

Mickaël Blanchet

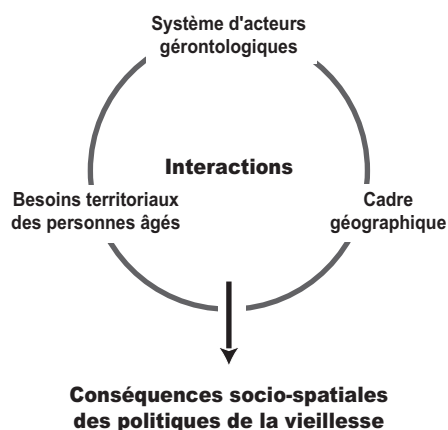
 ESO ANGERS  
 ESPACES ET SOCIÉTÉS - UMR 6590 CNRS - UNIVERSITÉ ANGERS

## UN VIEILLISSEMENT RÉGIONAL HÉTÉROGÈNE, DES POLITIQUES DE LA VIEILLESSE SECTORIELLES

**S**elon le Recensement Général de la Population de 2006 de l'Insee, la région Pays de la Loire compte 744 000 personnes âgées de plus de 60 ans et 297 000 personnes âgées de plus de 75 ans, soit respectivement 21,6 et 8,6 % de la population (21,8 et 8,2 % pour la France). En constante augmentation depuis 1999 (de 10 % pour les personnes âgées de plus de 60 ans et de 27,6 % pour les personnes âgées de plus de 75 ans), le vieillissement de la région n'est pas uniforme sur le territoire: bien qu'en quantité les personnes âgées habitent majoritairement dans les agglomérations (70 %), leur proportion démographique (19,7 % de la population à plus de 60 ans en 2006) y est moins élevée que sur le littoral (26,9 %) et en milieu rural (22,1 %). Ces inégalités de contraste constituent le point de départ de la thèse. En effet, dans un contexte d'individualisation, de sectorisation professionnelle et administrative des politiques gérontologiques (Frinault, 2009), on est en droit de s'interroger sur les conséquences géographiques de ces mêmes politiques sur les besoins et les prises en charge des publics âgés. On peut 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, une multitude 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

Figure 1 : Analyse interactionnelle des politiques de la vieillesse



Blanchet M. ©ESO Angers, 2009

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 d'étude propices à l'étude géographique des interactions entre les acteurs gérontologiques et les personnes âgées. L'étude 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 retraites, Centres Communaux d'Action Sociale, services d'aide à domicile, Centre 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

(\*) thèse de doctorat de géographie soutenue le 7 avril 2011 à l'université d'Angers

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

La prise en compte de l'échelle régionale dans une recherche sur les politiques gérontologiques peut susciter des interrogations. Le Conseil Régional n'intervient en effet que partiellement sur le champ gérontologique (formation professionnelle). L'intérêt se situe ailleurs. Tout d'abord, la majeure partie des activités gérontologiques est organisée à cette échelle (Agence régionale d'Hospitalisation, Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales, Caisse régionale d'Assurance maladie). Ensuite, l'observation à l'échelle de la Région rend possible les comparaisons entre les politiques gérontologiques départementales. Mais surtout, cette échelle territoriale s'avère 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 incontournable: une partie importante des processus d'action, de planification et de finance-

Carte 1 : Départements et intercommunalités d'observation en 2010



Blanchet M.©ESO Angers, 2009

ment de l'action gérontologique est concentrée à cette échelle. Les recherches n'ont concerné que quatre des cinq départements de la région (la Sarthe n'est pas concernée par l'étude).

Enfin, l'intercommunalité a été choisie comme maillon local de référence. Des critères géographiques (urbain, périurbain, rural et littoral) et démographiques (% de personnes âgées de plus de 60 et 80 ans) 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.

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques du vieillissement de la population des intercommunalités d'observation en 2007

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

Blanchet M.©ESO Angers, 2009

RGP 2007, Insee

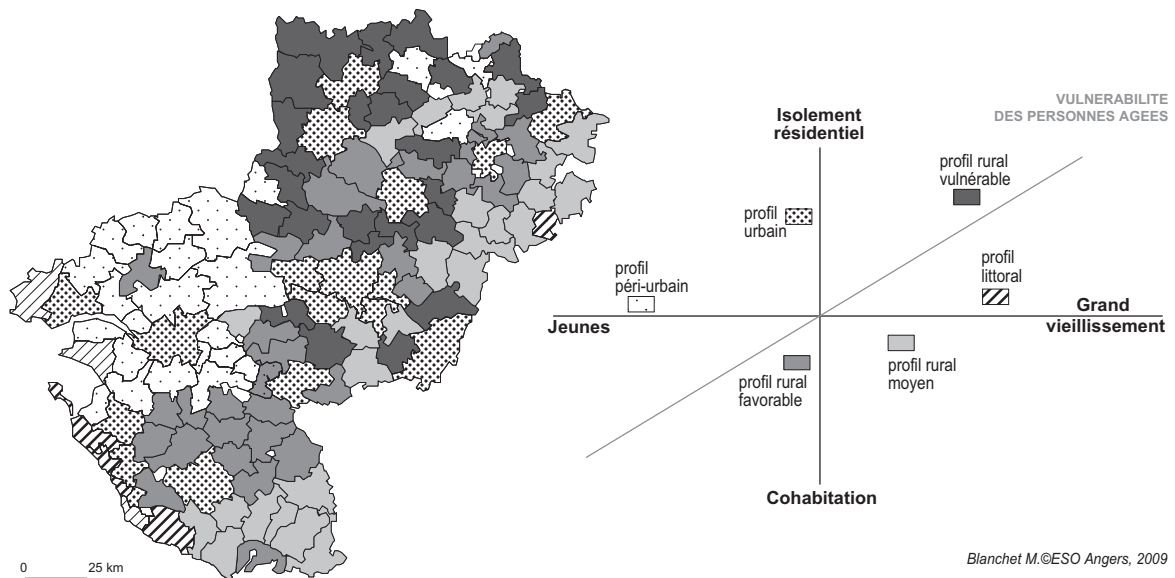
**LA VIEILLESSE, UNE PÉRIODE HÉTÉROGÈNE ET CONTRASTÉE SUR LE TERRITOIRE**

Si la vieillesse peut être période d'épanouissement grâce à la retraite, elle est également une période de ruptures sociales, affectives et biologiques auxquelles notre recherche s'intéresse. Face à ces mêmes 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 entre les personnes âgées. Afin de dresser une typologie de la vulnérabilité régionale des personnes âgées, ces mêmes variables ont été croisées à d'autres variables démographiques et géographiques à partir d'une Analyse en composantes principales (ACP) puis à partir d'une Classification hiérarchique ascendante (CAH). Les variables utilisées lors de ces analyses multivariées sont issues des enquêtes de l'Insee et comprennent les parts des personnes âgées de plus de 60 ans et de plus de 80 ans, la part des femmes dans les populations âgées de plus de 60 et de

plus de 80 ans, l'origine sociale des ménages retraités, la part des ménages de plus de 60 ans et de plus de 80 ans composés d'une personne, la part des ménages de plus de 60 ans et de plus de 80 ans habitant un logement ancien (construit avant 1945), les revenus des ménages de 60-75 ans et de plus de 75 ans et la densité démographique.

En premier lieu, l'Analyse en composantes Principales nous apprend que le vieillissement de la population régionale est solidaire de la densité démographique. À 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. À la suite de cette analyse multivariée, six classes ont été retenues lors de la Classification hiérarchique ascendante dans le but de ressortir de manière spatialisée et hiérarchique la vulnérabilité des personnes âgées. Comme le montre la carte, ces six classes font clairement apparaître une opposition entre

**Carte 2 : 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 décorrélatées 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.

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 péri-urbain, 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, un grand vieillissement (plus de 80 ans) pondéré 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 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 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.

#### 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. Comme le rappelle D. ARGOUD (1998), la décentralisation et la volonté politique de maîtriser les dépenses sociales ont développé cette logique de segmentation. 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 retraites médicalisées, soins infirmiers à domicile) et la gestion de l'allocation personna-

lisée autonomie étaient partagées entre les départements, l'État et les caisses de retraites. 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 sur le champ médico-social (loi HPST renforçant l'Agence Régionale de Santé dans l'organisation territoriale des établissements et des services médico-sociaux) et de l'aide à domicile ont alimenté ces cloisonnements sectoriels au détriment de la politique territorialisée plus transversale.

Dans ce jeu, le territoire constitue pour ces mêmes institutions gérontologiques un enjeu important, et ce, pour deux raisons : car il permet une meilleure adaptation aux besoins individuels des personnes âgées et il constitue un support d'affirmation et d'imposition de ses propres marges de manœuvre aux autres acteurs et institutions.

Pour exister, les administrations de l'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 s'adresser au plus près des publics âgés en besoin, elles ont développé de manière segmentée des services et des établissements. Résultat, 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. 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.

#### VERS UNE OFFRE GÉRONTOLOGIQUE DISPERSÉE ET INÉGALE SUR LE TERRITOIRE

Tout d'abord, la diversité de l'offre de services et d'établissements et de services gérontologiques au sein des intercommunalités d'observation se révèle inégale :

leur 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 celle de besoin a eu pour conséquence de multiplier et de superposer sans cohérence ni concertation les cadres territoriaux de régulation de l'action gérontologique. Il 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...). Il en résulte le maintien des inégalités héritées de répartition de l'offre gérontologique entre milieu urbain et rural. Le recensement de l'offre d'établissements et de services s'adressant aux publics âgés nous 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).

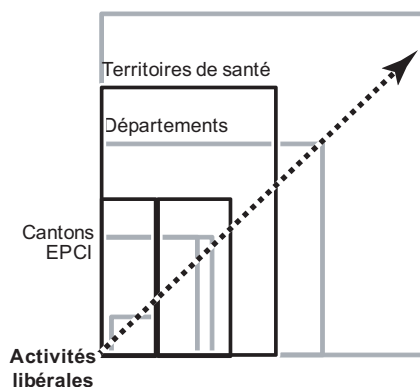
- **La médecine libérale** demeure corrélée la densité démographique. On constate de fortes inégalités de

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'équipements en lits médicalisés est plus élevé sur l'ensemble des intercommunalités rurales (138 lits pour 1 000 personnes de plus de 75 ans) que sur l'ensemble des intercommunalités urbaines et péri-urbaines (116).

- **Le secteur de l'aide à domicile**, soumis à la concurrence, est plus 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, 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.

Figure 2 : Superposition des cadres territoriaux de régulation de l'action gérontologique



Blanchet M. ©ESO Angers, 2009

#### 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 Agence Régionale d'Hospitalisation puis des Agences Régionales de Santé en 2010 renforce les compétences de l'État en matière de régulation de l'offre sanitaire et médico-sociale. Contrôle accru de l'État ne rime pas forcément avec investissement. Car l'État n'affirme pas d'autre ambition politique que de réaliser des économies et d'introduire une régulation concurrentielle (par appel à projet) et spécifique 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, il ressort un compromis institutionnel et économique entre un État soucieux de réduire ses dépenses et des Conseils Généraux qui souhaitent assumer des compétences politiques. Un Conseiller général vendéen résume ce compromis : « Sur la forme, on se dispute avec les services de l'État sur les questions économiques. Mais dans le fond, on a besoin d'eux et, eux, ils ont besoin de nous. Donc quand les demandes augmentent chez nous et quand l'État nous dit qu'il faut se serrer la ceinture, les tensions sont ravivées. (...) Mais pour moi, ces tensions sont nécessaires, l'émulation politique ne fait jamais de mal, cela participe à la bonne administration du territoire ».

Comme le montre le tableau 2, la croissance des budgets gérontologiques liée à l'explosion du nombre d'allocataires de l'APA et à la médicalisation des maisons de retraites a eu pour conséquence de réduire les politiques départementales à la gestion de la dépendance, ce qui les a incitées, selon les densités démographiques et les potentiels économiques, à réguler l'offre entre ouverture au privé, concurrence et planification. Sur les quatre départements de l'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 que la Mayenne s'appuie sur les fédérations d'établissements et de services pour réguler l'offre.

**Tableau 2 : Evolution des budgets gérontologiques des Conseils généraux de l'étude entre 2004 et 2008 (en %)**

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

DRASS, PDL 2005 et 2009

Blanchet M. ©ESO Angers, 2009

## **VERS UNE FIGURATION POLITIQUE ET GÉOGRAPHIQUE DU VIEILLESSEMENT ?**

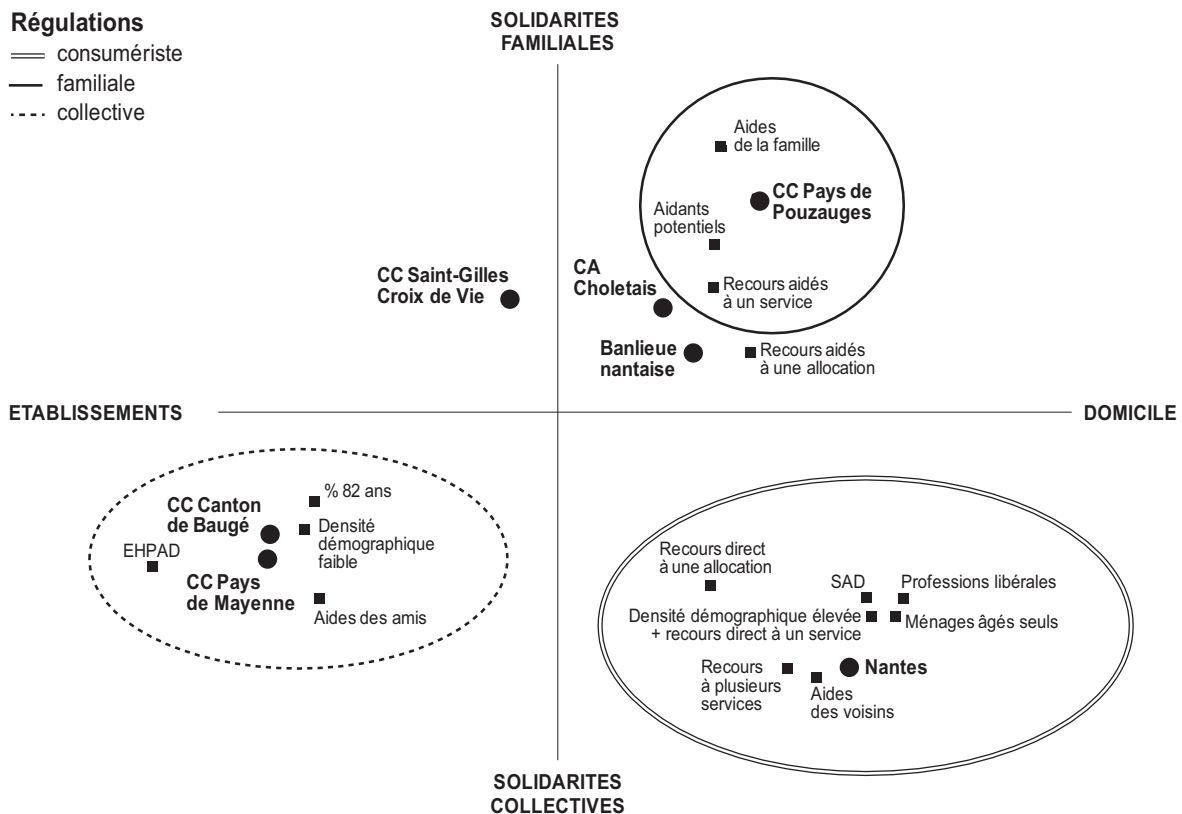
L'évaluation finale des interactions géographiques entre l'offre de services et d'établissements gérontologiques et les personnes âgées s'est appuyée à l'échelle des intercommunalités d'observation :

- sur les données relatives aux activités gérontologiques locales (les séjours hospitaliers, la consommation médicale, les actes infirmiers des personnes âgées, l'Allocation Personnalisée Autonomie (selon le degré de dépendance), le minimum vieillesse, les populations âgées bénéficiant des services d'aides à domicile et de proximité).

- et sur les réponses de 900 personnes âgées, à la suite d'une enquête sur leur rapport local à l'offre de services et d'établissements.

Le croisement de ces sources à partir d'une Analyse en Composantes Principales 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 à 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'établissement et de services moins variée. Dans ce jeu, l'Allocation personnalisée autonomie nivelle les inégalités de l'offre et institue de fait un alignement de la demande. Par ricochet, le questionnaire 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 3 : Régulations locales entre les personnes âgées, les aidants informels et les professionnels



Blanchet M. ©ESO Angers, 2009

- 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.

- Enfin, la 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 solidarités étroits avec les voisins.

Au final, l'adaptation locale des personnes âgées aux inégalités de répartition et de niveau de l'offre professionnelle se révèle inverse aux objectifs politiques annoncés. Cet inversement 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.

**PERSPECTIVES**

L'objectif de la thèse était, à partir d'un espace précis, d'analyser l'organisation spatiale des politiques de la vieillesse pour mieux ressortir ses conséquences géographiques. Si nombre de sociologues (Montovani 1998, Argoud, 1998) ou politologues (Frinault, 2009) ont contribué au décryptage des politiques territorialisées à destination des personnes âgées, il n'existe pas d'é-

tudes qui en ont recherché la portée géographique. Cette approche que propose la recherche enrichit le corpus scientifique sur cette question et approfondit les connaissances sur la dimension inégalitaire et normative des politiques de la vieillesse. Dans ce sens, la thèse montre que les politiques de la vieillesse sont de plus en plus tributaires de l'adoption par les pouvoirs publics des normes du secteur privé. 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. Devant la croissance à venir de personnes âgées dépendantes et de retraités en situation de précarité/pauvreté, il sera intéressant de suivre dans la région Pays de la Loire mais aussi dans d'autres espaces, l'évolution et les conséquences socio-spatiales de ce mode de gestion par poche, par segment des politiques sanitaires et sociales.

### Bibliographie

- BLANCHET M. (2011), *Politiques de la vieillesse dans la région Pays de la Loire*, Thèse de Géographie, 435 p.
- BLANCHET M., PIHET C. (2009). État des lieux et enjeux du vieillissement de la population en Pays de la Loire. *Les cahiers nantais*, n° 2-2009, p. 8.
- COLIN C. (2001). L'autonomie des personnes de 80 ans et plus. *Gérontologie et Société*, n° 98, pp. 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. *Gérontologie 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), « Évaluation 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 au 23 janvier 1989, avril, pp. 225-237.
- FRINAULT T. (2009), *La dépendance, un nouveau défi pour l'action publique*, Rennes: PUR.
- JOUSSEAUME V. (2002). Diffusion et recomposition de l'offre médicale: l'exemple des Pays de la Loire (1967-2000), in: FLEURET S., SÉCHET R., *La santé, les soins, les territoires. Penser le bien-être*, Rennes, PUR, 37-51.
- MONTOVANI J., (1998). *Les interactions entre offre et demande d'aide à domicile, d'hébergement et de soins*. Toulouse: Programme Espace, santé et territoire, DRES-MIRE-DATAR, p. 160.