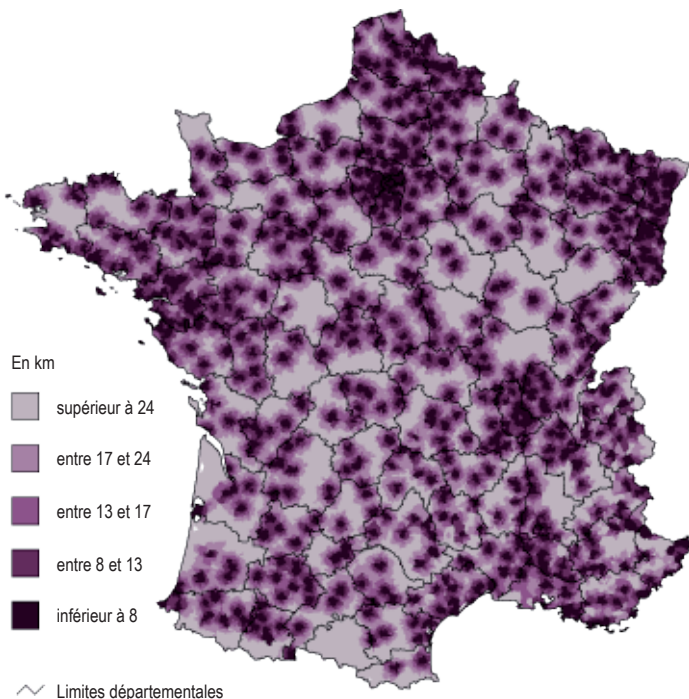
La **notion de justice** peut consister en une maximisation du bien-être des plus mal lotis. Par département, on retient le nombre maximal de kilomètres qu'une personne âgée doit parcourir pour rejoindre l'établissement le plus proche. Plus cette distance est réduite, plus la répartition des EHPA est considérée comme juste.

La **notion d'efficacité** consiste en une minimisation des distances que la plupart des personnes doivent parcourir pour rejoindre l'établissement le plus proche. La médiane est souvent utilisée comme indicateur d'efficacité, puisqu'elle permet de connaître la distance minimale que doit parcourir la moitié de la population pour rejoindre l'établissement le plus proche. Cependant, elle est, dans cette étude, très souvent égale à 0, ce qui signifie que la moitié au moins des personnes ont un établissement dans leur commune. Témoin du fin maillage de ces institutions, la médiane est donc délaissée pour le troisième quartile, en conformité avec la démarche comparative de l'étude.

La **notion d'égalité** consiste en une minimisation des écarts entre distances parcourues par les personnes les mieux et les moins bien desservies. On utilise un indicateur de dispersion statistique, l'écart-type.

L'ensemble des indicateurs et des cartes correspondantes sont disponibles en annexe.

Carte E3.1 - Distance communale à l'USLD la plus proche en 2007, en km par la route

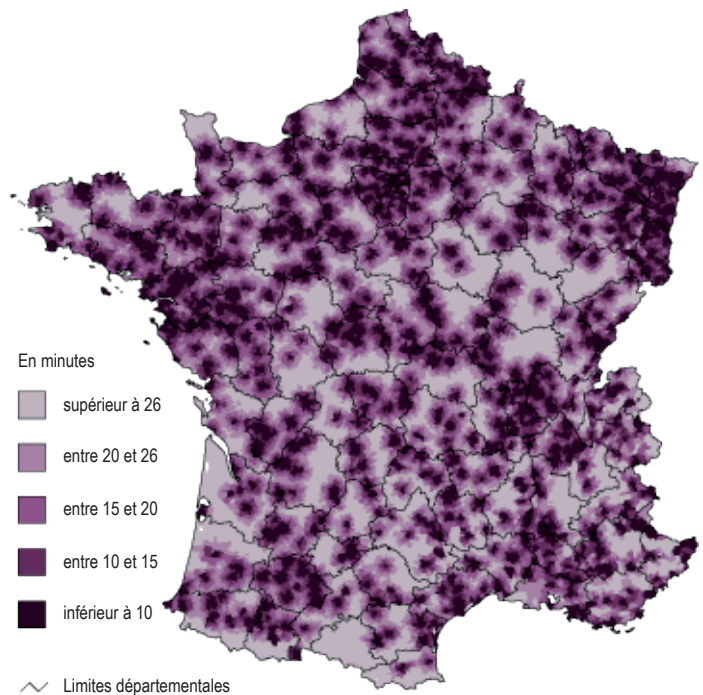


Lecture • Plus une commune apparaît en foncé sur la carte, plus elle est proche d'une USLD.

Champ • USLD ouvertes fin 2007.

Sources • DREES, répertoire FINESS ; Distancier Odomatrix ; Cartographie Arctique.

Carte E3.2 - Distance communale à l'USLD la plus proche, en temps de trajet en heures creuses, par la route



Lecture • Plus une commune apparaît en foncé sur la carte, plus elle est proche d'une USLD.

Champ • USLD ouvertes fin 2007.

Sources • DREES, répertoire FINESS ; Distancier Odomatrix ; Cartographie Arctique.

Intérêts et limites des indicateurs simples

Les trois indicateurs sélectionnés sont des indicateurs simples, qui permettent de comprendre les configurations territoriales. Les critères qu'ils utilisent – justice, égalité, efficacité – ne se réfèrent qu'à la situation géographique des établissements. Ils permettent de comparer entre eux les territoires. D'autres indicateurs, plus complexes, permettent de savoir si la localisation des services ou établissements est optimale compte tenu de la répartition de la population sur le territoire et du nombre limité d'équipements. Ces indicateurs ne seront pas développés ici⁴.

L'indice de Theil, mesure de l'inégalité spatiale

L'indice de Theil⁵ mesure l'écart entre une distribution égalitaire uniforme sur un territoire et la distribution observée. Plus les équipements sont concentrés spatialement, plus l'indice de Theil est élevé. L'indice de Theil est la variation d'entropie (indice qui permet de mesurer le désordre) entre la situation parfaitement égalitaire et la situation réelle. Il se calcule de façon suivante (cas de la répartition cantonale) :

$$T^{equip} = \sum_{c=1}^C \lambda_c^{equip} \times \log \frac{\lambda_c^{equip}}{\lambda_c^{pop}}$$

Avec

T^{equip} Indice de Theil pour l'équipement étudié

c Le pseudo-canton c

C Nombre total de pseudo-cantons de France métropolitaine hors Corse

λ_c^{equip} Part des unités de l'équipement étudié présentes dans le pseudo-canton dans l'ensemble de l'équipement de France métropolitaine hors Corse.

Sauf mention contraire, les unités d'équipement sont les EHPA du pseudo-canton c .

Concernant les EHPA, on utilise le nombre d'établissements et non le nombre de places qui n'est pas encore disponible pour 2011 dans FINESS. Les calculs complémentaires menés à partir des données de 2007 montrent cependant que les indices de Theil obtenus sont sensiblement identiques, qu'il s'agisse du nombre de places ou d'établissements. Cela s'explique sans doute par une faible variation du nombre de places d'un établissement à un autre : que l'on envisage l'ensemble des établissements, ou chaque catégorie séparément, les coefficients de variation sont tous inférieurs à 10 %.

λ_c^{pop} Part de la population de 75 ans ou plus dans l'ensemble de la population âgée de 75 ans ou plus de France métropolitaine hors Corse.

L'indice de Theil est toujours positif et croissant avec l'inégalité spatiale. Une valeur plus élevée de l'indice signifie une concentration plus forte de l'équipement (et donc une moins bonne répartition dans l'espace au regard de la répartition des personnes âgées). Un indice de Theil égal à 0,5 signifie que 26 % des personnes disposent de 74 % des équipements dans leur zone géographique ; quand il est égal à 1, 17,6 % des personnes ont 82,4 % des équipements situés dans leur zone géographique. L'indice de Theil est égal à zéro lorsque la distribution de l'équipement étudié est uniforme spatialement. Il n'a pas de limite supérieure. Par ailleurs, il accorde plus d'importance aux inégalités parmi les pseudo-cantons les moins bien équipés qu'aux inégalités parmi les pseudo-cantons les plus équipés.

Modèles gravitaires et potentiel de relation de Huff, mesure de l'attractivité

Les modèles gravitaires en géographie sont inspirés des modèles gravitaires en physique, qui montrent qu'un corps exerce une attraction d'autant plus importante sur un autre corps que sa masse est importante et que la distance entre les deux corps est réduite. Transposé en géographie, le « modèle gravitaire résume très souvent de manière satisfaisante la configuration des flux dans l'espace géographique. Il intervient dans l'explication de presque toutes les structures spatiales (modèle centre-périphérie...) ou processus spatiaux (par exemple la diffusion spatiale). On peut dire que c'est le modèle de base de la géographie⁶. » L'hypothèse principale est que la distance est un frein aux échanges entre les lieux, deux lieux éloignés échangeant moins que deux lieux proches. Le modèle permet de décrire la forme générale de l'aire d'attraction autour d'un lieu qui va disposer d'une ressource et de calculer comment une clientèle donnée peut se répartir entre différents centres d'inégale importance. Il est par exemple utilisé dans le cadre d'études d'implantation d'établissements de commerces ou de services et également utilisé en aménagement du territoire pour délimiter les zones de desserte.

Pour chaque commune, l'indicateur synthétique du potentiel de relation reflète la possibilité, pour les habitants âgés de la commune, d'obtenir une place à proximité de leur domicile. Cet indicateur, proposé par Huff en 1964, repose sur deux hypothèses : plus la distance entre la personne âgée et un établissement augmente, moins cet établissement est attractif ; plus il y a de possibilités d'obtenir une place dans les établissements environnants, plus les personnes âgées seront « attirées » par ceux-ci. Considérer uniquement le nombre de places ne permet pas de rendre compte de la disponibilité de ces places. Ainsi, les grandes villes ont des capacités généralement plus élevées que les petites, mais ces places ne sont pas forcément disponibles pour d'autres habitants. Afin de pallier cette difficulté, la possibilité d'obtenir une place est approchée par le taux d'équipement de la commune, c'est-à-dire le rapport entre le nombre de places dans la commune et le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus vivant dans cette commune, l'hypothèse étant que plus ce taux est fort, plus les établissements de la commune peuvent accueillir des personnes d'autres communes.

Formellement, la population âgée d'une commune i sera attirée par les établissements d'une autre commune j proportionnellement au taux d'équipement de la commune j , mais en proportion inverse de la distance au carré séparant i et j .

$$A_{ij} = \frac{T_j}{D_{ij}^2}$$

Avec :

T_j = taux d'équipement de la commune j

D_{ij} = distance séparant les communes i et j . Par convention, lorsqu'une commune est équipée en établissement, la distance entre les habitants de cette commune et l'équipement est de 1 km.

A_{ij} = attraction de la commune j sur les personnes âgées résidant dans la commune i . Par convention, quand la distance séparant les communes i et j est supérieure à 250 km, l'attraction exercée par la commune j sur la commune i est considérée comme nulle.

Pour chaque commune i , on sait donc à quel point elle est attirée par chacune des communes équipées en établissement situées à moins de 250 km. On somme, pour chaque commune i , tous les A_j : on obtient le potentiel de relation de Huff.

1. Pumain D., Saint-Julien T., 2010, *L'analyse spatiale*, Tome 1 – « Les localisations ».

2. *Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1^{er} janvier 2007*, Volume 2 – « Annexes méthodologiques », Coldefy M., Com-Ruelle L., Lucas-Gabrieli V., Marcoux L., Rapport IRDES, n° 1839, juin 2011.

3. Il existe un nombre important d'indicateurs et de modèles de mesure d'accessibilité. Pour plus d'informations, on se reportera à *Modèles en analyse spatiale* [Sanders L.] ou *L'analyse spatiale*, Tome 2 – « Les interactions spatiales » [Pumain D., Saint-Julien T.], 2010.

4. On trouvera des informations dans Pumain D. et Saint-Julien T., Tome 2, « Les interactions spatiales », Op. cit ; Sanders L., *Modèles en analyse spatiale*, Op. cit ; Baray J., *Localisation commerciale multiple, une application du traitement du signal et du modèle P-Median au développement d'un réseau de magasins de produits biologiques*, Thèse soutenue en décembre 2002.

5. <http://www.senat.fr/rap/r07-445-1/r07-445-13.html>, d'après Henri Theil, *Economics and Information Theory* (1967).

6. *L'analyse spatiale*, « Les interactions » (tome 2), Op. cit.

Mais les taux d'équipement varient du simple au double entre départements

Traditionnellement, la mesure de l'offre en EHPA est fondée sur le taux d'équipement (carte 3), c'est-à-dire le nombre de places pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus. Fin 2007, il est au niveau national de l'ordre de 130 places pour 1 000. Mais les taux départementaux varient plus que du simple au double induisant une certaine hétérogénéité en termes d'accessibilité. Ils sont parmi les plus bas dans le sud de la France, en particulier sur le littoral méditerranéen, et dans la petite couronne parisienne. Dans huit départements, on compte moins de 100 places pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus : à Paris, dans les Pyrénées-Orientales, en Seine-Saint-Denis, dans les Bouches-du-Rhône, le Doubs, les Alpes-Maritimes, l'Aude et l'Hérault. Les dix départements qui comptent le plus de places en établissement par rapport au nombre de personnes âgées (supérieur à 160 pour 1 000) sont, en ordre décroissant, la Lozère, le Maine-et-Loire, l'Ardèche, la Vendée, la Seine-et-Marne, l'Oise, les Deux-Sèvres, la Haute-Loire, la Mayenne, l'Orne. Aucun département considéré dans l'étude n'a de taux d'équipement inférieur à 60 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus, ou supérieur à 205 places pour 1 000.

À l'échelle des pseudo-cantons, les disparités en taux d'équipement sont plus importantes qu'entre les départements, confirmant ainsi les observations faites précédemment *via* l'indice de Theil : plus l'espace d'analyse est réduit, plus les inégalités observées sont importantes. Alors que 479 pseudo-cantons ne comptent aucun EHPA, 33 ont un taux d'équipement cantonal supérieur à 400 places pour 1 000 personnes âgées. Environ 20 % des pseudo-cantons ont un taux d'équipement inférieur à 60 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus, quand environ 20 % ont un taux d'équipement supérieur à 205 places pour 1 000.

Un maximum de 41 km à parcourir, soit un trajet de 43 minutes par la route, pour rejoindre l'établissement le plus proche

La mesure de l'accessibilité aux EHPA peut être observée en regard de la distance en km par la route entre le domicile des personnes âgées

et l'implantation géographique des établissements, sous l'hypothèse que les personnes âgées sont probablement plus enclines à ne pas s'éloigner de leur ancien lieu de vie. Dans l'idéal, cette accessibilité géographique aux EHPA devrait être, en outre, analysée au regard du lieu de résidence des proches des personnes âgées, ceux-ci devant préférer avoir des distances plus courtes à parcourir pour les visites. En effet, selon l'enquête « Résidents en EHPA en 2007 »⁷, 80 % des résidents des EHPA ont un proche qui leur rend visite régulièrement, un de leurs enfants le plus souvent, mais les informations disponibles ne permettent pas de compléter l'analyse.

Les indicateurs proposés ci-après ne tiennent compte que des distances géographiques (*cf.* encadré 3 – définitions des indicateurs). Ils seront enrichis dans la suite de l'analyse en prenant en compte le nombre de places rapporté au nombre de personnes âgées.

Au niveau national, toutes catégories d'établissements confondues, la personne vivant dans la commune la plus éloignée d'un EHPA devra parcourir 41 km pour rejoindre l'EHPA le plus proche de son domicile⁸ (tableau 5). La distance maximale à parcourir pour accéder au premier EHPAD rattaché à un hôpital ou à la première USLD atteint toutefois presque 100 km, et 82 km pour accéder au premier logement-foyer non EHPAD. On peut y voir en partie un effet nombre, les EHPAD non rattachés à un hôpital étant nettement plus nombreux que les autres types d'établissements. On retrouve d'ailleurs les mêmes disparités entre les catégories d'établissement en observant les indicateurs d'efficacité et de justice (encadré 3). Les trois quarts des personnes sont situées à 2 km ou moins d'un EHPA. Mais si les trois quarts des personnes âgées ont une distance maximale de 5 km à parcourir pour atteindre l'EHPAD non rattaché à un hôpital le plus proche de leur domicile, les trois quarts doivent couvrir au plus 14 km pour rejoindre la première USLD ou 15 km pour rejoindre le premier EHPAD rattaché à un hôpital. L'écart type des distances les plus proches est globalement de 6,2 km et de 7,4 km pour les EHPAD non rattachés à un hôpital et entre 10 km et 11,2 km pour les autres catégories d'établissements.

Toutes catégories d'établissements confondues, les indicateurs sont globalement stables

7. DREES, 2011, « La vie en établissement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches », *Dossier solidarité et santé*, n° 18.

8. Que celui-ci soit dans le même département ou dans un autre département.

9. L'évolution 2007-2011 ne tient compte que de l'évolution de l'offre, et non des modifications éventuelles de la population de 75 ans ou plus.

TABLEAU 5

Indicateurs nationaux d'accessibilité, par catégorie d'établissement en 2007

En kilomètres

	Distance maximale au 1 ^{er} établissement (justice)	Q3 des distances minimales (efficacité)	Écart-type des distances minimales (égalité)
Logement-foyer non EHPAD	82	11	10,5
EHPAD non rattaché à un hôpital	63	5	7,4
EHPAD rattaché à un hôpital	99	15	10,8
USLD	99	14	11,2
Toutes catégories confondues	41	2	6,2

Lecture • La distance maximale qui sépare une personne âgée du logement-foyer le plus proche de son domicile est de 82 km. 75 % de la population âgée est située à 5 km ou moins du premier EHPAD non rattaché à un hôpital. L'écart-type des distances maximales d'accès à une USLD est de 11,2 km.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007 ; INSEE, population âgée de 75 ans ou plus issue du recensement 2008 ; Distancier Odomatix.

En minutes

	Distance maximale au 1 ^{er} établissement (justice)	Q3 des distances minimales (efficacité)	Écart-type des distances minimales (égalité)
Logement-foyer non EHPAD	98	14	11,0
EHPAD non rattaché à un hôpital	80	6	7,8
EHPAD rattaché à un hôpital	90	19	11,6
USLD	89	18	11,5
Toutes catégories confondues	43	4	6,7

Note • Calcul des distances en minutes, par la route, aux heures creuses.

Lecture • La distance maximale qui sépare une personne âgée du logement-foyer le plus proche de son domicile est de 98 minutes. 75 % de la population âgée est située à 14 minutes ou moins du premier EHPAD non rattaché à un hôpital. L'écart-type des temps minima d'accès à une USLD est de 11 minutes et demie.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007 ; INSEE, population âgée de 75 ans ou plus issue du recensement 2008 ; Distancier Odomatix.

entre 2007 et 2011⁹. Les évolutions des indicateurs par catégories d'établissement, entre ces mêmes dates, sont liées à la transformation de certains logements-foyers ou certaines USLD en EHPAD. Alors que l'écart-type des distances à parcourir pour accéder au premier établissement augmente pour les logements-foyers et les USLD, passant respectivement de 10,5 km à 11,1 km, et de 11,2 km à 11,5 km, il diminue pour les EHPAD, qu'ils soient ou non rattachés à un hôpital. De la même manière, le troisième quartile des distances minimales augmente pour les USLD, passant de 14 km à 17 km, tandis qu'il diminue pour les EHPAD rattachés ou non à un hôpital. La distance maximale à parcourir pour rejoindre le premier établissement augmente pour les logements-foyers, passant de 82 km à 108 km (tableau 6). Ces indicateurs sont fortement variables en fonction des départements.

Les distances minimales d'accès au premier établissement sont importantes pour quelques départements notamment de l'est de la France

Paris et les départements de la petite couronne (Hauts-de-Seine, Val-de-Marne, Seine-Saint-Denis) sont les plus justes, suivis par la Loire-

Atlantique, l'Ille-et-Vilaine, la Manche, le Morbihan, la Vendée, le Territoire de Belfort et le Val-d'Oise ; leurs habitants ont au maximum 11 km à parcourir pour rejoindre l'établissement le plus proche de chez eux. Dans treize autres départements, comme la Mayenne, l'Oise ou le Rhône, les habitants doivent parcourir au maximum 13 km pour rejoindre l'établissement le plus proche (carte 4).

À l'inverse, dans seize départements, les personnes les plus éloignées doivent parcourir plus de 24 km pour rejoindre l'établissement le plus proche. Tous ceux pour lesquels cette distance atteint *a minima* 30 km se situent dans un espace de haute ou moyenne montagne, souvent du sud de la France (Bouches-du-Rhône, Ariège, Alpes-de-Haute-Provence, Aude, Alpes-Maritimes, Savoie, Hautes-Alpes, Pyrénées-Orientales, Drôme).

Par catégorie d'établissement, Paris et les départements de petite couronne restent les plus justes (annexe 2). Les Yvelines et le Val-d'Oise ainsi que le Territoire de Belfort figurent aussi quelle que soit la catégorie d'établissement dans les départements les plus justes. Très globalement, pour toutes les catégories d'établissements considérées, les départements du Nord et du Nord-Ouest de la France ainsi

TABLEAU 6

Indicateurs nationaux d'accessibilité, par catégorie d'établissement, en 2011

En kilomètres

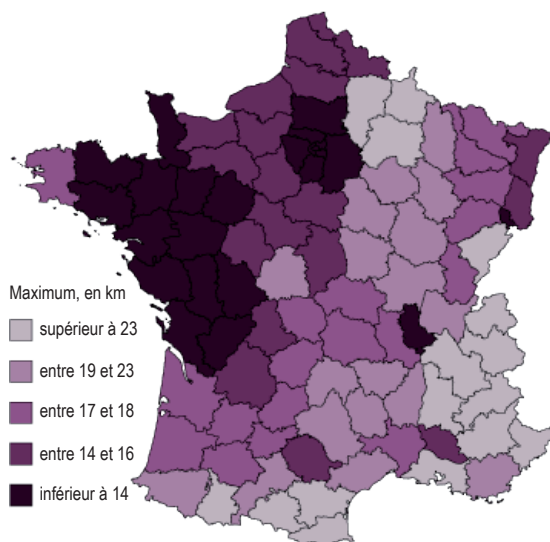
	Distance maximale au 1 ^{er} établissement (justice)	Q3 des distances minimales (efficacité)	Écart-type des distances minimales (égalité)
Logement-foyer non EHPAD	108	11	11,1
EHPAD non rattaché à un hôpital	63	4	7,1
EHPAD rattaché à un hôpital	99	13	10,1
USLD	99	17	11,5
Toutes catégories confondues	41	2	6,1

Lecture • La distance maximale qui sépare une personne âgée du logement-foyer le plus proche de son domicile est de 108 km. 75 % de la population âgée est située à 4 km ou moins du premier EHPAD non rattaché à un hôpital. L'écart-type des distances minimales d'accès à une USLD est de 11,5 km.

Sources • DREES, Répertoire FINES 2011 ; INSEE, population âgée de 75 ans ou plus issue du recensement 2008 ; Distancier Odomatix.

CARTE 4

Justice dans l'accès aux EHPA - Maximum de kilomètres à parcourir pour rejoindre l'établissement le plus proche



Lecture • Plus le département apparaît en foncé, plus il est « juste », c'est-à-dire que la distance maximale que doit parcourir une personne du département pour rejoindre l'EHPA le plus proche de chez elle est faible. En Île-de-France et dans une grande partie de l'Ouest, cette distance maximale est inférieure ou égale à 13 km mais elle est supérieure ou égale à 24 km dans la plupart des départements alpins et ceux de l'est des Pyrénées, elle est élevée en Haute-Savoie où elle atteint 41 km.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007 ; INSEE, population âgée de 75 ans ou plus issue du recensement 2008 ; Distancier Odomatix ; Cartographie Arctique.

que le Rhône semblent marqués par une justice plus forte, tandis que ceux de l'extrême Sud-Est, de même que certains départements ruraux comme la Haute-Marne ou la Nièvre, figurent souvent parmi les moins justes. Cependant, certains départements appartenant aux plus justes pour une catégorie d'établissement sont parfois moins justes pour une autre catégorie. C'est ainsi que la Gironde figure dans les départements les plus justes concernant les logements-foyers mais est plutôt injuste concernant les USLD.

Trois personnes âgées sur quatre vivent à 2 km ou moins d'un EHPA

Dans vingt départements, les trois quarts des personnes âgées de 75 ans ou plus vivent dans une commune où est implanté un EHPA, l'indicateur d'efficacité y est donc égal à 0 (carte 5). Il s'agit des départements de la région parisienne (à l'exception de la Seine-et-Marne), de la Vendée, l'Ille-et-Vilaine, la Loire-Atlantique, la Loire, le Nord, la Seine-Maritime, le Maine-et-Loire, le Var, le Vaucluse, les Bouches-du-Rhône, la Gironde, le Gard et les Alpes-Maritimes. S'en rapprochent les départements du Rhône, des Pyrénées-Atlantiques et de la Haute-Garonne où les trois quarts des personnes de plus 75 ans n'ont que deux kilomètres à parcourir pour atteindre l'EHPA le plus proche de leur domicile. La population de la plupart de ces départements vit plus fréquemment qu'en moyenne dans des zones urbaines¹⁰, exception faite de la Vendée où plus de la moitié des habitants habitent en zone rurale. Ainsi, les sept départements franciliens, qui figuraient déjà parmi les départements les plus justes, sont également parmi les plus efficaces, de même que les départements de l'Ouest d'Ille-et-Vilaine, de Loire-Atlantique et de Vendée.

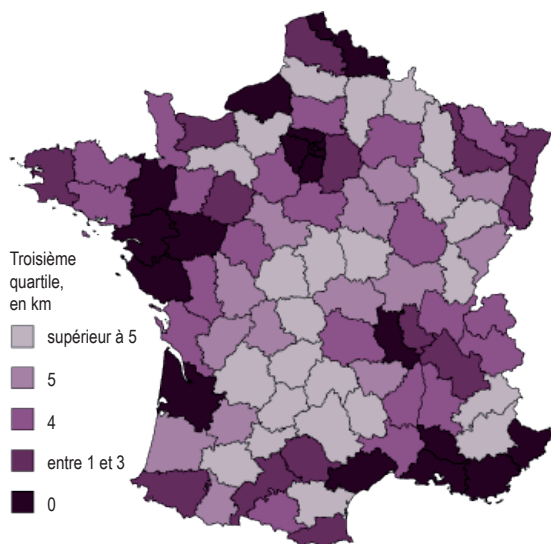
Les douze départements les moins bien classés en regard de cet indicateur d'efficacité sont plutôt des départements ruraux : la Meuse, la Haute-Marne, les Ardennes, le Cantal, l'Indre, la Haute-Saône, la Creuse, le Gers, la Lozère, le Jura, le Lot et la Dordogne.

Certains départements figurent parmi les plus efficaces pour une catégorie d'établissement et les moins efficaces pour une autre catégorie : les Hautes-Pyrénées sont peu efficaces concer-

10. Cf. définitions au tableau 1.

CARTE 5

Efficacité dans l'accès aux EHPA - Troisième quartile des distances à parcourir pour rejoindre le premier établissement

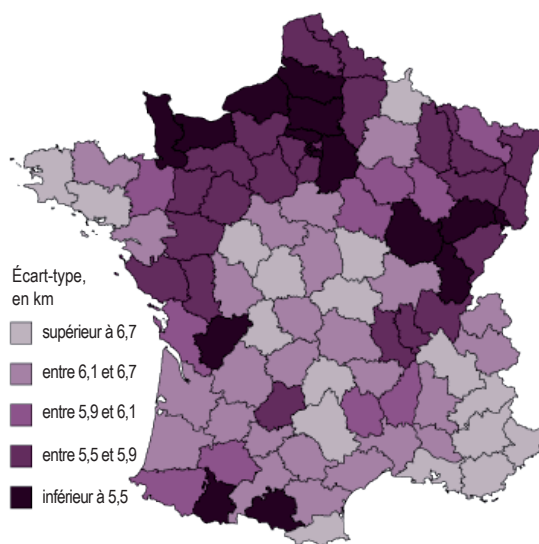


Lecture • Plus le département apparaît en foncé, plus il est « efficace », c'est-à-dire que la distance minimale que doivent parcourir les trois quarts des personnes du département pour rejoindre un EHPA est faible. Dans les départements comme la Gironde, les trois quarts des habitants de 75 ans ou plus habitent à moins de 1 km d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007 ; INSEE, population âgée de 75 ans ou plus issue du recensement 2008 ; Code officiel géographique ; Distancier Odomatrix ; Cartographie Arctique.

CARTE 6

Égalité dans l'accès aux EHPA - Écart-type des distances à parcourir pour rejoindre le premier établissement



Lecture • Plus le département apparaît en foncé, plus l'accès à une EHPA est « égalitaire », c'est-à-dire qu'il y a peu d'écart entre les distances que les différentes personnes du département doivent parcourir pour rejoindre l'établissement le plus proche de leur domicile. Dans les départements du Sud, l'écart-type est élevé, traduisant une relative inégalité d'accès aux EHPA, il est maximal dans les Bouches-du-Rhône.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007 ; INSEE, population âgée de 75 ans ou plus issue du recensement 2008 ; Code officiel géographique ; Distancier Odomatrix ; Cartographie Arctique.

nant les logements-foyers (troisième quartile de 21 km) mais figurent parmi les départements les plus efficaces pour les autres catégories (troisième quartile entre 5 et 11 km).

Des distances minimales au premier établissement assez hétérogènes dans quelques départements, notamment du quart sud-est de la France

Les départements plus égalitaires en termes d'accessibilité à un EHPA sont essentiellement situés dans le nord de la France, plus spécialement en Île-de-France, au nord et à l'ouest de l'Île-de-France, en Basse et Haute-Normandie et Picardie (carte 6). Au sein de chacun de ces départements les distances minimales à parcourir pour rejoindre le premier établissement sont plus homogènes que dans les autres départements¹¹. Ainsi, des départements comme les Hauts-de-Seine, Paris, le Val-de-Marne, le Val-d'Oise, l'Oise, le Calvados sont d'accès à la fois plus « égalitaire » (écart-type inférieur à 5,5 km) et plus « juste » (maximum inférieur

ou égal à 16 km) que beaucoup d'autres départements. Les départements où l'accessibilité aux EHPA est la plus inégalitaire sont ceux où la distance minimale à parcourir pour rejoindre l'établissement le plus proche varie sensiblement d'une commune à l'autre, on y trouve les Bouches-du-Rhône (écart-type de 9,4 km), le Var (8,3 km), les Alpes-Maritimes (8,0 km) ou l'Indre (7,6 km).

La plupart de ces départements sont d'accès inégalitaire quelle que soit la catégorie d'établissement considérée, tandis que les départements d'Île-de-France, du nord et nord-est de la France figurent souvent parmi les plus égalitaires quelle que soit la catégorie d'établissement. Cependant, comme pour les autres indicateurs d'accessibilité, certains départements les plus égalitaires pour une catégorie d'établissement sont parmi les moins égalitaires pour une autre catégorie. La Manche par exemple figure parmi les départements les plus égalitaires globalement, ou pour l'accès à un EHPAD non rattaché à un hôpital comme à un logement-foyer, mais est plutôt inégalitaire en ce qui concerne les USLD.

¹¹ La taille géographique des départements peut influencer sur les indicateurs et notamment sur le caractère égalitaire, un département de petite taille ayant une probabilité supérieure d'être plus égalitaire. Néanmoins, cet effet taille masque l'effet de densité de la population : Paris et sa Petite Couronne étant des départements très denses, la probabilité d'y trouver des EHPA est plus élevée qu'ailleurs, et donc les distances à parcourir y sont souvent plus faibles. L'effet taille n'est d'ailleurs pas perceptible dans les autres départements.

Au regard de ces trois indicateurs, les départements urbains cumulent les avantages. Ainsi, les départements franciliens sont souvent parmi les plus justes, les plus efficaces et les plus égalitaires ; il en est de même de la Vendée, du Maine-et-Loire, du Calvados, du Nord et du Territoire de Belfort, de la Sarthe et des deux départements alsaciens. À l'inverse, on trouve parmi les départements les moins bien classés pour les trois indicateurs, les Bouches-du-Rhône, les Alpes-de-Haute-Provence, les Hautes-Alpes, l'Aude, l'Aveyron, le Cantal, la Nièvre et les Ardennes. Ces indicateurs fondés sur la distance que les personnes âgées doivent parcourir pour atteindre le premier établissement dépendent autant de la géographie, de la densité et de la répartition de la population de chaque département que du réseau d'implantation des EHPA. La distinction entre urbain et rural semble avoir un impact fort sur l'indicateur d'efficacité mais n'en explique pas toutes les différences.

En outre, il ne faut pas oublier qu'au-delà de la présence d'un EHPA à proximité de son lieu d'habitation, la possibilité d'intégrer cet EHPA dépend aussi du nombre de places qu'il propose et du nombre de personnes âgées qui souhaitent y entrer¹². Ainsi, les départements de Paris et de sa petite couronne, bien classés selon les indicateurs d'accessibilité, ont des taux d'équipement inférieurs, voire nettement inférieurs à la moyenne nationale, ce qui signifie qu'en moyenne leurs habitants ont une probabilité plus forte qu'ailleurs de ne pas intégrer l'établissement le plus proche de chez eux et donc d'entrer dans une institution assez éloignée¹³. Tandis que les habitants du Cantal ou de l'Aveyron, malgré des indicateurs d'accessibilité moins favorables, auront finalement plus de chance de ne pas trop s'éloigner de chez eux, les taux d'équipement de ces deux départements étant au-dessus de la moyenne nationale.

Pour l'ensemble des établissements, la capacité d'accueil influe peu sur l'accessibilité

Il est donc possible de nuancer l'analyse de l'accessibilité aux EHPA en fonction des capacités d'accueil. Un établissement peut être considéré comme d'autant plus facile d'accès que son nombre de places par rapport à la popu-

lation locale de personnes âgées de 75 ans ou plus est élevé. L'attractivité des établissements tenant compte du taux d'équipement est ici mesurée par un potentiel de relation (dit « de Huff »), élaboré à partir d'un modèle gravitaire (encadré 3). Selon ce modèle, la population âgée d'une commune sera attirée par le ou les établissements d'une autre commune proportionnellement au nombre de places proposées par ces établissements rapporté à la population âgée de la commune de l'EHPA mais en proportion inverse de la distance au carré la séparant de ces établissements. Pour un individu d'une commune, l'indicateur synthétique représenté correspond à la somme des indicateurs calculés entre cette commune et chacune des communes disposant d'un établissement pour personnes âgées. Plus cet indicateur synthétique est élevé, plus la possibilité pour un habitant de cette commune d'accéder à un établissement « pas trop éloigné » de son domicile est élevée.

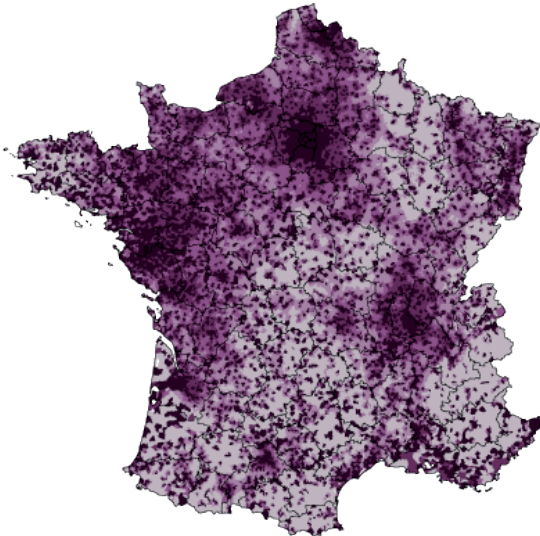
Globalement, cet indicateur de distance pondéré par le taux d'équipement communal, lorsque l'on considère le total des établissements, renvoie à peu près la même image que les indicateurs précédents (carte 7). Les personnes âgées d'Ile-de-France, des Pays de la Loire, d'Alsace et des départements du Nord, du Rhône et de la Loire apparaissent avoir de fortes possibilités d'accéder à un établissement assez proche de chez elles. Mais cette représentation met en lumière des différences à l'intérieur même des départements, quand elles existent. Une grande partie des communes de certains départements comme les Ardennes, ou encore la Meuse, la Haute-Marne, les Alpes-de-Haute-Provence, l'Indre, le Gers, l'Aude semblent offrir à leurs habitants une accessibilité nettement plus faible que les autres (à l'instar de l'indicateur d'efficacité). Tandis qu'il apparaît une situation contrastée dans des départements comme les Bouches-du-Rhône, le Var ou les Alpes-Maritimes où les communes du littoral semblent mieux loties que celles de l'intérieur des terres. On retrouve une situation similaire en Bretagne.

Comme la localisation des établissements ou les indicateurs le montraient, l'offre de places à côté du domicile est plus étoffée pour les personnes âgées vivant dans les Pays de la Loire, en Île-de-France ou en Rhône-Alpes (carte 8). Tous les départements ont au moins quelques communes où l'accessibilité à ces

12. Sachant que le taux d'occupation des places dans les EHPA est proche de 100 %.

13. L'étude sur les migrations de personnes âgées montre que la probabilité de migrer est nettement supérieure en région parisienne.

CARTE 7

Accessibilité d'une personne âgée à un établissement de tout type

- Communes pour lesquelles l'accessibilité est la plus grande
- Communes pour lesquelles l'accessibilité est plutôt grande
- Communes pour lesquelles l'accessibilité est moyenne
- Communes pour lesquelles l'accessibilité est plutôt faible
- Communes pour lesquelles l'accessibilité est la plus faible

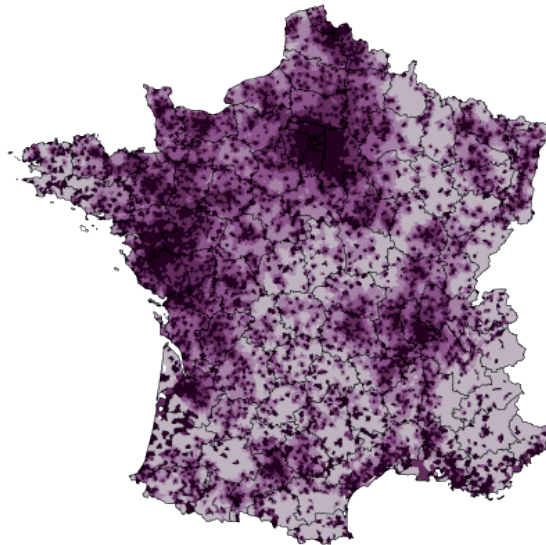
~ Limites départementales

Définition • L'accessibilité d'une personne âgée à un établissement, évaluée par le potentiel de relation de Huff, dépend de la distance entre sa résidence et les EHPA environnants, ainsi que du taux d'équipement des communes d'implantation de ces structures.

Lecture • Plus une commune apparaît en foncé, plus les personnes âgées de la commune ont de facilité, par rapport aux personnes âgées des autres communes, à trouver une place dans un établissement à proximité de leur domicile. La discrétisation retenue est celle des quintiles : le nombre de communes est le même dans chacune des cinq classes.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007 ; INSEE, recensement de la population 2008 ; Distancier Odomatrix ; Cartographie Arctique.

CARTE 8

Accessibilité d'une personne âgée à un EHPAD non rattaché à un hôpital

- Communes pour lesquelles l'accessibilité est la plus grande
- Communes pour lesquelles l'accessibilité est plutôt grande
- Communes pour lesquelles l'accessibilité est moyenne
- Communes pour lesquelles l'accessibilité est plutôt faible
- Communes pour lesquelles l'accessibilité est la plus faible

~ Limites départementales

Définition • L'accessibilité d'une personne âgée à un établissement, évaluée par le potentiel de relation de Huff, dépend de la distance entre sa résidence et les EHPA environnants, ainsi que du taux d'équipement des communes d'implantation de ces structures.

Lecture • Plus une commune apparaît en foncé, plus les personnes âgées de la commune ont de facilité, par rapport aux personnes âgées des autres communes, à trouver une place dans un EHPAD non rattaché à un hôpital, à proximité de leur domicile. La discrétisation retenue est celle des quintiles : le nombre de communes est le même dans chacune des cinq classes.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007 ; INSEE, recensement de la population 2008 ; Distancier Odomatrix ; Cartographie Arctique.

établissements est plutôt bonne. Les EHPAD non rattachés à un hôpital offrent une image similaire. Comme signalé précédemment, il s'agit ici avant tout d'un effet nombre car ils sont les plus nombreux et les mieux répartis sur le territoire. On observe par contre de grandes disparités infradépartementales, dans des départements comme les Alpes-Maritimes, par exemple.

En logements-foyers, EHPAD rattachés à un hôpital et USLD, la capacité d'accueil influe fortement sur l'accessibilité

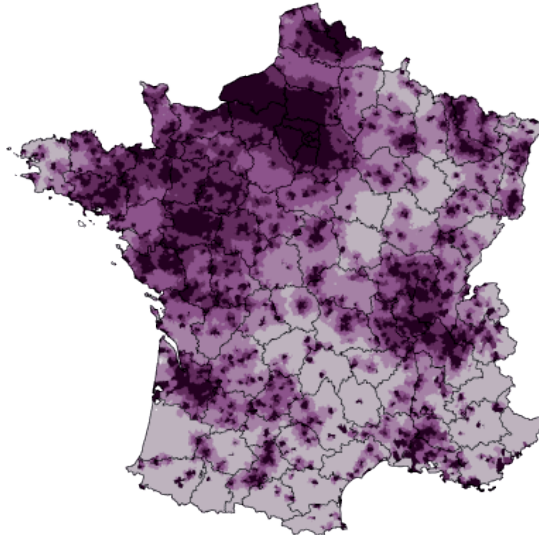
Les autres catégories d'établissement se répartissent moins uniformément sur le territoire que les EHPAD non rattachés à un hôpital (indice de Theil, tableau 3). Le potentiel de relation

de Huff met en lumière les différences territoriales entre et au sein des départements. C'est ainsi qu'en fonction de la catégorie d'établissement, de grandes régions apparaissent bien loties et d'autres non.

Concernant les logements-foyers (carte 9), on distingue nettement des territoires relativement vastes dans lesquels la facilité d'accès aux logements-foyers non EHPAD est meilleure : l'ensemble de l'Île-de-France jusqu'à la Normandie, l'Ouest, la région Rhône-Alpes. Plusieurs régions sont confrontées à d'importantes difficultés d'accès : on y retrouve des territoires ruraux, mais surtout un large sud de la France (hors Vallée du Rhône).

L'accessibilité aux EHPAD rattachés aux hôpitaux (carte 10) en tenant compte de la disponi-

CARTE 9

Accessibilité d'une personne âgée à un logement-foyer non EHPAD

- Communes pour lesquelles l'accessibilité est la plus grande
- Communes pour lesquelles l'accessibilité est plutôt grande
- Communes pour lesquelles l'accessibilité est moyenne
- Communes pour lesquelles l'accessibilité est plutôt faible
- Communes pour lesquelles l'accessibilité est la plus faible

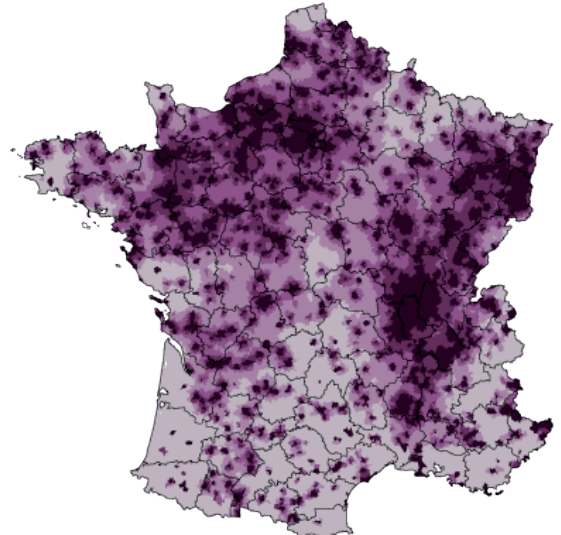
~ Limites départementales

Définition • L'accessibilité d'une personne âgée à un établissement, évaluée par le potentiel de relation de Huff, dépend de la distance entre sa résidence et les EHPA environnants, ainsi que du taux d'équipement des communes d'implantation de ces structures.

Lecture • Plus une commune apparaît en foncé, plus les personnes âgées de la commune ont de facilité, par rapport aux personnes âgées des autres communes, à trouver une place en logement-foyer non EHPAD, à proximité de leur domicile. La discrétisation retenue est celle des quintiles : le nombre de communes est le même dans chacune des cinq classes.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007 ; INSEE, recensement de la population 2008 ; Distancier Odomatrix ; Cartographie Arctique.

CARTE 10

Accessibilité d'une personne âgée à un EHPAD rattaché à un hôpital

- Communes pour lesquelles l'accessibilité est la plus grande
- Communes pour lesquelles l'accessibilité est plutôt grande
- Communes pour lesquelles l'accessibilité est moyenne
- Communes pour lesquelles l'accessibilité est plutôt faible
- Communes pour lesquelles l'accessibilité est la plus faible

~ Limites départementales

Définition • L'accessibilité d'une personne âgée à un établissement, évaluée par le potentiel de relation de Huff, dépend de la distance entre sa résidence et les EHPA environnants, ainsi que du taux d'équipement des communes d'implantation de ces structures.

Lecture • Plus une commune apparaît en foncé, plus les personnes âgées de la commune ont de facilité, par rapport aux personnes âgées des autres communes, à trouver une place dans un EHPAD rattaché à un hôpital, à proximité de leur domicile. La discrétisation retenue est celle des quintiles : le nombre de communes est le même dans chacune des cinq classes.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007 ; INSEE, recensement de la population 2008 ; Distancier Odomatrix ; Cartographie Arctique.

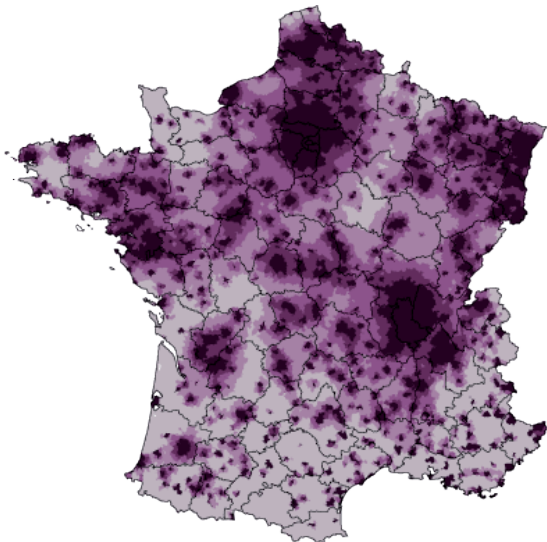
bilité des places est très marquée, les régions qui se distinguent étant pour partie différentes de celles observées sur la carte précédente : l'accessibilité des personnes âgées des communes de Seine-Maritime ou de Gironde par rapport aux autres communes de France diminue, alors que celle de l'Ardèche ou du Haut-Rhin augmente. L'est de la France, de l'Alsace jusqu'à la Drôme, semble plus accessible que le quart Sud-Ouest. La région parisienne est plutôt marquée par une grande facilité d'obtenir une place à proximité de son domicile, moins forte cependant que pour les logements-foyers.

Concernant les USLD, Paris, Lille et Lyon se trouvent au cœur de zones de forte accessibili-

té (carte 11). Le Sud, ou des départements plus ruraux comme la Nièvre ou l'Yonne sont des territoires dans lesquels les personnes âgées auront, par rapport au reste du territoire national, plus de mal à obtenir une place à proximité de leur domicile.

Ainsi les départements du Sud, qui figuraient parmi les moins accessibles, concernant l'égalité et la justice notamment, et comme les moins équipés, sont de fait ceux dans lesquels les personnes âgées peuvent rencontrer le plus de difficultés à obtenir une place dans un établissement à proximité de leur domicile. La région parisienne, malgré des taux d'équipement relativement faibles, figure toujours dans les espaces les plus accessibles, grâce à une

CARTE 11

Accessibilité d'une personne âgée à une USLD

- Communes pour lesquelles l'accessibilité est la plus grande
- Communes pour lesquelles l'accessibilité est plutôt grande
- Communes pour lesquelles l'accessibilité est moyenne
- Communes pour lesquelles l'accessibilité est plutôt faible
- Communes pour lesquelles l'accessibilité est la plus faible

~ Limites départementales

Définition • L'accessibilité d'une personne âgée à un établissement, évaluée par le potentiel de relation de Huff, dépend de la distance entre sa résidence et les EHPA environnants ainsi que du taux d'équipement des communes d'implantation de ces structures.

Lecture • Plus une commune apparaît en foncé, plus les personnes âgées de la commune ont de facilité, par rapport aux personnes âgées des autres communes, à trouver une place en USLD à proximité de leur domicile. La discrétisation retenue est celle des quintiles : le nombre de communes est le même dans chacune des classes.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007 ; INSEE, recensement de la population 2008 ; Distancier Odomatix ; Cartographie Arctique.

grande proximité des équipements. La géographie de l'accessibilité varie toutefois fortement en fonction du type d'établissements considéré : logements-foyers plutôt accessibles dans l'Ouest, EHPAD rattachés à un hôpital dans l'Est, USLD dans les régions les plus urbaines.

Des tarifs d'hébergement plus élevés limitent l'accessibilité aux EHPA notamment en Île-de-France et sur le pourtour méditerranéen

Le choix d'un établissement plutôt qu'un autre dépend de sa situation géographique mais aussi de sa réputation, du délai d'attente pour y entrer, de son adaptation à l'état de santé de la

personne et de son coût d'hébergement¹⁴. Aussi après avoir étudié les distances entre lieu de domicile et d'hébergement et les taux d'équipement (dont on peut faire l'hypothèse qu'ils influent sur les délais d'attente), une observation des tarifs liés à l'hébergement¹⁵ complète utilement l'analyse, l'aspect réputation ne pouvant quant à lui pas être mesuré par les sources de données disponibles. En effet, une personne âgée ou sa famille peut *in fine* juger plus accessible pour elle un établissement un peu plus éloigné de chez elle parce qu'il propose des tarifs plus attractifs. L'analyse des migrations des personnes âgées entrées en institution¹⁶ montre que la probabilité, pour une personne âgée, d'entrer en institution dans un département limitrophe ou non limitrophe du sien (cas, respectivement, de 8 et 7 % des personnes âgées en institution fin 2007) est d'autant plus forte que les tarifs d'hébergement sont élevés dans son département d'origine. L'étude se restreint à présent aux EHPAD non rattachés à un hôpital : en effet, le secteur privé lucratif est peu présent dans les logements-foyers, les EHPAD rattachés aux hôpitaux et les USLD¹⁷.

Les données de l'enquête EHPA 2007 sur les tarifs d'hébergement¹⁸ dans les différents établissements montrent des différences importantes entre les établissements publics et les établissements privés à but lucratif et plus encore entre les places habilitées à l'aide sociale et celles non habilitées à l'aide sociale au sein du secteur privé.

Les tarifs d'hébergement journaliers varient de 43,43 euros en moyenne dans les établissements publics pour une place habilitée à recevoir une personne bénéficiant de l'aide sociale à l'hébergement (tableau 7) à 65,44 euros dans les établissements privés à but lucratif pour une place non habilitée à l'aide sociale (soit un tarif supérieur de 50 %).

Or, les institutions de statut privé à but lucratif (26,3 % des places dans les EHPAD non rattachés à un hôpital en 2007) sont localisées prioritairement dans les grandes villes et sur les littoraux (carte 12). La proportion de places en établissements privés à but lucratif dépasse les 55 % dans les Bouches-du-Rhône (65,5 %), les Alpes-Maritimes (62,2 %), en Charente-Maritime (61,4), dans l'Essonne (59,0 %), dans l'Eure (57,8 %) et dans les Yvelines (56,9 %).

14. DREES, *Dossier solidarité et santé*, n° 18, op. cit.

15. On se limite dans cette analyse aux différences de tarifs d'hébergement. Le tarif d'hébergement constitue la plus importante partie du reste à charge des résidents et est beaucoup plus variable que les tarifs liés à la dépendance. Ainsi, 80 % des établissements (hors logements-foyers et USLD) facturent, pour le tarif dépendance journalier, entre 12,69 et 21 euros pour un GIR 1 ou 2, entre 8 et 13,33 euros pour un GIR 3 ou 4, et entre 3,46 et 5,64 euros pour un GIR 5 ou 6.

16. Cf. article « Migrations des personnes âgées entrées en établissement », dans ce même dossier.

17. Les acteurs privés à but lucratif détiennent 3,9 % des places en logements-foyers, 1,1 % en USLD, et aucune place en EHPAD rattaché à un hôpital en 2007.

18. Non inclus les logements-foyers où les résidents acquittent une redevance mensuelle et les USLD.

TABLEAU 7

Tarifs d'hébergement journaliers moyens* dans les EHPAD en 2007

En euros

Statut des établissements	Tarifs journaliers moyens			Écarts au tarif des places HAS du public		
	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif
Places habilitées à l'aide sociale (HAS)	43,43	47,89	51,23	1,0	1,1	1,2
Places non habilitées à l'aide sociale	44,20	49,80	65,44	1,0	1,2	1,5

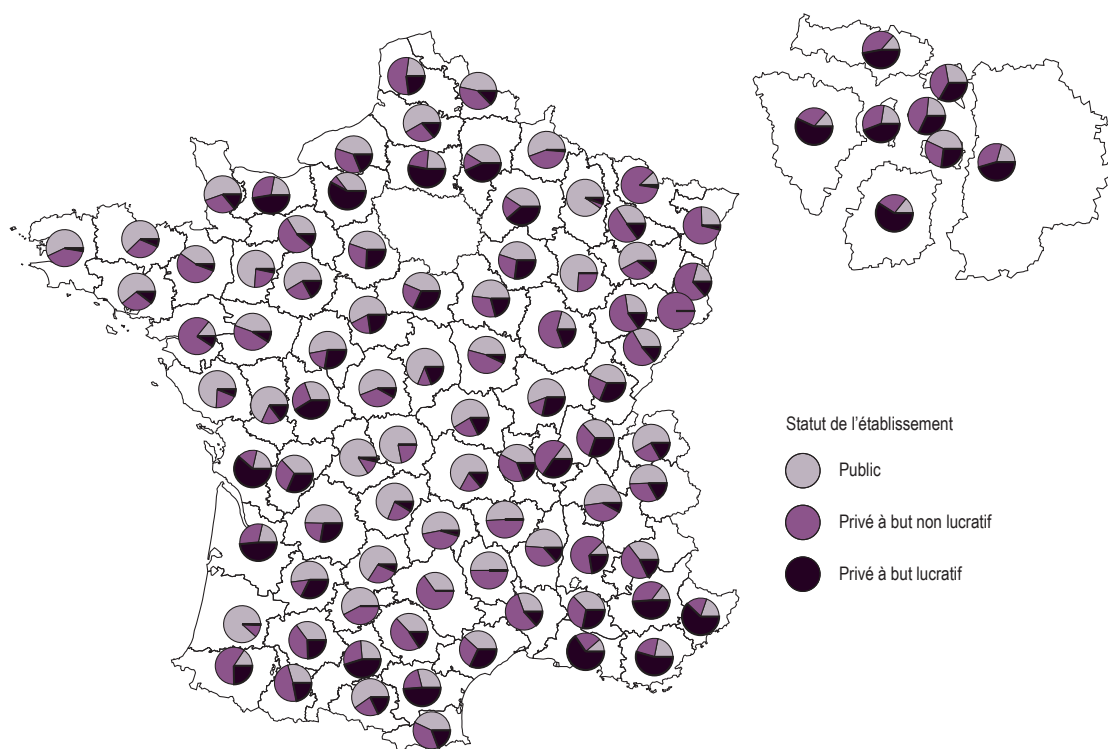
* Moyenne des tarifs moyens des établissements sans tenir compte du nombre de personnes âgées hébergées dans chaque établissement.

Lecture • La moyenne des tarifs des établissements privés à but lucratif pour une place non habilitée à l'aide sociale est de 65,44 euros par jour, soit 1,5 fois plus que la moyenne des tarifs des établissements publics pour une place habilitée à l'aide sociale (HAS) qui est de 43,43 euros.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007.

CARTE 12

Répartition des places en EHPAD non rattaché à un hôpital selon le statut de l'établissement, en 2007



Lecture • Dans le département des Pyrénées-Orientales, 19,3 % des places relèvent des établissements privés à but lucratif, 37,7 % des établissements privés à but non lucratif, et 43,0 % des établissements publics (tableau chiffré en annexe 6).

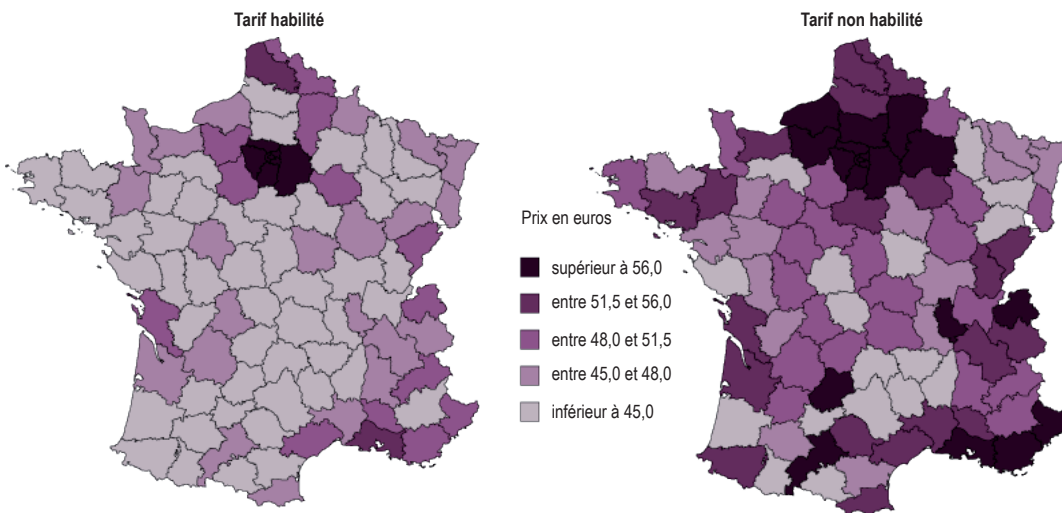
Sources • DREES, enquête EHPA 2007 ; Cartographie Arctique.

En 2011, 27,7 % des places dans les EHPAD non rattachés à un hôpital sont détenues par le secteur privé à but lucratif, contre 36,9 % dans le secteur privé à but non lucratif et 35,4 % dans le secteur public. Les départements dans lesquels cette part est importante sont globalement les mêmes qu'en 2007 : les Alpes-Maritimes (65,6 %), la Charente-Maritime (63,3 %), les Bouches-du-Rhône (63,2 %), les Yvelines

(58,9 %), puis le Val-d'Oise (57,2 %), l'Eure (55,9 %) et l'Essonne (55,9 %). Ainsi, la part des places dans des établissements privés à but lucratif a légèrement augmenté depuis 2007, avec cependant une part maximale restée stable (65,5 % en 2007 contre 65,6 % en 2011).

Ces différences de statut expliquent en partie les grandes différences entre les départements concernant les prix en institution (carte 13).

CARTE 13

Prix de l'hébergement journalier moyen en EHPAD, rattaché ou non à un hôpital, en 2007

Lecture • Plus le département apparaît en foncé, plus le prix journalier moyen en établissement est important.

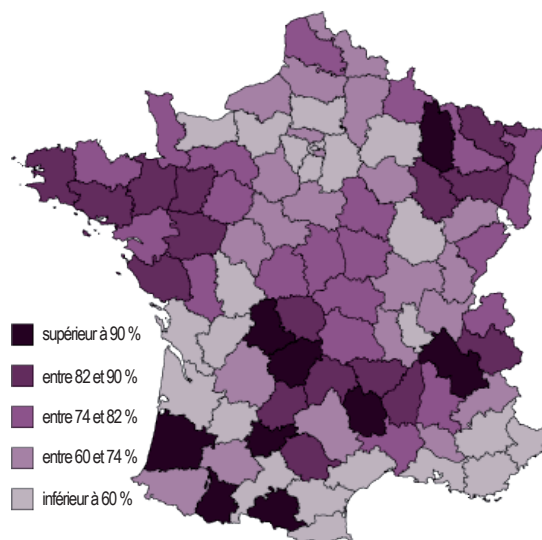
Champ • EHPA, hors logements-foyers non EHPAD et USLD.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007 ; Cartographie Arctique.

Les tarifs d'hébergement journaliers moyens des places non habilitées à l'aide sociale sont les plus élevés en Île-de-France et dans les départements méditerranéens de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. En outre, en Île-de-France les tarifs d'hébergement journaliers moyens des places habilitées à l'aide sociale sont supérieurs à 55 euros, c'est-à-dire plus élevés que ceux proposés pour des places non habilitées à l'aide sociale par de nombreux départements métropolitains. Ainsi, dans les Hauts-de-Seine, à Paris ou dans les Yvelines, que l'établissement soit ou non habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, le tarif moyen est supérieur à 57 euros.

Presque 75 % des EHPAD non rattachés à un hôpital sont habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale au moins pour une partie de leurs places, 65 % l'étant pour toutes leurs places. La part des places proposées par les établissements totalement habilités à l'aide sociale¹⁹ varie entre 15,6 % dans le Var et plus de 95 % dans les Landes, les Hautes-Pyrénées, la Haute-Vienne ou la Lozère (carte 14). Le nombre de bénéficiaires de l'aide sociale hébergés (hors logement-foyer) fin 2007, estimé à près de 130 000, représente quant à lui environ 25 % des résidents. On peut donc faire l'hypothèse que l'impact des tarifs sur l'accessibilité aux EHPA sera plus marqué pour les personnes ne percevant pas d'aide sociale à

CARTE 14

Part des places d'établissements totalement habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale (en %)

Lecture • Plus le département apparaît en foncé, plus la part des places d'établissements totalement habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale est importante.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007 ; Cartographie Arctique.

l'hébergement, notamment celles originaires des départements de la façade méditerranéenne ou de région parisienne, où les tarifs moyens et les places d'hébergement non habilitées sont plus importants.

¹⁹ Le nombre de places habilitées dans les établissements partiellement habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale n'est pas renseigné dans l'enquête EHPA. Ces établissements représentent 10 % du total des établissements totalement habilités, l'étude est restreinte ici aux seuls établissements habilités à l'aide sociale pour l'ensemble de leurs places.

Les critères financiers influent fortement sur la distance minimale au premier EHPAD non rattaché à un hôpital dans quelques départements

Les facteurs financiers ont un impact sur l'accessibilité géographique locale, notamment dans les départements littoraux ou certains départements limitrophes de la région parisienne. L'accès aux établissements, mesuré par la distance à parcourir pour rejoindre l'EHPAD non rattaché à un hôpital le plus proche, diminue nettement localement en excluant les établissements privés à but lucratif, comme le montre l'exemple de l'Essonne et de la Seine-et-Marne (cartes 15 et 16).

Les critères financiers influent fortement sur les indicateurs synthétiques de justice, d'égalité et d'efficacité spatiale dans quelques départements, pour les EHPAD non rattachés à un hôpital

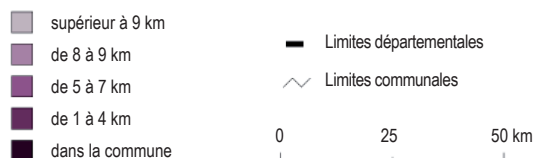
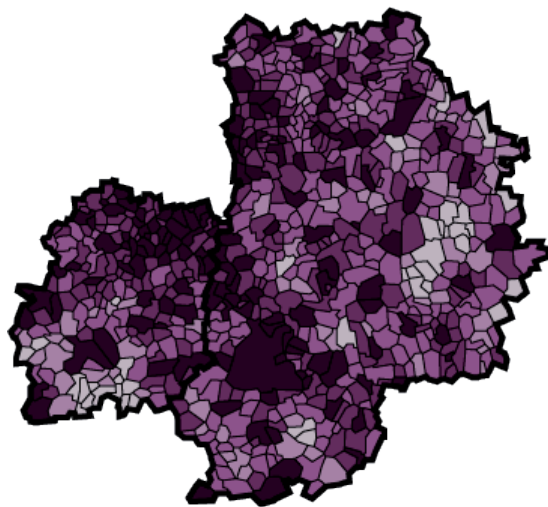
Au niveau national (c'est-à-dire sans les calculer département par département), les critères

financiers ne transforment pas les indicateurs d'accessibilité. Cependant, les impacts sont là-aussi importants au niveau local.

L'indicateur de justice (distance maximale à l'établissement le plus proche) reste inchangé pour 60 départements, que l'on considère ou non les établissements privés à caractère lucratif. Pour douze départements, en revanche, la distance à parcourir pour rejoindre l'EHPAD non rattaché à un hôpital le plus proche augmente d'au moins 5 km pour la personne âgée la plus éloignée des établissements publics ou privés à but non lucratif exclusivement. Cette distance est supérieure à 10 km en Gironde (+14 km), dans le Nord et en Charente-Maritime (+10 km). Pour des départements comme les Bouches-du-Rhône ou le Var, pourtant très équipés en établissements privés à but lucratif, l'indicateur reste inchangé. La répartition spatiale locale montre en effet que ces établissements privés sont concentrés sur la façade littorale – où l'on retrouve aussi des établissements publics – mais absents dans l'arrière-pays. Or, les personnes âgées d'emblée les plus éloignées d'un premier établissement résident dans l'arrière-pays.

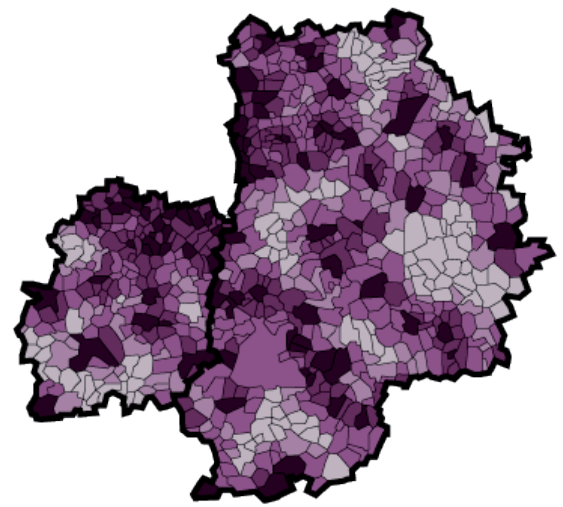
CARTE 15

Distance communale au premier établissement, en Seine-et-Marne et en Essonne, pour l'ensemble des EHPAD non rattachés à un hôpital



CARTE 16

Distance au premier établissement, en Seine-et-Marne et en Essonne, pour les EHPAD non rattachés à un hôpital de statut public ou privé à but non lucratif



Lecture • Plus la commune apparaît en clair sur la carte, plus l'établissement le plus proche de la commune du domicile est éloigné. Les communes les plus foncées sont celles qui disposent d'un établissement dans la commune de résidence.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007 ; Distancier Odomatrix ; Cartographie Arctique.

L'indicateur d'efficacité (troisième quartile des distances à l'établissement le plus proche) est lui aussi identique ou faiblement différent pour de nombreux départements, avec une prise en compte ou non des établissements privés à but lucratif : pour 9 départements cependant, le troisième quartile calculé en excluant ces établissements lucratifs représente au moins 5 km de plus à parcourir que celui englobant l'ensemble des établissements non rattachés à un hôpital. Il s'agit du Lot-et-Garonne, de l'Eure, du Calvados, de l'Allier, de la Charente-Maritime, de la Vienne, du Var, des Bouches-du-Rhône et de l'Aude.

Pour l'indicateur d'égalité (écart-type des distances à l'établissement le plus proche), comme pour les autres indicateurs, l'écart-type est sensiblement le même dans de nombreux départements qu'il s'agisse de l'ensemble des EHPAD non rattachés à un hôpital ou uniquement des établissements publics et privés à but non lucratif. Les départements pour lesquels ces écarts-types sont les plus différents sont : les Bouches-du-Rhône (+2,2 km), la Gironde (+2,0 km), les Alpes-Maritimes (+1,9 km), la Charente-Maritime (+1,8 km), les Hauts-de-Seine (+1,8 km), la Vienne (+1,7 km), la Seine-Saint-Denis (+1,6 km), le Var (+1,5 km), le Val-d'Oise (+1,5 km).

La région parisienne est un cas particulier : il existe peu de communes pour lesquelles les

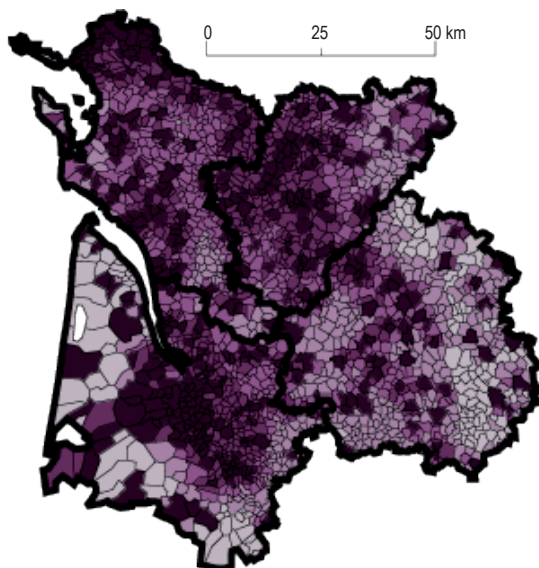
établissements privés lucratifs représentent la seule offre. En effet, dans la grande majorité des communes, sont présents à la fois les acteurs privés et publics. C'est pourquoi ces indicateurs, qui ne se réfèrent qu'à la distance à parcourir au premier établissement sans prendre en compte les taux d'équipement, sont quasi identiques quels que soient les établissements non rattachés à un hôpital considérés.

Les critères financiers influent fortement sur l'accessibilité aux EHPAD non rattachés à un hôpital dans quelques départements

Le secteur privé lucratif étant absent ou peu présent dans les USLD, les EHPAD rattachés à un hôpital, ou les logements-foyers, les cartes d'accessibilités qui prennent en compte à la fois la distance et les taux d'équipement concernant ces types d'établissements sont inchangées. En revanche, les modifications sont sensibles sur la carte d'accessibilité aux EHPAD non rattachés à un hôpital. Elles sont particulièrement importantes dans les départements pour lesquels les établissements privés à but lucratif sont les plus nombreux : région parisienne, Côte d'Azur, etc. Dans certains départements de la façade atlantique, les changements sont également importants (cartes 17 et 18). ■

CARTE 17

Accessibilité d'une personne âgée à un EHPAD non rattaché à un hôpital quel que soit son statut, en Dordogne, Gironde, Charente et Charente-Maritime



- Communes pour lesquelles l'accessibilité est la plus grande
- Communes pour lesquelles l'accessibilité est plutôt grande
- Communes pour lesquelles l'accessibilité est moyenne
- Communes pour lesquelles l'accessibilité est plutôt faible
- Communes pour lesquelles l'accessibilité est la plus faible

— Limites départementales

— Limites communales

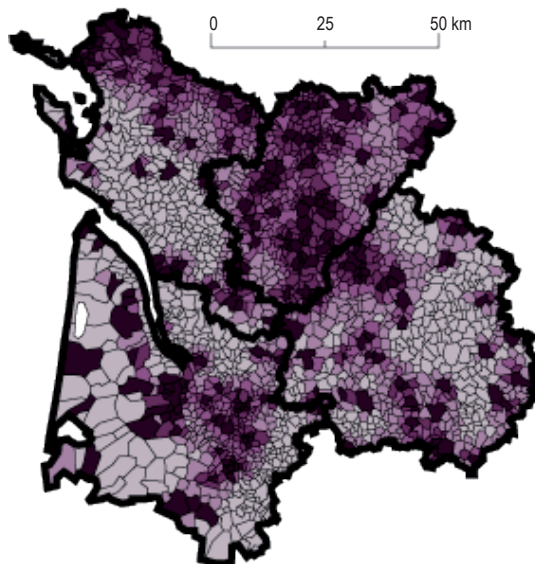
Note • La légende se réfère ici à l'ensemble de la France : les communes apparaissant foncées font ainsi partie des 20 % des communes de France pour lesquelles l'accessibilité est la plus grande lorsque l'on considère les EHPAD non rattachés à un hôpital.

Lecture • Plus la commune apparaît en clair sur la carte, plus la possibilité pour ses habitants d'obtenir une place est faible par rapport aux autres personnes âgées de France métropolitaine. Au contraire, plus la commune apparaît en foncé, plus la possibilité pour ses habitants d'obtenir une place est grande par rapport aux autres personnes âgées de France métropolitaine.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007 ; Distancier Odomatrix ; Cartographie Arctique.

CARTE 18

Accessibilité d'une personne âgée à un EHPAD non rattaché à un hôpital de statut public ou privé à but non lucratif, en Dordogne, Gironde, Charente et Charente-Maritime



- Communes pour lesquelles l'accessibilité est la plus grande
- Communes pour lesquelles l'accessibilité est plutôt grande
- Communes pour lesquelles l'accessibilité est moyenne
- Communes pour lesquelles l'accessibilité est plutôt faible
- Communes pour lesquelles l'accessibilité est la plus faible

— Limites départementales

— Limites communales

Note • La légende se réfère ici à l'ensemble de la France : les communes apparaissant foncées font ainsi partie des 20 % des communes de France pour lesquelles l'accessibilité est la plus grande lorsque l'on considère les EHPAD de statut public ou privé à but non lucratif.

Lecture • Plus la commune apparaît en clair sur la carte, plus la possibilité pour ses habitants d'obtenir une place est faible par rapport aux autres personnes âgées de France métropolitaine. Au contraire, plus la commune apparaît en foncé, plus la possibilité pour ses habitants d'obtenir une place est grande par rapport aux autres personnes âgées de France métropolitaine.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007 ; Distancier Odomatrix ; Cartographie Arctique.

ENCADRÉ 4

Spécificité de la Corse

La Corse, territoire insulaire, n'a pas de contiguïté avec le reste de la France métropolitaine, ce qui implique des effets d'attraction des établissements sur la population bien différents de ceux observés sur le continent. De ce fait, les deux départements corses ne sont pas immédiatement comparables aux autres départements.

Les indicateurs d'analyse spatiale, justice, efficacité et égalité, peuvent toutefois être calculés pour la Corse. Certaines catégories d'établissements n'y sont pas présentes en 2007, c'est pourquoi les indicateurs ne sont pas déclinés. En prenant en compte l'ensemble des établissements, et comparativement aux autres départements de France métropolitaine, les indicateurs obtenus sont significativement moins bons, résultats d'une association de facteurs.

Indicateurs d'analyse spatiale, ensemble des établissements en 2007

	Corse-du-Sud		Haute-Corse		France métropolitaine (hors Corse)	
	Km	Minutes	Km	Minutes	Km	Minutes
Égalité	11,5	12,9	10,0	11,2	6,2	6,7
Efficacité	19	24	18	25	2	4
Justice	49	66	62	66	41	43

Lecture • La distance maximale au premier établissement est de 62 km en Haute-Corse, alors qu'elle est de 41 km en France métropolitaine hors Corse.

Champ • Établissements fin 2007, implantés en Corse.

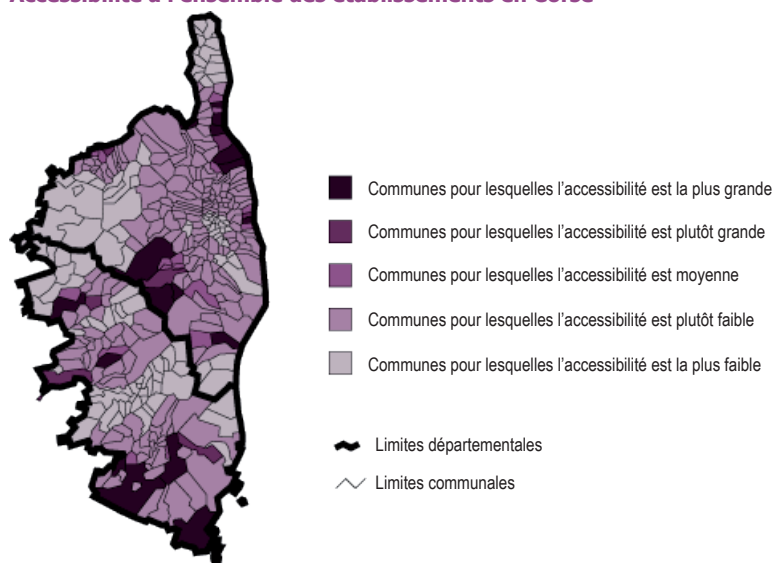
Sources • DREES, FINES ; INSEE, population âgée de 75 ans ou plus issue du recensement 2008 ; Distancier Odomatrix.

Le premier facteur explicatif est sans doute le faible nombre d'établissements : 25 sont inclus dans notre champ en 2007. Le taux d'équipement en établissement était alors le plus bas des départements de France métropolitaine.

Cependant, la conjonction entre son faible taux d'équipement et l'implantation de sa population majoritairement sur les littoraux n'explique pas à elle seule le décalage des indicateurs entre la Corse et les autres départements de France métropolitaine : c'est, dans une moindre mesure, la situation de l'ensemble des départements de la façade méditerranéenne. L'insularité permet en partie de comprendre ces différences : les indicateurs de tous les autres départements tiennent compte de l'offre existant dans les départements voisins. Dans le cas des deux départements corses, la majorité des limites territoriales correspondent au littoral et non à une communication avec d'autres départements. Les importantes variations de relief, combinées à cette insularité, permettent elles aussi de comprendre ces indicateurs.

Les mesures de potentiel d'attraction ont également été menées pour la Corse. On observe, comme les indicateurs d'analyse spatiale le laissaient supposer, que la plupart des communes de Corse font partie des communes de France métropolitaine pour lesquelles l'accessibilité est la plus faible ou plutôt faible (carte).

Accessibilité à l'ensemble des établissements en Corse



Note • La légende se réfère ici à l'ensemble de la France : les communes apparaissant foncées font ainsi partie des 20 % des communes de France pour lesquelles l'accessibilité est la plus grande lorsque l'on considère l'ensemble des établissements.

Définition • L'accessibilité d'une personne âgée à un établissement, évaluée par le potentiel de relation de Huff, dépend de la distance entre sa résidence et les EHPA environnants, ainsi que du taux d'équipement des communes d'implantation de ces structures.

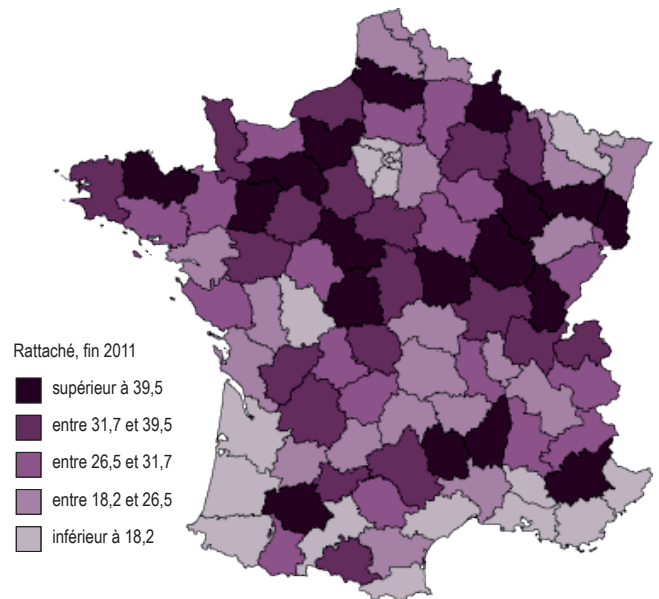
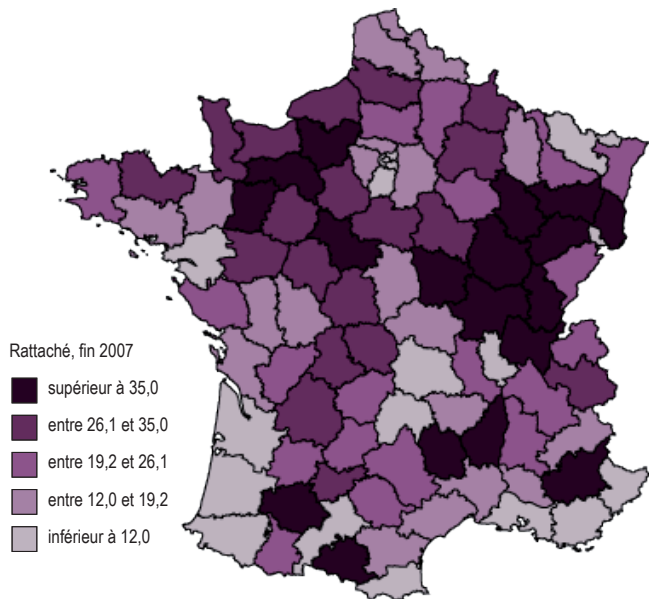
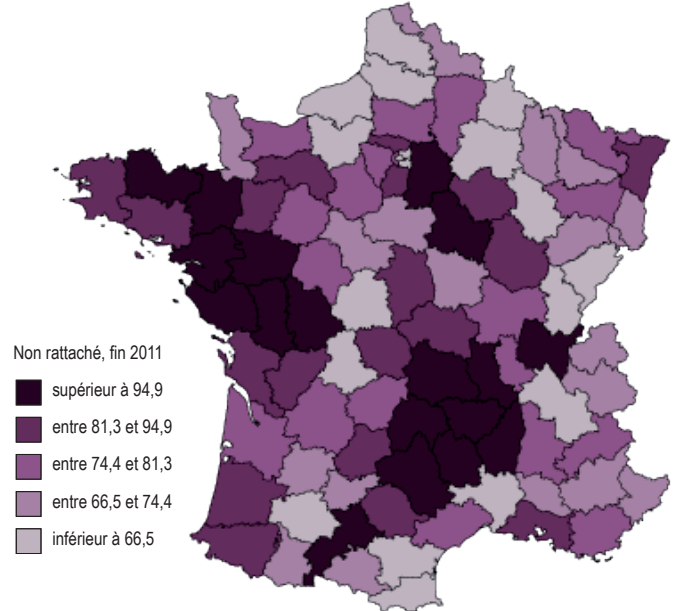
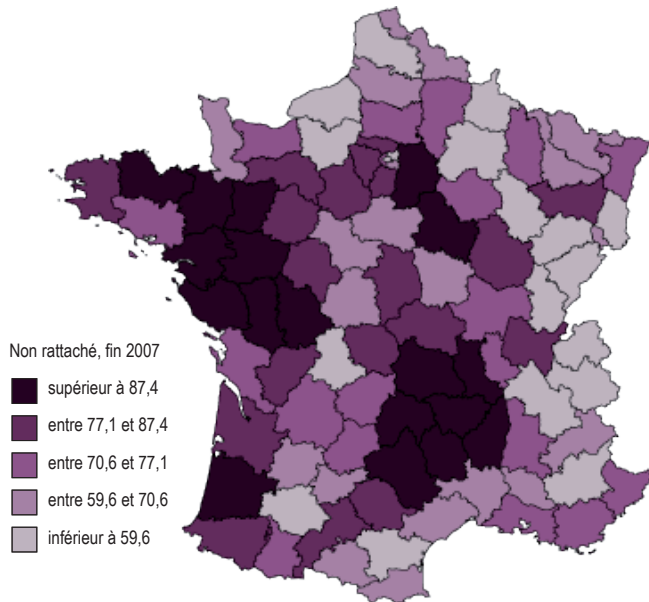
Lecture • Plus une commune apparaît en foncé, plus les personnes âgées de la commune ont de facilité, par rapport aux personnes âgées des autres communes, à trouver une place en EHPA à proximité de leur domicile. La discrétisation retenue est celle des quintiles : le nombre de communes est le même dans chacune des cinq classes.

Champ • Établissements d'hébergement ouverts fin 2007.

Sources • DREES, répertoire FINES ; Distancier Odomatrix ; Cartographie Arctique.

ANNEXE 1

Taux d'équipement en EHPAD non rattaché à un hôpital et en EHPAD rattaché à un hôpital, en 2007 et 2011



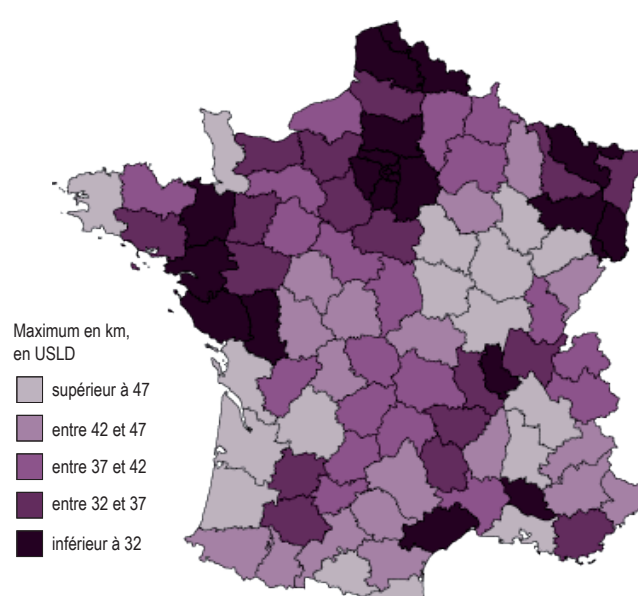
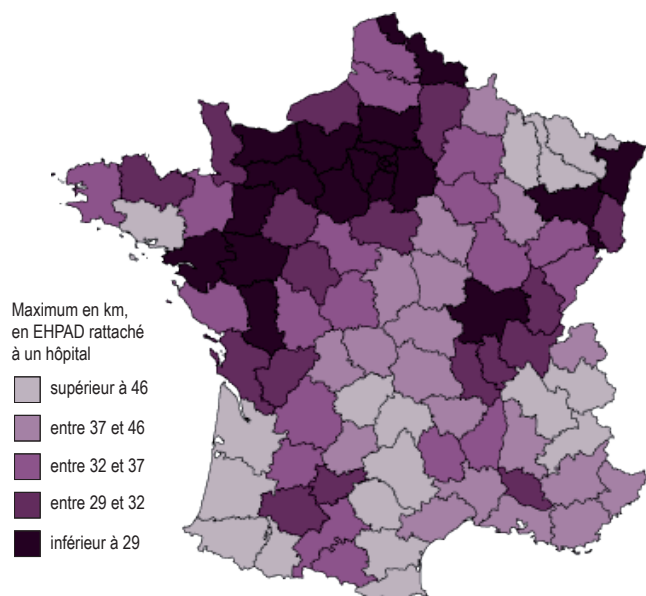
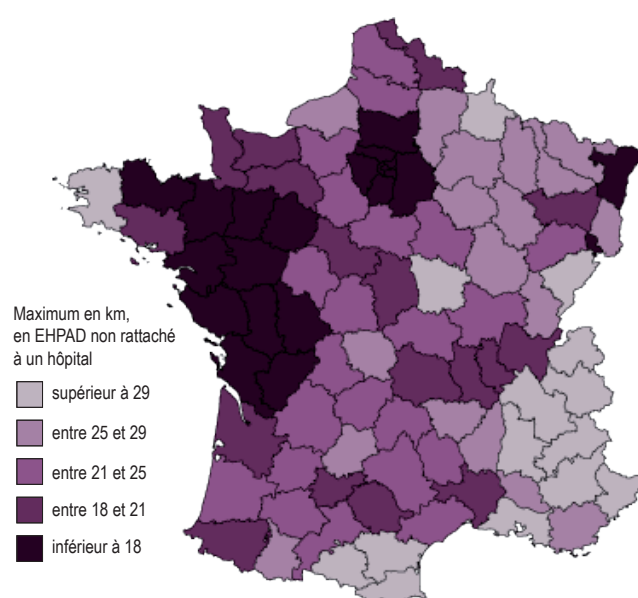
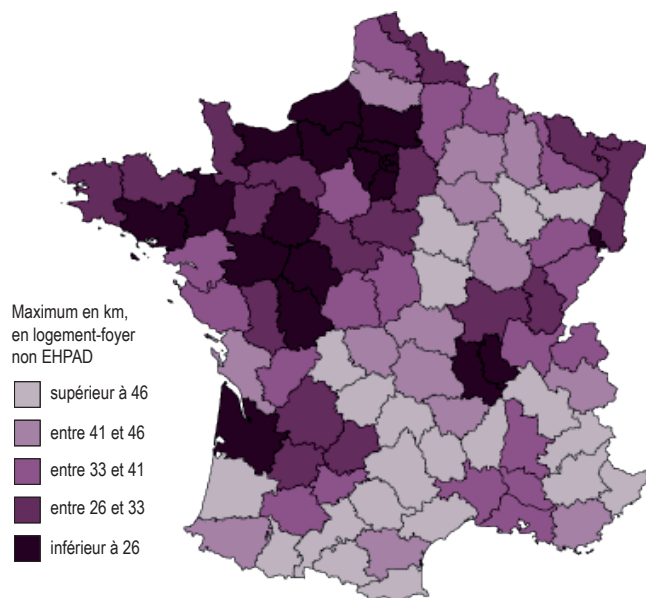
Lecture • En 2007, les Pyrénées-Orientales faisaient partie des 20 % des départements les moins équipés en EHPAD rattachés à un hôpital.

Champ • EHPAD non rattachés à un hôpital et EHPAD rattachés à un hôpital, ouverts fin 2007 et fin 2011.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007 et FINESS 2011 ; INSEE, population âgée de 75 ans ou plus issue du recensement 2008 ; Cartographie Arctique.

ANNEXE 2

Indicateur de justice, par catégorie d'établissement



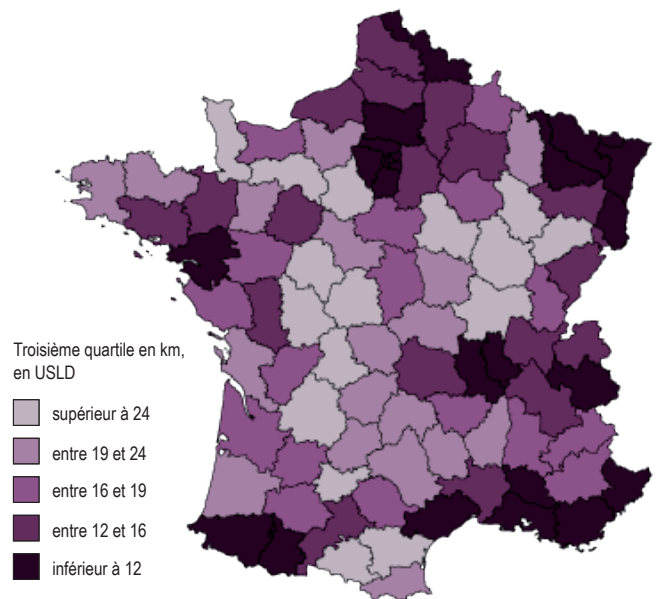
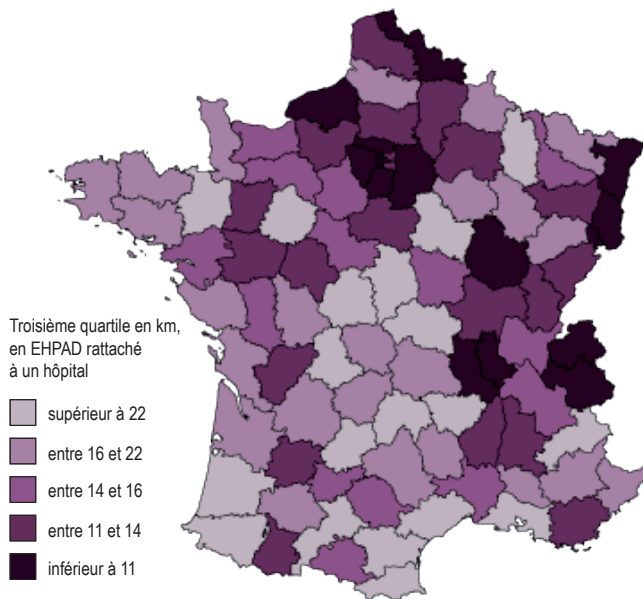
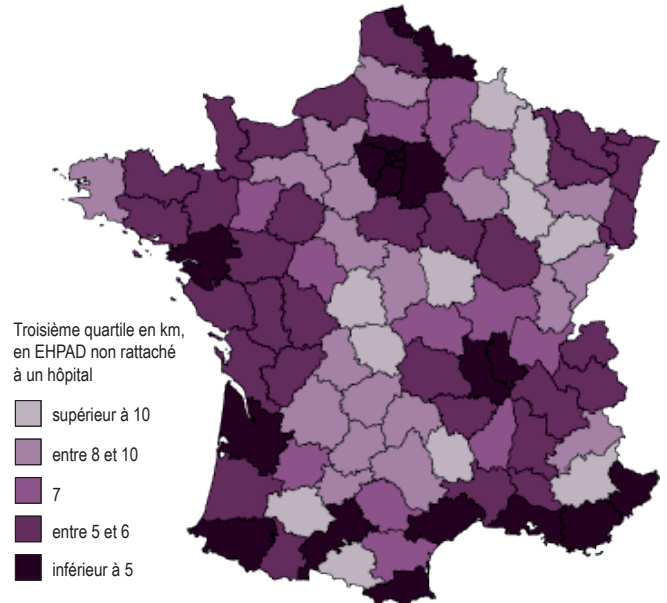
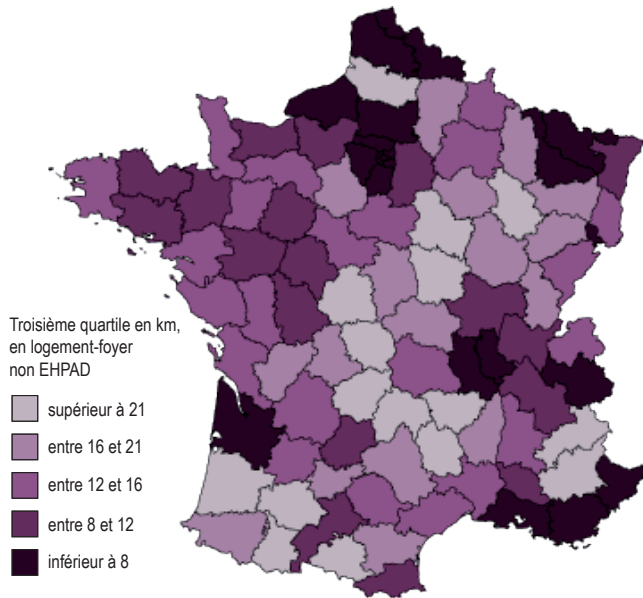
Lecture • Plus le département apparaît en foncé, plus il est « juste », c'est-à-dire que la distance maximale que doit parcourir une personne du département pour rejoindre l'EHPA le plus proche de chez elle est faible.

Champ • Établissements ouverts fin 2007.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007 ; INSEE, population âgée de 75 ans ou plus issue du recensement 2008 ; Distancier Odomatrix ; Cartographie Arctique.

ANNEXE 3

Indicateur d'efficacité, par catégorie d'établissement



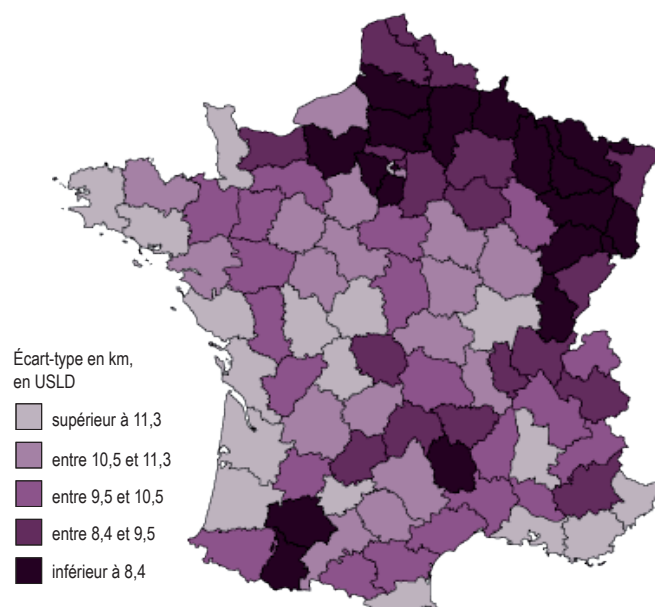
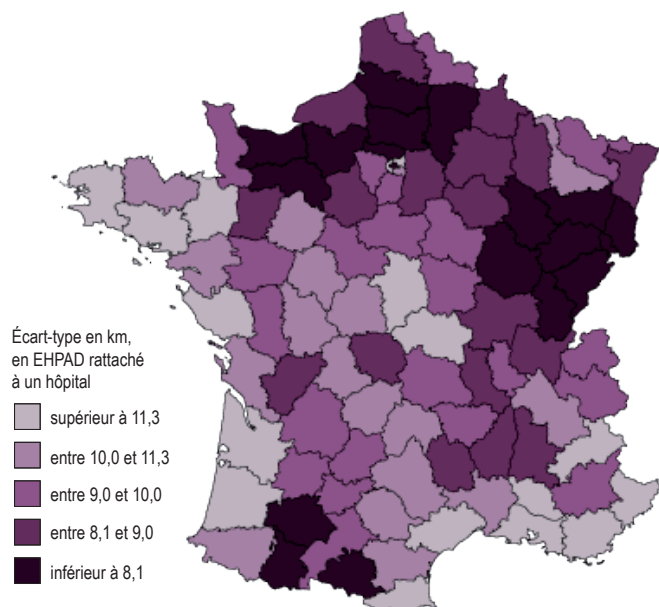
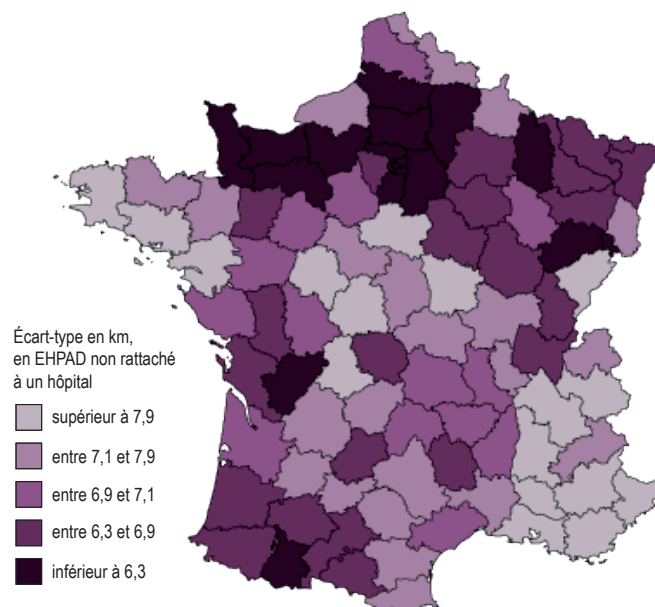
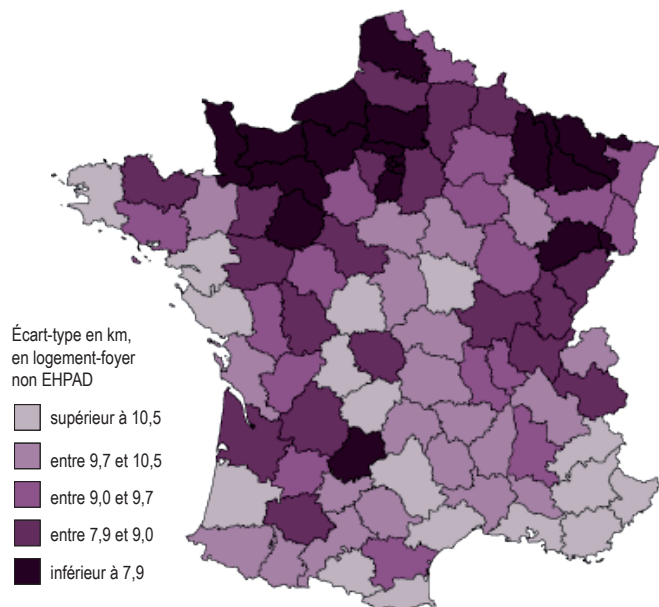
Lecture • Plus le département apparaît en foncé, plus il est « efficace », c'est-à-dire que la distance minimale que doivent parcourir les trois quarts des personnes du département pour rejoindre un EHPA est faible.

Champ • Établissements ouverts fin 2007.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007 ; INSEE, population âgée de 75 ans ou plus issue du recensement 2008 ; Code officiel géographique ; Distancier Odomatrix ; Cartographie Arctique.

ANNEXE 4

Indicateur d'égalité, par catégorie d'établissement



Lecture • Plus le département apparaît en foncé, plus l'accès à un EHPA est « égalitaire », c'est-à-dire qu'il a peu d'écart entre les distances que les différentes personnes du département doivent parcourir pour rejoindre l'établissement le plus proche de leur domicile. Dans les départements du Sud, l'écart-type est élevé, traduisant une relative inégalité d'accès aux EHPA, il est maximal dans les Bouches-du-Rhône.

Champ • Établissements ouverts fin 2007.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007 ; INSEE, population âgée de 75 ans ou plus issue du recensement 2008 ; Code officiel géographique ; distancier Odomatrix ; cartographie Arctique.

ANNEXE 5

Détail des indicateurs, par catégorie d'établissement et par département, en distance par la route et en temps de parcours

Département	Justice (maximum)									
	Logement-foyer		EHPAD non rattaché à un hôpital		EHPAD rattaché à un hôpital		USLD		Total	
	km	minutes	km	minutes	km	minutes	km	minutes	km	minutes
01	33	38	20	24	31	35	33	43	20	19
02	38	41	26	25	30	34	38	41	26	25
03	41	40	21	19	40	50	43	41	18	18
04	72	93	43	51	42	59	42	59	30	39
05	82	95	34	38	54	62	45	44	30	37
06	72	98	63	80	39	51	45	56	33	42
07	50	58	25	33	36	41	43	53	23	31
08	39	38	33	32	41	40	39	41	26	27
09	66	81	36	41	35	45	74	89	31	39
10	44	45	25	24	36	38	42	43	21	20
11	43	52	32	39	53	54	44	57	31	39
12	52	55	24	25	46	50	46	50	20	25
13	40	47	33	31	45	61	52	56	33	31
14	25	24	19	19	26	28	32	33	15	15
15	63	70	24	29	47	53	41	46	23	29
16	38	39	16	17	29	29	39	36	13	12
17	41	45	15	14	31	33	56	57	13	12
18	33	33	20	18	41	41	39	38	16	17
19	47	49	23	23	46	51	40	38	18	21
21	43	42	28	29	36	33	56	53	23	22
22	26	25	15	16	29	30	39	38	13	13
23	44	40	27	25	37	35	38	37	18	17
24	31	30	23	21	32	32	50	50	16	17
25	37	37	38	38	33	36	44	53	24	27
26	40	52	45	45	41	52	61	70	32	40
27	22	24	21	19	22	23	34	35	15	18
28	33	31	23	22	24	26	34	35	15	15
29	30	34	34	31	34	41	50	49	18	18
30	33	36	20	22	41	52	41	52	18	21
31	63	70	21	24	36	43	45	43	21	24
32	37	35	24	24	30	27	32	30	17	19
33	23	24	18	16	99	100	99	100	17	16
34	55	56	23	23	37	37	28	36	19	23
35	25	25	17	15	32	32	30	30	11	12
36	39	35	23	23	36	35	44	41	19	20
37	25	25	22	20	30	29	46	51	15	15
38	46	49	31	42	61	73	61	73	29	36
39	31	46	26	28	29	34	37	42	18	25
40	67	61	21	18	53	51	52	48	18	16
41	30	29	19	19	36	35	40	39	14	15
42	24	32	18	24	31	35	36	46	18	23
43	45	46	28	28	39	39	33	35	19	21
44	36	34	13	14	25	27	23	25	10	12
45	32	32	22	22	30	34	36	40	16	17
46	29	28	25	24	43	44	38	38	17	19
47	29	29	21	19	32	36	34	36	18	17
48	60	59	23	28	36	46	33	41	23	28

Département	Justice (maximum)									
	Logement-foyer		EHPAD non rattaché à un hôpital		EHPAD rattaché à un hôpital		USLD		Total	
	km	minutes	km	minutes	km	minutes	km	minutes	km	minutes
49	25	26	16	15	25	28	34	33	13	13
50	26	25	20	17	31	34	80	75	11	12
51	45	43	25	26	34	34	39	39	25	23
52	51	48	25	25	37	37	56	54	23	23
53	30	31	17	17	23	23	34	36	12	14
54	33	33	25	26	49	47	33	35	17	17
55	43	38	27	25	53	50	44	44	23	22
56	23	24	18	18	49	44	34	35	11	12
57	27	29	25	23	46	46	30	33	18	21
58	55	53	33	31	37	37	53	50	21	21
59	28	28	18	22	28	34	24	36	14	14
60	22	26	17	21	25	27	25	29	12	14
61	28	27	18	18	26	28	40	41	16	15
62	33	34	23	22	33	32	27	30	16	18
63	41	43	20	21	38	38	38	38	18	21
64	44	50	19	23	65	69	46	50	19	23
65	65	87	25	31	49	58	46	58	25	31
66	71	81	32	40	83	90	71	81	32	40
67	30	32	15	17	28	36	36	40	14	16
68	32	37	26	30	30	35	20	28	15	19
69	24	29	19	21	29	31	22	30	13	13
70	37	40	22	23	35	33	54	55	18	23
71	30	28	23	24	28	31	53	51	21	23
72	19	18	15	15	31	30	39	40	13	14
73	41	43	58	63	63	70	41	43	41	43
74	37	78	36	78	37	44	41	89	24	42
75	0	0	0	0	6	15	0	0	0	0
76	23	24	27	26	31	30	39	39	16	14
77	26	28	13	15	26	28	31	35	12	13
78	20	23	15	16	22	26	22	27	13	14
79	26	25	13	13	28	30	31	29	13	13
80	44	40	21	21	33	37	32	31	16	19
81	46	48	18	22	46	52	46	52	15	18
82	35	35	19	19	30	34	37	40	17	17
83	41	55	28	37	45	53	33	40	20	27
84	34	34	25	27	30	33	31	33	16	19
85	33	34	13	13	34	32	31	35	11	13
86	20	24	14	14	35	34	42	42	13	14
87	46	44	24	25	38	36	44	44	16	14
88	46	46	20	23	24	26	31	33	18	19
89	61	53	24	25	40	41	49	50	21	20
90	19	28	14	15	20	26	22	26	11	13
91	24	25	13	16	24	25	24	25	13	16
92	4	7	3	7	10	20	8	16	2	6
93	3	8	3	8	14	24	7	14	3	8
94	6	9	4	8	14	27	12	20	3	6
95	16	18	14	14	16	21	19	21	11	13

Lecture • La personne située le plus loin du premier logement-foyer doit parcourir 33 km dans l'Ain, correspondant à 38 minutes.

Champ • Établissements ouverts fin 2007.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007 ; INSEE, population âgée de 75 ans ou plus issue du recensement 2008 ; Code officiel géographique ; Distançier Odomatrix ; Cartographie Arctique.

ANNEXE 5 (SUITE)

Détail des indicateurs, par catégorie d'établissement et par département, en distance par la route et en temps de parcours

Département	Efficacité (3 ^e quartile)									
	Logement-foyer		EHPAD non rattaché à un hôpital		EHPAD rattaché à un hôpital		USLD		Total	
	km	minutes	km	minutes	km	minutes	km	minutes	km	minutes
01	10	12	7	10	15	18	14	16	4	6
02	16	19	7	9	13	16	14	18	6	7
03	18	19	7	8	26	31	19	21	5	6
04	23	29	12	13	16	16	18	21	6	7
05	51	59	9	10	39	38	17	19	6	7
06	7	14	0	0	20	34	8	15	0	0
07	17	21	7	8	12	15	23	28	4	5
08	15	17	12	12	16	18	16	18	8	9
09	30	33	11	11	15	17	46	48	4	6
10	18	18	8	8	16	18	16	18	5	6
11	20	22	7	8	22	25	24	25	6	7
12	20	22	8	9	21	24	21	26	6	8
13	7	9	0	0	23	32	10	14	0	0
14	9	11	5	6	14	16	16	20	3	5
15	33	38	9	10	26	30	20	25	8	9
16	18	19	5	6	13	14	17	19	5	5
17	14	16	5	6	16	18	22	25	4	4
18	18	19	8	8	32	33	17	20	6	6
19	23	26	8	10	20	22	19	21	6	7
21	19	21	6	7	10	13	25	28	4	5
22	11	12	5	6	16	17	23	25	4	4
23	29	28	12	11	18	18	19	19	8	8
24	15	15	8	8	19	20	24	27	7	7
25	15	20	9	12	13	18	13	18	5	7
26	13	18	5	6	11	16	17	23	4	4
27	10	11	9	10	12	13	22	23	6	7
28	18	21	8	9	14	16	29	29	4	5
29	14	16	8	9	16	19	20	24	3	4
30	12	15	5	7	14	20	13	19	4	5
31	9	13	3	5	23	30	15	23	2	3
32	25	25	13	12	16	15	16	15	8	8
33	5	6	2	3	16	22	17	21	0	0
34	13	18	3	4	24	30	10	14	0	0
35	11	12	5	5	22	27	12	15	0	0
36	23	22	11	11	23	22	27	25	8	8
37	10	12	7	9	13	17	33	38	4	4
38	10	14	6	7	15	20	13	17	3	5
39	19	21	9	11	13	17	17	21	7	8
40	33	32	6	6	26	28	22	22	5	6
41	15	16	8	9	14	16	22	23	5	6
42	7	11	3	6	9	18	11	16	0	0
43	25	27	6	8	26	27	18	20	5	5
44	12	16	0	0	14	18	9	12	0	0
45	14	17	6	8	13	15	16	20	4	5
46	10	13	9	11	29	29	22	25	7	7
47	15	15	7	8	13	15	18	20	5	5
48	41	41	10	9	20	18	19	18	7	8

Département	Efficacité (3 ^e quartile)									
	Logement-foyer		EHPAD non rattaché à un hôpital		EHPAD rattaché à un hôpital		USLD		Total	
	km	minutes	km	minutes	km	minutes	km	minutes	km	minutes
49	8	9	5	5	12	15	16	19	0	0
50	12	14	6	7	16	17	39	36	4	5
51	12	14	7	9	11	14	14	18	4	6
52	33	35	15	17	18	20	27	27	9	10
53	13	14	7	7	13	15	20	21	4	4
54	5	8	6	9	15	18	9	14	3	4
55	19	19	10	11	25	30	20	21	9	9
56	9	10	6	8	18	21	15	17	4	4
57	7	10	5	7	20	24	9	14	4	5
58	27	27	11	12	14	16	20	21	6	8
59	6	10	3	7	8	12	9	13	0	0
60	6	8	7	9	13	16	11	14	4	6
61	13	13	9	9	14	15	28	28	6	6
62	6	10	6	9	12	17	12	16	3	5
63	12	16	6	7	17	23	15	19	4	5
64	17	19	3	4	23	27	11	17	2	3
65	21	27	5	7	11	14	11	14	5	6
66	10	14	4	5	51	55	22	28	3	4
67	11	15	5	6	9	14	9	11	3	5
68	13	16	6	8	6	9	6	10	3	4
69	3	5	1	4	10	20	6	11	1	4
70	16	18	11	12	16	18	31	34	8	8
71	10	11	7	8	13	15	31	35	5	6
72	8	8	6	7	27	27	15	18	3	4
73	7	11	6	9	10	13	11	14	4	6
74	12	16	6	10	9	15	12	19	4	6
75	0	0	0	0	6	15	0	0	0	0
76	3	4	5	7	8	12	14	19	0	0
77	8	11	4	6	10	15	14	18	3	5
78	3	6	2	5	7	13	6	11	0	0
79	14	15	5	6	15	17	15	17	4	4
80	23	25	8	9	18	25	13	15	6	7
81	12	18	7	8	15	17	17	24	3	4
82	19	21	9	10	15	17	25	27	6	6
83	6	9	0	0	13	19	10	15	0	0
84	9	12	5	7	21	25	9	12	0	0
85	15	16	5	6	16	19	17	19	0	0
86	10	12	6	7	18	22	24	27	5	6
87	17	18	9	9	22	29	25	26	5	5
88	18	21	9	9	11	12	14	18	5	6
89	36	35	6	7	27	28	30	34	5	6
90	7	9	5	8	8	11	12	15	4	5
91	3	6	2	4	9	16	7	12	0	0
92	0	0	0	0	6	12	3	7	0	0
93	2	3	0	0	12	20	4	9	0	0
94	0	0	0	0	13	23	7	13	0	0
95	3	5	2	4	6	12	9	14	0	0

Champ • Établissements ouverts fin 2007.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007 ; INSEE, population âgée de 75 ans ou plus issue du recensement 2008 ; Code officiel géographique ; Distantier Odomatrix ; Cartographie Arctique.

ANNEXE 5 (SUITE ET FIN)

Détail des indicateurs, par catégorie d'établissement et par département, en distance par la route et en temps de parcours

Département	Égalité (écart-type)									
	Logement-foyer		EHPAD non rattaché à un hôpital		EHPAD rattaché à un hôpital		USLD		Total	
	km	minutes	km	minutes	km	minutes	km	minutes	km	minutes
01	8,5	8,8	6,7	7,4	8,5	9,2	9,1	9,6	5,6	6,2
02	8,1	8,6	5,9	6,2	7,4	7,9	7,9	8,3	5,7	6
03	10,5	10,5	7,4	7,8	11,5	12,3	11,1	11,6	6,9	7,1
04	11,5	12,8	9,3	9,9	9,5	10,1	9,4	10,1	7,3	7,7
05	13,1	14,5	7,3	7,7	11,9	11,9	9,5	9,9	6,7	7,1
06	17,7	21,2	10,3	12	16	20,4	13,6	17,1	8	9,6
07	9,7	10,6	7	7,7	8,5	9,3	9,9	10,7	6	6,6
08	8,2	8,4	7,6	7,5	8,1	8,3	8,3	8,5	6,7	6,9
09	10,6	11,3	6,7	7,3	8	8,7	9,9	10,3	5,3	5,9
10	9	9	6,7	6,7	8,5	8,2	9,2	9,3	6	6,1
11	9,3	9,1	7,3	7,5	10,9	10,5	10,1	10,6	6,7	7,1
12	10,8	11,2	7,7	8	11,3	12	11,2	11,9	7,4	7,8
13	14,5	17,1	10	11,1	22,8	26,1	17	19,4	9,4	10
14	7,3	7,6	5,9	6,2	8,1	8,8	9	9,4	5	5,5
15	10,3	10,8	7	7,5	10,3	10,9	9,4	10,1	6,8	7,3
16	9,5	9,4	5,6	5,9	8,5	8,5	9,6	9,3	5,5	5,7
17	9,9	10,3	6,7	6,8	10	10,5	12,1	12	6	6,1
18	9,9	10,1	7,4	7,5	11,6	12,3	10,5	10,7	6,7	6,7
19	11,5	11,9	7,4	7,8	11,1	11,4	10,5	10,9	6,5	6,7
21	9,5	9,4	6,9	6,8	7,4	7,8	10,7	10,5	5,4	5,5
22	8,7	8,9	7,3	7,6	10,1	10,1	11,1	11,2	6,1	6,3
23	8,4	8,1	6,9	6,8	8,6	8,4	9,1	8,9	6,3	6,2
24	9	8,9	7,2	7,1	9,3	9,4	10,7	10,9	6,4	6,5
25	8,4	9	8,1	8,4	7,9	8,5	8,4	9,2	5,7	6,3
26	9,7	10,3	8,4	8,7	8,2	9,1	11,4	11,9	6,5	6,8
27	6,6	6,9	6,2	6,5	7	7,3	8	8,2	5,5	5,8
28	9,4	9,7	6,9	7	8,3	8,7	10,6	10,9	5,7	6
29	11,7	12,1	10,4	10,8	12,8	13,8	13,9	14,2	7,5	7,9
30	10,2	10,7	7,2	7,9	10,6	11,7	10,4	11,8	6,6	7,2
31	10,4	11,2	6,4	6,9	9,8	11,1	10,7	12,1	6,1	6,6
32	8,7	8,6	6,8	6,7	7,6	7,4	7,7	7,5	6	5,9
33	8,1	8,6	6,9	7,1	15,1	15,5	15	15,1	6,1	6,3
34	12,9	13,5	7	7,6	12,9	14,3	10,3	11,9	6,1	6,9
35	9,7	10,4	7,2	7,4	11,4	12,7	10,5	10,9	6	6,4
36	10,7	10,5	8,4	8,3	10,5	10,4	11,8	11,2	7,6	7,5
37	9,6	10	8,7	9,1	10,3	10,9	10,7	11,6	6,8	7
38	9,8	10,6	8,2	9	10	11,2	10,4	11,4	6,9	7,7
39	8,1	8,6	6,3	6,6	7,3	7,8	7,9	8,6	5,4	5,8
40	12,2	11,4	6,8	6,8	11,6	11,7	11,4	11,6	6,7	6,7
41	8,8	8,9	7,4	7,5	9,9	10,1	11,1	10,9	6,3	6,6
42	9	10,3	6,9	7,9	8,9	10,8	10,6	11,9	5,9	6,8
43	10,1	10	6,9	7,1	9,2	9,1	9,2	9,2	6,2	6,4
44	13	13,6	8	8,5	10,9	12,4	10,9	11,9	6,3	6,6
45	10,4	10,5	8	8,3	9,7	10,1	10,5	10,5	6,6	6,9
46	7,2	7,4	6,7	7,3	9,7	9,5	9	9,3	5,8	6
47	9,1	9,2	7,1	7,6	9,4	9,8	9,9	10,4	6,3	6,6
48	10	10	6,5	6,7	8,7	9,2	8,4	8,9	6	6,5

Département	Égalité (écart-type)									
	Logement-foyer		EHPAD non rattaché à un hôpital		EHPAD rattaché à un hôpital		USLD		Total	
	km	minutes	km	minutes	km	minutes	km	minutes	km	minutes
49	8,8	8,9	7	7,3	9,9	10,4	10,4	10,9	5,7	5,9
50	7,4	7,6	6,2	6,2	9,1	9,1	13,9	13	5,2	5,3
51	9,1	9,3	6,6	6,9	8,2	8,8	9,1	9,6	6,1	6,4
52	10	10,1	7	7,3	7,7	8	9,7	9,4	6	6
53	8,9	8,8	6,7	7	8,6	8,9	10	10,4	5,5	5,6
54	7,4	8	6,9	7,5	10,7	10	7,9	8,6	5,6	6,1
55	7,9	7,7	6,2	6,2	8,5	8,7	8,4	8,4	5,8	5,9
56	9,5	9,7	8,4	8,5	12,1	12,2	11,8	11,9	7,1	7,2
57	7,7	8,4	6,5	7	10	10,4	7,5	8,4	6	6,6
58	11,7	11,3	8,1	8	9,1	9,2	11,3	10,8	6,8	6,8
59	9,4	10,7	7,2	8,5	9	10,8	9,4	11	5,8	7
60	6,3	7	6,1	6,7	7,1	8	7,1	7,8	5	5,5
61	7,5	7,6	6,1	6,1	7,9	7,9	9,7	9,5	5,5	5,6
62	7,9	8,6	7	7,7	8,4	9,4	8,4	9,2	5,9	6,5
63	9,9	10,3	6,9	7,7	9	9,9	10	10,5	6,1	6,6
64	10,5	10,8	6,5	6,8	11	11,4	9,7	10,3	6	6,3
65	9,8	10,7	5,5	6,1	8,1	8,6	8	8,4	5,4	6
66	11,5	12,6	7,7	8,4	14,1	14,5	14,1	15,3	6,9	7,7
67	9,3	10,2	6,4	6,9	8,6	9,6	9,1	9,9	5,9	6,3
68	9,7	10,7	7,4	8,2	7,8	8,8	7,4	8,5	5,8	6,6
69	9	10,4	7,1	8,4	9,8	12	8,7	10,4	5,9	7,4
70	7,1	7,3	5,8	5,9	7,1	7,1	8,2	8,2	5,3	5,4
71	8,1	8,4	7,3	7,6	8,8	9,9	12,7	12,5	6,3	6,6
72	7,6	7,9	7	7,2	11,1	11	10,7	11,5	5,8	6,1
73	8	8,9	8	9,1	9,1	9,8	8,7	9,7	6,5	7,7
74	10	11,5	7,9	9,8	9,4	10,9	9,6	11,2	6,4	7,7
75	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
76	6,6	7,1	7,1	7,9	8,6	9,1	10,9	11	5,3	5,7
77	7,9	8,8	5,6	6,8	8,2	9	8,7	9,3	5,3	6,1
78	8,1	9,3	6,8	8,2	9,1	10,7	8,1	9,9	5,6	6,6
79	9	9,3	6,3	6,6	9,4	9,9	9,5	9,9	5,8	5,9
80	8,2	8,3	6	6,2	7,8	8,6	7,6	8	5,3	5,8
81	10	10,7	7,1	7,6	10,6	11,6	10,9	11,8	6,2	6,7
82	10,2	10,4	7,7	7,9	10	10,4	11,4	12,1	6,7	6,7
83	13,9	15	9,3	10,3	16,7	18	13,5	15,5	8,3	9,2
84	10,5	11,4	7,9	9,2	12,9	13,7	9,7	11,5	6,5	7
85	10,9	10,8	7,1	7,2	11,4	11,7	11,3	11,6	5,6	5,6
86	8,3	8,9	7	7,3	10,8	11,2	12,2	12,5	6,5	6,7
87	12,5	12,5	9,3	9,3	11,1	12,5	13,7	13,8	7,5	7,5
88	9,1	9,5	6,4	6,7	6,9	7,6	8	8,4	5,5	6
89	9,9	9,7	6,5	6,6	10	10,1	10,7	10,7	6	6,2
90	7,1	8,7	6	6,9	6,4	7,5	7,4	7,9	5,4	6,1
91	7,9	9,1	6,1	7,7	9	10,5	8,3	9,6	5,7	6,7
92	5,6	8,5	5,8	9,2	12,8	18,3	11,5	16,7	3,1	5,3
93	7,2	10,2	5,8	8,5	12,9	16,9	9,3	13,3	5,6	8,3
94	6	8,5	6,3	9,1	10,9	15,5	10,7	14,3	3,6	5,1
95	7,3	8,9	5,9	7,4	7,7	9,3	8,5	10,2	5,1	6,3

Champ • Établissements ouverts fin 2007.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007 ; INSEE, population âgée de 75 ans ou plus issue du recensement 2008 ; Code officiel géographique ; Distançier Odometrix ; Cartographie Arctique.

ANNEXE 6

Répartition des places en EHPAD non rattaché à un hôpital,
selon le statut de l'établissement, en 2007

Département	EHPAD public	EHPAD privé à but lucratif	EHPAD privé à but non lucratif	Total
01	36,7	30,2	33,1	100,0
02	41,2	43,2	15,6	100,0
03	58,7	17,8	23,6	100,0
04	14,7	48,8	36,4	100,0
05	35,4	17,8	46,8	100,0
06	19,7	62,2	18,1	100,0
07	48,8	13,3	37,9	100,0
08	55,7	1,3	43,1	100,0
09	59,8	17,9	22,3	100,0
10	45,0	26,9	28,0	100,0
11	28,9	48,9	22,2	100,0
12	34,9	0,0	65,1	100,0
13	11,3	65,5	23,2	100,0
14	22,1	47,4	30,5	100,0
15	53,0	4,6	42,3	100,0
16	37,0	31,5	31,5	100,0
17	21,5	61,4	17,1	100,0
18	68,8	19,1	12,2	100,0
19	68,9	8,7	22,4	100,0
21	20,9	19,4	59,7	100,0
22	62,3	6,4	31,3	100,0
23	78,1	0,0	21,9	100,0
24	49,6	27,8	22,6	100,0
25	33,4	13,6	53,0	100,0
26	12,4	22,4	65,2	100,0
27	35,4	57,8	6,8	100,0
28	44,7	25,7	29,5	100,0
29	57,0	2,6	40,4	100,0
2A	0,0	29,8	70,2	100,0
2B	0,0	52,1	47,9	100,0
30	30,5	13,3	56,2	100,0
31	26,3	45,1	28,5	100,0
32	35,1	24,5	40,4	100,0
33	21,5	48,5	30,0	100,0
34	38,2	32,0	29,8	100,0
35	40,3	5,6	54,1	100,0
36	56,0	8,1	35,9	100,0
37	53,0	27,6	19,4	100,0
38	52,1	8,0	39,8	100,0
39	43,4	31,1	25,5	100,0
40	88,3	0,6	11,1	100,0
41	57,6	22,7	19,6	100,0
42	42,4	19,0	38,6	100,0
43	50,9	0,0	49,1	100,0
44	14,2	9,3	76,5	100,0
45	43,5	31,9	24,6	100,0
46	66,0	6,5	27,5	100,0
47	52,0	32,3	15,7	100,0
48	50,0	0,0	50,0	100,0
49	44,5	9,0	46,4	100,0
50	55,4	13,9	30,6	100,0
51	40,8	38,6	20,6	100,0
52	74,0	0,0	26,0	100,0
53	73,9	3,2	22,9	100,0
54	34,2	14,9	50,9	100,0
55	90,5	5,4	4,1	100,0
56	60,8	10,4	28,7	100,0
57	12,0	2,4	85,6	100,0
58	45,9	7,0	47,2	100,0
59	46,6	12,8	40,6	100,0
60	23,7	52,9	23,4	100,0
61	33,8	11,2	55,1	100,0
62	22,8	22,9	54,3	100,0
63	67,1	13,9	19,1	100,0
64	15,8	24,7	59,5	100,0
65	29,6	21,9	48,5	100,0
66	43,0	19,3	37,7	100,0
67	25,4	3,7	71,0	100,0
68	20,8	13,6	65,5	100,0
69	14,6	34,2	51,1	100,0
70	27,3	15,3	57,4	100,0
71	55,7	28,4	15,9	100,0
72	58,6	17,1	24,3	100,0
73	50,6	16,8	32,6	100,0
74	58,2	16,8	25,0	100,0
75	23,4	32,1	44,5	100,0
76	45,0	18,8	36,2	100,0
77	20,6	45,5	33,9	100,0
78	13,7	56,9	29,4	100,0
79	68,1	14,7	17,2	100,0
80	58,3	13,6	28,1	100,0
81	37,0	15,8	47,2	100,0
82	57,7	0,0	42,3	100,0
83	21,9	54,4	23,7	100,0
84	37,1	28,1	34,7	100,0
85	74,1	6,1	19,8	100,0
86	30,6	41,2	28,1	100,0
87	83,8	3,5	12,7	100,0
88	57,7	10,9	31,4	100,0
89	48,0	20,8	31,2	100,0
90	0,0	0,0	100,0	100,0
91	14,2	59	26,7	100,0
92	22,5	44,2	33,3	100,0
93	27,7	33,1	39,1	100,0
94	43,0	27,0	30,0	100,0
95	13,6	47,0	39,4	100,0

Lecture • Dans le département des Pyrénées-Orientales, 19,3 % des places relèvent des établissements privés à but lucratif, 37,7 % des établissements privés à but non lucratif, et 43,0 % des établissements publics.

Champ • EHPAD non rattachés à un hôpital.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007.

Migrations des personnes âgées entrées en institution

Les mobilités sont définies comme « l'ensemble des manifestations liées aux déplacements des hommes dans l'espace¹. » Les migrations en constituent une forme particulière, impliquant une rupture durable, voire définitive, avec l'espace de vie familial, défini comme l'ensemble des lieux régulièrement pratiqués par un individu. Elles se traduisent par une modification significative de l'existence quotidienne. Par ailleurs, les migrations transcrivent des dynamiques liées à des inégalités économiques, sociales, culturelles et donc spatiales. Elles sont un phénomène complexe, qui transforme les espaces de départ et d'arrivée.

Les dynamiques migratoires des personnes âgées de plus de 60 ans obéissent à des logiques différentes de celles des actifs. Selon l'INSEE, « l'espace à dominante rurale bénéficie de l'arrivée de personnes âgées de plus de 60 ans. Celles-ci viennent en majorité des pôles urbains et recherchent un cadre de vie favorable pour leur retraite. » Les Franciliens sont ainsi relativement nombreux à changer de région au moment de la retraite. « L'Île-de-France est le point de départ de 44 % des flux interrégionaux des personnes âgées. Les régions les plus attractives se situent plutôt au sud, à l'ouest et au sud du Bassin parisien². » Cependant, par rapport aux autres classes d'âge, les personnes âgées migrent plus rarement : alors qu'environ 13 % de la population âgée de moins de 55 ans qui habitait en France métropolitaine 5 ans

auparavant a changé de département, 4 % des personnes âgées de 55 ans ou plus sont dans ce cas³.

Cette étude s'intéresse aux migrations inter-départementales en France métropolitaine des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA). Selon l'enquête EHPA de 2007 (encadré 1), fin 2007, presque 15 % des résidents des EHPA vivent dans un établissement situé en dehors de leur département d'origine, c'est-à-dire celui de leur lieu de vie précédent⁴. Juste avant d'entrer dans cet établissement 60 % de ces personnes vivaient à domicile (personnel ou familial), 20 % séjournaient dans un établissement de santé de court ou moyen séjour, 10 % dans un autre EHPA (logement-foyer, maison de retraite ou unité de soins de longue durée) et enfin 5 % arrivaient d'une autre structure sanitaire ou médico-sociale (pour les 5 % restant, le lieu de vie précédant l'entrée en établissement n'est pas connu).

Au-delà de l'identification des principaux flux migratoires et de leur importance, il s'agit de déterminer les caractéristiques des personnes âgées, celles de leur département d'origine qui influencent les probabilités à migrer lors de l'entrée en institution ou d'un changement d'institution, ainsi que celles qui participent au choix de l'établissement et du département d'accueil. Les migrations peuvent en effet être guidées par des choix personnels ou familiaux, par des contraintes liées à l'état de santé des personnes âgées ou à l'offre d'accueil.

1. Lussault M. (sous la direction de Lévy J. et Lussault M.), 2003, *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*, Éditions Belin, mars.

2. Christel V., 2006, « Trajectoires résidentielles des personnes âgées », *Données Sociales – La Société Française*, Édition 2006, pp. 525-529.

3. Résultats du recensement de la population 2008.

4. L'origine fait référence, dans toute cette étude, au lieu de vie précédent l'entrée dans l'établissement où vit la personne âgée fin 2007. Il peut s'agir de son domicile, d'un autre établissement médico-social ou sanitaire par exemple.

ENCADRÉ 1

Les données sources

L'enquête EHPA 2007 dresse la situation, fin 2007, des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), c'est-à-dire de l'ensemble des maisons de retraite, logements-foyers et unités de soins de longue durée, qu'ils soient ou non conventionnés pour accueillir des personnes âgées dépendantes (EHPAD). L'enquête décrit l'activité de ces établissements, les personnes qui y travaillent et celles qui y résident. L'exploitation nationale des données sur les résidents a nécessité de corriger la non-réponse (15 % des établissements n'ayant pas répondu à l'enquête) par calage sur la répartition totale des places des établissements de la France entière par grandes catégories d'établissement. Ce redressement de la non-réponse au niveau national permet d'estimer à 657 000 le nombre de personnes hébergées en établissement pour la France entière. L'étude a cependant exigé un redressement complémentaire de la non-réponse intégrant un calage sur marges au niveau départemental et tenant compte de la localisation de la commune (en bordure de département ou non) et de la catégorie de l'établissement. Pour chaque département, les variables utilisées sont les capacités autorisées et les effectifs présents au 31 décembre 2007 renseignés par les gestionnaires d'établissements. Après repondération départementale, les données sont représentatives de 648 500 personnes vivant en établissement de France métropolitaine¹.

1. Les départements d'outre-mer, présentant une problématique particulière dans les migrations, ne sont pas inclus dans cette étude.

15 % des résidents en EHPA sont hébergés en dehors de leur département d'origine, la moitié d'entre eux dans un département voisin

Fin 2007, parmi les 650 000 personnes âgées vivant en EHPA en France métropolitaine, environ 95 000 sont dans un établissement médico-social d'un département différent de celui où elles vivaient auparavant. 15 % des résidents vivent ainsi dans une institution située en dehors de leur département d'origine.

Une migration sur deux est de proximité, 8 % des résidents étant hébergés dans un département limitrophe de leur département d'origine. En définitive, seuls 7 % des résidents sont originaires d'un département non limitrophe de celui de l'EHPA qu'ils ont intégré. Le constat reste globalement identique pour les seules personnes entrées en 2007 dans une institution où elles vivent à la fin de cette année-là⁵, 8 %

ont intégré un EHPA d'un département limitrophe et 6 % d'un département plus éloigné.

L'importance relative des migrations est très variable selon les départements (tableau 1). Ainsi, parmi l'ensemble des personnes âgées hébergées fin décembre 2007, la part de celles vivant au sein d'un établissement situé dans le département de leur lieu de vie précédent⁶, en moyenne de 85 % et comprise pour la moitié des départements entre 85 % et 91 %, fluctue cependant entre 44 % (Paris) et 96 % (Bas-Rhin et Haut-Rhin). La part des personnes âgées institutionnalisées dans un département limitrophe de leur département d'origine fluctue entre 1 % (Haute-Corse) et 23 % (Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne) et celle des personnes institutionnalisées dans un département non limitrophe entre 2 % (Bas-Rhin, Haut-Rhin, Haute-Loire, Maine-et-Loire et Loire) et 37 % (Paris). Ces parts varient ainsi fortement entre les départements (carte 1 et annexe 4).

TABLEAU 1

Distribution de la part des résidents originaires d'un département selon le département de l'EHPA où ils résident fin 2007

	Institutionnalisé dans leur département d'origine : « non migrant »	Institutionnalisé dans un département limitrophe : « migrant limitrophe »	Institutionnalisé dans un département non limitrophe : « migrant non limitrophe »
Part minimale	44	1	2
1 ^{er} quartile	85	5	4
Part médiane	88	7	5
3 ^e quartile	91	9	6
Part maximale	96	23	37

En %

Lecture • La part la plus faible des « non-migrants » parmi l'ensemble des résidents originaires d'un département est de 44 %, cette part est inférieure à 85 % dans 25 % des départements. La part la plus forte des « migrants non limitrophes » dans l'ensemble des résidents originaires d'un département est 37 %, cette part est supérieure à 6 % dans 25 % des départements.

Champ • France métropolitaine, résidents présents en EHPA fin 2007.

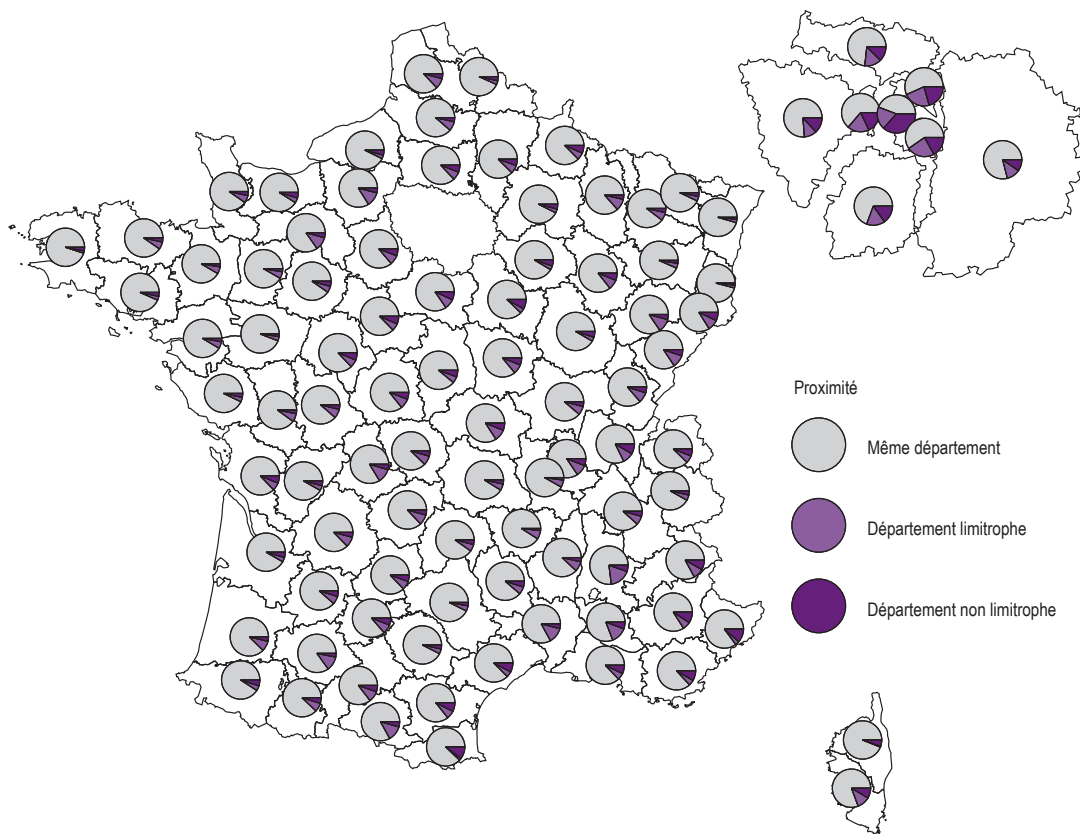
Sources • DREES, enquête EHPA 2007.

5. Quel que soit leur lieu de vie précédent : leur domicile, un établissement sanitaire ou social...

6. Cf. note 5.

CARTE 1

Destination des résidents en institution : répartition des résidents originaires d'un département selon leur lieu d'institutionnalisation



Lecture • 44 % des personnes qui habitaient à Paris avant d'entrer en EHPA ont intégré un établissement parisien, 19 % un établissement d'un département limitrophe et 37 % un établissement d'un département non limitrophe.

Champ • France métropolitaine, résidents présents en EHPA fin 2007.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007 ; Cartographie Arctique.

Les Franciliens constituent 30 % des migrants limitrophes et 40 % des non-limitrophes

Alors qu'elles ne représentent que 13 % des personnes âgées vivant en institution fin 2007, les personnes originaires d'Île-de-France constituent 35 % de l'ensemble des migrants, 30 % de ceux ayant intégré un établissement d'un département limitrophe à celui de leur domicile et 40 % de ceux institutionnalisés dans un département non limitrophe. Plus de 20 % des personnes âgées en institution qui sont originaires d'un des huit départements d'Île-de-France ont migré vers un autre département. La part des migrants parmi la population âgée qui vit en institution fin 2007 atteint même 50 % pour les parisiens, 43 % pour ceux originaires de Seine-Saint-Denis et 40 % pour ceux du Val-de-Marne. Les migrations limitrophes, supérieures à 10 % pour tous les départements

d'Île-de-France, atteignent notamment 23 % en Seine-Saint-Denis et pour le Val-de-Marne, 19 % à Paris et 18 % pour les Hauts-de-Seine. Les migrations non limitrophes sont également particulièrement élevées parmi les résidents originaires de Paris (37 %), de Seine-Saint-Denis (21 %), des Hauts-de-Seine (18 %) et du Val-de-Marne (17 %). Au total fin 2007, 15 000 personnes âgées originaires d'Île-de-France étaient en établissement dans un département limitrophe et 18 000 dans un département non limitrophe.

Pour les départements d'origine non franciliens, ce sont globalement les migrations limitrophes qui sont les plus fréquentes (au total, 36 000 contre 27 000 vers un département non limitrophe). Un seul des départements de province, les Alpes-Maritimes, a une proportion de migrants non limitrophes supérieure à 10 % (soit 11 % des personnes âgées institutionnalisées originaires de ce département), tandis

qu'une quinzaine comptent une proportion de migrants vers des départements limitrophes supérieure à 10 %, dix d'entre eux étant situés dans la moitié sud de la France, avec une part maximale dans la Drôme (18 %). D'ailleurs, les régions Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur sont, après l'Île-de-France, les deux régions d'où proviennent le plus grand nombre de migrations départementales, limitrophes ou non. Elles représentent, respectivement, environ 10 % et 7 % du total des migrations observées sur l'ensemble du territoire de France métropolitaine. Ces proportions sont cependant proches du poids des résidents originaires de ces régions parmi l'ensemble des résidents des EHPA fin 2007.

Les flux interdépartementaux importants sont limitrophes et concentrés en Île-de-France, dans le quart sud-est et dans le nord de la France

Considérés un à un, les flux migratoires⁷ d'un département à l'autre de l'ensemble des résidents en EHPA fin 2007 sont de 15 personnes en moyenne mais 50 % des flux (flux médian) sont inférieurs à 4 personnes⁸. Seuls 10 % de l'ensemble des flux sont supérieurs à 30 personnes mais ils regroupent environ deux-tiers des personnes ayant changé de département. Les déplacements de 250 personnes ou plus ne constituent, quant à eux, que 1 % des flux mais près du tiers des migrations totales. Les flux de cette importance se font tous entre départements limitrophes (carte 2) et concernent essentiellement des départements d'Île-de-France, de la vallée du Rhône, de Provence-Alpes-Côte d'Azur et du Nord-Pas-de-Calais. Le flux moyen entre les départements de la région Île-de-France est de 330 personnes (médiane à 230 personnes). Celui entre les départements de la vallée du Rhône (région Rhône-Alpes hors Savoie) est de 140 personnes, avec un flux médian de 72 personnes. Le flux maximum provient de Paris vers les Hauts-de-Seine, il concerne plus de 2 000 personnes. Tous les autres flux observés sont inférieurs à 1 200 personnes. Sur les 20 flux les plus importants, 12 sont concentrés en région parisienne, 5 venant de Paris. Les flux entre le Nord et le Pas-de-Calais, dans les deux sens,

en font également partie. Enfin, trois autres flux importants concernent des départements de la vallée du Rhône. À noter également, les flux des Bouches-du-Rhône vers le Var qui concernent 500 personnes.

Cette analyse élargie aux flux supérieurs à 30 personnes renforce la prédominance des départements de la région parisienne, Paris en tête, les flux vers des départements non limitrophes y étant très fréquents. Ainsi, 55 départements accueillent plus de 30 personnes âgées parisiennes et 27 départements plus de 30 personnes âgées originaires des Hauts-de-Seine. Par ailleurs, 8 autres départements alimentent des flux supérieurs à 30 personnes vers 10 à 20 départements. S'y retrouvent les autres départements franciliens (hors les Yvelines et le Val-d'Oise qui génèrent des flux vers moins de 10 départements) ainsi que le Rhône, les Alpes-Maritimes et la Haute-Garonne.

Les grands flux migratoires sont ainsi limitrophes et surtout concentrés en Île-de-France et dans la vallée du Rhône, régions très peuplées. En termes relatifs, c'est-à-dire en considérant la part des migrants en fonction du nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus du département de départ, ces mêmes zones restent les plus concernées (carte 3). Mais, d'autres flux apparaissent, venant de départements où la population émigrante représente au moins cinq résidents pour 1 000 personnes âgées du département, comme ceux de l'Ariège vers la Haute-Garonne, des Landes vers les Pyrénées-Atlantiques ou encore de la Meuse vers la Meurthe-Moselle.

Les établissements d'Île-de-France accueillent plus d'un quart des résidents ayant changé de département, pour la plupart franciliens

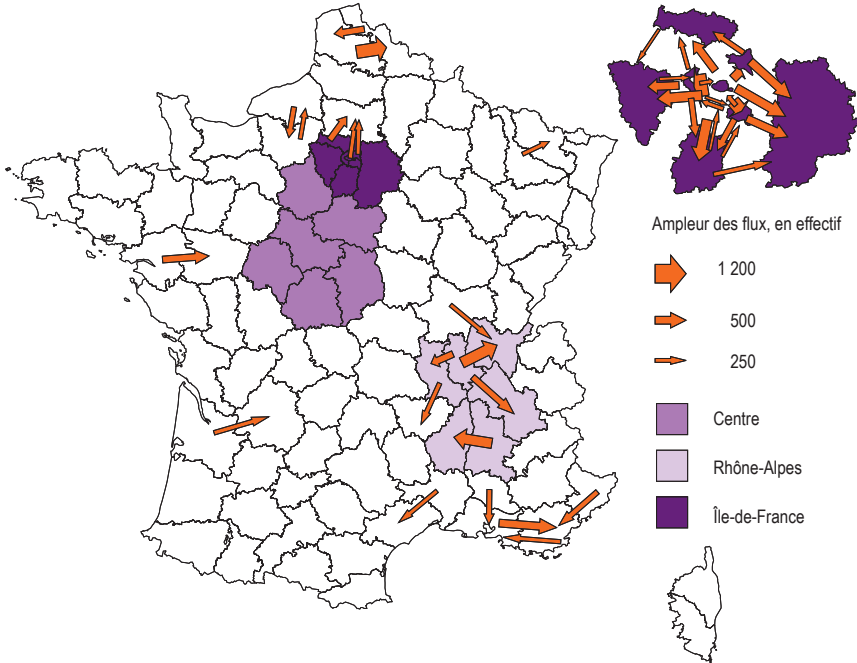
En raison de l'importance des migrations limitrophes au sein de l'Île-de-France, les départements franciliens, souvent « exportateurs », se révèlent aussi plus fréquemment « importateurs » que la majorité des autres départements (carte 4). Certains départements du sud-est de la France sont également dans cette situation. Au total, les régions Île-de-France, Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur

7. La notion de flux ne se réfère pas ici aux personnes âgées entrées dans l'année en institution mais à l'ensemble des résidents présents en fin d'année 2007 qui ont changé de département de lieu de vie lors de leur entrée dans l'établissement qui les héberge au 31 décembre 2007, quelle que soit l'année de leur entrée.

8. On considère uniquement les flux d'au moins une personne. Il existe environ 6 000 flux entre les départements. Théoriquement, il pourrait exister jusqu'à 9 120 flux (96 départements d'origine x 95 départements d'arrivée). Lorsque l'on mentionne « 10 % des flux », il s'agit de 10 % des flux existants, soit environ 600 flux, et non 912.

CARTE 2

Les grands flux interdépartementaux de personnes âgées en institution



Lecture • Environ 800 personnes âgées habitant dans le Pas-de-Calais ont intégré une institution localisée dans le Nord, inversement 400 personnes âgées du Nord vivent dans un établissement du Pas-de-Calais.

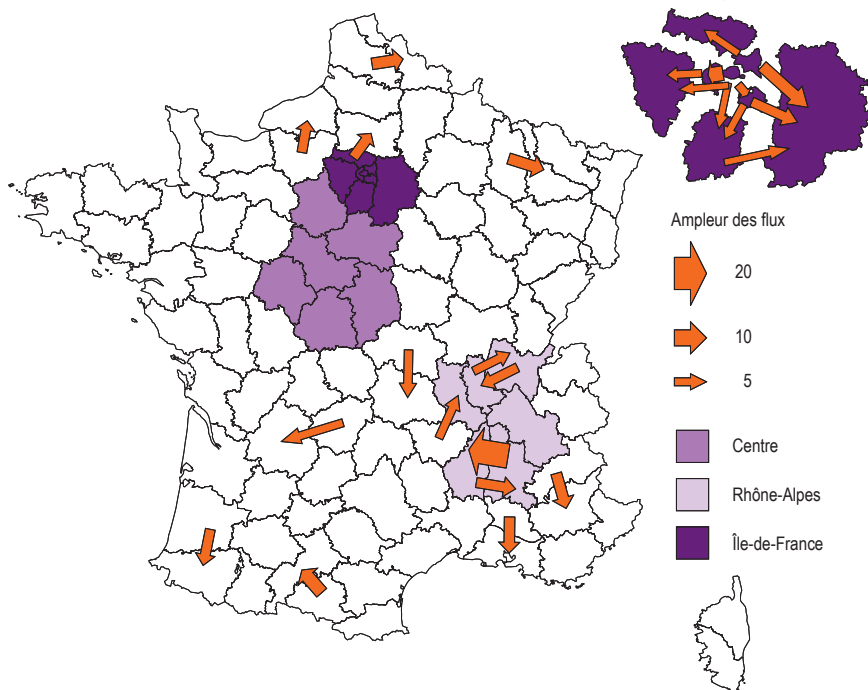
Champ • Résidents présents en EHPA fin 2007 – flux d'au moins 250 personnes entre 2 départements.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007 ; Cartographie Arctique.

CARTE 3

Les grands flux interdépartementaux de personnes âgées en institution

En fonction du département de départ pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus

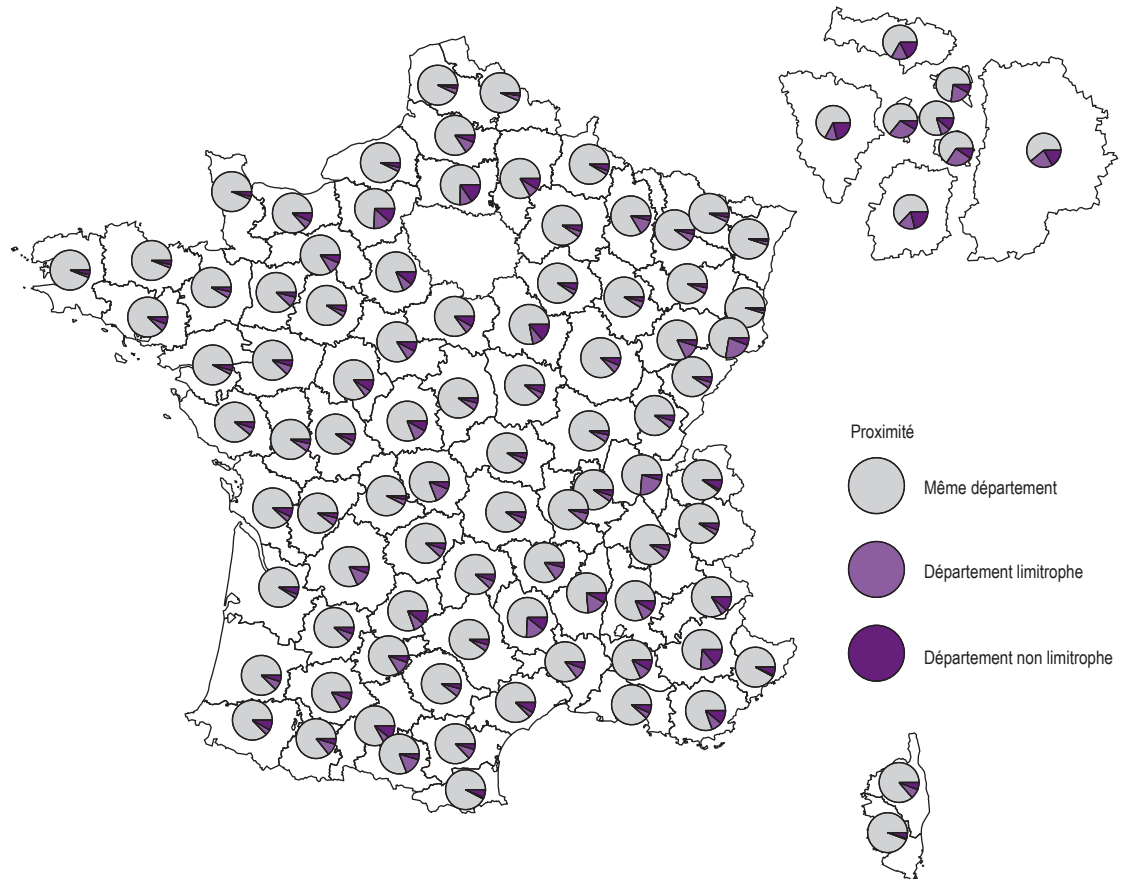


Lecture • Le nombre de personnes âgées qui partent de la Drôme vers l'Ardèche correspond à 15 % de la population âgée de plus de 75 ans drômoise.

Champ • Résidents présents en EHPA fin 2007, seuls les flux supérieurs à 5 % sont représentés.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007 ; Cartographie Arctique.

CARTE 4

Origine des résidents en institution par département selon leur lieu de vie avant leur institutionnalisation

Lecture • 80 % des personnes vivant dans un établissement parisien habitaient Paris avant leur placement, 9 % habitaient dans un département limitrophe, 11 % dans un département non limitrophe.

Champ • Résidents présents en EHPA fin 2007.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007 ; Cartographie Arctique.

accueillent respectivement 27 %, 10 % et 7 % des migrants.

Ainsi, à Paris la part des résidents non originaires du département est de 20 % (2 330 personnes) et elle est comprise entre 27 % (Seine-Saint-Denis, 1 715 personnes) et 39 % (Seine-et-Marne, 4 170 personnes) dans les 8 autres départements franciliens. Les arrivées d'autres départements, limitrophes ou non limitrophes, sont aussi fréquentes dans certains départements des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes et Languedoc-Roussillon comme les Alpes-de-Haute-Provence (26 %), la Lozère (26 %) et l'Ardèche (24 %). Enfin, l'Yonne, l'Oise et l'Eure, départements proches de l'Île-de-France hébergent aussi une part importante de personnes d'autres départements (entre 22 % et 26 %).

À l'opposé, plusieurs départements dont ceux d'Alsace, le Finistère, la Seine-Maritime, la Moselle et le Nord accueillent peu de personnes originaires d'autres départements, tout comme ils en « exportent » peu (moins de 7 % de leurs résidents ne sont pas des locaux et moins de 7 % des personnes âgées originaires de ces départements sont accueillies ailleurs).

Les migrations limitrophes : des déplacements de proximité

Le nombre d'arrivants dans chaque département est ici rapporté au nombre d'habitants âgés de 75 ans ou plus⁹. Il y a plus de flux supérieurs à 5 ‰ de la population du département d'accueil (carte 5), que de flux supé-

9. Qu'ils résident ou non en institution.

rieurs à 5 % de la population du département de départ (carte 3). Par exemple, les personnes âgées qui quittent la Haute-Garonne pour l'Ariège, les Hautes-Pyrénées, le Gers ou le Tarn-et-Garonne représentent plus de 5 % des personnes âgées de 75 ans de ces départements (carte 5) mais aucuns des ces flux ne représentent plus de 5 % des personnes âgées de 75 ans ou plus de la Haute-Garonne d'origine (carte 3). On observe également que les flux relatifs supérieurs à 5 % n'ont lieu qu'entre départements limitrophes. Les flux les plus importants semblent essentiellement concerner des personnes âgées originaires d'un département urbain (où se trouve souvent la capitale de région) qui entrent en établissement dans un département voisin moins urbain.

Par ailleurs, ce sont les établissements implantés dans des communes bordées par une limite départementale qui concentrent le plus de migrants interdépartementaux. Les changements de département sans tenir compte des distances parcourues et des temps de trajet surévaluent donc le phénomène de migration.

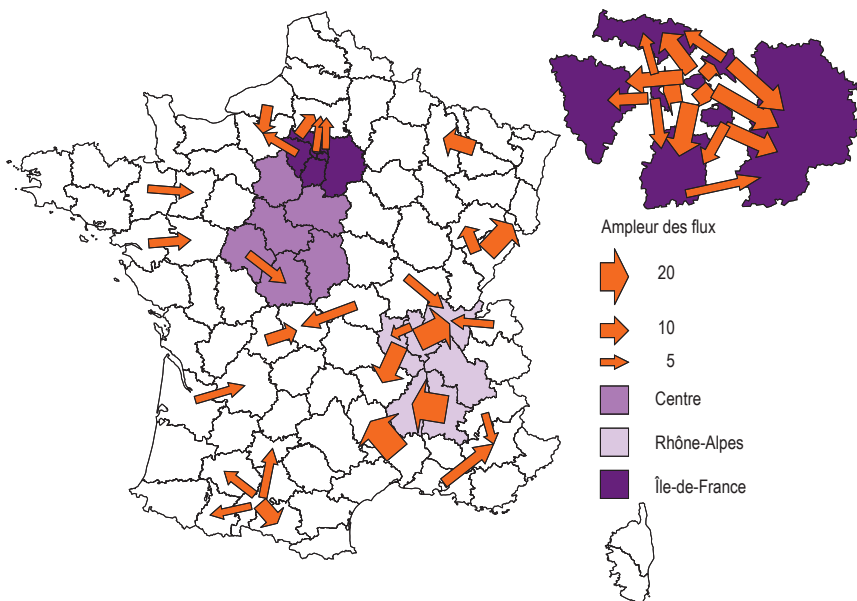
Pour les personnes âgées habitant en limite de département, l'établissement le plus proche de leur commune se situe parfois dans un autre département. Rejoindre ce département signifie alors intégrer l'institution la plus proche, il s'agit donc d'un déplacement de proximité. Dans les établissements de communes situées en bordure de département, 15 % en moyenne des résidents hébergés viennent d'un département limitrophe (contre 5 % pour les établissements des autres communes). Ces communes, qui correspondent à 20 % des communes de France, totalisent environ la moitié des migrations entre départements limitrophes. À titre d'exemple, à l'échelle cantonale, les départements bretons témoignent de la plus forte fréquence des migrations dans les établissements situés à proximité des limites départementales (carte 6).

Toutefois, en particulier en Île-de-France où les migrations entre départements limitrophes sont nombreuses, les migrations ne sont pas nécessairement concentrées sur les communes proches d'une limite départementale bien qu'elles s'inscrivent dans une logique de proximité. Notamment, entre Paris et la Petite

CARTE 5

Les grands flux interdépartementaux de personnes âgées en institution

En fonction du département d'accueil pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus



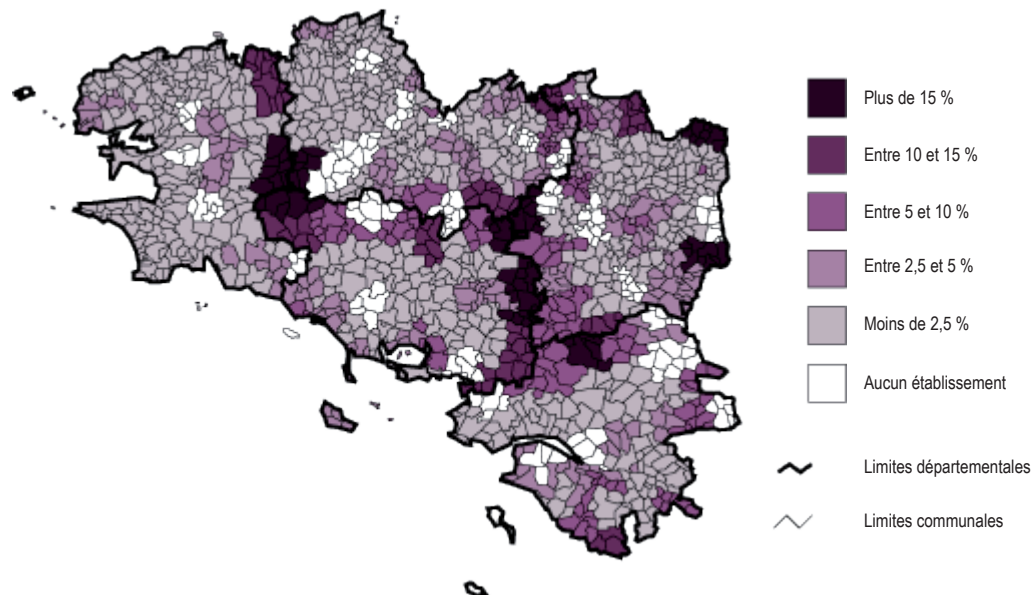
Lecture • Le nombre de migrants de la Drôme vers l'Ardèche correspond à 20 % de la population âgée de plus de 75 ans ardéchoise.

Champ • Résidents présents en EHPA 2007, seuls les flux supérieurs à 5 % sont représentés.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007 ; Cartographie Arctique.

CARTE 6

Part des migrants limitrophes par canton, en fonction du canton d'arrivée Exemple de la Bretagne



Lecture • Une commune apparaît en foncé quand la part des migrants dans les établissements du canton auquel elle appartient est supérieure à 15 % du total des résidents.

Champ • Résidents présents en EHPA fin 2007.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007 – données non redressées de la non-réponse ; Cartographie Arctique.

Couronne les distances sont parfois restreintes et l'accès à des établissements implantés au cœur d'un département voisin est facilité en raison de la densité du réseau de transport en commun.

Seul un quart des migrants franciliens vers un département non limitrophe sont hébergés dans la moitié sud de la France

Près d'un tiers des Franciliens migrants non limitrophes restent accueillis dans un établissement d'Île-de-France (tableau 2). De plus, les Franciliens qui migrent dans des départements non limitrophes d'une autre région sont majoritairement hébergés dans la moitié nord de la France et plus particulièrement dans les départements du pourtour de l'Île-de-France. Il s'agit notamment de la Picardie (9 % des migrants non limitrophes originaires d'Île-de-France), du Centre (7 %) ou de la Bourgogne (5 %) ainsi que des Pays de la Loire (5 %) et de la Bretagne (4 %). Cependant 25 % de ces migrants sont accueillis dans une région de la moitié sud de la France : en particulier 5 % en

Provence-Alpes-Côte d'Azur et 4 % dans chacune des régions Aquitaine, Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes.

Les résidents originaires de province constituent 60 % des migrants non limitrophes et près d'un quart d'entre eux vivent fin 2007 dans un établissement d'Île-de-France. Les deux autres régions où ils sont plus souvent institutionnalisés sont la Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes (10 % dans chacune d'elles).

Au total, les départements d'Île-de-France sont ceux qui hébergent le plus de personnes venant d'un département non limitrophe aux leurs (26 % des migrants non limitrophes). Viennent ensuite ceux des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes qui en accueillent respectivement 9 % et 8 %.

Dans plus de 80 % des cas, les personnes hébergées dans un département non limitrophe à celui de leur résidence précédente ont également changé de région. Cette proportion est toutefois plus faible parmi les migrants non limitrophes originaires d'Île-de-France (68 % des migrants vers un département non limitrophe) que parmi ceux originaires de province (92 %).

TABLEAU 2

Répartition des migrants dans un département non limitrophe selon leur région d'institutionnalisation

En %

Région de l'institution	Région d'origine du résident située en		
	Île-de-France	Province	Total
Île-de-France	31,7	22,7	26,3
Champagne-Ardenne	1,5	1,7	1,6
Picardie	8,5	2,2	4,7
Haute-Normandie	3,9	2,6	3,1
Centre	7,1	4,9	5,8
Basse-Normandie	3,7	1,9	2,6
Bourgogne	4,9	3,0	3,8
Nord - Pas-de-Calais	1,7	2,0	1,9
Lorraine	1,0	2,5	1,9
Alsace	0,6	1,0	0,8
Franche-Comté	0,7	1,4	1,1
Pays de la Loire	5,2	5,5	5,4
Bretagne	4,5	3,5	3,9
Poitou-Charentes	2,6	3,1	2,9
Aquitaine	4,1	6,0	5,3
Midi-Pyrénées	3,8	6,4	5,4
Limousin	1,1	1,0	1,0
Rhône-Alpes	3,9	10,4	7,8
Auvergne	1,5	2,3	2,0
Languedoc-Roussillon	2,4	4,9	3,9
Provence-Alpes-Côte d'Azur	5,5	10,7	8,6
Corse	0,1	0,2	0,1
France métropolitaine	100,0	100,0	100,0

Lecture • 31,7 % des migrants non limitrophes originaires d'Île-de-France sont hébergés en Île-de-France, 5,5 % sont hébergés en région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Champ • Effectifs présents en fin d'année 2007 hébergés dans un EHPA d'un département non limitrophe à celui de leur lieu de résidence précédent.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007.

Les soldes migratoires ne sont pas nettement liés au niveau d'équipement des départements d'accueil

Le solde migratoire départemental est la différence entre le nombre de personnes âgées originaires d'un autre département en institution dans le département et le nombre de personnes âgées originaires du département en institution ailleurs. Il est faible dans la majorité des départements français. Environ la moitié des départements (46) ont un solde migratoire compris entre plus ou moins 150 personnes. Y figurent les Hauts-de-Seine, unique département francilien à ne pas présenter un fort déficit ou un fort excédent. Seuls 16 départements présentent un solde inférieur à -150 personnes dont 6 un solde inférieur à -500 personnes (carte 7), les déficits étant plus marqués à Paris (-9 300), en

Seine-Saint-Denis (-1 800) et dans le Rhône (-1 100). À l'opposé, 35 départements ont un solde supérieur à 150 personnes dont 12 un solde supérieur à 500 personnes dont notamment, la Seine-et-Marne (+2 400), les Yvelines (+1 400) et l'Oise (+1 100).

Les soldes migratoires de la grande majorité des départements ne sont pas nettement corrélés¹⁰ à leur niveau d'équipement (nombre de places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus dans les départements d'accueil). Cependant, deux des trois départements les plus excédentaires affichent un taux d'équipement nettement supérieur à la moyenne métropolitaine (172 ‰ en Seine-et-Marne et 169 ‰ dans l'Oise, contre 133 ‰ en moyenne). En Lozère, département ayant le plus fort taux d'équipement (211 ‰) et où plus d'un quart des résidents sont originaires d'un autre département, le solde migratoire est d'environ 300 personnes. Inversement, deux des trois départements les plus déficitaires ont un taux d'équipement nettement inférieur à la moyenne (77 ‰ à Paris et 92 ‰ en Seine-Saint-Denis).

Environ deux fois moins de migrations parmi les personnes hébergées dans un établissement rattaché à un hôpital

Afin de mesurer l'effet de la variété de l'offre sur les migrations, quatre grandes catégories d'établissements sont distinguées en fonction de leur degré de médicalisation : les USLD (EHPAD ou non) ; les EHPAD (ou maisons de retraite non EHPAD) rattachés à un hôpital ; les EHPAD (ou maisons de retraite non EHPAD) non rattachés à un hôpital ; les logements-foyers non EHPAD.

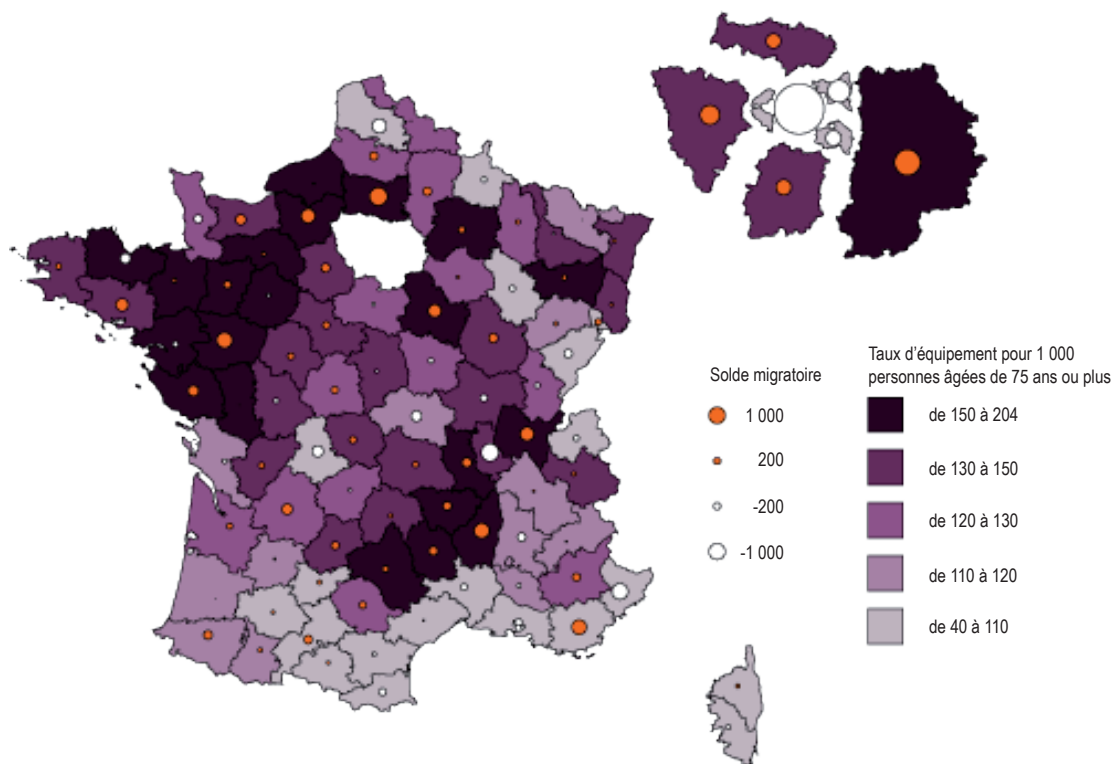
Ces quatre grandes catégories d'établissement ne sont pas présentes de façon uniforme sur le territoire¹¹ mais les places en EHPAD non rattaché à un hôpital sont relativement nombreuses sur l'ensemble du territoire. C'est dans ces établissements que la part des migrants parmi les résidents est la plus élevée (9 % venant d'un département limitrophe et 8 % d'un département non limitrophe – tableau 3). Les migrations sont nettement plus faibles parmi les résidents des établissements rattachés à un hôpital, notamment les migrations non limitrophes (2 % en

¹⁰. Coefficient de corrélation de 0,40 entre les niveaux de solde migratoire et les taux d'équipement et de 0,50 entre les soldes migratoires relatifs (solde rapporté au nombre de résidents hébergés dans le département) et les taux d'équipement.

¹¹. Cf. premier article de ce dossier.

CARTE 7

Soldes migratoires et taux d'équipement en EHPA



Taux d'équipement • Nombre de places pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus.

Lecture • Le département de Paris est largement déficitaire, la différence entre population arrivée et population partie est négative, de l'ordre de -9 000 personnes. Par contre, des départements comme la Seine-et-Marne ont « gagné » en population résidente. Tandis que d'autres, l'Ariège, la Haute-Garonne ou l'Isère, par exemple, ont un solde migratoire très faible, les populations arrivées dans le département et celles l'ayant quitté y sont équivalentes.

Champ • Résidents présents en EHPA fin 2007.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007 ; INSEE, Recensement général de la population 2008 ; Cartographie Arctique.

TABLEAU 3

Taux de migration par catégorie d'établissement

En %

Origine du résident	USLD	EHPAD rattaché à un hôpital	EHPAD non rattaché à un hôpital	Logement-Foyer non EHPAD	Ensemble
Même département	93,3	91,0	82,9	85,5	85,6
Département limitrophe	4,5	5,8	9,1	6,2	7,7
Département non limitrophe	2,2	3,2	7,9	8,3	6,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre de places	68 000	107 000	393 000	116 000	684 000

Lecture • 85,5 % des résidents en logement-foyer non EHPAD n'ont pas migré.

Champ • Résidents présents en EHPA fin 2007.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007.

USLD et 3 % en EHPAD rattaché à un hôpital). Ces moindres migrations des personnes âgées résidant dans un établissement rattaché à un hôpital pourraient être la conséquence de la sectorisation de l'offre de soins, des conventions passées avec les établissements de santé au titre

de la continuité de soins et du fait de la proportion beaucoup plus faible de résidents fin 2007 qui vivaient à leur domicile juste avant d'intégrer ce type d'établissement (20 % en USLD et 39 % EHPAD rattaché à un hôpital, contre 60 % en moyenne).

Une probabilité d'avoir migré plus élevée pour les personnes venant d'une maison de retraite que pour celles venant de leur domicile

Les migrations peuvent être liées à l'offre de places en établissement, à la tarification, mais également à la proximité recherchée avec d'autres membres de la famille. Au vu des fréquences des migrations, il est possible que les raisons qui conduisent à changer de département pour entrer en institution soient très différentes pour une personne originaire de la région parisienne ou de province, et qui migre « loin » ou « près » de son domicile¹². En effet, 17 % des résidents originaires d'Île-de-France ont migré « près » et 28 % « loin », contre respectivement 6 % et 4 % des résidents originaires de province. Aussi, pour mieux isoler les effets propres des diverses caractéristiques du département de résidence de la personne âgée, de l'établissement qu'elle intègre et de son profil sur sa probabilité d'avoir migré, une analyse « toutes choses égales par ailleurs » a été conduite sur chacune de ces 4 sous-populations¹³. En outre, toujours pour mieux cerner des populations homogènes au regard du sujet étudié, ces analyses ont été réalisées d'une part sur l'ensemble des personnes âgées hébergées en fin d'année 2007 et, d'autre part, sur la sous-population des entrants de l'année (toujours hébergés en décembre) venant exclusivement de leur domicile personnel (encadré 2).

Les résultats significatifs de ces analyses portent dans un premier temps sur les modèles relatifs à tous les résidents. Pour les personnes en institution, le lieu de vie précédant apparaît avoir un impact sur le fait d'avoir migré ou non mais celui-ci peut être différent pour les migrants limitrophes et non limitrophes. Un résultat commun toutefois : la probabilité d'avoir migré est nettement plus importante pour les personnes hébergées précédemment dans une maison de retraite que pour celles venues directement de leur domicile. L'écart est plus marqué pour les migrations non limitrophes (en provenance d'une maison de retraite aussi bien pour ceux originaires de l'Île-de-France que de la province) : +36 % pour les migrants limitrophes originaires d'Île-de-France, et +58 % pour les migrants non limitrophes ; +64 % pour les migrants limitrophes originaires de province, alors que la probabilité est 2,1 fois plus élevée (+110 %) pour les migrants non limitrophes (annexe 1).

Les personnes venues respectivement d'une USLD, d'une unité de court séjour sanitaire ou bien d'un hôpital, ont également une probabilité d'avoir migré vers un département limitrophe plus importante que celles venues de leur domicile : de +33 % à +98 % pour les migrants limitrophes en l'Île-de-France selon les types d'établissements et de +19 % à +60 % pour les migrants limitrophes en province (annexe 1). Inversement, les personnes arrivées

ENCADRÉ 2

Les personnes âgées nouvellement en institution en 2007

Les variables décrivant le profil des personnes âgées en établissement retracent leur situation à la fin de l'année 2007. Or, le phénomène étudié se rapporte à leur entrée en établissement. Le profil des personnes séjournant depuis un certain temps dans un EHPA peut ainsi avoir évolué depuis leur arrivée, notamment leur niveau de dépendance, leur situation familiale et juridique, éléments qui peuvent être importants lors du choix d'un établissement. En outre, les choix des personnes ne sont sans doute pas guidés par les mêmes contraintes lors d'une première entrée en établissement médico-social que lors d'un passage d'un établissement médico-social vers un autre établissement ou encore lors du passage d'un établissement sanitaire à un établissement médico-social.

Il est donc utile de mener une analyse complémentaire sur la sous-population des personnes âgées ayant quitté leur domicile pour intégrer un EHPA en 2007. Ces personnes nouvellement entrées en établissement en 2007 et toujours présentes en fin d'année représentent un résident sur huit hébergé en EHPA en décembre 2007. Elles relèvent moins souvent des GIR 1 et 2¹ que l'ensemble des résidents (-10 points), elles sont moins souvent sous tutelle (-10 points également, écart portant presque qu'exclusivement sur les tutelles autres que familiales) et moins souvent « célibataires » (-5 points). En termes d'établissement d'hébergement, elles sont moins souvent dans un EHPAD public ou une USLD (-8 points) au « profit », en ce qui concerne les personnes originaires d'Île-de-France, des EHPAD privés à but lucratif.

1. Les GIR 1 et 2 correspondent aux personnes les plus dépendantes selon la grille AGGIR (autonomie gérontologie groupes iso-ressources) qui classe les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie : du GIR 1 pour les plus dépendantes au GIR 6 pour les plus autonomes.

12. « Près » fait référence aux migrations dans un département limitrophe et « loin » dans un département non limitrophe.

13. Deux types de modèles de régression logistique ont ainsi été mis en œuvre, d'une part sur les ressortissants d'Île-de-France et d'autre part sur ceux de province. Le premier « non migrants versus migrants limitrophes » oppose les personnes institutionnalisées dans le département de leur lieu de vie précédent à celles institutionnalisées dans un département limitrophe. Le second « non migrants versus migrants non limitrophes » oppose les personnes institutionnalisées dans le département de leur lieu de vie précédent à celles qui ont migré vers un département non limitrophe.

d'un service de moyen séjour migrent deux fois moins souvent (-50 % environ) vers un département non limitrophe que celles venues de leur domicile. Les Franciliens venus d'un logement-foyer ont également une probabilité deux fois moins importante d'avoir migré près ou loin comparés aux Franciliens venus de leur domicile.

Les migrations des nouveaux résidents dépendent de la situation familiale et du niveau d'autonomie de la personne âgée

Dans un second temps, l'analyse s'intéresse aux personnes nouvellement entrées en institution (entrées en 2007 et venant directement de leur domicile). Tous les modèles étudiés, sur la région parisienne et sur la province, montrent que la situation familiale des personnes hébergées influe sur la probabilité d'avoir migré vers un autre département et que l'effet est plus important lors des migrations non limitrophes que des migrations limitrophes. Ainsi, la probabilité d'avoir migré de son domicile vers un EHPA en 2007 d'une personne ayant un conjoint qui ne vit pas dans l'établissement est moins forte d'au moins 26 % que celle d'une personne seule (veuve ou célibataire). Inversement, mais uniquement pour les ressortissants d'Île-de-France, la probabilité qu'une personne institutionnalisée en 2007 et ayant un conjoint dans le même établissement fin 2007 ait migré est plus forte de près de 70 % que celle d'une personne seule (l'effet n'est pas significatif au sens statistique pour les ressortissants de province – annexe 2). Dans ce dernier cas, l'éloignement du domicile précédent ne signifie pas séparation des personnes et peut même correspondre à un choix de vie.

La protection juridique du résident influe également sur la probabilité d'avoir migré pour les personnes âgées originaires de province et d'Île-de-France. Les nouveaux résidents de 2007 sous une mesure de protection juridique assurée par la famille migrent plus que les autres : leur probabilité d'avoir migré vers un département non limitrophe est ainsi supérieure de 46 % à 55 % à celle des résidents qui ne sont pas sous tutelle. Par contre, lorsque la mesure est assurée par une association ou un tuteur privé, ces probabilités sont générale-

ment plus faibles que pour les personnes qui ne sont pas sous tutelle.

Le niveau de dépendance des résidents ne semble pas avoir d'impact sur les migrations limitrophes mais en a sur les migrations non limitrophes : le fait d'être en GIR 5 ou 6, c'est-à-dire peu ou pas dépendant, augmente la probabilité des nouveaux résidents d'avoir migré loin d'environ 40 % par rapport à celle d'une personne en GIR 3 ou 4 (niveaux de dépendance « moyens »).

Les caractéristiques de l'établissement et surtout le coût de l'hébergement influent sur la probabilité de migrer

Les probabilités pour les nouveaux résidents d'avoir migré dans un département limitrophe ne sont pas ou peu significativement différentes au regard du type d'établissement qu'ils intègrent, elles le sont par contre dans le cas des migrations non limitrophes mais les différences sont opposées entre les Franciliens et les non-Franciliens. Les ressortissants d'Île-de-France ont ainsi une probabilité d'avoir migré loin nettement moins élevée quand ils entrent dans un logement-foyer (public ou privé) ou un EHPAD à but lucratif, et de façon moins marquée, dans un EHPAD à but non lucratif que lorsqu'ils entrent dans un EHPAD public. Tandis que les personnes de province ont une probabilité d'avoir migré loin nettement plus forte quand ils entrent dans un logement-foyer privé, un EHPAD à but lucratif, aussi, et dans une moindre mesure, dans un logement-foyer public ou dans un EHPAD à but non lucratif que lorsqu'ils entrent dans un EHPAD, une maison de retraite ou une USLD publique. La sectorisation des soins en fonction des territoires de santé peut expliquer cette moindre probabilité de migrer loin en USLD des résidents de province.

Les probabilités d'avoir migré sont aussi différenciées en fonction des tarifs d'hébergement des établissements. Les probabilités de migrer près et surtout loin sont plus importantes pour les personnes originaires de départements où les tarifs moyens mensuels d'hébergement sont assez élevés, de façon très nette pour les Franciliens. Les Parisiens (tarif moyen supé-

rieur à 2 400 euros mensuels) ont ainsi 6 fois plus de chances de migrer dans un département non limitrophe que les Franciliens originaires d'un département où le tarif moyen est compris entre 2 000 et 2 400 euros qui eux-mêmes migrent près de deux fois plus que les Franciliens des départements où le tarif moyen est inférieur à 2 000 euros (Seine-et-Marne, Essonne, Val-de-Marne et Val-d'Oise).

Mais les migrants franciliens sont plutôt hébergés dans des établissements où le tarif demeure plus élevé que le tarif moyen des établissements du département d'accueil. Leur probabilité d'avoir migré dans un département limitrophe est ainsi supérieure de près de 50 % quand ils intègrent un établissement où le coût moyen mensuel d'hébergement est supérieur d'au moins 300 euros à celui du département de l'établissement. Leur probabilité d'avoir migré dans un département non limitrophe est inférieure de près de 80 % quand ils intègrent un établissement où le coût moyen mensuel d'hébergement est inférieur d'au moins 300 euros à celui du département de l'établissement. Ce phénomène de migrations vers les établissements les plus chers des départements d'accueil s'observe également pour les habitants de province, mais ces derniers ont aussi plus de chance d'avoir migré loin quand ils intègrent un établissement d'un département non limitrophe au tarif plus faible que le tarif moyen de son département. Les effets des tarifs sur les probabilités à migrer paraissent ainsi particulièrement complexes et difficiles

à interpréter. En effet, les migrants originaires d'Île-de-France s'orientent certes vers des départements où les tarifs moyens sont moins élevés que ceux de leur département d'origine mais dans des établissements plus chers qu'en moyenne dans le département d'arrivée ce qui peut aussi paraître contradictoire avec le fait qu'ils migrent également plutôt vers des établissements publics. On peut faire l'hypothèse qu'un pouvoir d'achat en moyenne plus important que celui des provinciaux leur permet d'accéder aux établissements offrant plus de prestations ou mieux situés. La seconde hypothèse serait que les établissements publics de province les moins chers privilégieraient les personnes âgées qui habitent à proximité, les Parisiens auraient davantage de difficultés à obtenir une place, c'est pourquoi ils se tourneraient vers des établissements plus chers en moyenne que ceux du département. En province, on retrouve également les migrations au départ des départements chers, mais le choix de l'établissement dans le département d'arrivée semble suivre deux logiques différentes. Il y a d'une part ceux, population probablement relativement aisée, qui migrent dans un établissement plus cher que la moyenne du département, et d'autre part ceux qui migrent dans un établissement aux tarifs beaucoup plus bas que la moyenne du département. On peut penser que ces derniers migrants font face à des problèmes de solvabilité pour leur hébergement, et sont plus contraints par les tarifs que d'autres dans leur choix d'établissement. ■

ANNEXE 1

Modèles sur l'ensemble des résidents en EHPA

		Originaires d'IDF		Originaires de province	
		Mig Lim/non migrant (1)	Mig Non Lim/non migrant (2)	Mig Lim/non migrant (1)	Mig Non Lim/non migrant (2)
Niveau de dépendance	GIR 1-2		0,92	1,08	
	GIR 3-4	REF	REF	REF	REF
	GIR 5-6		1,18		1,28
Situation juridique	Aucune tutelle	REF	REF	REF	REF
	Tutelle assurée par la famille	1,12	1,30	1,25	1,45
	Autre tutelle (établissement, association, tuteur privé)			0,95	0,79
Sexe	Hommes	REF	REF	REF	REF
	Femmes		1,10		1,18
Situation familiale	Célibataire	REF	REF	REF	REF
	Conjoint dans l'établissement	1,17	1,23		1,20
	Conjoint hors établissement	0,80	0,60	0,88	0,64
Type d'hébergement antérieur	Domicile	REF	REF	REF	REF
	Logement-Foyer	0,59	0,55		
	Maison de retraite	1,36	1,58	1,64	2,10
	USLD	1,43		1,19	
	Court séjour sanitaire	1,33		1,60	0,67
	Moyen séjour sanitaire	0,96	0,53	0,92	0,49
	Autre établissement	1,98	1,76	1,22	0,80
	Autre	1,71		1,56	2,41
Type d'établissement d'hébergement en 2007	Logement-foyer public	0,30	0,18	0,62	1,42
	Logement-foyer privé	0,69	0,17	0,89	2,99
	Maison de retraite ou EHPAD, non rattaché à un hôpital, public	REF	REF	REF	REF
	Maison de retraite ou EHPAD, non rattaché à un hôpital, à but non lucratif		0,64	0,86	1,58
	Maison de retraite ou EHPAD, non rattaché à un hôpital, à but lucratif	1,12	0,49		1,98
	Maison de retraite ou EHPAD, rattaché à un hôpital	0,48	0,77	0,62	0,68
	USLD	0,33	0,20	0,44	0,55
Âge à l'entrée dans l'établissement	75 ans ou moins		0,82		0,84
	Entre 75 et 82 ans	REF	REF	REF	REF
	Entre 82 et 87 ans				
	Supérieur à 87 ans			0,92	0,95
Écart entre tarif mensuel de l'établissement et tarif mensuel moyen de son département d'implantation	-300 € par mois (établissement moins cher que la moyenne du département)	0,89	0,17		1,30
	entre -300 et -100 € par mois	1,26	0,67	1,06	0,92
	entre -100 et 100 € par mois	REF	REF	REF	REF
	entre 100 et 300 € par mois	1,40	1,17	1,08	1,11
	plus de 300 € par mois (établissement plus cher que la moyenne du département)	1,46		1,16	1,26
Tarif moyen mensuel du département d'origine du résident d'IDF	Inférieur à 2 000 €	0,79	0,65		
	Entre 2 000 et 2 400 €	REF	REF	REF	REF
	Supérieur à 2 400 €	2,24	5,80		
Tarif moyen mensuel du département d'origine du résident de province	Supérieur à 1 500 €			0,94	1,45
	Entre 1 400 et 1 500 €			0,94	1,15
	Entre 1 300 et 1 400 €	REF	REF	REF	REF
	Inférieur à 1 300 €			0,80	0,90
	Taux de concordance (3)	0,68	0,78	0,60	0,71

(1) Mig Lim / non migrant : modèle opposant les migrants dans un département limitrophe aux non-migrants.

(2) Mig non Lim / non migrant : modèle opposant les migrants dans un département non limitrophe aux non-migrants.

(3) Taux de concordance évaluant la pertinence du modèle (bonne à partir de 0,6).

Note • Ne figurent dans le tableau que les résultats significatifs au sens statistique.

Lecture • Les Franciliens présents en 2007 et dont le conjoint est à l'extérieur de l'établissement ont une probabilité de migrer inférieure de 20 % que ceux qui sont célibataires. Les résidents originaires de province et en GIR 5 ou 6 ont une probabilité de migrer supérieure de 28 % que ceux qui sont en GIR 3 ou 4.

Champ • Résidents présents fin 2007.

Source • DREES, enquête EHPA 2007 – données non redressées de la non-réponse.

ANNEXE 2

Modèles sur les entrants de l'année 2007 en EHPA

		Originaires d'IDF		Originaires de province	
		Mig Lim/non migrant (1)	Mig Non Lim/non migrant (2)	Mig Lim/non migrant (1)	Mig Non Lim/non migrant (2)
Niveau de dépendance	GIR 1-2				0,85
	GIR 3-4	REF	REF	REF	REF
	GIR 5-6		1,41		1,40
Situation juridique	Aucune tutelle	REF	REF	REF	REF
	Tutelle assurée par la famille		1,46	1,22	1,55
	Autre tutelle (établissement, association, tuteur privé)		0,51		0,71
Sexe	Hommes	REF	REF	REF	REF
	Femmes				1,25
Situation familiale	Célibataire	REF	REF	REF	REF
	Conjoint dans l'établissement	1,67	1,70		
	Conjoint hors établissement	0,70	0,53	0,74	0,65
Type d'établissement d'hébergement en 2007	Logement-foyer public	0,31	0,27		1,52
	Logement-foyer privé		0,19		3,21
	Maison de retraite ou EHPAD, non rattaché à un hôpital, public	REF	REF	REF	REF
	Maison de retraite ou EHPAD, non rattaché à un hôpital, à but non lucratif		0,64		1,50
	Maison de retraite ou EHPAD, non rattaché à un hôpital, à but lucratif		0,36		2,24
	Maison de retraite ou EHPAD, rattaché à un hôpital		1,59	0,76	
Âge à l'entrée dans l'établissement	USLD				0,61
	75 ans ou moins		0,65		
	Entre 75 et 82 ans	REF	REF	REF	REF
	Entre 82 et 87 ans				
Écart entre tarif mensuel de l'établissement et tarif mensuel moyen de son département d'implantation	Supérieur à 87 ans				
	-300 € par mois (établissement moins cher que la moyenne du département)		0,19		1,44
	entre -300 et -100 € par mois		0,48		
	entre -100 et 100 € par mois	REF	REF	REF	REF
Tarif moyen mensuel du département d'origine du résident d'IDF	entre 100 et 300 € par mois				
	plus de 300 € par mois (établissement plus cher que la moyenne du département)	1,48		1,20	1,44
	Inférieur à 2 000 €	0,78	0,61		
Tarif moyen mensuel du département d'origine du résident de province	Entre 2 000 et 2 400 €	REF	REF	REF	REF
	Supérieur à 2 400 €	2,80	5,90		
	Supérieur à 1 500 €				1,38
	Entre 1 400 et 1 500 €				1,18
	Entre 1 300 et 1 400 €	REF	REF	REF	REF
	Inférieur à 1 300 €				
	Taux de concordance (3)	0,67	0,77	0,55	0,68

(1) Mig Lim / non migrant : modèle opposant les migrants dans un département limitrophe aux non migrants.

(2) Mig non Lim / non migrant : modèle opposant les migrants dans un département non limitrophe aux non migrants.

(3) Taux de concordance évaluant la pertinence du modèle (bonne à partir de 0,6).

Note • Ne figurent dans le tableau que les résultats significatifs au sens statistique.

Lecture • Les Franciliens entrants en 2007 et placés sous tutelle autre que familiale ont deux fois moins de probabilité de migrer loin que les Franciliens entrants sans protection juridique (coefficient de 0,51). Les résidents originaires de province entrants et en GIR 5 ou 6 ont une probabilité de migrer supérieure de 40 % que ceux qui sont en GIR 3 ou 4.

Champ • Effectifs présents en fin d'année 2007 entrés dans l'établissement en 2007.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007 – données non redressées de la non-réponse.

ANNEXE 3

Origine des résidents en institution

Département	Même département	Département limitrophe	Département non limitrophe	Total
01	73,7	21,8	4,5	100,0
02	83,2	7,8	8,9	100,0
03	90,7	5,0	4,3	100,0
04	73,7	12,5	13,8	100,0
05	83,6	5,0	11,5	100,0
06	92,2	1,2	6,5	100,0
07	76,3	15,7	8,0	100,0
08	91,5	3,2	5,3	100,0
09	80,9	14,5	4,6	100,0
10	90,5	3,9	5,6	100,0
11	87,2	8,3	4,6	100,0
12	90,3	5,3	4,4	100,0
13	88,3	5,0	6,7	100,0
14	86,7	6,5	6,8	100,0
15	87,9	6,6	5,4	100,0
16	89,6	6,5	3,9	100,0
17	88,1	4,7	7,3	100,0
18	89,9	6,1	4,0	100,0
19	88,1	7,2	4,7	100,0
21	87,0	6,8	6,2	100,0
22	94,0	2,7	3,3	100,0
23	81,0	13,2	5,8	100,0
24	81,7	12,7	5,5	100,0
25	90,5	4,9	4,6	100,0
26	81,3	10,1	8,6	100,0
27	74,5	14,0	11,6	100,0
28	81,1	8,2	10,8	100,0
29	94,0	2,4	3,6	100,0
30	85,2	9,1	5,8	100,0
31	83,1	6,0	10,9	100,0
32	83,4	10,9	5,7	100,0
33	90,9	3,2	5,8	100,0
34	87,4	4,3	8,3	100,0
35	91,1	5,4	3,5	100,0
36	81,1	10,9	8,0	100,0
37	84,9	5,7	9,3	100,0
38	88,1	7,4	4,6	100,0
39	89,2	6,3	4,5	100,0
40	87,6	7,2	5,1	100,0
41	83,9	8,4	7,6	100,0
42	89,2	7,9	2,9	100,0
43	84,6	11,5	4,0	100,0
44	92,2	3,4	4,4	100,0
45	85,3	6,4	8,3	100,0
46	80,6	8,5	10,9	100,0
47	88,1	6,6	5,3	100,0
48	74,2	15,1	10,7	100,0
49	87,8	7,6	4,7	100,0

Département	Même département	Département limitrophe	Département non limitrophe	Total
50	93,8	2,4	3,9	100,0
51	90,4	4,8	4,8	100,0
52	91,0	5,3	3,7	100,0
53	87,8	8,4	3,7	100,0
54	89,9	6,4	3,7	100,0
55	83,5	12,8	3,7	100,0
56	88,0	6,2	5,8	100,0
57	93,0	3,9	3,2	100,0
58	88,5	5,2	6,3	100,0
59	93,3	4,2	2,5	100,0
60	74,7	9,8	15,4	100,0
61	83,8	9,7	6,5	100,0
62	92,9	4,5	2,6	100,0
63	89,6	5,6	4,7	100,0
64	87,3	4,5	8,2	100,0
65	85,8	9,7	4,5	100,0
66	92,3	1,2	6,4	100,0
67	95,0	3,0	1,9	100,0
68	95,3	2,5	2,1	100,0
69	90,2	4,8	4,9	100,0
70	82,1	13,1	4,8	100,0
71	90,6	6,1	3,3	100,0
72	90,8	4,0	5,1	100,0
73	90,5	4,2	5,3	100,0
74	90,0	1,9	8,1	100,0
75	79,8	8,8	11,4	100,0
76	92,7	3,3	4,0	100,0
77	61,1	22,2	16,7	100,0
78	67,1	11,6	21,3	100,0
79	90,0	6,5	3,4	100,0
80	84,4	10,0	5,6	100,0
81	89,3	6,5	4,1	100,0
82	83,6	10,9	5,5	100,0
83	80,4	8,6	11,0	100,0
84	81,9	9,5	8,6	100,0
85	89,1	6,1	4,8	100,0
86	90,0	4,4	5,6	100,0
87	92,6	4,4	3,0	100,0
88	91,8	4,9	3,2	100,0
89	78,1	8,2	13,7	100,0
90	72,4	21,8	5,9	100,0
91	63,0	15,9	21,2	100,0
92	64,2	27,3	8,5	100,0
93	73,1	19,1	7,9	100,0
94	65,7	24,8	9,5	100,0
95	66,8	15,5	17,7	100,0
2A	94,4	1,1	4,5	100,0
2B	86,3	7,8	5,8	100,0

Lecture • 79,8 % des personnes vivant dans un établissement parisien habitaient Paris avant leur placement, 8,8 % habitaient dans un département limitrophe, 11,4 % dans un département non limitrophe.

Champ • Résidents présents en EHPA fin 2007.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007.

ANNEXE 4

Destination des résidents en institution

Département	Même département	Département limitrophe	Département non limitrophe	Total
01	82,3	9,2	8,5	100,0
02	87,5	7,0	5,5	100,0
03	84,1	9,7	6,1	100,0
04	84,1	6,7	9,2	100,0
05	82,9	8,8	8,2	100,0
06	85,2	3,4	11,5	100,0
07	88,1	8,4	3,5	100,0
08	87,5	6,1	6,5	100,0
09	83,0	12,6	4,4	100,0
10	91,4	3,4	5,2	100,0
11	85,7	6,9	7,4	100,0
12	92,7	4,5	2,9	100,0
13	87,2	5,7	7,1	100,0
14	91,0	4,2	4,8	100,0
15	90,3	5,9	3,8	100,0
16	91,9	4,2	3,9	100,0
17	87,2	6,7	6,1	100,0
18	89,0	5,5	5,5	100,0
19	87,1	8,6	4,3	100,0
21	91,6	3,5	4,9	100,0
22	90,3	6,3	3,4	100,0
23	87,7	7,8	4,5	100,0
24	87,3	8,6	4,1	100,0
25	84,3	10,5	5,2	100,0
26	77,0	17,7	5,3	100,0
27	83,9	12,0	4,0	100,0
28	86,2	7,9	5,9	100,0
29	95,0	1,9	3,1	100,0
2A	80,7	10,9	8,5	100,0
2B	93,9	0,7	5,4	100,0
30	82,9	13,0	4,0	100,0
31	85,5	9,2	5,3	100,0
32	85,0	12,0	3,1	100,0
33	91,7	3,9	4,4	100,0
34	87,5	4,8	7,7	100,0
35	91,6	5,9	2,5	100,0
36	85,8	8,5	5,8	100,0
37	87,1	6,7	6,2	100,0
38	88,3	7,5	4,2	100,0
39	86,3	8,8	4,9	100,0
40	87,7	8,7	3,7	100,0
41	87,3	6,1	6,6	100,0
42	91,8	6,1	2,1	100,0
43	90,9	7,3	1,8	100,0
44	91,5	5,8	2,8	100,0
45	84,6	8,6	6,9	100,0
46	87,2	7,3	5,6	100,0
47	88,5	6,7	4,7	100,0

Département	Même département	Département limitrophe	Département non limitrophe	Total
48	88,7	6,4	4,9	100,0
49	94,2	3,6	2,2	100,0
50	90,3	6,2	3,4	100,0
51	92,6	3,3	4,1	100,0
52	85,6	8,3	6,1	100,0
53	91,7	5,8	2,5	100,0
54	89,6	6,9	3,4	100,0
55	86,6	9,8	3,6	100,0
56	93,4	3,3	3,3	100,0
57	93,0	3,9	3,2	100,0
58	86,0	8,0	6,0	100,0
59	93,3	3,2	3,5	100,0
60	87,0	7,0	5,9	100,0
61	84,7	11,1	4,1	100,0
62	87,1	8,9	4,0	100,0
63	91,2	5,4	3,4	100,0
64	90,9	4,2	4,9	100,0
65	87,9	7,3	4,7	100,0
66	87,9	1,9	10,2	100,0
67	95,5	2,8	1,7	100,0
68	95,9	2,4	1,7	100,0
69	84,4	9,7	5,9	100,0
70	84,4	11,3	4,2	100,0
71	88,7	7,3	3,9	100,0
72	90,3	5,2	4,4	100,0
73	91,9	4,6	3,5	100,0
74	87,8	6,3	5,9	100,0
75	44,2	19,2	36,6	100,0
76	92,7	3,1	4,3	100,0
77	79,0	11,4	9,6	100,0
78	76,2	10,6	13,1	100,0
79	90,0	6,9	3,1	100,0
80	88,7	7,9	3,4	100,0
81	92,5	4,1	3,4	100,0
82	86,3	7,9	5,8	100,0
83	86,9	4,7	8,4	100,0
84	80,8	13,6	5,6	100,0
85	92,9	3,7	3,4	100,0
86	88,6	7,7	3,8	100,0
87	83,7	11,7	4,5	100,0
88	93,4	4,2	2,5	100,0
89	87,8	4,1	8,1	100,0
90	83,9	9,1	7,0	100,0
91	69,3	15,6	15,1	100,0
92	63,7	18,3	18,0	100,0
93	56,7	22,7	20,6	100,0
94	59,7	23,4	16,9	100,0
95	73,3	14,2	12,5	100,0

Lecture • 44,2 % des personnes qui habitaient à Paris avant d'entrer en EHPA ont intégré un établissement parisien, 19,2 % un établissement d'un département limitrophe, et 36,6 % un établissement d'un département non limitrophe.

Champ • Résidents présents en EHPA fin 2007.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007.

DOSSIERS SOLIDARITÉ ET SANTÉ

Directeur de publication : Franck von Lenep
Secrétariat de rédaction : Catherine Demaison
Composition et mise en page : DREES

ISSN: 1958-587X
