

La territorialisation inaboutie de l'action gérontologique : l'exemple des Pays de la Loire

Devant la poussée des normes individuelles comme principes d'action, les institutions et instances gérontologiques se sont appuyées sur le territoire pour adapter leurs politiques. Seulement, la thèse de Mickaël Blanchet sur la région Pays de la Loire¹ nous montre que la territorialisation de l'action gérontologique n'a pas remis en cause la sectorisation de l'action gérontologique au détriment d'une harmonisation territoriale.

D'une logique d'établissement à une logique de besoin

Jusqu'au début des années 1980, la gestion des affaires gérontologiques relevait des initiatives locales et des négociations qui en découlaient avec l'Etat. Souhaitant réorganiser l'action politique sur le territoire, les lois de décentralisation dissocièrent l'action médicale de l'action sociale et confèrent aux départements la gestion des affaires sociales. Néanmoins d'après D. ARGOUD (1998), ce transfert de compétences entérina une approche segmentée de l'action gérontologique au détriment d'une approche plus locale, sociale et transversale : « *Les lois de décentralisation n'ont pas fondamentalement changé la donne : si la proximité et la territorialisation sont effectivement valorisées, l'action gérontologique n'en reste pas moins ancrée dans un cadre sectoriel dont les acteurs peuvent difficilement s'abstraire* »².

Dans ce sens, n'étant plus possible dans les années 1990 d'assurer les mêmes services partout, l'offre médicale, notamment d'établissements hospitaliers et de professions libérales, s'est progressivement spécialisée et hiérarchisée sur le territoire³ sous l'effet du passage d'une

¹ BLANCHET M., 2011, *Politiques de la vieillesse dans la région Pays de la Loire*, Université d'Angers, Thèse de Géographie sous la Direction de PIHET C., p.445.

² ARGOUD D., 1998, *Politique de la vieillesse et décentralisation. Les enjeux d'une mutation*, Paris, Eres, CLEIRPPA.

³ VIGNERON E., 1999, *Les bassins de santé. Conception et construction*, Paris, in actualité et dossier en Santé publique, n°29, p.38-43.

logique d'établissement à une logique de besoin⁴. Le renforcement des normes individuelles sur le champ gérontologique, à travers l'APA et la loi du 2 janvier 2002, eu la même finalité : l'adaptation de l'offre aux besoins des individus⁵. Ainsi, ce passage d'une logique d'établissement à une logique de besoin réinterrogea les marges de manœuvre territoriale des institutions gérontologiques : l'Etat, les caisses de retraites et les Conseils Généraux ne purent se passer du territoire afin d'évaluer, de contrôler et de réguler leurs propres actions.

Une territorialisation sectorielle

Toute territorialisation interroge sur les rapports de pouvoir et les marges de manœuvre des acteurs qui l'anime. Il ressort dans la région Pays de la Loire une superposition des territoires gérontologiques. Les entretiens auprès des institutions gérontologiques de la région⁶ montrent que ces superpositions reposent sur la volonté de l'Etat d'encadrer les compétences des autres institutions gérontologiques :

- un cadre de l'ARS Pays de la Loire : « Je pense que la montée en puissance des Conseils Généraux sur les champs médicaux sociaux et sociaux a contrarié une partie de l'administration et une partie du secteur sanitaire. La région plus vaste représente à mon avis une occasion idéale de réaffirmer le pouvoir de l'Etat face à des politiques départementales hétérogènes »
- un Conseiller Général de Loire-Atlantique : « Le département gère les affaires médico-sociales et sociales et au-dessus, il y a la CRAM, la DRASS et l'ARS qui gèrent les affaires sanitaires comme si le positionnement à l'échelle régionale était une manière de mettre sous tutelle le social et nos compétences ».

Souhaitant dans le même temps s'adapter aux besoins, les institutions et les instances gérontologiques ont développé de manière segmentée de nouveaux services et établissements.

⁴ LEROUVILLOIS G., VINCLET P., 2002, *Les hôpitaux sous contraintes. Des restructurations aux recompositions de l'offre. L'exemple de Basse-Normandie*, Caen, La Santé, les Soins, le Territoire. Penser le bien-être, sous la Direction de

⁵ FRINAULT T., 2005, *Du ressortissant bénéficiaire aux ressortissants-usagers : l'émergence de nouveaux rapports sociaux d'usage dans le domaine de la vieillesse*, Rennes, in *Politiques et management public*, n°2, p.57.

⁶ Méthodologie employée : 27 entretiens semi-directifs auprès des institutions et instances gérontologiques complétés par un travail de documentation.

Selon un Conseiller Général de la Mayenne, cette recherche d'adaptation est doublée d'une affirmation territoriale et technique : « Il y a eu une course à l'innovation sur le champ de la dépendance. Entre le secteur sanitaire, les Conseils Généraux, c'est à celui qui saura le mieux répondre aux besoins des publics les plus fragiles. Pleins de nouveaux services, unités ont été créées dans cette perspective. Les Conseils Généraux se sont attachés à étoffer la gamme de prise en charge en établissements, l'Etat s'est rajouté avec le plan Alzheimer. Les choses ont avancé, mais de manière désorganisées ». De fait, 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. Si cette adaptation a, en outre, favorisé les prises en charges, elle marque également en aval le choix d'une approche sectorielle au détriment d'une approche territoriale et transversale. En effet, les comparaisons départementales ainsi que la répartition, selon le type, des établissements et des services gérontologiques montrent que ce développement a favorisé les inégalités et les dispersions territoriales⁷.

Conséquences géographiques de la territorialisation verticale et descendante des institutions gérontologiques

L'organisation territoriale de la France repose sur une déclinaison territoriale hiérarchique et stratifiée des prérogatives politiques. Selon leurs marges de manœuvre respectives les institutions et les instances gérontologiques reproduisent ces mécanismes géographiques et décisionnels : l'IGAS maintient qu'en dépit du mouvement décentralisateur, les départements ont conservé un système hiérarchique et pyramidal⁸. Par leurs positions politiques, économiques et géographiques, les institutions et les instances gérontologiques envisagent leurs rapports au local sous 3 modalités (enchevêtrées) qui marquent une reproduction verticale, *top-down*, du haut vers le bas, de leurs politiques : un rôle de régulateur, un rôle d'évaluateur et un rôle de coordination. Cependant, les recherches montrent que ces acteurs ne reproduisent pas de la même manière ces rôles.

⁷ BLANCHET M., 2009, *Rapport de recherche sur les interactions gérontologiques dans la région Pays de la Loire*, Université d'Angers, p.135.

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 rural.

⁸ IGAS, 2002, *Politiques sociales de l'Etat et territoires*, Rapport annuel 2002, Paris, la Documentation Française.

Le croisement de différents indicateurs qualitatifs singularisant les actions des institutions gérontologiques fait ressortir plusieurs profils. Selon ces indicateurs⁹, l'ARS définit en liaison avec le ministère la politique sanitaire et médico-sociale régionale, déconcentre son action et régule ses activités selon des critères populationnels et soumet les structures financées à des impératifs de rentabilité économique. En plus de hiérarchiser les filières sur le territoire, l'Etat a multiplié l'offre sanitaire en développant des services et des dispositifs spécifiques : dans ce sens, les années 2000 ont été le témoin du développement de l'HAD, de la création d'unités psycho-gériatriques (6) et de réseaux de santé gériatriques (3) et d'une multitude de services et d'établissements spécifiques aux démences des personnes âgées issues du plan Alzheimer¹⁰. De plus, si sur le volet médico-social, l'Etat, adoptait une posture partenariale avec les conseils généraux et les caisses de retraite, la reprise en main par l'ARS en 2010 des affaires médico-sociales et le faible niveau de concertation avec les collectivités locales lors de la définition du Projet Régional de Santé (PRS) interrogent sur la pérennité de ces rapports, au profit d'une posture recentralisatrice et gestionnaire.

L'appropriation politique et géographique des compétences gérontologiques diffère entre les départements. Sur les quatre départements de l'étude, la Loire-Atlantique et le Maine-et-Loire présentent un profil déconcentré tandis que la Mayenne et la Vendée adoptent un modèle territorial centré. S'ajoute à cette distinction territoriale, des jeux d'acteurs plus ou moins consensuels avec les partenaires institutionnels et les collectivités locales. La Loire-Atlantique et le Maine-et-Loire établissent une politique partenariale avec les collectivités locales mais s'estiment pénalisés par le faible niveau des dotations de l'Etat (Loire-Atlantique). La Vendée présente, quant à elle, une posture plus hégémonique avec les collectivités locales et consensuelle avec l'administration. La Mayenne affiche une neutralité partenariale : réceptif aux demandes des politiques locales et des administrations, il se fie à ces dernières et les exécute dès lors qu'il est en moyen. Ces différences rejaillissent évidemment sur les modalités de régulation de l'offre. La Loire-Atlantique, le Maine-et-Loire et la Vendée présentent une gestion opportune de l'offre et des demandes en s'appuyant sur un développement sectoriel,

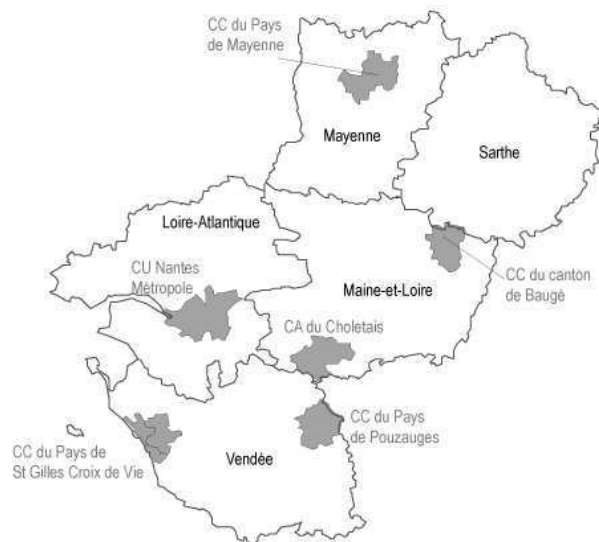
⁹ Les indicateurs (qualitatifs) sont le niveau de décision, l'organisation territoriale, les jeux des acteurs et les modalités de régulation de l'offre et de la demande

¹⁰ Dernier plan Alzheimer 2008-2012 : pôles d'activités et de soins adaptés, les unités-cogno-comportementales, centres mémoire de ressource et de recherche, MAIA.*

une ouverture contrôlée aux services lucratifs et un contrôle médical des demandes tandis la Mayenne s'appuie sur les fédérations d'établissements et de services pour réguler l'offre.

A l'échelle locale, les élus locaux se sont vus confrontés à une logique de planification de l'offre qui leur a substitué leurs compétences¹¹. Les entretiens dans les intercommunalités d'observation (carte ci-dessous) auprès de 9 élus locaux le confirment. Néanmoins, il en ressort une réaction inégale des politiques locales : d'une subordination assumée en milieu rural pour des raisons économiques et territoriales, à la définition de nouvelles politiques gérontologiques en milieu urbain. Ces décalages s'expliquent par des capacités économiques et professionnelles inégales entre aires urbaines et périphéries rurales. Conscients de ces mutations, les Conseils Généraux (notamment ceux de la Loire-Atlantique et du Maine-et-Loire) adoptent une réflexion sur l'instauration de politiques plus partenariales avec les collectivités locales¹².

Figure 1 : Intercommunalités d'observation



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

¹¹ ROUYER A., RUMEAU L., 2007, *Dispositifs gérontologiques locaux et territoires : un rapport en mutation*, Toulouse, DODIER R., ROUYER A., SÉCHET R, *Territoires en action et dans l'action*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, coll. « Géographie sociale », p. 177.

¹² Le Conseil Général a mis en place des Instances Gérontologiques Locales lors de son schéma gérontologique de transition 2007-2009. En 2010, il en ressort une utilisation inégale de ces instances.

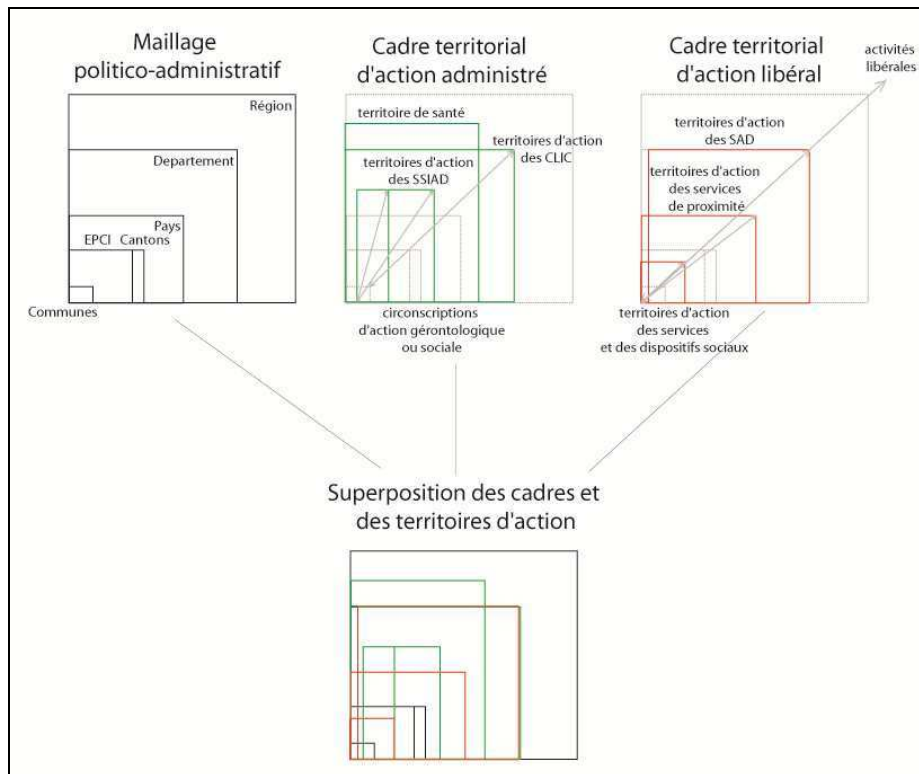
Des superpositions territoriales qui fragilisent la coordination

Traversées par plusieurs secteurs d'intervention, l'action gérontologique régionale est le témoin d'un empilement des strates territoriales d'action¹³. Tout d'abord à l'échelle institutionnelle entre le secteur sanitaire et le secteur social : jusqu'à la création des ARS, les territoires de santé définis par l'ARH ne respectaient pas les limites départementales. Bien qu'alignés sur les limites départementales, la redéfinition des territoires de Santé, en dépit des espaces de concertation, demeure un espace d'affrontement entre les prérogatives et les outils de planification de l'Etat et des départements. En parallèle, l'alignement à l'échelle cantonale de des territoires d'action gérontologique des conseils généraux favorisent les superpositions avec les collectivités locales et les territoires d'action des caisses de retraite.

Localement, les observations montrent que les établissements et les services gérontologiques sont organisés à des échelles différentes, sur des territoires distincts et respectent différemment les limites politico-territoriales. Libre géographiquement, l'exercice de la médecine libérale n'appartient à aucun cadre de régulation et s'ajoute aux territoires de santé. Le constat ne prévaut pas pour les structures d'accueil médicalisées qui établissent de manière informelle des chalandises locales en fonction de la densité d'accueil des communes et des intercommunalités voisines. Les territoires d'actions des SSIAD sont très variables : ils peuvent être communaux, intercommunaux ou bien à cheval entre plusieurs intercommunalités. A l'instar des établissements, les services d'aide à domicile se réfèrent à l'échelle locale. Néanmoins, leurs territoires d'actions sont solidaires des statuts d'appartenance. Si les services publics sont communaux ou intercommunaux et départementaux, les services associatifs et les entreprises œuvrent à des échelles variées allant du noyau de communes au département. Enfin, les couvertures territoriales des services de proximité (habitat, transports à la demande...) sont inégales sur le territoire et diffèrent d'un département et d'une localité à l'autre.

¹³ BIOTEAU E., PIERRE G., FLEURET S., 2007, *La co-construction des territoires de l'économie sociale et solidaire. Exemples et comparaisons en Pays de la Loire*, Angers, Equipe ESSTER, programme ESS-ASDL / DIESES, p.3.

Figure 2 : Superposition des cadres et des territoires d'action gérontologique



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2009.

Comme le montre la figure 2, il découle de ce développement sectoriel et vertical un mille-feuille territorial. Afin de structurer ce foisonnement professionnel et territorial, les pouvoirs publics ont crée en 2001 un outil de coordination et d'information, les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC). Cependant, les recherches locales montrent que les CLIC s'accommodent difficilement de cette complexification locale de l'action gérontologique. Tout d'abord, les découpages territoriaux des CLIC s'ajoutent aux découpages cités plus haut et demeurent solidaires des volontés locales : il en résulte des conflits locaux sur le financement et l'utilité du dispositif. Le second élément repose sur la diffusion des normes concurrentielles dans le champ de l'aide à domicile : ces normes ont conduit localement les services (y compris associatifs)   adopter des pratiques concurrentielles en décalage avec les dispositifs de coordination. Enfin, les CLIC se voient

confrontés localement à la hiérarchisation des pratiques gérontologiques entre les professionnels : dans ce jeu, les médecins généralistes ainsi que les réseaux de santé, qui constituent des pivots en termes d'évaluation et orientation, appartiennent à des cadres d'action imperméable aux coordinations des CLIC. De fait, il ressort de la lecture et de l'analyse des rapports d'activités des CLIC des intercommunalités d'observation une hétérogénéité des niveaux et de la diversité des activités qui s'explique en raison d'une solidarité des CLIC aux contextes locaux, contraire aux objectifs initiaux d'harmonisation et de régulation locale de l'action gérontologique.

Vers une harmonisation territoriale de l'action gérontologique ?

Quinze années après le renforcement significatif du département sur le champ gérontologique, la territorialisation de l'action gérontologique s'est alignée sur les clivages sectoriels hérités : en plus d'être pérennes et intériorisés à l'échelle institutionnelle, les clivages et les rigidités sectorielles se sont déclinés à l'échelle locale. De fait, en dépit d'un réel effort d'adaptation et de rattrapage des inégalités territoriales, cette territorialisation sectorielle de l'action gérontologique a contribué (avec l'ouverture aux structures privées) à **dispenser l'offre et d'établir une structuration socio-spatiale de celle-ci selon des principes de concentration des activités et des richesses**. Face à ces inégalités le territoire et l'observation constituent des lieux de concertation et de régulation. Dans ce sens, si la fusion sectorielle et l'alignement des territoires de santé de l'ARS sur le maillage départemental constituent des signes encourageants, la diffusion des normes gestionnaires et la baisse des marges de manœuvre des conseils généraux présentent en revanche des éléments propices aux superpositions territoriales et au renforcement des inégalités géographiques constatées.