



HAL
open science

Les conséquences socio-spatiales des politiques de la vieillesse en milieu rural dans la région Pays de la Loire

Mickaël Blanchet, Christian Pihet

► To cite this version:

Mickaël Blanchet, Christian Pihet. Les conséquences socio-spatiales des politiques de la vieillesse en milieu rural dans la région Pays de la Loire. *Gérontologie et Société*, 2011, 138, pp.35-50. 10.3917/gs.138.0035 . halshs-00847326

HAL Id: halshs-00847326

<https://shs.hal.science/halshs-00847326>

Submitted on 23 Jul 2013

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.

Mickaël BLANCHET, Docteur en Géographie
Christian PIHET, Professeur de Géographie
Université d'Angers – Eso Angers (UMR 6590)

mickaelblanchetfr@gmail.com
christian.pihet@univ-angers.fr

Les conséquences socio-spatiales des politiques de la vieillesse en milieu rural dans la région Pays de la Loire

Résumé :

L'étude de M. BLANCHET (2011) sur les impacts géographiques des politiques de la vieillesse dans la Région Pays de la Loire¹ indique que la prise en charge des personnes âgées dans les espaces à dominante rurale observés repose sur les structures médico-sociales héritées et demeure en marge des mutations sectorielles et économiques qui affectent l'action gérontologique. Il en résulte une moindre concentration et spécialisation de l'offre qui modèle les rapports entre les personnes âgées, les familles et les professionnels et tend à restreindre localement les trajectoires des personnes âgées en besoin.

Des prédispositions démographiques à la vulnérabilité au grand âge plus fortes en milieu rural

Selon les données censitaires de 2007, la région Pays de la Loire compte un peu moins de 740 000 personnes âgées de plus de 60 ans. Bien qu'habitant majoritairement en ville, 32 % des personnes âgées de plus de 60 ans résident en milieu rural contre 26 % pour l'ensemble de la population. Sur le territoire régional, ce déséquilibre démographique et générationnel se traduit par un vieillissement plus prononcé des périphéries rurales et littorales (entre 22,4 et 39,1 % de personnes de plus de 60 ans) et par un moindre vieillissement du cœur urbanisé de la région (entre 15,9 et 20,8 %). La répartition des 230 000 personnes âgées de plus de 80 ans respecte en partie les déséquilibres cités plus haut : les personnes très âgées sont surreprésentées dans les intercommunalités rurales et les communes les plus urbanisées de la région (de 6,1 à 9,8% contre 5,8% sur l'ensemble de la région) tandis qu'elles sont sous-représentées dans les intercommunalités urbaines et péri-urbaines.

¹ BLANCHET M., (2011), *Politiques de la vieillesse dans la Région Pays de la Loire*. Thèse de Géographie sous la Direction de PIHET C., Université d'Angers, p 437.

L'étude géographique du vieillissement de la population ne se résume pas à la répartition des populations selon des seuils d'âge. La vieillesse est une période jalonnée de ruptures (sociales, affectives, biologiques...) qui exposent inégalement les personnes âgées à la baisse des facultés physiques (dépendance), de la sociabilité (isolement) et aux conditions économiques de vie (pauvreté/précarité). L'âge², le sexe³, l'origine sociale,⁴ le mode d'habitation ou les revenus⁵ constituent des éléments qui discriminent les personnes âgées face à ces **vulnérabilités**. Grâce à l'Insee, ces variables sont transposables géographiquement et ont rendu possible les croisements statistiques et la réalisation d'une typologie territoriale de la vulnérabilité au grand âge. Cette opération statistique apprend que la densité démographique structure le vieillissement de la population régionale. A mesure que celle-ci baisse, la proportion de personnes âgées et la proportion de retraités d'origine populaire dans la population augmentent ; et à mesure qu'elle croît, la part des ménages âgés composés d'une seule personne et la part des ménages retraités d'origine sociale aisée augmentent. Au final, six classes ont été retenues lors de la classification hiérarchique ascendante (CAH) réalisée pour dissocier les 134 intercommunalités de la région des Pays de la Loire (cf. carte 1). Comme le montre cette carte, ces classes font clairement apparaître une opposition entre milieux rural, urbain et littoral. Hétérogènes, les intercommunalités rurales sont divisées en trois profils. Tout d'abord, un profil « favorable » où le dynamisme démographique pondère la part des personnes âgées dans la population et où la part de ménages âgés composés d'une personne est faible (intercommunalités rurales de la Loire-Atlantique, du bocage Vendéen, du Choletais et de l'arrière pays littoral atlantique). Le second profil rural présente des valeurs proches des standards régionaux. On le retrouve dans le sud de la Vendée et l'est du Maine-et-Loire. Le troisième profil rural regroupe les intercommunalités en déprise économique et démographique où les prédispositions face à la vulnérabilité au grand âge sont les plus fortes : surreprésentation des personnes très âgées dans la population, des ménages composés d'une personne, des ménages d'origine agricole, des femmes très âgées, des revenus médians les

² COLIN C., (2001). L'autonomie des personnes de 80 ans et plus. *Gérontologie et Société*, n° 98, 37-48.

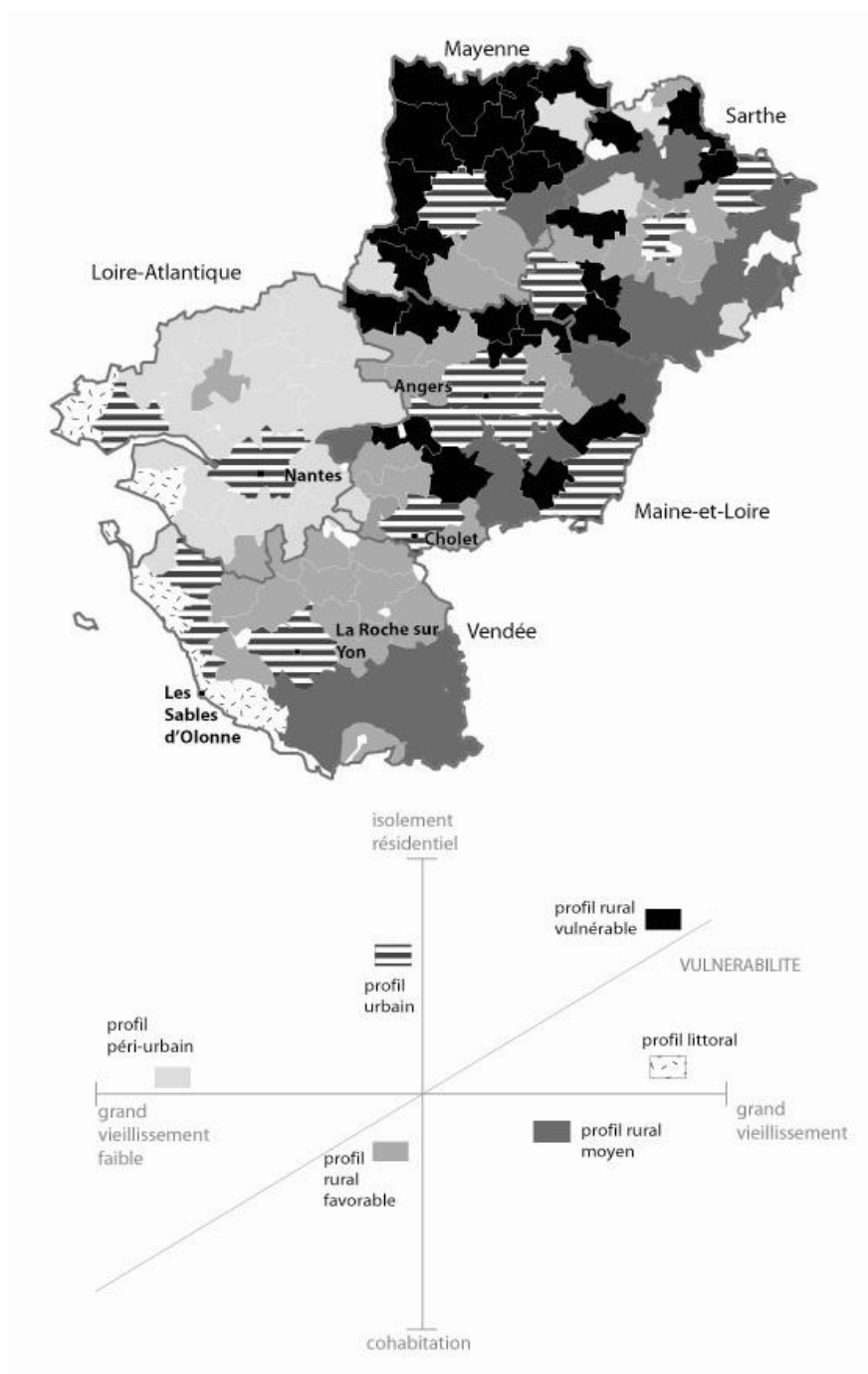
³ BONNET C., BUFFETEAU S., GODEFROY P., (2004). Retraite : vers moins d'inégalités entre hommes et femmes ?. *Population et Sociétés*, n°401, p.2.

⁴ MIZRAHI A., MIZRAHI A., (2002), Inégalités sociales face au vieillissement et à la mort. *Gérontologie et Société*, n°102, p.78-89.

⁵ NOGUES H, (2006), Les revenus des personnes âgées. Un enjeu de société. *Gérontologie et Société*, n°117, p.39-49.

plus faibles et des habitations vétustes. Ce profil s'observe dans le nord des départements de la Mayenne, de la Sarthe et du Maine-et-Loire.

Carte 1 : Typologie territoriale de la vulnérabilité des personnes âgées dans la région Pays de la Loire



Méthodologie

La typologie de la vulnérabilité des personnes âgées au sein des 127 intercommunalités de la région Pays de la Loire s'est appuyée sur une analyse en composantes principales (ACP) puis sur une classification hiérarchique ascendante (CAH).

L'ACP est une méthode qui consiste à transformer des variables liées entre elles (dites "corrélées" en statistique) en nouvelles variables décorréelées les unes des autres. Ces nouvelles variables sont nommées "composantes principales", ou axes. Elle permet au praticien de réduire l'information en un nombre de composantes plus limité que le nombre initial de variables.

La CAH est une méthode de classification automatique utilisée en analyse des données. A partir d'un ensemble de n individus et de manière hiérarchique (entre les individus et les variables), son but est de répartir ces individus dans un certain nombre de classes les plus hétérogènes entre elles et les plus homogènes in-nihilo.

Variables utilisées :
 % de personnes âgées de plus de 80 ans, % de femmes de plus de 80 ans, % de ménages de plus de 80 ans composés d'une personne, % de ménages retraités selon l'origine sociale (agriculteurs, indépendants, professions intellectuelles supérieures, employés-ouvriers), % de ménages de plus de 80 ans habitant un logement construit avant 1945, revenus médians des ménages âgés de plus de 75 ans et densité de population au km².

Réalisation : Mickaël BLANCHET, Université d'Angers

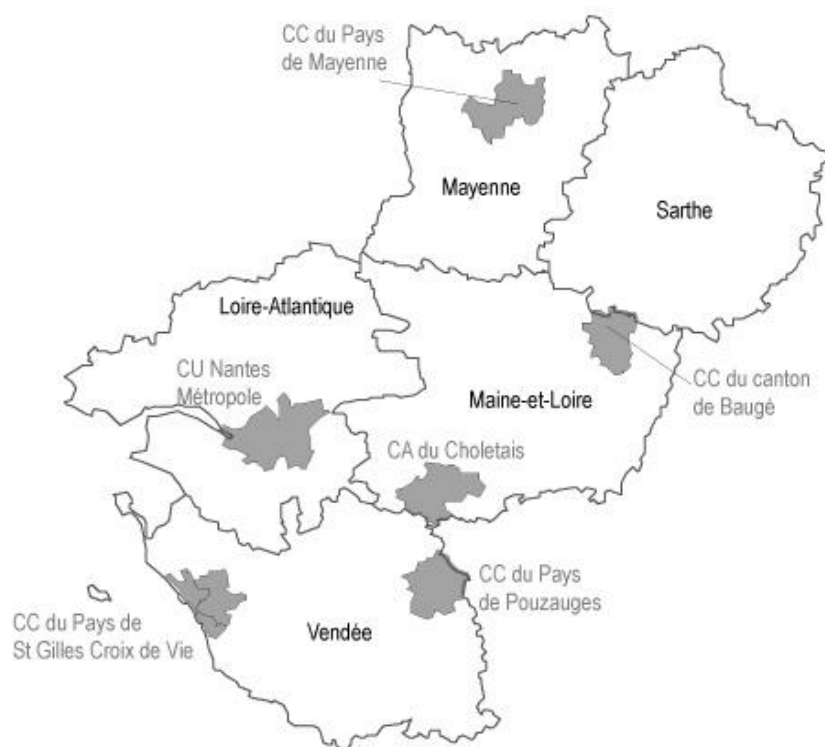
source : INSEE
 Échelle : 1/2 430 000

Des recherches à l'échelle institutionnelle et à l'échelle locale

Afin de mesurer l'impact géographique des politiques gérontologiques territorialisées, les recherches se sont attachées, à partir de 127 entretiens semi-directifs et la consultation de documents, à tenir compte des pratiques et des stratégies des acteurs qui œuvrent de manière ciblée à la résolution des problématiques gérontologiques. Cette prise en compte de l'action gérontologique s'est appuyée sur deux échelles d'étude. La première est institutionnelle. Se situant au niveau régional (agence régionale de santé (ARS) et caisses de retraites) et départementale (conseils généraux, conseils de l'ordre des médecins), cette échelle retient les institutions et les instances qui organisent, régulent et financent l'action gérontologique locale. L'ARS programme et régule l'offre hospitalière et médico-sociale (services de soins infirmiers à domicile et maisons de retraites spécialisées et médicalisées) tandis que les conseils généraux octroient l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et planifient l'action gérontologique locale. Le choix du niveau régional est pertinent dans la mesure où il rend possible l'étude des rapports entre l'Etat et les conseils généraux ainsi que les comparaisons entre les politiques gérontologiques départementales (à l'exception de la Sarthe non intégrée à l'étude).

La seconde échelle est celle de l'intensité des interactions des acteurs gérontologiques locaux (collectivités locales généralistes, établissements hospitaliers, EHPAD, EHPA, SSIAD, services d'aide à domicile, services de proximité, CLIC...). Elle demeure essentielle dans la compréhension des conséquences des politiques gérontologiques territorialisées. Comme il n'était pas possible de consulter l'ensemble des acteurs de la région, les recherches se sont focalisées sur six intercommunalités. Le choix de ces dernières s'est effectué par croisement de critères géographiques (urbain, périurbain, rural et littoral) et démographiques (cf. Typologie territoriale de la vulnérabilité au grand âge). Il en ressort la sélection de trois intercommunalités rurales (Canton de Baugé, Pays de Mayenne et Pays de Pouzauges) situées dans des espaces à dominante rurale selon la définition de l'Insee.

Carte 2 et tableau 1 : Départements et intercommunalités d'observation



en %	plus de 65 ans	plus de 80 ans	ménage de plus de 80 ans composés d'une seule personne	taux d'équipements médicalisés pour 1000 personnes de plus de 80 ans
CU Nantes Métropole	18,0	6,4	45,0	123
CA Choletais	18,6	6,0	41,6	94
CC Canton de Baugé	27,8	11,0	38,1	181
CC Pays de Mayenne	20,5	7,7	44,2	238
CC Pays de Pouzauges	22,6	7,5	35,2	103
CC Pays St Gilles Croix de Vie	32,0	11,7	41,2	125

Réalisation : Mickaël BLANCHET, Université d'Angers
Échelle : 1/2 910 000

sources : ARS et INSEE Pays de la Loire

Un héritage médico-social élevé

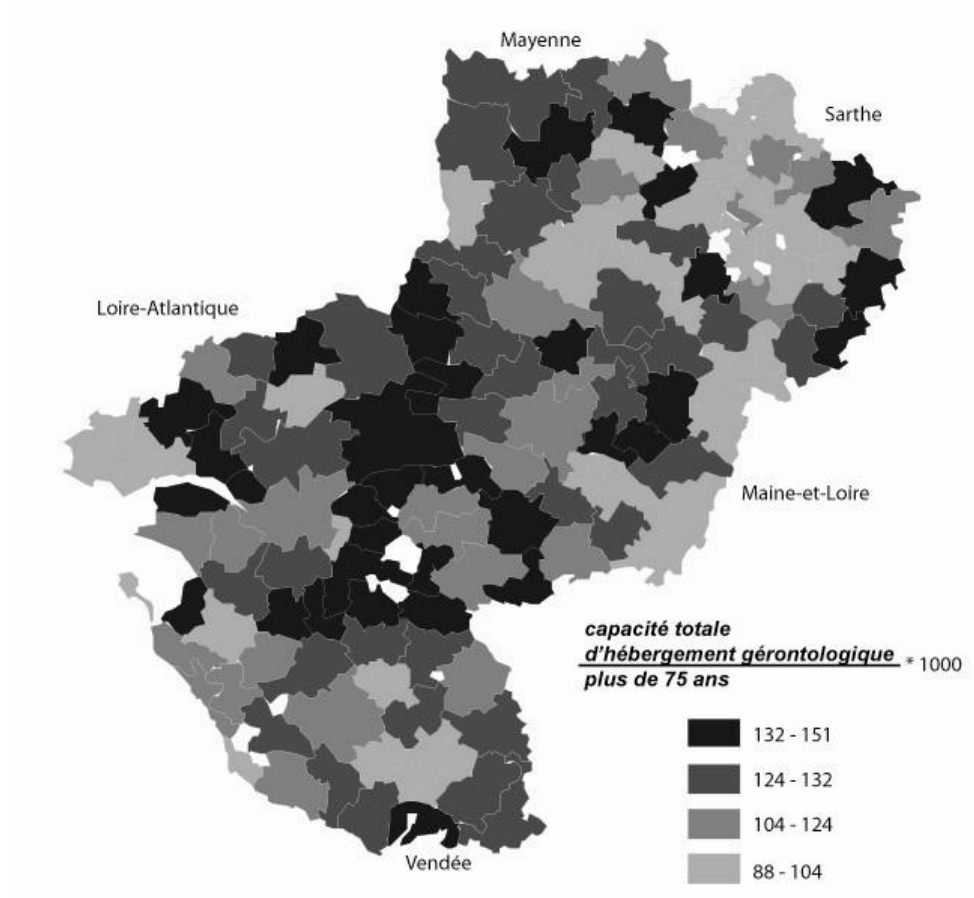
Comme le rappelle D. ARGOUD (1998) la décentralisation de l'action gérontologique a été précédée d'une gestion plus locale des politiques sociales, directement négociée entre l'Etat et les acteurs locaux⁶. C'est sous une double impulsion centrale et locale que se sont créés les établissements et les services médico-sociaux à destination des aînés. Or, comme le signale le Président de la FNADEPA de la Vendée, une partie importante des cantons et des communes rurales de la région Pays de la Loire se sont saisis de cette opportunité économique et sociale : « Dans les années 1970 surtout, on a remarqué que les cantons et les communes se sont dotés de maisons de retraites, de foyers-logements et de services de soins infirmiers à domicile. Le but était triple, : reprendre les établissements gérés par des religieux, répondre au phénomène de décohabitation familiale et donner du travail aux femmes ». Résultat, selon H. NOGUES et D. BOUGET (1989), les établissements des confréries religieuses furent repris par la puissance publique et de nombreux établissements médico-sociaux furent ouverts en milieu rural⁷. Une vingtaine d'années plus tard, le conseiller général de Loire-Atlantique en charge des affaires gérontologiques explique que l'Etat ainsi que l'ensemble des conseils généraux se sont appuyés sur cet héritage pour répondre aux besoins en milieu rural : « Nous avons la chance d'avoir hérité d'un parc d'établissements médico-sociaux importants en milieu rural. Pour des raisons économiques et sociales, l'Etat mais aussi les conseils généraux ont soutenu ces établissements. Nous les avons soutenu de trois manières : en les impliquant fortement dans la réforme de la médicalisation, en augmentant leurs capacités et en créant de nouvelles structures selon le vieillissement local de la population ». De fait, même si l'étude des taux d'équipements médico-sociaux (SSIAD et maisons de retraites médicalisées) des intercommunalités fait apparaître des inégalités entre les intercommunalités à dominante rurales (cf. carte 3), l'ensemble de ces intercommunalités présente néanmoins des taux supérieurs à celui de la région. En 2009, le taux d'accueil médicalisé⁸ y est de 139 lits pour 1000 personnes de plus de 75 ans contre 124 pour la région (96,1 pour la France) et le taux de places en SSIAD y est de 18,7 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans contre 17,3 pour l'ensemble de la région.

⁶ ARGOUD D., 1998, *Politique de la vieillesse et décentralisation. Les enjeux d'une mutation*, Paris, Eres, p.80.

⁷ NOGUES H., BOUGET D., (1989), "Evaluation des disparités d'offre d'équipements pour les personnes âgées dépendantes", Actes du colloque Géographie et socio-économie de la santé, organisé par le CREDES, 23-26 janvier 1989, avril, 225-237.

⁸ *Lits de section de cure médicale en maison de retraite et logements-foyer, lits de soins de longue durée et lits d'EHPAD.*

Carte 3 : Taux d'accueil médicalisé dans la région Pays de la Loire



Réalisation : Mickaël BLANCHET, Université d'Angers sources : ARS et INSEE Pays de la Loire – 2008
Échelle : 1/2 910 000 – intercommunalités de la Région Pays de la Loire

Un développement sectoriel de l'offre moindre et hétérogène

L'individualisation des réponses gériatriques introduit par l'APA⁹ a demandé une adaptation de plus en plus fine des politiques gériatriques aux besoins. Les pouvoirs publics ont encouragé cette recherche d'adaptation et ont spécifié les réponses. Les modalités d'accueil se sont diversifiées (accueil intermédiaire, accueil de jour, de nuit, garde itinérante, accueil temporaire, unités pour personnes handicapées vieillissantes, places pour personnes âgées démentes, unités psycho-gériatriques, etc.), de nouveaux services et de nouveaux secteurs se sont développés (amélioration des conditions d'habitation, cohabitation

⁹ FRINAULT T., (2009). *La dépendance, un nouveau défi pour l'action publique*, Rennes : PUR.

intergénérationnelle, association de lutte contre l'isolement, hospitalisation à domicile, association d'aide aux aidants, téléassistance...). Les plans Alzheimer successifs ont vu la création de nouvelles structures adaptées, comme les pôles d'activités et de soins adaptés, les unités-cognito-comportementales. Des lieux de diagnostic (centres mémoire de ressource et de recherche ou CMRR) et des outils pour coordonner l'ensemble ont été créés (CLIC, MAIA...). En 2004, le panel d'établissements et de services gérontologiques sur la région Pays de la Loire était de 34. En 2010, il était de 56. Cependant, ce développement profitable aux personnes âgées a été plus fort en milieu urbain et moins élevé en milieu rural. Le recensement de la diversité de l'offre gérontologique au sein des intercommunalités d'observation révèle des inégalités : son nombre est respectivement de 26, 28 et 31 pour les intercommunalités rurales de Baugé, Pouzauges et Mayenne et, respectivement de 44 et 41 au sein des intercommunalités urbaines de Nantes et de Cholet. Les orientations de l'Etat, des conseils généraux et des caisses de retraites, mais aussi les moindres capacités économiques et techniques en milieu rural, expliquent ces écarts.

La lecture des schémas gérontologiques ainsi que les entretiens révèlent de la part des conseils généraux le développement différentiel de services et d'établissements en milieu rural. Le développement d'un service de transports à la demande (Loire-Atlantique et Mayenne), l'adaptation des structures médicales et médico-sociales à des publics spécifiques (Maine-et-Loire et Vendée), l'amélioration et l'adaptation de l'habitat (Loire-Atlantique, Vendée et Maine-et-Loire), le renouvellement des professions médicales (Mayenne), l'accompagnement des associations d'aides aux aidants n'ont pas connu la même teneur selon les départements. Cette moindre diversité en milieu rural s'explique, selon le coordinateur du CLIC de l'est d'Anjou (intercommunalité de Baugé), par une sous-concentration des moyens professionnels et économiques : « Nous n'avons pas un CHU, des réseaux médicaux et sociaux forts ni les moyens de collectivités urbaines. Ca limite les expérimentations. (...) Et puis, aux yeux des pouvoirs publics, il faut être réaliste. La ville présente plus de garanties sur le plan économique et professionnel pour lancer des services de plus en plus adaptés, médicalisés qui demandent un minimum de soutien et de qualifications ». En conséquence, la localisation dans la région Pays de la Loire¹⁰ des services et des établissements destinés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (en grande partie âgées) révèle une forte concentration de ces structures spécialisées¹¹ dans les préfectures et

¹⁰ http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/-pays-de-la-loire-.html?id_mot=114

¹¹ Centres mémoire de recherche et de ressources, SSIAD spécialisés, plateformes d'accompagnement et de répit, accueils de jour et unités cognitivo-comportementales.

sous-préfectures. De fait, même si l'ensemble des intercommunalités rurales de la région présente des taux d'équipements gérontologiques médico-sociaux supérieurs, elles restent moins équipées en structures adaptées comme les hébergements temporaires (en 2008, 2,4 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans contre 3,3 pour la région), les accueils de jour et de nuit (en 2008, 0,9 places pour 1 000 plus de 75 ans contre 1,8 pour la région) et elles bénéficient d'une couverture inégale des services de proximité (dont la présence se révèle moindre dans les intercommunalités rurales d'observation et varie sensiblement selon les politiques départementales et locales).

Des modes de régulation économique qui oscillent entre concurrence et tutelle

Tableau 2 : Evolution des dépenses gérontologiques des conseils généraux de l'étude entre 2004 et 2008

Loire-Atlantique	33%
Maine-et-Loire	39%
Mayenne	36%
Vendée	32%

sources : conseils généraux et DRASS Pays de la Loire

Le tableau 2 atteste de l'évolution croissante des besoins et donc des dépenses gérontologiques. Devant cette augmentation, l'Etat et les conseils généraux oscillent entre contrôle économique et diffusion des normes concurrentielles. Sur les territoires ruraux, cette double posture se traduit par une concurrence entre les établissements dans le champ hospitalier et par des régulations économiques différentes à domicile.

Dans le champ hospitalier, la volonté de réaliser des économies dans les années 1990 (réforme hospitalière de 1991) a entraîné la fermeture progressive de nombreux hôpitaux ruraux et la reconversion des ceux restants en filière générale (gériatrique notamment)¹². Pour ces derniers, les impératifs économiques instaurent selon un cadre de l'ARS Pays de la Loire en charge de la contractualisation, une compétition territoriale entre établissements : « L'un des effets de cette politique d'efficacité est que les CHU sont à l'abri et que les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux se concurrencent localement sur le parcours des patients. Suivant les filières, on fait une priorité de vous

¹² JOUSSEAUME V., (2002). Diffusion et recomposition de l'offre médicale : l'exemple des Pays de la Loire (1967-2000), In : *La santé, les soins, les territoires. Penser le bien-être*, Rennes, PUR, p.39.

garder ou au contraire de vous acheminer ailleurs... ». Au sein des intercommunalités rurales d'observation, cette concurrence attise les craintes de fermeture des établissements.

Dans le champ de l'aide à domicile, 81 % des associations et des entreprises interrogées dans les intercommunalités d'observation ont une approche concurrentielle du territoire. Cette approche renforcée par les lois Borloo de 2005 a fait éclater les anciens partages territoriaux. Cependant, cette révolution territoriale basée sur des rapports concurrentiels a été moins prégnante en milieu rural où les centres communaux d'action sociale (CCAS) et les associations en place ont vu leurs activités bousculées à la marge. En effet, selon le directeur d'un service d'aide à domicile départemental du Maine-et-Loire, l'installation en milieu rural pose de nombreuses difficultés économiques : « Franchement, une entreprise a-t-elle intérêt à concurrencer l'ADMR sur Baugé ou sur Noyant ? Il n'y en a aucun. Le conseil général et l'ADMR font vraiment du social sur ces territoires car c'est impossible au tarif en place d'être rentable sur ce type d'espaces : les distances sont longues, les personnes âgées peu nombreuses... Bref c'est une vraie usine à gaz pour une structure à but lucratif ou une association qui voudrait étendre son action ». Face à ces réalités rurales, les politiques des conseils généraux ont oscillé entre régulation tutélaire et concurrentielle : les conseils généraux de la Vendée et de la Mayenne se sont appuyés sur les services associatifs et publics en place pour organiser et professionnaliser l'aide à domicile en milieu rural tandis que les ceux de Loire-Atlantique et du Maine-et-Loire ont soutenu les services en place mais aussi introduit des normes concurrentielles par le biais d'une charte territoriale ou des conventions tarifaires, dans le but d'imposer un choix entre plusieurs services dans ces territoires. L'introduction des normes concurrentielles sur le champ des services à domicile s'avère toutefois limitée au sein des intercommunalités rurales d'observation. A la lumière des données 2008 de la Direction Régionale de l'Emploi du Travail et de la Formation Professionnelle Pays de la Loire, la concurrence sur le champ de l'aide à domicile (agrément qualité) a été inexistante sur l'intercommunalité rurale du Pays de Mayenne et marginale dans les intercommunalités du Pays de Pouzauges et du Canton de Baugé (respectivement, 8,1 et 4,7 % des volumes d'heures travaillées en 2008 auprès des personnes âgées a été l'œuvre d'associations récemment implantées sur ces territoires). De fait, selon l'Atlas de l'Economie sociale et solidaire des Pays de la Loire, l'arrivée et les activités de nouveaux services d'aide à domicile en milieu rural sont restées très contenues en milieu rural¹³. On observe une représentativité quasi-exclusive des CCAS et des associations et une répartition géographique

¹³ BIOTEAU E., FLEURET S., PIERRE G., 2007. Un Atlas de l'Economie Sociale et Solidaire dans les Pays-de-la-Loire. Pour quoi faire et comment ?, Angers : programme ESSTER, 6-12.

homogène (avec une couverture qui oscille entre 4 à 8 communes) des services d'aide à domicile dans les zones rurales de la Vendée, de la Loire-Atlantique, du Maine-et-Loire et de la Mayenne.

Des capacités moindres à réorienter les politiques gérontologiques locales

Les années 2000 ont été le témoin du renforcement des pouvoirs gérontologiques du conseil général et d'une ré-interrogation des marges de manœuvre des communes et intercommunalités. Selon, A. ROUYER et L. RUMEAU (2007)¹⁴, ces dernières se sont vues imposer une logique de planification de l'offre qui leur a substitué leurs compétences. Mais selon C. GUCHER (2000), « *Malgré les paradoxes générés par les lois de décentralisation, les communes semblent poursuivre leur engagement dans le sens du développement d'action gérontologique de proximité* »¹⁵. Cet engagement d'œuvrer auprès des personnes âgées se vérifie dans toutes les communes d'observation mais opère depuis le milieu des années 2000 un virage. La polarisation des conseils généraux autour des questions de dépendance et la faible intégration des communes et des intercommunalités au processus de décision ont eu pour effet de redéfinir de nouvelles marges de manœuvre gérontologiques locales. Ainsi, anciennement dévolues à la gestion du binôme maison de retraites – services d'aide à domicile, les politiques locales se sont peu à peu orientées en direction de la sociabilité à la retraite et au grand âge. Cependant, cette redéfinition des rôles n'a pas été continue sur le territoire. Cette mutation s'observe essentiellement dans les intercommunalités urbaines d'étude. Les communes y disposent de moyens et de savoir-faire élevés qui leur ont permis de maintenir un tissu soutenu de services de proximité (transports à la demande, portage de repas...) et de mener des politiques volontaristes de lien social en direction des publics âgés. Ce n'est pas le cas dans les trois intercommunalités rurales observées où le maintien des actions en faveur des personnes âgées dépendantes (par le soutien aux établissements et services locaux : subventions, prêt matériels et immobiliers) constitue à lui seul un enjeu, et

¹⁴ ROUYER A., RUMEAU L., (2007). Dispositifs gérontologiques locaux et territoires : un rapport en mutation, In *Territoires en action et dans l'action*, Rennes, PUR. p. 177 : « *La logique gestionnaire et la frilosité des départements à déléguer certaines de leurs prérogatives ne favorisent pas, notamment, l'implication des municipalités et des intercommunalités* ».

¹⁵ GUCHER C., 2000. *L'action Gérontologique municipale*, Grenoble.

où les capacités économiques et professionnelles ne sont pas suffisantes pour redéfinir de nouvelles marges de manœuvre gérontologique. Selon le directeur du service d'action gérontologique de la Mayenne, cette réorientation gérontologique locale n'est pas effective en milieu rural pour trois raisons : « en raison des liens étroits entre les associations d'aide à domicile et les élus locaux, en raison des enjeux économiques que cristallisent l'aide à domicile et les maisons de retraites sur ces territoires, et en raison de moyens et de savoir-faire plus limités sur ces territoires ». . Limites que confirme le Président de l'intercommunalité rurale de Baugé (Maine-et-Loire) : « Créer un service de transports à la demande, un service de portage de repas ou dynamiser le Centre Socio-Culturel en direction des personnes âgées demande de l'argent et des compétences. Les compétences, je ne pense pas que ce soit un problème, on peut attirer des gens compétents, le statut de fonctionnaire est là pour ça. En revanche, nous n'avons pas l'argent pour réaliser ce type de politique. Vu la proportion de personnes âgées sur notre territoire, c'est frustrant ».

Des régulations gérontologiques solidaires de la concentration et de la diversité locale de l'offre

Les institutions et les instances gérontologiques ont territorialisé leurs actions afin d'adapter l'offre aux besoins de plus en plus spécifiques des individus. Cette recherche d'adaptation et l'émergence des opérateurs privés ont concouru à la multiplication et à la diversification de l'offre. Résultat, au-delà des inégalités de répartition, l'offre gérontologique s'inscrit dans une tendance à la concentration des spécialités gérontologiques sur le territoire selon la densité démographique : concentration de l'offre sociale, technique et libérale en milieu urbain et, sous-représentation de l'offre technique, médicale et surreprésentation des structures médico-sociales et des modes de gestion associatifs et publics en milieu rural¹⁶. Une douzaine d'années après les recherches de l'équipe de J. MONTOVANI (1998)¹⁷, les réponses de 900 personnes âgées au sein des six territoires d'étude croisées avec les activités gérontologiques locales et la typologie territoriale de la vulnérabilité des personnes âgées (carte 1) nous ont permis, à partir d'une analyse en composantes principales (ACP), d'évaluer le rapport local

¹⁶ BLANCHET M., (2009). Rapport de recherche sur les interactions gérontologiques dans la région Pays de la Loire. Université d'Angers, p.135.

¹⁷ MONTOVANI J., (1998). Les interactions entre offre et demande d'aide à domicile, d'hébergement et de soins. Toulouse : Programme ESPACE, SANTE et TERRITOIRE, DRES-MIRE-DATAR, p.160.

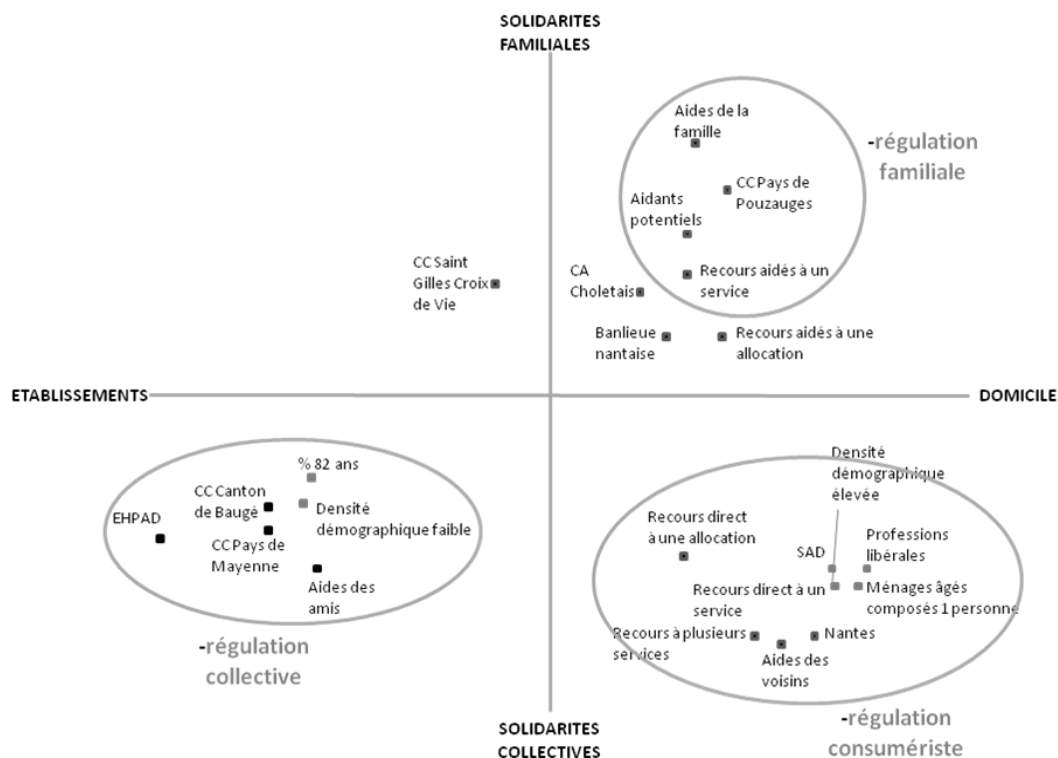
des personnes âgées à l'offre professionnelle et de cerner les régulations et l'influence de l'offre sur les parcours des personnes âgées.

En premier lieu, les résultats confirment le poids des modes de régulation hérités et actuels de l'offre dans la construction locale de la vieillesse. Oscillant entre héritages locaux, laisser-faire et planification, l'offre gérontologique est de plus en plus structurée suivant des règles de densité démographique et technique. Dans ce jeu, l'évaluation de l'APA dans les départements et les territoires d'étude montre que l'allocation participe à l'alignement local de la demande selon le niveau et la diversité de l'offre. Or, cet alignement n'est pas sans conséquence sur les pratiques des personnes âgées et leurs rapports avec les familles et les professionnels. En effet, le questionnaire apporte la preuve que les pratiques des personnes âgées et des familles sont solidaires du niveau et de la diversité de l'offre professionnelle et de la proximité géographique des aidants familiaux. Plus l'offre est concentrée et diverse localement, plus les personnes âgées se réfèrent aux pratiques de choix et plus l'aide des familles, à distance égale, diminue en faveur de l'aide apportée par les professionnels. A l'inverse, la moindre concentration et diversité de l'offre dans les intercommunalités rurales d'observation conduit à un choix restreint et à un relai plus important des familles (selon les distances) et des travailleurs sociaux. Il en ressort au final trois formes socio-spatiales de régulation locale, dont deux propres aux espaces ruraux :

- une première forme de régulation dans les zones rurales les moins denses et les plus prédisposées à la vulnérabilité au grand âge où les pouvoirs publics et les services sociaux comblent les distances familiales et maintiennent l'offre existante. La structuration de l'offre dans les intercommunalités de Baugé et de Mayenne par les établissements d'accueil ainsi que la faible capacité socio-économique de ces territoires à retenir la descendance caractérisent ce profil. Les entretiens auprès des personnes âgées et des professionnels ont souvent fait ressortir l'éloignement de la descendance familiale comme problématique. Dans ce sens, les établissements d'accueil médicalisé occupent une place centrale dans le traitement des problématiques gérontologiques et le parcours des personnes âgées. Conscients de cette posture, ces établissements se posent en tant que régulateurs locaux de la demande.

- une seconde forme de régulation en milieu rural (intercommunalité de Pouzauges), où le niveau pondéré des activités gérontologiques, les caractéristiques socio-démographiques favorables du vieillissement de la population ainsi que les solidarités familiales s'inscrivent en complément d'un niveau homogène de l'offre locale. L'offre gérontologique est complétée par un potentiel démographique d'aidants élevé et par de forts mécanismes de solidarité familiale. La structuration de l'offre en faveur du domicile laisse la place à l'expression des solidarités familiales. Evoluant dans un bassin économique dynamique, la descendance reste à proximité et participe à la prolongation du maintien au domicile de la personne.
- une troisième forme de régulation dans les zones les plus denses et les plus solvables, où malgré la proximité géographique, les familles tendent à se désengager en faveur d'une offre professionnelle élevée et diverse.

Figure 1 : Régulations locales entre personnes âgées, aidants informels et professionnels



Vers une remise en question du niveau élevé d'établissements et de services médico-sociaux ?

On vient de le voir, la prise en charge des personnes âgées dans les intercommunalités rurales d'observation repose sur le maintien des héritages gérontologiques en contraste avec le développement et l'élargissement de l'offre dans les zones de plus grande concentration démographique. De ce décalage, l'accompagnement des personnes âgées en besoin dans ces espaces est compensée, selon la proximité ou l'éloignement des aidants familiaux, par les familles et les travailleurs sociaux et se trouve limité en raison d'une offre professionnelle moins développée. Néanmoins, il est important de rappeler que l'action gérontologique en milieu rural dans la région Pays de la Loire jouit toujours d'un niveau d'équipements médico-sociaux élevé qui lui permet d'accompagner, chez elles ou à proximité, les personnes âgées jusqu'au bout. Les dernières données censitaires nous montrent toutefois, qu'en l'état et hors des flux migratoires, le taux d'équipement élevé de l'offre dans les périphéries rurales est amené à augmenter à moyen terme en raison d'une diminution du nombre de personnes âgées et très âgées¹⁸. Depuis la reprise en main des affaires médico-sociales par l'Etat et l'affaiblissement de la concertation entre les institutions et instances gérontologiques, cette perspective vient interroger le devenir de cette offre en milieu rural et les politiques territorialisées qui en découleront.

¹⁸ BLANCHET M., PIHET C., (2009). Etat des lieux et enjeux du vieillissement de la population en Pays de la Loire. Les cahiers nantais, n°2-2009, p.8.

- BLANCHET M., (2011), *Politiques de la vieillesse dans la Région Pays de la Loire*. Thèse de Géographie sous la Direction de PIHET C., Université d'Angers, p 437.
- BLANCHET M., PIHET C., (2009). Etat des lieux et enjeux du vieillissement de la population en Pays de la Loire. Les cahiers nantais, n°2-2009, p.8.
- BLANCHET M., (2009). Rapport de recherche sur les interactions gérontologiques dans la région Pays de la Loire. Université d'Angers, p.135.
- COLIN C., (2001). L'autonomie des personnes de 80 ans et plus. *Gérontologie et Société*, n°98, 37-48.
- BONNET C., BUFFETEAU S., GODEFROY P., (2004). Retraite : vers moins d'inégalités entre hommes et femmes ?. *Population et Sociétés*, n°401, p.2.
- MIZRAHI A., MIZRAHI A., (2002), Inégalités sociales face au vieillissement et à la mort. *Gerontologie et Société*, n°102, p.78-89.
- NOGUES H, (2006), Les revenus des personnes âgées. Un enjeu de société. *Gérontologie et Société*, n°117, p.39-49.
- ARGOUD D., 1998, *Politique de la vieillesse et décentralisation. Les enjeux d'une mutation*, Paris, Eres, p.80.
- NOGUES H., BOUGET D., (1989), "Evaluation des disparités d'offre d'équipements pour les personnes âgées dépendantes", Actes du colloque Géographie et socio-économie de la santé, organisé par le CREDES, 23-26 janvier 1989, avril, 225-237.
- FRINAULT T., (2009). *La dépendance, un nouveau défi pour l'action publique*, Rennes : PUR.
http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/-pays-de-la-loire-.html?id_mot=114
- JOUSSEAUME V., (2002). Diffusion et recomposition de l'offre médicale : l'exemple des Pays de la Loire (1967-2000), In : *La santé, les soins, les territoires. Penser le bien-être*, Rennes, PUR, 37-51.
- BIOTEAU E., FLEURET S., PIERRE G., 2007. Un Atlas de l'Economie Sociale et Solidaire dans les Pays-de-la-Loire. Pour quoi faire et comment ?, Angers : programme ESSTER, 6-12.
- ROUYER A., RUMEAU L., (2007). Dispositifs gérontologiques locaux et territoires : un rapport en mutation, In *Territoires en action et dans l'action*, Rennes, PUR. p. 177 : « *La logique gestionnaire et la frilosité des départements à déléguer certaines de leurs prérogatives ne favorisent pas, notamment, l'implication des municipalités et des intercommunalités* ».
- GUCHER C., 2000. L'action Gérontologique municipale, Grenoble.
- MONTOVANI J., (1998). Les interactions entre offre et demande d'aide à domicile, d'hébergement et de soins. Toulouse : Programme ESPACE, SANTE et TERRITOIRE, DRES-MIRE-DATAR, p.160.