

Des politiques de la vieillesse sources d'inégalités socio-spatiales : l'exemple des Pays de la Loire

Mickaël BLANCHET

UMR 6590 CNRS, Eso Angers

En 2006, selon l'Insee, la région Pays de la Loire comptait 744 000 personnes âgées de 60 ans ou plus et 297 000 personnes âgées de 75 ans ou plus, soit respectivement 21,6 % et 8,6 % de la population (21,8 % et 8,2 % pour la France métropolitaine). En constante progression depuis 1999, le vieillissement n'est pas uniforme sur le territoire : bien que résidant majoritairement en agglomération (70 %), les personnes de 60 ans ou plus y étaient en 2006 proportionnellement moins nombreuses dans la population (19,7 %) que sur le littoral (26,9 %) et en milieu rural (22,1 %). Partant de ce constat, et dans un contexte d'individualisation et de sectorisation professionnelle et administrative des politiques gérontologiques (Frinault, 2009), on est en droit de se demander quelles sont les conséquences des segmentations administrative et professionnelle de l'action gérontologique sur la prise en charge territorialisée des besoins des personnes âgées. Dans cette quête, les recherches se sont attachées à décrypter les interactions entre les institutions, les acteurs qui prennent en charge les personnes âgées, les besoins de ces mêmes personnes âgées et le cadre géographique.

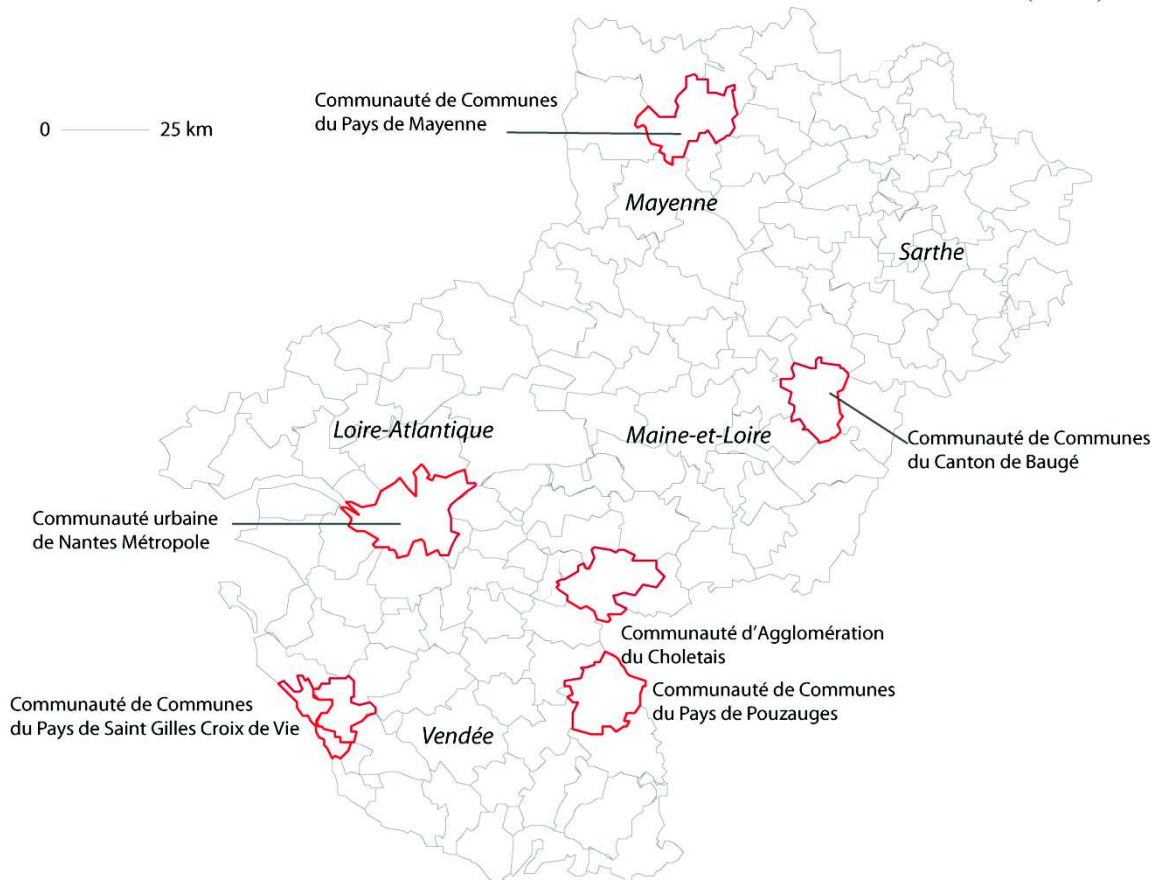
Les recherches se sont déroulées en trois temps. Dans un premier temps, les bases de données démographiques, médicales, sociales et économiques relatives au vieillissement de la population et à l'offre de services et d'établissements gérontologiques ont été mobilisées afin de dresser un état des lieux du vieillissement régional. Ce travail a ensuite été suivi d'analyses multivariées et de typologies régionales sur la vulnérabilité des personnes âgées. Ces opérations ont alors permis de sélectionner quatre départements et six intercommunalités propices à l'étude géographique des interactions entre les acteurs gérontologiques et les personnes âgées. L'analyse de ces interactions s'est tout d'abord centrée sur les acteurs gérontologiques qui évaluent et répondent aux besoins des personnes âgées. 127 entretiens semi-directifs ont été nécessaires à la réalisation de cette étape. À l'instar des recherches, les entretiens distinguent l'échelle institutionnelle (Conseils généraux, administrations d'État, conseils de l'ordre des médecins et caisses de retraite : 16 entretiens) de l'échelle locale, où 111 d'acteurs gérontologiques locaux (médecins généralistes, infirmières libérales, services de soins infirmiers à domicile, maisons de retraite, centres communaux d'action sociale, services d'aide à domicile, centres locaux d'information et de coordination...) ont été interrogés dans les six intercommunalités d'observation. À la suite d'un long travail d'analyse et de cartographie de l'offre de services et d'établissements gérontologiques, il a été possible de ressortir les pratiques spatiales des institutions et des acteurs gérontologiques. Enfin, la

dernière phase de recherche a eu pour but d'évaluer le rapport local des personnes âgées à l'offre de services et d'établissements gérontologiques. Également, menées dans les intercommunalités d'observation, ces recherches se sont appuyées sur des sources institutionnelles relatives aux activités gérontologiques (allocataires de l'allocation personnalisée autonomie, minimum vieillesse, taux d'équipement, consommations médicales, activités des services...) ainsi que sur la diffusion d'un questionnaire auprès de 900 personnes âgées portant sur les pratiques, le rapport local à l'offre et les solidarités informelles (familiales, amicales, voisinage) en situation de besoin.

Échelles et territoires d'étude

L'échelle régionale s'est révélée également intéressante dans l'observation gérontologique locale : la région compte en effet plus d'une centaine d'intercommunalités, maillons infra-départementaux qui se révèlent pertinents dans l'analyse des politiques territorialisées de la vieillesse. Par ses compétences gérontologiques, le département est aujourd'hui incontournable, une partie importante des processus d'action, de planification et de financement de l'action gérontologique étant concentrée à cette échelle. Les recherches n'ont concerné que quatre des cinq départements de la région (pour des raisons économiques et de temps, la Sarthe n'est pas concernée par l'étude).

CARTE 1 : DÉPARTEMENTS ET INTERCOMMUNALITÉS D'OBSERVATION (2010)



Mickaël Blanchet, doctorat de géographie, Université d'Angers, 2009.

Enfin, l'intercommunalité a été choisie comme maillon local de référence. Des critères géographiques (urbain, périurbain, rural et littoral) et démographiques (proportions de personnes âgées de 65 ans ou plus et de 80 ans ou plus) ont ensuite permis de sélectionner six intercommunalités de référence. Le choix s'est donc porté sur une intercommunalité urbaine, une intercommunalité littorale vendéenne et trois intercommunalités rurales : les intercommunalités de Nantes Métropole, de l'Agglomération du Choletais, du Pays de Pouzauges, du Pays de Mayenne, du Pays de Saint-Gilles Croix de Vie et du Canton de Baugé (carte 1, tableau 1).

La vieillesse, une période hétérogène et contrastée sur le territoire

Si la vieillesse peut être une période d'épanouissement grâce à la retraite, elle est également une période de ruptures sociales, affectives et biologiques auxquelles répond notre objet d'étude : les politiques de la vieillesse. Face à ces ruptures, les personnes âgées ne sont pas égales : l'âge (Colin, 2001), le sexe (Bonnet, Buffeteau et Godefroy, 2004), l'origine sociale (Mizrahi, 2003), le mode d'habitation, les revenus (Noguès, 2006) constituent des facteurs d'inégalités biologiques, sociales et économiques.

TABLEAU 1 : CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION
DES INTERCOMMUNALITÉS D'OBSERVATION (2008)

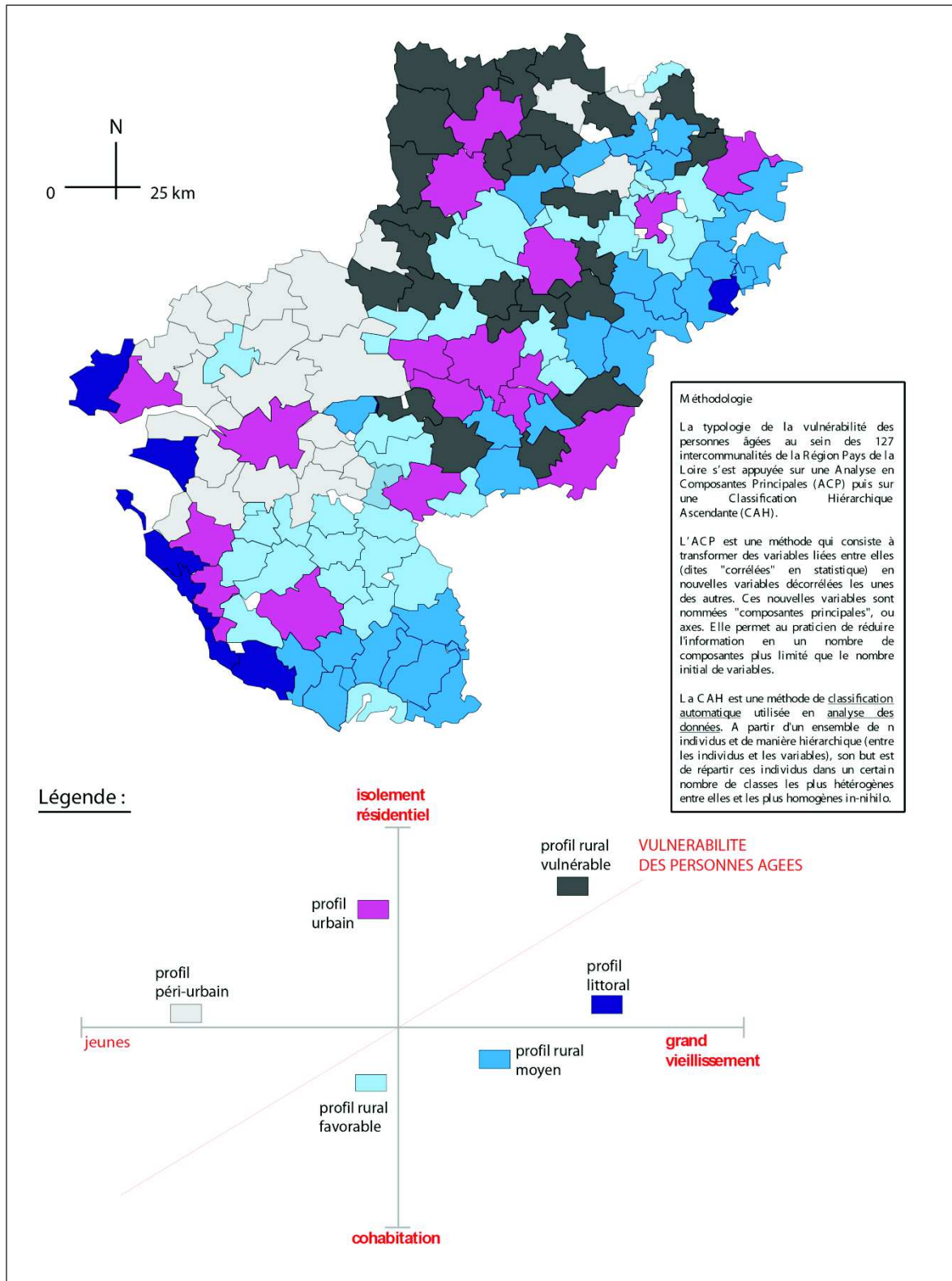
	Proportion de 65 ans ou plus (en %)	Proportion de 80 ans ou plus (en %)	Proportion de ménages de 80 ans ou plus composés d'une seule personne (en %)	Taux d'équipements médicalisés (pour 1000 personnes de 80 ans ou plus)
Nantes Métropole	18,0	6,4	45,0	123
Agglomération du Choletais	18,6	6,0	41,6	94
Canton de Baugé	27,8	11,0	38,1	181
Pays de Mayenne	20,5	7,7	44,2	238
Pays de Pouzauges	22,6	7,5	35,2	103
Pays Saint-Gilles Croix de Vie	32,0	11,7	41,2	121

Source : recensement 2008, Insee Pays de la Loire

Source : recensement 2008, Insee Pays de la Loire.

Afin de dresser une typologie de la vulnérabilité régionale des personnes âgées, ces mêmes variables ont été croisées avec d'autres variables démographiques et géographiques, dans le cadre d'une analyse en composantes principales (ACP) puis d'une classification hiérarchique ascendante (CHA) (carte 2). Les variables utilisées lors de ces analyses multivariées sont issues des enquêtes de l'Insee : proportions de personnes âgées de 65 ans ou plus et de 80 ans ou plus, proportions de femmes dans les populations âgées de 60 ans ou plus et de 80 ans ou plus, origine sociale des ménages retraités, proportions de ménages de 60 ans ou plus et de 80 ans ou plus composés d'une seule personne, proportion de ménages de 60 ans ou plus et de 80 ans ou plus habitant un logement construit avant 1945, revenus médians des ménages de 60-74 ans et de 75 ans ou plus, densité démographique.

CARTE 2 : TYPOLOGIE TERRITORIALE DE LA VULNÉRABILITÉ DES PERSONNES ÂGÉES DANS LA RÉGION PAYS DE LA LOIRE



Mickaël Blanchet, Université d'Angers, 2011.

Sources : recensements 1999 et 2009 ; enquête revenus 2008, Insee Pays de la Loire.

Six classes ont été retenues pour la CHA, dans le but de faire ressortir de manière spatialisée et hiérarchique la vulnérabilité des personnes âgées.

Ces six classes font clairement apparaître une opposition entre milieux rural, urbain et littoral.

Le profil urbain regroupe les principales intercommunalités urbaines de la région. Ce profil se distingue par des fortes inégalités de répartition des personnes âgées, des revenus médians des personnes âgées et par une surreprésentation des ménages âgés composés d'une personne. Le profil périurbain, quasi exclusif à la Loire-Atlantique, se singularise par un faible vieillissement de la population et par une homogénéité socio-économique des ménages âgés.

Le profil littoral présente un vieillissement important, avec surreprésentation du grand âge (80 ans ou plus) et une surreprésentation des ménages âgés vivant en couple et d'origine sociale aisée.

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 proportion de ménages âgés composés d'une seule 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 à l'est du Maine-et-Loire. Le troisième profil rural regroupe les intercommunalités 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 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.

D'un point de vue quantitatif, seule l'enquête Handicap-Santé 2008 autorise, sur le versant de la perte d'autonomie, un état des lieux territorial de la vulnérabilité des personnes âgées. Pour des raisons de seuils, il n'est pas possible de dresser une géographie quantitative de la dépendance des personnes âgées au niveau des intercommunalités de la région. Ainsi, les taux de dépendance départementaux des 60 ans ou plus¹ oscillent entre 7,2 % pour la Loire-Atlantique et 8,1 % pour le département de la Mayenne, attestant d'une plus grande intensité de la perte d'autonomie dans les départements les moins urbanisés. En rapportant ces taux et en ventilant la prévalence nationale de la dépendance par sexe et âge quinquennal selon les types de territoire (urbain, périurbain, rural), on observe que les situations de dépendance se concentrent essentiellement en milieu urbain mais que le phénomène révèle

¹ Le taux de dépendance est le rapport entre le nombre de personnes dépendantes et le nombre total de personnes âgées de 60 ans ou plus. Les taux sont estimés à partir d'une relation entre taux de mortalité et taux de dépendance, établie sur la base des données de l'enquête Handicap-Santé de 2008.

une plus grande intensité en milieu rural. Sur les 64 100 personnes âgées dépendantes recensées en 2010, les deux tiers (66 %) habitent en ville ou en milieu périurbain (71 % des Ligériens¹ de 65 ans ou plus habitent dans les aires urbaines à la même date), le tiers restant étant localisé en milieu rural (29 % des Ligériens âgés de 65 ans ou plus). Cette répartition en défaveur des limites rurales de la région rejoint les explications précédentes relatives à la qualité du vieillissement, notamment la part des femmes (plus exposées à la dépendance) dans la population très âgée.

TABLEAU 2 : POPULATION ÂGÉE DÉPENDANTE. RÉPARTITION SELON LE TYPE D'ESPACE DANS LA RÉGION PAYS DE LA LOIRE (2008-2009)

	Population âgée	
	Effectif	Proportion (en %)
Aires urbaines	42 950	67
Pôles urbains	28 850	45
Communes périurbaines	14 100	22
Rural	21 150	33
Source : Enquête Handicap-Santé 2008, Insee 2009.		

Face à ce défi en termes de prise en charge, la région Pays de la Loire bénéficie de taux d'équipements médicaux (généralistes, centres hospitaliers) et médico-sociaux (maisons de retraite médicalisées, services de soins infirmiers à domicile) supérieurs à ceux du pays. Néanmoins, la répartition de ces établissements et services est inégale géographiquement et accroît, sur le versant de l'offre, la vulnérabilité des personnes âgées des territoires les plus prédisposés à la vulnérabilité sociale et médicale des personnes âgées.

Des politiques territoriales subdivisées

De l'hôpital aux familles, en passant par l'aide à domicile, l'action gérontologique recouvre un champ d'acteurs large et varié. Cependant, l'action gérontologique demeure subdivisée sur les plans sectoriels, politiques et territoriaux. La décentralisation et la volonté politique de maîtriser les dépenses sociales ont développé cette logique de segmentation (Argoud, 1998). À la sortie des années 2000, les prérogatives gérontologiques oscillaient entre cloisonnement et chevauchement : si les compétences sanitaires demeuraient dans le giron de l'État, les affaires médico-sociales (maisons de retraite médicalisées, soins infirmiers à domicile) et la gestion de l'allocation personnalisée autonomie (APA) étaient partagées entre les départements, l'État et les caisses de retraite. Les entretiens auprès des institutions et des acteurs gérontologiques locaux corroborent ce constat. L'introduction des normes individuelles, les politiques gestionnaires et le retour de l'État dans le champ médico-social (loi « Hôpital, patients, santé et territoires » de 2010, renforçant l'Agence régionale de santé

¹ Nom des habitants des Pays de la Loire et de leurs départements.

dans l'organisation territoriale des établissements et des services médico-sociaux) et dans celui de l'aide à domicile ont alimenté ces cloisonnements sectoriels au détriment de politiques territorialisées plus transversales.

Dans ce jeu, le territoire constitue pour ces mêmes institutions gérontologiques un enjeu important, et, ce, pour deux raisons :

- il permet une meilleure adaptation aux besoins individuels des personnes âgées ;
- il constitue un support d'affirmation et d'imposition de ses propres marges de manœuvre aux autres acteurs et institutions.

Pour exister, les administrations d'État, les départements et les caisses de retraites territorialisent leurs actions de manière hiérarchique et contrôlée, et n'opèrent à aucun moment de véritables jonctions territoriales et sectorielles vers les autres institutions. Face à la nécessité d'individualiser et d'adapter les réponses aux besoins, les institutions et les instances gérontologiques n'ont pas convergé vers plus d'harmonisation : souhaitant œuvrer au plus près des publics âgés en besoin, elles ont développé, de manière segmentée, des services et des établissements tels que services de transport à la demande, entreprises de loisirs et de sociabilité, résidences services, associations d'aide aux aidants, villages seniors. Résultat : alors que, en 2004, le panel d'établissements et de services gérontologiques sur la région Pays de la Loire était de 34, il était de 56 en 2010. Si cette adaptation a favorisé les prises en charge, elle marque également en aval le choix d'une approche sectorielle au détriment d'une approche territoriale et transversale. 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 territoriales.

Une offre gérontologique dispersée et inégale sur le territoire

Tout d'abord, la diversité de l'offre de services et d'établissements gérontologiques au sein des intercommunalités d'observation se révèle inégale : son niveau est respectivement de 26, 28 et 31 pour les intercommunalités rurales de Baugé, Pouzauges et Mayenne et, respectivement, de 49 et 41 pour les intercommunalités urbaines de Nantes et de Cholet. Les orientations de l'État, des conseils généraux et des caisses de retraites, mais aussi les moindres capacités économiques et techniques en milieu rural, expliquent ces écarts. Le passage d'une logique d'établissement à une logique de besoin a eu pour conséquence de multiplier et de superposer sans cohérence ni concertation les cadres territoriaux de régulation de l'action gérontologique. En découle une dispersion géographique de l'offre et des territoires d'action qui interroge sur la réelle efficacité des dispositifs et des tentatives de coordination.

De fait, la répartition héritée de l'offre de services et d'établissements gérontologiques est tributaire des enjeux de pouvoir dans lesquels les institutions font valoir une multitude de critères (administratifs, sectoriels, géographiques, économiques, politiques...). Le recensement de l'offre d'établissements et de services s'adressant aux publics âgés montre, à l'échelle régionale, que :

- les établissements hospitaliers sont répartis sur le territoire selon le degré de spécialisation. Dans ce schéma, les villes les plus importantes de la région accueillent les filières les plus spécialisées et les pôles ruraux, les établissements les moins spécialisés (les filières gériatriques) ;
- la médecine libérale demeure corrélée à la densité démographique. On constate de fortes inégalités de répartition et des faibles densités médicales aux frontières rurales de la Sarthe, de la Mayenne et du Maine-et-Loire, où l'on compte en 2011, entre 170 et 213 médecins généralistes et spécialistes pour 100 000 habitants (contre 259 à l'échelle régionale) ;
- les services de soins infirmiers à domicile et les établissements d'accueil sont répartis de manière inégale sur le territoire. La médicalisation est de plus en plus soumise à des logiques de planification partagée entre les Conseils généraux et l'État, qui vont dans le sens d'un rééquilibrage de l'offre, entre et à l'intérieur des départements. Seulement, les efforts entrepris demeurent assujettis aux héritages locaux, notamment en milieu rural, et à la forte croissance du nombre de personnes âgées en ville. En conséquence, les espaces ruraux présentent un taux d'équipements médicalisés supérieur à celui des aires urbaines mais disposent, en revanche, d'un panel d'établissements moindre : en 2009, et en dépit des inégalités entre les intercommunalités rurales, le taux d'équipement en lits médicalisés est plus élevé sur l'ensemble des intercommunalités rurales (138 lits pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus) que sur l'ensemble des intercommunalités urbaines et périurbaines (116) ;
- soumis à la concurrence, le secteur de l'aide à domicile est davantage développé en ville. L'arrivée des acteurs privés a été plus forte en milieu urbain et sur le littoral, et limitée en milieu rural. On observe, en ville et sur le littoral, un retrait des centres communaux d'action sociale (CCAS) et une arrivée massive des enseignes à but lucratif qui vient s'ajouter aux associations historiques. À l'inverse, les entreprises ont peu investi les zones rurales, où l'on recense une répartition homogène des CCAS et des associations.

À l'issue d'une analyse multivariée à l'échelle de groupements d'intercommunalités (urbaines, rurales, littorales) croisant des données socio-économiques relatives au vieillissement de la population, à l'offre de prise en charge, ainsi qu'à la répartition des allocataires de l'APA, il apparaît que les dynamiques géographiques de la dépendance sont solidaires du niveau et de l'intensité du vieillissement de la population et de la répartition des EHPAD sur le territoire. Selon, cette analyse, les proportions de personnes âgées de 80 ans ou plus, de femmes très âgées, de ménages très âgés constitués d'une seule personne, de personnes d'origine populaire sont plus élevées en milieu rural, où l'on observe des taux d'établissements médico-sociaux surélevés.

Forces et limites du « département-providence »

La gestion des politiques spécifiques aux personnes âgées s'inscrit dans un rapport ambivalent de l'État avec les marges de manœuvre des collectivités locales. Dans ce jeu, l'État adopte vis-à-vis des Conseils généraux une double posture partenariale et d'ingérence. Ainsi, sur le champ social, l'instauration de normes concurrentielles dans le secteur de l'aide à domicile a contribué au retour de l'État dans un secteur jusque-là sous la tutelle des Conseils

généraux et des collectivités locales. Sur le champ sanitaire, la création des agences régionales d'hospitalisation (ARH), puis des agences régionales de santé (ARS) en 2010, renforce les compétences de l'État en matière de régulation de l'offre sanitaire et médico-sociale. Contrôle accru qui ne rime pas forcément avec investissement, l'État n'affirmant pas d'autre ambition politique que de réaliser des économies et d'introduire une régulation concurrentielle (par appel à projet) et spécifiée de l'offre sanitaire et médico-sociale. Outre les économies visées, cette réforme interroge sur la redéfinition des rapports de l'État avec les institutions, les instances et les acteurs gérontologiques locaux. Dans un contexte de rigueur budgétaire, les caisses de retraites et les collectivités locales s'accordent à faire état de rapports économiques imbriqués et conflictuels. Pour autant, si la conflictualité de ces rapports économiques est exposée, peu d'acteurs institutionnels interrogés les remettent en cause. De cette absence de revendication ressort un compromis institutionnel et économique entre un État soucieux de réduire ses dépenses et des Conseils généraux qui souhaitent assumer des compétences politiques.

Comme le montre le tableau 3, la croissance des budgets gérontologiques liée à l'explosion du nombre d'allocataires de l'APA et à la médicalisation des maisons de retraite a eu pour conséquence de réduire les politiques départementales à la gestion de la dépendance et ont incité les Conseils généraux, selon les densités démographiques et les potentiels économiques, à réguler l'offre entre ouverture au privé, concurrence et planification. Sur les quatre départements d'étude, la Loire-Atlantique, le Maine-et-Loire et la Vendée présentent une régulation économique de l'offre et des demandes en s'appuyant sur un développement sectoriel et une ouverture contrôlée aux services lucratifs, tandis la Mayenne s'appuie sur les fédérations d'établissements et de services pour réguler l'offre.

TABLEAU 3 : ÉVOLUTION DES BUDGETS GÉRONTOLOGIQUES DES CONSEILS GÉNÉRAUX ENTRE 2004 ET 2009 (EN %)

	Variation (en %)
Loire-Atlantique	33
Maine-et-Loire	39
Mayenne	36
Vendée	32

Source : DRASS Pays de la Loire 2005 et 2009

Vers une figuration politique et géographique du vieillissement ?

L'évaluation finale des interactions géographiques entre l'offre de services et d'établissements gérontologiques et les personnes âgées s'est appuyée, à l'échelle des intercommunalités d'observation :

– sur les données relatives aux activités gérontologiques locales (les séjours hospitaliers, la consommation médicale, les actes infirmiers pour les personnes âgées, l'APA – selon le degré

de dépendance –, le minimum vieillesse, les populations âgées bénéficiant des services d'aide à domicile et de proximité) ;

– sur les réponses de 900 personnes âgées à l'enquête sur leur rapport local à l'offre de services et d'établissements.

Le croisement de ces sources à l'aide d'une ACP révèle la prégnance des modes de régulation hérités et actuels de l'offre dans la construction locale de la vieillesse. Oscillant entre héritages locaux, régulation économique et planification, l'offre gérontologique se retrouve de plus en plus structurée sur le territoire selon son degré de savoir-faire et de rentabilité économique. Cette recherche d'activité engendre une polarisation géographique de l'offre suivant des règles de densité démographique et technique. Cette logique met au jour un contraste entre les villes, où les activités les plus techniques et les plus soumises à la concurrence sont surconcentrées, et les périphéries rurales, où les pouvoirs publics maintiennent une offre d'établissements et de services moins variée. Dans ce jeu, l'APA objective les inégalités de l'offre et institue de fait un alignement de la demande sur l'offre. Par ricochet, l'enquête montre que cette logique de concentration-polarisation modèle les régulations locales entre les personnes âgées, les familles et la collectivité. Il en ressort trois formes de régulation solidaires de la structuration et de la lisibilité locale de l'offre professionnelle (figure 1) :

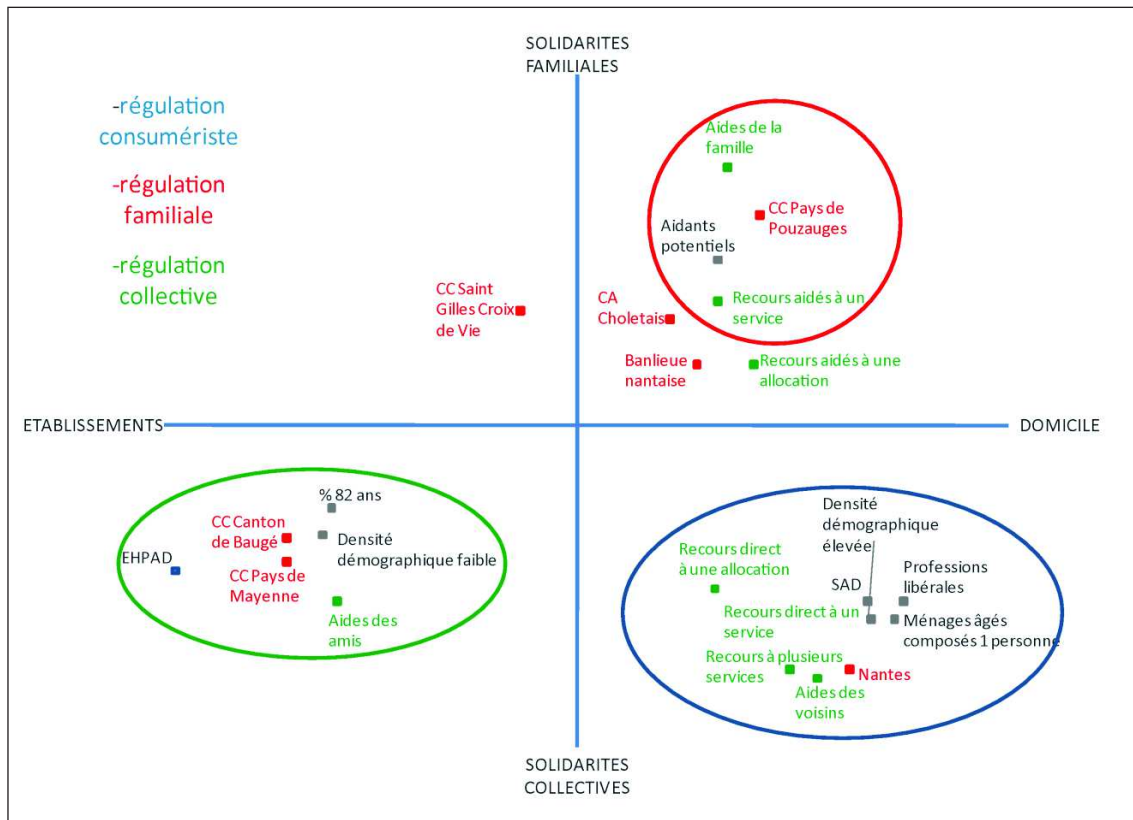
– une première forme de régulation dans les intercommunalités rurales de Mayenne et de Baugé, où les pouvoirs publics et les services sociaux tentent de combler les distances familiales et maintiennent l'offre existante ;

– une deuxième forme de régulation rurale au niveau de l'intercommunalité de Pouzauges, où les solidarités familiales s'inscrivent en complément d'un niveau moyen de l'offre locale ;

– une troisième forme de régulation, nantaise, où, malgré leurs proximités, les familles tendent à se désengager en faveur d'un développement élevé et multiple de l'offre de services et d'établissements. En parallèle, on observe dans ces zones des liens de solidarité étroits avec les voisins.

L'adaptation locale des personnes âgées aux inégalités de répartition et de niveau de l'offre professionnelle se révèle inverse aux objectifs politiques annoncés. Cette inversion fige le grand âge en tant qu'objet politique, social et géographique. En effet, il ressort de la prise en charge politique des vieillards une double figuration autour de la dépendance et des objectifs de développement économique et territorial. Dans ce jeu, on observe une « gestion » spatiale différenciée de la vieillesse : entre des zones où l'adoption des normes concurrentielles par les acteurs gérontologiques se traduit pour les personnes âgées et leurs familles par des pratiques et des parcours de choix et d'indépendance, et des zones rurales où la moindre rentabilité économique de l'action gérontologique se traduit par une prise en charge par les familles et la collectivité et par un conditionnement local plus élevé des pratiques et des parcours des personnes âgées qui présentent des besoins.

FIGURE 1 : RÉGULATIONS LOCALES ENTRE LES PERSONNES ÂGÉES, LES AIDANTS INFORMELS ET LES PROFESSIONNELS



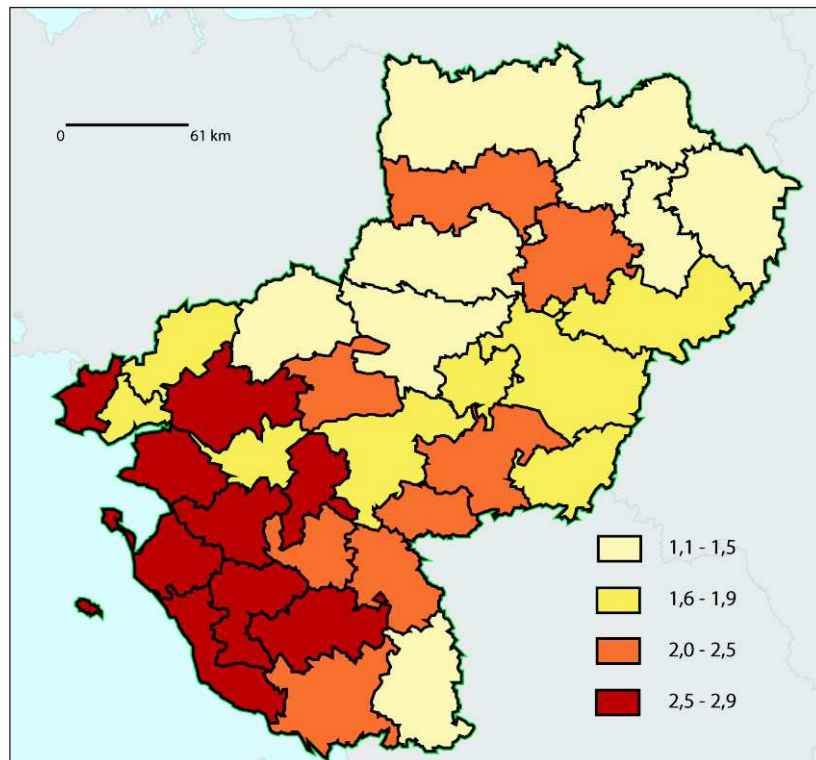
Mickaël BLANCHET, doctorat de géographie, Université d'Angers, 2011.

Perspectives : de plus en plus de personnes âgées dépendantes en précarité économique

L'objectif était, à partir d'un espace limité, d'analyser l'organisation spatiale des politiques de la vieillesse pour faire mieux ressortir ses conséquences géographiques. Cette organisation met en avant l'adoption par les pouvoirs publics des normes du secteur privé sur le champ de la vieillesse. Il en découle la sédimentation d'inégalités gérontologiques entre les espaces dotés de capacités économiques et professionnelles et les espaces moins riches et moins structurés professionnellement. Les conséquences de cette construction géographique inégalitaire interrogent sur le devenir et les formes futures de prise en charge des populations âgées vulnérables. En effet, le déplacement de l'onde de grand vieillissement en direction des quartiers populaires périphériques et des zones périurbaines, ainsi que la remise en question plus importante des mécanismes de capitalisations économiques et sociales à la retraite constituent des enjeux politiques incontournables. Tout d'abord, sur le champ de la perte d'autonomie, l'Insee Pays de la Loire anticipe l'arrivée de 33 000 personnes âgées dépendantes supplémentaires d'ici 2030 (Bonneyoy, Soulas et Fouchard, 2012), à un rythme inégal selon les territoires : tassement du phénomène en milieu rural (notamment en Mayenne, Sarthe et Maine-et-Loire) et accentuation en milieu périurbain et sur le littoral.

Dans ce jeu, la carte du taux de croissance annuel des personnes âgées dépendantes selon les territoires définis par l'ARS (carte 3) illustre une croissance à venir de la dépendance plus prononcée dans les espaces littoraux (+ 7 500 personnes âgées dépendantes de 2010 à 2030) et les zones périurbaines (+ 8 550).

CARTE 3 : TAUX DE CROISSANCE ANNUEL DE LA POPULATION ÂGÉE DÉPENDANTE ENTRE 2010 ET 2030 DANS LA RÉGION PAYS DE LA LOIRE (EN %)



Sources : Insee, enquête Handicap-Santé 2008-2009, scénario intermédiaire, Omphale 2010, scénario central.

S'ajoute à cette augmentation numérique des personnes âgées dépendantes dans la région une arrivée de plus en plus importante de retraités en situation de précarité économique et familiale. La remise en question, pour une partie de la population retraitée, des mécanismes de capitalisations économiques et sociales par une fragilisation des trajectoires antérieures (chômage, divorce...) interroge sur la fragilisation locale d'une partie de plus en plus importante du tissu de retraités. La consultation de différents observatoires sociaux locaux (villes de Rezé, Cholet et Angers) atteste d'une part de plus en plus importante de personnes âgées de 50 à 60 ans bénéficiaires de *minima* sociaux et de la couverture maladie universelle (CMU) : entre 5 et 16 % des ménages de cette même classe d'âge, selon les quartiers de ces trois villes. *In fine*, devant cette croissance à venir des situations de vulnérabilité sociale et économique des personnes âgées et devant ces évolutions géographiques (littorales et périurbaines), il sera intéressant de suivre dans la région Pays de la Loire, mais bien sûr aussi dans d'autres espaces, l'évolution et les conséquences des réponses « par poche », segmentées, des politiques sanitaires et sociales.

Bibliographie

- ARGOUD D., 1998, *Politique de la vieillesse et décentralisation. Les enjeux d'une mutation*, Paris, Érès, p. 80.
- BLANCHET M., 2011, « Politiques de la vieillesse dans la région Pays de la Loire », thèse de géographie sous la direction de Ch. Pihet, Université d'Angers, p. 435.
- BLANCHET M. et PIHET CH., 2009, « État des lieux et enjeux du vieillissement de la population en Pays de la Loire », *Les Cahiers nantais*, n° 2-2009, p. 37-44.
- BONNEFOY V., FOUCHARD CH. et SOULAS O., 2012, « Pays de la Loire : 33 000 personnes âgées dépendantes supplémentaires d'ici 2030 », Insee Pays de la Loire, *Études*, n°101, février, 6 p.
- BONNET C., BUFFETEAU S. et GODEFROY P., 2004, « Retraite : vers moins d'inégalités entre hommes et femmes ? », *Population et sociétés*, n° 401, mai, p. 2.
- COLIN CH., 2001, « L'autonomie des personnes de 80 ans et plus », *Gérontologie et société*, n° 98, p. 37-48.
- FRINAULT TH., 2009, *La dépendance, un nouveau défi pour l'action publique*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- JOUSSEAUME V., 2002, « Diffusion et recomposition de l'offre médicale : l'exemple des Pays de la Loire (1967-2000) », in S. Fleuret et R. Séchet (dir.), *La santé, les soins, les territoires. Penser le bien-être*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, p. 37-51.
- MIZRAHI A. et MIZRAHI A., 2002, « Inégalités sociales face au vieillissement et à la mort », *Gérontologie et société*, n° 101, p. 63-83.
- MONTOVANI J., 1998, *Les interactions entre offre et demande d'aide à domicile, d'hébergement et de soins*, Toulouse, Programme Espace, santé et territoire, Drees-Mire-Datar, p. 160.
- NOGUÈS H., 2006, « Les revenus des personnes âgées. Un enjeu de société », *Gérontologie et société*, n° 117, p. 31-43.
- NOGUÈS H. et BOUGET D., 1989, « Évaluation des disparités d'offre d'équipements pour les personnes âgées dépendantes », Actes du colloque « Géographie et socio-économie de la santé » (Credes, 23-26 janvier 1989), avril, p. 225-237.