



HAL
open science

Vieillessement : santé et société - Défis et perspectives

Philippe Tizon

► **To cite this version:**

Philippe Tizon. Vieillessement : santé et société - Défis et perspectives : Compte-rendu de la troisième édition des Rencontres Champlain-Montaigne, Québec, 4-6 mai 2005. DÉCENTRALISATION ET ORGANISATION DÉPARTEMENTALE DE L'ACTION GÉRONTOLOGIQUE EN FRANCE (1982-2005)., May 2005, Québec, Canada. pp.131-146. halshs-00331870

HAL Id: halshs-00331870

<https://shs.hal.science/halshs-00331870>

Submitted on 19 Oct 2008

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.

Rencontres Champlain-Montaigne

Université Laval, Québec

4 au 6 mai 2005

Vieillesse : santé et société

Défis et perspectives

Publié dans :

Jacques Palard et Jean Vézina (éd.). *Vieillesse : santé et société - Défis et perspectives*. Québec : Presses de l'Université Laval, 2007. 236 pages. p. 131-146 (ISBN : 978-2-4637-8532-5).

**DÉCENTRALISATION ET ORGANISATION
DÉPARTEMENTALE DE L'ACTION GÉRONTOLOGIQUE
EN FRANCE (1982-2005).**

Philippe TIZON

Chargé de cours de sociologie

Université de Pau et des Pays de l'Adour

I.U.P. aménagement et développement territorial

Laboratoire C.N.R.S. " Société, environnement, territoire" (UMR 5603)

Table des matières :

Introduction

1. AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE ET VIEILLISSEMENT DÉMOGRAPHIQUE :
QUELLES ADAPTATIONS INSTITUTIONNELLES ?

- 11. Le contexte hérité des années 1950.
- 12. Une compétence transmise aux départements
- 13. Vers des « stratégies vieillesse » départementales
- 14. Vers des réseaux gérontologiques territoriaux

2. UN DÉPARTEMENT ET SA POLITIQUE VIEILLESSE : QUELS ENJEUX POUR
DEMAIN ?

- 21. Mieux mettre en cohérence ce qui se fait
- 22. Intégrer l'action gérontologique à toutes les politiques publiques

3. QUEL GOUVERNEMENT LOCAL DES POLITIQUES VIEILLESSE ?

EN CONCLUSION

Références bibliographiques

Résumé :

Avec les différentes étapes de décentralisation qu'a connues la France depuis 1982, le département se retrouve institution pilote de l'action gérontologique. Il a donc dû mettre en place (financièrement et dans

l'organisation de ses services) une coordination d'un système de réponse à l'écoute des besoins croissants des résidents âgés. C'est donc une nouvelle dimension d'aménagement du territoire qui s'est ouverte ; cette dernière exige l'animation d'un jeu d'acteurs dans lequel l'État (pour le domaine sanitaire), les communes et les associations (notamment pour le maintien à domicile) et des entrepreneurs privés (par exemple pour des maisons de retraite) sont impliqués. En Pyrénées-Atlantiques, c'est autour de pôles gérontologiques territorialisés que se mène une forme de mise en réseau ; cet exemple sert à poser quelques questions centrales quant à l'adaptation du gouvernement local des politiques vieillesse dans le cadre d'un contexte politico-administratif en mouvement. Il montre aussi l'ardente obligation qu'il y a à innover en ce domaine et que bien des projets locaux illustrent déjà.

Mots-clés :

Décentralisation – vieillissement – politique gérontologique – action sociale – Pyrénées-Atlantiques – proximité – réseaux – territoires – politique locale – coordination gérontologique.



Poser la question de l'adaptation des territoires à l'accroissement continu du nombre des aînés est pour le cas français une préoccupation récente ; celle-ci est peu intégrée dans les politiques publiques, notamment dans les stratégies de développement local. En effet, les préoccupations sociales et médico-sociales y sont trop souvent sous-estimées par rapport à celles liées au développement économique, à l'essor de l'accueil touristique, aux infrastructures de transport ou de communication, voire aux efforts de recherche.

Ce type de dépense publique est bien souvent vécu plus comme une charge obligée, liée aux choix d'accompagnement du risque vieillesse que les forces politiques de la quatrième République firent dans les années 1950. On organisa alors de façon centrale tant le système des retraites que le développement progressif d'un système collectif de réponse sanitaire et d'accueil aux besoins des personnes âgées. Aujourd'hui encore, on néglige trop souvent la ressource multiforme que représentent les anciens : en maintien ou apport de population (notamment en zone rurale ou de montagne), en activité économique générée par leur consommation, en épargne locale disponible (pour le secteur financier comme pour leurs proches), et, notamment pour les « jeunes seniors », en implication dans la vie sociale (associative et politique principalement). Mais l'avancée en âge croissante et l'augmentation des personnes très âgées partiellement ou totalement en perte d'autonomie créent le besoin de répondre à ce qui est identifié comme un nouveau risque (le cinquième) à intégrer dans les politiques publiques de protection sociale.

En ce sens, en France, le début des années 80 après l'élection du président François Mitterrand marque une rupture essentielle dans les politiques vieillesse à cause de trois facteurs :

1. d'une part le nombre des retraités augmente fortement du fait de la possibilité de départ en retraite dès l'âge de 60 ans ;
2. d'autre part les effets du vieillissement de la population commencent à se faire sentir ;
3. enfin, dans le grand mouvement de décentralisation qu'engagent les premiers gouvernements de gauche, un transfert de compétences concernant les personnes âgées est voté, faisant des départements l'instance politique principale de programmation et de gestion des dispositifs concernant les aînés, et surtout les personnes du 4^{ème} âge.

Confirmée par tous les textes règlementaires ou législatifs depuis 1982-83, cette orientation a opéré un profond bouleversement du jeu des acteurs locaux des politiques gérontologiques faisant du conseil général, organisme délibératif et exécutif de gestion du département, l'institution pilote en la matière. La récente loi relative « aux libertés et responsabilités locales » (13 août 2004 – dite "*acte II de la décentralisation*") précise ainsi très clairement que « *Le département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées. Il coordonne dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale les actions menées par les différents intervenants, définit les secteurs géographiques d'intervention et détermine les modalités d'information du public* ». L'exécutif, le conseil général, est donc voué à être, dans toutes leurs facettes, l'assemblé des politiques gérontologiques.

Deux remarques s'imposent toutefois au regard de ce texte (article 56, alinéa 1) :

- 1 Premièrement, la loi récente continue de laisser à l'État et à ses services déconcentrés la responsabilité principale de tout ce qui concerne le domaine sanitaire (des centres de séjour aux maisons de retraite médicalisées) ; sur ce thème central en terme d'égalité d'accès

des citoyens aux soins, le pouvoir central (et ses antennes régionales et départementales) garde un indispensable rôle d'appréciation des questions d'ouverture ou de réorientation des places médicalisées. Un binôme "conseil général - État" doit donc concevoir ensemble la programmation des équipements.

- 2 Deuxièmement, le législateur confie aux départements beaucoup plus que la simple instruction et gestion des aides financières apportées aux plus dépendants des résidents âgés ; chargés de l'animation locale d'acteurs publics et privés très divers, ils se voient transférer la charge des CLIC (centres locaux d'information et de coordination), créés par l'État en 2001.

Face aux défis de l'avancée en âge, face à la multiplicité des attentes qu'expriment les anciens et leurs familles (hébergement, maintien à domicile, services de toute nature...), l'ensemble des acteurs locaux (plus ou moins conscients des enjeux) ont engagé de fait une vaste recomposition du paysage gérontologique local que les lignes qui suivent vont chercher à illustrer :

- 1 en prenant pour appui un département, celui des Pyrénées-Atlantiques (sud-aquitain, frontalier de l'Espagne), qui présente une très grande variété de situations : du tourisme de qualité et un attrait certain pour des retraités à bon niveau de ressources (côte basque), des zones rurales et des vallées de montagne d'accès parfois difficile, une ruralité vivante mais à l'avenir contrasté, des quartiers d'habitat social (relevant de la politique de la ville), des zones industrielles en reconversion (comme le bassin gazier de Lacq...) ;
- 2 en envisageant successivement deux thèmes :

1. Comment dans la configuration juridico-politique initiée depuis une vingtaine d'années ont évolué les modalités de relation entre les acteurs concernés par l'action gérontologique ? (c'est-à-dire les adaptations institutionnelles).
2. Comment décrire et analyser (notamment dans les Pyrénées-Atlantiques) l'état actuel de la territorialisation des ces actions et les enjeux qui émergent pour les dix prochaines années, dans le cadre de la réflexion sur le prochain schéma gérontologique départemental, document-cadre qui devra assurer, sous l'autorité du président du conseil général, la cohérence des décisions d'investissement, de fonctionnement, d'action sociale et d'information ? (c'est-à-dire les enjeux émergents et les initiatives qui tentent d'y répondre).

1. AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE ET VIEILLISSEMENT DÉMOGRAPHIQUE : QUELLES ADAPTATIONS INSTITUTIONNELLES ?

11. Le contexte hérité des années 1950.

Prendre en compte la présence croissante de personnes de plus de 60 ans (et de plus de 75 ans) dans les zones urbaines comme rurales invite à penser de façon plus riche les politiques locales de développement et d'aménagement territorial.

En effet, on observe, même dans les zones les plus rurales, un épuisement progressif des solidarités « naturelles » familiales et de voisinage, causé tant par l'augmentation de l'activité professionnelle des femmes (filles et belles-

filles), par l'éloignement géographique des enfants (qu'il ne faut pas exagérer surtout en Aquitaine), par le renouvellement (même dans les villages) des populations résidentes, ce qui recompose les formes traditionnelles de sociabilité. La périurbanisation, dans les Pyrénées-Atlantiques, concerne de fait des zones croissantes de l'espace départemental... et dans tous les milieux, on rencontre des filles et belles-filles faisant la "*triple journée*" (foyer domestique, travail salarié, foyer du parent âgé).

Se sont donc posées depuis les années 1970 de multiples questions pour répondre aux attentes des résidents âgés. Avant comme après la décentralisation de 1982, hors le tissu familial et de voisinage qui assure l'essentiel de la présence auprès des anciens, ce sont les communes et un tissu associatif spécialisé qui ont les premiers offert portages de repas, organisation d'aide à domicile et formation d'auxiliaires de vie, services de soins infirmiers à domicile, systèmes de téléalarme, création (ou extension) de maisons de retraite...

Tant que la multiplication de personnes de plus de 75/85 ans en situation de dépendance importante ne s'est pas fait trop sentir, ces réseaux, complétés bien sûr par les secteurs public et privé d'hospitalisation, par les promoteurs privés de lieux de vie pour les retraités... ont satisfait jusque dans les années 1990 à la majorité des besoins. Les investissements publics et privés permettaient encore une accessibilité acceptable aux services attendus, à un moment aussi où la démographie médicale des praticiens libéraux et des personnels soignants ne posait pas encore de problème ; cela change rapidement même dans une zone du territoire français comme le piémont pyrénéen et la côte basque particulièrement attractive pour les professionnels libéraux de santé.

C'est donc essentiellement dans la proximité que se construisait de fait une politique gérontologique associant des acteurs de statuts très divers, sans coordination ni réelle stratégie territoriale explicites. Pour le domaine médical, l'État seul puis l'État et les départements analysaient les besoins et programmaient avec les organismes de protection sociale les investissements et les implantations de services, sous la pression le plus souvent des élus locaux (municipaux et départementaux).

12. Une compétence transmise aux départements.

La décentralisation de 1982-83 a transféré l'essentiel de cette compétence aux départements qui n'avaient alors ni l'expérience, ni le potentiel humain (et souvent financier) de prendre rapidement en charge les besoins croissants des résidents âgés. C'est donc le plus souvent au niveau communal qu'ont continué, dans le cadre des centres communaux d'action sociale (CCAS) notamment, à se mener les politiques les plus nombreuses et les plus globales. Poussés par les faits comme par la législation au développement de partenariat stratégique, c'est dans le cadre de la réflexion sur les schémas départementaux en faveur des personnes âgées que les défis nouveaux ont été abordés. Votés dans les années 1990 par les conseils généraux après une période de consultation des acteurs sociaux concernés, ces schémas ont postulé la plupart du temps une double ambition ayant trait à la qualité de vie des anciens :

- 1 comment favoriser le bien-être des personnes âgées pour qu'elles continuent à être insérées dans le tissu social (local notamment) ?
- 2 comment améliorer l'efficacité du système public et privé d'accompagnement de ces personnes, en privilégiant notamment leur maintien à domicile ? comment assurer territorialement la cohérence des décisions et des interventions ?

En ce sens, le département a dû passer d'une action relativement neutre à la possibilité d'action stratégique volontariste. Il a donc fallu que le conseil général se bâtisse une légitimité (encore en construction en 2005) sur un terrain d'intervention où État, communes et associations détenaient de longue date une expérience et des « façons de faire » éprouvées. Ceci a été particulièrement le cas dans les zones urbaines en lien avec l'activité importante des centres communaux d'action sociale ; en zone rurale, sur une grande partie du territoire départemental étudié, l'association "*Aide à domicile en milieu rural*" (A.D.M.R.) avait déjà tissé sa toile.

13. Vers des « stratégies vieillesse » départementales.

Dans les quinze premières années de décentralisation, en fonction de contextes locaux très divers, les départements ont donc pour la plupart mis en place une gestion et une coordination assez empiriques de leur intervention, au point que certains observateurs ont pu relever l'absence d'une réelle politique vieillesse, voire d'un « *puzzle désordonné* ».

Depuis dix ans, cette situation évolue : les conseils généraux se sont dotés de personnels de plus en plus spécialisés sur les questions gérontologiques ; des moyens financiers croissants ont été dégagés à cause principalement de décisions législatives créant des prestations nouvelles pour les personnes âgées (notamment à domicile). Ce furent successivement :

- 1 en 1997 la « prestation spécifique dépendance » (PSD), attribuée sous conditions de ressources par chaque département, et qui révéla de fortes inégalités de niveau d'un département à l'autre (elle ne concerna que moins de 150 000 personnes au plan national) ;
- 2 en 2002, « l'allocation personnalisée d'autonomie » (APA) concernant l'ensemble des personnes âgées dépendantes, mais dont le barême-

type, mis en œuvre par les départements, est le même sur tout le territoire national (plus de 850 000 bénéficiaires en 2004, dont 700 000 à domicile et plus d'un sur six âgé de plus de 75 ans).

Dans le département particulièrement étudié, les Pyrénées Atlantiques, la mise en place de ces prestations fut l'occasion d'une première territorialisation de l'action gérontologique départementale, au travers de la création de « pôles gérontologiques » (*qui seront étudiés plus loin*). La publication en novembre 1999 du schéma départemental et de ses propositions en fut aussi la manifestation politique. On peut considérer que c'est une nécessité nationale qui poussa, sur ce dispositif comme sur bien d'autres dans la France des années 1990, à la territorialisation de la politique vieillesse.

14. Vers des réseaux gérontologiques territoriaux.

Pour conclure ce premier point, notons que les obligations de nature juridique, la nécessité de financements croisés entre structures publiques et l'augmentation de la population très âgée ont poussé de fait à la constitution de réseaux territoriaux, structurés ou non, dont les préoccupations ont associé des questions de lieux d'hébergement (maisons de retraite, foyers logements, appartements relais...), des services d'aide à domicile et des dispositifs de soutien et d'information (tant en direction des professionnels que des aidants familiaux). Il faut ainsi relever que, malgré (et avec) l'impulsion publique étatique, l'importance de l'informel et de l'initiative de faible dimension dans la proximité sont des traits essentiels hérités de cette période. Ils pèsent fortement sur les adaptations à venir. Ce sont ces aspects que nous allons maintenant observer plus concrètement en Pyrénées-Atlantiques.

2. UN DÉPARTEMENT ET SA POLITIQUE VIEILLESSE : QUELS ENJEUX POUR DEMAIN ?

En 2000, le département des Pyrénées-Atlantiques comptait, pour 610 000 habitants, 120 000 habitants de plus de 65 ans dont 55 000 de plus de 75 ans. Il est attendu pour 2030 un quasi-doublement du nombre de ces personnes âgées. La population résidente de personnes âgées dépendantes est estimée à 11 000 à 12 000 habitants. Et chaque année, plus de 800 résidents de plus de 85 ans sont dénombrés !

Il ne s'agit pas dans les lignes qui suivent d'établir un diagnostic de l'équipement, des actions sociales ou d'animation qui se mènent dans ce département, pas plus que d'envisager les questions de financement de l'adaptation de ce dispositif ; par contre, essayons de mettre en évidence deux enjeux qui concernent le système concret de réponse tel qu'il fonctionne en 2005 :

- 1 une offre d'hébergement et de services très diversifiée et très émiettée qui invite à une mise en cohérence plus explicite des interventions ;
- 2 un besoin absolu : intégrer l'action gérontologique dans toutes les politiques publiques (du département et de plus en plus des intercommunalités).

Ces observations, réalisées dans un seul département depuis janvier 2004, semblent toutefois révéler des tendances, des contextes, des adaptations observables à des échelles variables sur l'ensemble du territoire français.

21. Mieux mettre en cohérence ce qui se fait.

150 maisons de retraite de statuts variés et offrant (pour le personnel comme pour le confort) une qualité de vie très inégale pour leurs résidents (notamment pour les 75 % qui souffrent de pathologies dégénératives – Alzheimer et apparentées) ; 4 000 intervenants en aide à domicile (dont seulement 10 % de diplômés), relevant de plus de 120 structures ; une couverture du territoire départemental au travers de CLIC ne maillant pas encore totalement l'espace départemental...

Poursuivre cet exposé pourrait donner l'impression d'une insuffisance en quantité et en qualité du système de réponse dans ce département au phénomène «vieillesse». Toutefois, il traduit l'héritage d'un passé dans lequel communes, associations locales ou rattachées à des fédérations nationales, en lien avec les services de l'État, ont constitué petit à petit depuis cinquante ans un paysage gérontologique qui a longtemps répondu aux attentes. Cela peut apparaître comme un chaos, mais, pour reprendre une image de Michel FOUCAULT, ce chaos atteste d'une sédimentation dont les couches (historiques et localisées) successives se sont assez efficacement mariées les unes aux autres.

Dans les années 1990, pour instruire et attribuer les allocations liées à la dépendance (PSD puis APA), il a été créé dans ce département six pôles gérontologiques, composés de personnel médical et administratif, qui se sont vus confier la totalité du traitement de ces aides sur leur zone d'intervention. Se sont donc constituées sur des bassins de vie des équipes de professionnels relevant du conseil général, en lien le plus souvent informel avec tous les intervenants sociaux et médicaux de leur pôle, guichet d'accueil et d'information pour toutes les situations relevant de la dépendance.

Sur certaines zones, ces pôles se sont associés à l'action d'information plus générale des CLIC et aux activités des CCAS. On peut donc observer en 2005

tant dans des agglomérations que dans des bourgs ruraux des systèmes d'action gérontologique qui sont en mesure non seulement de tenter de répondre avec qualité aux demandes (souvent urgentes) qui se manifestent, mais qui sont aussi en capacité d'inciter à la formation des intervenants à domicile ou à proposer des moments d'information ou d'écoute aux aidants familiaux. Toutefois, des zones entières ne sont pas encore concernées par ce type de dynamique. En ce sens, le conseil général, doté depuis le 1^{er} janvier 2005, de compétences clarifiées et renforcées, est appelé à implanter partout des CLIC (et probablement surtout des réseaux de santé) et à assurer la coordination et la clarté des attributions entre pôles gérontologiques, réseaux de santé, MSD et CLIC.

Notons aussi que le paysage gérontologique départemental ne serait pas celui que nous connaissons si dès 1981 des associations et des pouvoirs publics (notamment conseil général et mairie de Pau pour le financement) n'avaient créé le CIAPA (comité départemental d'information et d'action en faveur des personnes âgées). Cette association assure depuis plus de 20 ans des actions de sensibilisation et de formation et agit comme un «*lobby départemental personnes âgées*» interpellant régulièrement les décideurs publics, notamment dans les instances de concertation où elle était conviée. Sans en majorer l'influence, on peut remarquer que le CIAPA a été aussi un lieu ressource, en capacité de répondre rapidement et efficacement au désarroi des familles et des malades. Ayant mené des actions aussi bien sur la maltraitance que sur la sécurité routière pour les aînés, sur l'accès à l'informatique comme sur la maladie d'Alzheimer, l'activité passée du CIAPA est une bonne invitation à penser globalement l'action gérontologique.

22. Intégrer l'action gérontologique à toutes les politiques publiques.

Il ressort en effet très nettement des entretiens et des rencontres menés

depuis l'été 2004 que le traitement public des questions liées à la vieillesse garde encore une relative autonomie dans le champ de l'action publique, même si, comme on va le voir, des inflexions, des adaptations sont en cours. Penser les personnes âgées comme intégrées dans leurs milieux (et notamment le milieu local) exige une conception de l'aménagement du territoire qui n'isole pas les problématiques qui les concernent, mais qui au contraire intègre dans toutes les politiques leur présence, leurs spécificités et leurs besoins.

Citons deux exemples pour illustrer cette constatation, l'un relevant du comportement des travailleurs sociaux, l'autre des décisions de cohérence territoriale que les textes récents concernant les regroupements intercommunaux obligent à réaliser.

221. Que ce soit dans l'organisation administrative du département des Pyrénées Atlantiques ou dans le fonctionnement de bien des services sociaux communaux, avoir la préoccupation des « vieux » semble ne relever que des personnels spécifiquement affectés à leur écoute et à la mise en place éventuelle de réponses correspondant à leurs besoins. Ainsi, l'action sociale du département est territorialisée en douze zones géographiques (dites Maisons de la solidarité départementale) ; leurs liens fonctionnels et concrets avec les pôles gérontologiques évoqués plus hauts sont très discrets : ils reposent plus sur l'interconnaissance entre agents et l'intérêt du partage d'informations concernant toutes les tranches d'âge des familles que sur une volonté politique (du moins pour le moment). Ce constat concernant les « professionnels » du vieillissement peut être aussi réalisé pour les élus locaux (conseillers généraux, maires et conseillers municipaux) dont la plupart ne pensent pas encore de façon globale les enjeux de l'avancée en âge de leurs administrés (mais essentiellement de façon sectorielle : quel service ouvrir pour eux ? quel nombre de lits Alzheimer obtenir ?...).

222. De même, il est très récent que, dans des documents d'orientation stratégique concernant des politiques à mener à un échelon supra communal, la problématique du vieillissement de la population soit prise en compte.

Elle concerne pourtant les plans de déplacements urbains (compétence des agglomérations) ou les schémas de déplacement interurbains (compétence du département), tant la « démotorisation » est pour la personne âgée une étape essentielle vers la perte d'autonomie : penser les systèmes de transports (notamment collectifs) avec et pour les aînés commence juste à être envisagé dans certaines collectivités (la réponse peut être aussi bien publique qu'associative, par du transport à la demande notamment sur lequel le conseil général des Pyrénées Atlantiques élabore un projet pour 2006).

Elle concerne aussi les programmes locaux de l'habitat, tant en termes d'aide des familles à l'adaptation des logements aux nécessités de l'âge, que de conception de logements neufs dans des programmes d'habitat collectif (notamment à caractère social, assurant par exemple un voisinage intergénérationnel volontaire et organisé). La planification de la couverture territoriale en maisons de retraite (notamment médicalisées) et en lieux de vie relève aussi d'une logique identique.

D'autres exemples pourraient être évoqués dans la programmation culturelle ou l'accès aux commerces. En définitive, ce qui doit s'adapter le plus en la matière, c'est la prise en compte dans les modalités d'élaboration des décisions de cette large population âgée, tant par les élus que par leurs collaborateurs. Cette prise de conscience, ce regard renouvelé ne viennent et ne viendront que d'obligations législatives ou règlementaires, d'événements

tragiques (comme la surmortalité de 15 000 personnes lors de la canicule de 2003), mais aussi d'orientations politiques locales, traduisant un changement de regard des décideurs, souvent sous la pression des habitants et des associations intervenant sur ce champ.

3. QUEL GOUVERNEMENT LOCAL DES POLITIQUES VIEILLESSE ?

Pour conclure, l'analyse du fonctionnement et de l'adaptation en cours des politiques territorialisées de la vieillesse permet de dégager deux enjeux principaux, centrés l'un sur la positionnement des conseils généraux, l'autre sur l'intervention possible des récentes intercommunalités.

31. Pour le département français, il s'agit, aussi bien dans la réalisation que dans la mise en œuvre des schémas gérontologiques, de prendre en charge ce défi sociétal que constitue la croissance de l'avancée en âge. Pour beaucoup d'élus départementaux, pour beaucoup de concitoyens, cela est vécu potentiellement comme « une bombe financière et sociale ». Cette dimension existe, mais il ne faut pas oublier l'importance du revenu (résidentiel) perçu et dépensé localement par tous ces retraités bénéficiant des transferts importants pour beaucoup d'entre eux. L'entrée en dépendance se faisant de fait de plus en plus tard, adapter les politiques vieillesse à toutes les échelles géographiques, ce serait certainement plus encore qu'actuellement utiliser le potentiel de savoir-faire et de disponibilité dont disposent l'essentiel des retraités valides. Territorialement, et malgré l'activité des associations et des clubs de troisième âge, beaucoup reste à faire : activer ce gisement de ressources (humaines et financières) devient en 2005 un enjeu important des politiques vieillesse locales.

Dans le domaine de la gestion des établissements, c'est le régime de la convention tripartite (conseil général, État, structure propriétaire et gestionnaire) qui s'impose. C'est dans une logique d'amélioration de la qualité de vie des personnes hébergées que ces conventions seront de plus en plus élaborées et revues (et les pouvoirs publics insistent sur le fait que cela conditionnera à l'avenir leur engagement financier).

Enfin, le département doit, depuis le 1^{er} janvier 2005 (en relais de l'État), constituer un Comité départemental des retraités et personnes âgées. Instance consultative dont la composition relève d'une délibération du conseil général, les choix faits dans la nomination de ses membres, de ses modalités de fonctionnement, du financement de ses activités... permettront ou non qu'une parole légitime et proche des résidents âgés soit adressée aux décideurs publics. Le fait que le président du conseil général des Pyrénées-Atlantiques ait décidé (début 2005) de présider lui-même cette instance (consultative) gêne, par exemple, bien des membres associatifs ou syndicaux de cette instance.

32. De plus, il faut relever l'importance croissante de la coopération intercommunale. Par tradition, l'action sociale publique en France a reposé et repose sur les communes, l'État, le tissu associatif et les départements. De 1992 à aujourd'hui, sous l'incitation du législateur, le territoire national s'est couvert de structures intercommunales nouvelles (essentiellement communautés de communes et communautés d'agglomération, mais aussi pays). Ces communautés ne sont pas dotées de par les lois de compétences sociales obligatoires ; mais une évolution se fait jour, dans la pratique, pour qu'apparaissent des CIAS (centres intercommunaux d'action sociale). Comment penser sur une agglomération les déplacements urbains, la gestion

des déchets, le développement économique ou l'action culturelle... sans y coordonner les différentes facettes de l'action sociale ?

33. Ce type de constats et d'évolutions en cours atteste de l'ardente obligation qu'ont pouvoirs publics (notamment locaux), prestataires de biens et de services pour les anciens et familles résidentes à innover et à compléter la panoplie traditionnelle de l'accompagnement de l'avancée en âge.

Trois pistes principales peuvent être observées dans les départements du sud-ouest français allant dans ce sens :

331. La première piste incite à promouvoir une image positive de l'aide à domicile. Le ministre de la cohésion sociale et du travail (Jean-Louis Borloo) a estimé à 500 000 le gisement d'emplois de cette nature pour les 3 à 5 prochaines années (un plan national accompagne ce constat). Un enjeu important de réussite repose sur la valorisation de ces métiers de service à la personne. Des plans ambitieux de formation d'auxiliaires de vie doivent être élaborés, une revalorisation salariale de ces postes devra être envisagée dans des cadres juridiques assurant plus de stabilité à ces professionnels (essentiellement des femmes). Il y a là un enjeu essentiel d'aménagement du territoire, car, « fixer » ces actives est, notamment en zone rurale, un moyen efficace de participer à la lutte contre la dévitalisation démographique des zones rurales. C'est aussi, dans des modalités adaptées, un outil approprié d'insertion professionnelle de populations fragiles et d'intégration locale (économique et sociale) de « *petites gens* ». Le développement d'une offre bien répartie et de qualité permettra aussi d'anticiper (dès l'entrée en dépendance ou en démence légères) la perte d'autonomie, pour éviter le caractère vécu trop souvent comme tragique par la personne âgée (comme parfois par son entourage proche) du recours aux services d'aide à domicile.

L'enjeu politique (économique et social) est clair : il s'agit donc de jouer à fond sur les capacités de croissance d'une économie relationnelle de proximité que le vieillissement – et plus largement tous les besoins d'aide aux familles et communautés – induit.

332. Une deuxième piste (qui s'exprime très fortement en Pyrénées-Atlantiques dans les travaux préparant le prochain schéma gérontologique de 2006), c'est la conception et la réalisation de stratégies et de structures "mixtes", de projets à contenu diversifié. A travers cela s'exprime une forte demande de répit des aidants naturels, des professionnels sanitaires et sociaux, des anciens eux-mêmes. Cela passe par la conception de maison de retraités (et non seulement de retraite, c'est-à-dire avec seulement des lits permanents), permettant des accueils de jour et du court séjour (si propice à la réalisation de bilans de santé sûrs et ne recourant pas à l'hospitalisation). Cela invite à penser des lieux pluri-générationnels d'accueil tant des aînés que des convalescents ou des enfants et adolescents. Cela peut s'appeler « villa des générations » ou centre social (multi-âges)... Les premières initiatives intercommunales en cours attestent à la fois de la qualité (en terme de sociabilité notamment) que permettent ces lieux de vie, mais aussi de la coordination de fait que cela crée entre patients, familles, travailleurs sociaux et soignants (voire responsables associatifs ou élus). Greffés à ce type de structures, des programmes immobiliers (publics et privés) pensés dans une logique de peuplement mixte (en âges et en statuts sociaux) montre qu'en ville comme en campagne la prise en compte du vieillissement permet parfois de réaliser cette « mixité sociale » que la loi française promeut mais qui a tant de mal souvent à se réaliser.

333. La troisième piste est en fait une posture de politique publique (associant les opérateurs privés – associatifs et libéraux -) : adopter pour l'action gérontologique locale le même type de logique d'action que cela se fit

et se fait pour la politique jeunesse ou pour la revitalisation d'un tissu économique local. Par exemple, c'est offrir de l'accueil de jour souple pour les anciens (afin qu'ils se rencontrent et que leurs aidants « soufflent » un peu – et éventuellement greffer cela avec une halte-garderie pour les petits) ; c'est inciter les professionnels du bâtiment à penser aux besoins des aînés dans toutes leurs interventions (par de la formation et des subventions) ; c'est aussi favoriser par l'aide financière publique le maintien ou l'installation de professionnels de santé dans des zones rurales ou urbaines où déjà la démographie médicale actuelle ou future révèle une non-couverture de besoins ; c'est enfin stabiliser ou attirer ces professionnels des soins en les accompagnant – en ingénierie surtout – dans la mise en place de réseaux sanitaires et sociaux souples et efficaces...

EN CONCLUSION

Toutes ces pistes, dont beaucoup sont observables déjà en Pyrénées-Atlantiques ou dans les régions Aquitaine et Midi-Pyrénées, montrent que (trop) lentement l'action gérontologique locale passe de réponses sectorielles au coup par coup à des pratiques un peu plus globales et surtout plus stratégiques. Des élus se prennent même au jeu de *l'aménagement gérontologique du territoire*, observant que les réalisations conçues pour – et parfois avec – les aînés bénéficient souvent à toutes les tranches de la population ; ils prennent aussi conscience que le bien-vieillir dans la bien-traitance est un facteur essentiel en 2005 de la qualité du vivre-ensemble de tous : aux départements et à l'État d'assurer à l'échelle géographique qui est la leur l'équité territoriale qui s'impose. Sous ces conditions, la géronto-croissance est une chance.



Références bibliographiques :

ARGOUD Dominique (1998). *Politique de la vieillesse et décentralisation – les enjeux d’une mutation*. Ramonville St Agne : éditions Erès.

BLANCHARD Nathalie (2004). *L’avènement du département-providence – le social au conseil général de l’Hérault*. Rennes : éditions ENSP.

CARADEC Vincent (2004). *Vieillir après la retraite – approche sociologique du vieillissement*. Paris : P.U.F.

CONSEIL GÉNÉRAL DES PYRÉNÉES-ATLANTIQUES (1999). *Schéma départemental en faveur des personnes âgées*. Pau : document broché.

CONSEIL GÉNÉRAL DES PYRÉNÉES-ATLANTIQUES (2005). *État des lieux sur la prise en charge des personnes âgées*. Pau : document ronéoté. (auteur : Christophe DOUESNEAU, cabinet Ernst & Young)

CRAWFORD Karin et WALKER Janet (2004). *Social Work with Older People*. Exeter (U.K.) : Learning Matters (coll. "Transforming Social Work Practice").

FLEURET Sébastien et SECHET Raymonde (2002). *La santé, les soins, les territoires – penser le bien-être*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes.

GARCIA Manuel Martin (coord.) (2003). *Trabajo Social en Gerontologia*. Madrid : Editorial Sintesis.

GUINCHARD-KUNSTLER Paulette (1999). *Vieillir en France – enjeux et*

besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie – rapport au Premier Ministre. Paris : éditions des Journaux Officiels.

HERVY Bernard (2003). *Propositions pour le développement de la vie sociale des personnes âgées*. Rennes : éditions ENSP.

INSTITUT DES VILLES (2004). *Villes et vieillir*. Paris : la Documentation française (collection "Villes et société").

LAVILLE Jean-Louis et NYSSENS Marthe (dir.) (2001). *Les services sociaux entre associations, État et marché – l'aide aux personnes âgées*. Paris : La Découverte/ M.A.U.S.S./C.R.I.D.A.

MARTIN Claude (dir.) (2003). *La dépendance des personnes âgées – quelles politiques en Europe ?* Rennes : Presses Universitaires de Rennes et éditions de l'ENSP.

PÉLISSIER Jérôme (2003). *La nuit, tous les vieux sont gris – la société contre la vieillesse*. Paris : éditions Bibliophane - Daniel Radford.

SANCHEZ Jean-Louis (2001). *Décentralisation : de l'action sociale au développement social – état des lieux et perspectives*. Paris : L'harmattan.

THOUEZ Jean-Pierre (2001). *Territoire et vieillissement*. Paris : P.U.F.

