

## Un outil de concertation **Le schéma gérontologique départemental**

**Le département de Meurthe-et-Moselle a mis en place en 1994 le troisième schéma gérontologique. Outre les décisions relatives aux établissements et services, ce schéma a été l'occasion d'améliorer les procédures de concertation et de mettre en place une organisation gérontologique.**

### **Le schéma local d'évolution**

Le premier schéma gérontologique (1984-1988) est par définition le premier, c'est-à-dire que malgré toutes les imperfections qu'on a pu lui trouver, il a permis de commencer une histoire gérontologique locale.

Le deuxième (1989-1993) a été l'occasion de créer, avec les instances locales gérontologiques de coordination, un dialogue entre le Conseil général et les personnes âgées, les bénévoles, les élus des communes rurales, etc. Mais un constat s'imposait : les professionnels n'avaient aucun lieu où ils pouvaient exprimer leurs avis et leurs espoirs.

Le troisième plan (1994-1998) leur a offert cette possibilité par le biais des schémas locaux d'évolution. Pour réaliser les concertations nécessaires, le département a été divisé en dix zones géographiques appelées « schémas locaux d'évolution ». Ces SLE ont été construits à partir d'une étude sur les zones d'attraction des hébergements collectifs, des services de soutien à domicile mais aussi des bâtiments administratifs, des marchés, des lignes d'autobus... bref autant que faire se peut, ce sont des zones de vie des personnes âgées.

### **Objectif : de la planification au fonctionnement**

Dans un premier temps, les SLE ont donc une finalité liée à la planification. Pour ce faire, régulièrement, tous les

mois et demi, se sont réunis les professionnels de chaque SLE. Les rencontres regroupent les professionnels de l'hébergement, du soutien à domicile, de diverses administrations. Une longue période a été nécessaire pour que ces divers professionnels se connaissent, se reconnaissent et s'apprécient. C'est cette période qui a été mise à profit pour étudier les différentes données chiffrées existantes ou mises en place pour cette occasion. Ils ont été conduits à déterminer les besoins des personnes âgées de leur secteur, à établir un registre des moyens existants pour aider les personnes âgées quels que soient leur autonomie et leur lieu de vie.

Enfin, ils ont établi une liste d'évolution des services existants pour les années à venir. Chaque proposition devait obtenir un large consensus pour être retenue. Il est à remarquer que les professionnels ont certes retenu un besoin de création mais aussi et surtout un besoin d'évolution, de coordination et d'information, chacun proposant des modalités concrètes propres à son secteur. Le recueil de ces propositions a été transmis aux réunions des « institutionnels locaux » de chaque schéma (mairies, associations diverses, clubs...) pour complément avant d'être repris au niveau départemental dans le rapport d'orientation du troisième plan.

Les schémas locaux d'évolution ont donc un objectif de planification. Ce-

pendant, peu à peu, s'est dessiné un objectif second de fonctionnement qui est devenu maintenant premier.

En effet, ces rencontres régulières par zone géographique ont conduit à reconnaître de fait des zones gérontologiques ayant presque toutes les services nécessaires à l'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie. Les professionnels ont souhaité continuer à se donner des occasions de se connaître et de s'apprécier. Les rencontres régulières continuent. Elles ont lieu à chaque fois dans un site différent. Le cercle des participants s'agrandit et une place est faite aux instances locales gérontologiques de coordination, aux associations familiales de personnes âgées, aux clubs, aux municipalités, etc. Créer régulièrement un lieu de rencontre, d'échanges, de discussion entre le plus grand nombre possible de partenaires semble en fait répondre aux souhaits des acteurs locaux.

Au cours de ces rencontres, une partie du temps est consacrée à l'étude des besoins. Mais cette étude n'est plus quantitative qu'une fois par an. Elle est de plus en plus orientée vers une étude qualitative de ceux-ci ou des réponses qui leur sont données. Peu à peu, chaque SLE construit son organigramme. Bien entendu pour établir cet organigramme, il est non seulement nécessaire de décrire les services existants, mais aussi de reconnaître la place de chacun, d'étudier les liens entre les différents acteurs, de mettre en place les maillons manquants et enfin de reconnaître quelques professionnels de référence, reconnus par tous.

Dans une suite logique, des professionnels se reconnaissent complémentaires et leurs institutions formu-

lent ces complémentarités dans des conventions ou autres formules juridiques avec à titre d'exemples, partage de services, délocalisation de lits, tentative d'appel unique, etc.

Enfin, tous les professionnels ont senti la nécessité de mettre en place une évaluation commune des réponses apportées. Plusieurs tentatives ont été entreprises en ce sens. Si aucune n'a encore abouti, il ne faut pas placer cet échec par rapport à un manque de volonté bien au contraire, mais beaucoup plus à un besoin de clarification de ce qu'est une évaluation. Les cultures différentes liées aux nombreuses catégories professionnelles, les différentes contraintes liées à chaque profession ne facilitent pas cette démarche. Mais à chaque rencontre, ce thème est abordé.

### **Dynamique gérontologique départementale**

Les SLE s'inscrivent dans une dynamique gérontologique départementale au même titre que les instances locales gérontologiques de coordination. Celles-ci regroupent sous forme associative, des bénévoles, des personnes âgées et leurs familles, quelques élus voire quelques professionnels. Ces instances locales ont un rôle d'information et de soutien auprès des personnes âgées elles-mêmes et de leurs familles.

Sur le plan départemental, a été créé le comité du plan gérontologique, qui regroupe les représentants de l'État, du Conseil général, des organismes de protection sociale (régime général, Mines, Mutualité agricole) tant dans leur composante administrative que médicale, d'un représentant des communes. Il prend en compte les études locales de façon à conduire les uns et

les autres, à avoir une observation commune de la vie des personnes âgées. Reste que chacun demeure maître au niveau de ses décisions administratives et/ou financières.

Enfin, il reste à mettre en place un dernier échelon prévu dans le troisième schéma gérontologique : la commission consultative des partenaires institutionnels c'est-à-dire les représentants départementaux des institutions gérant les services, les centres communaux d'action sociale et des professionnels. Ils devront se rencontrer régulièrement afin d'étudier les dispositions possibles pour améliorer autant que faire se peut le cadre de travail des professionnels en vue d'améliorer les aides apportées aux personnes âgées.

À partir de ces éléments, il est possible d'envisager la dynamique qui peut s'instaurer entre les différents échelons. Reste qu'elle nécessite une animation constante et une bonne volonté de chacun et de tous. Une bonne partie du dispositif en place aujourd'hui participe activement à cette dynamique. Seule l'épreuve du temps confirmera ou non son succès. La loi relative à la prestation spécifique dépendance trouve ici toute sa place. Au niveau départemental, l'organisation mise en place permet de faire remonter l'observation locale et d'en partager son contenu. Au niveau individuel, l'habitude de travailler ensemble a permis d'ouvrir les réseaux d'évaluation et de suivi.

**Bernard Martinet**

suite de la page XVII

soulager momentanément l'entourage de la surveillance et de l'accompagnement de la personne âgée ;

- un hôpital de jour qui peut contribuer au maintien au domicile des personnes âgées en offrant la possibilité d'un bilan des affections chroniques et l'élaboration d'un projet thérapeutique ;

- un hébergement temporaire, dans des unités autonomes ou intégrées dans un établissement d'accueil permanent, permettant de décharger les familles pendant des vacances ou une indisponibilité temporaire ;

- de petites structures d'accueil de voisinage intégrées dans un quartier ou dans une commune rurale qui proposent un mode de vie inspiré de l'organisation familiale ;

- enfin, un accueil familial dont le cadre juridique a été défini par le législateur permet aux personnes âgées de vivre dans un cadre familial.

Ces structures sont peu développées au niveau national et nous ne disposons pas de données générales.

À côté de ces services d'aide au maintien au domicile, il existe un certain nombre d'établissements sociaux d'accueil et de soins.

### **Le dispositif institutionnel d'hébergement : accueil et soins**

Ils ont un statut soit public, soit privé non lucratif ou lucratif et relèvent du secteur social et médico-social. Ils offrent l'hébergement et lorsqu'ils comportent une section de cure médicale, les soins infirmiers et de maternage (*nursing*).

On distingue trois groupes d'établissements :

- les services de soins de longue durée (long séjour) des hôpitaux publics : ces services relèvent de la loi hospitalière. Ils ont pour vocation d'accueillir les personnes ayant perdu leur autonomie de vie et nécessitant une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. Le secteur public offrait près de 72 000 places fin 1994.

- les établissements autonomes d'hébergement pour personnes âgées : il s'agit d'établissements publics ou privés. Fin 1994, on recense 7 900 établissements proposant 451 000 places. Ils comportent : les *hospices* hébergeant des