



**HAL**  
open science

# Disparités territoriales de l'équipement français en structures d'hébergement pour adultes handicapés et enjeux géopolitiques

Noémie Rapegno, Jean-François Ravaud

► **To cite this version:**

Noémie Rapegno, Jean-François Ravaud. Disparités territoriales de l'équipement français en structures d'hébergement pour adultes handicapés et enjeux géopolitiques. *L'Espace Politique*, 2015, 26, 10.4000/espacepolitique.3447 . hal-01700912

**HAL Id: hal-01700912**

**<https://hal.science/hal-01700912>**

Submitted on 21 Jan 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



## L'Espace Politique

Revue en ligne de géographie politique et de géopolitique

26 | 2015-2  
(Géo)politique et Santé + Varia

---

# Disparités territoriales de l'équipement français en structures d'hébergement pour adultes handicapés et enjeux géopolitiques

*Residential Care Facilities for Persons with Disabilities in France: Regional Disparities and Geopolitical Issues*

Noémie Rapegno et Jean-François Ravaud

---



### Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/espacepolitique/3447>  
DOI : 10.4000/espacepolitique.3447  
ISSN : 1958-5500

### Éditeur

Université de Reims Champagne-Ardenne

Ce document vous est offert par Centre national de la recherche scientifique (CNRS)



### Référence électronique

Noémie Rapegno et Jean-François Ravaud, « Disparités territoriales de l'équipement français en structures d'hébergement pour adultes handicapés et enjeux géopolitiques », *L'Espace Politique* [En ligne], 26 | 2015-2, mis en ligne le 22 juillet 2015, consulté le 21 janvier 2022. URL : <http://journals.openedition.org/espacepolitique/3447> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/espacepolitique.3447>

---

Ce document a été généré automatiquement le 21 janvier 2022.



Les contenus de *L'Espace politique* sont mis à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 3.0 France.

---

# Disparités territoriales de l'équipement français en structures d'hébergement pour adultes handicapés et enjeux géopolitiques

*Residential Care Facilities for Persons with Disabilities in France: Regional Disparities and Geopolitical Issues*

Noémie Rapegno et Jean-François Ravaud

---

- 1 Les conditions de vie des personnes adultes sévèrement handicapées se sont longtemps résumées à deux scénarios : rester à la charge de la famille dans des conditions extrêmement difficiles puisque sans aide et sans soutien spécialisé ou être placé dans un hospice. Depuis la seconde guerre mondiale, une offre d'établissements d'hébergement s'est progressivement constituée en France avec une augmentation régulière de sa capacité d'accueil, mais le dispositif médico-social mis en place reste au cœur des débats de la politique du handicap. L'objectif de cet article est d'étudier la répartition de cette offre d'établissements sur le territoire national et ses disparités territoriales, en la replaçant dans une perspective historique et politique.

## Les établissements d'hébergement pour adultes handicapés : une introduction du contexte politique à l'échelle nationale

- 2 La question de l'offre en établissements pour adultes handicapés fait écho à une actualité sociale et politique particulièrement vive depuis 2010. Elle est régulièrement inscrite dans l'agenda politique. Dans l'actualité récente, deux rapports parus en 2012 dans le but de mieux connaître l'offre en établissements et services pour personnes handicapées, font mention de la nécessité d'adapter l'offre aux besoins des personnes mais aussi d'en avoir

une meilleure connaissance, le secteur médico-social étant « dans l'angle mort » des politiques publiques (Hocquet, 2012; Vachey, Jeannet, 2012).

- 3 Cette question s'inscrit aussi dans l'actualité juridique et médiatique avec l'Affaire « Amélie ». En octobre 2013, après la plainte - soutenue par l'Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales, et de leurs amis (UNAPEI) - de parents d'une jeune femme sévèrement handicapée ne trouvant pas de place dans une structure d'hébergement, le tribunal administratif de Cergy a condamné l'Etat à s'assurer de la prise en charge de cette personne dans un établissement adapté. L'Etat renonçant à faire appel, cette décision du juge administratif, fortement médiatisée, reconnaît la responsabilité de l'Agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France en matière d'application des droits fondamentaux des personnes handicapées. Le rapport Piveteau (2014), commandé suite à cette décision par la Ministre des affaires sociales et de la santé et la Ministre déléguée en charge des personnes handicapées et de l'exclusion, rendu en juin 2014 et intitulé sans équivoque *Zéro sans solution*, fait état, notamment, des difficultés d'accès aux établissements ou aux services et de prise en charge au sein de ceux-ci. Tous ces rapports confirment le besoin d'une meilleure connaissance des établissements, particulièrement en ce qui concerne l'adéquation de l'offre à la demande, ainsi que la responsabilité des pouvoirs publics vis-à-vis de l'offre de solutions d'hébergement pour les adultes handicapés.
- 4 Dans cet article, nous souhaitons interroger les disparités territoriales de l'équipement en établissements résidentiels pour adultes handicapés. Nous abordons la question de l'offre par la disparité, et posons la question du choix des individus par rapport à l'offre en établissements.
- 5 L'objet de cet article est de mesurer et d'analyser l'évolution des disparités territoriales de l'équipement en établissements pour adultes, de 1975 - date de la première grande loi d'orientation sur le handicap - aux années 2010, et plus précisément en ce qui concerne les Maisons d'accueil spécialisées (MAS), les Foyers d'accueil médicalisé (FAM) et les foyers de vie qui ont la particularité d'accueillir des personnes adultes dont le handicap ne permet pas ou plus d'exercer une activité professionnelle, y compris en milieu protégé. Ces structures d'hébergement relèvent des dispositions législatives et réglementaires relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux, et à ce titre, du code de l'action sociale et des familles. Médicalisées ou non, elles se différencient par le type de public accueilli, leurs missions ainsi que leur financement.
- 6 Les MAS accueillent des adultes handicapés nécessitant une assistance dans les actes essentiels de l'existence et tributaires d'une surveillance médicale et de soins constants. Elles assurent de manière permanente aux personnes qu'elles accueillent l'hébergement, les soins médicaux et paramédicaux, les aides à la vie courante et les soins d'entretien, des activités de vie sociale. Les FAM accueillent des adultes handicapés présentant une situation complexe de handicap, avec altération de leurs capacités de décision et d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne, elles favorisent entre autres la vie sociale des personnes accueillies et elles assurent un accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins. Enfin, les foyers de vie accueillent des personnes handicapées sensiblement moins dépendantes que celles vivant en MAS et en FAM et qui ne nécessitent pas pour autant de surveillance ou de soins constants (Tableau 1).

Tableau 1 : Fonctions et financement des établissements d'hébergement pour adultes handicapés

Etablissements	Hébergement	Soins	Aide aux actes de la vie quotidienne	Accompagnement et aides aux actes de la vie domicile et sociale	Financement
Foyer de vie					Conseil départemental
FAM					Conseil départemental et Assurance maladie
MAS					Assurance maladie

SOURCE : CASF, 2015

- 7 Pour tous ces établissements, les modes de financement sont variables : par l'assurance maladie, pour les MAS, par le conseil départemental, pour les foyers de vie, et conjointement pour les FAM (ce qui est appelé la double tarification : la sécurité sociale pour les soins, le département pour l'hébergement). Ils restent soumis à une procédure d'autorisation pour toute création, transformation ou extension depuis 1975 (Lévy, 1995). En 2010, les foyers de vie, MAS et FAM représentaient près de 90 000 places dont plus de la moitié était assurée par les foyers de vie (Tableau 2).

Tableau 2 : Répartition des places par type d'établissements en 2010

	Nombre de places installées	Nombre de structures	Capacité moyenne
Foyers de vie	46 151	1 496	31
MAS	23 479	564	42
FAM	19 986	690	29
Total	89 616	2 750	33

SOURCE : DREES, ENQUÊTE ES 2010, FRANCE MÉTROPOLITAINE

- 8 Ces établissements accueillent différents types de déficience mais la majorité a un agrément clientèle pour adultes atteints de déficience intellectuelle et adultes polyhandicapés (Tableau 3).

Tableau 3 : Répartition selon les agréments de clientèle dans les foyers de vie, MAS et FAM (2010)

Agrément de clientèle	Foyers de vie	MAS	FAM
Déficients intellectuels et/ou psychiques avec ou sans troubles associés	84,9	24,3	41
Polyhandicapés	1,7	57,2	15,8
Déficients moteurs avec ou sans troubles associés	5,6	7,5	12,7
Autisme et trouble envahissants du développement avec ou sans troubles associés	1,2	6,1	11,4
Autres	6,6	4,9	19,1
Total	100	100	100

SOURCE : DREES, ENQUÊTE ES 2010, FRANCE MÉTROPOLITAINE

- 9 La décision d'admission dans ce type d'établissement est subordonnée à l'avis d'une commission départementale composée de personnes issues de différents secteurs, - la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) depuis 2005 et précédemment, la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) - qui se prononce sur l'orientation des personnes en ayant fait une demande, et qui désigne les établissements ou services répondant aux besoins de l'adulte. Cependant, ce sont les établissements qui acceptent ou non les candidatures des personnes en fonction des places disponibles. L'ensemble des places en MAS, FAM et foyers de vie est géré par le même type d'organismes. Ainsi, 85 % des établissements dépendent d'organismes privés non lucratifs tandis que 14 % sont gérés par des établissements publics administratifs. Les quelques établissements restant le sont, soit par des collectivités territoriales, soit par des organismes privés commerciaux<sup>1</sup>.
- 10 Les établissements relèvent donc à la fois, de l'Etat, des organismes de sécurité sociale, de collectivités territoriales qui les autorisent et les financent, sans oublier les initiatives privées. Tandis que les conseils départementaux et les ARS autorisent, financent et interviennent dans la planification de l'offre médico-sociale, ce sont majoritairement des associations qui portent les projets de créations de places en établissement et qui gèrent les structures d'hébergement.
- 11 Le système actuel s'est construit petit à petit depuis les années 1970. La loi n°75-535 institue les établissements et services médico-sociaux et encadre leur création. Dans les années 1980, les lois de décentralisation répartissent les responsabilités des actions en direction des personnes handicapées entre l'Etat et les départements, les foyers de vie et les foyers à double tarification (aujourd'hui appelés FAM) sont financés, entièrement ou en partie, par le conseil départemental tandis que les MAS sont financées par la sécurité sociale. La partie sociale et l'accompagnement éducatif relèvent donc de la politique départementale tandis que la partie soins relève de la politique nationale (Didier-Courbin, Gilbert, 2005). La loi n°86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence en matière d'aide sociale et de santé, effectue un premier pas vers la planification médico-sociale en instituant des schémas départementaux. Cependant, ces schémas sont purement indicatifs et ne sont pas opposables. En 2002, la loi n°2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale redéfinit les schémas et institue des schémas d'organisation sociale et médico-sociale. Elle renforce la portée juridique des schémas et affirme leur caractère obligatoire (Petit, 2003; Thébault, 2008). En 2004, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) qui a entre autres pour mission d'assurer la répartition équitable des enveloppes financières destinées au fonctionnement des établissements médico-sociaux financés par l'assurance maladie, est créée. Cette caisse intervient donc dans la répartition des financements de la sécurité sociale destinés aux FAM et aux MAS. Enfin, en 2009, la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) instaure des dispositifs d'appel à projet élaborés par les financeurs publics et instaure les ARS qui interviennent dans le secteur sanitaire et médico-social. La création de la CNSA, la promulgation de la loi HPST et la mise en place des appels à projet s'inscrivent dans une volonté marquée des pouvoirs publics d'impulser la création de places, et dans une préoccupation de réduction des disparités territoriales.
- 12 Dans cet article, nous souhaitons évaluer l'impact de ces évolutions, notamment avec l'intervention de nouveaux acteurs comme les conseils départementaux, la CNSA ou les ARS, sur la répartition des établissements. La décentralisation a-t-elle entraîné des modifications au niveau départemental sur la distribution des foyers de vie ? La création

de la CNSA a-t-elle modifié la répartition des FAM et des MAS en la rapprochant de celle de la population ? L'introduction de nouveaux acteurs intervenant tant dans les processus d'autorisation que dans la répartition des financements permet-elle plus d'équité territoriale ?

- 13 Dans un premier temps, nous mesurerons les disparités actuelles, puis nous nous intéresserons à leurs évolutions des années 1970 aux années 2010.

## Disparités territoriales dans le secteur médico-social : une approche géopolitique insuffisamment développée

- 14 Bien qu'ils soient tous deux regroupés au sein des ARS depuis la loi HPST, les secteurs sanitaire et médico-social sont très inégalement étudiés.

### Une focalisation sur les disparités dans l'accès aux soins

- 15 En géographie de la santé, la question des disparités a souvent été évoquée, tant en ce qui concerne leur objectivation dans l'offre de soins (Lucas-Gabrielli, Tonnellier, 1996) que dans le recours aux soins. Les inégalités spatiales d'accès à des établissements sanitaires font l'objet de nombreuses recherches, que ce soit en ce qui concerne la distance d'accès aux soins (Tonnellier, Lucas-Gabrielli, 1995; Vigneron, 2013a, 2013b; Vigneron, Haas, 2012), le temps d'accès aux soins (Coldefy, Com-Ruelle, Lucas-Gabrielli, 2011) ou la comparaison de la distance et du temps d'accès aux soins (Coldefy, Com-Ruelle, Lucas-Gabrielli, Marcoux, 2011). La thématique de l'accès aux soins de ville comme à l'hôpital a été largement explorée lors d'un colloque organisé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des affaires sociales et de la santé en 2012 (DREES, INSEE, 2013), notamment dans l'objectif de mieux prendre en compte la santé dans les politiques locales, et de garantir un accès satisfaisant à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire.
- 16 En France, l'analyse de la répartition du corps médical a fait apparaître des disparités de densité médicale pour les généralistes (Rican, Simon, Charraud, Salem, 1999) comme pour les spécialistes (Vilain, Niel, 1999). Des études plus spécifiques portant sur les maternités (Charreire et al., 2011; Charreire, Combiere, 2006), les soins de prévention (Vallée, 2012) ou l'hospitalisation (Evain, 2011) font aussi état de fortes inégalités spatiales. La difficulté d'accès aux soins en milieu rural a été soulignée à de nombreuses reprises (Barlet, Coldefy, Collin, Lucas-Gabrielli, 2012; Bessin, Carel, Lucas-Gabrielli, Tonnellier, 1999; Couffinhal, Lucas-Gabrielli, Mousquès, 2002). L'étude de la démographie médicale a mis en évidence des déserts médicaux qui sont des zones défavorisées pour l'accès aux soins (Lucas-Gabrielli, Tonnellier, 2001). De nombreux travaux portent donc sur les disparités d'accès aux soins et sur leurs impacts en termes de santé publique. Ces inégalités dans l'accès aux soins posent des questions de justice sociale (Tonnellier, 1996).
- 17 La recherche en géographie sur l'accès aux soins s'est donc fortement développée ces dernières années. Cependant, le secteur médico-social a été peu intégré dans ce type de recherches. La géographie de l'offre en hébergement pour personnes âgées (Delbès, 1987), l'accessibilité de cette offre (Ramos-Gorand, 2013) ainsi que l'implantation des structures pour adultes handicapés (Woitrain, Ruault, 1997) ou des services à domicile pour

personnes handicapées (Bourgarel, Piteau-Delord, 2013; Haas, Vigneron, 2013) ont fait l'objet de rares publications.

## Les établissements médico-sociaux étudiés sous l'angle de l'appropriation du lieu de vie

- 18 L'étude de l'implantation des établissements médico-sociaux pose d'autres questions que celles de l'accessibilité aux soins, elle interroge la notion de droit à choisir son lieu de vie. De nombreuses études, concernant tant les personnes âgées que les personnes handicapées vivant en établissement portent notamment sur l'appropriation de leur lieu de vie et sur leurs pratiques spatiales (Argoud, 2006; Chapon et al., 2011). Les travaux anglo-saxons sont particulièrement attentifs à la notion de qualité de vie et de bien-être des personnes vivant en établissement (Fahey, Noonan Walsh, Emerson, Guerin, 2010; Falk, Wijk, Persson, 2009), notamment en prenant en compte leur territoire de vie (Wiles et al., 2009) ainsi que leur expérience des lieux (Muenchberger, Ehrlich, Kendall, Vit, 2012). La question des différents types d'habitat possible pour les personnes handicapées (Hemingway, 2011) pose aussi la question du choix du lieu de vie. En France, cette question a été essentiellement traitée par des associations (APF Formation, 2011; Groupe de travail APF, 2009) dans un but opérationnel.

## L'ébauche d'une approche géopolitique concernant les établissements médico-sociaux

- 19 Plusieurs études anglo-saxonnes ont analysé l'impact des enjeux économiques et politiques sur les disparités de l'équipement en établissements pour personnes âgées et pour personnes handicapées, notamment dans le contexte de la privatisation des établissements pour personnes âgées (Joseph, Chalmers, 1996; Phillips, Vincent, 1988). Elles interrogent le lien entre le mode de gestion des établissements et leur localisation. En France, les études en géographie de la santé adoptant une approche géopolitique questionnent majoritairement les relations entre les communes et l'Etat, par exemple dans la mise en place de politiques locales de santé (Le Goff, 2012), ou en analysant le rôle de l'hôpital en tant qu'aménageur du territoire local (Delas, 2011). Néanmoins, M. Coldefy et C. Le Neindre (2014) ont expliqué les différences de localisation des établissements psychiatriques par leur statut juridique. Dans le champ du handicap, B. Azéma (1999) a étudié les relations entre l'associatif et le politique dans une approche géopolitique.
- 20 Dans cet article, nous analysons l'évolution des disparités territoriales au prisme de l'évolution des politiques du handicap en France, notamment en termes de régulation et de planification des établissements médico-sociaux. Pour cela, nous avons adopté une approche géopolitique de l'aménagement du territoire (Subra, 2008, 2014) ainsi qu'une démarche géo-historique.

## Mesurer les disparités territoriales

- 21 Afin de mesurer les disparités territoriales et d'analyser leur évolution, nous nous sommes appuyés sur l'exploitation d'enquêtes statistiques et de bases de données qui nous donnent des informations de nature quantitative sur les établissements médico-



sociaux en France. Le niveau d'analyse départementale a été privilégié pour mesurer l'évolution des disparités, notamment du fait de l'intervention des conseils départementaux dans l'autorisation et le financement des FAM et des foyers de vie, mais aussi parce que l'admission vers ces établissements se fait suite à l'avis de commissions d'orientation départementales.

## Bases de données, recensements et enquêtes statistiques

- 22 Notre objectif était de reconstituer la nature et le nombre de places en établissements, détaillées au niveau départemental depuis la loi de 1975.
- 23 Malgré l'évocation de la faiblesse des données disponibles dans le champ du handicap (Guérin, Join-Lambert, Morla, Villain, 1995; Hocquet, 2012), plusieurs sources, bien qu'imparfaites, permettent de produire une connaissance géographique des établissements médico-sociaux. Le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) apporte une connaissance de la localisation et des caractéristiques propres à chaque établissement. L'exploitation des enquêtes « Etablissements sociaux » (ES) réalisées de façon périodique, par la DREES rend aussi compte de l'activité, des personnels et de la clientèle des structures médico-sociales. Plusieurs autres sources historiques ont permis de compléter ces premières bases de données.
- 24 **Le fichier FINESS**, créé en 1979<sup>2</sup>, localise, identifie et décrit les équipements du domaine sanitaire, social et médico-social en France métropolitaine et dans les Départements d'outre-mer et territoires d'outre-mer (DOM-TOM). Le fichier, qui est, aujourd'hui, mis à jour par les ARS et géré par le ministère en charge de la santé, assure l'immatriculation des établissements et des entités juridiques porteurs d'une autorisation ou d'un agrément en leur attribuant un numéro FINESS. En tant qu'inventaire permanent et exhaustif des structures existantes, il constitue le référentiel en matière de systèmes d'information sur les établissements médico-sociaux.
- 25 Cependant, il est difficile d'exploiter FINESS de façon longitudinale pour connaître l'évolution des établissements et pour reconstituer l'historique de l'équipement médico-social (Coldefy, 2010; Rapegno, 2014). FINESS ne constitue pas, en soi, une base de données suffisante pour nous renseigner sur l'évolution des disparités territoriales mais son exploitation permet de cerner la localisation et la situation des établissements créés.
- 26 **L'enquête ES**, menée par la DREES auprès des gestionnaires de structures sociales et médico-sociales pour enfants et adultes handicapés ou en difficulté sociale, fournit depuis 1982 des données régulières sur l'activité, les personnels et la clientèle des établissements sociaux et médico-sociaux. L'objectif de cette collecte est de dresser un bilan de l'activité des structures, de décrire les principales caractéristiques de leur personnel ainsi que le profil des personnes qui y sont accueillies (Woitrain, 1994). Les dernières collectes de l'enquête ES « handicap » ont été réalisées en 2001, 2006 et 2010, (Mainguene, 2008; Makdessi, 2012; Makdessi, Mainguene, 2010; Makdessi, Mordier, 2013; Vanovermeir, 2004; Vanovermeir, Bertrand, 2004). En 2010, le taux de participation était de 97 % représentatifs des places installées. Cependant, l'exploitation de l'enquête diffère en fonction des années et les questionnaires n'ont pas toujours fait l'objet d'un traitement régional ou départemental.
- 27 FINESS permet donc de connaître les caractéristiques actuelles des établissements et de localiser ces derniers. L'enquête ES fournit de son côté des renseignements sur l'évolution

des établissements au niveau départemental depuis 1994. Pour compléter ce regard diachronique et analyser l'évolution géographique des structures d'hébergement avant cette date, nous avons mobilisé d'autres sources, notamment une enquête datant de 1981 et une étude effectuée en 1986. En 1981, la direction de l'action sociale du ministère de la solidarité nationale a effectué un recensement des établissements pour adultes handicapés (SESI, 1981; Waltisperger, Costes, Roger, 1982). Le but était de connaître l'évolution du nombre de places disponibles dans chaque département, entre 1978 et 1981. L'étude comparative des MAS et des foyers de vie effectuée par Françoise Guillaumain (1986) comptabilise au niveau départemental les places installées et autorisées en MAS et en foyers de vie et le nombre d'établissements dans chaque département.

- 28 Les différentes enquêtes sur les établissements d'hébergement pour adultes handicapés effectuées entre 1975 et 2010 n'ont pas toutes été réalisées avec le même objectif et ne fournissent pas toujours des données comparables pour mesurer l'évolution des disparités territoriales des MAS, FAM et foyers de vie. Ainsi, nous n'avons pas pu exploiter l'ensemble des enquêtes ES.

## Quels indicateurs ? Taux d'équipement départementaux et indice de Gini

- 29 Avant de détailler les indicateurs que nous avons choisis, il est important de préciser qu'il n'y a pas de définition et de mesure unique d'un état d'inégalité au sein d'une population, et qu'il existe une multiplicité de façons de quantifier les inégalités, comme le coefficient de variation, le coefficient de Gini, les indicateurs minimum et maximum. Ceux-ci ne donnent pas tous la même représentation de l'état d'inégalité, et peuvent conduire à avoir une divergence d'appréciation d'une situation donnée.
- 30 La seule distribution du nombre de places par département ne prend pas en compte leurs différences démographiques. En l'absence de connaissance des prévalences des déficiences et des besoins spécifiques à chaque territoire, le calcul du nombre de places rapporté à la population générale est un premier indicateur pour penser la répartition des établissements en termes de justice spatiale. Il ne prend cependant pas en compte les disparités infra-départementales.
- 31 L'indice (ou coefficient) de Gini<sup>3</sup> permet de mesurer les inégalités, notamment territoriales. Il a été mesuré au niveau départemental. Pour calculer l'indice de Gini, nous avons travaillé à partir de FINISS et du recensement de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Une extraction spécifique du FINISS indiquant les établissements fermés permet de prendre en compte les dates d'ouverture et de fermeture des établissements n'existant plus aujourd'hui. Cependant, cette extraction ne dispose pas de la capacité d'accueil de ces établissements. L'indice de Gini a donc été calculé en fonction du nombre d'établissements par départements et non du nombre de places<sup>4</sup>. Bien qu'imparfait, il constitue une première approche des variations des inégalités départementales.
- 32 Ces indicateurs constituent une première mesure de l'efficacité des politiques, en termes de réduction des inégalités territoriales.

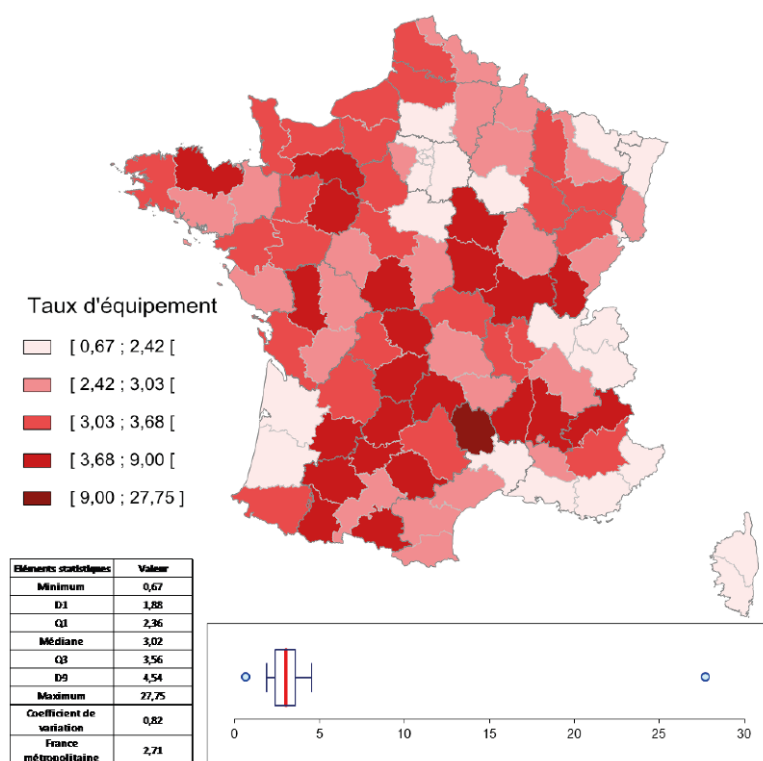
## **L'équipement en établissements pour adultes handicapés : entre réduction des disparités territoriales et maintien de particularités locales**

- 33 Nous avons mesuré et analysé les disparités et les inégalités territoriales à différentes échelles en particulier départementales, des années 1970 aux années 2010. Les cartes et graphiques mettant en évidence ces inégalités sont présentés dans les figures qui suivent.

### **De fortes différences interdépartementales pour l'équipement global : un suréquipement des territoires ruraux**

- 34 En 2010, l'amplitude des taux d'équipement départementaux en FAM, MAS et foyers de vie est importante. Les disparités interdépartementales sont fortes (de 1 à 40). Les départements du Limousin et de la région Midi-Pyrénées sont dans l'ensemble bien équipés par rapport à la population présente sur le territoire tandis que la Corse, l'Ile-de-France et le littoral méditerranéen ont des taux d'équipement faibles (Figure 1).

Figure 1 : Disparités territoriales en équipement des foyers de vie, FAM et MAS en 2010 (en %)



Source : d'après données DREES, ES 2010 ; discrétisation par quartile ; réalisation sur logiciel Artique

Note de lecture : Les taux d'équipement correspondent à un nombre de place pour 1 000 habitants âgés de 20 à 59 ans. La discrétisation a été effectuée par quartiles. Le taux d'équipement de la Lozère étant supérieur de plus de 18 points à celui de la Corrèze, 2<sup>ème</sup> département ayant le plus fort taux d'équipement en France métropolitaine, nous avons choisi d'isoler la Lozère dans une 5<sup>ème</sup> classe. Le coefficient de variation est le rapport de l'écart-type à la moyenne. Plus la valeur du coefficient de variation est élevée, plus la dispersion autour de la moyenne est grande. La boîte à moustaches (en bas à droite) résume seulement quelques caractéristiques de position du caractère étudié (ici, la médiane en rouge, les quartiles qui partagent la série en 4, le minimum et le maximum en bleu, et les déciles D1 et D9).

- 35 Alors que l'ensemble de la France métropolitaine compte 2,71 places pour 1 000 habitants âgés de 20 à 59 ans, l'étude des taux d'équipement départementaux révèle des écarts considérables. La Lozère compte 27,75 places pour 1 000 habitants (10 fois plus que la moyenne nationale) tandis que la Haute-Corse propose 0,67 places pour 1 000 habitants (4 fois moins que la moyenne nationale). Les départements corses et franciliens se démarquent particulièrement par leur faible taux d'équipement. En effet, parmi les dix départements les moins équipés en FAM, MAS et foyers de vie, sept se situent en Corse et en Ile-de-France. Le peuplement de ces deux régions est diamétralement opposé, la Corse étant la région la moins densément peuplée de France métropolitaine et l'Ile-de-France étant la région avec la plus forte densité de population.
- 36 Les départements ayant les taux d'équipement les plus forts sont essentiellement des départements peu peuplés situés dans des régions rurales avec une population vieillissante et plus particulièrement dans des zones montagneuses enclavées. Ainsi parmi les dix départements ayant les plus forts taux d'équipement, sept se situent dans les Pyrénées ou dans le Massif Central (Lozère, Corrèze, Creuse, Gers, Hautes-Pyrénées, Tarn, Tarn-et-Garonne) et un département, celui des Hautes-Alpes, se trouve dans les Alpes. Parmi ces dix départements, sept ont une densité de population inférieure à 50

habitants par km<sup>2</sup> tandis que les trois autres départements ont une densité de population comprise entre 50 et 65 habitants au km<sup>25</sup>.

- 37 La majorité des départements ayant un fort taux d'équipement en MAS, en FAM ou en foyer de vie sont donc des départements ruraux à faible densité de population. Bien que les établissements n'aient pas les mêmes sources de financement et d'autorisation, la territorialité de l'offre en France est marquée pour l'ensemble des structures par une proportion importante de départements ruraux à forts taux d'équipement.
- 38 Un regard historique permet de comprendre si les spécificités territoriales constatées existent depuis longtemps et sont le résultat d'héritages anciens ou non.

## Une augmentation régulière du taux d'équipements au niveau national

- 39 Les MAS, les FAM et les foyers de vie suivent une même tendance globale depuis la fin des années 1970. Le nombre d'établissements comme le nombre de places connaissent une progression importante. Le nombre de places en établissements et les taux d'équipement suivent une progression similaire en augmentant de façon analogue (Figure 2). Cela signifie que le nombre de places augmente plus vite que le nombre de personnes âgées de 20 à 59 ans sur le territoire métropolitain, ce qui correspond à une satisfaction progressive des besoins. Dans les années 2000, le nombre de FAM a augmenté plus fortement que celui de MAS ou de foyers de vie, de telle sorte qu'à la fin des années 2000, les FAM sont devenus plus nombreux que les MAS.

Figure 2a : Évolution du nombre de places en MAS, FAM et foyers de vie (1978-2010)

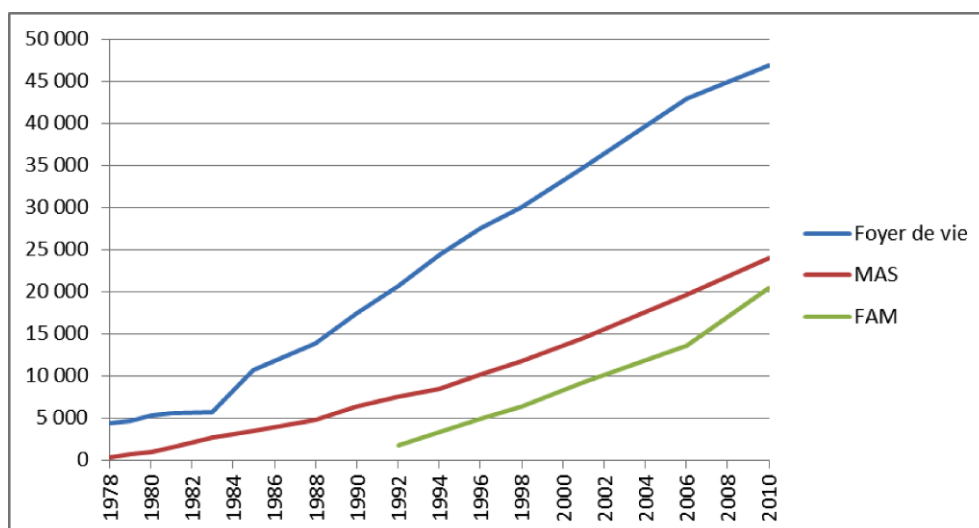


Figure 2b : Évolution des taux d'équipement en MAS, FAM et foyers de vie (1978-2010)

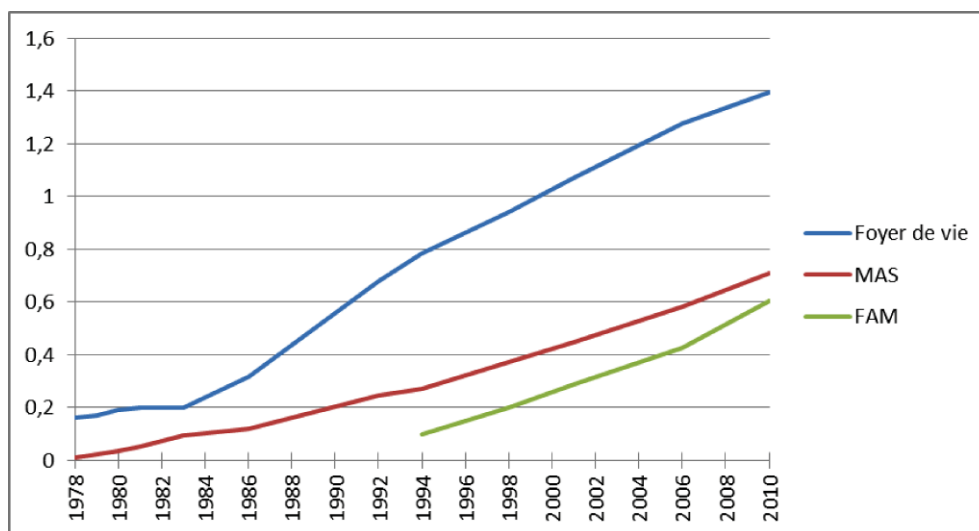
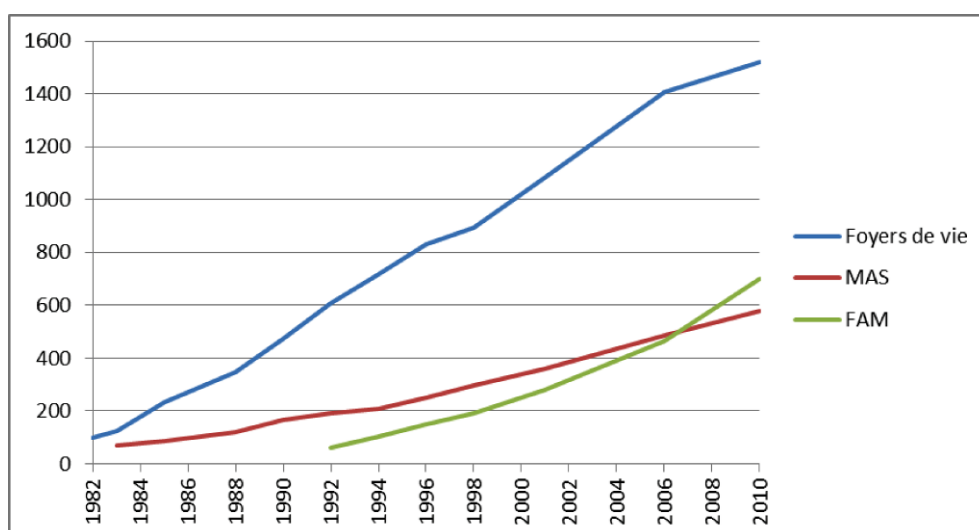


Figure 2c : Évolution du nombre d'établissements en MAS, FAM et foyers de vie (1978-2010)



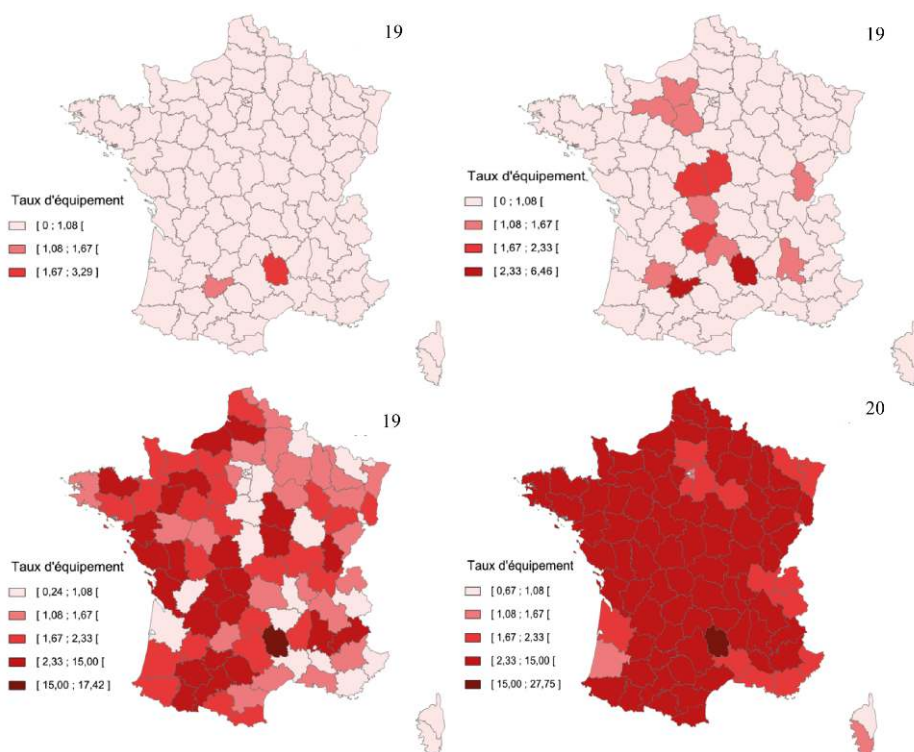
Sources : d'après DREES, Enquêtes ES ; Guillaumain, 1986, Ministère de la solidarité nationale, 1981 ; INSEE ; France métropolitaine

- 40 Au début des années 1980, la progression du nombre de places en foyers de vie connaît une première cassure. A partir de cette période, le nombre de places en foyers de vie a augmenté fortement (Figure 2). Ce renforcement de la progression du nombre de places en foyers de vie peut en partie s'expliquer par la décentralisation et l'apparition de politiques sociales départementales. Au milieu des années 2000, la progression de places en foyers de vie tend à ralentir. Parallèlement, l'augmentation du nombre de places en FAM s'est renforcée (Figure 2). L'augmentation du nombre de places en FAM, plus tardive que pour les MAS et les foyers de vie, s'explique en partie par la création de ces structures en 1986, soit 11 ans après la création des foyers de vie et des MAS. Ces établissements se voulaient être l'intermédiaire entre les foyers de vie et les MAS. Nous pouvons aussi faire l'hypothèse que cette augmentation, à la fin des années 2000, est liée à la création de la CNSA en 2004. Son action sur les financements liés aux créations de places en FAM et en

MAS pourrait en partie expliquer l'augmentation du nombre de FAM. Cette augmentation peut être à l'origine du ralentissement de la progression du nombre de places en foyers de vie, les conseils départementaux reportant alors les financements dédiés à la création de places en foyers de vie sur la création de places en FAM. La plus forte augmentation du nombre de places en FAM et le ralentissement de la création de places en foyers de vie peuvent aussi trouver leur origine dans la transformation de places en foyers de vie en FAM. Les différents programmes pluriannuels de création de places et plans nationaux peuvent aussi avoir contribué à cette évolution. Enfin, les difficultés financières de nombreux conseils départementaux peuvent peut-être aussi expliquer le ralentissement de la progression des places en foyers de vie.

- 41 Entre 1981 et 2010, les taux d'équipement globaux en MAS, FAM et foyers de vie ont fortement augmenté sur l'ensemble des départements français. Ainsi, en 1981, seuls deux départements ont un taux d'équipement supérieur à 1,08 %. En 2010, le constat s'est complètement inversé et seuls deux départements ont un taux d'équipement inférieur à 1,08 %. En 1998, les départements ayant un taux d'équipement inférieur à 1,08 % représentaient le quart des départements ayant les taux d'équipement les plus faibles (Figure 3).

Figure 3 : Évolution des taux d'équipement en MAS, FAM et foyers de vie de 1981 à 2010 (en ‰)



Sources : d'après données DREES, ES 1998 et ES 2010, Guillaumain, 1986, Ministère de la solidarité nationale, 1981 ; INSEE ; logiciel Articque

Note de lecture : La discrétisation a été effectuée selon les quartiles en 1998, elle a été reportée sur les autres cartes. La légende identique sur les 4 cartes permet une comparaison des taux d'équipement entre 1981, 1986, 1998 et 2010. Pour les années 1998 et 2010, la Lozère qui a un taux d'équipement fortement supérieur à celui des autres départements a été isolée dans une cinquième classe. Cependant, elle fait partie du dernier quartile.

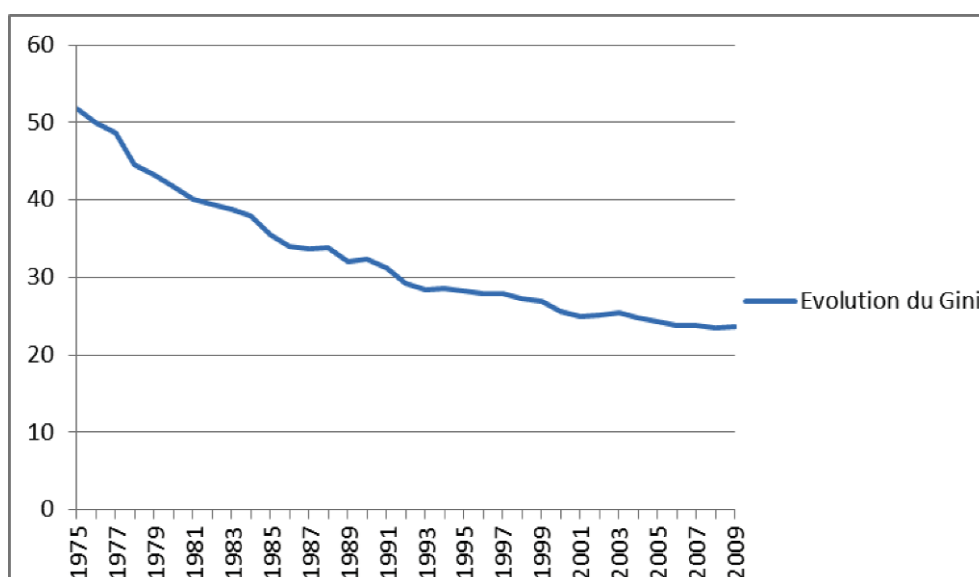
- 42 Dès 1981, la Lozère se distingue par son taux d'équipement élevé. Entre 1981 et 2010, le taux d'équipement de la Lozère a fortement augmenté, et cela de façon progressive. La

population lozérienne âgée de 20 à 59 ans a, elle, faiblement augmenté durant les trente dernières années (de près de 4 %) tandis que le nombre de places en structures d'hébergement pour adultes a plus que quadruplé.

## Des inégalités interdépartementales qui ont tendance à diminuer

- 43 Les taux d'équipement en foyers de vie, MAS et FAM augmentent dans tous les départements mais cela n'a pas pour conséquence directe une réduction des disparités territoriales. Après avoir constaté une augmentation globale et constante des places en établissements, il est intéressant de mesurer l'évolution des disparités territoriales.
- 44 De 1975 à 2010, les inégalités départementales en termes de nombre d'établissements par département ont diminué de façon régulière. Ainsi, l'indice de Gini<sup>6</sup> a diminué de moitié en passant de 51 % à 23 % (Figure 4).

Figure 4 : Evolution des inégalités départementales des taux d'équipement en MAS, FAM et foyers de vie en % (1975-2010)



Source : d'après Finess 2013 ; France métropolitaine

- 45 Depuis la fin des années 1970, l'augmentation du nombre de places a été incessante même si l'évolution n'a pas été constante et semble traduire un rattrapage et une réduction de l'écart entre les territoires moins dotés et les mieux dotés.

## Vers une compréhension / analyse des disparités et de leur évolution

- 46 Aujourd'hui, presque tous les départements sont équipés en MAS, FAM et foyers de vie mais des différences notables demeurent entre départements. Les espaces ruraux sont suréquipés par rapport à la population générale à l'échelle départementale.



## La difficile estimation de la demande

- 47 Cette recherche réalisée pour la première fois en France, apporte plusieurs résultats inédits qui rendent compte de l'évolution des disparités territoriales sur plus de trente ans. Cependant, les enquêtes que nous avons exploitées n'utilisent pas toujours les mêmes sources et ne précisent pas systématiquement la nature des redressements effectués. L'exploitation de l'ensemble de ces données permet cependant d'avoir une vision globale de l'évolution géographique des structures d'hébergement dédiées aux adultes handicapés.
- 48 Il est intéressant de disposer du nombre de places en structures d'hébergement par département, mais pour pouvoir penser la répartition en termes d'équité territoriale, il serait nécessaire de rapporter le nombre de places présentes sur chaque territoire à la population locale. L'idéal serait ainsi de rapporter le nombre de places à la population handicapée, mais aucune étude effectuée sur les disparités sociospatiales de santé (Rican, Jouglu, Vaillant, Salem, 2013; Rican, Vaillant, Bochaton, Salem, 2014; Vaillant, Salem, 2008) n'a identifié la prévalence des handicaps en fonction des territoires. L'analyse du calcul des taux d'équipement et les comparaisons qui les interprètent en termes d'inégalités font donc l'hypothèse que la prévalence du handicap dans la population est spatialement homogène en France. Les taux d'équipement ne prennent donc pas en compte les inégalités sociales et territoriales de santé (Bas-Théron, Dupont, 2003; Vaillant, Salem, 2008). Du reste, l'absence d'outils évaluant les situations de handicap et les traduisant en besoins d'accompagnement (comme la grille nationale Autonomie gérontologie groupes iso-ressources (AGGIR) et le référentiel PATHOS pour les résidents des établissements pour personnes âgées) ainsi que l'absence de remontées d'informations des données des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) au niveau national, les systèmes d'information n'étant pas compatibles entre eux, empêchent de connaître les besoins en termes d'accompagnement des personnes handicapées (Roth et al., 2009; Triomphe et al., 1995; Vachey, Jeannet, 2012; Ville, Letourmy, Ravaud, 2002; Ville, Ravaud, 2003) et leur évolution. Par ailleurs, la représentativité des grandes enquêtes en population générale sur le handicap (Enquêtes INSEE Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) 1998-2001, DREES-INSEE Handicap-Santé 2007-2009) outils d'observation essentiels de la statistique publique ne permettent pas encore d'exploitations départementales (Ravaud, 2014).
- 49 Cette étude constitue une première tentative d'objectivation de l'évolution territoriale de l'offre en établissements mais elle ne fournit pas de renseignements sur l'adéquation de l'offre aux besoins, et ne permet donc pas de savoir si l'offre est aujourd'hui suffisante.

## Une régulation mise en place progressivement

- 50 Les disparités territoriales présentes dès les années 1970 s'expliquent en partie par la faible régulation existante à l'origine et dans les logiques de la loi de 1975.
- 51 En 1975, les besoins en places étant beaucoup plus importants que les places déjà créées, l'idée d'une planification médico-sociale, et de la création d'une carte médico-sociale, est écartée et la loi laisse libre champ à l'initiative privée. Ce n'est qu'en 2002, avec la loi n° 2002-2 rénovant la loi n°75-535 qu'une planification de l'action médico-sociale se met en place, notamment avec l'élaboration de schémas d'organisation sociale et médico-sociale.

La « loi particulière » du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence en matière d'aide sociale et de santé avait déjà effectué un premier pas vers l'idée d'une planification médico-sociale en instituant des schémas départementaux. Cependant, ces schémas non opposables avaient peu de valeur juridique. Enfin, la loi HPST du 21 juillet 2009 bouleverse la procédure d'autorisation, elle renverse le mode de fonctionnement en place depuis 1975 en privilégiant le principe de la commande publique (Lafore, 2009). De 1975 à 2009, la planification médico-sociale s'est donc élaborée et s'est peu à peu renforcée (Marais, Rapegno, 2015).

- 52 Depuis 1975, les établissements financés par les conseils départementaux et les établissements financés par la sécurité sociale ont eu à plusieurs reprises des traitements différents, ce qui n'a pas contribué à unifier le champ des établissements médico-sociaux. Ainsi, entre 1979 et 1989; les projets de créations de places en MAS qui sont financées par l'assurance maladie devaient être transmis à l'administration centrale pour avis<sup>7</sup>. De même, les foyers de vie ne font pas partie des établissements pris en compte par la CNSA dans sa mission de réduction des disparités territoriales. Dès les années 1970, les établissements financés par l'assurance maladie ont été soumis à un plus grand contrôle de la part de l'échelon national, ce qui peut en partie expliquer la plus grande proportion de foyers de vie que de MAS ou de FAM.
- 53 Une des conséquences de la faiblesse de la planification a été de laisser une grande liberté aux différents acteurs intervenant dans la création de places en établissements et d'exacerber les négociations directes entre les associations gestionnaires et les pouvoirs politiques locaux ou nationaux. La législation en cours jusque dans les années 2000 a cristallisé les rivalités de pouvoir sur les territoires d'accueil (Azéma, 1998, 1999; Rapegno, 2014). La faiblesse de la planification et des directives de la part de l'administration centrale s'est traduite par une politisation de l'action sociale.

### **Un suréquipement en milieu rural : une difficulté à exercer le droit à choisir librement son lieu et mode de vie ?**

- 54 L'étude de la répartition des places en structures d'hébergement a mis à jour des disparités territoriales et de fortes inégalités au niveau départemental. La géographie des établissements médico-sociaux, avec un suréquipement en milieu rural, s'oppose fortement à celle des établissements hospitaliers et des médecins libéraux (Barlet et al., 2012; Séchet, Lerouvillois, Fleuret, 2001), elle ne suit pas la géographie des équipements médicaux marqueurs du fait urbain. La géographie des équipements médico-sociaux est de ce fait originale, les équipements publics étant rarement surreprésentés en milieu rural.
- 55 La force de l'initiative locale avec la présence de personnes ayant su mobiliser et fédérer les habitants ainsi que les acteurs administratifs et politiques autour de projets de création d'établissement, a pu permettre l'ouverture de plusieurs structures dans ces départements. Ces taux peuvent aussi s'expliquer par le développement d'un savoir-faire et par une tradition d'accueil d'établissements de soins, ces départements ayant accueilli des sanatoriums. Enfin, il est possible que les établissements pour adultes proviennent de reconversions d'anciens établissements pour tuberculeux ou de reconversions d'établissements ayant accueilli des enfants handicapés. La spécialisation de départements ruraux dans l'accueil de populations handicapées peut aussi être due à des intérêts économiques et électoraux. La sauvegarde ou la création de l'emploi liée à une

reconversion ou à une création de places peut, en effet, avoir des répercussions électorales non négligeables (Rapegno, 2014).

- 56 La surreprésentation des structures d'hébergement en milieu rural pose des questions d'équité territoriale, notamment en ce qui concerne la liberté d'aller et venir des personnes handicapées ainsi que le choix de leur lieu de vie. Quelle que soit l'explication de cette répartition des établissements pour adultes handicapés (raisons politiques, motivations économiques, etc.), le suréquipement des territoires ruraux implique un plus grand isolement pour les résidents, un éloignement des équipements intermédiaires socio-culturels et sportifs ainsi qu'un éloignement des familles – en considérant que leur répartition se rapproche de celle de la population générale – et un accès aux transports plus difficile. Ces déséquilibres territoriaux questionnent donc certains principes énoncés par la Déclaration universelle des droits de l'homme et par la Convention de l'Organisation des nations unies (ONU) relative aux droits des personnes handicapées comme le droit fondamental de choisir son lieu de résidence pour les personnes handicapées, et mettent à jour une inégalité d'accès aux établissements en fonction de son lieu de vie initial.

## Conclusion

- 57 Cette recherche met en évidence une répartition inégale des établissements pour adultes handicapés, quel que soit leur mode de financement et met à mal la vision républicaine de desserte égalitaire du territoire en termes d'équipements assurant une mission de service public.
- 58 Cependant, depuis la fin des années 1970, l'augmentation du nombre de places a été incessante, une régulation nationale s'est progressivement mise en place avec un effet sur les inégalités interdépartementales qui ont diminué.
- 59 Historiquement, la répartition des établissements médico-sociaux n'a pas été pensée dans une logique républicaine d'égalité des territoires, elle semble surtout refléter les différences d'initiatives locales. Le secteur des établissements pour adultes handicapés est caractérisé par une pluralité d'acteurs aux intérêts souvent divergents. Les ARS et les conseils départementaux, qui répartissent les financements des foyers de vie, des FAM et des MAS, les municipalités qui accueillent les établissements, les porteurs de projet – souvent associatifs – et les élus locaux qui pratiquent une "politique des murs" et cherchent parfois à faciliter l'implantation d'établissements sur leur commune ou dans leur département, constituent autant d'acteurs intervenant dans le processus de création d'un établissement. Ceux-ci ont des intérêts économiques et politiques parfois contradictoires, à différentes échelles. Le rôle nouveau d'instances de régulation comme la CNSA ou les ARS est donc difficile à isoler et à évaluer. Ce travail sera prolongé par une approche qualitative permettant d'approfondir la compréhension des processus de localisation des établissements. La tradition d'accueil de la Lozère fera aussi l'objet d'analyses plus fines.
- 60 Cette étude a mis à jour de fortes disparités territoriales de l'équipement en structures d'hébergement pour adultes handicapés avec un suréquipement en milieu rural. Au vue de l'ensemble des enjeux scientifiques, politiques et sociaux liés au handicap, l'investigation du champ du handicap par la géographie se révèle être une nécessité. Il serait intéressant d'approfondir l'approche géopolitique de l'offre médico-sociale en

étudiant, par exemple, la répartition des équipements et services dans d'autres secteurs comme celui du travail protégé ou celui de l'éducation spécialisée, et en analysant de façon plus fine les liens entre les acteurs locaux et nationaux, et le rôle de chacun dans la décision de création de places en établissements.

*Remerciements : Ce travail a été réalisé dans le cadre d'un contrat CIFRE CERMES3-CNSA et a bénéficié d'un financement post-doctoral de la chaire EHESP-CNSA « Participation Sociale et Situations de Handicap »*

## BIBLIOGRAPHIE

APF FORMATION, 2011, L'habitat groupé, une offre de service inclusive du secteur médico-social, Etudes et recherches, n°20.

ARGOUD, D., 2006, « De nouvelles formes d'habitat pour personnes âgées : d'hier à aujourd'hui », Gérontologie et société, vol. 4, n° 119, p. 85-92.

AZEMA, B., 1998, « L'autisme entre maladie et handicap : intérêt d'une approche géographique pour les politiques sanitaires et sociales », communication au colloque 5ème colloque CREDES - géographie et économie de la santé, 155-166 p.

AZEMA, B., 1999, « La personne handicapée, l'associatif et le politique : esquisse d'une géopolitique du handicap en France », Hérodote, n° 92, p. 161-184.

BARLET, M., COLDEFY, M., COLLIN, C., LUCAS-GABRIELLI, V., 2012, « L'accessibilité aux médecins généralistes libéraux : plus faible en milieu rural », POUR, n° 214.

BESSIN, C., CAREL, D., LUCAS-GABRIELLI, V., TONNELIER, F., 1999, « Villes, campagnes, régions, Europe... Les champs du problème », Actualité et dossier en santé publique, n° 29, p. 23-25.

BOURGAREL, S., PITEAU-DELORD, M., 2013, « Les services d'accompagnement pour jeunes en situation de handicap : une géographie de l'offre », vol. 25, n° 6, p. 785-792.

CHAPON, P.-M., RENARD, F., GUESLOT, J., DAUTAN, M., MALLEA, P., ROBERT, P., et al., 2011, « Analyse des territoires de vie et de la mobilité de personnes âgées au moyen de traceurs GPS », Annales de géographie, vol. 679, n° 3, p. 320-333.

CHARREIRE, H., COMBIER, É., 2006, « Équité socio-spatiale d'accès aux soins périnataux en milieu urbain : utilisation des techniques géographiques pour la planification sanitaire », Espace populations sociétés. Space populations societies, n° 2006/2-3, p. 313-327.

CHARREIRE, H., COMBIER, E., MICHAUT, F., FERDYNUS, C., BLONDEL, B., DREWNIK, N., et al., 2011, « Une géographie de l'offre de soins en restructuration : les territoires des maternités en Bourgogne », Cahiers de géographie du Québec, vol. 55, n° 156, p. 491.

COLDEFY, M., 2010, De l'asile à la ville : une géographie de la prise en charge de la maladie mentale en France, Université Paris 1 Panthéon Sorbonne.

COLDEFY, M., COM-RUELLE, L., LUCAS-GABRIELLI, V., 2011, « Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine », Questions d'économie de la santé, n° 164, p. 1-8.

- COLDEFY, M., COM-RUELLE, L., LUCAS-GABRIELLI, V., MARCOUX, L., 2011, Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1er janvier 2007, Irdes.
- COLDEFY, M., LE NEINDRE, C., 2014, Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique, Irdes.
- COUFFINHAL, A., LUCAS-GABRIELLI, V., MOUSQUES, J., 2002, « Où s'installent les nouveaux omnipraticiens ? Une étude cantonale sur 1998-2001 », *Questions d'économie de la santé*, n° 61, p. 6.
- DELAS, A., 2011, « L'hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement sanitaire et rivalités stratégiques », *Hérodote*, vol. 143, n° 4, p. 89-119.
- DELBES, C., 1987, « La géographie des équipements et services en faveur des personnes âgées en France », *Espace, populations, sociétés*, vol. 5, n° 1, p. 249-256.
- DIDIER-COURBIN, P., GILBERT, P., 2005, « Éléments d'information sur la législation en faveur des personnes handicapées en France : de la loi de 1975 à celle de 2005 », *Revue française des affaires sociales*, vol. n° 2, n° 2, p. 207-227.
- DREES, INSEE, 2013, Accès aux soins : quels outils pour les territoires ? Actes du colloque du 16 octobre 2012, DREES-INSEE.
- EVAÏN, F., 2011, « Evain F., 2011, « À quelle distance de chez soi se fait-on hospitaliser ? », DREES, *Études et Résultats* n° 754, février. », DREES, *Études et résultats*, n° 754, p. 6.
- FAHEY, Á., NOONAN WALSH, P., EMERSON, E., GUERIN, S., 2010, « Characteristics, supports, and quality of life of Irish adults with intellectual disability in life-sharing residential communities », *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, vol. 35, n° 2, p. 66-76.
- FALK, H., WIJK, H., PERSSON, L.-O., 2009, « The effects of refurbishment on residents' quality of life and wellbeing in two Swedish residential care facilities », *Health & Place*, vol. 15, n° 3, p. 717-724.
- LE GOFF, E., 2012, « Innovations politiques locales, régulation de l'État et disparités territoriales. Un regard historique sur les politiques locales de santé dans les villes françaises (1879-2010) », *Revue française des affaires sociales*, vol. 4, n° 4, p. 158-177.
- GRUPE DE TRAVAIL APF, 2009, HEH Habitat et handicap, APF.
- GUERIN, M.-F., JOIN-LAMBERT, M.-T., MORLA, S., VILLAIN, D., 1995, Bilan d'application de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales, IGAS.
- GUILLAUMAIN, F., 1986, Etude comparative des maisons d'accueil spécialisées et des foyers de vie, Direction de l'action sociale du ministère des Affaires sociales et de l'emploi.
- HAAS, S., VIGNERON, E., 2013, Les services à domicile sanitaires, sociaux et médico-sociaux. De l'analyse régionale à une mise en perspective nationale, FEHAP.
- HEMINGWAY, L., 2011, *Disabled people and housing: Choices, opportunities and barriers*, Bristol, The Policy Press.
- HOCQUET, J.-Y., 2012, Contribution à la réflexion sur l'apport des organismes du secteur médico-social à l'inclusion des personnes handicapées – des clefs pour la cité, Ministère de la solidarité et de la cohésion sociale.
- JOSEPH, A. E., CHALMERS, A. I. (Lex), 1996, « Restructuring long-term care and the geography of ageing: A view from rural New Zealand », *Social Science & Medicine*, vol. 42, n° 6, p. 887-896.

- LAFORE, R., 2009, « La loi HPST et les établissements et services sociaux et médico-sociaux », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, n° 5, p. 858-873.
- LEVY, M., 1995, « Historique, bilan et enjeux de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales », *Le nouveau Muscariet - Revue interrégionale des CREAHI, Handicaps, inadaptation, insertion ; Aquitaine, Bretagne, Poitou-Charente*, n° 40, p. 8-16.
- LUCAS-GABRIELLI, V., TONNELIER, F., 1996, « Géographie de l'offre de soins: tendances et inégalités », *Données sociales. CreDES*, n° 1117, p. 259-264.
- LUCAS-GABRIELLI, V., TONNELIER, F., 2001, « Déserts médicaux ou zones défavorisées ? Démographie médicale et indicateurs de besoins », *Technologie et santé*, n° 45, p. 32-38.
- MAINGUENE, A., 2008, *Les établissements pour adultes handicapés : des capacités d'accueil en hausse : résultats provisoires de l'enquête ES 2006.*, DREES.
- MAKDESSI, Y., 2012, *Maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisé, similitudes et particularités*, DREES.
- MAKDESSI, Y., MAINGUENE, A., 2010, « Établissements et services pour adultes handicapés : résultats de l'enquête ES 2006 et séries chronologiques 1995 à 2006 : les structures de soins et d'hébergement. », n° 141, p. 116.
- MAKDESSI, Y., MORDIER, B., 2013, *Etablissements et services pour adultes handicapés. Résultats de l'enquête ES 2010*, DREES.
- MARAIS, M.-C., RAPEGNO, N., 2015, « La loi HPST, l'aboutissement d'un processus de planification médico-sociale ? », in *Collectivités, territoires et santé : regards croisés sur les frontières de la santé*, GRALE, L'Harmattan, p. 135-154.
- MUENCHBERGER, H., EHRlich, C., KENDALL, E., VIT, M., 2012, « Experience of place for young adults under 65 years with complex disabilities moving into purpose-built residential care », *Social Science & Medicine*, vol. 75, n° 12, p. 2151-2159.
- PHILLIPS, D. R., VINCENT, J., 1988, « Privatising residential care for elderly people: The geography of developments in Devon, England », *Social Science & Medicine*, vol. 26, n° 1, p. 37-47.
- PETIT, J., 2003, « La planification médico-sociale », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 43, p. 34-37.
- PIVETEAU, D., 2014, « Zéro sans solution » : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches, *Ministère des affaires sociales et de la santé*.
- RAMOS-GORAND, M., 2013, « Accessibilité de l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées : enjeux territoriaux. », *Dossiers solidarité et santé - DREES*, n° 36, p. 54.
- RAPEGNO, N., 2014, *Établissements d'hébergement pour adultes handicapés en France : enjeux territoriaux et impacts sur la participation sociale des usagers. Application aux régions Ile-de-France et Haute-Normandie*, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- RAVAUD, J.-F., 2014, « Les enquêtes en population générale sur le handicap : un outil d'observation essentiel de la statistique publique », *Informations sociales*, vol. 183, n° 3, p. 40-49.
- RICAN, S., JOUGLA, E., VAILLANT, Z., SALEM, G., 2013, « Les inégalités territoriales de santé », in *Vers l'égalité des territoires. Dynamiques, mesures, politiques*, p. 106-122.
- RICAN, S., SIMON, M., CHARRAUD, A., SALEM, G., 1999, « Les médecins généralistes libéraux dans les aires urbaines. Des densités plus élevées dans le sud et les centres-villes », *Etudes et résultats*, n° 9, p. 4.

- RICAN, S., VAILLANT, Z., BOCHATON, A., SALEM, G., 2014, « Inégalités géographiques de santé en France », *Les Tribunes de la santé*, vol. 43, n° 2, p. 39-45.
- ROTH, N., ANCEL, P., ANKRI, J., BARREYRE J.-Y., BERNARD, J.-L., FERNANDEZ, A., et al., 2009, *Les systèmes d'information dans le domaine du handicap : de l'observation à l'action*, Paris, ORS Ile-de-France.
- SECHET, R., LEROUVILLOIS, G., FLEURET, S., 2001, « L'hôpital entre ville et politiques de santé », *L'information géographique*, vol. 65, n° 2, p. 172-175.
- SESI, 1981, *Recensement des établissements pour handicapés adultes*, SESI.
- SUBRA, P., 2008, « L'aménagement, une question géopolitique ! », *Hérodote*, vol. n° 130, n° 3, p. 222-250.
- SUBRA, P., 2014, *Géopolitique de l'aménagement du territoire*, Paris, France, Armand Colin.
- BAS-THERON, F., DUPONT, M., 2003, *L'évaluation du besoin de places en CAT, MAS et FAM*,
- THEBAULT, P., 2008, « La planification médico-sociale au bénéfice des personnes en situation de handicap », in *La nouvelle planification sanitaire et sociale*, p. 105-122.
- TONNELIER, F., 1996, « Accès aux soins : inégalités géographiques et justice sociale », *Journal international de bioéthique*, vol. 7, n° 2, p. 94-98.
- TONNELIER, F., LUCAS-GABRIELLI, V., 1995, « Distance d'accès aux soins en 1990 », *Rapport de l'Irdes. Credes. N°1098*, n° 438, p. 70.
- TRIOMPHE, A., DEVEAU, A., FARDEAU-GAUTIER, M., RAVAUD, J.-F., RUMEAU-ROUQUETTE, C., VELCHE, D., et al., 1995, *Les personnes handicapées en France : données sociales*, Paris, CTNERHI.
- VACHEY, L., JEANNET, A., 2012, *Etablissements et services pour personnes handicapées : offres et besoins, modalités de financement*, IGAS.
- VAILLANT, Z., SALEM, G., 2008, *Atlas mondial de la santé : Quelles inégalités ? Quelle mondialisation ?*, Paris, Autrement.
- VALLEE, J., 2012, « L'influence croisée des espaces de résidence et de mobilité sur la santé. L'exemple des recours aux soins de prévention et de la dépression dans l'agglomération parisienne », *Bulletin de l'Association de Géographes Français*, vol. 2, p. 269-275.
- VANOVERMEIR, S., 2004, *Les établissements pour adultes handicapés au 31 décembre 2001*, DREES.
- VANOVERMEIR, S., BERTRAND, D., 2004, *Les établissements médico-sociaux pour adultes handicapés. Activité, clientèle et personnel au 31 décembre 2001*, DREES.
- VIGNERON, E., 2013a, *Les obstacles à l'accès aux soins. Une réalité d'aujourd'hui en France*, FEHAP.
- VIGNERON, E., 2013b, « Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français », *Les Tribunes de la santé*, vol. 38, n° 1, p. 41-53.
- VIGNERON, E., HAAS, S., 2012, *Les clefs de l'accès aux soins. Inégalités sociales et territoriales*, FEHAP.
- VILAIN, A., NIEL, X., 1999, « Les inégalités régionales de densité médicale. Le rôle de la mobilité des jeunes médecins », *Etudes et résultats*, n° 30, p. 8.

VILLE, I., LETOURMY, A., RAVAUD, J.-F., 2002, « Les méthodes de délimitation de la population handicapée : l'approche de l'enquête de l'Insee. Vie quotidienne et santé », *Population*, vol. 57, n° 3, p. 541-565.

VILLE, I., RAVAUD, J.-F., 2003, *Personnes handicapées et situations de handicap. Problèmes politiques et sociaux*, La documentation française, n°892.

WALTISPERGER, D., COSTES, J.-M., ROGER, G., 1982, « Recensement des établissements pour handicapés adultes », *Santé, sécurité sociale, statistiques et commentaires*, n° 4, p. 51-75.

WILES, J. L., ALLEN, R. E. S., PALMER, A. J., HAYMAN, K. J., KEELING, S., KERSE, N., 2009, « Older people and their social spaces: A study of well-being and attachment to place in Aotearoa New Zealand », *Social Science & Medicine*, vol. 68, n° 4, p. 664-671.

WOITRAIN, E., 1994, *Un outil pour la connaissance de la prise en charge du handicap et du risque d'exclusion : l'enquête ES du SESI*,

WOITRAIN, E., RUAULT, M., 1997, « La prise en charge des adultes handicapés : une inégale implantation des structures », *Solidarité santé, études statistiques*, n° 4.

## NOTES

1. Ces données proviennent d'une extraction du Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) datant de 2011.
2. Circulaire n°79/1 DOMI du 3 juillet 1979 relative à la mise en place d'un fichier national des établissements sanitaires et sociaux.
3. L'INSEE définit l'indice de Gini comme un indicateur synthétique d'inégalités de salaires (de revenus, de niveaux de vie...). Il varie entre 0 et 1. Il est égal à 0 dans une situation d'égalité parfaite où tous les salaires, les revenus, les niveaux de vie... seraient égaux. A l'autre extrême, il est égal à 1 dans une situation la plus inégalitaire possible, celle où tous les salaires (les revenus, les niveaux de vie...) sauf un seraient nuls. Entre 0 et 1, l'inégalité est d'autant plus forte que l'indice de Gini est élevé. Ici, son évolution indique une réduction ou une hausse des inégalités en équipement départemental.
4. Le nombre de places par établissement a évolué. En 1983, les foyers de vie et les MAS comptaient respectivement en moyenne 46 places et 40 places par établissement (ES, 1983) tandis qu'en 2010, le nombre de places moyen était de 31 par foyer de vie et de 42 par MAS (ES, 2010). Entre 2001 et 2010, le nombre moyen de places en FAM a diminué de 33 à 29 places (ES, 2001, 2010). L'indice de Gini ne tient donc pas compte des variations du nombre moyen de places par établissement entre 1975 et 2010.
5. La densité moyenne, en France métropolitaine, était de 117 habitants / km<sup>2</sup>, en 2014 (INSEE).
6. Pour une meilleure lisibilité, l'indice de Gini a été transformé en pourcentage. Il varie donc entre 0 et 100.
7. Circulaire DAS/RV1 n°89-22 du 15 décembre 1989 relative à la procédure de création et d'extension de certains services et établissements médico-sociaux pour les personnes handicapées relevant de la compétence de l'Etat.



---

## RÉSUMÉS

L'objet de cet article est d'objectiver les disparités territoriales d'équipement en structures d'hébergement pour adultes handicapés en France, des années 1970 à nos jours, d'étudier l'impact des politiques sociales sur leur évolution et ainsi d'appréhender les logiques territoriales propres à ce secteur. Une analyse quantitative du Fichier National des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) et d'enquêtes statistiques réalisées entre 1978 et 2010 permet de mesurer la répartition territoriale des établissements. Cette première analyse aide à comprendre les répercussions des politiques du handicap sur la répartition des établissements médico-sociaux, avec la progressive mise en place d'une régulation territoriale et la construction de la planification dans le champ médico-social de 1975 à 2010. Les résultats font apparaître une réduction des inégalités territoriales depuis la fin des années 1970 malgré un maintien de particularités locales, avec notamment un suréquipement dans les territoires ruraux.

This paper proposes to objectify regional disparities of residential facilities for persons with disabilities from 1970s to 2010s in France and to study the impact of social policies on their evolution. It aims to understand the specific regional approaches to this sector. We measured the regional distribution of these institutions, through to a quantitative analysis of the National File of health and social institutions (FINESS ) and statistical surveys conducted between 1978 and 2010. This first analysis helps to appreciate the impact of disability policies on the distribution of residential care facilities, thanks to the introduction of a regional regulation and a spatial planning (from 1975 to 2010). The results show a reduction in regional inequalities since the late 1970s despite continued local specificities, including an oversupply of residential facilities in rural areas.

## INDEX

**Keywords :** geography, disability, residential facilities, accommodation, regional disparities, social policies

**Mots-clés :** géographie, handicap, établissements médico-sociaux, secteur médico-social, disparités territoriales, politiques sociales

## AUTEURS

### NOÉMIE RAPEGNO

Docteure en géographie

EHESP Rennes, Sorbonne Paris Cité, MSSH, Chaire Participation sociale et situations de handicap

- INSERM, IFRH (Institut fédératif de recherche sur le handicap)

nrapegno@gmail.com

**JEAN-FRANÇOIS RAVAUD**

Directeur de Recherche INSERM

EHESP Rennes, Sorbonne Paris Cité, MSSH, Chaire Participation sociale et situations de handicap

- INSERM, IFRH (Institut fédératif de recherche sur le handicap)

INSERM, CERMES3-U988

ravaud@vjf.cnrs.fr