

# L'analyse

Les Fabriques de la Connaissance

## Le vieillissement démographique en région Provence-Alpes-Côte d'Azur

*Les enjeux d'une connaissance territorialisée des besoins des  
personnes âgées*



Un partenariat Région Provence-Alpes-Côte d'Azur - Agences d'urbanisme

## Table des matières

<b>1. Une méthodologie innovante pour mesurer l'offre et l'accessibilité en temps aux équipements répondant aux besoins de la population des 65 ans et plus.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 Quels équipements pour répondre aux besoins des seniors ? .....</b>	<b>4</b>
<b>1.2 Une mesure de l'accessibilité en temps à l'offre d'équipements : quelles méthodes mises en place ? .....</b>	<b>5</b>
<b>2. La région Provence-Alpes-Côte d'Azur dispose d'une offre de biens et services importante, tout en affichant certaines disparités infra-territoriales.....</b>	<b>9</b>
<b>2.1 Avec 43 équipements de proximité pour 1000 seniors, Provence-Alpes-Côte d'Azur est la deuxième région de France .....</b>	<b>9</b>
<b>2.2 Des territoires ruraux avec des difficultés d'accès à certains équipements .....</b>	<b>10</b>
Des taux d'équipements et des temps de trajets moyens hétérogènes entre espaces urbains et ruraux ..	10
Les commerces de proximité et les équipements de santé, un enjeu majeur pour le maintien à domicile	16
<b>3. Services d'aide à domicile et hébergements pour personnes âgées : une réponse adaptée aux différents niveaux de dépendance.....</b>	<b>27</b>
<b>3.1 Les services d'aide à domicile : les indispensables du « virage domiciliaire ».....</b>	<b>28</b>
Services à la personne, services d'aide à domicile : de quoi parle-t-on ? .....	28
Quantifier en région l'offre de services d'aide et de soins à domicile et mesurer son accessibilité : quelle méthode mise en place ? .....	30
Une accessibilité plus favorable au sein des grands centres urbains et le long du littoral .....	31
<b>3.2 Les hébergements pour seniors : une solution quand le maintien à domicile devient difficile ....</b>	<b>38</b>
Hébergements pour personnes âgées : de quoi parle-t-on ? .....	38
Quantifier en région l'offre d'hébergements pour personnes âgées et mesurer son « accessibilité » : quelle méthodologie mise en place ? .....	39
Une offre en EHPAD et EHPA assez peu déployée, et très majoritairement de statut privé .....	40
Une offre en résidences autonomie déficitaire et pour partie vieillissante .....	46
<b>3.3 L'accompagnement des personnes âgées au cœur d'une action plurielle des départements ....</b>	<b>51</b>
Le soutien accru aux Services d'Aide à Domicile, pilier central des interventions des départements .....	53
Le soutien aux aidants, un besoin de reconnaissance et de répit .....	56
Des solutions d'habitat alternatives et inclusives, rompre l'isolement .....	57

Depuis plusieurs décennies, la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur connaît un vieillissement démographique marqué, tout comme l'ensemble de la France et de ses voisins européens. En l'espace de cinquante ans, la part de personnes âgées de plus de 65 ans a augmenté de près de 9 points, représentant désormais près d'un quart (23% en 2019) de la population régionale, soit environ 1,1 million de personnes.

Par rapport aux autres régions de France métropolitaine, la Région Sud figure aujourd'hui parmi celles qui comptent la part la plus importante de personnes âgées de plus de 65 ans (23% contre 20% en moyenne nationale), après la Nouvelle-Aquitaine et la Corse. Au sein de la région, des disparités existent : les départements alpins et le Var ont vu la part des seniors augmenter le plus fortement (+12 points). En 2019, les Alpes-de-Haute-Provence et le Var comptent la plus forte proportion de plus de 65 ans (26%), tandis que les Bouches-du-Rhône restent le département le plus jeune de la région.

Les projections de l'Insee indiquent une poursuite du vieillissement démographique partout en France. En région Provence-Alpes-Côte d'Azur, **à l'horizon 2070, la part des seniors dans la population régionale augmenterait de 8 points pour atteindre 31%, une proportion similaire à la moyenne nationale.** La région compterait ainsi près de 1,6 million de personnes âgées, soit 450 000 seniors de plus qu'en 2019, dont plus du double de « très âgés » (plus de 85 ans).

**Avec cette accélération du vieillissement démographique, la question de l'accès des personnes âgées aux commerces, aux services de santé, d'aide à domicile ou encore aux services publics, et plus globalement à tous les équipements essentiels à la possibilité de se maintenir à son domicile, représente un enjeu important.** Sans possibilité d'accéder « facilement » à un certain nombre d'équipements essentiels, le souhait le plus répandu parmi la population des personnes âgées de rester le plus longtemps possible à son domicile, et que rencontre l'objectif de politique publique de promouvoir le « virage domiciliaire », paraît difficilement réalisable.

**L'objet de la présente étude est ainsi de mesurer cette accessibilité en région au travers de la construction d'indicateurs d'accès, et notamment d'indicateurs d'accessibilité géographique, à un certain nombre d'équipements essentiels, à la maille infrarégionale (intercommunalités et communes).** Ce faisant, et alors que seules les statistiques de l'Insee permettaient jusqu'alors de documenter la question de la présence d'équipements sur les territoires, cette étude se propose d'aller plus loin, en renseignant, pour des équipements spécifiques (commerces essentiels, professionnels de santé, services d'aide à domicile, hébergements pour personnes âgées), la facilité d'accès (mesurée en temps de trajet automobile) avec laquelle les personnes âgées peuvent rejoindre les différents équipements sélectionnés par leur caractère essentiel<sup>1</sup>.

Parmi ces équipements spécifiques, **les hébergements adaptés pour senior et les services d'aide à domicile ont fait l'objet d'une attention particulière.** Indispensables au maintien à domicile des personnes âgées, en particulier en cas de perte d'autonomie, la connaissance de la couverture territoriale des services d'aide à domicile était jusqu'alors inégale, comme en témoignent notamment les schémas départementaux de l'autonomie.

---

<sup>1</sup> Cette étude a pris appui sur les travaux méthodologiques menés par la DREES au niveau national.

# 1. Une méthodologie innovante pour mesurer l'offre et l'accessibilité en temps aux équipements répondant aux besoins de la population des 65 ans et plus

## 1.1 Quels équipements pour répondre aux besoins des seniors ?

La sélection des équipements pour lesquels des indicateurs d'accessibilité ont été construits s'est faite à partir de la Base Permanente des Equipements (BPE-INSEE) qui contient près de 230 équipements distincts. Cette sélection, largement subjective, s'est appuyée sur différents travaux et études déjà publiés (provenant de l'INSEE, de la DREES, d'enquêtes auprès de seniors etc. ...) ainsi que sur de nombreux échanges avec l'ensemble des agences d'urbanisme et les services de la Région.

A partir de la BPE, 50 équipements ont été retenus et répartis en deux « paniers » distincts, selon les besoins auxquels ils répondent (quotidien ou pas), et de la régularité avec laquelle un senior doit pouvoir y avoir accès. Les deux paniers sont :

- **un panier « de proximité », correspondant aux besoins du quotidien ou hebdomadaire, et pour lesquels une accessibilité immédiate, c'est-à-dire à une distance minimale du domicile, est essentielle.** Le panier de proximité est considéré comme essentiel pour le maintien de l'autonomie et pour garantir une qualité de vie satisfaisante. Il se compose de dix types de structures ou commerces : boulangeries-pâtisseries, supérettes et épiceries, boucheries-charcuteries, coiffeurs, pharmacies, papeteries, médecins généralistes (y compris maisons et centres de santé), bureaux de poste, infirmiers et kinésithérapeutes.

- **un panier dit "supérieur", regroupant des biens et services non moins essentiels mais mobilisés de manière plus occasionnelle, et pour lesquels une distance plus importante, nécessitant éventuellement un déplacement motorisé (ambulance, taxi, aidants etc..), demeure acceptable.** Ce panier est principalement composé d'équipements de santé (médecins spécialistes, urgences, etc.) mais aussi de commerces (poissonneries, supermarchés ou hypermarchés, stations-service, ...) et de lieux de loisirs (cinémas, boulodromes, bibliothèques, ...).

L'analyse spatiale a porté d'une part, sur l'intégralité de ces deux paniers mais également sur une sous-sélection d'équipements jugés prioritaires pour le maintien à domicile. Cette sous-sélection nous a conduit à mener une analyse spécifique sur 4 commerces de proximité et sur 5 équipements du panier supérieur.

**En plus de ces deux paniers, une attention particulière a été portée aux structures d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et EHPA) ainsi qu'aux services d'aide à domicile.**

Figure : liste des biens et services retenus au sein des deux paniers

 <h3>Proximité</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poste (relais, bureau, agence)</li> <li>• Coiffure</li> <li>• Supérette et épicerie</li> <li>• Boucherie charcuterie</li> <li>• Boulangerie-pâtisserie</li> <li>• Papeterie et presse</li> <li>• Médecin généraliste, maison et centre de santé</li> <li>• Masseur kinésithérapeute</li> <li>• Infirmier</li> <li>• Pharmacie</li> </ul>	 <h3>Supérieur</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantations France services (IFS)</li> <li>• Banque, caisse d'épargne</li> <li>• Réparation automobile et de matériel agricole</li> <li>• Vétérinaire</li> <li>• Restaurant- restauration rapide</li> <li>• Hypermarché et supermarché</li> <li>• Poissonnerie</li> <li>• Magasin d'optique</li> <li>• Magasin de matériel médical et orthopédique</li> <li>• Station-service</li> <li>• Établissement santé court séjour</li> <li>• Établissement santé moyen séjour</li> <li>• Établissement santé long séjour</li> <li>• Urgences</li> <li>• Dialyse</li> <li>• Spécialiste en cardiologie</li> <li>• Spécialiste en dermatologie vénéréologie</li> <li>• Spécialiste en gastro-entérologie hépatologie</li> <li>• Spécialiste en psychiatrie</li> <li>• Spécialiste en ophtalmologie</li> <li>• Spécialiste en oto-rhino-laryngologie</li> <li>• Spécialiste en pneumologie</li> <li>• Spécialiste en radiodiagnostic et imagerie médicale</li> <li>• Spécialiste en stomatologie</li> <li>• Spécialiste en gynécologie (médicale et/ou obstétrique)</li> <li>• Chirurgien dentiste</li> <li>• Orthoptiste</li> <li>• Audio prothésiste</li> <li>• Psychomotricien</li> <li>• Laboratoire d'analyses et de biologie médicale</li> <li>• Ambulance</li> <li>• Personnes âgées : hébergement</li> <li>• Centres sociaux</li> <li>• Taxi-vtc</li> <li>• Boulodrome</li> <li>• Salles activité sportive et gymnases</li> <li>• Cinéma</li> <li>• Bibliothèque</li> <li>• Exposition et médiation culturelle</li> <li>• Arts du spectacle</li> </ul>
--	---

## 1.2 Une mesure de l'accessibilité en temps à l'offre d'équipements : quelles méthodes mises en place ?

Pour identifier en région les territoires (communes, intercommunalités, départements) au sein desquels les personnes âgées résidentes souffriraient d'une offre d'équipements insuffisante et peu accessible, notre analyse a consisté à construire, à différentes échelles, trois principaux indicateurs qui sont :

- **des temps de déplacement automobile** (hors embouteillage). Pour ce faire, ont été estimés des temps moyens d'accès de la population senior à l'intégralité des équipements constituant les paniers de proximité et du supérieur puis, au sein de ces paniers, à quelques équipements prioritaires – la méthodologie est décrite plus précisément dans le point suivant ;
- **des zones géographiques de « chalandise » ou zones « d'accessibilité »** (ou isochrone en géomatique) définies selon différents temps de trajet automobile (moins de 15 min, moins de 30 min, moins de 45 min et moins de 60 min) et au sein desquelles ont été dénombrés les équipements présents – la méthodologie est décrite plus précisément dans le point suivant. Cette approche a permis de calculer les indices de couverture définis ci-après ;
- **des proportions de personnes âgées ayant accès, au sein d'un territoire** (commune ou intercommunalité), **à un ou des équipements spécifiques, en moins de X minutes** (indicateur appelé indice de couverture).

Selon la nature des équipements observés, ces indicateurs ont été adaptés pour tenir compte des spécificités et des enjeux propres à ceux-ci. Ainsi, **pour les services d'aide à domicile et les structures d'hébergement pour personnes âgées, une notion de « capacité d'accueil » (nombre d'emplois salariés pour 1000 seniors « potentiels » et nombre de places disponibles pour 1000 résidents « potentiels »)**, indispensable à une évaluation plus complète de l'offre disponible, **a été intégrée à l'analyse.**

Ces approches reposent sur un fondement méthodologique qui est commun : **la localisation des équipements est systématiquement référencée au chef-lieu communal.** Le distancier Metric-OSRM



INSEE<sup>2</sup> est mobilisé pour le calcul des temps de déplacement et l'outil OSRM (4.2.0 pour R) pour la délimitation des aires potentielles d'accessibilité.

À ce stade, il convient de signaler un biais potentiel dans l'analyse concernant notamment les communes de grande taille où la diversité des quartiers induit des niveaux d'accessibilité différenciés. Aucun focus infra-communal n'a été réalisé pour ces territoires, ceux-ci bénéficiant généralement d'une offre dense et diversifiée en biens et services. **L'approche adoptée s'est volontairement concentrée sur une analyse à l'échelle des territoires (communes, intercommunalités et départements) de la région, afin de repérer les zones potentiellement carencées, c'est-à-dire les territoires où certains équipements sont absents ou ne sont accessibles qu'au travers de longs déplacements pour les personnes âgées.**

### 1.2.1 Le calcul des temps de déplacement

**Le calcul des temps de déplacement s'est appuyé sur une modélisation considérant les déplacements de commune à commune**, plus précisément de chef-lieu à chef-lieu<sup>3</sup>. Les points de départ sont ainsi représentés par les chefs-lieux de chaque commune de la région, c'est-à-dire les mairies, considérant que le « centroïde » n'est pas optimal, en particulier pour les communes très vastes où très montagneuses. De la même manière, les points d'arrivée correspondent aux chefs-lieux des communes où sont implantés les équipements, en incluant également ceux des départements limitrophes à la région. Cette extension, au-delà des frontières administratives, permet de limiter les effets de bord et de ne pas sous-estimer l'accessibilité pour les populations situées à proximité d'une autre région<sup>4</sup>.

A partir du distancier Metric-OSRM INSEE, ont tout d'abord été calculées, pour l'ensemble des chef lieux, les distances minimales pour accéder à chacun des équipements retenus dans le panier, de manière indépendante. **Un temps moyen d'accès à l'intégralité des équipements des paniers a ensuite été calculé en faisant, à partir du chef-lieu de la commune, la moyenne des temps minimaux d'accès à chacun des équipements du panier.** Avec cet indicateur et les populations communales issues du recensement de l'INSEE, et en considérant que toute la population d'une commune est concernée

---

<sup>2</sup> « Le nouveau distancier « Metric-OSRM » s'appuie sur un serveur de routage OSRM (Open Source Routing Machine) permettant d'effectuer des calculs de distance et de temps de trajet par la route en voiture, de point à point, avec une grande rapidité d'exécution. Exploitant des données récentes de réseau routier issues d'OpenStreetMap (mars 2020 pour la première livraison) » - INSEE PSAR « Analyse Territoriale »

<sup>3</sup> En amont de ces choix, il avait été envisagé d'analyser la distance temporelle séparant chacun des équipements (géolocalisés à leur adresse) aux différents carreaux de l'INSEE, au sein desquels le nombre d'habitants seniors est renseigné (BD carroyée – Filosofi INSEE). Toutefois, la modélisation de cette approche s'est avérée techniquement complexe en raison du nombre particulièrement élevé d'équipements destinés aux seniors. Par ailleurs, l'objectif étant de mener une étude à l'échelle de la région, un tel niveau de précision n'apparaissait ni nécessaire ni véritablement exploitable. Une telle méthodologie se révèle plus pertinente dans le cadre d'analyses conduites à l'échelle communale, voire infra-communale. En conséquence, il a été décidé de référencer l'ensemble des équipements d'une commune à son chef-lieu.

<sup>4</sup> **La localisation des équipements au chef-lieu de chacune des communes engendre une limite pour les communes de superficie importante et/ou pour celles où différentes polarités co-existent.** L'analyse, dans ces situations, ne peut pas traduire de manière précise l'offre et peut faire ressortir certains espaces au sein de ces communes comme sous-équipés car éloignés du chef-lieu mais qui pour autant disposent bien de certains commerces dans une polarité proche (hors chef-lieu). Néanmoins, l'objectif de cette étude est d'observer à une maille régionale les territoires qui pourraient se trouver en carence de certains équipements primordiaux pour un maintien à domicile des seniors, et non pas d'analyser à l'infra-communal l'accessibilité fine des seniors au sein même de leurs quartiers. De même seconde limite méthodologique concerne les territoires frontaliers de Monaco et de l'Italie : en l'absence de données disponibles sur les équipements implantés dans ces pays, il n'est pas possible d'intégrer leurs apports dans l'analyse. Par conséquent, l'accessibilité des seniors vivant à proximité immédiate de ces frontières peut être partiellement sous-évaluée.

uniformément par les durées moyennes calculés, des parts de populations couvertes, dans différents pas de temps ont ensuite été calculés.

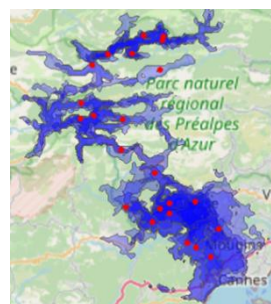
### 1.2.2 Une mesure des aires d'accessibilité à partir d'isochrones

Par « aire de chalandise ou aire d'accessibilité », on entend ici une zone isochrone, c'est-à-dire une zone géographique tracée selon un temps de trajet. De manière opérationnelle, l'objectif est de définir une zone d'accessibilité appréhendée à travers un temps de trajet estimé.

Afin de mesurer des temps d'accès aux équipements, positionnés, dans notre analyse, au chef-lieu de la commune, des isochrones ont été créés pour chacune des communes de la région<sup>5</sup>. Ces isochrones sont calculés sur différents pas de temps :

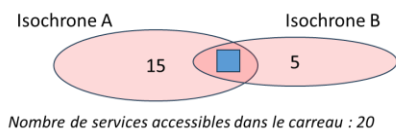
- Moins de 15 min
- Moins de 30 min
- Moins de 45 min
- Moins de 60 min

Exemple :  
isochrones en  
couleur bleue et  
chef-lieux en point  
rouge



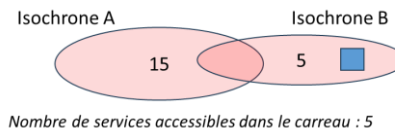
Une base de données a ensuite été élaborée à une maille « carreau »<sup>6</sup> pour l'ensemble du territoire régional, afin d'identifier, les zones couvertes ou non, par un équipement, situé à moins de x minutes (isochrone). Pour chaque carreau, il a été recensé les équipements inclus dans l'isochrone, que celui-ci englobe le carreau en totalité ou seulement en partie.

#### Exemple 1



#### Exemple

2



L'analyse de l'accessibilité aux équipements a été fondée sur une sélection d'isochrones définis en fonction des temps de trajet observés. Les temps de trajet retenus dans les analyses sont adaptés en fonction des différents commerces et services observés. Par exemple, l'accès à un service d'urgence va être mesuré sur des temps de trajets supérieurs à ceux calculés pour des commerces de proximité.

<sup>5</sup> Pour ce faire, il a été au préalable nécessaire de vérifier et de fiabiliser la localisation des chefs-lieux et de la voirie associée afin d'être certain de pouvoir générer des isochrones.

<sup>6</sup> La maille carreau est définie par l'INSEE, elle recouvre le territoire national en carrés de 200m de côté (<https://www.insee.fr/fr/information/5008701?sommaire=5008710#titre-bloc-5>)

On mesure l'accès des seniors en agrégeant la population senior des carreaux qui intersectent un ou plusieurs isochrones conduisant à au moins un équipement. Le total obtenu est ensuite rapporté à la population senior totale du territoire (somme des carreaux) afin d'établir une part de la population ayant accès. Par exemple, si sur un territoire donné 10 carreaux sur 30 sont situés à moins de 15 minutes d'un médecin généraliste, alors, on somme les effectifs seniors des 10 carreaux et on divise par la population senior communale. Cet indicateur est un indice de couverture, il sera nommé ainsi tout au long de l'étude.

#### **Les principales sources de données mobilisées dans la construction des indicateurs d'accessibilité aux équipements\***

- La Base Permanente des Équipements 2023 (INSEE BPE 2023) mise à disposition par l'INSEE. Elle recense par commune le nombre d'équipements selon la nomenclature des commerces et services. La base de données est disponible pour l'ensemble des communes de France.
- Le recensement de la population (RP- INSEE) permettant de dénombrer les seniors des territoires,
- Le Fichier localisé social et fiscal (Filosofi 2019) permettant l'analyse de la population senior (détaillée lorsque cela est nécessaire en deux classes d'âge issues de cette base : « 65 à 79 ans » et « 80 ans et plus ») sur des carreaux de 200 mètres de côté. Le découpage spatial des carreaux peut recouvrir plusieurs communes. Dans ce cas, la population du carreau est répartie entre les communes concernées en fonction de la proportion de surface qu'il occupe dans chacune. Par exemple, si un carreau compte 30 habitants et que les deux tiers de sa superficie se trouvent sur la commune A, 20 habitants seront attribués à cette commune et les 10 autres à la commune voisine.
- Metric-OSRM Insee : s'appuie sur un serveur de routage OSRM (Open Source Routing Machine) permettant d'effectuer des calculs de distance et de temps de trajet par la route en voiture, de point à point, en exploitant des données récentes de réseau routier issues d'OpenStreetMap. Ce distancier a permis de calculer les distance-temps entre les chefs-lieux de chacune des communes de la Région ainsi que de générer les isochrones
- Librairie R OSRM 4.2.0 : interface entre R et OSRM qui est un service d'itinéraire basé sur les données d'OpenStreetMap.

\* Hors services à la personne et hébergements pour lesquels des sources de données complémentaires présentées plus loin ont été mobilisées.



## 2. La région Provence-Alpes-Côte d’Azur dispose d’une offre de biens et services importante, tout en affichant certaines disparités infra-territoriales

### 2.1 Avec 43 équipements de proximité pour 1000 seniors, Provence-Alpes-Côte d’Azur est la deuxième région de France

En 2023, la région Provence-Alpes-Côte d’Azur compte 2 280 équipements répondant aux besoins courants de la population âgée de 65 ans et plus – constituant ce que l’on appelle le « panier de proximité » – et près de 67 780 équipements répondant à des besoins plus ponctuels, regroupés au sein du « panier supérieur ». Bien que mobilisés moins fréquemment, ces derniers jouent aussi un rôle fondamental dans le maintien à domicile, en particulier pour les seniors les plus âgés ou en perte d’autonomie.

S’agissant du panier de proximité, la région affiche une densité d’équipements particulièrement favorable, avec 43 équipements disponibles pour 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus, un ratio nettement supérieur à celui observé au niveau national (35 pour 1 000). Provence-Alpes-Côte d’Azur se place ainsi parmi les régions les mieux dotées de France métropolitaine, juste derrière la Corse, qui enregistre un taux de 49 équipements de proximité pour 1 000 seniors.

Concernant le panier « supérieur », la région présente également un niveau d’équipement supérieur à la moyenne nationale, avec un ratio de 56 équipements pour 1 000 seniors, contre 51 en France métropolitaine. Seules l’Île-de-France et la Corse affichent des densités plus élevées.

Figure 1 : nombre d’équipements du panier de proximité pour 1 000 habitants de « 65 ans et plus », par région, entre 2023 (Sources : Insee BPE 2023 ; Insee RP 2021)

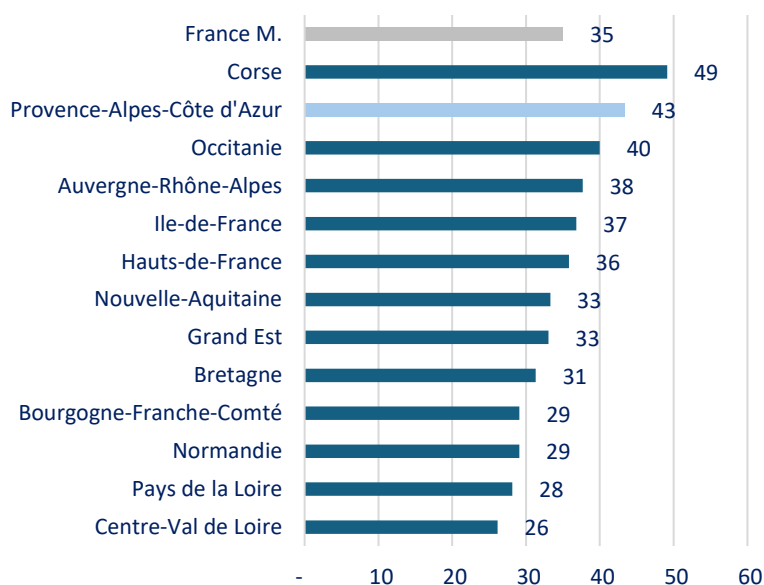
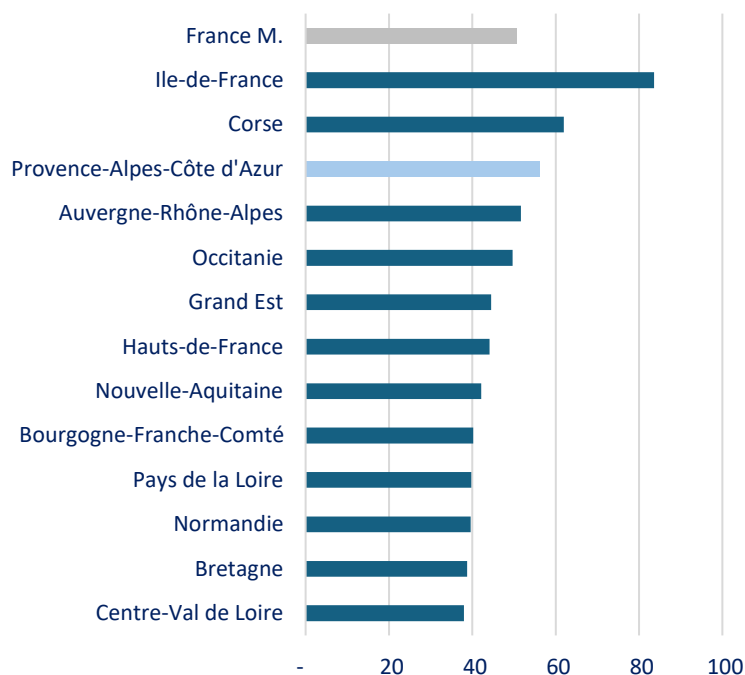


Figure 2 : nombre d'équipements du panier supérieur pour 1 000 habitants de « 65 ans et plus », par région, entre 2023 (Sources : Insee BPE 2023 ; Insee RP 2021)



## 2.2 Des territoires ruraux avec des difficultés d'accès à certains équipements

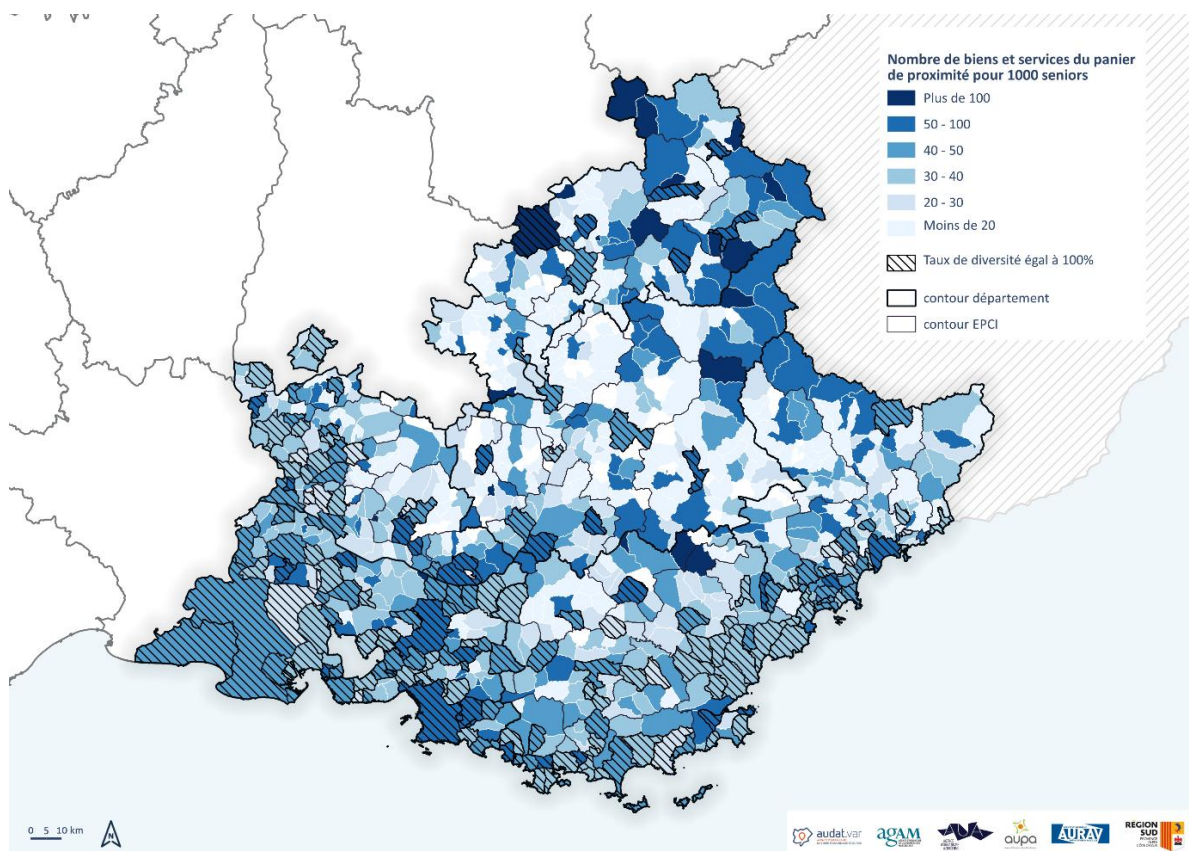
### 2.2.1 Des taux d'équipements et des temps de trajets moyens hétérogènes entre les espaces urbains et plus ruraux

**Les départements des Bouches-du-Rhône, des Alpes-Maritimes et des Hautes-Alpes se distinguent par des « taux d'équipements » (rapport entre le nombre d'équipements et le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus) par commune supérieurs à la moyenne régionale, tant pour le panier de proximité que pour le panier de niveau supérieur. À l'inverse, les départements du Var, du Vaucluse et des Alpes-de-Haute-Provence affichent un niveau d'équipement plus modeste, en proportion du nombre de seniors résidant sur leur territoire.**

La répartition des équipements au sein des deux paniers demeure globalement homogène d'un département à l'autre. Ainsi, 60 % des équipements du panier de proximité relèvent du secteur médical et paramédical – incluant notamment les médecins généralistes, les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers. Le panier supérieur, quant à lui, est composé à près de 90 % de services, tels que les banques, restaurants ou transports individuels (taxis, etc.). Une spécificité notable concerne toutefois le département des Bouches-du-Rhône, dont l'offre est davantage orientée vers les équipements santé.

Certaines communes jouent un rôle structurant dans la desserte territoriale, tant par la diversité que par le volume de leur offre. Environ 20 % des communes de la région sont ainsi dotées de l'ensemble des équipements constituant le panier de proximité. Ces centralités locales sont majoritairement situées le long du littoral et dans le sud du Vaucluse, mais on les retrouve également plus au nord de la région, notamment dans les communes de Sisteron, Digne-les-Bains, Gap ou encore Dévoluy, qui constituent des pôles de services pour les territoires environnants.

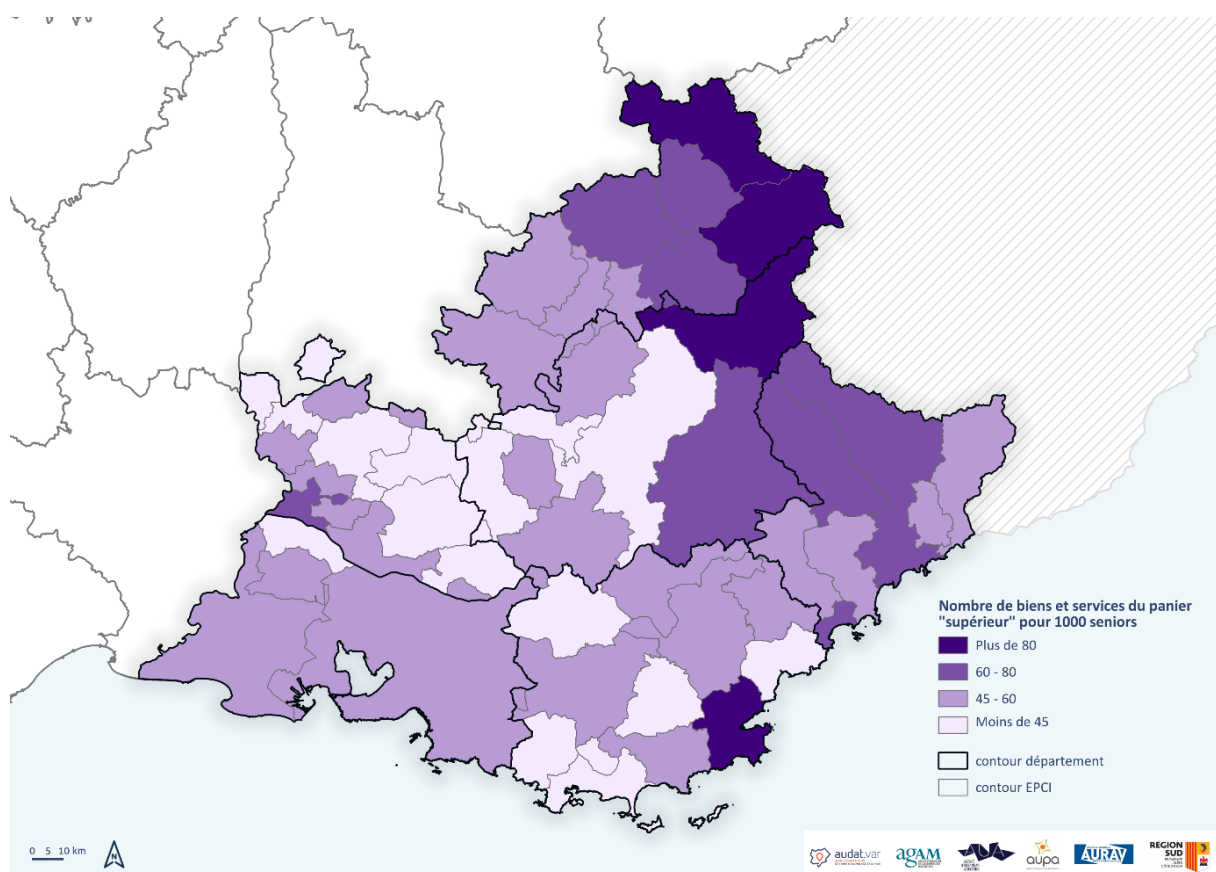
Figure 3 : taux d'équipement du panier de proximité pour 1 000 habitants de « 65 ans et plus », par commune en 2023  
(Sources : Insee BPE 2023 ; Insee RP 2021)



Pour le panier « supérieur », dont l'analyse a été conduite à l'échelle des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI)<sup>7</sup>, la figure 4 met en évidence un taux d'équipement relativement élevé dans plusieurs territoires situés à l'est de la région, notamment autour de Barcelonnette, dans le Briançonnais, ainsi que dans les Alpes-Maritimes et le Golfe de Saint-Tropez.

**Sur l'ensemble de la région, seuls huit EPCI disposent toutefois de l'ensemble des biens et services composant le panier supérieur.** Il s'agit des trois métropoles régionales (Aix-Marseille-Provence, Nice Côte d'Azur, Toulon Provence Méditerranée), de la Communauté d'agglomération du Grand Avignon, de Pays de Grasse, Cannes Pays de Lérins, Luberon Monts de Vaucluse, ainsi que de la Communauté d'agglomération Arles-Crau-Camargue-Montagnette. **Cette répartition souligne l'importance de certains pôles intercommunaux dans l'organisation et l'accès aux services, en particulier pour les personnes âgées dont la mobilité peut être réduite.**

Figure 4 : taux d'équipement du panier « supérieur » pour 1 000 habitants de « 65 ans et plus », par intercommunalité en 2023 (Sources : Insee BPE 2023 ; Insee RP 2021)



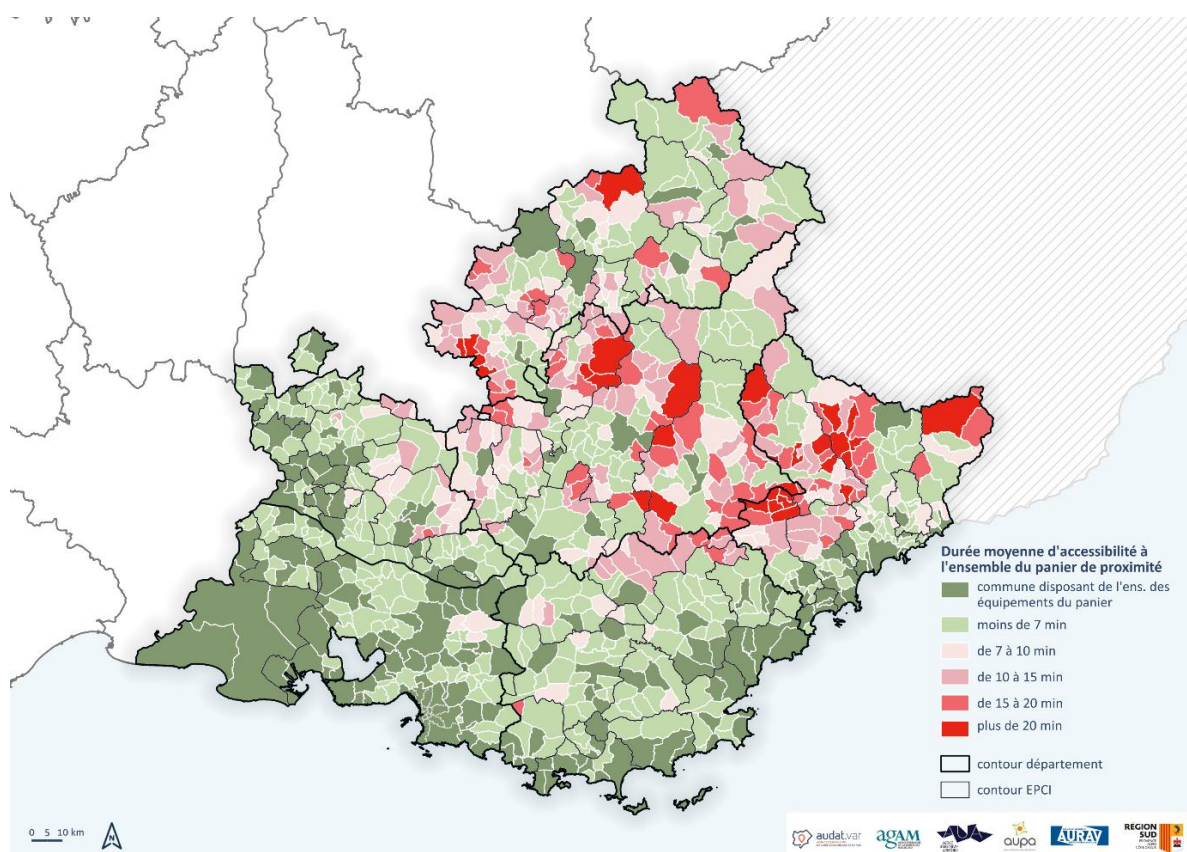
<sup>7</sup> Ce choix méthodologique repose sur le fait que les équipements concernés exercent généralement un rayonnement supra-communal, structurant ainsi l'offre de services à l'échelle des bassins de vie et permettant une lecture plus cohérente de la couverture territoriale.

Comme l'illustre la figure 5, l'accessibilité en temps de trajet automobile aux équipements du panier de proximité n'est pas homogène au sein de la région, ce qui reflète sa diversité géographique composée à la fois d'espaces littoraux, de zones montagneuses, de territoires densément peuplés, de périphéries urbaines et d'espaces ruraux.

Pour 28 % des communes régionales (soit 262 communes), la population senior dispose d'un accès à l'ensemble des dix équipements au sein de sa commune de résidence (communes en vert foncé sur la carte). Ces communes sont majoritairement situées sur le littoral, au sein du Grand Avignon, ainsi que dans des centralités ou communes touristiques des territoires alpins, jouant un rôle de pôles relais, à l'instar de Gap, Dévoluy, Digne-les-Bains, Saint-Martin-Vésubie, Gréoux-les-Bains, Manosque, Embrun ou Guillestre.

Lorsqu'on élargit ce temps d'accès à un seuil moyen de 7 minutes en voiture, 65 % des communes de la région offrent à leur population senior un accès complet au panier de proximité, ce qui représente 98 % des seniors résidant en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Cependant, **certains territoires affichent des temps d'accès moyens supérieurs à 15 minutes, pouvant atteindre jusqu'à 32 minutes, rendant plus complexe la mobilité des seniors. Ces situations concernent principalement le nord des Alpes-Maritimes et le centre des Alpes-de-Haute-Provence.**

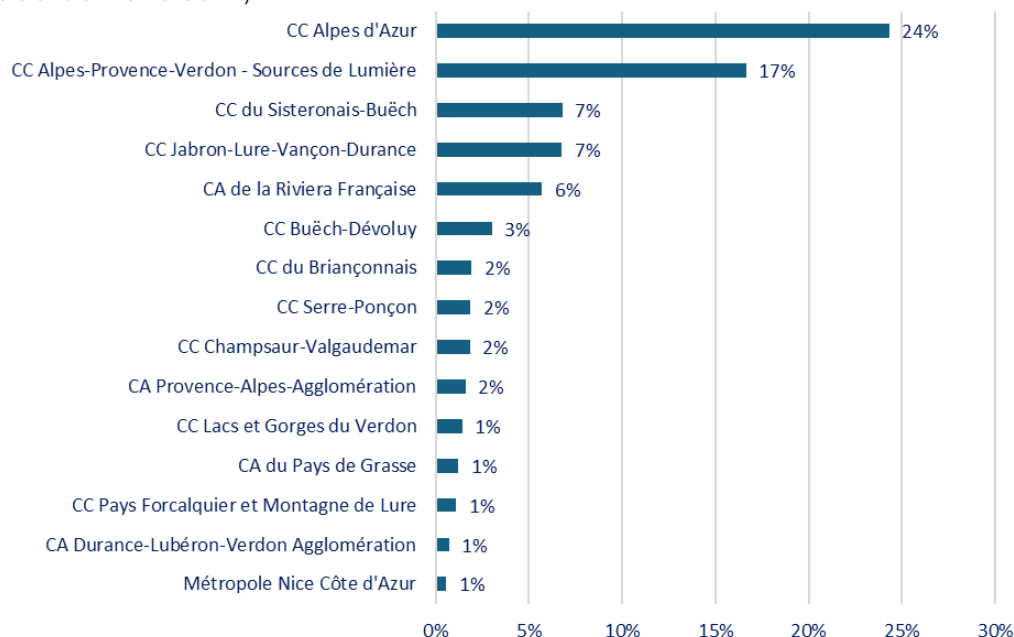
Figure 5 : durée moyenne d'accessibilité de la population senior à l'ensemble des équipements du panier de proximité en 2023 (sources : Insee BPE 2023 ; Insee-RP 2021 ; Insee, distancier Metric-OSRM)



À l'échelle des intercommunalités (figure 6), pour 19 d'entre elles, la totalité de la population senior bénéficie en moyenne d'un accès complet au panier de proximité en moins de 7 minutes. À l'inverse, dans 5 intercommunalités, moins de 95 % des seniors ont cette facilité d'accès. Parmi elles, **les communautés de communes Alpes d'Azur et Alpes-Provence-Verdon-Sources de Lumière sont particulièrement affectées, avec 24 % et 17 % de leur population senior ne pouvant accéder aux équipements dans ce délai moyen.**



Figure 6 : part de la population de 65 ans et plus dont le temps moyen calculé pour accéder à l'ensemble des équipements du panier de proximité est supérieur à 15 minutes (sources : Insee BPE 2023 ; Insee-RP 2021 ; Insee, distancier Metric-OSRM)



Pour accéder au panier « supérieur » qui répond à des besoins moins fréquents mais plus spécifiques et spécialisés (santé, loisirs, services bancaires, etc.<sup>8</sup>), les résultats montrent que les temps de trajet moyens sont plus longs que ceux observés pour le panier de proximité. La cartographie (figure 7) révèle néanmoins des territoires bien pourvus où les seniors peuvent bénéficier d'un accès complet au panier supérieur en moins de quinze minutes. Ces communes, qui représentent environ la moitié du territoire de Provence-Alpes-Côte d'Azur, se concentrent principalement dans les départements littoraux – à l'exception du haut Var et du nord des Alpes-Maritimes – ainsi qu'entre Arles et Orange, ou encore le long de l'axe A51 entre Manosque et Gap. Lorsque l'on élargit la durée moyenne d'accès à trente minutes (figure 8), ce sont près de 98,5 % des seniors en région qui peuvent accéder à l'ensemble des équipements du panier supérieur. En revanche, environ 17 600 personnes âgées doivent parcourir des distances plus importantes, excédant ce seuil de trente minutes.

**Sept intercommunalités se distinguent particulièrement par des temps d'accès prolongés à ce panier « supérieur », où entre 23 % et 87 % de leur population senior doit parcourir plus de trente minutes en moyenne. Il s'agit notamment des communautés de communes Alpes-Provence-Verdon – Sources de Lumière, Alpes d'Azur, Ventoux Sud, Buëch-Dévoluy, Champsaur-Valgaudemar, Guillestrois-Queyras, ainsi que Sisteronais-Buëch.**

<sup>8</sup> Le panier supérieur est défini dans le point 1 de l'étude.



Figure 7 : durée moyenne d'accessibilité de la population senior à l'ensemble des équipements du panier « supérieur » en 2023 (sources : Insee BPE 2023 ; Insee-RP 2021 ; Insee, distancier Metric-OSRM)

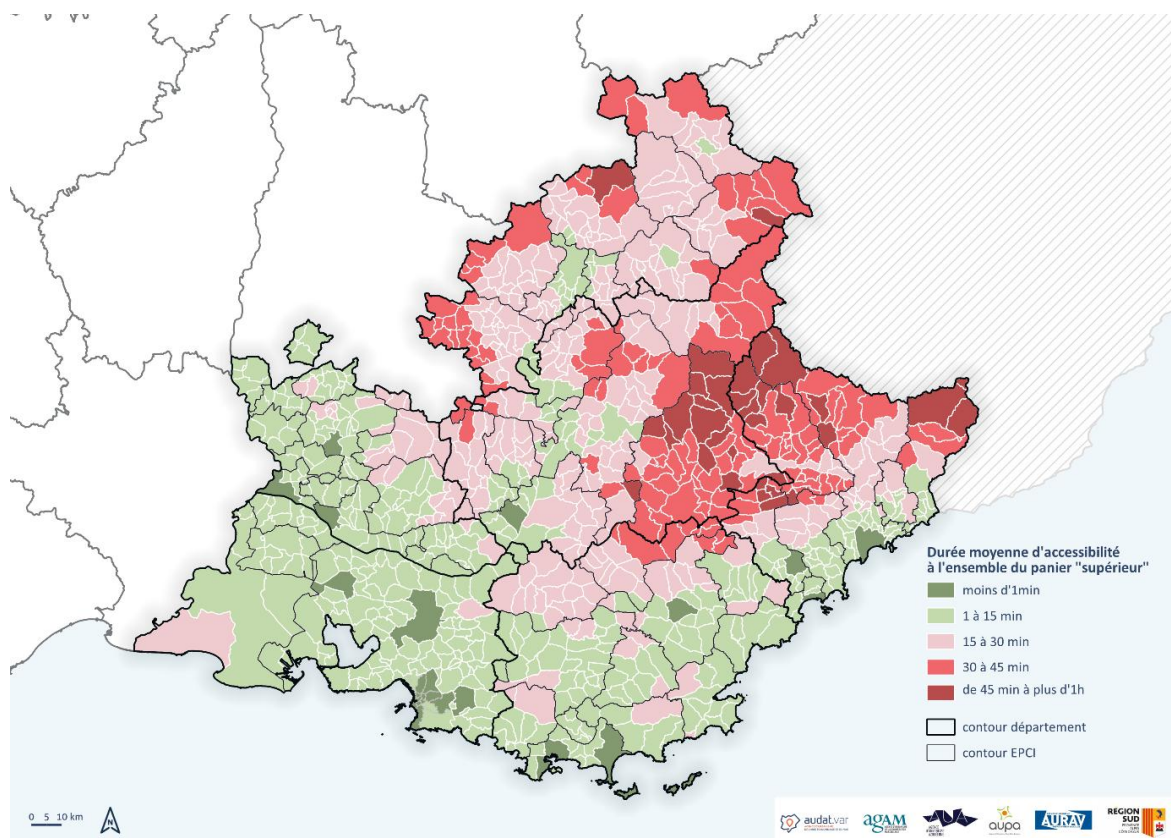
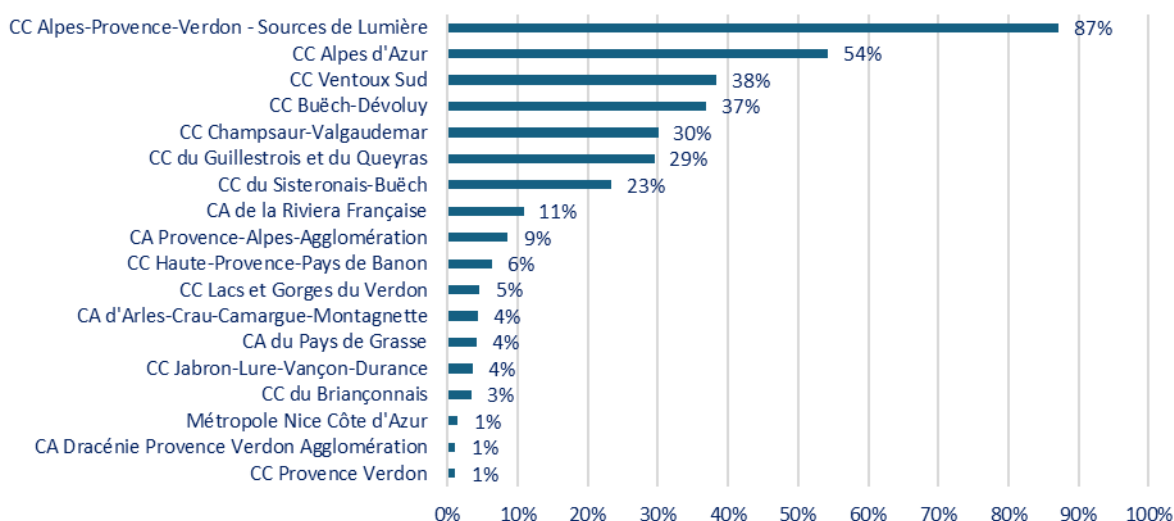


Figure 8 : part de la population de 65 ans et plus dont le temps moyen calculé pour accéder à l'ensemble des équipements du panier est supérieur à 30 minutes (sources : Insee BPE 2023 ; Insee-RP 2021 ; Insee, distancier Metric-OSRM)



### 2.2.2 Les commerces de proximité et les équipements de santé, un enjeu majeur pour le maintien à domicile

Si les analyses précédentes ont permis de dégager une lecture globale de l'accessibilité territoriale aux deux paniers retenus, il est apparu nécessaire de poursuivre nos investigations en portant une attention particulière à certains équipements jugés essentiels pour la qualité de vie des personnes âgées et en particulier pour leur maintien à domicile<sup>9</sup>. L'absence de ces équipements à proximité ou à une distance raisonnable du domicile de la personne âgée apparaît peu compatible avec son maintien à domicile. Il s'agit de 4 commerces de proximité prioritaires (supérette, boucherie, boulangerie, papeterie/presse), de médecins généralistes ; d'infirmiers ; de kinésithérapeutes, de 11 spécialités médicales précisées plus loin et des services d'urgence.

#### Les commerces de proximité prioritaires

À l'échelle de la région, on recense près de 11 000 commerces de proximité prioritaires, majoritairement concentrés dans les territoires littoraux, les zones à forte densité de population et les espaces à vocation touristique. Cela correspond à un ratio moyen de 9 commerces pour 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus.

Selon les intercommunalités, les taux d'équipement varient sensiblement. Certains EPCI, notamment ceux situés au nord de la région ainsi que sur le littoral, comme le Golfe de Saint-Tropez, présentent des ratios particulièrement élevés, oscillant entre 14 et 29 commerces pour 1 000 seniors. Cette surreprésentation s'explique en grande partie par la présence de stations touristiques (balnéaires ou de montagne), souvent suréquipées en commerces, conjuguée à une proportion plus faible de population senior résidente. Les métropoles se distinguent par des performances particulièrement favorables, Toulon-Provence-Méditerranée affiche une accessibilité quasi complète à 15 minutes, et la Métropole Nice Côte d'Azur atteint un taux de 95 % pour cette même durée. À l'inverse, 12 intercommunalités apparaissent sous-dotées en commerces de proximité au regard de leur population âgée, avec moins de 8 équipements pour 1 000 seniors. Parmi ces territoires, sept se situent dans le département du Var et quatre dans les Alpes-de-Haute-Provence, révélant ainsi des déséquilibres qui peuvent affecter l'accès aux services de première nécessité pour les personnes âgées.

En termes de temps d'accès, et comme on peut le voir dans les cartes de la figure 9, elle est plutôt favorable en région avec 96 % des seniors ayant accès à ces 4 commerces de proximité prioritaires en moins de 15 minutes et plus de 99 % bénéficient de cette accessibilité en moins de 30 minutes. Une couverture relativement élevée pouvant s'expliquer par un réseau routier structurant et une forte concentration de l'offre commerciale au sein des territoires les plus densément peuplés.

C'est notamment le cas des départements des Alpes-Maritimes et du Var, caractérisés par une forte urbanisation du littoral contrastant avec un arrière-pays plus rural. Ainsi, 95 % des personnes âgées dans les Alpes-Maritimes (soit 250 727 sur 263 181 seniors) et 96 % dans le Var (263 293 sur 274 933) disposent d'un accès à ces équipements en moins de 15 minutes et une couverture quasiment totale à 30 minutes. Des disparités notables persistent cependant au sein de ces deux départements, à l'instar, dans les Alpes-Maritimes, de la Communauté de Communes Alpes d'Azur où seuls 30 % des seniors bénéficient d'un accès aux quatre équipements en moins de 15 minutes. Ce taux s'élève à 69 % à 30 minutes, et atteint 98 % à 45 minutes, qui se révèle être un temps relativement long pour des besoins de consommation réguliers. À l'échelle communale, près de 280 communes situées principalement au nord des départements du Var

---

<sup>9</sup>La sélection de ces commerces de proximité a fait l'objet de nombreux échanges entre les différents contributeurs de cette étude.

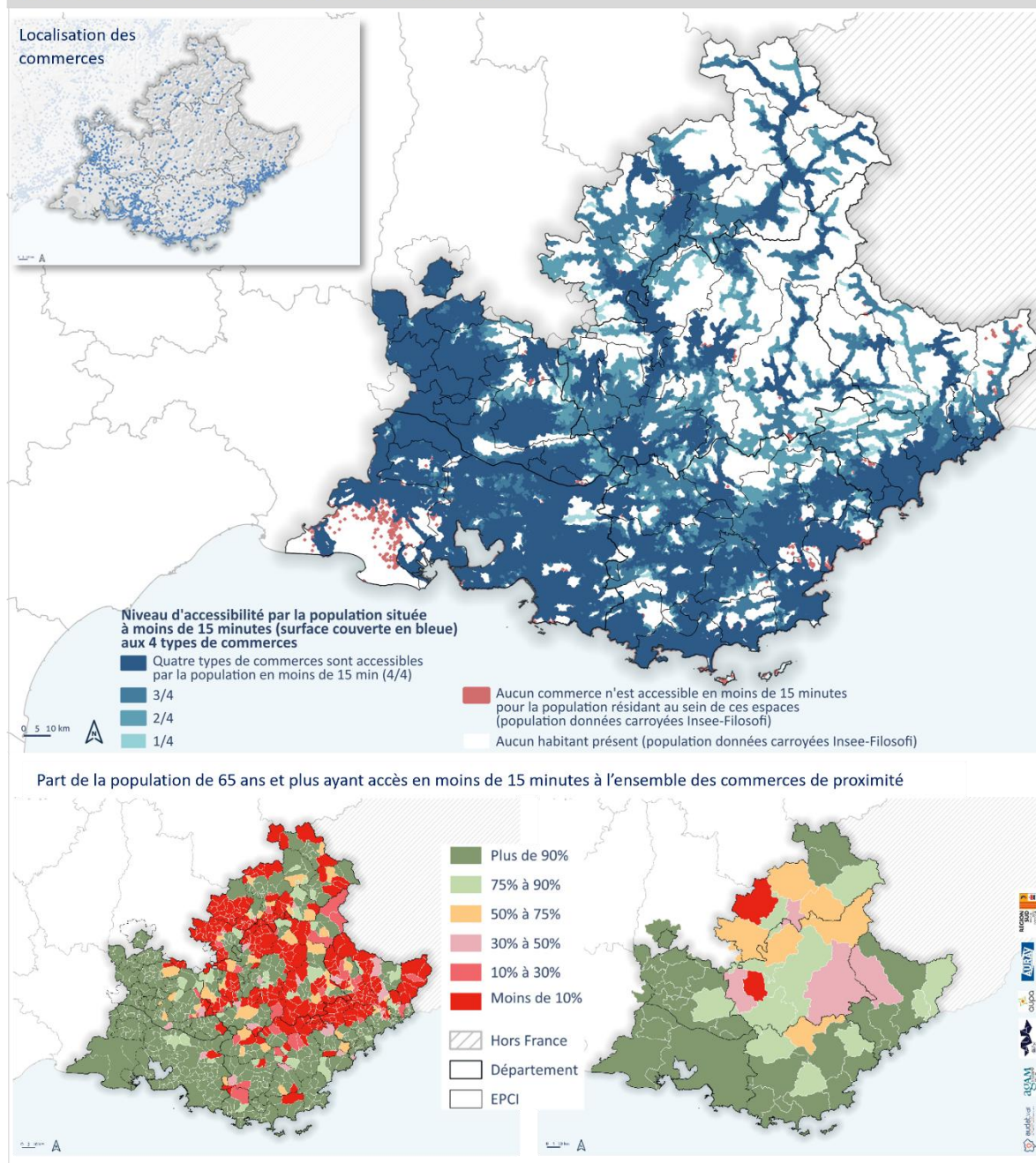
et des Alpes-Maritimes comptent moins de 10 % de seniors ayant accès à l'ensemble du panier commercial en moins de quinze minutes.

Dans les départements des Bouches-du-Rhône et du Vaucluse, la couverture est particulièrement forte dès le seuil de 15 minutes. En effet, 99 % des personnes âgées des Bouches-du-Rhône (soit 392 674 sur 395 220 seniors) et 96 % de celles du Vaucluse (120 358 sur 122 358 seniors) ont accès à ces 4 commerces dans ce délai. Les dynamiques métropolitaines y jouent un rôle structurant : la Métropole Aix-Marseille-Provence assure une couverture à hauteur de 99 % dès 15 minutes, tandis que la Communauté d'Agglomération du Grand Avignon garantit une accessibilité quasi universelle dans ce même intervalle temporel.

Les départements plus ruraux et montagneux des Alpes-de-Haute-Provence (04) et des Hautes-Alpes (05) disposent d'une couverture (aux 4 équipements) plutôt faible en moins de 15 minutes au regard des autres départements de la région (71 %, soit 28 733 seniors sur 40 612 pour le 04 et 74 %, soit 24 877 seniors sur 33 498 pour le 05), illustrant les contraintes d'accès ou un manque d'implantation des commerces. Une nette amélioration est observée à 30 minutes avec une couverture quasi-totale. Certains EPCI présentent un déficit d'accessibilité plus marqué que d'autres. Par exemple, dans le territoire de Buëch-Dévoluy, seulement 9 % des seniors ont accès à l'ensemble des commerces de proximité en moins de 15 minutes. La situation est similaire dans le Pays de Forcalquier-Montagne de Lure, où ce taux descend à 8 %.

**Figure 9 : accessibilité en moins de 15 minutes aux commerces de proximité**

(Sources : Insee BPE 2023 ; Filosofi 2019 ; outil OSRM)



**Pour résumer : des disparités sur l'accessibilité en moins de 15 minutes significatives selon la géographie et la densité urbaine. A partir de 30 minutes, ces écarts se réduisent considérablement. À 45 minutes et au-delà, l'accessibilité aux 4 « équipements commerciaux prioritaires » est quasi complète. Les situations plus contrastées de certaines communes sont néanmoins à noter principalement dans la partie Nord du 06 (Haut de la vallée de la Tinée et frange nord et Sud de la CC Alpes d'Azur), sur la zone des « Pré-Alpes » à cheval sur le 06, 83 et 04. Des « poches » de difficultés apparaissent également dans le 04 et 05.**



## Les médecins généralistes

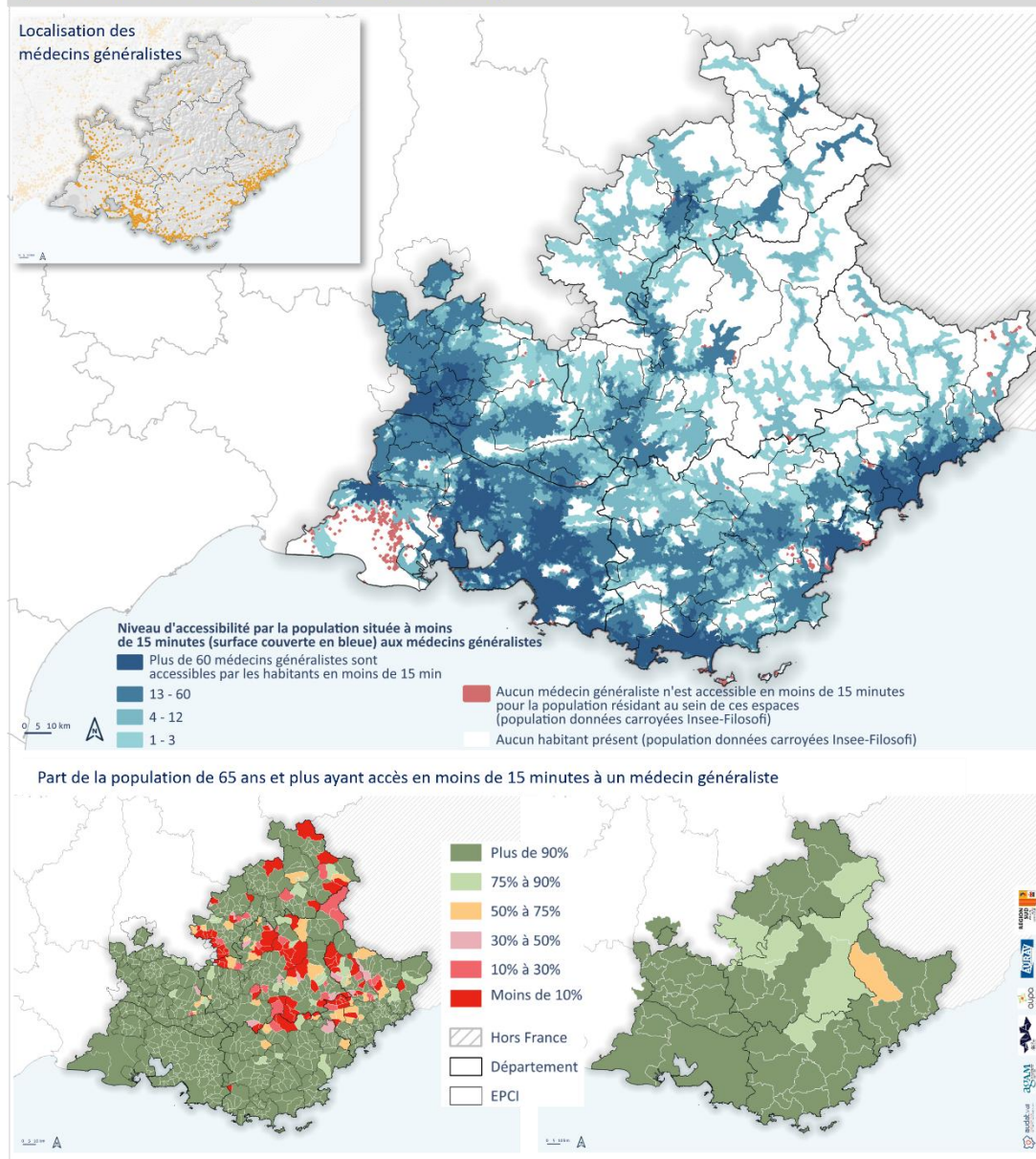
Qu'ils exercent en libéral ou au sein de maisons et centres de santé, les médecins généralistes jouent un rôle indispensable par leur présence à proximité du domicile des personnes âgées. Pour ce faire, ont été analysés la localisation, le nombre et la distance d'accès à ces professions, laissant de côté la notion de capacité d'accueil qui relève, quant à elle, d'une approche très spécifique basée notamment sur une analyse fine de la patientèle (volume, âge et vulnérabilité).

En région Provence-Alpes-Côte d'Azur, 6 232 médecins généralistes sont recensés en 2023, soit un ratio de 5 pour 1 000 seniors résidents, un niveau équivalent à la moyenne nationale.

Les territoires urbains, tels que les trois métropoles régionales (Aix-Marseille-Provence, Nice Côte d'Azur, Toulon Provence Méditerranée) ainsi que la Communauté d'agglomération du Grand Avignon affichent des densités similaires, voire légèrement supérieures, atteignant entre 5 et 6 médecins généralistes pour 1 000 seniors. En revanche, près d'une vingtaine d'intercommunalités présentent un niveau de desserte nettement inférieur, avec moins de 4 généralistes pour 1 000 personnes âgées. Certaines zones apparaissent particulièrement sous équipées : la communauté de communes Jabron-Lure-Vançon-Durance ne compte qu'un seul médecin généraliste sur l'ensemble de son territoire, tandis que Serre-Ponçon Val d'Avance n'en recense que cinq. Ces constats mettent en évidence un enjeu majeur de démographie médicale.

L'accessibilité géographique aux médecins généralistes, comme on peut le voir dans les cartes de la figure 10, est bonne à l'échelle régionale. 99 % des seniors en région ont accès à au moins un médecin en moins de 15 minutes – près de 9 600 seniors résident à plus de 15 minutes d'un médecin généraliste. Toutefois, au-delà du simple accès à un médecin en moins de quinze minutes, il est essentiel de considérer également le nombre de praticiens disponibles. La carte « Accessibilité en moins de 15 minutes » met en évidence cette réalité, par un dégradé de couleurs, où les zones les mieux dotées, avec plus de soixante médecins, sont représentées en bleu foncé. Des territoires se caractérisent par une faible densité de médecins par rapport à leur population senior. Ils se situent principalement au nord des départements du Var et des Alpes-Maritimes, ainsi que dans les départements alpins, notamment au sein de la Communauté de Communes Alpes d'Azur, des intercommunalités situées entre Aups et Guillestre, ainsi qu'autour de Sisteron.

**Figure 10 : accessibilité en moins de 15 minutes aux médecins généralistes**  
(Sources : Insee BPE 2023 ; Filosofi 2019 ; outil OSRM)



**Pour résumer : en Provence-Alpes-Côte d'Azur, la densité régionale en médecins généralistes atteint en 2023 une moyenne équivalente à celle de la France, avec 5 praticiens pour 1 000 seniors. Cette offre est globalement concentrée dans les grandes métropoles et les zones littorales, où l'accessibilité est élevée. Toutefois, près d'une vingtaine d'intercommunalités, principalement situées dans les territoires alpins et le nord des départements du Var et des Alpes-Maritimes, présentent une desserte médicale nettement inférieure, traduisant d'importantes disparités territoriales. Si 99 % des seniors accèdent à un médecin généraliste en moins de 15 minutes, près de 9 600 d'entre eux, répartis dans 114 communes, demeurent éloignés de cette offre. Ces constats soulignent un enjeu de démographie médicale et la nécessité d'une répartition équilibrée des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire régional.**



### Les médecins spécialistes<sup>10</sup>

L'offre médicale est également assurée par un ensemble de spécialistes, répartis dans 11 disciplines médicales considérées comme essentielles à la prise en charge des seniors, bien que sollicitées de manière moins fréquente.

La région en recense un peu plus de 8 770, parmi lesquels les chirurgiens-dentistes représentent 46% des effectifs. Rapportés à la population âgée, la région dispose ainsi d'un ratio moyen de 7 spécialistes pour 1 000 seniors, un niveau supérieur à la moyenne nationale. Ce ratio s'avère particulièrement élevé dans les métropoles et la plupart des territoires littoraux, comme les intercommunalités de Cannes Pays de Lérins, de la Riviera Française, du Golfe de Saint-Tropez. Douze intercommunalités se distinguent en proposant une offre spécialisée complète, c'est-à-dire un accès à l'ensemble des professions recensées. Il s'agit, pour l'essentiel, de territoires littoraux ou rétro-littoraux, tels que le Pays de Grasse, le Luberon Monts de Vaucluse ou encore le Pays d'Orange en Provence. À l'inverse, 21 EPCI présentent une offre très restreinte, avec moins de vingt spécialistes recensés, voire aucune présence de certaines spécialités. C'est notamment le cas de Serre-Ponçon Val d'Avance ou encore de Jabron-Lure-Vançon-Durance, où moins de la moitié des spécialités médicales sont représentées. Ces intercommunalités sont situées majoritairement dans la partie nord de la région, où les conditions géographiques peuvent compliquer l'accessibilité aux équipements.

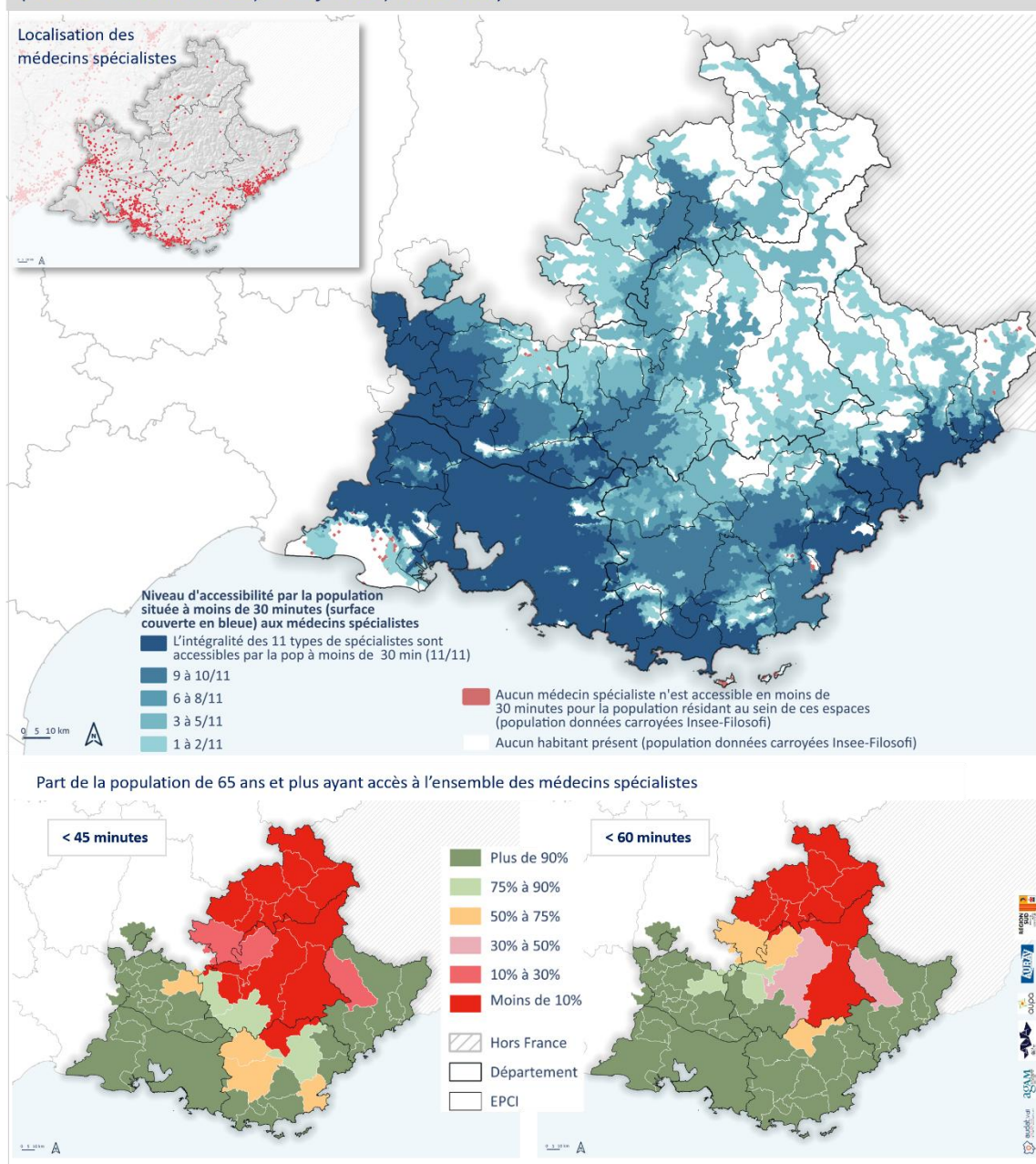
Mesurée en distance-temps, l'accessibilité aux 11 spécialités médicales est très inégalitaire dans la région (figure 11). En effet, à 15 minutes, seuls 62 % des seniors y ont accès ; cette proportion monte toutefois à 84 % avec un temps de 30 minutes. Bien que l'accessibilité s'améliore avec des pas de temps plus importants, ce sont encore 5 % des seniors (51 305) qui demeurent sans accès complet aux soins de santé spécialisés en moins de 60 minutes en voiture. Entre les zones urbaines bien desservies et les territoires ruraux ou de montagne confrontés à un déficit de professionnels, on constate de grandes disparités. Dans les Hautes-Alpes, seuls 5 % des personnes âgées bénéficient d'un accès complet aux onze spécialités médicales en moins d'une heure de trajet en voiture, concentrées principalement dans la frange sud-ouest du département, aux abords de Sisteron, où la densité médicale est plus élevée, notamment en raison de la proximité avec l'axe autoroutier. Le constat est proche dans les Alpes-de-Haute-Provence, bien que les disparités internes y soient plus marquées. À peine 2 % des seniors accèdent à l'ensemble des spécialistes en moins de 30 minutes. Même en étendant le périmètre à 45 minutes, seuls 41 % peuvent consulter toutes les spécialités, proportion qui atteint 67 % en moins d'une heure. Les zones les plus rurales, telles que les EPCI Alpes-Provence-Verdon et Vallée de l'Ubaye - Serre-Ponçon, présentent de grandes difficultés d'accès en moins d'une heure. La situation paraît aussi difficile dans la CA Provence-Alpes Agglomération, où seuls 39 % des seniors peuvent consulter l'ensemble des spécialistes dans ce même délai. À l'inverse, les départements du Var et du Vaucluse offrent une accessibilité globalement plus satisfaisante, bien que le niveau de service varie selon le seuil temporel considéré. Dans le Var, 58 % des seniors accèdent à tous les spécialistes en moins de 15 minutes, contre 37 % dans le Vaucluse. Cette proportion augmente de manière significative à partir de 30 minutes et devient quasi totale à partir de 45 minutes (92 % dans le Var, 99 % dans le Vaucluse). Toutefois, une exception subsiste dans le Var : le Golfe de Saint-Tropez, avec une accessibilité assez faible : 26 % des seniors accèdent à l'ensemble des spécialistes en moins de 30 minutes et 62 % en moins de 45 minutes.

---

10 Spécialistes cardiologie, dermatologie/vénéréologie, gastro-entérologie/hépatologie, psychiatrie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, pneumologie, radiodiagnostic/imagerie médicale, stomatologie, gynécologie et chirurgien-dentiste

Les Alpes-Maritimes et les Bouches-du-Rhône, qui accueillent respectivement les métropoles de Nice et de Marseille, se distinguent par une offre médicale spécialisée importante et une accessibilité supérieure à la moyenne régionale. Dès 30 minutes de trajet, 96 % des seniors dans les Alpes-Maritimes et 99 % dans les Bouches-du-Rhône peuvent accéder à l'ensemble des spécialistes. Une accessibilité qui est plus hétérogène dans les Alpes-Maritimes avec un contraste marqué entre le littoral et le Haut Pays. Dans la Communauté de Communes Alpes d'Azur, par exemple, seuls 16 % des seniors bénéficient d'un accès complet en moins de 45 minutes, et 40 % en moins d'une heure, illustrant les difficultés dans les zones plus rurales.

**Figure 11 : accessibilité aux médecins spécialistes**  
(Sources : Insee BPE 2023 ; Filosofi 2019 ; outil OSRM)





**Pour résumer : la région se distingue par un ratio de spécialistes supérieur à la moyenne nationale, avec une forte concentration dans les métropoles et les zones littorales. Toutefois, d'importantes disparités persistent, notamment dans les territoires ruraux et de montagne, où l'offre est incomplète et l'accessibilité limitée. Si une majorité de seniors accède aux soins spécialisés en moins de 30 minutes, près de 5 % restent en dehors de ce périmètre même à une heure de trajet, soulignant un enjeu d'aménagement et d'accès aux soins. Les EPCI des Hautes-Alpes, de l'est des Alpes-de-Haute-Provence, ainsi que certaines zones enclavées du Var et des Alpes-Maritimes, comme le Haut Pays niçois ou le Golfe de Saint-Tropez, figurent parmi les plus en difficulté. À l'inverse, les Bouches-du-Rhône, le littoral varois et les grandes agglomérations comme Nice, Marseille ou Toulon offrent une accessibilité quasi totale à l'ensemble des spécialités en moins d'une heure.**

#### **Les professionnels paramédicaux : infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes**

En complément de la présence médicale, l'offre paramédicale constitue un maillon essentiel dans l'accompagnement des personnes âgées, en particulier dans le cadre du maintien à domicile. Cette offre s'apprécie notamment à travers la densité des cabinets de masseurs-kinésithérapeutes et d'infirmiers, professions incontournables dans la prise en charge quotidienne ou récurrente des besoins de santé des seniors.

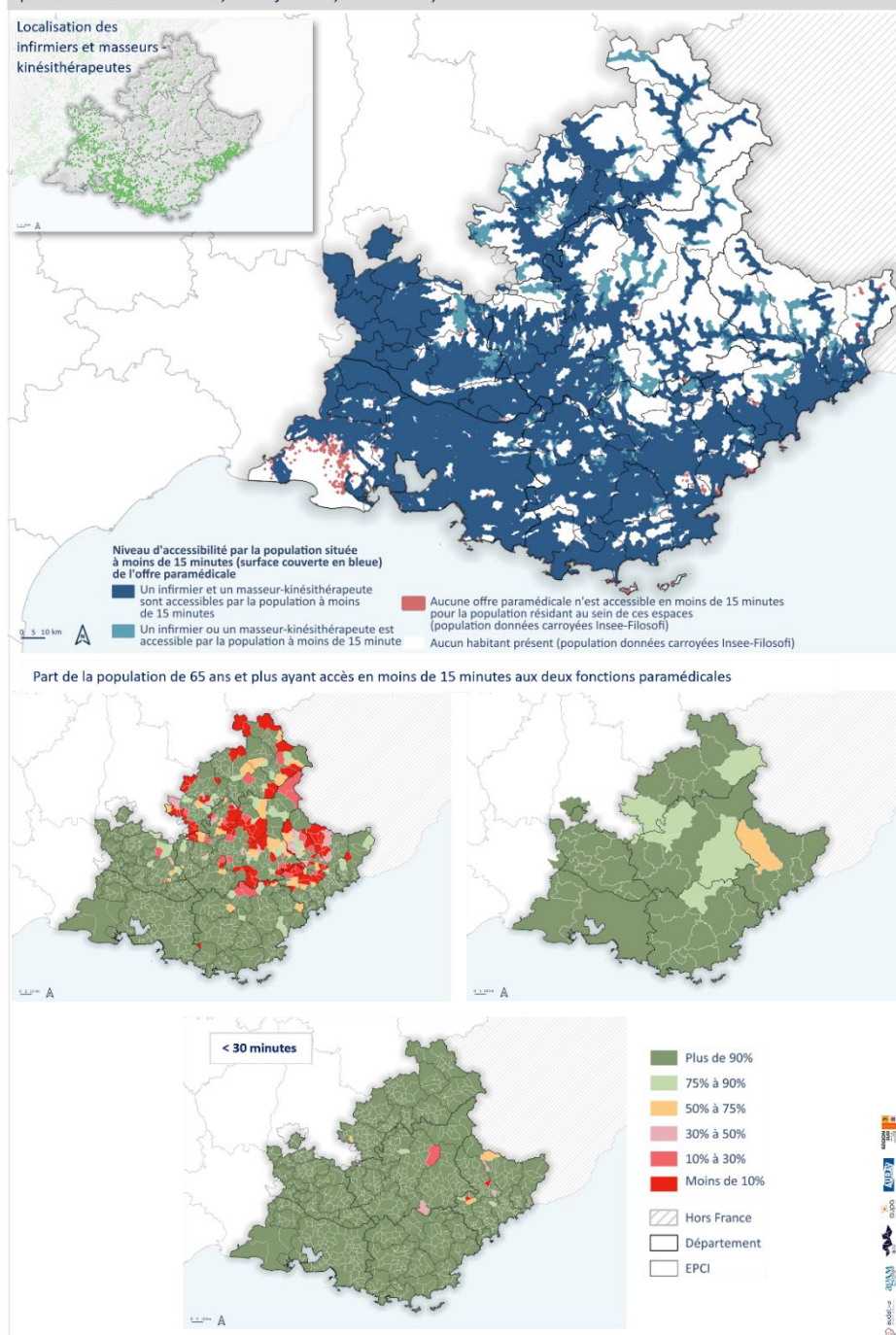
En 2023, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur recense 22 750 structures paramédicales, dont 58 % sont des cabinets infirmiers. Cela représente un taux moyen de 19 équipements pour 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus, traduisant une offre relativement importante en comparaison nationale. Une dizaine d'intercommunalités se distinguent par un niveau d'équipement équivalent ou supérieur à la moyenne régionale. Il s'agit, pour l'essentiel, des territoires déjà bien pourvus en médecins généralistes, généralement urbains ou périurbains, où la concentration des services permet une réponse aux besoins des populations vieillissantes. À l'inverse, certaines zones plus rurales ou isolées, en particulier celles situées au nord des départements littoraux (Var, Alpes-Maritimes, Bouches-du-Rhône), affichent une densité paramédicale plus faible. Ces territoires, souvent marqués par une moins bonne attractivité pour les professionnels de santé et par des contraintes d'accès géographiques, apparaissent sous-dotés.

L'analyse spatiale (figure 12) montre que le maillage territorial est assez homogène, permettant à la majorité des seniors de la région d'accéder en moins de 15 minutes aux deux professions paramédicales, et la quasi-totalité à partir du seuil de 30 minutes. Néanmoins, certaines disparités existent, en particulier dans les zones rurales ou montagneuses. Le nord-ouest de la région est moins bien doté avec 135 communes où moins de 50 % des seniors ont accès en moins de 15 minutes aux deux professions. À l'échelle des intercommunalités, la Communauté d'Agglomération Alpes d'Azur présente les plus faibles taux d'accessibilité.



**Figure 12 : accessibilité aux infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes (paramédical)**

(Sources : Insee BPE 2023 ; Filosofi 2019 ; outil OSRM)



**Pour résumer : en 2023, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur dispose d'une offre paramédicale dense, majoritairement composée de cabinets infirmiers. L'accessibilité aux soins est globalement satisfaisante : plus de 80 % des seniors accèdent à un infirmier et un kinésithérapeute en moins de 15 minutes, et presque tous en moins de 30 minutes. Les zones urbaines sont bien desservies, contrairement à certains territoires ruraux ou montagneux, notamment au nord-ouest de la région, où l'offre est plus limitée. La Communauté d'Agglomération Alpes d'Azur présente la plus faible accessibilité. Les soins à domicile (SAD, SSIAD, etc.) devront renforcer significativement l'accès aux professionnels dans les zones moins bien dotées.**

## Les services d'urgence

Les services des urgences analysés dans l'étude correspondent aux services d'intervention (SAMU - SMUR) et à l'accueil des urgences en hôpital ou clinique. L'accès à ces équipements peut générer des temps de trajet plus longs, du fait d'un recours à ces services moins fréquents et d'une présence plus hétérogène ne permettant pas de mailler l'ensemble du territoire.

Les 61 services des urgences dénombrés en région sont fortement représentés au sein des territoires urbains, des centralités et sur le littoral.

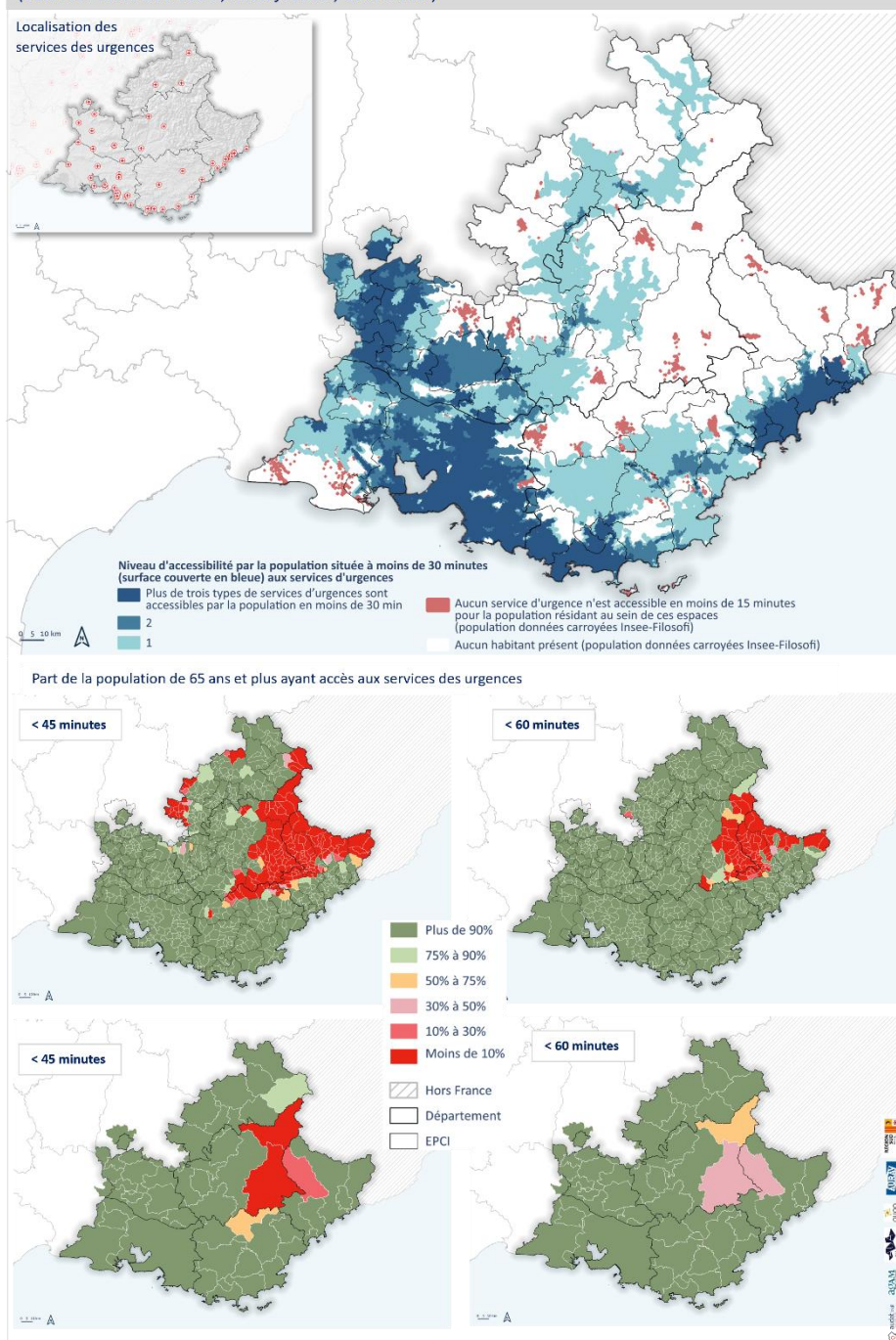
L'analyse de l'accessibilité aux services d'urgence à moins de 15 minutes, ainsi que le nombre d'équipements accessibles dans ce laps de temps, met en évidence les grands centres urbains de la région. Seules les 3 métropoles de la région disposent de plus de 3 équipements dédiés aux services d'urgence accessibles à leur population en moins de 15 minutes. Rapporté au nombre d'habitants résidant sur ces territoires, cela laisse transparaître tout de même un niveau d'équipement plutôt bas (23 services au sein d'Aix-Marseille-Provence, 8 pour Nice Côte d'Azur et 5 pour la métropole de Toulon-Provence-Méditerranée).

Les départements alpins, en particulier les Alpes-de-Haute-Provence et les Hautes-Alpes, présentent les niveaux d'accessibilité aux urgences les plus faibles de la région à court terme. Ainsi, à moins de 15 minutes, seuls 42 % des seniors des Alpes-de-Haute-Provence et 53 % de ceux des Hautes-Alpes ont accès à un service d'urgence, contre une moyenne régionale nettement supérieure. Si l'accessibilité progresse avec l'élargissement des seuils temporels, 6 % des personnes âgées de 65 ans et plus dans les Alpes-de-Haute-Provence, soit près de 2 400 individus, restent encore privées d'un accès aux urgences en moins de 60 minutes. Deux intercommunalités apparaissent particulièrement en difficulté : la Vallée de l'Ubaye - Serre-Ponçon, avec seulement 10 % des seniors desservis en moins de 45 minutes, et 68 % en moins d'une heure, ainsi que les Alpes-Provence-Verdon-Sources de Lumière, où l'accessibilité chute à 41 % en moins de 60 minutes, révélant un certain isolement.

À l'opposé, les Bouches-du-Rhône et les Alpes-Maritimes bénéficient d'une accessibilité performante. Dès le seuil des 15 minutes, plus de 80 % des seniors peuvent accéder aux urgences, ce qui reflète la densité de l'offre de soins dans les zones métropolitaines de Marseille et Nice. Cependant, une exception notoire subsiste : la Communauté de communes Alpes d'Azur, ne permet qu'à 13 % seulement des seniors d'accéder aux urgences en moins de 45 minutes, et à 40 % en moins d'une heure. Certaines communes de montagne proches du Mercantour rencontrent également des difficultés.

Dans le Var et le Vaucluse, l'accessibilité aux urgences à très court terme (moins de 15 minutes) permet de desservir 70 % des seniors. Les territoires du nord du département du Var, en revanche, plus ruraux, se distinguent par une accessibilité plus faible à courte distance. Si l'on considère le seuil des 45 minutes, l'accessibilité devient meilleure sur l'ensemble du territoire, à l'exception de la Communauté de communes Lacs et Gorges du Verdon, où seulement 56 % des seniors bénéficient d'un accès aux urgences.

**Figure 13 : accessibilité aux services des urgences**  
(Sources : Insee BPE 2023 ; Filosofi 2019 ; outil OSRM)



**Pour résumer : l'analyse de l'accessibilité aux services d'urgence met en évidence de fortes disparités territoriales. Les équipements sont concentrés dans les grandes agglomérations et sur le littoral, ce qui génère des inégalités d'accès, notamment dans les zones rurales et de montagne. Si 74 % des seniors ont accès aux urgences en moins de 15 minutes et 96 % en moins de 30 minutes, près de 41 800 restent éloignés de plus de 30 minutes d'un service. Les départements des Alpes-de-Haute-Provence et des Hautes-Alpes présentent les plus faibles niveaux d'accessibilité, avec des intercommunalités très isolées. À l'inverse, les Bouches-du-Rhône et les Alpes-Maritimes bénéficient d'un maillage dense et performant. Le Var et le Vaucluse affichent une accessibilité globalement satisfaisante, bien que certaines zones rurales demeurent en retrait à courte distance.**



### 3. Services d'aide à domicile et hébergements pour personnes âgées : une réponse adaptée aux différents niveaux de dépendance

Avec l'accélération du vieillissement démographique – rappelons que, dans la population régionale, la part des + 65 ans devrait atteindre 31% d'ici 2070 contre 23% aujourd'hui et compter le double de seniors de plus de 85 ans –, la question de l'accompagnement des personnes âgées par des professionnels de l'aide à domicile, en particulier en cas de perte d'autonomie, est centrale. Ces professionnels, que sont les SAAD (Services d'Aide et d'Accompagnement à domicile) et les SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile), sont des acteurs essentiels auprès des personnes âgées et de leur famille, en leur permettant de se maintenir à domicile dans les meilleures conditions possibles et de retarder leur placement en hébergement spécialisé. Comme on le verra plus loin, le secteur de l'aide à domicile fait face à des difficultés de recrutement majeures auxquelles les départements rencontrés tentent d'apporter, sur leur territoire, des réponses.

**L'accompagnement des personnes âgées à leur domicile revêt une importance particulière pour la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.** Selon les travaux conduits par l'Insee et les services statistiques du ministère de la Santé, **on y dénombre en effet une proportion plus importante qu'ailleurs de seniors vivant à leur domicile, et ce, même à un âge très avancé où la prévalence de perte d'autonomie est forte.** Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce « choix du domicile » : une proportion plus forte qu'ailleurs de ménages âgés à revenus modestes – rappelons que près de 12 % des personnes habitant dans un ménage dont la personne de référence à 75 ans ou plus sont pauvres contre 9,9 % en France métropolitaine – et qui accèdent moins facilement aux structures d'hébergement spécialisées lesquelles sont en région, et comme on le voit plus loin, très majoritairement privées et plus chères que les hébergements publics. Outre leur prix, s'ajoute aux éléments explicatifs un déficit de places disponibles dans les établissements spécialisés et une présence significative d'infirmiers libéraux et de services de soins infirmiers à domicile<sup>11</sup>

**L'Insee estime, en région, à 118 000, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans vivant à domicile et qui se trouvent être, selon les critères retenus, en situation de perte d'autonomie.** Cela représente 8 % de cette tranche d'âge. Ce taux varie de façon importante selon le sexe : 5,5 % chez les hommes contre 10,1 % chez les femmes, en lien avec leur espérance de vie plus élevée – 85,3 ans pour les femmes contre 79,4 ans pour les hommes<sup>12</sup>. Fait intéressant, il varie aussi selon la richesse de la commune dans laquelle les seniors vivent. Ainsi, observe-t-on une proportion supérieure de seniors en perte d'autonomie dans les communes les moins aisées que dans le reste des autres communes (8 % contre 5,2%)<sup>13</sup>. Un constat qui rappelle, notamment, l'enjeu du financement du maintien à domicile, en particulier dans notre région qui compte une proportion plus forte de personnes âgées à faibles revenus.

**Sans être considérés comme en perte d'autonomie, on estime à environ 25 % la proportion des plus de 60 ans vivant à domicile et qui déclarent rencontrer des difficultés dans leur quotidien,** qu'il s'agisse de difficultés liées à leur mobilité, leur audition ou des difficultés de concentration. Les troubles

---

<sup>11</sup> Insee Flash Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2018, n°41, « Perte d'autonomie des seniors plus fréquente en Provence-Alpes-Côte d'Azur ». Insee Flash Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2019, n°57, « 75 000 emplois pour la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie ».

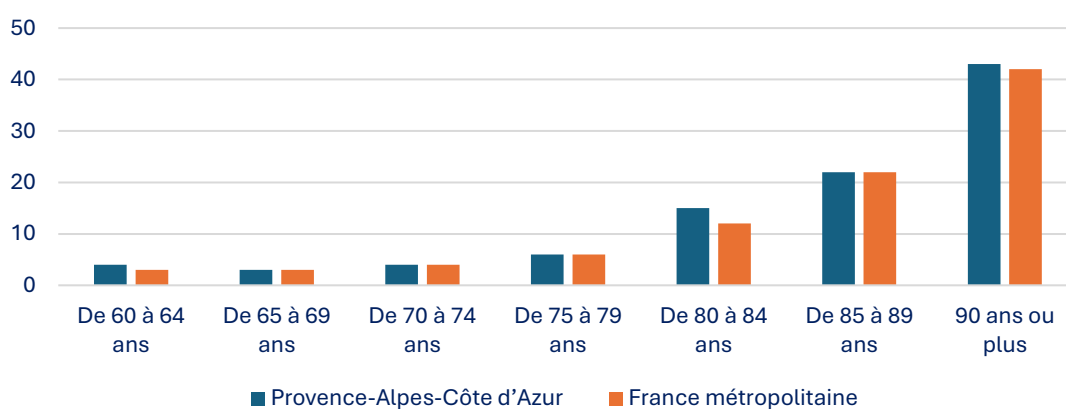
<sup>12</sup> Insee Flash Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2023, n°99, « 118 000 seniors en perte d'autonomie vivent à domicile ».

<sup>13</sup> Dans l'étude de l'Insee, un senior est considéré en perte d'autonomie si son groupe iso-ressources (GIR) estimé ou attribué est compris entre 1 et 4. Les GIR 1 à 2 correspondent à des situations où l'individu est confiné au lit ou au fauteuil et/ou à l'observation d'une altération des fonctions mentales. Les GIR 3 à 4 correspondent à des situations où l'individu peut avoir besoin d'aide pour se déplacer, s'habiller ou faire sa toilette.

moteurs sont les plus répandus, affectant près de 19 % des plus de 60 ans, un taux légèrement supérieur à la moyenne nationale. **Après 85 ans, près de 60 % des personnes âgées vivant chez elles présentent au moins une limitation fonctionnelle, et plus d'un tiers d'entre elles ressentent une restriction dans leurs activités<sup>14</sup>.**

Selon l'enquête Vie quotidienne et Santé de l'Insee et de la Drees, le recours aux services d'aide à domicile évolue fortement avec l'avancée en âge. Ainsi, si les besoins restent limités entre 60 et 74 ans, âge auquel peu de seniors font appel à une aide à domicile professionnelle, à partir de 75 ans, les besoins augmentent de façon marquée. Entre 75 et 84 ans, un senior sur cinq recourt ainsi à une aide à domicile (et 4 % résident dans un établissement spécialisé) et, au-delà de 85 ans, 43 % des personnes âgées bénéficient d'une aide professionnelle à domicile (et 15 % vivent en institution)<sup>15</sup>.

Figure 14 : part de la population de 65 ans en perte d'autonomie (source : Insee Flash Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2023 · n° 99, 118 000 seniors en perte d'autonomie vivent à domicile)



### 3.1 Les services d'aide à domicile : les indispensables du « virage domiciliaire »

#### 3.1.1 Services à la personne, services d'aide à domicile, services de soins infirmiers à domicile : de quoi parle-t-on ?

Les services à la personne regroupent une variété de prestations effectuées à domicile, destinées à répondre aux besoins des particuliers dans leur vie quotidienne. Ces services ne sont pas spécifiquement dédiés aux personnes dépendantes ou âgées, mais visent à améliorer le confort et la qualité de vie de tous les membres du foyer. Il faut préciser que l'offre des SAAD et des SSIAD ne couvre pas l'ensemble des services à domicile permettant de retarder le placement des personnes âgées en établissement médicalisé. Elle ne tient pas compte de l'accompagnement réalisé par les aidants et n'inclut pas les interventions des professionnels travaillant en libéral.

**L'aide à domicile (ou Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile - SAAD)** est une aide non médicalisée dont l'objectif est d'assister, dans leur quotidien, des personnes dépendantes, souvent âgées ou en situation de handicap, afin de leur permettre de vivre chez elles dans les meilleures conditions

<sup>14</sup> Insee Flash Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2023, n°99, *ibid*.

<sup>15</sup> Insee-Drees, enquête Vie quotidienne et santé (VQS) 2014.

possibles et le plus longtemps possible. En accompagnant et en aidant les personnes en situation de handicap ou âgées dans les actes essentiels et les activités ordinaires de la vie quotidienne, mais également dans les activités de la vie sociale et relationnelle, le champ de leur intervention est donc large et varié : assistance pour se lever et se coucher en toute sécurité ; aide à la toilette et à l'habillage ; préparation des repas et aide à la prise de repas ; entretien du logement et du linge. Certains SAAD peuvent également proposer des prestations d'accompagnement lors de sorties ou d'activités de loisirs et de maintien de la vie sociale.

**Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)**, composés principalement d'aides-soignants et d'infirmiers diplômés d'État, fournissent des soins médicaux adaptés aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap (soins d'hygiène et de confort comme l'aide à la toilette, à l'habillage, et soins infirmiers comme la réalisation de pansements, l'administration de médicaments, injections...). Financé par l'Assurance maladie, ce service se fait sur prescription médicale pour favoriser l'autonomie et offrir un soutien médical continu aux personnes de 60 ans et plus, en perte d'autonomie ou atteintes de maladies chroniques, et aux personnes de moins de 60 ans en situation de handicap ou souffrant de maladies chroniques. Les SSIAD ont également comme mission de favoriser une prise en charge globale des patients via une coordination avec d'autres professionnels de santé (médecins, kinésithérapeutes et services d'aide à domicile).

#### **Vers une offre unique de services d'autonomie à domicile (SAD)**

Une réforme des services d'aide à domicile est entrée en vigueur le 30 juin 2023<sup>16</sup>. Cette réforme vient profondément restructurer le paysage de l'aide à domicile et des quelques 10 000 structures qui le composent.

Dans un souci de lisibilité pour les usagers, de coordination des interventions médicalisées et non médicalisées à domicile, et pour pallier une répartition géographique jugée inégale des différents services, en particulier en zones rurales, les pouvoirs publics ont souhaité uniformiser les services d'aide à domicile (SAAD) (qui fournissent des soins non médicalisés) et les services de soins (médicalisés) à domicile (SSIAD) en créant une réponse unique : le service d'autonomie à domicile (SAD)<sup>17</sup>.

Désormais le SAD, en tant qu'unique catégorie d'établissement social et médico-social, dédiée à l'accompagnement à domicile, a pour mission d'intervenir à domicile pour fournir des soins (incluant des soins infirmiers de base et des soins spécialisés sur prescription médicale), d'aide et d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, des actions de prévention, de préservation et de soutien à l'autonomie, avec un repérage des fragilités. En complément, le SAD peut également proposer un soutien aux proches aidants et offrir des missions de centre de ressources territorial lorsqu'il accompagne des personnes âgées.

Si la réforme unifie les dispositifs, elle n'impose pas pour autant aux SAD d'assurer toutes les prestations citées ci-dessus. Deux configurations sont en effet prévues : un « SAD Aide et Soins » (ou « SAD mixte » dans le cas où le SAD délivre lui-même les activités de soutien à domicile et les soins à domicile ; un « SAD Aide » lorsqu'il délivre les activités de soutien à domicile mais ne fait « que » coordonner ou organiser la réponse au besoin de soins à domicile des personnes qu'il accompagne. Selon la « formule » choisie (SAD mixte ou SAD Aide), les établissements ne relèvent pas de la même autorité de contrôle : l'autorité régionale de santé

---

<sup>16</sup> Loi de financement de la sécurité sociale du 21 décembre 2021.

<sup>17</sup> Créée par le décret du 13 juillet 2023.

et le conseil départemental dans le premier cas ; le conseil départemental uniquement dans le second cas – il en résulte également que les financements des établissements et des prestations sont différents.

Parallèlement, en vue de renforcer l'offre de soins à domicile, la création de 25 000 nouvelles places de SSIAD sur le territoire national devrait voir le jour d'ici 2030<sup>18</sup>. L'objectif est notamment de renforcer la capacité des structures (les SSIAD et/ou SAD mixtes) sous-dimensionnées, d'améliorer l'accès aux soins infirmiers dans des zones où les structures interviennent difficilement pour des raisons d'accessibilité ou de moyens, et de couvrir d'éventuelles zones « blanches ».

### 3.1.2 Quantifier en région l'offre de services d'aide et de soins à domicile et mesurer son accessibilité : quelle méthode mise en place ?

#### Quantifier l'offre disponible : une démarche inédite

Pour estimer l'offre de services à domicile en région et mesurer son accessibilité, plusieurs fichiers et croisements statistiques ont été nécessaires.

Les établissements de services à la personne (SAAD et SSIAD) ont tout d'abord été identifiés à partir de la base FINESS – les données FINESS n'étant pas précisément géolocalisées, la localisation retenue, notamment pour le calcul des isochrones, correspond là encore au chef-lieu de la commune.

Afin d'avoir une estimation de la capacité de ces structures à répondre aux besoins des personnes âgées dans les territoires où celles-ci résident, le nombre d'emplois salariés<sup>19</sup> de ces structures a été estimé grâce à un croisement de trois fichiers statistiques : les données ACOSS-URSSAF, la base FINESS 2024 et les données entreprises du fichier SIRENE 2024 – lorsque l'effectif salarié exact n'était pas disponible (ACOSS), une estimation a été réalisée à partir des tranches d'effectifs renseignées par SIRENE.

#### Mesurer l'accessibilité des services d'aide à domicile en temps de trajet

L'accessibilité aux services d'aide et de soins à domicile a été évaluée à partir des chefs-lieux des communes ayant au moins un service d'aide et de soins à domicile et sur la base du temps de trajet nécessaire pour « atteindre » les populations seniors. Seulement deux seuils de temps de trajet ont été retenus, à savoir 15 et 30 min au départ du chef-lieu de la commune, considérant qu'au-delà de 30 min, le déplacement de professionnels au domicile des personnes était peu probable.

Pour chaque commune, les emplois des différents établissements implantés ont été additionnés. Par exemple, si une commune compte trois structures totalisant 40 ETP, un isochrone unique de 40 ETP sera généré à partir de son chef-lieu. Lorsqu'un carreau est couvert par plusieurs isochrones issus de différents chefs-lieux, les ETP associés à chacun sont cumulés. Ainsi, un carreau situé à moins de 30 minutes de deux communes disposant de Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) sera considéré comme desservi par les deux communes, avec la somme des ETP de leurs établissements.

Un indice de couverture des seniors par les services d'aide à domicile a également été calculé selon le ratio suivant : nombre de seniors situés dans les carreaux atteints par au moins un isochrone sur le nombre total de seniors de l'EPCI. À noter, comme vu précédemment pour tous les autres équipements, que l'isochrone

---

<sup>18</sup> Circulaire du 15 mai 2023 relative aux orientations de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées pour l'exercice 2023.

<sup>19</sup> Le champ couvert est celui du secteur privé de l'ACOSS-URSSAF + celui des services non marchands qui renvoient à des structures à but non lucratif de type associatif, coopératif ou fondation.

ne prend pas en compte le volume de salariés disponibles, ce qui est une limite à garder à l'esprit pour cet indicateur.

3.1.3 Une accessibilité plus favorable au sein des grands centres urbains et le long du littoral

**La région compte 875 Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) totalisant 20 300 emplois salariés ainsi que 177 Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) représentant 2 140 ETP, avec une concentration notable dans les départements les plus peuplés.**

En moyenne, les SAAD emploient 23 salariés par établissement, avec des structures plus petites dans les Alpes-de-Haute-Provence et les Hautes-Alpes. Les SSIAD sont globalement de plus petite taille que les SAAD, excepté dans les Bouches-du-Rhône où l'on trouve des établissements plus importants. Ces niveaux d'équipement entre types de structure sont très différents, le recours à l'aide à domicile étant bien plus important que le recours à des services de soins infirmiers.

Figure 15 : nombre de structures et d'emplois salariés en SAAD et SSIAD par département (Sources : FINESS 2025, SIRENE 2024, ACOSS 2024)

	SAAD			SSIAD		
	Nb. de structures	Emplois salariés estimés	Nb. d'empl.sal. moyen par structure	Nombre de structures	Emplois salariés estimés	Nb. d'empl.sal. moyen par structure
Alpes-de-Haute-Provence	44	486	11	12	109	9
Hautes-Alpes	40	592	15	10	64	6
Alpes-Maritimes	247	5 453	22	42	388	9
Bouches-du-Rhône	248	5 902	24	68	1 188	17
Var	172	4 948	29	30	243	8
Vaucluse	124	2 956	24	15	147	10
<b>Provence-Alpes-Côte d'Azur</b>	<b>875</b>	<b>20 337</b>	<b>23</b>	<b>177</b>	<b>2 139</b>	<b>12</b>

Des taux « d'équipement » variables

A partir d'une estimation de la population la plus concernée par la perte d'autonomie (plus de 75 ans ayant recours à des aides<sup>20</sup>), on constate, selon les départements, tant pour les SAAD que pour les SSIAD, des taux d'équipement variables. **Pour les SAAD, les départements les mieux équipés sont le Vaucluse et les Alpes-Maritimes. Ceux-ci comptabilisent respectivement 188 et 147 salariés pour 1000 seniors « dépendants »** (calculé selon la part des seniors en perte d'autonomie en fonction de leur âge, publiée par l'enquête VQS-Drees et appliqué à la population senior des territoires observés). **Les Alpes-de-Haute-Provence présentent un niveau d'équipement bien plus faible avec 88 salariés pour 1000 seniors dépendants.**

<sup>20</sup> Source : Enquête Vie quotidienne et Santé (VQS) – DREES - 2021 -2022 - Insee Flash Provence-Alpes-Côte d'Azur 2023

Comme on peut le voir dans le tableau ci-dessous, **pour les soins infirmiers, les écarts sont bien plus marqués. Le nombre de salariés pour 1000 seniors dépendants varie du simple au triple entre le Var (6,6 salariés pour 1000 seniors dépendants) et les Alpes-de-Haute-Provence (19,8 salariés pour 1000 seniors dépendants).** En moyenne, on compte en région 14 équivalents temps plein pour 1 000 seniors dépendants.

Ces écarts assez significatifs entre départements ne laissent pas présager d’une différence aussi forte dans le niveau de service et de prise en charge grâce à la présence de médecins et surtout d’infirmiers libéraux (cf. l’encadré ci-dessous) qui, bien que n’appartenant à aucune structure de type SSIAD, se rendent également au domicile des patients.

Figure 16 : nombre d’emplois salariés en structures SAAD et SSIAD pour 1000 séniors dépendants par département (Sources : FINESS 2025, SIRENE 2024, ACOSS 2024)

	seniors dépendants (estimation)	empl.sal. en SAAD pour 1000 seniors dépendants	empl.sal. en SSIAD pour 1000 seniors dépendants
Alpes-de-Haute-Provence	5511	88	20
Hautes-Alpes	4446	133	14
Alpes-Maritimes	36911	148	11
Bouches-du-Rhône	53362	111	22
Var	36827	134	7
Vaucluse	15685	189	9
<b>Provence-Alpes-Côte d'Azur</b>	<b>152742</b>	<b>133</b>	<b>14</b>

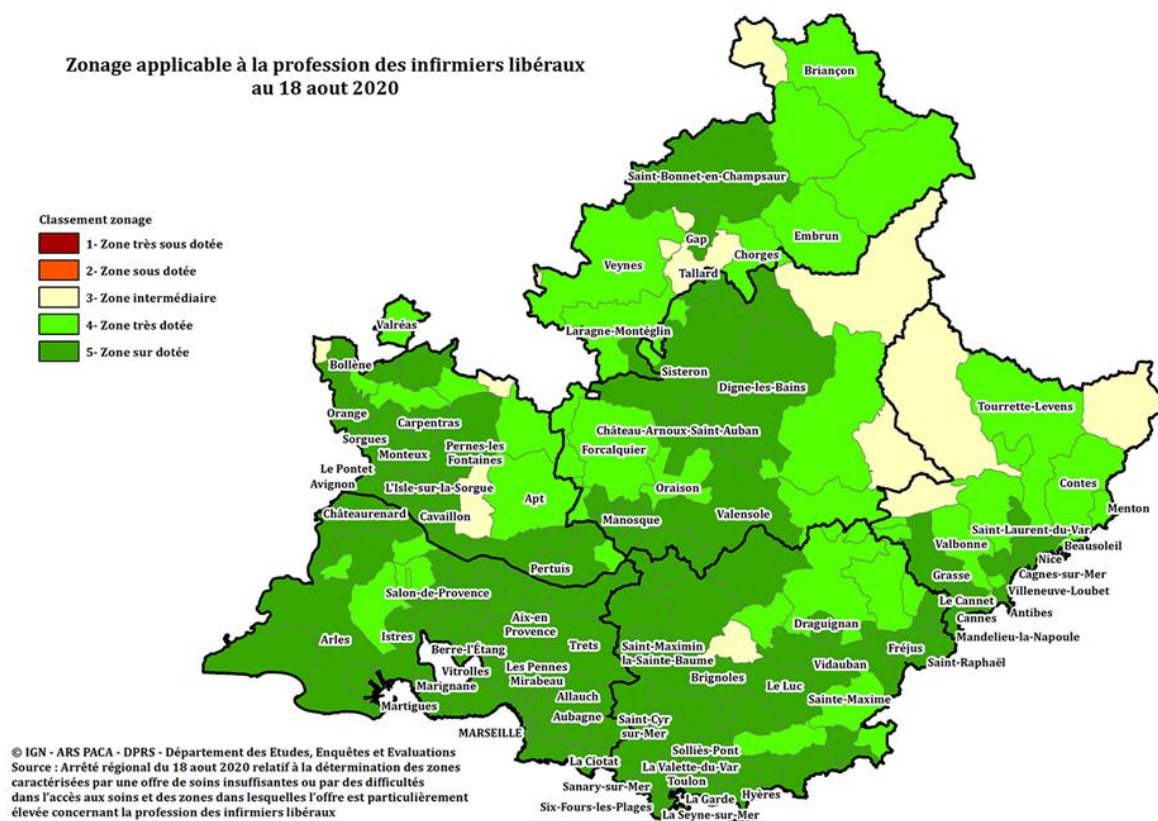
**L’offre assurée par les infirmiers libéraux selon l’ARS Provence-Alpes-Côte d’Azur**

L’Agence Régionale de Santé (ARS) est chargée d’élaborer les zonages et d’identifier les territoires insuffisamment pourvus en professionnels de santé au regard de la densité de population. L’objectif est de favoriser une répartition plus équilibrée des professionnels de santé sur le territoire, notamment par la mise en place d’aides financières à l’installation et au maintien.

La carte ci-dessous sur le zonage 2020 des infirmiers libéraux, menée par l’ARS Provence-Alpes-Côte d’Azur, s’appuie sur une nouvelle méthodologie nationale plus précise et adaptée : l’indicateur de l’accessibilité potentielle localisée (APL). Cet indicateur évalue la répartition des infirmiers sur le territoire en tenant compte à la fois de l’offre et de la demande de soins, permettant ainsi de repérer les zones en déficit ou en excès d’offre de soins. Le zonage ainsi défini distingue cinq catégories de territoires, selon leur niveau d’offre de soins : zones très sous-dotées, zones sous-dotées, zones intermédiaires, zones très dotées, zones sur-dotées.

Dans la région Provence-Alpes-Côte d’Azur, la carte montre qu’aucune zone n’apparaît sous-dotée en offre de soins infirmiers.





### L'accessibilité des SAAD et SSIAD

Les cartes de l'accessibilité des services d'aide à domicile montrent qu'en moins de 15 min (figure 17), ce sont surtout les zones urbaines du littoral qui bénéficient d'une bonne couverture. À l'écart de la frange littorale et de ses grandes métropoles, la vallée du Rhône est elle aussi bien couverte, jusqu'à l'enclave des Papes en passant par Avignon. Ce bon niveau de couverture se retrouve également autour de Gap, dans le Pays des Ecrins et le Briançonnais. **Les territoires moins bien dotés sont ceux du haut Var, du département des Alpes-de-Haute-Provence et des Hautes-Alpes**, à l'exception des territoires précédemment évoqués. Parmi ces territoires peu dotés, certains sont particulièrement isolés : ce sont bien souvent des espaces peu densément peuplés. On retrouve dans ce cas de figure les vallées alpines du Queyras, du Champsaur et du Valgaudemar ainsi que d'autres secteurs, souvent montagneux, tels que le Verdon, le Luberon ou le Ventoux.

En passant d'un temps de trajet de 15 à 30 minutes (figure 18), la situation évolue fortement. Le personnel en capacité de joindre les différents points du territoire est plus important et la probabilité est plus forte de disposer d'une offre assez large, à la condition toutefois que ce temps de trajet soit acceptable par les professionnels. Demeurent néanmoins encore des zones blanches qui concernent les espaces les plus isolés et les moins peuplés. On retrouve dans ce cas de figure les vallées alpines, le Ventoux et le Pays d'Apt, les abords du massif de l'Esterel, le Haut Var. La part de population senior couverte sur ces temps de parcours est ainsi supérieure à 95 % partout, à l'exception de la communauté de communes des Alpes d'Azur et de celle du Guillevast.

Figure 17 : accessibilité des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) en moins de 15 minutes de temps de trajet depuis les chefs-lieux des communes équipées (Sources : INSEE Filosofi 2019, FINESS 2024, CAPFI 2024, API Entreprise 2024, Insee, distancier Metric-OSRM)

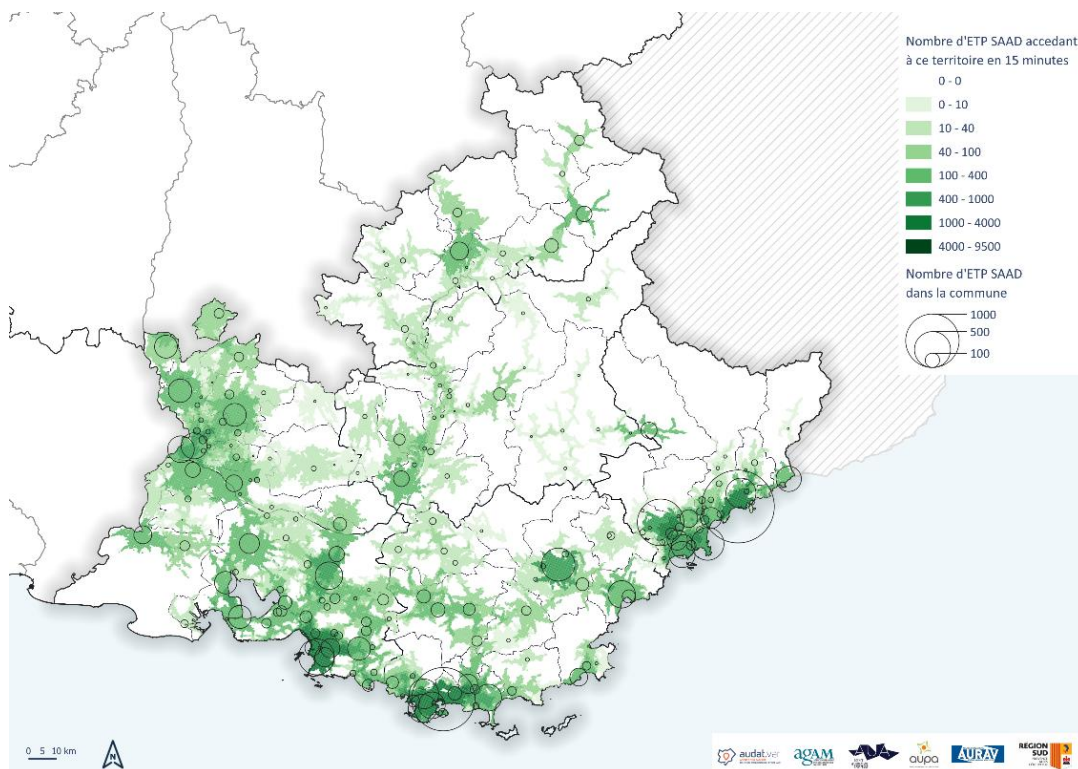


Figure 18 : accessibilité du territoire par des salariés des Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) en moins de 30 minutes de temps de trajet depuis les centres-villes des communes équipées (Sources : INSEE Filosofi 2019, FINESS 2024, CAPFI 2024, API Entreprise 2024, Insee, distancier Metric-OSRM)

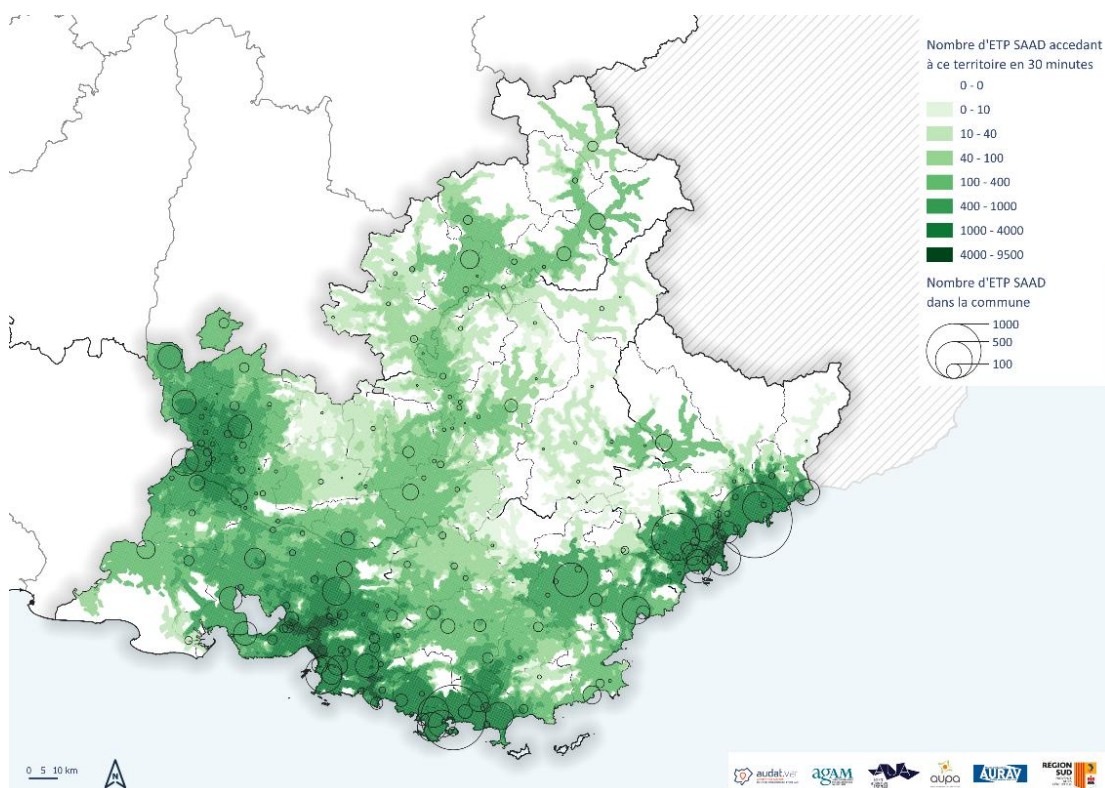
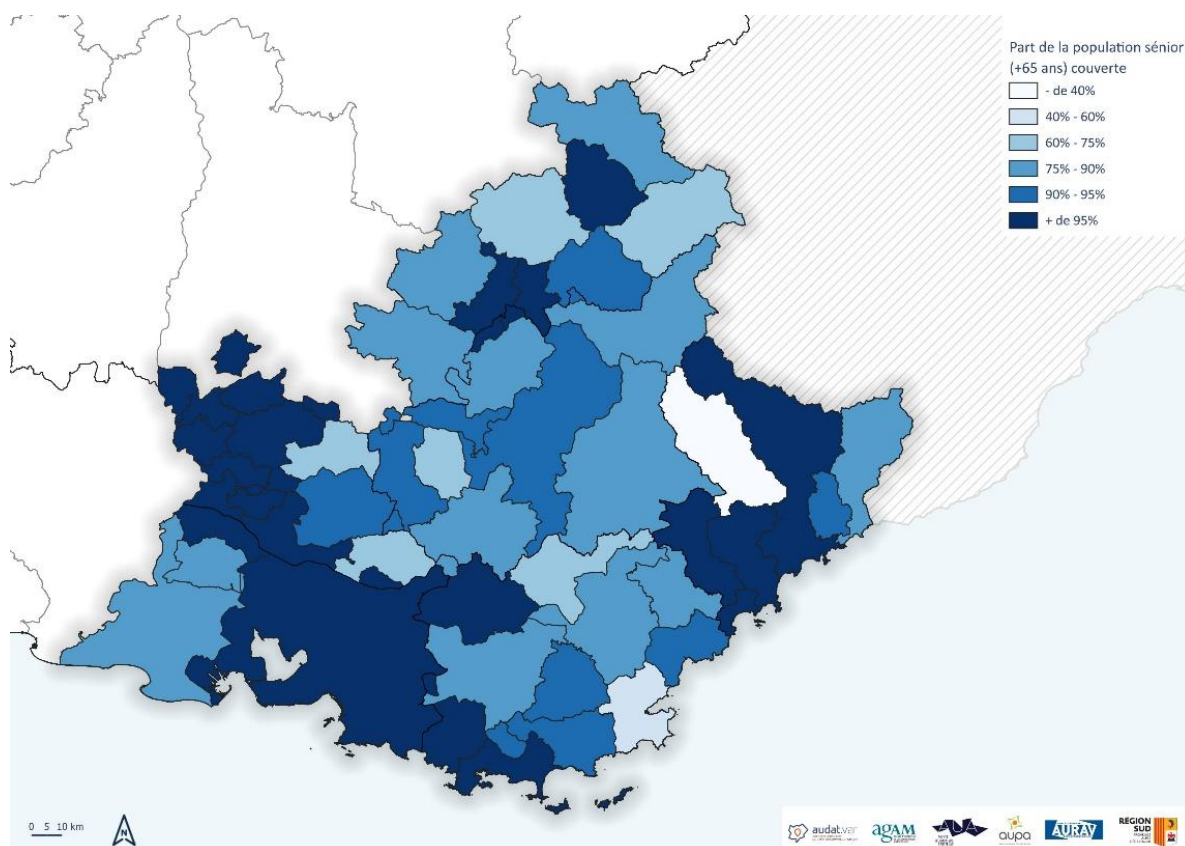


Figure 19 : part de la population sénior (65+) couverte en 15 minutes de temps de trajet depuis les centres-villes des communes équipées par au moins un Service d'aide et d'accompagnement à domicile (Sources : INSEE Filosofi 2019, FINESS 2024, CAPFI 2024, API Entreprise 2024, Insee, distancier Metric-OSRM)



### L'accessibilité des SSIAD

**La capacité des salariés des Services de Soins Infirmiers à Domicile à couvrir le territoire régional est beaucoup plus faible que celle de ceux intervenant sur le champ de l'aide à domicile.** La population à même de bénéficier de ces services est elle aussi, de fait, beaucoup plus réduite. Pour autant, il est important de rappeler (cf. encadré plus haut) que si les professionnels travaillant dans ces structures sont assez peu nombreux, le service est largement complété par le travail des infirmiers libéraux.

**Si l'on se penche sur la carte présentant le territoire couvert par les salariés des SSIAD en moins de 15 min (figure 20), ce ne sont quasiment que les grandes villes de la région et leurs abords qui ressortent :** Marseille, Aix-en-Provence, Aubagne, Salon, Châteaurenard et Arles dans les Bouches-du-Rhône, Toulon, Hyères et Draguignan dans le Var, Cannes, Grasse, Antibes, Nice et Menton dans les Alpes-Maritimes, Pertuis, Apt, Cavaillon, Avignon et Orange dans le Vaucluse, Digne les Bains, Sisteron et Château Arnoux St Auban dans les Alpes-de-Haute-Provence, Briançon et Embrun dans les Hautes-Alpes.

La cartographie de la population couverte à l'échelle des intercommunalités (figure 21) montre qu'assez peu de territoires dépassent un taux de 75 %. On retrouve dans ce cas de figure l'essentiel de la frange littorale, la vallée du Rhône, Provence-Alpes-Agglomération et le Pays des Ecrins. Dans de nombreuses intercommunalités plutôt rurales (appartenant notamment au Haut-Var, au Luberon, au Verdon etc.), moins de 40 % de la population senior est couverte.

Figure 20 : accessibilité du territoire par des salariés des Services de Soins Infirmiers à domicile (SSIAD) en 15 minutes de temps de trajet depuis les centres-villes des communes équipées (Sources : INSEE Filosofi 2019, FINESS 2024, CAPFI 2024, API Entreprise 2024, Insee, distancier Metric-OSRM)



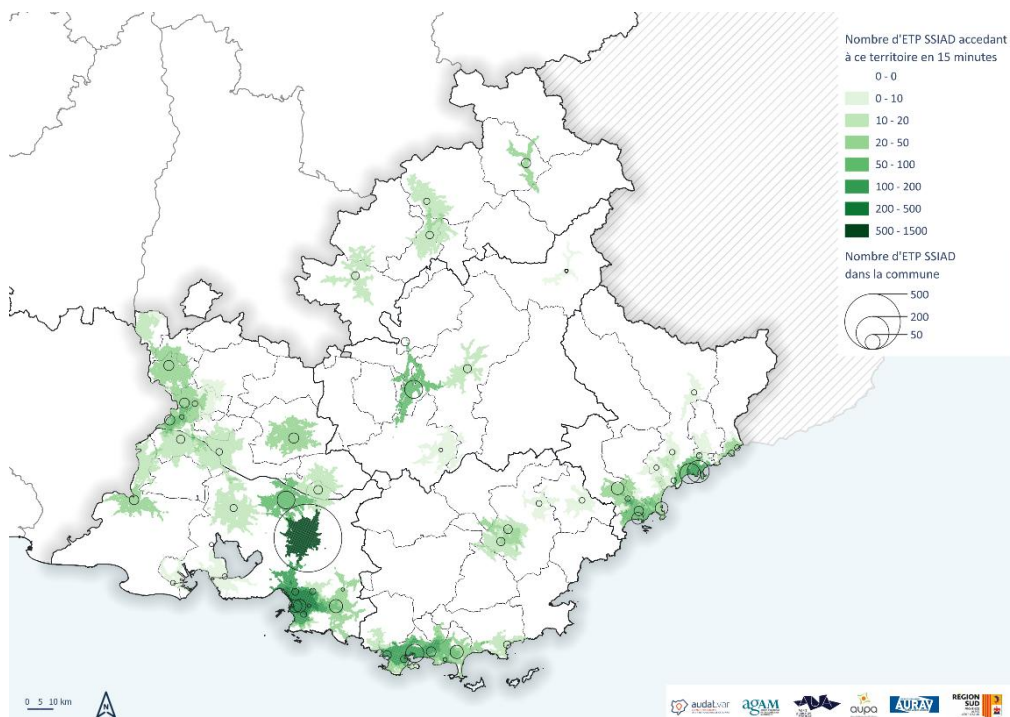
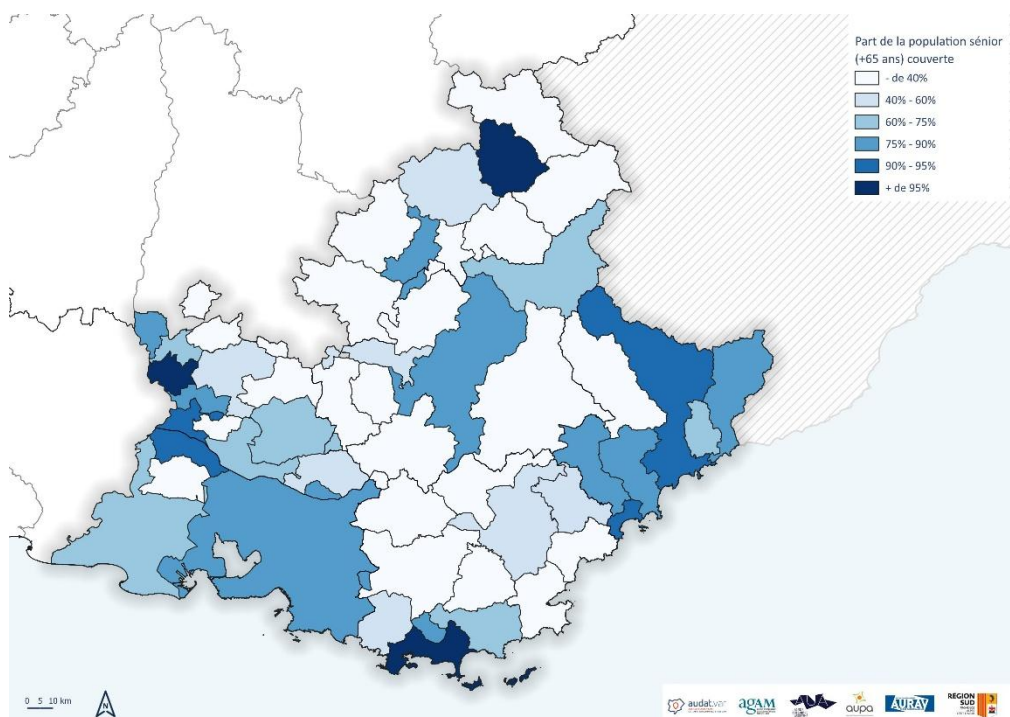


Figure 21 : part de la population sénior (65+) couverte en 15 minutes de temps de trajet depuis les centres-villes des communes équipées par au moins un Service de Soins Infirmiers à domicile (SSIAD) (Sources : INSEE Filosofi 2019, FINESS 2024, CAPFI 2024, API Entreprise 2024, Insee, distancier Metric-OSRM)



En augmentant le temps de parcours jusqu'à 30 minutes (figure 22 et 23), la part de la population couverte s'améliore et le nombre de professionnels en capacité parcourir cette distance est plus élevé. On observe une densité d'emplois nettement plus marquée sur le littoral, au sein des métropoles.

Figure 22 : accessibilité du territoire par des salariés des Services de Soins Infirmiers à domicile (SSIAD) en 30 minutes de temps de trajet depuis les centres-villes des communes équipées (Sources : INSEE Filosofi 2019, FINESS 2024,

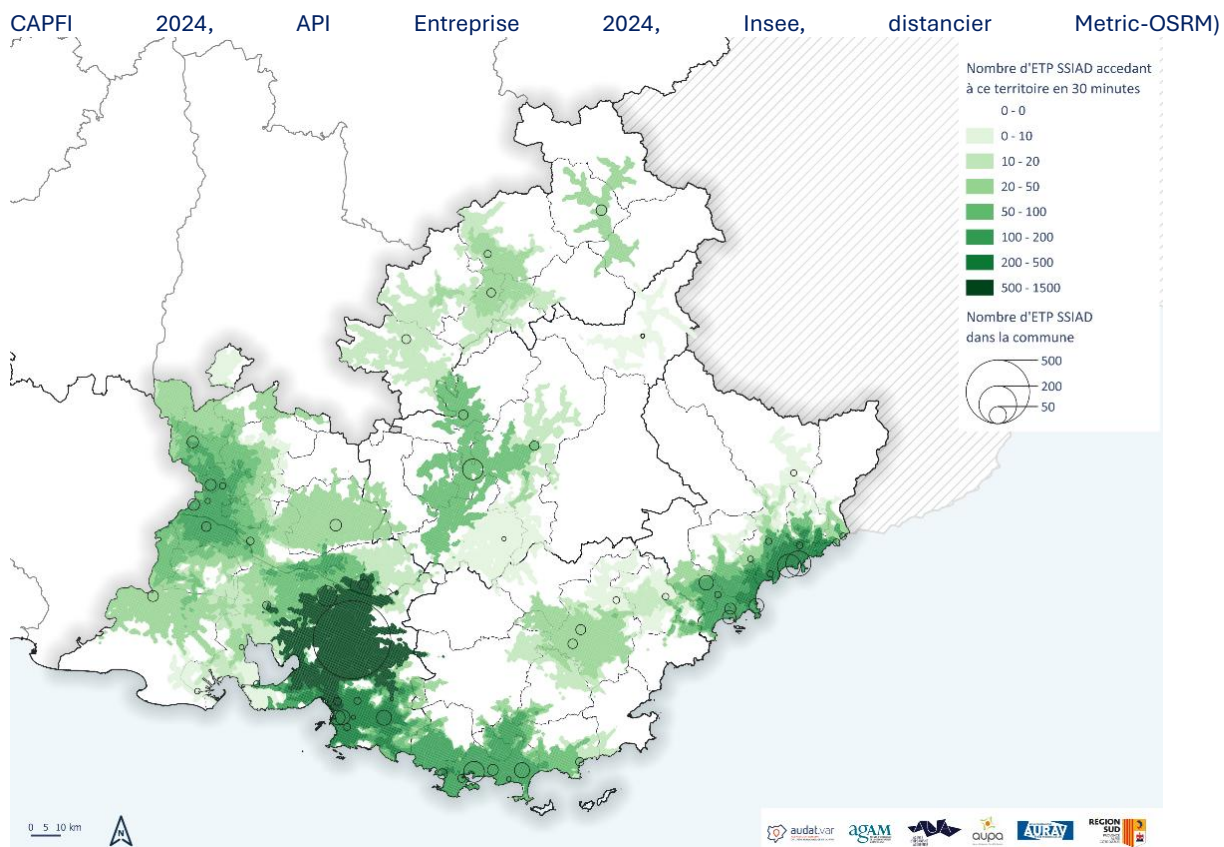
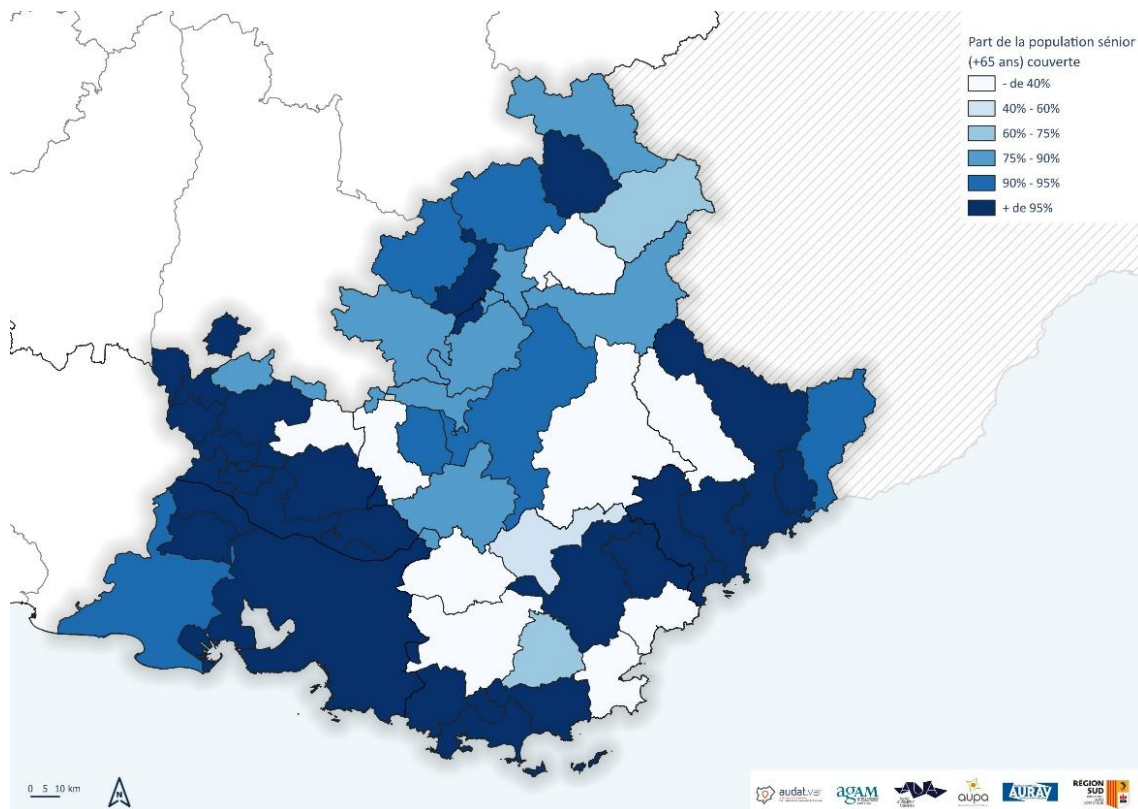


Figure 23 : part de la population sénior (65+) couverte en 30 minutes de temps de trajet depuis les centres-villes des communes équipées par au moins un Service de Soins Infirmiers à domicile (SSIAD) (cf. sources données plus haut)





## 3.2 Les hébergements pour seniors : une solution quand le maintien à domicile devient difficile

Bien que le maintien à domicile soit largement plébiscité par les personnes âgées elles-mêmes et soutenu par les pouvoirs publics, il est largement admis que tous les seniors, en particulier à partir d'un âge avancé, ne pourront rester à leur domicile en raison du caractère inadapté de leur logement, de leur état de santé, de leur situation d'isolement, etc. Ce faisant, les hébergements pour seniors continueront d'offrir une solution indispensable et irremplaçable selon tous les institutionnels (responsables des services Autonomie départementaux) rencontrés lors des entretiens.

En tant que service essentiel, les hébergements pour seniors ont donc fait l'objet d'un traitement statistique et géomatique similaire aux autres équipements étudiés dans ce document. Le travail mené a consisté à évaluer l'offre d'hébergements disponibles sur le territoire régional (nombre de places), à mesurer les besoins d'hébergement au regard de la « demande potentielle » et enfin à mesurer l'accessibilité géographique à ces structures d'hébergement.

### 3.2.1 Hébergements pour personnes âgées : de quoi parle-t-on ?

L'offre en établissement médico-social pour les personnes âgées renvoie à différents types de structures.

**Les Établissements pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)** sont conçus pour accueillir des seniors nécessitant une assistance quotidienne en raison de leur perte d'autonomie. Offrant des services tels que la restauration, des soins médicaux et paramédicaux et des assistances diverses, leur coût varie selon le degré de dépendance des résidents, estimé en moyenne à 2 000 € par mois hors aides financières.

**Les Établissements pour Personnes Âgées (EHPA)** accueillent essentiellement des seniors autonomes ou semi-valides. Ce sont des résidences très peu ou pas du tout médicalisées. Souvent identifiées comme maisons de retraite non médicalisées, ce sont généralement de petites résidences comportant en moyenne une vingtaine de places par établissement à l'échelle de la France.

**Les Résidences Autonomie** (ex-foyer-logement ou logement-foyer) accueillent des personnes autonomes de plus de 60 ans. Elles proposent des logements individuels ou semi-collectifs dans un environnement convivial et sécurisé. Les résidents bénéficient d'une indépendance totale ou partielle, tout en ayant accès à des services communs, tels que des repas, des animations, et des espaces de vie partagés. La majorité de ces établissements sont de statut public à l'échelle nationale.

L'offre en établissement médico-social comprend également les **Unités de Soins Longue Durée (USLD)**, correspondant à des structures d'hébergement et de soins accueillant des personnes âgées dont l'état nécessite une surveillance médicale constante. Relevant d'un établissement médical, cette offre ne relève pas du champ d'analyse de cette étude.

De manière générale, l'offre en institution évolue peu face à la dynamique de vieillissement actuelle et future, ce qui implique un report de la population âgée vers le domicile et **des formes d'habitat alternatives diverses**, encore marginales, mais qui se déploient fortement, et viennent étayer les parcours résidentiels des seniors. Entre le domicile banalisé et la structure médico-sociale, ces nouvelles formes d'habitat qui articulent à la fois logement individuel, offre de services et accès à la vie sociale, permettent de rompre l'isolement et de maintenir à domicile les personnes qui souhaitent rester chez elles. Il demeure délicat d'établir un panorama exhaustif de ces formes d'habitat qui peuvent concerner tout aussi bien des formules en logement ordinaire, telles que la colocation entre seniors ou la colocation intergénérationnelle, ou l'accueil familial, mais aussi les résidences services qui sont le plus souvent gérées par des structures privées aux tarifs élevés.

### 3.2.2 Quantifier en région l'offre d'hébergements pour personnes âgées et mesurer son « accessibilité » : quelle méthodologie mise en place ?

Pour estimer l'offre et la couverture régionale en EHPAD, EHPA et résidence autonomie, deux fichiers ont été mobilisés : le Répertoire FINESS<sup>21</sup> (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux <https://finess.esante.gouv.fr>) 2025 du ministère de la Santé qui permet de consulter la base « Social et Médico-Social » et d'extraire les données par territoire<sup>22</sup> ; la Base FINESS géolocalisée des établissements au niveau national (<https://www.data.gouv.fr>), qui offre une vision globale des équipements sociaux et médicaux-sociaux selon l'entité juridique, avec le nombre de places installées.

Via le croisement des fichiers, les données ont été fiabilisées sur les établissements qui nous intéressent, sélectionnés selon le code de catégorie : 500 pour les EHPAD, 501 pour les EHPA percevant des crédits d'assurance maladie, 502 pour les EHPA ne percevant pas de crédits d'assurance maladie, et 202 pour les résidences autonomie. À noter que le nombre de places totales installées en hébergement a été calculé en cumulant les places permanentes et les places en accueil temporaire.

Pour évaluer les taux d'équipement du territoire régional en hébergements adaptés, une estimation de la « demande ou patientèle potentielle » a été réalisée via la déclinaison régionale du « taux de recours » national aux EHPAD et EHPA – déduit de l'enquête EHPA de la DREES.

L'accessibilité aux établissements a été calculée à partir des chefs-lieux des communes ayant au moins un établissement et sur la base du temps de trajet nécessaire pour « atteindre » les populations **seniors**. Sur le modèle défini plus haut, des isochrones ont été calculés avec comme localisation des établissements d'hébergement, le chef-lieu de la commune<sup>23</sup>. Trois seuils de temps de trajet ont été retenus : 30, 45 et 60 minutes au départ du chef-lieu

Un indice de couverture des seniors par les établissements a ensuite été calculé selon le ratio suivant : nombre de patients potentiels d'au moins 65 ans situés dans les carreaux atteints par au moins un isochrone sur le nombre total de patients potentiels de l'EPCI. Les calculs ont été déclinés selon deux tranches d'âge de résidents potentiels (« 65 à 79 ans » et « plus de 80 ans »), trois durées d'isochrones (30, 45 et 60 minutes) et deux types d'établissements (EHPA et EHPAD ou résidences autonomie). Un senior potentiel « atteint » par un seul isochrone est considéré comme « couvert » par le type de service concerné.

Si cette méthode a permis d'évaluer la couverture territoriale des hébergements et d'identifier d'éventuelles zones sous-équipées en offre d'hébergement pour personnes âgées, elle revêt cependant certaines limites, tout comme les approches d'accessibilité aux équipements de biens et services ou encore d'aide à domicile. S'ajoute le fait que les établissements hors région mais à proximité ne sont pas pris en compte dans l'analyse ; ils peuvent être, néanmoins, une solution d'hébergement.

---

<sup>21</sup> Base de données exhaustive des établissements sanitaires, sociaux, médico-sociaux et de formation aux professions de ces secteurs. Elle contient des informations sur la localisation des établissements, le statut juridique, le mode de tarification, le nombre de places, la clientèle, les habilitations...<https://finess.esante.gouv.fr>

<sup>22</sup> Cette base de données est mise à jour quotidiennement en fonction des modifications effectuées par l'ARS et la DREETS. Pour ce faire, deux sources de données ont été mobilisées : les données INSEE du recensement de la population 2021, qui distribuent la population par âge à plusieurs échelles territoriales ainsi que les données issues de l'enquête EHPA8F<sup>22</sup> 2019 de la DREES, qui indiquent la part des personnes âgées selon le type d'institution au sein de la population selon la catégorie d'âge et de sexe (ou taux de recours).

<sup>23</sup> Si une commune abrite plusieurs établissements, un isochrone unique part du chef-lieu de la commune.

### 3.2.3 Une offre en EHPAD et EHPA assez peu déployée, et très majoritairement de statut privé

#### Une patientèle potentielle estimée à près de 77 000 personnes d'au moins 65 ans

À l'échelle nationale, d'après les données de la DREES<sup>24</sup>, plus de 6% des seniors d'au moins 65 ans sont hébergés au sein d'un établissement médico-social de type EHPAD, EHPA et résidence autonomie. Cela représente près de 700 000 résidents, dont 74 % de femmes.

En appliquant ce « taux de recours » national aux effectifs régionaux, **la patientèle potentielle en Provence-Alpes-Côte d'Azur est estimée à près de 77 000 personnes âgées de 65 ans et plus**. Les effectifs les plus importants se concentrent dans les Bouches-du-Rhône, le Var et les Alpes-Maritimes (figure 24).

Figure 24 : les résidents potentiels en EHPAD, EHPA et résidence autonomie dans la région Sud Provinces Alpes Côte d'Azur (Source : DREES, Enquête EHPA 2019 (France entière hors Mayotte), INSEE RP 2020 et RP 2021)

	Population de 65 ans ou + en 2021		
	Volume	Part dans la population	Patientèle potentielle en institution
Alpes-de-Haute-Provence	44 383	27%	2 824
Hautes-Alpes	36 270	26%	2 308
Alpes-Maritimes	273 696	25%	17 413
Bouches-du-Rhône	428 148	21%	27 239
Var	292 329	27%	18 598
Vaucluse	129 689	23%	8 251
<b>Provence-Alpes-Côte d'Azur</b>	<b>1 204 515</b>	<b>23%</b>	<b>76 633</b>
<b>France entière</b>	<b>13 823 784</b>	<b>21%</b>	<b>879 488</b>

#### Un taux d'équipement inférieur à la moyenne nationale avec une surreprésentation des établissements de statut privé

L'offre régionale se compose majoritairement d'EHPAD. L'offre en EHPA ou maison de retraite non médicalisée est en effet de plus en plus marginale, cumulant en région moins de 500 places réparties principalement sur les Alpes-Maritimes et les Bouches-du-Rhône. Ce sont beaucoup de petits établissements (moins de 70 places) incités par les pouvoirs publics à s'inscrire dans des démarches de coopération et de mutualisation. La présence de petites unités est particulièrement marquée dans les départements alpins.

---

<sup>24</sup> DREES, enquête EHPA 2019.

Figure 25 : l'offre en EHPAD dans la région (Source : FINESS 2025)

	Établissements	Places installées	Nb moy. de places	Part avec moins de 70 places	Année moyenne d'ouverture	Part de statut public
Alpes-de-Haute-Provence	32	2 056	64	53%	1983	47%
Hautes-Alpes	25	1 439	58	60%	1996	52%
Alpes-Maritimes	148	11 434	77	43%	1987	22%
Bouches-du-Rhône	193	15 871	82	27%	1987	17%
Var	129	10 188	79	30%	1985	29%
Vaucluse	59	4 556	77	32%	1988	47%
<b>Provence-Alpes-Côte d'Azur</b>	<b>586</b>	<b>45 544</b>	<b>78</b>	<b>35%</b>	<b>1987</b>	<b>27%</b>
<b>France entière</b>	<b>7 408</b>	<b>602 113</b>	<b>81</b>	<b>37%</b>	<b>1977</b>	<b>44%</b>

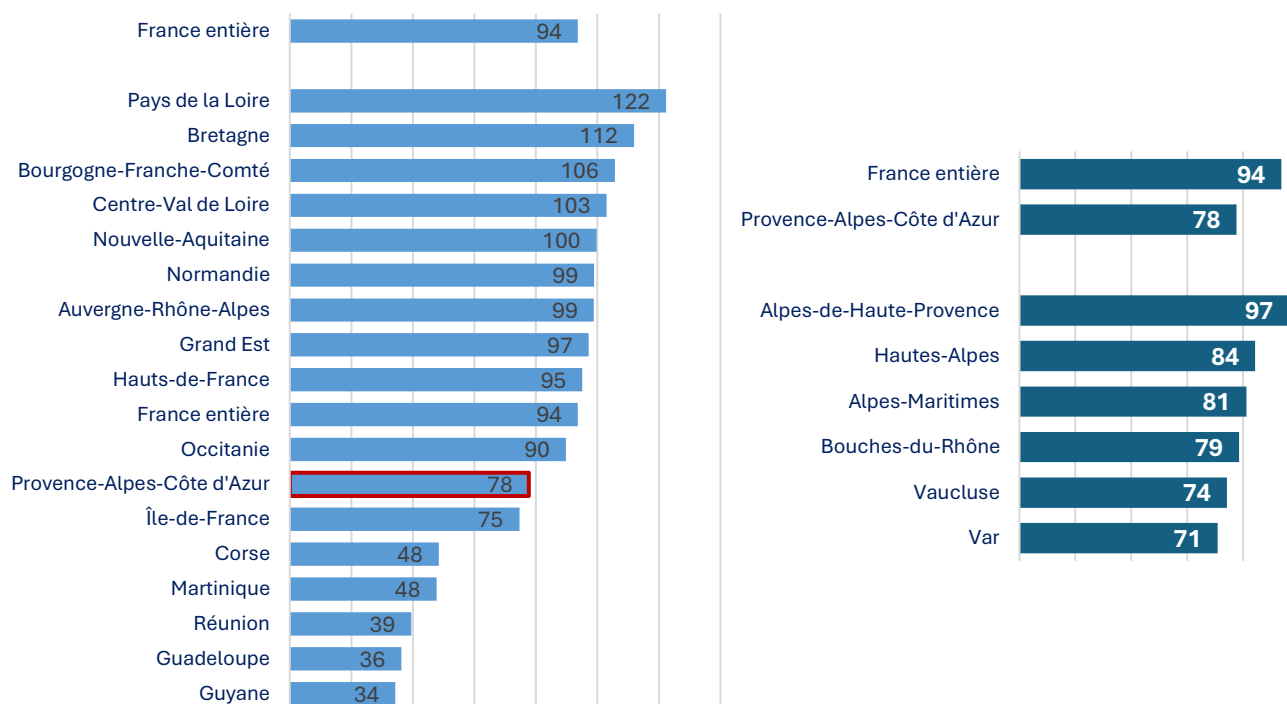
Figure 26 : l'offre en EHPA dans la région (Source : FINESS 2025)

	Établissements	Places installées	Nb moy. de places	Année moyenne d'ouverture	Part de statut public
Alpes-Maritimes	3	68	23	1985	33%
Bouches-du-Rhône	8	394	49	1970	0%
<b>Provence-Alpes-Côte d'Azur</b>	<b>11</b>	<b>462</b>	<b>42</b>	<b>1974</b>	<b>9%</b>
<b>France entière</b>	<b>207</b>	<b>4 761</b>	<b>23</b>	<b>1992</b>	<b>24%</b>

En cumulant les EHPAD et les EHPA qui représentent en région l'essentiel des places en institution d'hébergement (hors USLD), **la région compte près de 600 structures pour un peu plus de 46 000 places. Ce ratio de 78 places pour 1 000 habitants âgés d'au moins 75 ans demeure très inférieur à la moyenne nationale (94 places) et place la région au 11<sup>e</sup> rang des régions métropolitaines les moins dotées, après l'Île-de-France et la Corse (figure 27). Rapportée à la patientèle potentielle âgée de 65 ans ou plus, l'offre en région représente 70 places pour 100 patients potentiels, contre 80 à l'échelle nationale.**

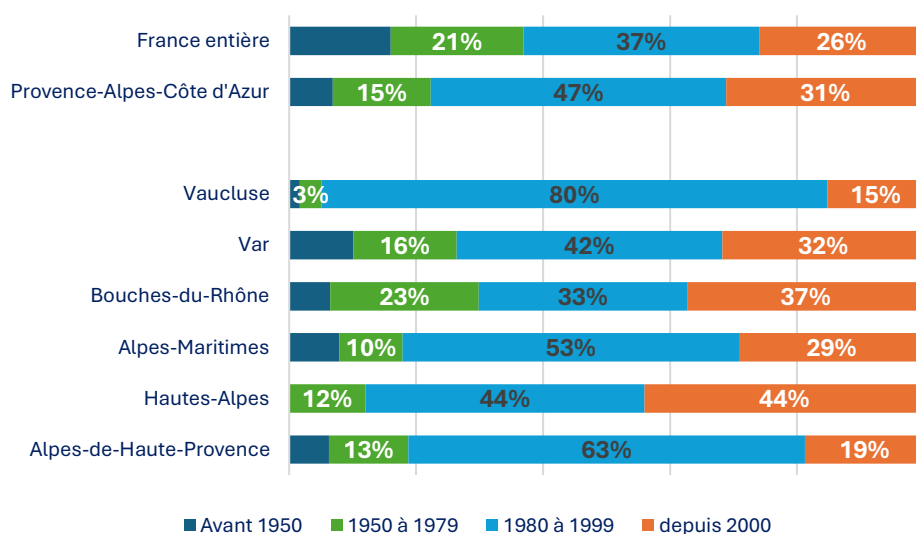
**Le Var et le Vaucluse apparaissent particulièrement moins bien équipés que les autres départements, avec respectivement 71 et 74 places pour 100 patients.**

Figure 27 : nombre de places installées en EHPA et EHPAD pour 1 000 habitants d’au moins 75 ans selon les régions et dans les départements de la région Sud Provence Alpes Côte d’Azur (Source : FINESS 2025, INSEE RP 2021)



**En Provence-Alpes-Côte d’Azur, près de la moitié de l’offre en EHPA et EHPAD s’est déployée dans les années 80 et 90, contre 37 % en France.** Elle se développe en proportion un peu plus fortement qu’à l’échelle nationale ces dernières années, notamment dans les Hautes-Alpes, et les deux départements encore fortement déficitaires des Bouches-du-Rhône et du Var.

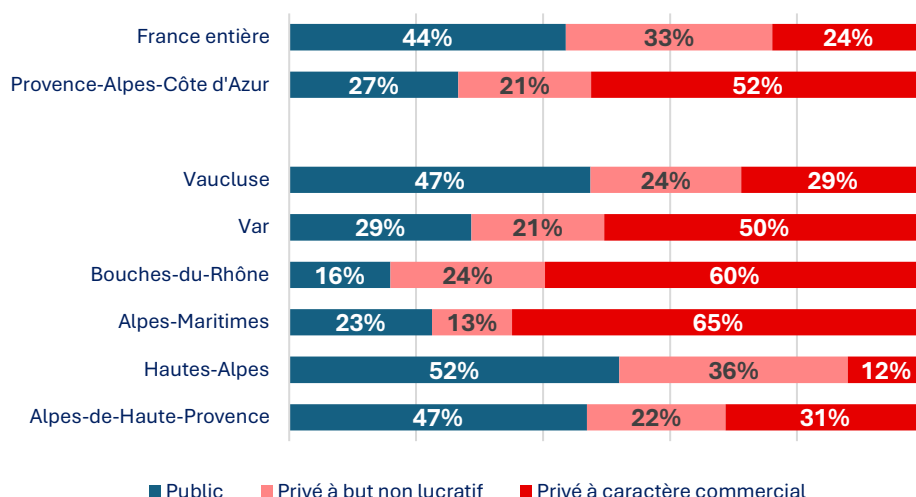
Figure 28 : répartition des établissements en EHPA et EHPAD selon la période d’ouverture (source : FINESS 2025)





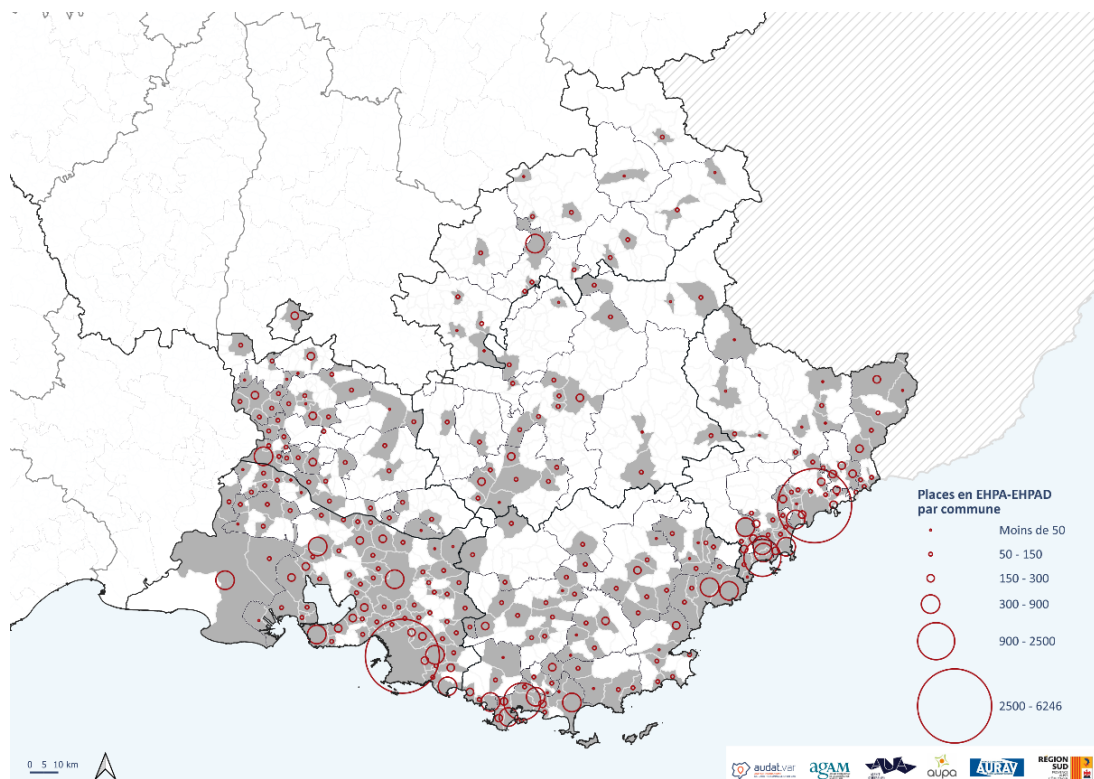
**Dans la région, près des trois quarts de l'offre en EHPA et EHPAD est de statut privé.** Seuls **27 % des EHPAD en région sont publics, contre 44 % au niveau national** ; les taux les plus faibles étant observés dans les Bouches-du-Rhône (17 %), les Alpes-Maritimes (22 %) et le Var (29 %). S'agissant des EHPA, seulement 9% sont de statut public, contre un quart en France. Cette part particulièrement forte induit des tarifs élevés pas forcément accessibles aux ménages âgés issus du territoire. Ce sont dans les territoires littoraux que l'offre privée, et notamment à caractère commercial, est la plus élevée, pouvant atteindre 84 % dans les Bouches-du-Rhône.

Figure 29 : répartition des établissements en EHPA et EHPAD selon le statut (source : FINESS 2025)



**L'accessibilité des EHPA(D) : une couverture globalement satisfaisante, avec quelques zones en déficit**

Figure 30 : communes équipées d'une offre en EHPA et EHPAD (source : FINESS 2025)



Au total, ce sont 285 communes qui sont dotées d’une offre en EHPA et EHPAD, soit 30% des communes, contre 15% en France. L’offre paraît plus diffusée sur le territoire qu’à l’échelle nationale. Sans surprise, ce sont les départements littoraux, les plus peuplés, qui sont les mieux couverts, notamment celui des Bouches-du-Rhône, qui compte 63% de communes équipées.

Rapportée à la patientèle potentielle estimée de 65 ans ou plus par commune, 86% résident au sein d’une commune disposant d’un EHPAD ou EHPA, contre 68% en moyenne nationale. Cette proportion reste toutefois inférieure à 60% dans les Alpes-de-Haute-Provence et les Hautes-Alpes.

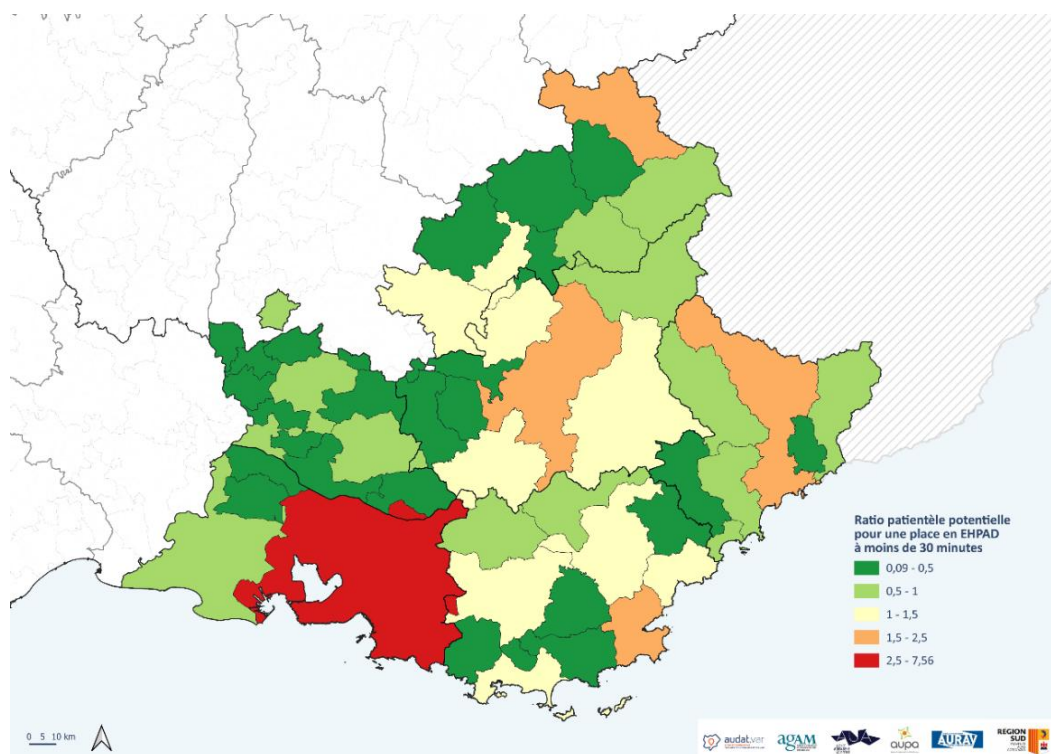
Figure 31 : couverture de l’offre en EHPA et EHPAD (source : FINESS 2025)

	Nombre de communes équipées	Part de communes équipées	Part de la patientèle potentielle d’au moins 65 ans vivant dans une commune équipée
Alpes-de-Haute-Provence	26	13%	58%
Hautes-Alpes	18	11%	59%
Alpes-Maritimes	54	33%	90%
Bouches-du-Rhône	75	63%	92%
Var	69	45%	87%
Vaucluse	43	28%	74%
Provence-Alpes-Côte d’Azur	285	30%	86%
France entière	5 068	15%	68%

**La majorité du territoire régional est située à moins de 30 minutes d’un EHPAD ou d’un EHPA.** Les représentations cartographiques (figures 32 et 33) doivent cependant être nuancées : les zones apparaissant comme éloignées de l’offre correspondent, dans la majorité des cas, à des espaces faiblement peuplés ou inhabités. Les départements alpins se distinguent par une accessibilité plus faible, notamment les Alpes-de-Haute-Provence et les Alpes-Maritimes.

Selon cette approche, peu de territoires sont concernés par une offre déficitaire en EHPA et EHPAD, les habitants de la métropole d’Aix-Marseille Provence paraissant être les plus concernés par un défaut d’offre à proximité. Comme on peut le voir dans la carte qui suit, dans cette métropole on évalue à 7,5 le nombre de patients potentiels pour une seule place en hébergement (EHPAD ou EHPA). Les EPCI du Briançonnais (Hautes-Alpes), de la Métropole Nice Côte d’Azur (Alpes-Maritimes), de Provence-Alpes Agglomération (Alpes-de-Haute Provence) ainsi que celui du Golfe de Saint-Tropez (Var) apparaissent également plus exposés à un déficit d’offre rapidement accessible.

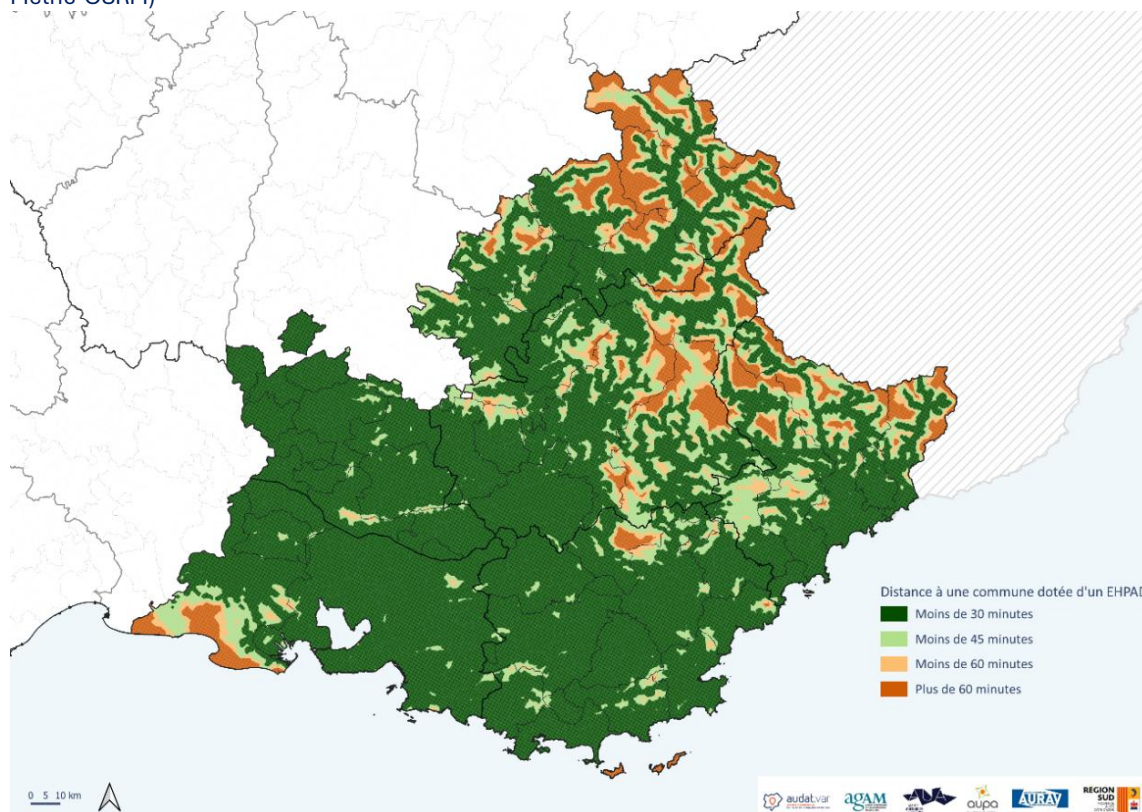
Figure 32 : patientèle potentielle pour une place en EHPA et EHPAD située à moins de 30 minutes par EPCI (Sources : FINESS 2025 ; DREES ; Insee-RP ; Insee distancier Metric-OSRM)<sup>25</sup>



<sup>25</sup> La patientèle potentielle correspond à 6,4% des 65 ans ou plus de l'EPCI. Cette patientèle potentielle a ensuite été rapportée à la moyenne du nombre de place en EHPAD accessible en 30 minutes depuis chaque carreau de chaque EPCI.

Cette méthode permet de dépasser les limites du calcul d'un ratio classique patientèle potentielle / places en EHPAD dans l'EPCI, calcul qui ne prendrait pas en compte les EHPAD hors de l'EPCI auxquels les habitants peuvent potentiellement avoir accès facilement et inversement qui comptabiliserait tous ceux habitant dans l'EPCI même s'ils sont à une distance relativement lointaine.

Figure 33 : accessibilité à l'offre en EHPAD et EHPA selon le temps de trajet (Sources : FINESS 2025, Insee distancier Metric-OSRM)



### 3.2.4 Une offre en résidences autonomie déficitaire et pour partie vieillissante

**Les résidences autonomie, bien que moins nombreuses, constituent une composante importante de l'offre médico-sociale régionale. La région Provence-Alpes-Côte d'Azur compte environ 140 établissements, offrant un peu plus de 7 800 places.**

En fort développement dans les années 1979-1980, ces structures sont aujourd'hui vieillissantes, encore peu réhabilitées, et peuvent connaître des difficultés de commercialisation. Elles présentent une taille moyenne de 50 à 60 places par établissement.

Figure 34 : l'offre en résidences autonomie dans la région (Source : FINESS 2025)

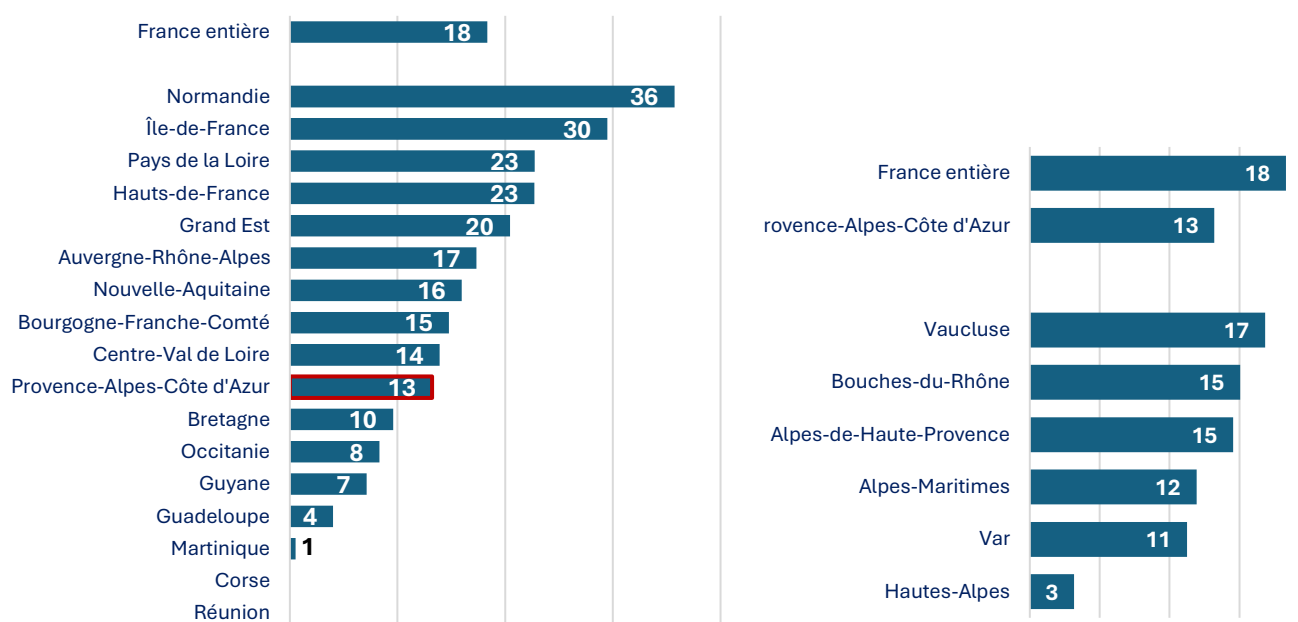
	Établissements	Places installées	Nb moy. de places	Année moyenne d'ouverture	Part de statut public
Alpes-de-Haute-Provence	6	310	52	1990	33%
Hautes-Alpes	1	54	54	1983	100%
Alpes-Maritimes	25	1 689	68	1993	44%
Bouches-du-Rhône	58	3 116	54	1994	17%
Var	32	1 617	51	1979	84%
Vaucluse	15	1 034	69	1982	33%
<b>Provence-Alpes-Côte d'Azur</b>	<b>137</b>	<b>7 820</b>	<b>57</b>	<b>1989</b>	<b>41%</b>
<b>France entière</b>	<b>2 268</b>	<b>118 798</b>	<b>52</b>	<b>1984</b>	<b>64%</b>

Une offre inférieure à la moyenne nationale, très majoritairement de statut privé

**Cette offre est bien plus restreinte qu'à l'échelle nationale, avec seulement 13 places pour 1 000 habitants d'au moins 75 ans, contre un ratio de 18 en moyenne nationale.** C'est la 10<sup>ème</sup> région de France métropolitaine la moins bien dotée sur 17 après la Bretagne et l'Occitanie.

Si l'on compare cette offre à la patientèle potentielle estimée d'au moins 65 ans, **la région compte 73 places pour 100 patients potentiels, contre 97 à l'échelle française.** Les Hautes-Alpes, et dans une moindre mesure, le Var et les Alpes-Maritimes, sont les départements les moins équipés au regard de la population âgée présente.

Figure 35 : nombre de places installées en résidence autonomie pour 1 000 habitants d'au moins 75 ans selon les régions et dans les départements de la région Sud Provence Alpes Côte d'Azur (Source : FINESS 2025, INSEE RP 2021)



**Si, habituellement, l'offre en résidence autonomie est plus majoritairement de statut public et souvent déployée par des bailleurs sociaux ; ce n'est pas le cas dans la région où 60 % de l'offre est de statut privé, contre 36 % en France.** Les départements du Var et des Hautes-Alpes, où l'offre ne se développe plus depuis les années 2000, font exception : l'offre publique y est très majoritaire voire exclusive (de respectivement 84 % et 100 %).



Figure 36 : répartition des établissements en résidence autonomie selon le statut (Source : FINESS 2025)

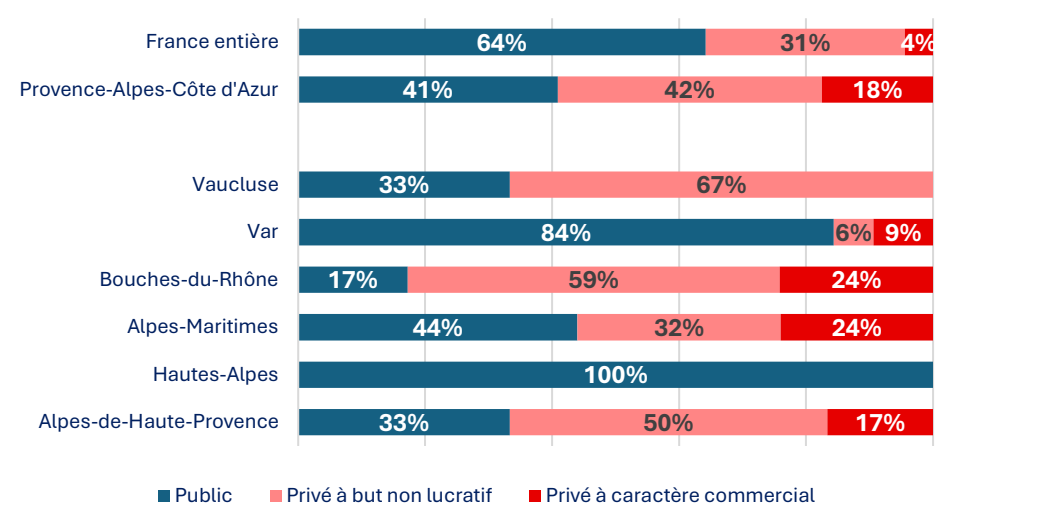
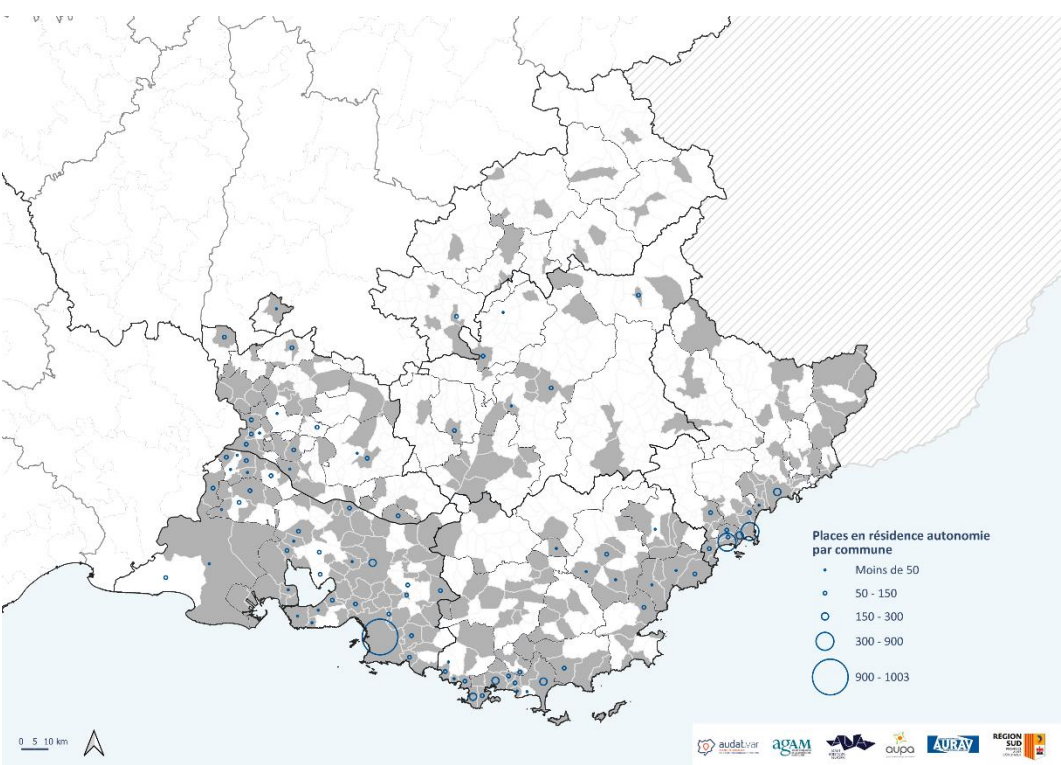


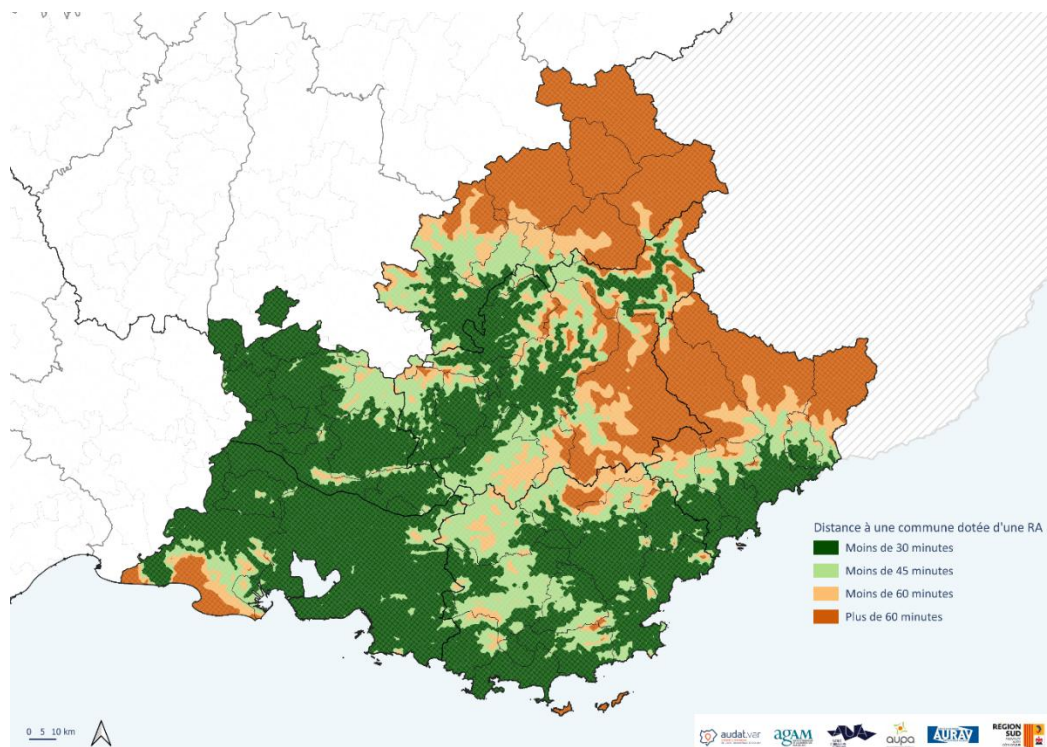
Figure 37 : communes équipées d’une offre en résidence autonomie, soit 9% des communes de la région (Source : FINESS 2025)



À l’instar de l’offre en EHPA et EHPAD, les départements littoraux les plus peuplés bénéficient d’une meilleure couverture, avec notamment les Bouches-du-Rhône qui regroupent 27 % des communes équipées.

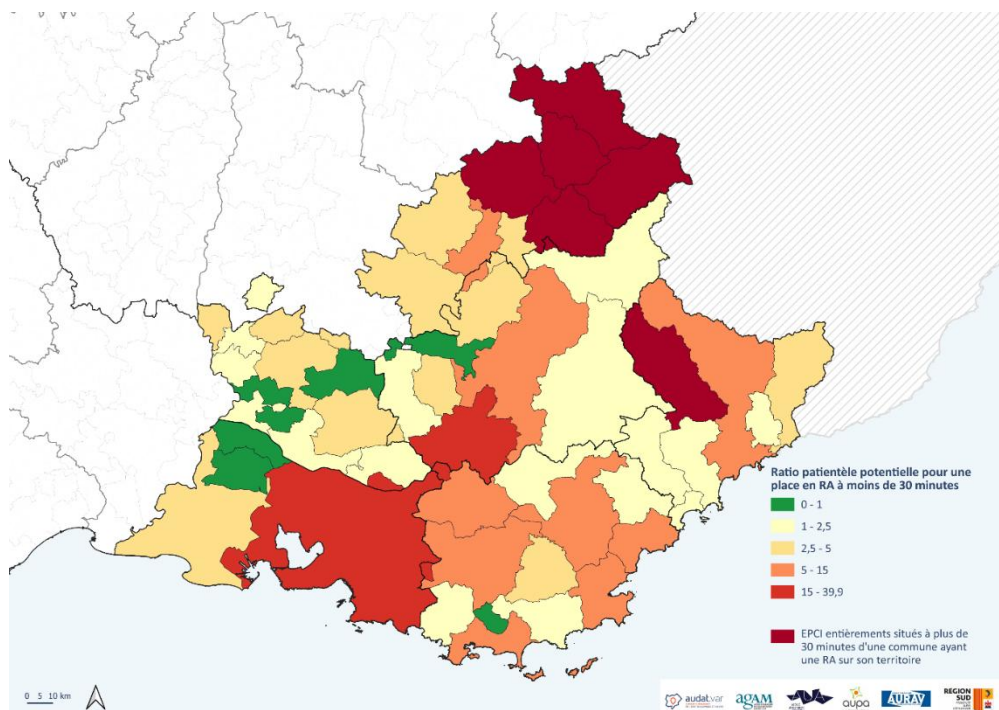
Lorsque l'on rapporte cette offre à la patientèle potentielle âgée d'au moins 65 ans par commune, 61 % de cette population réside dans une commune dotée d'une résidence autonomie, contre seulement 42 % au niveau national. Cependant, la distance géographique à ces établissements demeure plus importante qu'en EHPA et EHPAD, surtout dans les territoires alpins (figure 38).

Figure 38 : accessibilité à l'offre en résidence autonomie selon le temps de trajet (Sources : FINESS 2025, Insee distancier Metric-OSRM)



**De nombreux territoires présentent des taux élevés de patients potentiels éloignés d'une offre accessible (figure 39),** et en particulier, les EPCI suivants : le Briançonnais, le Pays des Écrins, le Guillectrois-Queyras, Serre-Ponçon et Champsaur-Valgaudemar dans les Hautes-Alpes, Alpes d'Azur dans les Alpes-Maritimes, Durance-Luberon Agglomération dans les Alpes-de-Haute-Provence, et la métropole Aix-Marseille dans les Bouches-du-Rhône.

Figure 39 : patientèle potentielle pour une place en résidence autonomie située à moins de 30 minutes par EPCI (Sources : FINESS 2025, Insee distancier Metric-OSRM)



### 3.3 L'accompagnement des personnes âgées au cœur d'une action plurielle des départements

Favoriser l'autonomie et le maintien à domicile des personnes âgées constitue un axe majeur des politiques publiques en direction des personnes âgées, et plus spécifiquement de celles des départements. Au titre de leur chef de filât dans les domaines de l'action sociale et du médico-social et en particulier de leur compétence en matière d'aide et d'accompagnement des personnes âgées, ceux-ci sont tenus de définir un schéma pluriannuel appelé Schéma départemental de l'autonomie – à l'exception des Hautes-Alpes qui a établi un Schéma unique des solidarités. Celui-ci se compose d'un diagnostic territorialisé des besoins sociaux et médico-sociaux des personnes âgées, afin de définir les objectifs et les priorités d'action du Département.

Tous les départements rencontrés au cours de cette étude.<sup>26</sup> tendent à développer une gestion intégrée du vieillissement qui vise à offrir un continuum de solutions adaptées aux différents besoins de leur population âgée. Plutôt qu'une réponse unique, c'est un ensemble d'initiatives multidimensionnelles et collaboratives qui se dessine, structuré autour de plusieurs axes majeurs, largement interdépendants, et fortement orientés vers le « virage domiciliaire ».

Les stratégies mises en œuvre sont portées par une volonté de contractualisation, de simplification et d'innovation.

---

<sup>26</sup> Des interviews ont été menées dans tous les départements auprès des directions et services en charge de l'autonomie. Nous tenons à remercier particulièrement, pour leur disponibilité, mesdames F. Bernoux-Roy, cheffe du service Gestion des établissements et services, département des Hautes-Alpes ; C. Ghizzardi, cheffe du service vieillesse et handicap, Direction des solidarités des Alpes-de-Haute-Provence ; AC Breton, Cheffe de service, Direction des personnes handicapées et des personnes du bel âge département des Bouches-du-Rhône ; S. Marquez, département du Vaucluse.

### **Les Schémas Départementaux de l'Autonomie : des modalités d'élaboration diverses**

Dans la région, malgré des modalités d'élaboration diverses, les Schémas Départementaux de l'Autonomie (SDA) témoignent d'une volonté partagée des départements d'en faire des outils de pilotage et de transformation des politiques de l'autonomie.

Tous les territoires insistent sur l'importance de la concertation, même si son intensité varie : qu'elle soit menée à grande échelle comme dans les Alpes-Maritimes, les Alpes-de-Haute-Provence ou le Var, ou de manière plus ciblée comme dans le Vaucluse, l'idée d'une élaboration collective et ouverte est largement valorisée.

Dans les Alpes-Maritimes, le schéma a ainsi été construit avec une « approche très participative, impliquant un large panel de partenaires, représentants d'usagers, établissements médico-sociaux et services internes », ce qui lui confère une place centrale dans les politiques départementales, au point d'être considéré comme leur « Bible ».

De son côté, le département des Alpes-de-Haute-Provence souligne une démarche « vraiment participative » appuyée par l'envoi de questionnaires (plus de 500 réponses) et plus d'une vingtaine de réunions avec les acteurs du territoire, donnant naissance à un schéma « qui est ressorti des besoins du territoire, des professionnels et des usagers », et qui, à ce titre, « est fédérateur ». Le Var met également en avant la richesse du processus de concertation, en insistant sur le fait qu'« au fur et à mesure des années, on va toujours de plus en plus loin », ce qui permet de « fédérer autour de ce schéma tout un nombre d'acteurs ».

Les départements s'accordent également sur le fait que le SDA ne doit pas être un simple document d'intention mais bien un levier opérationnel permettant de mettre en œuvre des actions concrètes, adaptées aux réalités de terrain. Le département du Var insiste sur cette dimension en précisant que « ce ne sont pas juste des grandes intentions », et qu'il s'agit de « développer des actions concrètes », avec « un niveau déjà assez détaillé d'actions qu'on veut mettre en place ». Cette orientation vers l'action, structurée autour de fiches détaillées ou de priorités territorialisées, montre une volonté commune de dépasser la logique déclarative pour entrer dans une dynamique de transformation. Cette orientation vers l'action est également partagée dans le Vaucluse, où le schéma est vu comme un « outil de pilotage interne » permettant d'améliorer « la transversalité entre les compétences du département ».

L'appropriation du schéma par les services internes constitue un autre point de convergence fort : dans le Vaucluse, le Var, les Alpes-de-Haute-Provence et les Hautes-Alpes, les équipes départementales se sont investies activement dans la construction du document, ce qui a favorisé une meilleure intégration transversale et une mobilisation durable des directions concernées. Dans les Bouches-du-Rhône, l'élaboration a été confiée à un cabinet extérieur, ce qui a pu entraîner le sentiment d'une certaine distance des agents en interne. Toutefois, l'enjeu de la mise en œuvre reste central, avec un positionnement assumé dans une logique de dialogue avec les acteurs du territoire.

Ainsi, les Schémas Départementaux de l'Autonomie en Provence-Alpes-Côte d'Azur apparaissent dans l'ensemble comme des outils fédérateurs, structurants et porteurs de sens, conçus pour répondre aux besoins locaux tout en renforçant la cohérence et la lisibilité de l'action publique départementale.



### 3.3.1 Le soutien accru aux Services d'Aide à Domicile (SAAD), pilier central des interventions des départements

Fortement impacté par les questions d'attractivité des métiers et au cœur du "virage domiciliaire", les services d'aide à domicile sont confrontés à des défis de recrutement et de maintien du personnel. Pour y remédier, une réforme nationale des services autonomie est en cours. Elle vise à généraliser d'ici 2030 les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), au travers desquels les SAAD, en contrepartie d'une aide financière complémentaire versée par le département (appelée Dotation Qualité), s'engagent à mettre en œuvre des actions visant principalement à améliorer le service rendu aux bénéficiaires. Ces CPOM sont également pour les départements un levier indispensable pour pousser à l'amélioration des conditions de travail et de rémunération des professionnels au sein des services d'aide à domicile.

Si tous les départements utilisent cette dotation pour structurer et améliorer l'offre de services à domicile dans le cadre national, leurs priorités et les actions qu'ils financent, varient considérablement en fonction de leur contexte local et de leurs politiques existantes. **Chaque département interrogé s'appuie largement sur cette dotation mais chacun les adapte et priorise ses objectifs aux spécificités de son territoire.**

Ainsi, les départements des Bouches-du-Rhône et du Var ont une forte sensibilité aux objectifs de QVT (Qualité de Vie au Travail) en les intégrant directement dans leur allocation de dotation complémentaire. Le département des Bouches-du-Rhône en particulier, se distingue en imposant au sein de son cahier des charges en direction des SAAD une participation de leurs instances de représentants du personnel (CSE) dès les premiers échanges. Le Var a, quant à lui, étendu ses actions afin de couvrir les objectifs nationaux, sans laisser de côté la QVT.

Le département des Hautes-Alpes utilise une approche mixte avec des objectifs fixes (inciter via la dotation complémentaire à la desserte de zones isolées, à couvrir des horaires atypiques plus en lien avec le « vrai » rythme de vie des personnes, à s'occuper de profils complexes) et des objectifs d'innovation (QVT, répit aidants, isolement, rondes de nuit). Ainsi, il encourage des initiatives locales variées comme la location d'un appartement de « répit » à Briançon pour les aides à domicile, ou le soutien aux équipes autonomes inspirées du modèle "Buurtzorg" (organisation en petits groupes) qui offre aux intervenantes une plus grande liberté et autonomie dans l'organisation de leur travail, ce qui contribue à leur fidélisation.

Le département des Alpes-Maritimes se distingue à première vue en excluant la QVT et le soutien aux aidants de la dotation complémentaire, car il pilote déjà des actions dédiées et financées pour ces aspects par d'autres structures et démarches (Centre Départemental des Métiers d'Autonomie, Plan Départemental des Aidants). La dotation complémentaire y est ainsi concentrée sur les profils complexes, les horaires étendus et les territoires peu desservis.

L'ensemble des départements notent toutefois une difficulté à atteindre une couverture territoriale complète de la contractualisation avec les SAAD sur leur territoire, les CPOM étant majoritairement perçus comme un manque à gagner significatif par les SAAD<sup>27</sup>, mais tous gardent l'objectif d'une couverture à 100 % à l'horizon 2030.

#### L'attractivité des métiers de l'aide à domicile, un défi persistant

Les difficultés de recrutement dans le secteur de l'aide à domicile constituent un enjeu majeur et persistant pour l'ensemble des départements de la région, accentué par les effets durables de la crise post-Covid.

---

<sup>27</sup> En raison notamment de tarifs d'intervention fixés par le département jugés trop bas.

**Face à ce défi, les politiques départementales s'organisent autour d'un axe fort : renforcer l'attractivité de ces métiers essentiels mais encore trop peu valorisés.**

Des solutions sont explorées, telles que les partenariats avec France Travail et les services départementaux en charge du RSA dans les Bouches-du-Rhône par exemple, pour identifier des publics en reconversion. Ou encore, l'organisation de « salons des métiers de l'emploi à domicile » qui visent à sensibiliser un public élargi, incluant demandeurs d'emploi, collégiens et lycéens. Le Var propose un format immersif structuré en quatre étapes : « je découvre, je rencontre, je me forme, je candidate ». Dans le Vaucluse, le département expérimente des partenariats avec les établissements scolaires pour la création de certifications spécifiques « aide à domicile ».

Ces solutions, même si elles prennent des formes différentes selon les départements, ont toutes pour objectif de susciter des vocations et de « casser les idées reçues », mais également, de favoriser des rencontres concrètes entre recruteurs et candidats. Des campagnes de communication ciblées comme celle menée dans le Var sous le slogan « Parce qu'on a parfois besoin d'aide, on aura toujours besoin de Nadia », contribuent à revaloriser l'image du secteur. Cette campagne redirige les candidats vers le site de France Travail pour faciliter les démarches de candidature.

Le soutien à la formation en emploi et l'expérimentation de nouveaux modes de travail sont également des pistes encouragées pour offrir plus de souplesse, fidéliser les professionnels en poste, et attirer de nouveaux profils.

L'évolution des règles d'embauche permet désormais aux Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) de recruter des personnes non diplômées et de directement les former en emploi, offrant une porte d'entrée progressive dans le métier. Dans le Vaucluse, l'expérimentation de groupements d'employeurs est également en cours, dans l'objectif de mutualiser les besoins, sécuriser les parcours professionnels et limiter le recours excessif à l'intérim.

**Au-delà des questions liées directement à l'attractivité des métiers, la difficulté de logement pour les actifs est également perçue comme un obstacle majeur, plus particulièrement dans les zones touristiques des départements de la région, où les niveaux de salaires restent en totale déconnexion avec les prix des marchés immobiliers.** Des solutions de mobilité (mise à disposition de véhicules de service par exemple dans les Hautes-Alpes, notamment dans les zones très rurales) sont mises en place en partenariat avec des structures spécialisées.



## Le domicile, dernier rempart de l'autonomie

Le maintien à domicile des personnes âgées et l'adaptation de leur logement constituent des axes stratégiques partagés par l'ensemble des départements de la Région, visant à permettre aux seniors de vivre chez eux le plus longtemps possible en autonomie. Cette orientation repose à la fois sur les attentes exprimées par les personnes âgées elles-mêmes, fortement attachées à leur domicile, et sur une reconnaissance du rôle central que joue l'habitat dans le bien vieillir. Ainsi, **le "virage domiciliaire" est une aspiration forte des départements, mais il est aussi perçu comme une réalité à plusieurs vitesses, dépendante des ressources et de l'accessibilité des services, soulignant ainsi la nécessité de continuer à investir dans une offre diversifiée et de qualité.**

**L'adaptation des logements existants constitue, logiquement et dans une stratégie nationale de virage domiciliaire, un axe d'intervention majeur dans l'ensemble des politiques départementales de la région.** Des dispositifs de subventions (par exemple, jusqu'à 4 000 € dans les Alpes-Maritimes) sont mis en œuvre pour adapter les logements, souvent pour la transformation des sanitaires et l'accessibilité dans le logement. Face à l'augmentation des demandes et des coûts de rénovation (jusqu'à 12 000 € pour une salle de bain en 2025), les départements recherchent aussi des cofinancements auprès des caisses de retraite (Agirc-Arrco), des mutuelles et des bailleurs sociaux, afin de réduire au maximum le reste à charge des bénéficiaires. Dans les Alpes-Maritimes, des collaborations avec les bailleurs sociaux sont aussi impulsées afin d'identifier les logements adaptés ou adaptables au vieillissement.

Même si globalement tous les départements rencontrés orientent leurs actions en direction du maintien à domicile, ceux-ci développent des actions qui se veulent adaptées aux spécificités de leur population âgées et à leur conditions de logement. Plusieurs spécificités peuvent être mis en avant. Ainsi, en termes de programmes d'adaptation du logement, les Alpes-Maritimes disposent d'un dispositif unique visant à reloger les personnes dont l'habitat est inadaptable vers un logement social adapté, en partenariat avec les bailleurs sociaux. Cette démarche innovante, menée en collaboration avec les bailleurs sociaux, permet de répondre à des situations de rupture et d'éviter les départs prématurés en établissement. Ce département collabore également avec les fédérations du bâtiment pour garantir la qualité des aménagements réalisés au sein des logements des personnes âgées (certification ProAdapt). Des expérimentations comme le réemploi des aides techniques sont également soutenues, visant à la récupération, au prêt et à la remise en état des équipements financés par des fonds publics.

Enfin, et même s'ils ne constituent pas la cible prioritaire des interventions départementales, tous soulignent le rôle continu des EHPAD, qui, malgré le "virage domiciliaire", sont jugés indispensables, notamment pour les personnes très dépendantes ou en fin de vie. Contrairement à la stratégie nationale, leur évolution est localement encouragée, et certains EHPAD développent une expertise pour le domicile via des centres de ressources territoriaux (CRT) offrant coordination, prévention et interventions expertes. Bien que variant dans leurs approches (développement de nouvelles places, rénovation/reconstruction, ou soutien à la transformation et à la viabilité économique), tous reconnaissent et encouragent le rôle indispensable et évolutif des EHPAD pour répondre aux besoins du vieillissement de la population.

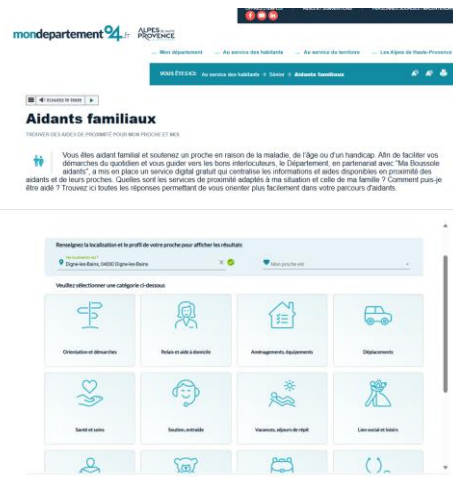


### 3.3.2 Le soutien aux aidants, un besoin de reconnaissance et de répit

Les aidants familiaux, véritables piliers du maintien à domicile, sont souvent confrontés à l'épuisement physique et moral. **Tous les départements s'accordent sur l'urgence de renforcer leur accompagnement.** Le principal défi reste d'identifier et de toucher ces aidants, qui ne se reconnaissent pas toujours comme tels. Adapter les messages et les canaux de communication est donc essentiel pour leur faire connaître les dispositifs d'aides et les inciter à accepter un soutien extérieur.

Certains départements, à l'image des Bouches-du-Rhône et du Var, ont développé des *Maisons des Aidants*, lieux ressources proposant écoute, ateliers, groupes de parole, activités et solutions de répit. Dans les Alpes-de-Haute-Provence, un partenariat avec la plateforme « Ma Boussole Aidants » a permis de créer un service digital gratuit centralisant les informations utiles pour faciliter les démarches quotidiennes et orienter les aidants vers les bons interlocuteurs.

Afin d'offrir des solutions concrètes de répit, les Hautes-Alpes facilitent le développement des familles d'accueil qui peuvent parfois proposer un répit d'un ou deux jours par semaine aux aidants. Les Alpes-Maritimes disposent d'un Plan Départemental d'Aides aux Aidants (PDAA) spécifique, avec une coordinatrice dédiée. C'est dans ce cadre qu'a vu le jour le dispositif innovant « monVoisin06aducoeur », qui met en relation des seniors avec des aidants bénévoles, apportant ainsi un soutien aux personnes isolées et aux aidants en situation d'épuisement.



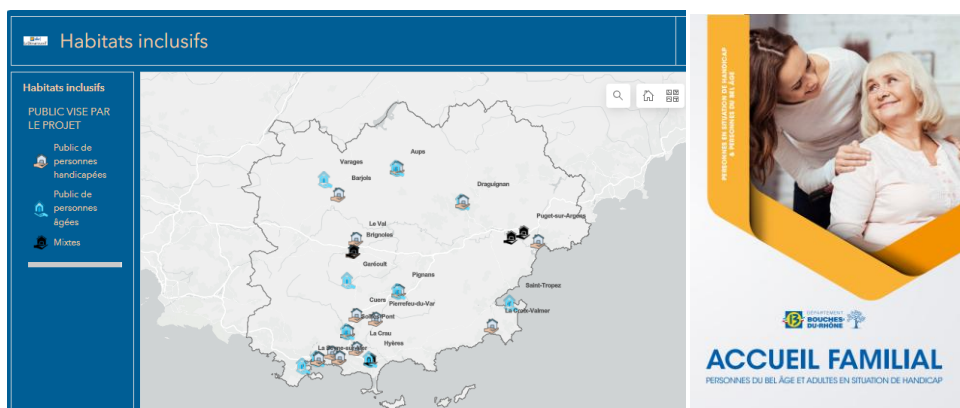
### 3.3.3 Des solutions d'habitat alternatives et inclusives, rompre l'isolement

Conscients que le maintien au domicile n'est pas toujours adapté, les départements multiplient le soutien au développement de solutions intermédiaires, à mi-chemin entre le domicile et l'institution.

L'habitat inclusif est fortement promu, notamment dans le Var, les Bouches-du-Rhône, les Hautes-Alpes et le Vaucluse. Les habitants y vivent dans des logements privatifs, tout en partageant des espaces communs et un projet de vie sociale et partagée qu'ils ont construit ensemble pour prévenir la perte d'autonomie et l'isolement. Ces solutions permettent la mutualisation des heures d'aide à domicile, optimisant ainsi les ressources. Dans les zones rurales, comme dans le Haut-Var, des campagnes de sensibilisation ont été menées auprès des CCAS pour mieux faire connaître ces dispositifs encore peu identifiés.

L'accueil familial pour personnes âgées ou handicapées se développe également, offrant une alternative d'hébergement plus personnalisée et conviviale. Parallèlement, des initiatives de cohabitation intergénérationnelle, comme celles portées par l'associations AGIS06, permettent à des étudiants de vivre chez des seniors en échange d'un loyer modéré, favorisant ainsi l'entraide et la création de liens sociaux.

Enfin, des modèles hybrides innovants émergent, tels que les "EHPAD Hors les murs" qui apportent un appui médical et social à domicile. Ou encore, les résidences en logement social avec "veille bienveillante" comme à Embrun, où les habitants d'une résidence de l'Office Public de l'Habitat 05 bénéficient d'un accompagnement quotidien par l'ADMR (passage régulier des intervenants, aide aux outils numériques, animations) garantissant sécurité et convivialité tout en restant dans leur logement à loyer modéré.





Étude disponible au téléchargement sur :



<https://connaissance-territoire.maregionsud.fr>

**Cette étude a été réalisée dans le cadre du partenariat Observation des entreprises et des dynamiques économiques régionales piloté par la Région Provence-Alpes Côte d'Azur.**

**Mis en place en 2019 ce partenariat produit des analyses originales visant à enrichir la connaissance de l'économie régionale et éclairer l'action publique.**

### Les auteurs

Marion BAGNIS (Agence d'urbanisme de l'aire toulonnaise et du Var)  
Julie BONNET (Agence d'urbanisme de l'agglomération marseillaise)  
Thomas BOYER (Agence d'urbanisme azuréeenne)  
Mélissa CHAZERAND (Agence d'urbanisme Rhône, Avignon, Vaucluse)  
Gilles D'APOLITO (Agence d'urbanisme du Pays d'Aix)  
Arnaud DELEURME (Agence d'urbanisme azuréeenne)  
Pierre-Baptiste FAURE (Agence d'urbanisme Rhône, Avignon, Vaucluse)  
Kevin JIANG (Agence d'urbanisme de l'aire toulonnaise et du Var)  
Alban ROUX (Agence d'urbanisme du Pays d'Aix)  
Antoine SCALLE (Agence d'urbanisme azuréeenne)  
Sophie TASQUÉ (Région Provence-Alpes-Côte d'Azur)  
Laure VIDAL (Agence d'urbanisme de l'agglomération marseillaise)