

Études et Résultats

N° 891 • septembre 2014

Accessibilité et accès aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2011

À la fin 2011, les 7 752 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) offrent en moyenne 101 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus. Le taux d'équipement varie selon les départements de 22 à 185 places. Le sud de la France et la petite couronne parisienne sont les régions les moins bien équipées. À l'inverse, les Pays de la Loire et l'Auvergne affichent les taux d'équipement les plus élevés. La répartition des EHPAD varie aussi fortement selon leur statut juridique (public ou privé).

Bien que la situation géographique soit le premier critère pour choisir un établissement, les frais restant à la charge des familles, constitués en grande partie par le coût de l'hébergement, influent aussi sur le choix. Les grands pôles urbains, comme l'Île-de-France, affichent les tarifs les plus élevés. L'accès aux EHPAD dépend aussi d'autres critères, comme le nombre de places disponibles et les choix personnels ou familiaux. Au final, seuls 30 % des résidents n'ont pas changé de commune lorsqu'ils ont intégré l'EHPAD et près des deux tiers ne vont pas dans l'établissement le plus proche.

Mélina RAMOS-GORAND (université Paris-Est Créteil, Lab'Urba) et Sabrina VOLANT

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère des Finances et des Comptes publics
Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes
Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social

A la fin 2011, les 7 752 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), signataires d'une convention tripartite avec le conseil général et l'Assurance maladie, offrent en moyenne 101 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus dans toute la France, selon l'enquête auprès des établissements pour personnes âgées EHPA (encadré 1).

Entre 22 et 185 places pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus dans les départements

En EHPAD, les taux d'équipement par département varient de 22 à 185 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus. Dans 61 % des départements, ces taux d'équipement oscillent entre 90 et 130 places. Le littoral méditerranéen, les DOM et la petite couronne parisienne sont les zones les moins équipées. À l'inverse, les taux d'équipement sont les plus élevés dans les départements des Pays de la Loire et de l'Auvergne (carte 1a).

Avec 82 % des cantons¹ équipés fin 2011, les EHPAD sont localisés suivant un maillage territorial fin, qui résulte de l'histoire de l'accompagnement des publics fragiles². La moitié

de ces cantons accueillait déjà à la fin du XIX^e siècle un hospice, une maison de retraite ou un asile de vieillards (Office central des œuvres de bienfaisance, 1896)³. D'autres chefs-lieux de cantons se sont progressivement dotés de ces structures, afin de répondre au vieillissement de la population, dans le contexte des changements sociétaux d'après-guerre⁴ et de la politique d'humanisation des hospices, impulsée au début des années 1960. Ainsi, près de 85 % des cantons aujourd'hui équipés en EHPAD disposaient déjà d'une structure d'hébergement pour personnes âgées en 1985. Certains territoires, à l'échelle cantonale, apparaissent globalement mieux équipés, comme la Loire-Atlantique et la Vendée. D'autres le sont moins, notamment les cantons du littoral méditerranéen (carte 1b).

Les disparités observées à l'échelle cantonale sont plus importantes qu'à l'échelle départementale⁵. Dans la plupart des départements coexistent des cantons fortement et faiblement équipés. 21 % des cantons ont un taux d'équipement inférieur à 40 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus. Seuls deux départements sont dans ce cas : Paris et la Guadeloupe. 14 % des cantons ont un taux supérieur à 185 places ; ce n'est le cas d'aucun département.

Le taux d'équipement considère les limites territoriales comme infranchissables. Ainsi, un canton peu équipé apparaîtra comme tel, qu'il soit situé à proximité de cantons bien ou peu équipés. Un modèle d'accessibilité géographique, liant la distance et l'implantation des équipements, permet de s'affranchir de cet effet de seuil. Ce modèle ne permet pas, en revanche, de s'affranchir de la limite naturelle que constitue la mer, c'est pourquoi la Corse et les DOM ne sont pas, par la suite, dans le champ de l'étude.

Une accessibilité théorique garantie sur l'ensemble du territoire

« En géographie, l'accessibilité d'un lieu est généralement définie comme la plus ou moins grande facilité avec laquelle ce lieu peut être atteint à partir d'un ou plusieurs autres lieux, par un ou plusieurs individus » (Chapelon, 2004). Un établissement est considéré comme d'autant plus facile d'accès qu'il est géographiquement proche et qu'il dispose d'un nombre de places élevé par rapport à la population locale de personnes âgées⁶. L'accessibilité théorique combine ainsi le taux d'équipement et la distance entre le lieu de vie des personnes et l'établissement. Elle

1. Il s'agit des 3 802 pseudo-cantons au sens de l'INSEE au 1^{er} janvier 2012 (définition sur le site Internet de l'INSEE).

2. « Fragile » est entendu ici comme le public ciblé par la loi de 1905, c'est-à-dire « vieillards, infirmes et incurables ».

3. Chiffre calculé par les auteurs (Office central des œuvres de bienfaisance, 1896). Sont exclus l'Hérault, la Seine, la Corse et les DOM (source manquante ou incomplète), ainsi que la Moselle, le Haut-Rhin et le Bas-Rhin (dont les territoires n'étaient pas français en 1896).

4. Le rapport Laroque, présenté en 1962, fait souvent figure de référence pour les politiques « vieillesse ».

5. Cet effet est synthétisé sous l'acronyme MAUP (Modifiable Areal Unit Problem). En changeant de découpage ou de zonage, les représentations cartographiques obtenues sont différentes, conduisant à une autre lecture des phénomènes. Plus l'échelle est fine, plus les disparités sont visibles.

6. Pour le mode de calcul, voir Ramos-Gorand, 2013. Les distances utilisées sont des distances en kilomètre par la route.

ENCADRÉ 1

L'enquête EHPA

L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) a été lancée pour la première fois en 1985, portant sur l'exercice de l'année 1984. Cette enquête a eu lieu tous les deux ans jusqu'en 1996, puis tous les quatre ans. Elle couvre l'ensemble des établissements médico-sociaux hébergeant des personnes âgées de France métropolitaine et des départements d'outre-mer. Son lancement s'effectue à partir du Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS).

Le questionnaire de l'enquête en 2011 a été enrichi par rapport à l'édition de 2007. La question sur le lieu de vie des résidents avant leur entrée en établissement a été précisée : au lieu du département, c'est le code postal¹ qui est à présent collecté, permettant d'étudier finement les mobilités des résidents lors de leur entrée en institution. Il permet de comparer les distances minimales à parcourir pour rejoindre l'établissement le plus proche du précédent lieu de vie aux distances réellement parcourues. Les distances sont calculées entre chefs-lieux de communes.

Les données présentées dans ce document portent sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), à l'exception des établissements spécifiquement dédiés à l'accueil de jour.

Le taux de réponse à l'enquête EHPA 2011 est de 84 %. Pour cette étude, un redressement de la non-réponse au niveau départemental a été effectué. Pour chaque département, les pondérations des établissements sont obtenues en se calant

sur les données FINESS au 31 décembre 2011, éventuellement corrigées par les données de l'enquête (nombre de places installées par statut juridique). Les pondérations des résidents tiennent compte des effectifs présents au 31 décembre 2011 renseignés par les gestionnaires d'établissements.

1. Les distances parcourues sont calculées au niveau communal. Les 36 600 communes françaises sont couvertes par 6 300 codes postaux, un code postal pouvant regrouper jusqu'à 40 communes. Lorsqu'un code postal correspond à une unique commune, le résident est rattaché à cette commune. Dans le cas contraire, une des communes du code postal est affectée au résident de manière aléatoire, en tenant compte du nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus des communes concernées.

Nombre d'établissements et de places installées par statut juridique

Statut juridique	Nombre d'établissements	Places installées	Effectifs présents au 31 décembre 2011
Public non hospitalier	2 149	159 720	156 240
Public hospitalier	1 651	152 840	148 750
Privé à but non lucratif	2 271	162 100	157 990
Privé à but lucratif	1 681	118 240	110 620
Ensemble	7 752	592 900	573 600

Lecture • Au 31 décembre 2011, 2 149 EHPAD publics non hospitaliers disposent de 159 720 places et accueillent 156 240 personnes.

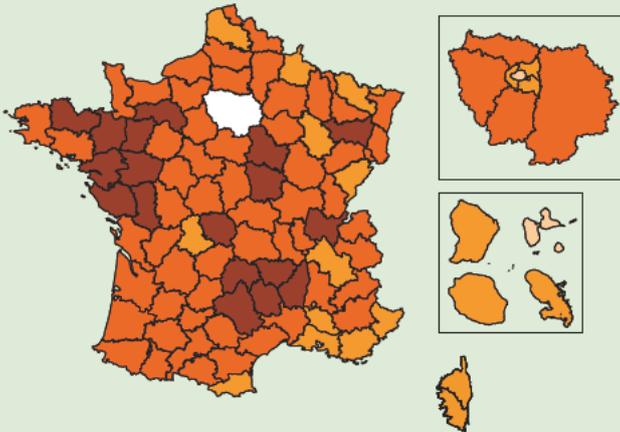
Champ • EHPAD, hors centres d'accueil de jour, France entière.

Sources • DREES, enquête EHPA 2011.

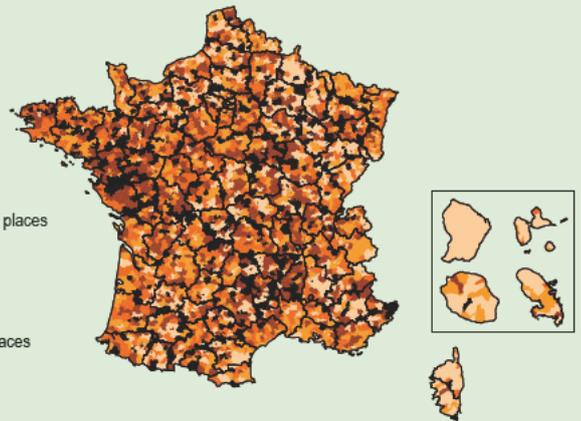
CARTES 1

Taux d'équipement en EHPAD

a) à l'échelle départementale



b) à l'échelle cantonale



- Strictement supérieur à 185 places
- Entre 130 et 185 places
- Entre 90 et 130 places
- Entre 40 et 90 places
- Strictement inférieur à 40 places

Taux d'équipement : nombre de places pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus.

Lecture • Plus le département, ou le canton, apparaît en foncé, plus son taux d'équipement est élevé. La discrétisation est la même sur les deux cartes.

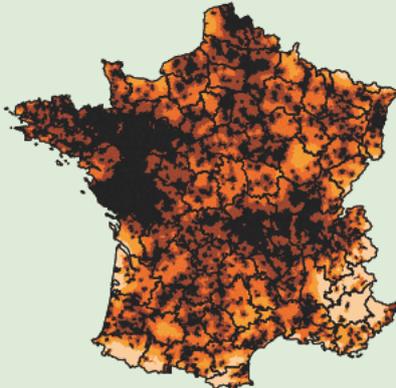
Champ • EHPAD ouverts fin 2011, France entière.

Sources • DREES, enquête EHPA 2011 ; INSEE, population âgée de 75 ans ou plus issue du recensement de la population de 2010 ; cartographie © Arctique.

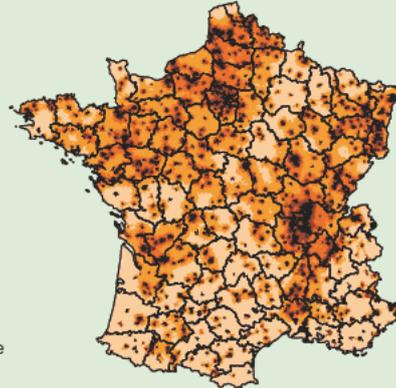
CARTES 2

Accessibilité théorique en EHPAD, à l'échelle communale

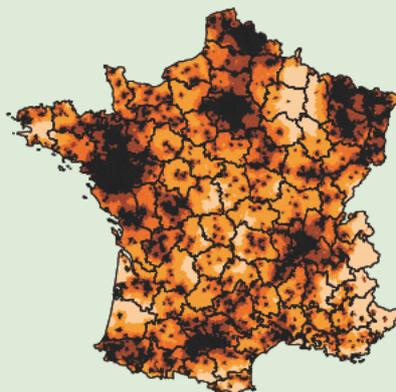
a) Public non rattaché à un hôpital



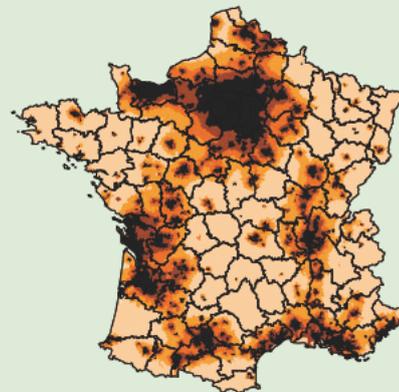
b) Public rattaché à un hôpital



c) Privé à but non lucratif



d) Privé à but lucratif



- 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

Accessibilité : 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 établissements 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 à proximité de leur lieu de vie. Le critère de discrétisation est identique sur les quatre cartes.

Champ • EHPAD ouverts fin 2011, France métropolitaine hors Corse.

Sources • DREES, enquête EHPA 2011 ; INSEE, recensement de la population 2010 ; Distancier Odomatix ; cartographie © Arctique.

varie fortement en fonction du statut juridique de l'établissement (public hospitalier ou non, privé non lucratif, privé lucratif). L'accessibilité par statut juridique dépend du nombre d'établissements, mais aussi de leur implantation géographique. Les EHPAD privés à but lucratif, pourtant aussi nombreux que les EHPAD publics hospitaliers (encadré 1), présentent ainsi une accessibilité plus contrastée (cartes 2).

Héritiers de l'histoire des hospices, les établissements publics non rattachés à un hôpital sont les plus accessibles en France (carte 2a). Ce sont, aujourd'hui, des établissements publics administratifs autonomes ou rattachés à un centre communal d'action sociale. Dans quelques départements du Sud-Est, notamment les Alpes-de-Haute-Provence et les Hautes-Alpes, les habitants âgés accéderaient théoriquement plus difficilement à ces établissements. À l'inverse, les habitants des Pays de la Loire y accéderaient plus facilement.

Présents dans 98 % des sous-préfectures des départements, les EHPAD rattachés à un hôpital forment un maillage régulier (carte 2b). Leur implantation reflète celle des hôpitaux. Ils se sont développés dans les grandes villes au sein des hôpitaux et hospices qui ont profité de avancées techniques du xx^e siècle.

Les EHPAD privés à but non lucratif sont accessibles dans plusieurs régions : l'Alsace-Lorraine, les régions du Nord à l'Île-de-France, une partie de l'Ouest et notamment la Loire-Atlantique, de la vallée du Rhône aux Pyrénées-Atlantiques. Les départements du Sud-Est en sont moins pourvus, comme les territoires en écharpe des Ardennes aux Landes (carte 2c). Ces établissements sont essentiellement gérés par des associations, reconnues ou non d'utilité publique. Leur géographie est ancrée dans l'histoire religieuse et sociale des territoires. Ainsi, la congrégation des Petites Sœurs des pauvres gérait une centaine d'établissements à la fin du xix^e siècle. Elle est aujourd'hui responsable d'une trentaine d'EHPAD, implantés d'abord en Bretagne et dans le Nord - Pas-de-Calais, puis en Rhône-Alpes et en Île-de-France. Autre exemple, la Fondation Caisse d'Épargne pour la solidarité regroupe plus de 70 établissements à la fin 2011 ; premier acteur non lucratif des EHPAD, elle réunit plusieurs fondations qui se sont déve-

loppées au xix^e siècle. Aujourd'hui, elle est présente dans la plupart des régions françaises.

Les établissements privés à but lucratif⁷ se développent depuis le début des années 1990. Fin 2011, un tiers d'entre eux sont rattachés à un groupe de plus de 100 établissements ; ils représentent 40 % des places du secteur. Ces groupes développent des stratégies d'implantation géographique ciblées (Martin, 2013) ; ils sont présents dans quelques territoires : Île-de-France, Normandie, vallée du Rhône, littoral méditerranéen, Gironde, Charente-Maritime et Charente. Ils sont peu accessibles dans la plupart des départements (carte 2d).

Bien que la situation géographique soit le premier critère de choix d'un établissement (Weber, 2011), le montant restant à la charge des personnes influe sur le choix de l'EHPAD : une personne âgée, ou sa famille, peut juger plus accessible un établissement plus éloigné qui propose des tarifs plus attractifs.

Les principaux pôles urbains affichent les tarifs les plus élevés

La tarification dans les EHPAD repose sur les trois composantes de la prise en charge des personnes âgées : le soin (pris en charge par l'Assurance maladie), la dépendance (partiellement prise en charge par les départements à travers l'allocation personnalisée d'autonomie et par les résidents qui acquittent un ticket modérateur) et l'hébergement (à la charge du résident, de ses obligés alimentaires ou du département avec l'aide sociale à l'hébergement).

Le tarif hébergement journalier recouvre l'intégralité des prestations d'administration générale, d'hôtellerie, de restauration, d'entretien et d'animation. Il constitue la principale composante du reste à charge du résident : il est cinq fois supérieur au reste à charge lié à la dépendance⁸.

Ce tarif est globalement plus faible dans les établissements publics (hospitaliers ou non), le tarif moyen étant inférieur à 50 euros. Il est en moyenne de 55 euros dans les établissements privés à but non lucratif et d'environ 70 euros dans les établissements privés à but lucratif (encadré 2).

Certains départements affichent les tarifs hébergement moyens les plus élevés, quel que soit le statut juri-

dique de l'établissement (cartes 3a, b, c et d) : c'est le cas, entre autres, des départements de l'Île-de-France et des Bouches-du-Rhône. D'autres affichent les tarifs hébergement les plus bas, comme le Cantal, la Lozère ou le Finistère.

Près de deux tiers des résidents ne vont pas dans l'établissement le plus proche

L'accès mesure les distances parcourues par les résidents depuis leur précédent lieu de vie pour rejoindre l'établissement où ils résidaient fin 2011. À cette date, les trois quarts des résidents disposaient d'un EHPAD dans la commune de leur précédent lieu de vie, quel que soit le statut juridique de l'établissement (tableau 1). Seuls 30 % n'ont pas changé de commune lorsqu'ils ont intégré l'EHPAD. Ils sont 38 % à avoir rejoint un EHPAD de leur commune ou de la commune équipée la plus proche. L'accès aux établissements dépend donc non seulement de l'accessibilité géographique, mais aussi de critères financiers, d'arbitrages personnels ou familiaux et des places disponibles.

Plus de la moitié des résidents des EHPAD rattachés à un hôpital sont hébergés dans un établissement de leur commune ou de la commune équipée la plus proche du précédent lieu de vie. En revanche, les trois quarts des résidents en EHPAD privés à but lucratif ne sont pas allés dans la commune équipée la plus proche de leur précédent lieu de vie.

Les distances réellement parcourues sont nettement supérieures aux distances minimales à parcourir pour

7. Sous la forme de sociétés anonymes à responsabilité limitée, sociétés anonymes ou plus récemment sociétés par actions simplifiées.

8. Les estimations du rapport Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées, remis en 2011 par B. Fragonard, comme les premiers résultats de l'enquête EHPA (Volant, 2014), convergent vers cet ordre de grandeur.

ENCADRÉ 2

Tarif moyen par statut juridique, à l'échelle départementale

Le questionnaire de l'enquête EHPA 2011 a été amélioré sur les tarifs hébergement. Le nombre de places habilitées à l'aide sociale départementale a été recueilli. Cette donnée permet un calcul plus pertinent du tarif hébergement moyen, qui tient compte de la part d'habilitation à l'aide sociale de l'établissement.

Pour chaque statut juridique, le tarif hébergement départemental est estimé par la moyenne des tarifs hébergement des EHPAD du département, pondérés par le nombre de places d'accueil. Il s'agit d'une moyenne indicative construite pour l'étude.

Les données non diffusables sont celles pour lesquelles le nombre d'établissements sur le territoire ou le nombre de répondants est insuffisant pour garantir une représentativité satisfaisante.

rejoindre l'EHPAD le plus proche, et ce, quel que soit le département (cartes 4 et 5). La question de l'accessibilité, fréquente en milieu rural, se pose avec autant d'acuité en milieu urbain dense. Dans les départements d'Île-de-France, alors qu'une grande majorité des personnes âgées habitaient dans une commune équipée,

elles ont parcouru plus de kilomètres qu'ailleurs pour rejoindre leur établissement. Ainsi, un quart des résidents en EHPAD originaires de Paris ou de sa petite couronne ont parcouru 25 kilomètres au moins lors de leur entrée dans l'établissement.

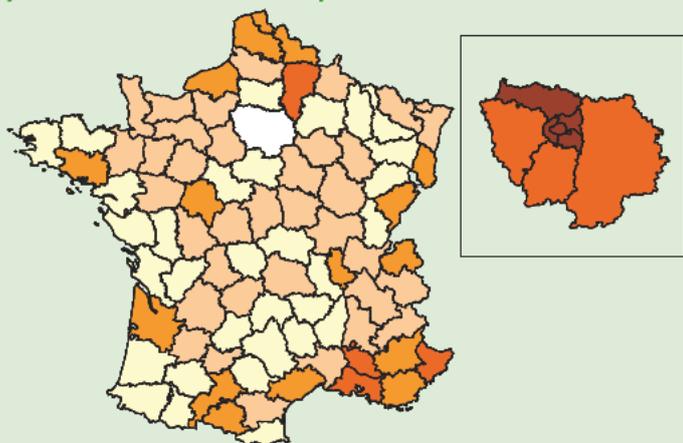
Les constats de l'étude sont à relativiser : à dépendance similaire,

certaines personnes âgées restent à domicile alors que d'autres entrent en établissement. La répartition de l'offre de services à domicile et de l'offre « intermédiaire », notamment les logements-foyers qui proposent actuellement environ 108 000 places, permettrait d'enrichir les conclusions de cette étude. ■

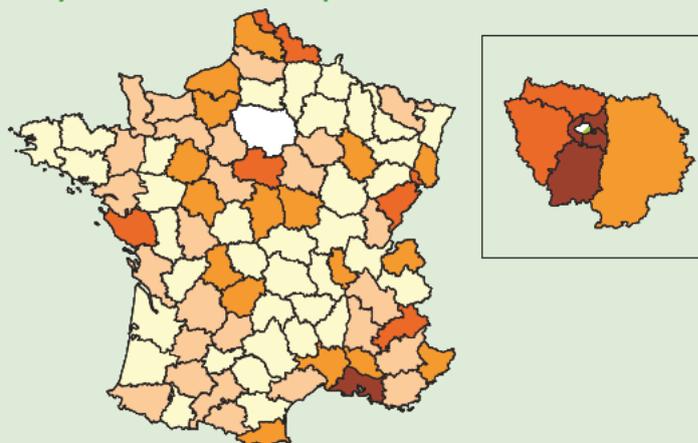
CARTES 3

Tarifs hébergement journaliers moyens des EHPAD, par département

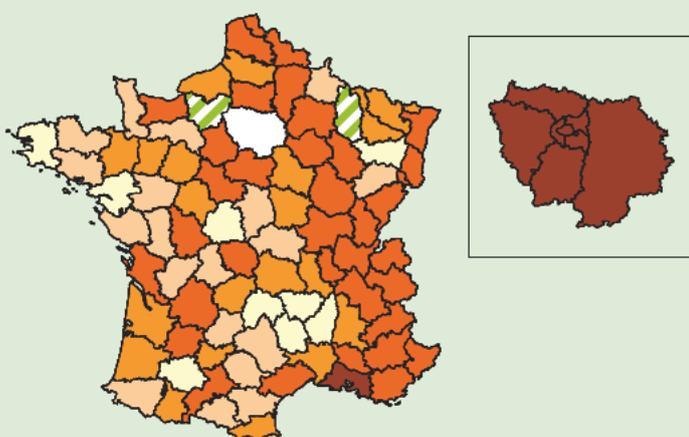
a) Public non rattaché à un hôpital



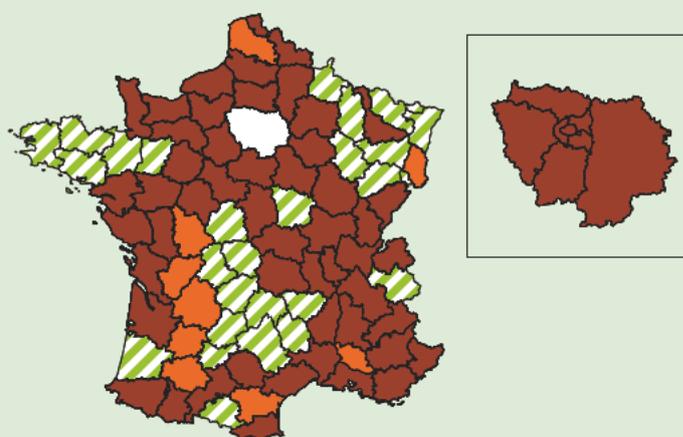
b) Public rattaché à un hôpital



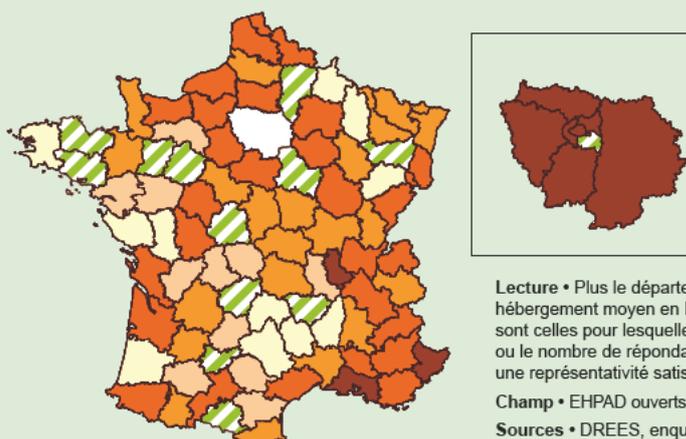
c) Privé à but non lucratif



d) Privé à but lucratif



e) Ensemble des EHPAD



- Supérieur ou égal à 61 euros
- Entre 53 et 61 euros
- Entre 50 et 53 euros
- Entre 48 et 50 euros
- Strictement inférieur à 48 euros
- Données non diffusables

Lecture • Plus le département apparaît en foncé, plus le tarif hébergement moyen en EHPAD est élevé. Les données non diffusables sont celles pour lesquelles le nombre d'établissements sur le territoire ou le nombre de répondants est insuffisant pour garantir une représentativité satisfaisante.

Champ • EHPAD ouverts à la fin 2011, France métropolitaine hors Corse.

Sources • DREES, enquête EHPA 2011 ; cartographie © Arctique.

TABLEAU 1

Répartition des résidents selon le choix géographique de l'établissement et son statut juridique

En %

Statut juridique de l'établissement où la personne est accueillie	Part des résidents pour lesquels la commune de leur précédent lieu de vie est équipée	Part des résidents qui ont intégré un établissement de la commune de leur précédent lieu de vie	Part des résidents qui ont intégré un établissement de leur commune ou de la commune équipée la plus proche de leur précédent lieu de vie
Public non hospitalier	72	26	35
Public hospitalier	74	43	55
Privé à but non lucratif	77	28	34
Privé à but lucratif	82	21	25
Ensemble des EHPAD	76	30	38

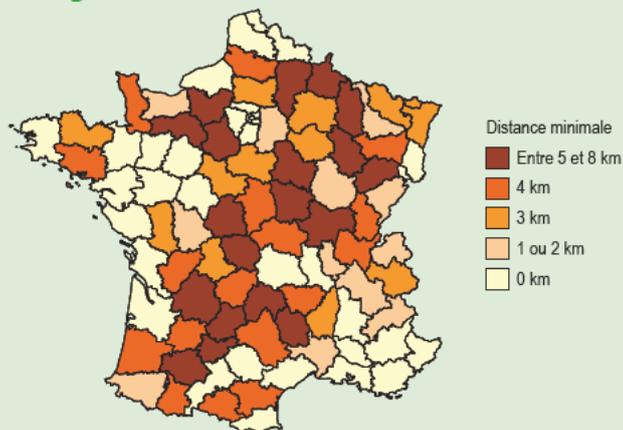
Lecture • 72 % des personnes hébergées dans un EHPAD public non hospitalier à la fin 2011 disposaient d'un EHPAD dans la commune de leur précédent lieu de vie, tous statuts juridiques confondus. 26 % des personnes hébergées dans un EHPAD public non hospitalier à la fin 2011 ont rejoint un établissement de leur commune. 35 % des résidents à la fin 2011 ont rejoint un établissement de leur commune ou de la commune équipée la plus proche de leur précédent lieu de vie.

Champ • Résidents en EHPAD à la fin 2011, France métropolitaine hors Corse.

Sources • EHPA 2011, Odomatix, Code officiel géographique.

CARTE 4

Distances minimales à parcourir entre chefs-lieux de communes, selon le département d'origine des résidents



Lecture • On utilise le troisième quartile. Il s'agit de la distance sous laquelle se situent les trois quarts des distances les plus faibles, et donc de la distance au-delà de laquelle se situe le quart des distances les plus élevées. Trois quarts au moins des résidents originaires des départements qui apparaissent en clair disposaient d'un EHPAD dans leur commune avant de rejoindre l'établissement où ils résident à la fin 2011. Inversement, dans les départements les plus foncés, un quart au moins des résidents devait parcourir plus de 5 km pour rejoindre l'EHPAD le plus proche. Les distances sont calculées entre chefs-lieux de communes.

Champ • EHPAD ouverts fin 2011, France métropolitaine hors Corse.

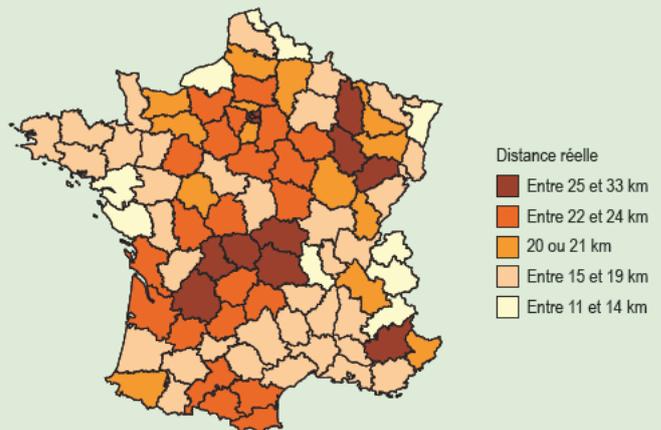
Sources • DREES, enquête EHPA 2011 ; distancier © Odomatix, cartographie © Arctique.

Pour en savoir plus

- Chapelon L., 2004, « Accessibilité », index complémentaire, Hypergéométrie.
- Martin C., 2013, « Concurrence, prix et qualité de la prise en charge en EHPAD en France, analyses micro-économétriques », mémoire de doctorat, soutenu à l'université Paris Dauphine.
- Office central des œuvres de bienfaisance, 1896, « La France charitable et prévoyante, tableaux des œuvres et institutions, recensement départemental de l'ensemble des structures pour les enfants et adolescents, adultes, indigents et vieillards », Paris.
- Ramos-Gorand M., 2013, « Accessibilité de l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées : enjeux territoriaux », *Dossiers Solidarité et Santé*, DREES, n° 36, janvier.
- Volant S., 2014, « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Études et Résultats*, DREES, n° 877, février.
- Weber A., 2011, « Regards sur les conditions d'entrée en établissement pour personnes âgées », La vie en établissement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches, *Dossier Solidarité et Santé*, DREES, n° 18, février.

CARTE 5

Distances parcourues, entre chefs-lieux de communes, selon le département d'origine des résidents



Lecture • On utilise le troisième quartile. Il s'agit de la distance sous laquelle se situent les trois quarts des distances les plus faibles, et donc de la distance au-delà de laquelle se situe le quart des distances les plus élevées. Trois quarts au moins des résidents originaires des départements qui figurent en clair ont parcouru moins de 15 km pour rejoindre l'établissement où ils résident à la fin 2011. Inversement, un quart au moins des résidents originaires des départements qui figurent en foncé ont parcouru 25 km ou plus pour rejoindre l'EHPAD où ils résident à la fin 2011. Les distances sont calculées entre chefs-lieux de communes.

Champ • EHPAD ouverts fin 2011, France métropolitaine hors Corse.

Sources • DREES, enquête EHPA 2011 ; distancier © Odomatix, cartographie © Arctique.