



Les personnes âgées vulnérables en ville

Entre assistance et « *silver market* ». L'exemple de l'agglomération nantaise

Mickaël Blanchet

Les villes se caractérisent par une concentration démographique des activités et des richesses. Elles s'inscrivent depuis plusieurs années dans un contexte de gérontocroissance et de vieillissement (Dumont, 2006) ; or, les personnes âgées constituent une catégorie hétérogène dans laquelle se superposent différentes pratiques, aspirations et capacités. Cette hétérogénéité est doublée d'inégalités sociales, physiologiques et économiques. Dans ce jeu, les pouvoirs publics se sont penchés avec attention sur l'intégration sociale des personnes âgées (Pihet, 2006). C'est en effet en ville que la territorialisation et l'ouverture aux normes économiques de l'action gérontologique ont été le plus prononcées au cours des dix dernières années. Marquée par de profondes segmentations entre les secteurs médicaux et sociaux, l'action gérontologique, gérée jusque-là par les départements, a connu de profondes évolutions : individualisation (Frinault, 2009) et territorialisation des réponses doublées d'une adoption des normes économiques par le truchement de la concurrence, de la rigueur budgétaire et de liens de plus en plus étroits avec les opérateurs privés. Dans ce cadre, on peut légitimement s'interroger sur l'adaptation économique des villes aux personnes âgées. Ces modes de régulation de l'action gérontologique plus prononcés en ville se traduisent-ils par un meilleur accompagnement social et local des besoins des personnes âgées, ou au contraire, sont-ils sources d'inégalités sociospatiales entre les personnes âgées des villes ?

Pour répondre à cette question, cet article s'appuie sur les résultats de travaux doctoraux et postdoctoraux en milieu urbain¹. Ces recherches ont pour objet l'appréhension

géographique des politiques territorialisées à destination des personnes âgées, dont les capacités physiologiques et sociales diminuent. Privilégiant une approche politique, elles viennent compléter une série de travaux géographiques portant sur les pratiques des personnes âgées (Nader-Hallier, 2011 ; Chaudet, 2009) sur les normes d'urbanisme en milieu urbain (Chapon, 2009), et les travaux sociologiques sur la territorialisation des politiques de la vieillesse (Argoud, 1998 ; Montovani et Clément, 2004).

L'agglomération de Nantes, ou Nantes Métropole, constitue le cadre géographique de l'article. Sur le plan méthodologique, trois sources ont été nécessaires à l'analyse des évolutions de l'action gérontologique dans l'agglomération nantaise. Tout d'abord, différentes données de l'Insee relatives au vieillissement de la population ont été mobilisées (démographie, logement et revenus). Ces informations ont été complétées par un recensement (réactualisé en 2014) des établissements et services gérontologiques de l'agglomération nantaise auprès du conseil général de Loire-Atlantique, de la Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle des Pays de la Loire et de l'ensemble des centres communaux d'action sociale de l'agglomération. Soixante-douze entretiens qualitatifs auprès d'acteurs gérontologiques de l'agglomération (élus, services municipaux, maisons de retraite, service d'aide à domicile, médecins...) s'ajoutent aux données statistiques. Les entretiens abordent la coopération sectorielle et professionnelle locale, le financement de l'action gérontologique et les besoins gérontologiques locaux. Enfin, ces sources ont été croisées à un questionnaire soumis à 413 personnes âgées prises en charge par un établissement et/ou un service de l'agglomération, dont l'objectif était

1. Blanchet M., *Les politiques de la vieillesse dans la région Pays de la Loire*, thèse de géographie, sous la direction du professeur Christian Pihet, université d'Angers, 2011 ; *La prise en charge territorialisée de la maladie d'Alzheimer*, postdoctorat de géographie, université d'Angers, EHESP, 2012-2013.

d'évaluer les modalités de recours à l'offre gérontologique des personnes âgées en situation de besoin dans l'agglomération.

Cette démonstration suit trois étapes successives : d'abord le vieillissement de l'agglomération de Nantes en lien avec le contexte national. Les analyses au niveau de l'agglomération nantaise distinguent la commune de Nantes des communes de première et seconde couronne de banlieue, et s'appuient au niveau infracommunal sur les Iris (îlots regroupés pour l'information statistique) de l'Insee. Les analyses sur le vieillissement national tiennent compte du zonage en aire urbaine de 2010 (tableau ci-dessous). Le second temps s'attache à la cartographie des personnes âgées vulnérables dans l'agglomération nantaise issue d'une classification hiérarchique ascendante (analyses géographiques et croisées de variables décisives dans le processus de vulnérabilité des personnes âgées). Enfin, l'analyse s'intéresse, au niveau de l'agglomération, aux conséquences du développement sectoriel et concurrentiel de l'offre de services et d'établissements à destination des personnes âgées vulnérables.

Zonage en aire urbaine 2010 et niveaux géographiques d'analyse

	Communes urbaines	Communes périurbaines	Communes des moyens pôles	Communes rurales
Commune appartenant à un grand pôle	x			
Commune appartenant à la couronne d'un grand pôle		x		
Commune multipolarisée des grandes aires urbaines		x		
Commune appartenant à un moyen pôle			x	
Commune appartenant à la couronne d'un moyen pôle			x	
Commune appartenant à un petit pôle				x
Commune appartenant à la couronne d'un petit pôle				x
Autre commune multipolarisée				x
Commune isolée hors influence des pôles				x

Source : Insee, zonage en aires urbaines, 2010.

Principales villes de l'agglomération nantaise



Un vieillissement moindre et inégal des villes

Les personnes âgées vivent majoritairement en ville. D'après le recensement de 2008, 76 % des personnes de plus de 65 ans habitent en milieu urbain, dont 53 % au sein des communes urbaines. Néanmoins, la part des populations âgées dans la population totale augmente à mesure que la densité démographique diminue (Blanchet, 2011). En conséquence, le vieillissement des villes est moins élevé que celui du pays (tableau ci-dessous) : atteignant 16,9 % en France métropolitaine, la part des populations âgées de plus de 65 ans est inférieure pour l'ensemble des communes urbaines et périurbaines (respectivement 15,9 % et 15,8 %). Ce décalage géographique vaut également pour les personnes âgées de plus de 80 ans : leur part dans la population est plus prononcée en milieu rural et plus pondérée dans les communes urbaines et périurbaines.

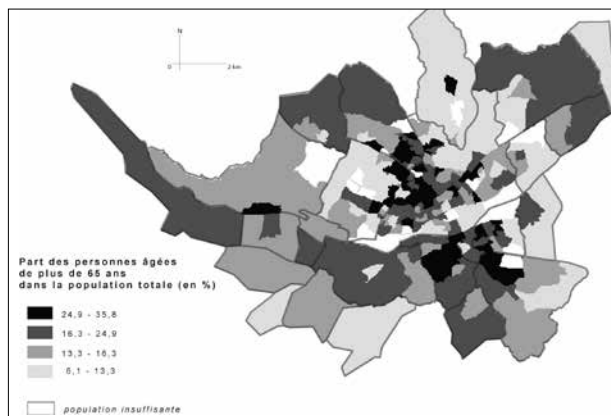
Part des personnes âgées et très âgées dans la population totale française et dans les communes de l'agglomération de Nantes

	Plus de 65 ans (en %)	65-80 ans (en %)	Plus de 80 ans (en %)
France	16,9	11,8	5,1
Communes urbaines	15,8	11,1	4,7
Communes périurbaines	15,8	11,3	4,5
Communes des moyens pôles	21,6	14,8	6,8
Communes rurales	21,5	14,9	6,7
Agglomération de Nantes	15,9	11,2	4,7
Commune de Nantes	16,8	11,2	5,6
Communes de la première couronne de banlieue	15,4	11,1	4,3
Communes de la seconde couronne de banlieue	13,6	9,4	4,2

Source : Insee, RGP 2008.

À l’instar des autres agglomérations françaises, le vieillissement est moins prononcé dans celle de Nantes qu’au niveau national. Plus en détail, le vieillissement de l’agglomération s’avère inégal entre la ville principale et les communes de banlieue. Si la ville de Nantes affiche un vieillissement et un grand vieillissement proches de la moyenne nationale, l’ensemble des communes qui composent la banlieue de l’agglomération nantaise présente un vieillissement moins élevé.

Part des plus de 65 ans dans la population des Iris des communes de l’agglomération de Nantes



Source : Insee, RGP, 2008.

À une échelle infracommunale, la carte ci-dessus nous apprend que le phénomène est inégal entre les quartiers. En effet, la part des plus de 65 ans dans la population totale culmine au niveau de 20 % dans les quartiers péri-centraux et décline en direction des quartiers périphériques. Une fois ces limites franchies, la part des personnes âgées de plus de 65 ans s’avère inégale entre les quartiers et les communes de banlieue : élevée dans certains Iris des communes de Rezé, Orvault, Saint-Sébastien-sur-Loire, et faible à mesure que l’on s’éloigne de la ville de Nantes. L’inégale distribution des générations dans l’agglomération nantaise relève plutôt du cycle de vie des ménages et des formes spatiales de la croissance urbaine prévalant depuis 1950 (Ghèkière, 2006). De ce fait, il ressort une opposition entre les communes de banlieue « jeunes » les plus récemment urbanisées et les communes de banlieue, où le vieillissement des populations installées durant la seconde moitié du XX^e siècle explique la part démographique élevée (entre 18 et 24 %) des personnes de plus de 65 ans. Enfin, à mesure que l’on s’éloigne de Nantes, le vieillissement de la population décline. Les personnes de plus de 65 ans représentent moins de 11 % de la population de certains Iris des communes de la seconde couronne de banlieue de Nantes. Localement, le vieillissement des bourgs de ces communes est compensé par l’installation massive et récente de familles. Ce mouvement minore la part démographique des aînés et explique ce faible taux de

vieillessement. Le territoire national et l’agglomération nantaise s’inscrivent dans des dynamiques démographiques différentes ; à Nantes, les espaces les moins marqués par le vieillissement sont ceux où la progression intercensitaire du nombre de personnes âgées et très âgées est la plus forte.

Une onde de vieillissement des campagnes et des villes vers les espaces périurbains

Entre 1999 et 2008, la population française a cru de 6 %. Le nombre de personnes âgées de moins de 30 ans a stagné, quand celui des plus de 65 ans et surtout des plus de 80 ans ont respectivement augmenté de 14 et 34 %. Les communes rurales sont celles où la croissance des plus de 65 ans a été la plus mesurée (Blanchet, 2013). Au niveau urbain, la gérontocroissance a surtout été la plus prononcée en milieu périurbain (tableau ci-dessous). Les communes urbaines affichent une progression intercensitaire du nombre de personnes âgées proche de celle du pays. Pour résumer, la gérontocroissance a surtout été effective là où le vieillissement urbain était faible : au sein des quartiers périphériques des pôles urbains et dans les communes de banlieue les plus jeunes. De ce fait, l’onde de vieillissement de la population s’est déplacée entre 1999 et 2008 des pôles urbains et des campagnes déjà marqués par le vieillissement vers les communes de banlieue et périurbaines, où vieillissent les populations qui s’étaient massivement installées dans les années 1980 et 1990.

Évolution de la population totale et de la population âgée en France et dans les communes de l’agglomération de Nantes entre 1999 et 2008

	Population totale (en %)	Plus de 65 ans (en %)	Plus de 80 ans (en %)
France	6,3	14,1	36,6
Communes urbaines	6,9	16,8	39,8
Communes périurbaines	11,7	18,2	44,5
Communes des moyens pôles	4,4	13,5	37,3
Communes rurales	6,2	8	29,8
Agglomération de Nantes	8,4	14,9	38,9
Commune de Nantes	9,1	11,2	32,2
Communes de la première couronne de banlieue	5	18,1	41,1
Communes de la seconde couronne de banlieue	14,1	22,4	42,2

Source : Insee, RGP 2008.

L’observation est également valable pour l’agglomération de Nantes. De 1999 à 2008, la population de l’agglomération nantaise a augmenté de plus de 8 %, quand la frange la plus âgée de sa population a respectivement augmenté de 14,9 % pour les plus de 65 ans et de 38,9 % pour les personnes âgées de plus de 80 ans.

La gérontocroissance la plus prononcée a affecté les quartiers où la part des personnes âgées de plus de 65 ans dans la population était faible en 1999. Ce sont dans les quartiers périphériques et populaires ainsi que dans les communes de l'agglomération les plus excentrées de Nantes que le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans a le plus augmenté entre 1999 et 2008. À l'inverse, les quartiers centraux et péri-centraux de Nantes ainsi que les communes de banlieue déjà marquées par un vieillissement élevé de leur population, comme Rezé, Saint-Sébastien-sur-Loire ou Orvault, se distinguent par une stabilité des effectifs âgés. Cette évolution s'explique par un faible renouvellement générationnel des retraités, auquel s'ajoutent les départs des ménages retraités qui en ont la capacité économique. À l'inverse, les communes de banlieue les plus jeunes présentent un vieillissement en cours prononcé qui se traduit par une progression importante du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans (entre 19,2 % et 40,2 % selon les Iris et communes). À l'instar des observations nationales, l'agglomération nantaise est le témoin du déplacement de l'onde de vieillissement vers les périphéries urbaines et périurbaines.

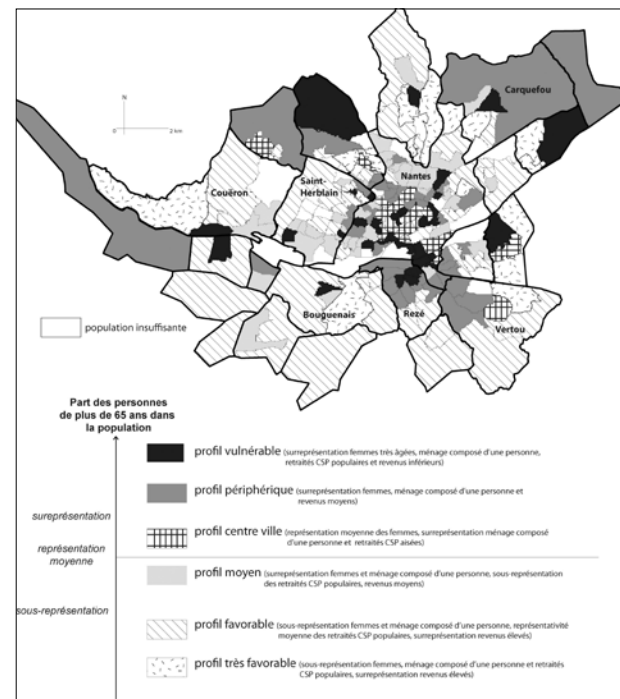
Cette présentation des dynamiques et des inégalités du vieillissement de l'agglomération nantaise constitue une première étape dans l'établissement d'une géographie des populations âgées vulnérables dans cette même agglomération. En effet, les personnes âgées ne forment pas un ensemble homogène et se distinguent par des pratiques et des capacités inégales. L'âge, l'origine sociale, les revenus, les conditions d'habitation et le sexe constituent des éléments d'analyse de ces inégalités, notamment pour les personnes âgées les plus vulnérables.

Géographie des populations âgées vulnérables de l'agglomération nantaise

Si la vieillesse est une période bien vécue pour certains, elle peut également comporter des ruptures sociales, affectives et biologiques, face auxquelles les personnes âgées ne sont pas égales (Guillemard, 1972 ; Delbès, 2003) : l'âge (Colin, 2001), le sexe (Bonnet *et al.*, 2004), l'origine sociale (Mizrahi, 2002), le mode d'habitation, les revenus (Noguès, 2006) constituent des facteurs d'inégalités biologiques, sociales et économiques. Il en ressort une vulnérabilité sociale des personnes âgées, qui oscillent entre perte d'autonomie, isolement social et précarité économique. À partir de ces ruptures, il est possible de projeter sur le territoire, de manière hiérarchique et ascendante, les prédispositions démographiques et sociales des personnes âgées face à ces vulnérabilités. Pour y parvenir, des variables discriminantes dans le parcours des personnes âgées – disponibles sur le plan géographique et démographique – ont été croisées pour établir une classification hiérarchique

ascendante (Cah²). Les variables utilisées lors de cette analyse multivariée sont issues des recensements ainsi que des enquêtes de l'Insee (Enquête Revenus fiscaux et sociaux de 2011 et Enquête Logement de 2006) : pourcentages de personnes âgées de 65 ans ou plus et de 80 ans ou plus, de femmes dans les populations âgées de 60 ans, des ménages retraités selon l'ancienne catégorie socioprofessionnelle, de ménages de 60 ans ou plus composés d'une seule personne, de ménages de 60 ans ou plus habitant un logement construit avant 1945, des revenus médians des ménages de 60 à 74 ans et de 75 ans ou plus et de la densité démographique.

Typologie territoriale de la vulnérabilité des personnes âgées dans les Iris des communes de l'agglomération nantaise



Source : Insee, RGP 2008 ; enquêtes Revenus 2011 et Logement 2006.

Cette typologie de la vulnérabilité des personnes âgées, réalisée au niveau des Iris et communes de l'agglomération de Nantes, a permis la sélection de sept profils (carte ci-dessus). Les projections montrent que les anciens quartiers ouvriers du sud et de l'est de Nantes ainsi que de la commune de Rezé sont les plus prédisposés à la vulnérabilité des personnes âgées. Les proportions de personnes très âgées, de femmes très âgées et de ménages très âgés composés d'une seule personne ainsi que d'origines populaires y sont très fortes (profils très vulnérables).

2. La Cah est une méthode de classification automatique utilisée en analyse des données. À 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*.

Comme son nom l'indique, le profil « périphérique », se localise dans les quartiers périphériques de la commune de Nantes et dans les communes de sa banlieue. Il correspond aux espaces fortement vieillissants, mais où les prédispositions à la vulnérabilité des personnes âgées (sexe, solitude, origine sociale) sont plus mesurées. Le profil spécifique au centre-ville de Nantes se démarque par une représentation plus pondérée des personnes très âgées et par une forte présence des personnes très âgées et seules. En parallèle, les Iris périphériques du nord de Nantes et de certains quartiers de banlieue frontaliers de la ville, bien que peu vieillissants, présentent de très fortes prédispositions au développement de la vulnérabilité des personnes âgées, avec une forte proportion de ménages très âgés composés d'une seule personne, de femmes très âgées et des ménages composés d'anciens ouvriers et employés. C'est au sein de ces espaces que le vieillissement et la croissance des personnes âgées vulnérables seront les plus forts dans quelques années. Enfin, à l'inverse des profils précédents, on observe que la majeure partie de la banlieue, notamment les communes de la seconde couronne, présente de meilleures prédispositions démographiques et sociales par rapport à la vulnérabilité des personnes âgées (profils favorable et très favorable) : grand âge faible, fortes proportions de personnes très âgées vivant en couple, des hommes et des catégories socioprofessionnelles moyennes.

Liée au vieillissement de la population mais aussi à sa composition sociale et sexuelle, la géographie urbaine de la vulnérabilité des personnes âgées présente de forts contrastes spatiaux. Ces derniers sont alignés sur les ségrégations sociospatiales déjà observées dans cette agglomération (Madoré, 2004). En s'appuyant sur cette cartographie, il est possible de déterminer dans quelle mesure les pouvoirs publics locaux et les acteurs gérontologiques tiennent compte de ces micro-fractures.

Le développement de l'action gérontologique bouscule les pratiques professionnelles et les solidarités familiales

Développement sectoriel de l'offre gérontologique dans l'agglomération nantaise

Pour répondre aux besoins des personnes âgées vulnérables, les institutions et les instances gérontologiques n'ont pas convergé vers plus d'harmonisation. Souhaitant recentrer les politiques de la vieillesse autour de l'individu (Frinault, 2009), elles ont développé des services et des établissements de manière segmentée (Argoud, 1998). La libéralisation de l'aide à domicile (loi Borloo sur les services à la personne de 2005) et l'émergence de la régulation de l'offre sociale et médicosociale par le bais d'appels à projet de structure (Blanchet, 2013) ont contribué à complexifier et à élargir le nombre de services et d'établissements dédiés aux personnes âgées vulnérables. Résultat,

du secteur hospitalier au secteur social, le panel d'établissements et de services gérontologiques qui s'adresse aux personnes âgées vulnérables dans le Pays de la Loire est passé de trente-quatre en 2004 à quarante-sept en 2012 (tableau ci-dessous). En effet, la diversité de l'offre de services et d'établissements gérontologiques se révèle inégale selon le type d'espace. En 2012, l'offre gérontologique demeure la plus variée sur l'agglomération nantaise avec quarante-quatre établissements ou services différents. À titre de comparaison, les territoires ruraux et littoraux de Loire-Atlantique affichent à la même date une moindre diversité de l'offre, respectivement de vingt-huit et trente-trois, écarts qui s'expliquent par les moindres capacités économiques et techniques pour initier ou répondre à des appels à projets, ainsi que par la moindre attractivité économique des périphéries rurales (Blanchet, 2013).

Diversité de l'offre de services et d'établissements à destination des personnes âgées vulnérables dans la région Pays de la Loire

Hospitalier	Centre hospitalier universitaire, centre hospitalier, hôpital local, hospitalisation à domicile
Médical	Généralistes, spécialistes, gériatres, kinésithérapeutes
Alzheimer	Centre mémoire et recherche, centre Mémoire, Pasa, unité cognitivo-comportementale, unité hébergement renforcé, Cantou, accueil de jour, accueil de nuit, accueil de jour itinérant, plateformes de répit, unité psycho-gériatrique, équipe spécialisée Alzheimer, équipe mobile Alzheimer
Hébergement	Maison de retraite, foyer-logement, domicile collectif, domicile service, résidence service, Marpa (rural), villages seniors, hébergement temporaire
Service à domicile	Services d'aide à domicile, services de soins infirmiers à domicile, services de portage de repas, téléassistance
Social	CCAS, offices de retraités, associations de lutte contre la pauvreté, associations de lutte contre l'isolement, entreprises de loisirs
Mobilité et cadre de vie	Transport à la demande, associations pour l'amélioration de l'habitat, services de dépannage, associations de partage à domicile
Coordination	Centre local d'information et de coordination, Maison pour l'intégration des malades d'Alzheimer
Prescripteurs allocations	Conseil général (allocation personnalisée d'autonomie), caisses de retraite (minimum vieillesse), amélioration de l'habitat (conseil général, Agence nationale de l'amélioration de l'habitat, CCAS)

Sources : conseil général, DRETFP Pays de la Loire, CCAS de l'agglomération nantaise.

Une offre déséquilibrée et de nouvelles régulations de l'action gérontologique

Si cette adaptation a favorisé les prises en charge et va dans le sens d'une adaptation aux personnes âgées, elle témoigne en arrière-plan d'une régulation sectorielle et économique de l'action gérontologique. Ce choix n'est pas sans conséquence sur la densité de l'offre gérontologique dans l'agglomération nantaise. Le recensement

de l'offre d'établissements et de services s'adressant aux publics âgés nous montre que l'agglomération nantaise se démarque du reste de la région par un développement plus prononcé des structures médicales, des structures dédiées à la maladie d'Alzheimer, des structures d'aide au domicile et des actions favorisant l'intégration sociale des personnes âgées. En revanche, elle présente un nombre inférieur de maisons de retraite médicalisées.

Sur le plan sanitaire, la structuration spatiale de l'offre hospitalière suit la hiérarchie des villes. Les places spécialisées en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) sont implantées dans les centres hospitaliers universitaires des villes. Les places de second ordre disposent de deux ou trois spécialités MCO, à des niveaux de spécialisation moins importants, et se situent dans les centres hospitaliers. Enfin, en bas de la hiérarchie, dans les plus petites villes, les hôpitaux locaux ne proposent souvent plus qu'un service de médecine couplé à une unité ou une plate-forme gériatrique (Fleuret, 2002). Au-delà de la répartition équilibrée de la carte hospitalière, les médecins généralistes et spécialistes ainsi que les infirmières libérales tendent à suivre les concentrations démographiques. Il en découle une répartition contrastée de ces professionnels, avec des centres où ils sont concentrés et des périphéries urbaines et rurales où ils sont sous-représentés. Les statistiques sur le sujet montrent que la présence des spécialistes, généralistes et infirmières libérales diminue à mesure que l'on éloigne de la ville (Le Breton-Lerouillois, 2013, p. 238). Ainsi on trouve en 2013 un médecin généraliste pour 747 habitants (136 habitants de plus de 65 ans) dans l'agglomération contre 980 (et 214) dans la région Pays de la Loire. Pour expliquer ces déséquilibres, des travaux sociologiques (Galli, 2002, p. 16) soulignent l'importance des conditions d'exercice et des conditions de vie dans le choix du lieu d'installation.

En 2011, l'agglomération de Nantes compte quarante-quatre établissements gérontologiques, portant le taux de maisons de retraite médicalisées à 168 places pour mille personnes âgées de plus de 80 ans, contre 216 pour la région Pays de la Loire. Les observations à l'échelle de l'agglomération nantaise attestent d'une répartition inégale des établissements d'accueil pour personnes âgées : en plus d'un taux d'équipement en maison de retraites médicalisées inégal intra-muros et inférieur à celui de sa banlieue, la ville de Nantes se singularise par une profusion d'établissements intermédiaires (foyer-logement, résidence services, domiciles collectifs...). Localement, on observe que la répartition de ces établissements est clivée géographiquement selon le mode de gestion : les établissements associatifs et caritatifs sont concentrés en ville, tandis que les établissements gérés par le secteur public sont surreprésentés en périphérie de la ville de Nantes et dans les communes de la banlieue nantaise. Enfin, les maisons de retraites médicalisées à but lucratif (jardins d'Arcadie, groupe Noble Âge et Era) sont situées dans les

quartiers de Nantes et les communes de banlieue les plus aisées. Depuis six ans, le rattrapage de l'offre de maisons de retraite médicalisées dans l'agglomération nantaise a donné lieu à une contractualisation entre le conseil général de Loire-Atlantique et l'intercommunalité de Nantes Métropole. Cette contractualisation s'est opérée sur fond de développement des liens avec le secteur privé. En effet, entre 2009 et 2014, six maisons de retraite supplémentaires ont été construites dans l'agglomération, dans le cadre d'un partenariat public-privé entre Nantes Métropole et la fondation Cémavie (Crédit Mutuel) : deux maisons de retraites médicalisées (Sautron et La Chapelle-sur-Erdre) gérées par la filière mutualiste, et quatre maisons de retraites médicalisées, soit 342 places supplémentaires.

Construction de la maison de retraite médicalisée des Bords de Sèvre à Rezé



La construction de la maison de retraite médicalisée des Bords de Sèvre dans la ville de Rezé (banlieue de Nantes) repose sur un partenariat public-privé. Comme la pancarte l'indique, l'État, les collectivités locales, un bailleur social (Atlantique Habitations) et une banque (Crédit Mutuel via la fondation Cémavie) participent à la construction de l'établissement.

En écho à la saturation locale des maisons de retraites médicalisées, l'agglomération nantaise affiche un taux d'équipement en services de soins infirmiers à domicile très élevé et une concentration des services d'aide à domicile. Les lois Borloo sur les services à la personne de 2005 ont soumis ces derniers à plus de concurrence. L'arrivée des acteurs privés a été plus forte en milieu urbain et sur les communes du littoral et limitée en milieu rural. En ville, l'arrivée du secteur associatif dédié au rural (les aides à domicile en milieu rural) et d'enseignes lucratives ont fait voler en éclat les anciens équilibres qui prévalaient dans ce secteur. De 2006 à 2013, le secteur, jusque-là partagé entre le secteur associatif et public, a été le témoin de la disparition des services d'aides à domicile communaux (Nantes, Rezé et Saint-Herblain), et a vu l'implantation d'une douzaine d'enseignes privées et d'associations jusque-là actives en milieu rural.

Localisation d'un service d'aide à domicile privé dans le centre-ville de Nantes



Michaël Blanchet

Depuis la libéralisation de l'aide à domicile des lois Borloo de 2005 relatives aux services à la personne, le centre-ville de Nantes a connu une progression du nombre de services commerciaux à destination des personnes âgées dépendantes. Ces services appartiennent à des groupes bancaires, d'intérim et d'assurance, et leur localisation en centre-ville s'explique par la volonté de s'adresser de manière sélective à des populations aisées.

L'implantation de l'ADMR en centre-ville de Nantes



Michaël Blanchet

En milieu urbain, où la solvabilité des personnes âgées est la plus forte, les financeurs de l'action gérontologique (départements et caisses de retraites) n'ont pas freiné les logiques concurrentielles impulsées à l'échelle nationale. En effet, les pouvoirs publics s'accrochent parfaitement de la concurrence comme mode de régulation de l'offre gérontologique en milieu urbain. Cette régulation spécifique aux villes a débouché sur un recentrage de l'action gérontologique urbaine autour des questions d'intégration sociale des personnes âgées. En effet, 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 locales. Dans l'agglomération de Nantes, cette redéfinition s'est opérée selon un mode économique : en déléguant le secteur de l'aide sociale et médicosociale à domicile aux associations et en contractualisant avec des partenaires privés l'implantation de nouvelles maisons de retraites. Ainsi, les municipalités de l'agglomération ont

pu, en lien avec le tissu associatif local, recentrer leurs politiques gérontologiques sur les questions d'isolement, de prévention, d'animation et de liens intergénérationnels (Blanchet, 2009). Anciennement dévolue à la gestion du binôme maison de retraites – services d'aide à domicile –, les politiques gérontologiques urbaines ont progressivement orienté leurs actions en faveur d'activités favorisant le lien social des retraités et des personnes très âgées. Néanmoins, cette redéfinition s'observe principalement en milieu urbain, où les communes disposent de moyens et de savoir-faire élevés qui leur ont permis cette réorientation.

Conséquences de la redéfinition de l'action gérontologique

Ces orientations politiques ont réinterrogé les pratiques des professionnels comme celles des personnes âgées vulnérables. La diffusion de ces normes de régulation et d'organisation de l'offre a eu un fort impact sur les rapports économiques et territoriaux entre les acteurs gérontologiques, notamment en ville. Dans l'agglomération de Nantes, la concurrence économique affecte les rapports entre les professionnels gérontologiques (services infirmiers à domicile, services d'aide à domicile et établissements pour personnes âgées) : 83 % des soixante-seize acteurs interrogés déclarent ainsi être entravés dans leurs activités par le démarchage des services d'aide à domicile (associatif ou lucratif). Les six centres locaux d'information et de coordination de l'agglomération expriment des difficultés pour mobiliser l'ensemble des acteurs concernés en situation d'urgence en raison des enjeux économiques. Les entretiens montrent que cette régulation privilégiant le domicile, jugée moins coûteuse, favorise les rigidités des rapports entre les secteurs d'intervention (médical, médico-social, social), entre les lieux d'intervention, et interroge sur la souplesse de la prise en charge des personnes âgées en situation de vulnérabilité physiologique.

Seconde conséquence, la concentration de structures privées lucratives en centre-ville contribue à graduer l'action gérontologique selon le statut de la structure et selon le niveau de revenus. La présence des structures privées lucratives en centre-ville, dans le péricentre ou dans les communes de banlieue les plus aisées, obéit à une logique de graduation de l'action gérontologique selon les ressources des personnes âgées. La localisation des entreprises d'assistance à domicile et des maisons de retraites médicalisées lucratives se limite aux quartiers péricentraux et aux communes de banlieue aisées de l'agglomération nantaise. Ainsi, les établissements et services pour personnes âgées affichent des prix inégaux selon le statut (tableau page suivante). Ces inégalités attestent d'une graduation économique, sociale et spatiale de l'offre gérontologique, comme l'explique le directeur d'une entreprise d'aide à domicile : « Nous avons vocation à nous adresser à un public âgé aisé très

exigeant. Nous sommes exigeants dans notre recrutement et nos services, ce qui se retrouve dans nos prix » (supérieurs à ceux des associations ou CCAS de quatre euros par heure).

Les maisons de retraites médicalisées de l'agglomération nantaise : coût à la charge du client selon le statut de l'établissement

Statut de la maison de retraite médicalisée	Nombre d'établissements	Coût moyen restant à la charge des personnes hébergées en 2011
Publique	19	1 428 €
Privée non lucrative	24	1 537 €
Privée lucrative	6	2 233 €

L'ouverture des politiques gérontologiques locales aux normes économiques (partenariat public-privé (PPP), concurrence économique dans le secteur de l'aide à domicile) se traduit par l'émergence d'une stratification économique et sociale de l'action gérontologique. Pour la compenser, les politiques communales et locales de l'agglomération de Nantes se sont attachées à développer des actions envers les publics âgés les plus sensibles : réseaux de lutte contre l'isolement, actions d'animation et de prévention, soutien des associations et des clubs... Ces dispositifs, signes d'une politique assistantielle visant les populations âgées vulnérables, sont essentiellement regroupés dans les quartiers populaires de Nantes, Rezé et Saint-Herblain, où les populations âgées d'origine populaire sont surreprésentées. Selon l' élu nantais en charge des personnes âgées, elles s'inscrivent dans une logique de résolutions locales et adaptées des problématiques gérontologiques : « Nous nous appuyons sur une politique de quartier dans nos actions en faveur des personnes âgées. Nous avons des actions simples, comme les cafés-rencontres dans chaque quartier, puis nous spécifions nos actions envers les personnes âgées selon les spécificités des quartiers. »

Dernière conséquence, les logiques sectorielles et concurrentielles de l'action gérontologique questionnent les solidarités envers les personnes âgées vulnérables. À la lumière des comparaisons avec d'autres formes spatiales (rurales, littorales, moyenne agglomération), la régulation nantaise se singularise par un recours direct (de la personne au prescripteur) aux allocations dépendance et aux services gérontologiques plus élevé en ville : 57 % des personnes âgées sondées pour la ville de Nantes, 53 % pour les personnes âgées résidant en banlieue nantaise contre 44 % à l'échelle régionale. Dans le prolongement de ce plus grand accès à l'offre, le questionnaire met également en avant une plus forte propension des personnes âgées de l'agglomération nantaise questionnées à faire appel à plusieurs services : 45 % des Nantais âgés interrogés déclarent faire appel à plusieurs services, et 54 % d'entre eux disent avoir eu le choix entre

plusieurs services identiques, contre 28 % et 20 % au niveau régional, ce qui représente un écart important par rapport aux moyennes nationales. Associée à une plus grande diversité et une plus grande proximité géographique, cette possibilité et cette pratique de choix en ville se traduit en aval par une reformulation des rapports familiaux de solidarité : à proximité géographique égale, les personnes âgées de la ville sont en moyenne moins aidées par la famille. De ce fait, le croisement de ces pratiques, des activités gérontologiques et de la répartition géographique des acteurs gérontologiques fait ressortir une régulation urbaine qui favorise les pratiques d'indépendance et de choix et qui minore les solidarités familiales. Ce moindre niveau de solidarité familiale n'étonne pas le coordinateur du Clic de Nantes et le responsable du CCAS de Nantes, qui estiment que la concentration et la grande visibilité de l'offre en milieu urbain incitent les familles à se désengager : « Est-ce que le développement de l'offre est la cause de cette baisse des solidarités familiales ? Je le pense. Les villes sont des centres tertiaires où la notion de service investit une multitude de champs sociaux. Les solidarités envers les personnes âgées en font partie » ; « j'ajoute que le contexte nantais est particulier. D'un côté, nos observations montrent que vous avez une majorité de personnes âgées ayant un niveau de vie confortable et de l'autre des personnes âgées laissées pour compte. Pour les premières, l'orientation vers les services ne pose pas de problème pour les familles, au contraire, pour les seconds l'appel à un service est une nécessité. »

In fine, le glissement de la notion d'usager à celle de client a eu pour effet de renforcer le rapport local à l'offre professionnelle. En ville, l'introduction de normes concurrentielles par les pouvoirs publics se traduit par une gestion économique de plus en plus concrète et assumée de la vulnérabilité des personnes âgées. Cette orientation, en plus de reconfigurer les solidarités familiales, favorise la construction d'une vieillesse selon un modèle inégalitaire, entre personnes âgées dotées de capacités économiques et physiologiques et les personnes âgées vulnérables. Les populations âgées aisées (les moins prédisposées aux situations de dépendance et d'isolement) disposent des capacités géographiques, économiques et sociales pour adopter des pratiques d'indépendance et de choix. En revanche, les populations âgées les moins aisées et les plus fragiles situées en périphérie urbaine ne présentent ni les prédispositions géographiques, ni les capacités économiques pour se démarquer des productions normatives qui découlent des politiques de la vieillesse (Ennuyer, 2009). Ces décalages naissants bénéficient d'une gestion duale entre « *silver market* » et mode de gestion par poche des problématiques sociales. Révélateur du traitement économique des politiques sociales, cet équilibre devra faire face à la croissance à venir des situations de vulnérabilités des personnes dans les ensembles urbains populaires.

Références bibliographiques

- Argoud D., (1998), *Politique de la vieillesse et décentralisation. Les enjeux d'une mutation*, Paris, Eres, p. 80.
- Blanchet M., (2009), « État des lieux et enjeux du vieillissement de la population en Pays de la Loire », *Les Cahiers nantais*, n° 2, 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. 435.
- Blanchet M., (2013), « Le vieillissement des campagnes : éléments d'introduction démographique et géographique », *Gérontologie et Société*, n° 146, pp. 21-38.
- Bonnet C., Buffeteau S., Godefroy P., (2004), « Retraite : vers moins d'inégalités entre hommes et femmes ? », *Population et Sociétés*, n° 401, p. 2.
- Chapon P.-M., (2009), « Planification urbaine et vieillissement », *Retraite et société*, n° 59, pp. 206-216.
- Chaudet B., (2009), *Handicap, vieillissement et accessibilité. Exemples en France et au Québec*, thèse de géographie, sous la direction de Pihet C. et Fleuret S., p. 471.
- Colin C., (2001), « L'autonomie des personnes de 80 ans et plus », *Gérontologie et Société*, n° 98, pp. 37-48.
- Delbès C., (2003), « Les situations familiale et domestique : une approche générationnelle », *Gérontologie et société*, n° 107, p. 37.
- Dumont G.-F., (2006), « Tendances et perspectives de la gérontocroissance urbaine », *Les Annales de la recherche urbaine*, n° 100.
- Ennuyer B., (2009), « Quelles marges de choix au quotidien quand on a choisi de rester dans son domicile ? », *Gérontologie et Société*, n° 131, pp. 63-80.
- Fleuret S., (2002), « L'hôpital universitaire entre proximité et rayonnement régional », in *La santé, les soins, les territoires. Penser le bien-être*, Rennes, Pur, pp. 37-51.
- Frinault T., (2009), *La dépendance, un nouveau défi pour l'action publique*, Rennes, Pur.
- Galli J., (2002), « Les motifs d'installation des médecins libéraux en Île-de-France », *Les Cahiers de sociologie et de démographie médicale*, n° 4, 379-394, p. 16.
- Ghèkière J.-F., (2006), « La distribution des âges dans la ville », *Les Annales de la recherche urbaine*, n° 100.
- Guillemard A.-M., (1972), *La retraite, une mort sociale*, Mouton.
- Le Breton-Lerouillois G., (2013), *Atlas des professions médicales en France 2013*, Conseil national de l'Ordre des médecins, p. 238.
- Madoré F., (2004), *Ségrégation sociale et habitat*, Rennes, Pur.
- Mantovani J., Clément S., Grand A., (2004), *Interactions entre offre et demande d'aide à domicile, d'hébergement et de soins*, Rapport du programme Espace Santé Territoires, p. 144.
- Mizrahi A., (2002), « Inégalités sociales face au vieillissement et à la mort », *Gérontologie et Société*, n° 102, pp. 78-89.
- Nader-Hallier B., (2011), « Cartes mentales et qualité de vie », *Les Cahiers du Cleirppa*, n°44, pp. 9-14.
- Nogues H., (2006), « Les revenus des personnes âgées. Un enjeu de société », *Gérontologie et Société*, n° 117, pp. 39-49.
- Pihet C., (2006), « Du vieillissement pour les villes à des villes pour le vieillissement », *Les Annales de la recherche urbaine*, n° 100.
- Rouyer A., Rumeau L., (2008), « Dispositifs gérontologiques locaux et territoires : un rapport en mutation », in Dodier R., Rouyer A. et Séchet R. (dir.), *Territoires en action et dans l'action*, Rennes, Pur.

Biographie

MICKAËL BLANCHET a soutenu son doctorat de géographie sur les politiques de la vieillesse dans la région Pays de la Loire en 2011. Il a réalisé un post-doctorat de géographie sur la prise en charge de la maladie d'Alzheimer en milieu rural entre 2012 et 2014. Enseignant vacataire, il rédige actuellement un *Atlas des enjeux actuels et à venir du vieillissement de la population française*.

mickaelblanchetfr@gmail.com