

Les disparités territoriales en matière de vieillissement et d'accès aux soins

Nathalie Chataigner et Clémence Darrigade

La prise en charge du bien vieillir représente un enjeu complexe pour les politiques publiques, en partie du fait de grandes disparités entre territoires tant en ce qui concerne les besoins des populations vieillissantes que l'offre de services, notamment de santé, mobilisable localement.

L'analyse des disparités territoriales en matière de vieillissement met en évidence des contrastes importants entre les zones densément peuplées et les autres, mais aussi entre l'intérieur des terres et les littoraux atlantique et méditerranéen. Au sein des zones situées à l'intérieur des terres, on constate notamment une fracture entre d'une part le nord et l'est, et d'autre part le sud et l'ouest au sein de la sous-population des 60-74 ans : les situations de perte d'autonomie sont plus répandues au nord et à l'est, régions où la vulnérabilité économique des populations vieillissantes est en outre plus marquée.

Quant à l'analyse de l'accessibilité des soins de santé, cruciale pour la prévention de la perte d'autonomie comme pour sa prise en charge, elle met également en évidence de fortes disparités en fonction de la densité de peuplement : l'accessibilité est globalement bien meilleure dans les zones denses ou de densité intermédiaire. Cette hétérogénéité est en outre beaucoup plus marquée encore pour les soins d'infirmiers libéraux ou de masseurs-kinésithérapeutes que pour ceux de généralistes libéraux. Par ailleurs, dans les communes relativement denses, l'accessibilité des soins d'infirmiers libéraux est meilleure dans les communes où le revenu médian est faible que dans les communes rassemblant des populations plus aisées. L'accessibilité des soins présente enfin des spécificités géographiques que n'expliquent ni la densité de peuplement ni le revenu médian : en particulier, à densité de population et revenu communal médian donnés, l'accessibilité des soins d'infirmiers libéraux et des masseurs-kinésithérapeutes est bien meilleure sur les façades atlantique et méditerranéenne, ainsi qu'aux frontières nord du pays.

Thématique : perte d'autonomie.

Avec l'accroissement massif de l'espérance de vie à 60 ans au cours des cinquante dernières années (+7,8 années pour les hommes et +7,6 années pour les femmes entre 1969 et 2019 selon l'Insee), la question du « bien vieillir » est devenue un enjeu central des politiques publiques, en France comme dans l'ensemble des pays à longévité élevée (Bonnet, Cambois et Fontaine, 2021). L'arrivée au grand âge des premières cohortes du baby-boom à partir de la fin des années 2020 rendra plus aiguë encore cette question, qui interpelle les décideurs publics aussi bien au niveau national qu'au niveau local : départements et communes sont en effet aux premières loges pour la mise en œuvre effective des politiques du bien vieillir, notamment en ce qui concerne la prévention comme la prise en charge de la perte d'autonomie.

La répartition territoriale des personnes âgées n'est pas sans conséquences sur la prise en charge de la dépendance, laquelle suppose de mobiliser toute une palette d'intervenants des secteurs sanitaire et médico-social, selon notamment que les personnes concernées vivent à domicile ou en établissement. Toutes les personnes âgées ne deviennent heureusement pas dépendantes, et la perte d'autonomie survient généralement à un âge avancé. En France, l'âge moyen de la perte d'autonomie, appréhendé par l'âge des nouveaux bénéficiaires de l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie), est de 83 ans à la fin des années 2000 (Debout, 2010) et la part des personnes bénéficiant de l'APA croît fortement avec l'âge : moins de 1 % à 60 ans mais 20 % à 85 ans et 63 % à 95 ans.

Cette concentration de la dépendance au grand âge fait que, malgré les incertitudes inhérentes à toute projection sur plusieurs décennies, le nombre de personnes âgées dépendantes devrait très fortement croître dans les années à venir du fait de l'arrivée au grand âge des générations nombreuses du baby-boom. Le rapport de la commission Grand âge et autonomie (Libault, 2020) retenait ainsi l'hypothèse d'un quasi-doublement entre 2015 et 2050 de la population de bénéficiaires de l'APA, qui passerait de 1,265 million à 2,235 millions.

Dans ce contexte, il est essentiel de disposer de données fines sur la répartition de l'offre de services au niveau local pour faire évoluer cette dernière en phase avec les besoins d'une population dépendante toujours plus nombreuse. En particulier, la question de l'accessibilité des soins est cruciale pour

des populations âgées souvent moins mobiles que les générations plus jeunes. Nous nous intéresserons donc dans cette étude tout particulièrement à l'accessibilité des services de santé les plus consommés par les personnes âgées, en commençant d'abord par caractériser sur le territoire les populations âgées en termes de fragilités : fragilités en termes d'autonomie, mais aussi fragilités économiques et sociales, à savoir disparités en termes de revenus et de patrimoine mobilisable, d'isolement, de capacité à se déplacer facilement, etc.

A cet effet, nous exploitons une base de données construite et diffusée par la Direction des politiques sociales de la Caisse des Dépôts (Mahieu, 2020), qui regroupe principalement des données territoriales sur le vieillissement produites par l'Insee et la Drees. Ces données, mobilisées pour la présente étude, sont d'ordre démographique (part des personnes âgées, part des personnes isolées parmi les personnes âgées, projection de l'évolution de la part des personnes âgées dans les décennies à venir...), économique (niveau de vie moyen des personnes âgées, fréquence de la pauvreté chez les personnes âgées...) et sanitaire et social (part des personnes âgées à domicile souffrant de limitations fonctionnelles, part des personnes âgées à domicile recourant à l'aide de proches ou de professionnels pour des actes de la vie quotidienne, proportion de bénéficiaires de l'APA...). Elles sont, à chaque fois que c'est possible, disponibles au niveau de la commune. Toutefois, certaines données ne sont disponibles qu'au niveau du département.

Bien qu'un peu surreprésentées dans les zones rurales, les personnes âgées résident majoritairement dans les agglomérations et sur les littoraux

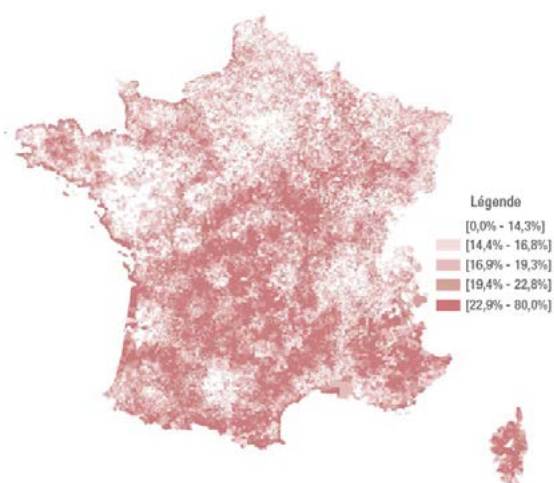
En 2016, la France compte 10,4 millions de personnes âgées de 60 à 74 ans et 5,6 millions âgées de 75 ans ou plus, soit une proportion de personnes âgées de 60 ans et plus dans la population totale d'environ 25 %. Les personnes âgées représentent de manière générale une part un peu plus importante de la population dans les zones peu denses telles que la « diagonale du vide » (Le Bouler, 2006) qui s'étend du sud-ouest au nord-est, les zones de montagne, l'intérieur de la Bretagne, etc. (cartes 1a et 1b). Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent ainsi 8,6 % de

la part de la population des communes de moins de 2 000 habitants, contre 8,0 % de celles de plus de 2 000 habitants.

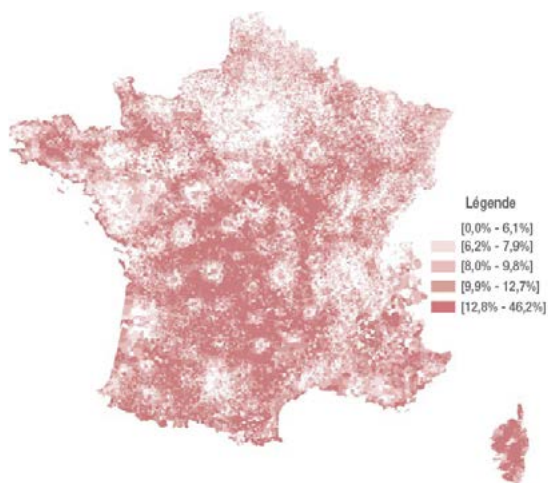
Pour autant ce constat d'une surreprésentation des plus âgés dans les zones peu denses ne doit pas occulter une autre réalité : les personnes âgées résident tout de même majoritairement, comme les autres tranches d'âge de la population bien qu'à un degré légèrement moindre, dans les grandes unités urbaines et sur les littoraux de la façade atlantique (de la Bretagne au Pays basque)

et de la Méditerranée (cartes 2a et 2b). Ces zones littorales sont en effet relativement attractives, amenant notamment d'assez nombreuses personnes à y emménager lors de leur départ en retraite (voir aussi Albert et Missoty (2015) sur la mobilité géographique des retraités du régime général). Par ailleurs, il n'est pas rare que des personnes âgées ayant fait l'expérience de l'isolement en zone rurale, déménagent vers les villes, afin de bénéficier d'une plus grande proximité avec les commerces et les services de santé (Ramos-Gorand, 2015).

Carte 1a - Part des personnes de 60 à 74 au sein des communes françaises (en %)



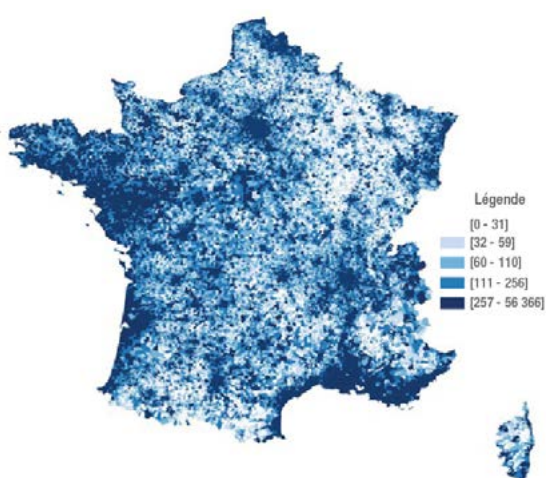
Carte 1b - Part des personnes de 75 ans et plus au sein des communes françaises (en %)



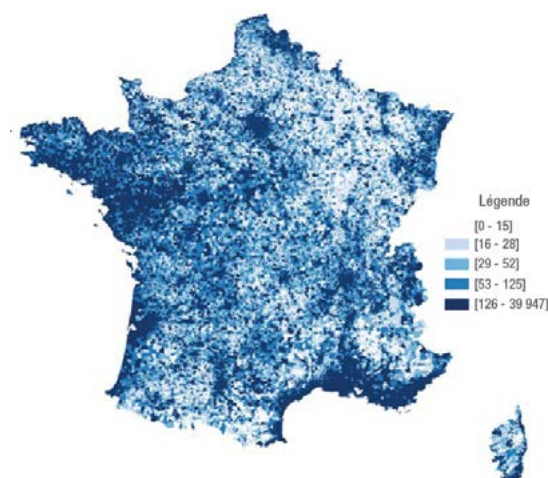
Source : Insee, Drees, calculs CDC.

Lecture : les seuils séparant les différentes couleurs correspondent aux quintiles de la distribution au sein des communes de la part dans la population communale des 60-74 ans (carte 1a) et des 75 ans et plus (carte 1b).

Carte 2a - Nombre de personnes âgées de 60 à 74 ans par commune



Carte 2b - Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus par commune



Source : Insee, Drees, calculs CDC.

Lecture : les seuils séparant les différentes couleurs correspondent aux quintiles de la distribution au sein des communes du nombre de personnes âgées de 60 à 74 ans (carte 2a) et de 75 ans et plus (carte 2b).

Les personnes âgées sont moins souvent autonomes dans le nord et l'est de la France, ainsi qu'en Corse

L'enquête Vie quotidienne et santé réalisée par la Drees en 2014 contient différentes questions relatives à l'état de santé ressenti, au recours à des aides dans la vie quotidienne, etc., dont les réponses ont permis de construire un score (Brunel et Carrère, 2019) caractérisant, pour chaque personne interrogée, son degré d'autonomie (regroupé en quatre modalités allant des personnes les plus autonomes aux personnes très dépendantes). Les cartes 3a et 3b illustrent ainsi, respectivement pour les personnes âgées de 60 à 74 ans et celles âgées de 75 ans et plus, la part dans chaque département des personnes ayant un degré d'autonomie faible ou très faible.

Sans surprise, le dégradé des couleurs confirme que la part des personnes avec un degré d'autonomie faible ou très faible est beaucoup plus élevée chez les 75 ans et plus que chez les personnes âgées de 60 à 74 ans. Ainsi, en 2014, 26,8 % des personnes âgées de 75 ans et plus étaient dans une telle situation, à comparer au taux de seulement 6,9 % pour les 60-74 ans. Au-delà de ce constat, des spécificités territoriales apparaissent. Que l'on considère les 60-74 ans ou les 75 ans et plus, les situations de faible autonomie sont particulièrement répandues dans les Hauts-de-France, en Haute-Corse et en région Grand Est, tandis que l'Île-de-France mais aussi la Bretagne et

les Pays-de-la-Loire présentent une situation plus favorable. On constate toutefois des situations parfois contrastées selon que l'on considère les 60-74 ans ou les 75 ans et plus, comme dans les départements de l'ouest du Massif central : alors que la fréquence des situations de perte d'autonomie y est proche de la moyenne pour les 60-74 ans, ces départements se distinguent par une fréquence élevée des situations de faible autonomie parmi les 75 ans et plus.

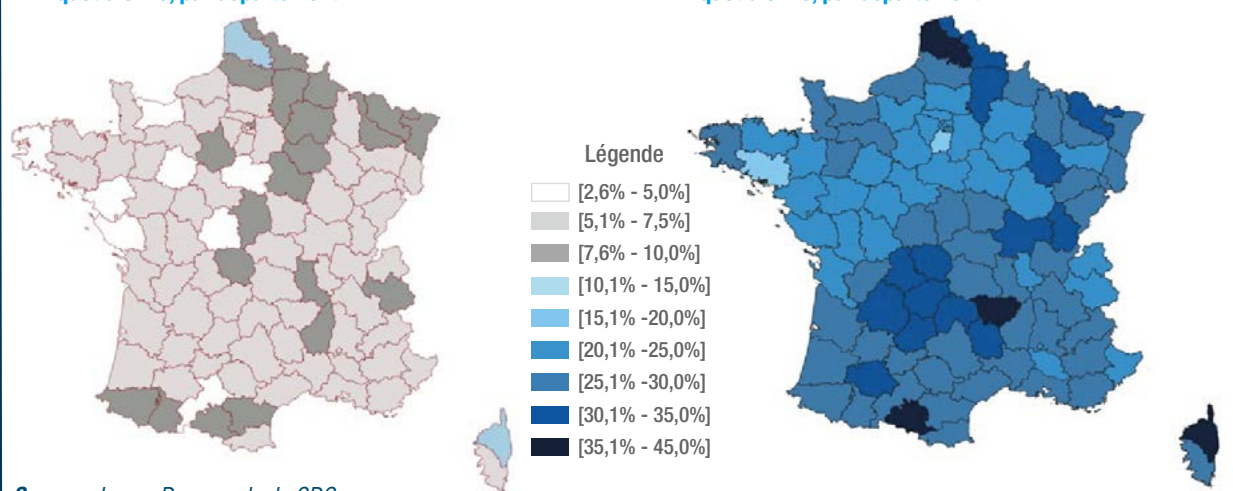
Les personnes âgées vivent en revanche moins souvent seules dans le nord et l'est de la France

Dans la pratique, la prise en charge de la dépendance mobilise bien souvent en premier lieu les proches : conjoint et enfants notamment. L'aide informelle joue donc un rôle majeur même si, en cas de dépendance sévère, elle s'accompagne le plus souvent d'une prise en charge par des professionnels de santé ou du secteur médico-social. Les personnes âgées isolées sont donc dans une situation de plus grande vulnérabilité face à la perte d'autonomie.

Les cartes 4a et 4b illustrent ainsi la part des personnes âgées vivant seules dans l'ensemble des communes de métropole. La fréquence du veuvage croît mécaniquement avec l'âge, de sorte que la part des personnes vivant seules est bien supérieure chez les 75 ans et plus, où elle atteint 42,5 % sur l'ensemble du territoire, que chez les 60-74 ans. La part des personnes vivant

Carte 3a - Part des 60-74 ans déclarant être moyennement ou fortement limités dans leur vie quotidienne, par département

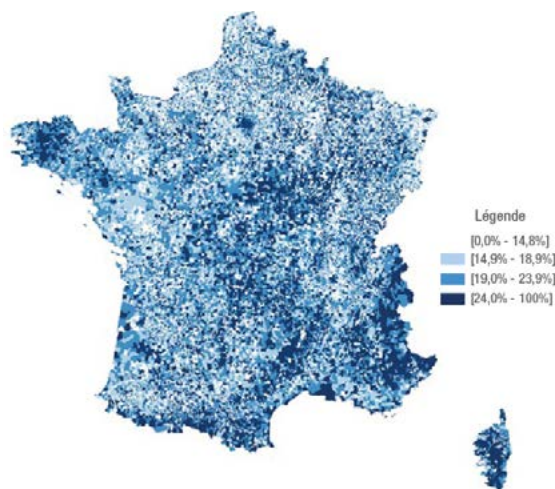
Carte 3b - Part des 75 ans et plus déclarant être moyennement ou fortement limités dans leur vie quotidienne, par département



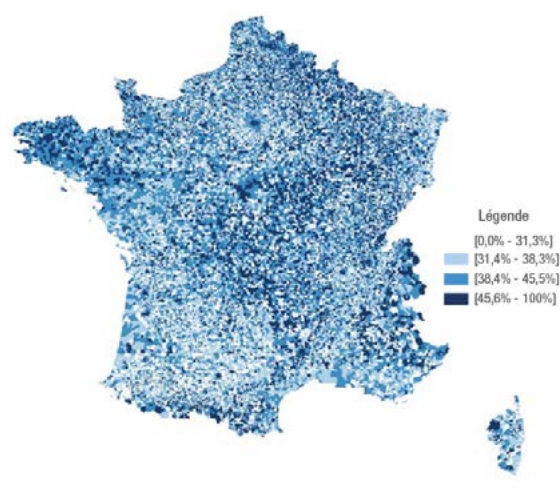
Source : Insee, Drees, calculs CDC.

Lecture : dans le Finistère (en blanc sur la carte 3a), la part des personnes âgées de 60 à 74 ans déclarant être moyennement ou fortement limitées dans leur vie quotidienne est comprise entre 2,6 % et 5,0 %.

Carte 4a - Part des 60-74 ans vivant seuls, par commune (en %)



Carte 4b - Part des 75 ans et plus vivant seuls, par commune (en %)



Source : Insee, Drees, calculs CDC.

Note : les seuils séparant les quatre catégories de couleurs correspondent aux quartiles de la distribution par commune (non pondérée) de la part des personnes âgées vivant seules.

Lecture : les zones en blanc sur la carte 4a correspondent aux communes dans lesquelles la part des personnes de 60 à 74 ans vivant seules est inférieure ou égale à 14,8%.

seules présente des spécificités régionales marquées, notamment chez les 60-74 ans : élevée en Bretagne, en Corse, dans les régions alpines ou dans le centre de la France, elle est nettement plus faible dans les Hauts-de-France et le Grand Est. Si les régions du nord et de l'est comptent une plus grande proportion des 60-74 ans peu autonomes, les personnes concernées ont sans doute, plus souvent que dans les autres régions, accès à l'aide informelle d'autres personnes du ménage. En revanche, on observe moins de disparités entre régions dans la part des 75 ans et plus vivant isolés.

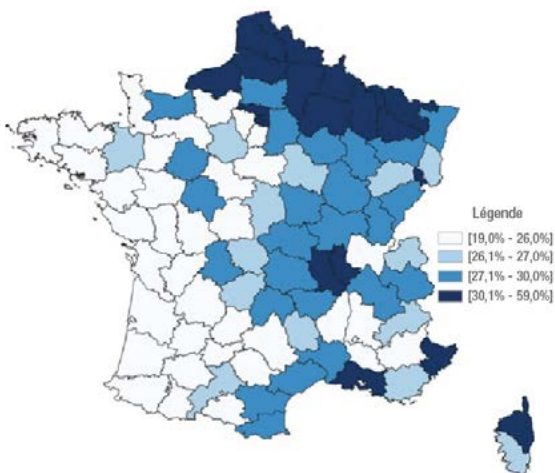
Possession d'un véhicule, propriété de sa résidence principale : une fracture entre le nord et l'est d'une part, les façades atlantique et méditerranéenne d'autre part

Le fait de disposer ou non d'un véhicule peut affecter l'accès des personnes âgées aux services (soins de santé, commerces...) dont elles ont besoin, et ce d'autant plus que ces personnes vivent dans des zones plus écartées des centres urbains, tandis que la détention de sa résidence principale peut faciliter le financement d'une éventuelle prise en charge en Ehpad. A cet égard, la proportion de personnes âgées de 75 ans et plus vivant dans un ménage dépourvu de véhicule (carte 5) est de 31 %, un chiffre beaucoup plus élevé que pour les 60-74 ans (11 %).

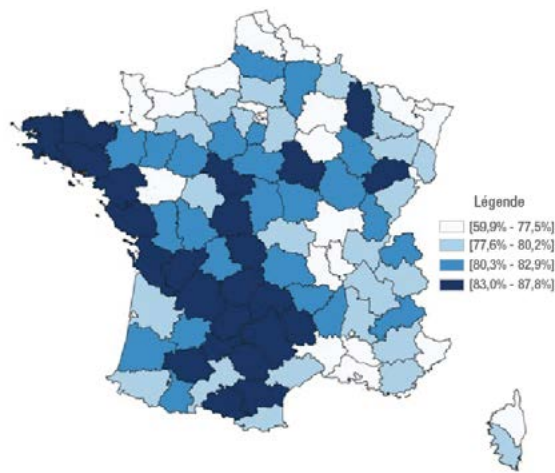
Ce constat peut refléter le fait que certaines personnes renoncent à conduire avec l'avancée en âge, mais peut également résulter d'une proportion encore élevée, dans cette population, de femmes isolées appartenant à des générations anciennes et n'ayant pas le permis de conduire (Demoli, 2014). Les 75 ans et plus sont en revanche très souvent propriétaires de leur résidence principale (carte 6), ayant pu bénéficier de prix de l'immobilier nettement plus bas, de conditions d'emprunt favorables dans les années 1970 et 1980 ou ayant perçu un héritage de leurs parents qui étaient eux même propriétaires.

Par ailleurs, d'assez fortes disparités régionales émergent : ainsi les régions du nord et de l'est, déjà identifiées comme des territoires dans lesquels le degré d'autonomie des personnes âgées est plus faible, se singularisent par une plus faible part de personnes âgées propriétaires de leur résidence principale, et une plus forte proportion de personnes vivant dans un ménage dépourvu de véhicule. Ces indicateurs suggèrent que les personnes âgées faiblement autonomes, nombreuses dans ces régions, risquent d'être plus souvent confrontées à des difficultés économiques qui compliquent leur prise en charge. A contrario, dans les départements du sud-ouest où la part des personnes de 75 ans et plus faiblement autonomes est relativement élevée, les personnes âgées sont plus

Carte 5 - Part des personnes de 75 ans vivant dans un ménage ne disposant pas de véhicule



Carte 6 - Part des personnes de 75 ans et plus vivant dans un ménage propriétaire de sa résidence principale

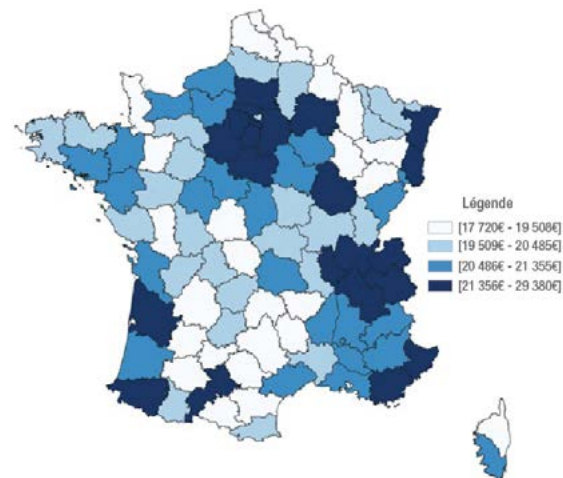


Source : Insee, Drees, calculs CDC.

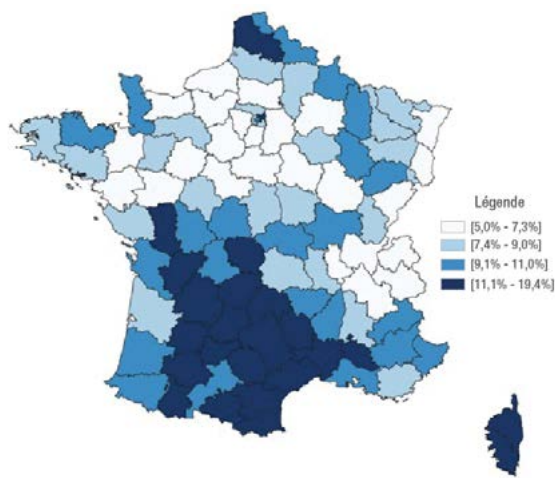
Note : les seuils séparant les couleurs correspondent aux quartiles de la distribution par département de la part des 75 ans et plus vivant dans un ménage n'ayant pas de véhicule (carte 5) et des 75 ans et plus vivant dans un ménage propriétaire de sa résidence principale (carte 6).

Lecture : dans le Finistère (en blanc sur la carte 5 et en bleu foncé sur la carte 6), la part des 75 ans et plus vivant dans un ménage ne disposant pas de véhicule (resp. propriétaire de sa résidence principale) est comprise entre 19,0% et 26,0% (resp. entre 83,0% et 87,8%).

Carte 7 - Revenu par unité de consommation médian des personnes âgées de 75 ans et plus



Carte 8 - Taux de pauvreté des personnes âgées de 75 ans et plus (en %)



Source : Insee, Drees, calculs CDC.

Note : sont ici considérées comme pauvres les personnes dont le niveau de vie est inférieur à 60% du revenu par unité de consommation médian national. Les seuils séparant les couleurs correspondent aux quartiles des distributions.

Lecture : dans le Finistère (en bleu clair sur les deux cartes) le revenu par unité de consommation médian des 75 ans et plus est compris entre 19 509 € et 20 485 €, et le taux de pauvreté des 75 ans et plus entre 7,4% et 9,0%.

souvent propriétaires de leur résidence principale et vivent moins souvent dans un ménage dépourvu de véhicule.

Une hétérogénéité des niveaux de vie et de l'exposition à la pauvreté

Le niveau de vie des personnes âgées de 75 ans et plus (carte 7) ainsi que leur taux de pauvreté (carte 8) sont hétérogènes

au sein du territoire. Les départements du nord et de l'est de la France, la Corse mais aussi les départements non côtiers du sud-ouest de la France se distinguent ainsi par un niveau de vie des 75 ans et plus inférieur à la médiane nationale, et par un taux de pauvreté plus élevé. La fréquence élevée de la pauvreté dans les départements non côtiers du sud-ouest tient probablement en partie à la surreprésentation dans ces zones

Encadré 1**Indicateurs sélectionnés pour réaliser une classification des départements**

Pour cette étude, les mêmes variables ont été retenues pour effectuer une typologie du territoire pour les 60-74 ans et pour les 75 ans et plus, à savoir :

- des variables issues du dispositif Filosofi de l'Insee sur les revenus, comme le revenu médian par unité de consommation ;
- des variables produites par la Drees comme le score permettant d'évaluer le degré d'autonomie des personnes âgées ; des variables relatives au nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile et en établissement ;
- des variables issues de l'Insee provenant du recensement de la population : ces variables fournissent entre autres des informations sur les caractéristiques de la population comme le type de logement, les conditions de logement, le niveau de diplôme, le moyen de transports...

Suite à une étude préliminaire des corrélations entre toutes ces variables, certaines d'entre elles ont été écartées car trop peu indépendantes.

de populations ne bénéficiant que de faibles pensions de retraite, notamment les anciens exploitants agricoles et leurs conjoints.

Ces éléments sur la détention d'un patrimoine immobilier, le niveau des revenus et la fréquence de la pauvreté chez les 75 ans et plus sont essentiels dans la mesure où la prise en charge de la dépendance génère des coûts souvent très importants, que les personnes n'ayant que de faibles revenus ne sont pas en mesure de financer sans mobiliser leur patrimoine, sans faire appel à leurs proches ou aux différents dispositifs d'aide sociale. A cet égard, les cartes 7 et 8 mettent en évidence des situations spécifiques dans certains départements : si, en règle générale, un niveau de vie médian des 75 ans et plus élevé va de pair avec un taux de pauvreté plus faible, ce lien n'est pas systématique. Ainsi, si le niveau de vie médian des 75 ans et plus apparaît comparativement élevé dans certains départements maritimes comme le Var, les Alpes Maritimes ou les Pyrénées Atlantiques, le taux de pauvreté des 75 ans et plus y demeure proche de la médiane nationale. Ceci signale d'importantes disparités de revenus dans cette population âgée, dont une fraction minoritaire, mais significative, ne dispose que de ressources financières modestes.

Une typologie des départements selon les caractéristiques des personnes âgées qui y résident

Une typologie des départements est dressée à l'aide d'une méthode d'analyse des données (analyse en composantes principales). Elle permet de proposer une classification regroupant les départements en fonction de leurs convergences ou divergences relativement

à une série d'indicateurs. L'analyse a été menée séparément sur les indicateurs relatifs à la population des 60-74 ans d'une part et à celle des 75 ans et plus d'autre part (encadré 1).

La France des 60-74 ans : un fort contraste nord-est / sud-ouest

Concernant les 60-74 ans, quatre groupes de départements sont mis en évidence (carte 9a)¹ :

- (1) un groupe « grand ouest » débordant sur le Centre-Val de Loire et rassemblant la plupart des départements littoraux de la Basse-Normandie à la frontière espagnole, à l'exception notable de la Gironde et des Pyrénées-Atlantiques ;
- (2) un groupe « nord-est » regroupant l'essentiel des régions Hauts-de-France, Grand-Est et Bourgogne-Franche Comté, et incluant également l'Auvergne ;
- (3) un groupe rassemblant, outre le bloc formé par les départements de la vallée du Rhône, des Alpes et du littoral méditerranéen, les départements de la grande couronne parisienne ;
- (4) enfin, un ensemble formé par Paris et les départements de la petite couronne.

Les deux premiers groupes, qui comptent chacun un nombre important de départements relativement ruraux, présentent plusieurs similitudes : les 60-74 ans qui y résident habitent massivement dans une maison (86 % et 79 %), et sont souvent propriétaires de leur résidence principale (83 % et 77 %). Une petite moitié d'entre eux (41 % et 45 %) réside dans le même logement depuis

¹ Vous pouvez retrouver l'ensemble des statistiques moyennes de chaque indicateur pour chaque groupe de département en libre accès avec les données de l'ensemble des tableaux, graphiques et des cartes de ce numéro sur le site <https://politiques-sociales.caissedesdepots.fr/>.

30 ans ou plus. La part des non diplômés y est assez élevée, plus encore dans le groupe 2 (41 %) que dans le groupe 1 (37 %), et la part des personnes immigrées parmi les 60-74 ans y est faible (5 % et 8 %).

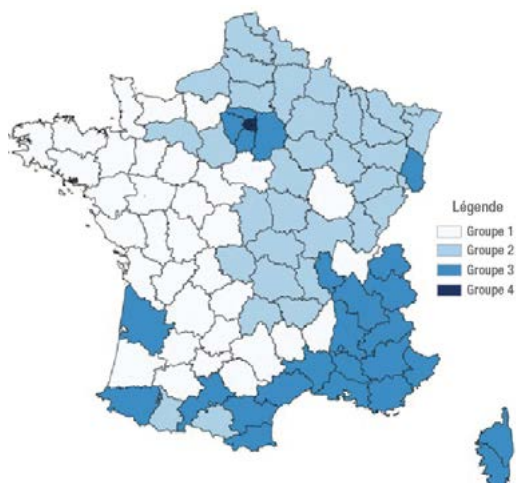
Des différences entre ces deux groupes peuvent toutefois être soulignées : la part des personnes complètement autonomes est la plus élevée des quatre groupes dans le groupe 1 (79 %) tandis qu'elle est la plus faible dans le groupe 2 (74 %). La proportion de bénéficiaires de l'APA à domicile est assez faible, mais presque deux fois plus élevée dans le groupe 2 (1,1 %) que dans le groupe 1 (0,6 %). Ces deux groupes se distinguent aussi par l'ancienneté du bâti : 38 % des logements des 60-74 ans ont été construits en 1970 ou avant dans le groupe 1, contre 48 % dans le groupe 2. Enfin, les 60-74 ans vivent un peu plus fréquemment dans un ménage dépourvu de véhicule dans le groupe 2 (10 %) que dans le groupe 1 (6 %) – caractéristique importante s'agissant de groupes rassemblant de nombreux départements ruraux. Le taux de pauvreté des 60-74 ans est également plus élevé dans le groupe 2. Schématiquement, on peut considérer que si les groupes 1 et 2 présentent de nombreux points communs, les facteurs de fragilité sont plus répandus dans le groupe 2, qu'il s'agisse de fragilités économiques (revenu médian, taux de pauvreté), sanitaires (degré d'autonomie) ou sociales (absence de véhicule).

Par comparaison, le groupe 3 se distingue par des inégalités de revenus plus fortes : les 60-74 ans sont plus diplômés que dans les groupes 1 et 2 et leur revenu médian

est plus élevé, mais leur taux de pauvreté ainsi que la proportion d'immigrés sont également supérieurs. Les personnes de ce groupe ont emménagé plus récemment dans leur logement que celles des deux premiers groupes (reflet probable de l'attractivité des littoraux pour les retraités) et résident dans des logements moins anciens. Elles sont plus nombreuses à vivre en appartement dans ce groupe (35 %), et la moitié des personnes en appartement ne disposent pas d'un ascenseur. Le degré d'autonomie du groupe 3 est intermédiaire entre les groupes 1 et 2. Pour résumer, ce groupe semble se distinguer par une plus grande disparité de situations des 60-74 ans.

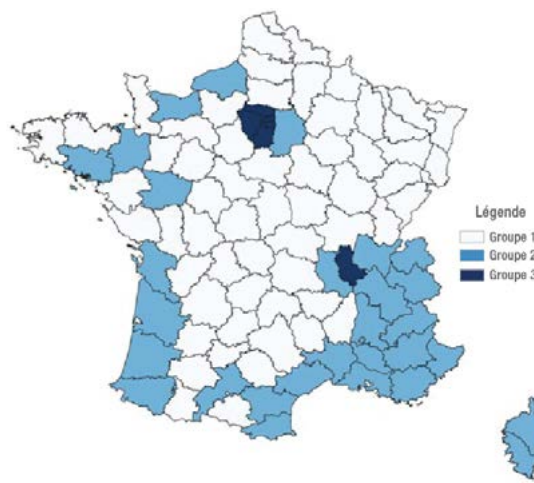
Le dernier groupe correspond à une zone géographique très spécifique : Paris et la petite couronne. Si le revenu médian y est le plus élevé des quatre groupes, les personnes de ce groupe sont en moyenne moins autonomes que dans les groupes 1 et 3. Un bon quart de cette population vit en outre dans un appartement sans ascenseur, et seulement 20 % vivent en maison. La proportion d'individus isolés (31 %) y est plus élevée que dans les 3 autres groupes (entre 23 et 24 %). Plus d'un quart des 60-74 ans de ce groupe réside dans le parc social. L'habitat y est logiquement assez ancien (59 % résident dans un logement construit en 1970 ou avant) mais moins d'un tiers des 60-74 ans de ce groupe réside dans leur logement depuis 30 ans ou plus. La proportion d'immigrés (28 %) est bien supérieure à celle des autres groupes.

Carte 9a - Typologie des départements français pour les 60-74 ans



Source : Insee, Drees, calculs CDC.

Carte 9b - Typologie des départements français pour les 75 ans et plus



La France des 75 ans et plus : la spécificité des littoraux de la moitié sud

Bien que ne comptant que trois classes au lieu de quatre (carte 9b), la typologie élaborée sur la base des indicateurs relatifs aux personnes de 75 ans et plus présente certaines similitudes avec celle des 60-74 ans. Certes l'opposition entre une France de l'est et une France de l'ouest disparaît, au profit d'un grand groupe 1 réunissant la majeure partie des départements situés à l'intérieur des terres. Les départements des Alpes, de la majeure partie de la vallée du Rhône et de la totalité du littoral méditerranéen demeurent rassemblés dans un même groupe 2 réunissant aussi la majeure partie des départements des littoraux de l'Atlantique et de la Manche tandis que le dernier groupe 3 correspond aux zones très urbanisées de l'Île-de-France (amputée de la Seine-et-Marne) et de l'agglomération lyonnaise.

Le groupe 1 se distingue ainsi par une proportion de personnes de 75 ans et plus avec un degré élevé d'autonomie (40 %) plus faible que dans les groupes 2 à 44 % et 3 à 48 %. Pour autant la part de la population bénéficiant de l'APA y est plus faible que dans le groupe 2. 81 % des personnes de 75 ans et plus y vivent en maison, généralement depuis plus de 30 ans dans le même domicile dont ils sont le plus souvent propriétaires. La part des non-diplômés parmi les 75 ans et plus, de 65 %, y est plus élevée qu'ailleurs.

A contrario dans le groupe 3, les personnes âgées de 75 ans et plus sont plus souvent très autonomes mais, au sein des bénéficiaires de l'APA, la part de celles vivant en établissement

y est beaucoup plus élevée qu'ailleurs. Seulement le tiers des personnes de 75 ans et plus vit en maison, et 20 % résident dans un appartement sans ascenseur. Les personnes âgées y sont un peu plus souvent isolées et davantage diplômées qu'ailleurs.

Le groupe 2 présente un profil intermédiaire entre les groupes 1 et 3, avec toutefois la particularité d'avoir une proportion de bénéficiaires de l'APA chez les 75 ans et plus qui atteint 14 % contre seulement 11 % dans le groupe 1 et 7 % dans le groupe 3. Par ailleurs, dans cette zone comptant beaucoup de départements littoraux, la proportion des 75 ans et plus résidant dans leur logement depuis 30 ans ou plus est plus faible qu'ailleurs.

L'accessibilité des services de santé est beaucoup plus faible dans les zones peu denses ou très peu denses

Une condition essentielle au « bien vieillir » est de bénéficier d'un accès facile aux services de santé auxquels les personnes âgées sont le plus susceptibles d'avoir fréquemment recours. La question de l'inégal accès aux soins sur le territoire – popularisée via l'expression « déserts médicaux » – est donc centrale. Elle ne se réduit d'ailleurs pas à l'accès aux seules professions médicales, mais à tout un ensemble de services de santé. A cet effet, la Drees et l'Irdes produisent des indicateurs « d'accessibilité potentielle localisée » (APL) déclinés à l'échelon communal (encadré 2).

Nous mobilisons donc ces indicateurs d'APL pour analyser les disparités d'accès à trois types de professions médicales ou

Encadré 2

L'accessibilité potentielle localisée (APL)

Pour évaluer les disparités d'accès aux services de santé selon les territoires, il est par exemple possible de se référer à des indicateurs comme le nombre de généralistes par habitant qui rapportent une offre (le nombre de généralistes en activité dans une commune) à une demande (le nombre d'habitants de la même commune).

Ce type d'indicateur est toutefois relativement fruste. D'une part, l'évaluation de la demande ne tient pas compte des disparités de besoins au sein de la population : par exemple les personnes âgées ou les parents de jeunes enfants consultent plus souvent leur médecin généraliste que les jeunes adultes sans enfants. D'autre part, l'offre est également mal évaluée : elle dépend aussi de l'activité effective des médecins (mesurable par la durée du travail ou le nombre d'actes), et ne se limite pas au territoire communal (les habitants de la commune peuvent choisir de consulter un généraliste sur une commune proche).

Afin de remédier à ces défauts, la Drees et l'Irdes ont développé depuis une dizaine d'années des indicateurs rapportant également une offre locale à une demande locale, mais en

évaluant beaucoup plus précisément les deux composantes. L'évaluation de la demande au niveau d'une commune consiste à pondérer les effectifs d'habitants par sexe et âge de la commune par la consommation moyenne de services de santé par sexe et âge mesurée au niveau national (en tenant naturellement compte du fait que les disparités de consommation par sexe et âge ne sont pas identiques selon que l'on étudie par exemple le cas des médecins généralistes ou celui des infirmiers libéraux). L'évaluation de l'offre tient compte du nombre ainsi que de l'activité effective des professionnels de santé actifs non seulement sur la commune mais également dans des communes proches : afin de tenir compte du fait que l'accessibilité diminue avec la distance, les professionnels de santé des communes proches sont affectés d'une pondération qui décroît avec la distance entre la commune d'exercice et la commune étudiée. In fine, les indicateurs APL sont exprimés selon le cas en nombre de consultations par habitant et par an, ou en nombre d'équivalents temps plein (ETP) de professionnels de santé par habitant.

paramédicales : les médecins généralistes libéraux, les infirmiers libéraux et les masseurs-kinésithérapeutes. Ces trois types d'intervenants jouent un rôle majeur pour le maintien à domicile des personnes âgées, aussi bien en termes de prévention de la dépendance que de prise en charge à domicile des personnes dépendantes dans des conditions satisfaisantes.

En France, en 2016, l'indicateur d'accessibilité des médecins généralistes libéraux s'établit en moyenne à 4,1 consultations par an et par habitant : la Drees définit comme « déserts médicaux » les territoires où l'accessibilité des médecins généralistes est inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant (Vergier et al., 2017). Les indicateurs d'accessibilité des infirmiers libéraux et des masseurs-kinésithérapeutes² s'établissent respectivement à 140 équivalents temps plein en moyenne pour 100 000 habitants et 97 équivalents temps plein en moyenne pour 100 000 habitants.

Ces indicateurs sont difficilement comparables, ne serait-ce que parce que les APL de ces différents services de santé ne sont pas toutes exprimées dans la même unité. Afin de pouvoir analyser conjointement l'accessibilité de ces trois types de soins, chacune des trois APL a été normalisée en affectant conventionnellement la valeur de 10 à sa médiane calculée sur l'ensemble de la population française. Ainsi, dans les paragraphes qui suivent, si par exemple l'APL des infirmiers libéraux d'une commune donnée s'établit à 13, cela signifie que l'APL des infirmiers libéraux pour la commune

considérée s'établit 30 % au-dessus de la valeur médiane calculée sur l'ensemble de la population de l'APL des infirmiers libéraux. Le tableau 1 illustre ainsi la valeur médiane, pour chaque type de service de santé, de l'APL normalisée pour différentes catégories d'âge de la population, et pour différentes catégories de commune en fonction du revenu médian par unité de consommation de leur population et de leur catégorisation dans la grille communale de densité de l'Insee (encadré 3).

Par construction, sur l'ensemble de la population, chaque APL a une valeur médiane de 10. Les valeurs médianes des APL pour la population des 60-74 ans et celle des 75 ans et plus peuvent différer de 10 du fait de leur implantation hétérogène sur le territoire, mais en pratique les APL médianes calculées sur ces populations de seniors ne s'écartent que marginalement de 10, puisque comprises entre 9,8 et 10,3. En revanche, la valeur médiane des APL varie davantage selon la position de la commune dans la distribution du revenu communal médian : pour les généralistes l'APL diminue légèrement entre les 20 % de communes aux plus faible revenu médian (10,5) et les 20 % de communes au revenu médian le plus élevé (9,4). L'APL des masseurs-kinésithérapeutes ne varie que faiblement avec le revenu médian communal, tandis que l'APL des

² L'information utilisée sur l'APL des masseurs-kinésithérapeutes porte sur ceux de moins de 65 ans alors que pour l'APL des médecins généralistes et des infirmiers libéraux, l'information concerne ceux en activité quel que soit l'âge.

Tableau 1

Médianes des APL normalisées selon l'âge, le revenu médian de la commune ou la densité

Variable	Modalité	Médecins	Infirmiers	Kinésithérapeutes
Selon l'âge	Ensemble de la population	10,0	10,0	10,0
	60-74 ans	9,9	10,2	9,8
	75 ans et plus	10,0	10,3	10,0
Selon le revenu médian par unité de consommation de la commune	1 ^{er} quintile	10,5	12,3	10,1
	2 ^e quintile	10,0	10,0	9,6
	3 ^e quintile	10,2	10,3	9,9
	4 ^e quintile	10,0	9,8	10,0
	5 ^e quintile	9,4	8,2	10,1
Selon la position de la commune dans la grille de densité	Densité 1 : population dense	11,1	9,2	12,1
	Densité 2 : population intermédiaire	10,4	12,2	11,1
	Densité 3 : population peu dense	8,5	8,9	7,2
	Densité 4 : population très peu dense	7,1	6,9	4,7

Source : Insee, Drees, calculs CDC.

Lecture : la valeur médiane de l'accessibilité normalisée des infirmiers des 60-74 ans est de 10,2, soit un niveau supérieur de 2 % à la valeur médiane de l'accessibilité normalisée calculée pour l'ensemble de la population.

Encadré 3**La grille communale de densité de l'Insee**

Traditionnellement, la densité de population dans une commune est mesurée en rapportant la population de la commune à sa superficie en km². Cette approche montre ses limites pour des communes relativement étendues comptant à la fois des zones très urbanisées et des zones dépeuplées : la densité de population de telles communes peut alors apparaître comme moyenne, voire faible, quand bien même l'essentiel de leur population réside dans des zones très denses.

Pour pallier cet inconvénient, l'Insee a produit une grille communale de densité sur la base d'une méthodologie définie au niveau européen, consistant à analyser la densité de population dans des « carreaux » de 1 km². En simplifiant quelque peu, si plus de la moitié de la population d'une commune réside dans un

carreau de densité moyenne supérieure à 1 500 habitants/km² et que l'agrégation de ces carreaux constitue un centre urbain d'au moins 50 000 habitants, elle est considérée comme « densément peuplée ». Sinon, si plus de la moitié de sa population vit dans un carreau de densité moyenne supérieure à 300 habitants/km² et que l'agrégation de ces carreaux fait plus de 5 000 habitants, la commune est considérée comme de « densité intermédiaire ». Enfin, les communes dont la majorité de la population vit dans un carreau de densité moyenne inférieure à 25 habitants/km² sont considérées comme « très peu denses ». Les communes ne rentrant dans aucune de ces catégories sont considérées comme « peu denses ».

infirmiers généralistes décroît très fortement avec le revenu communal médian, passant de 12,3 à 8,2 entre les quintiles extrêmes.

C'est en fonction de la position de la commune dans la grille de densité que les variations des APL sont les plus fortes. Elles confirment que les trois APL sont en moyenne nettement plus faibles dans les communes très peu denses que dans les communes denses. C'est pour les masseurs-kinésithérapeutes que le phénomène est le plus marqué puisque l'APL médiane pour les communes denses est 2,5 fois plus élevée que pour les zones très peu denses. L'accessibilité des infirmiers libéraux se singularise toutefois par une APL médiane sensiblement plus élevée pour les communes intermédiaires que pour les communes denses.

L'accès aux soins de généralistes libéraux est beaucoup plus homogène sur le territoire que l'accès aux services d'infirmiers libéraux ou de masseurs-kinésithérapeutes

La carte 10 montre qu'au sein d'une même région l'accessibilité normalisée des généralistes varie beaucoup d'une commune à l'autre : elle semble notamment meilleure sur les littoraux que dans l'intérieur des terres. En revanche, aucune région prise dans sa globalité ne se détache clairement des autres, à part peut-être le Centre-Val de Loire où l'accessibilité des généralistes semble relativement plus faible. L'accessibilité des soins de généralistes libéraux semble également assez faible dans la région très peuplée qu'est l'Île-de-France.

Par comparaison, l'accessibilité des soins d'infirmiers libéraux (carte 11) et celle des soins de masseurs-kinésithérapeutes (carte 12) présentent des spécificités régionales beaucoup plus marquées.

La moitié nord du pays, à l'exception notable du Nord-Pas de Calais, de l'Alsace et de l'ouest de la Bretagne, paraît beaucoup moins bien positionnée en termes d'accessibilité des soins infirmiers libéraux que la moitié sud : en particulier, une vaste zone allant de la Normandie au Poitou-Charentes en passant par les Pays de la Loire et le Centre-Val de Loire, présente une APL faible. L'accessibilité des soins de masseurs-kinésithérapeutes se caractérise quant à elle par des valeurs assez élevées sur l'ensemble des côtes atlantique et méditerranéenne (Corse exceptée), mais généralement beaucoup plus faibles dans l'intérieur des terres.

Les écarts d'accessibilité en fonction de la densité sont particulièrement marqués pour les infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes

Afin d'isoler le rôle des différents facteurs dans les disparités géographiques d'accessibilité de chacun des trois types de soins étudiés, les APL normalisées ont été régressées sur différentes variables caractérisant les communes : part des personnes âgées, revenu communal médian et position de la commune dans la grille de densité. Cette analyse économétrique par moindres carrés ordinaires confirme que les différentes APL varient très peu selon que la part de la population âgée dans la commune est faible, moyenne ou élevée. En revanche, elle met en évidence un impact important du niveau de vie communal médian, et plus encore du positionnement de la commune dans la grille de densité. Ainsi, les graphiques 1, 2 et 3 illustrent, en supposant les autres caractéristiques fixées, les APL estimées selon les quintiles de niveau de vie médian pour chacun des quatre niveaux de la grille de densité.

Si, globalement, l'accessibilité normalisée augmente avec la densité, on note toutefois de nouveau la spécificité de l'accessibilité normalisée des infirmiers libéraux, qui est maximale dans les zones intermédiaires, et non dans les zones denses. C'est par ailleurs pour les masseurs-kinésithérapeutes que les écarts d'accessibilité en fonction de la densité sont les plus marqués, et pour les généralistes libéraux qu'elles sont les plus faibles.

L'APL normalisée varie en revanche beaucoup moins avec le revenu communal médian. L'accessibilité des infirmiers libéraux dans les zones intermédiaires diminue ainsi avec le revenu communal médian, mais les fluctuations de cette APL en fonction du revenu communal médian sont beaucoup plus modestes dans les autres modalités de la grille de densité. Pour les généralistes libéraux et les masseurs kinésithérapeutes, les variations de l'accessibilité en fonction du revenu communal médian sont de plus faible ampleur et, surtout, différent nettement selon le positionnement de la commune dans la grille de densité : si, au sein des communes denses, l'accessibilité des généralistes libéraux comme des masseurs-kinésithérapeutes est plus faible dans les 20 % de communes au revenu médian le plus élevé, on constate a

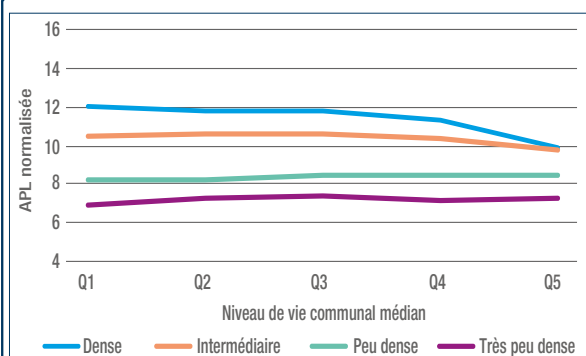
contrario que l'accessibilité des masseurs-kinésithérapeutes augmente avec le revenu communal médian dans les communes peu denses ou très peu denses.

A densité donnée, l'accessibilité des soins d'infirmiers ou de masseurs-kinésithérapeutes est bien meilleure dans la moitié sud et sur les littoraux

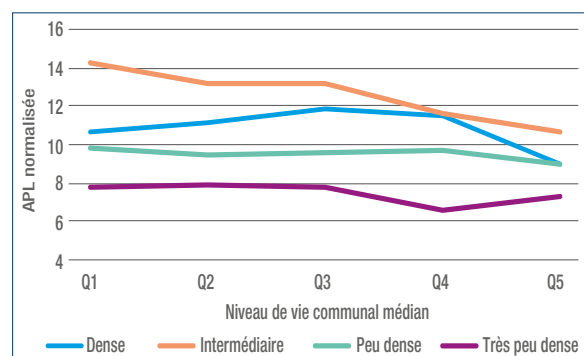
Les écarts entre régions déjà notés sur les cartes 10 à 12 traduisent notamment ces effets de la densité, du niveau de vie communal médian et de la part des personnes âgées. Toutefois, même à densité, niveau de vie communal médian et part des personnes âgées donnés, des écarts résiduels³ importants subsistent : ils sont représentés sur les cartes 13 à 15.

³ La méthode économétrique en moindres carrés permet de mesurer l'effet de variables (explicatives) sur une variable à expliquer. Elle permet donc de calculer à partir des valeurs constatées de ces variables explicatives une valeur estimée de la variable expliquée (les APL normalisées). On peut mesurer le résidu qui est l'écart entre la valeur constatée et la valeur estimée par le modèle économétrique c'est-à-dire l'écart non expliqué par les variables explicatives. Dans cette étude, l'écart résiduel permet de localiser les communes réellement sous-dotées (écart négatif) ou sur-dotées (écart positif) en professionnels de santé une fois retirés les effets de la densité, du niveau de vie médian et de la part des personnes âgées de la commune.

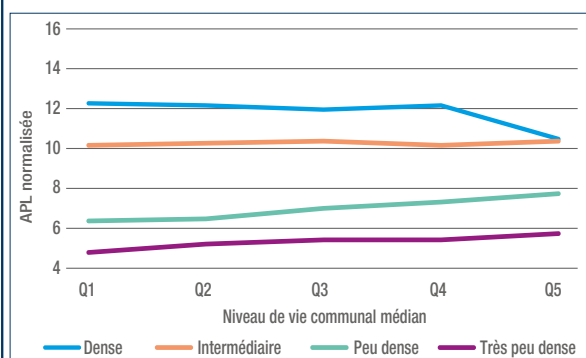
Graphique 1 - APL estimée - généralistes libéraux



Graphique 2 - APL estimée - infirmiers libéraux



Graphique 3 - APL estimée - masseurs-kinésithérapeutes

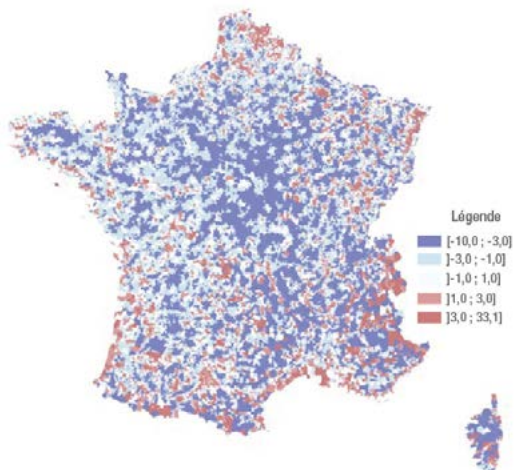


Source : Insee, Drees, calculs CDC.

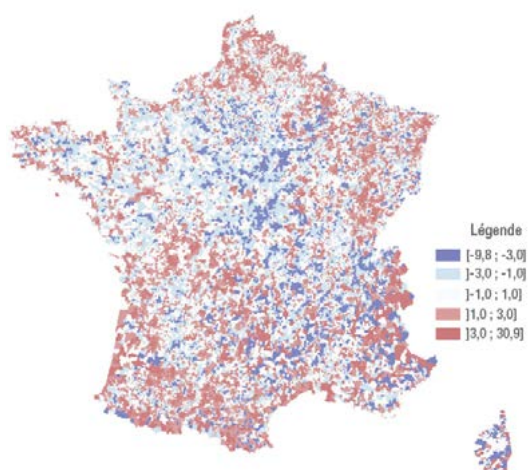
Note : les Q1 à Q5 désignent les quintiles de revenu médian des communes.

Lecture : sur chaque graphique est représentée l'APL normalisée estimée pour une commune dont les parts des 60-74 ans et des 75 ans et plus dans la population sont conformes à la médiane nationale.

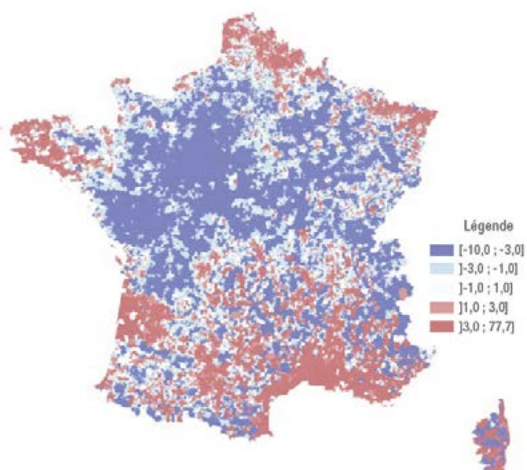
Carte 10 - Écart à la médiane nationale de l'APL normalisée des généralistes libéraux



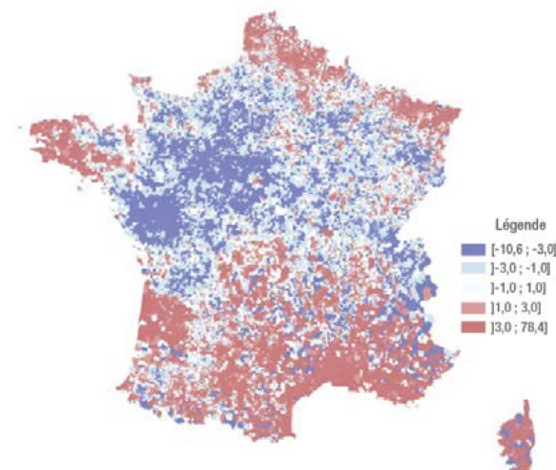
Carte 13 - Différence entre l'APL effective et l'APL modélisée pour les généralistes libéraux



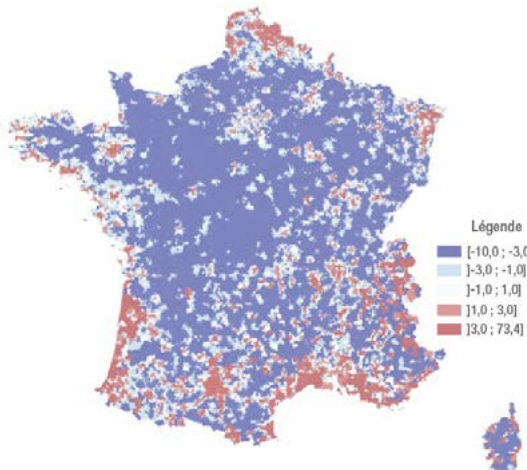
Carte 11 - Écart à la médiane nationale de l'APL normalisée des infirmiers libéraux



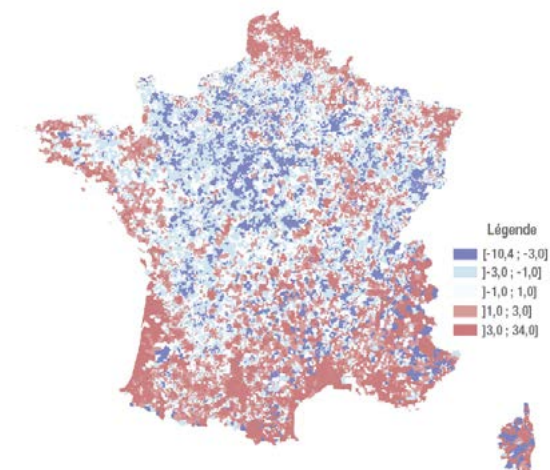
Carte 14 - Différence entre l'APL effective et l'APL modélisée pour les infirmiers libéraux



Carte 12 - Écart à la médiane nationale de l'APL normalisée des masseurs-kinésithérapeutes



Carte 15 - différence entre l'APL effective et l'APL modélisée pour les masseurs-kinésithérapeutes



Source : Insee, Drees, calculs CDC.

Lecture : dans les cartes 10 à 12, est mesuré l'écart de chaque commune par rapport à la médiane nationale fixée à 10.

Source : Insee, Drees, calculs CDC.

Lecture : pour les cartes 13 à 15, lorsque l'on ne dispose pas d'une APL modélisée économétriquement (du fait de l'exclusion des valeurs absentes), on attribue à la commune considérée l'APL moyenne modélisée pour les autres communes du département.

La comparaison de la carte 10 (APL normalisée effective) avec la carte 13 (différence entre l'APL normalisée effective et l'APL normalisée modélisée économétriquement) suggère ainsi que la plus faible accessibilité des généralistes libéraux à l'intérieur des terres, constatée sur la carte 10 mais qui n'apparaît plus sur la carte 13, doit beaucoup à la faible densité de ces zones. En revanche, la surreprésentation des communes littorales dans les zones les mieux dotées constatée sur la carte 10 est encore accentuée sur la carte 13.

La comparaison des cartes 11 et 14 relatives à l'APL normalisée des infirmiers libéraux confirme qu'à profil identique en termes de densité, de revenu communal médian et de part des populations âgées, l'accessibilité des infirmiers libéraux est sensiblement meilleure dans le sud que dans le nord de la France (hors l'ouest de la Bretagne et les frontières du nord et de l'est). C'est entre la moitié sud et une vaste zone du nord-ouest

(allant de la Normandie au Centre-Val de Loire et aux Pays de Loire) que les écarts d'accessibilité à caractéristiques identiques sont particulièrement flagrants.

Enfin, la comparaison des cartes 12 et 15 montre qu'à profil identique en termes de densité, de revenu communal médian et de part des personnes âgées, l'accessibilité des soins de masseurs-kinésithérapeutes est bien meilleure dans les zones littorales allant de la Bretagne à la Méditerranée (mais pas sur les côtes de la Manche) ainsi que dans le Nord-Pas de Calais. En revanche, l'intérieur des terres n'apparaît plus systématiquement comme sous-doté en masseurs-kinésithérapeutes sur la carte 15. Ceci peut signaler que le phénomène relevé sur la carte 12 était probablement la conséquence de la plus faible accessibilité de ces services dans les communes peu ou très peu denses qui sont surreprésentées à l'intérieur des terres.

Bibliographie

Albert, C. et A. Missoty (2015), « Résidence et mobilité des retraités du régime général », *Document de travail du Conseil d'orientation des retraites*, n°3, Séance du 25 mars 2015 sur « Les retraités : approches territoriales », disponible sous : <https://www.cor-retraites.fr/sites/default/files/2019-06/doc-2702.pdf>

Bonnet C., E. Cambois et R. Fontaine (2021), « Dynamiques, enjeux démographiques et socioéconomiques du vieillissement dans les pays à longévité élevée », *Population* (édition française), INED, Les Chroniques thématiques, 76 (2), disponible sous : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03526134/document>

Brunet, M. et A. Carrère (2019), « La perte d'autonomie des personnes âgées à domicile », *Les Dossiers de la Drees*, n°34, disponible sous : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd34.pdf>

Caisse des Dépôts, Open data, Bases vieillissement, disponible sous : <https://opendata.caissedesdepots.fr/explore/?q=vieillissement&sort=modified>

Debout, C. (2010), « Caractéristiques sociodémographiques et ressources des bénéficiaires et nouveaux bénéficiaires de l'APA », *Études et Résultats* n°730, Drees

Demoli, Y. (2014), « Les femmes prennent le volant. Diffusion du permis et usage de l'automobile auprès des femmes au cours du XX siècle », *Travail, Genre et Sociétés* n°32, disponible sous : <https://www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-2014-2-page-119.htm>

Drees (2018) : « Les personnes âgées de 60 ans ou plus et leur situation d'autonomie », *L'aide et l'action sociales en France*, édition 2018, disponible sous : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-04/10-10.pdf>

Gleizes, F., S. Grobon et L. Rioux (2018), « Niveau de vie et patrimoine des seniors : la progression au fil des générations semble s'interrompre pour les générations de seniors les plus récentes », *France, portrait social*, Insee, disponible sous : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-12/VQS%202014.pdf>

Insee (2021), *Revenus et patrimoine des ménages*, Édition 2021, Insee Références, disponible sous : <https://www.insee.fr/fr/information/2410093>

Le Bouler, S. (2006), « Personnes âgées dépendantes, Bâtir le scénario du libre-choix », Second rapport de la mission « Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes », Centre d'Analyse Stratégique.

Legendre, B., C. Aberki, H. Chaput et G. Gateaud (2019), « Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes : l'accessibilité s'améliore malgré des inégalités », *Études et résultats*, n°1100, Drees, disponible sous : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er_1100.pdf

Mahieu, R. (2020), « Une base de données territoriale sur le vieillissement en libre accès : un regroupement de données dispersées pour alimenter les prises de décision de politique publique », disponible sous : <https://www.caissedesdepots.fr/blog/article/une-base-de-donnees-territoriale-sur-le-vieillissement>

Observatoire des territoires, Commissariat général à l'égalité des territoires (2018) : « Les mobilités résidentielles en France – Tendances et impacts territoriaux », édition 2018, disponible sous : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/kiosque/rapport-2018-les-mobilites-residentielles-en-france-tendances-et-impacts-territoriaux>

Ramos-Gorand, M. (2015), « Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées : enjeux territoriaux en France métropolitaine », Thèse de doctorat en géographie.

Vergier, N., H. Chaput et I. Lefebvre-Hoang (2017) : « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? », *Les Dossiers de la Drees*, n°17, disponible sous : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd17.pdf>

Les collections Questions Politiques Sociales : QPS – Les études, QPS – Les cahiers, QPS – Les brèves

QPS – Les études est une publication de la direction des politiques sociales de la Caisse des Dépôts. Elle a vocation à faire connaître les résultats des travaux d'études dans l'ensemble des domaines de la protection sociale (retraite, vieillissement, handicap...) et de la formation professionnelle. Elle est complétée par **QPS - Les cahiers** qui est une série de documents de travail diffusant des études approfondies et **QPS – Les brèves** qui propose des éclairages statistiques. L'ensemble des numéros est disponible sur le site <https://politiques-sociales.caissedesdepots.fr/> à la rubrique **Publications et statistiques**.

politiques-sociales.caissedesdepots.fr

Consultez les publications ou abonnez-vous à leur diffusion sur le site :
politiques-sociales.caissedesdepots.fr à la rubrique Publications et statistiques

Une publication de la direction des politiques sociales de la Caisse des Dépôts
Directeur de la publication : Michel Yahiel – Rédacteur en chef : Laurent Soulat
Réalisation : direction de la Communication - Politiques sociales
Impression : Imprimerie CDC (75) – Dépôt légal : 2^e trimestre 2022 – ISSN : 2803-1474
Contact : etudesdps@caissedesdepots.fr – 12, avenue Pierre Mendès-France – 75914 Paris cedex 13

**Ensemble,
faisons grandir
la France**
caissedesdepots.fr

