

Pierre Chabas, Françoise Vidal-Borrossi

Mise en place d'une commission régionale du vieillissement

L'exemple du Languedoc-Roussillon

A l'initiative du Directeur régional des affaires sanitaires et sociales (DRASS), et dans la continuité des travaux de la Conférence régionale de santé sur le vieillissement, une Commission régionale du vieillissement (CRV) a été installée en décembre 2000 en Languedoc-Roussillon.

Au bout d'un an de fonctionnement, il est possible d'affirmer qu'à travers ses travaux la Commission régionale du vieillissement a prouvé sa raison d'être. En effet, elle apparaît comme un « forum » unique d'acteurs d'origine différente (Etat, conseils généraux, professionnels, usagers, chercheurs...), une instance de vigie et de veille de l'égalité face au vieillissement, attentive au contenu des politiques départementales et à leur effectivité, enfin une instance qui apporte des plus-values régionales aux politiques départementales.

A l'initiative du Directeur régional des affaires sanitaires et sociales (DRASS), et dans la continuité des travaux de la Conférence régionale de santé sur le vieillissement, une Commission régionale du vieillissement (CRV) a été installée en décembre 2000 en région Languedoc-Roussillon.

Plusieurs raisons ont présidé à sa constitution :

- l'Etat se veut « rassembleur » sur le sujet du vieillissement qui s'inscrit dans la continuité des travaux de la Conférence régionale de la santé (CRS) ;
- ces travaux répondront à un souci de l'Etat de :
 - . cohérence régionale ;
 - . connaissance précise des attentes des personnes âgées et de leurs aidants ;

- . lisibilité du dispositif : pour les usagers, les décideurs (membres du Comité régional d'organisation sanitaire et sociale (CROSS social)...);
- . respect des droits des personnes âgées (définition de référentiels de qualité);
- . égalité des citoyens;
- . efficacité : mutualisation des expériences; recherche d'une méthode unique d'instruction des dossiers de la part des institutions (Etat, Assurance-maladie) dans le domaine du vieillissement (vers un « guichet unique » ?);
- . qualité des réalisations;
- . régulation (définition de modalités de suivi).

Mission et objectifs

Les travaux de la CRS du 20 janvier 2000 ont fait ressortir la prise en charge des personnes âgées comme une priorité de santé incontournable dans notre région. Les enjeux sont importants, non seulement en terme de santé, mais aussi d'égalité d'accès aux soins, de qualité de vie et de liens entre les générations. Les partenaires institutionnels sont multiples, les actions et expérimentations également.

La mission de la CRV est de rassembler, vers des objectifs précis, tous les intervenants directs ou institutionnels auprès des personnes âgées, afin de déterminer des orientations coordonnées et opérationnelles.

Elle a pour axes principaux :

- mieux connaître les attentes des personnes âgées pour cerner leurs besoins;
- pallier les effets du vieillissement au niveau de la maladie, du handicap par une meilleure prise en charge médicale et pharmaceutique et par le développement de la recherche, notamment en ce qui concerne les grands âges;
- améliorer la qualité de vie des personnes âgées, en privilégiant un maintien à domicile sécurisé, en veillant à la continuité de la prise en charge et à une meilleure coordination des services;
- soutenir l'entourage humain en consolidant les solidarités intergénérationnelles, en informant les aidants naturels et en facilitant leur dévouement;
- apporter son concours à l'évaluation des actions menées au niveau régional.

Pour remplir cette mission, ses objectifs visent à :

- connaître les attentes et besoins des personnes âgées;
- procéder à un état des lieux de l'offre existante;
- apprécier la qualité de cette offre;

- connaître la place des personnes âgées dans les dispositifs existants ;
- formuler des propositions d'amélioration.

Composition et fonctionnement

La CRV repose sur :

1/ la commission plénière

La Commission plénière est composée de 46 membres invités par la DRASS en raison de leur compétence ou/et de leur implication personnelle dans le domaine du vieillissement : professionnels, membres désignés par les organismes ou associations qu'ils représentent, personnalités qualifiées. Cette instance se réunira entre décembre 2000 et décembre 2003, une fois par trimestre. L'animation de cette commission a été confiée par la DRASS au Directeur de l'Association régionale des caisses de mutualité sociale agricole (ARCMSA). Le secrétariat de la Commission est assuré par la DRASS.

2/ Le groupe d'animation

Le groupe d'animation rassemble une dizaine de personnes et prépare les commissions plénières, coordonne les travaux des sous-commissions, réalise des études régionales...

Concernant ces dernières, des projets d'études régionales ont été définis par le groupe d'animation pour l'exercice 2001 :

- synthèse des politiques sur le vieillissement (nationales, régionales, départementales et/ou locales) ;
- réflexion pour la mise en place d'un système d'information simple, fiable et actualisable sur les attentes des personnes âgées et de leurs aidants ;
- participation à la recherche d'une méthode unique d'instruction des dossiers de la part des institutions (Etat, assurance maladie) dans le domaine du vieillissement (vers un « guichet unique ») ; et dans ce cadre, analyse des sollicitations adressées aux fonds régionaux relatifs au vieillissement ;
- analyse transversale des schémas gérontologiques départementaux : s'il n'y a pas à proprement parler de schéma départemental dans le Gard, pour l'Aude, la Lozère et les Pyrénées-Orientales, les schémas ont été adoptés en 2000 (il s'agit du premier schéma pour le département des Pyrénées-Orientales). Le département de l'Hérault finalise lui son troisième schéma qui devrait paraître début 2002.



Joseph R., 86 ans

Cette analyse a permis de cibler les problématiques communes des schémas et les problématiques propres à chacun des schémas ou orientations. Pour une cohérence inter-départementale des schémas, le groupe d'animation se propose, à partir de cette analyse, d'apporter une plus-value au travers notamment d'outils réfléchis dans les quatre sous-commissions de la CRV.

3/ Les sous-commissions

Les sous-commissions sont au nombre de quatre :

- connaissance des attentes des usagers et des aidants de la région : accent mis sur les populations et la volonté de placer la personne âgée au centre du dispositif ;
- accompagnement des personnes âgées et de leurs aidants ;
- coordination des actions en faveur des personnes âgées ;
- éducation, formation et recherche.

Les trois derniers thèmes sont issus des travaux de la CRS sur « la personne âgée au centre du dispositif de prise en charge » ; les sous-commissions permettent de valoriser ces travaux par le prolongement des ateliers ayant fonctionné (il convient ici de noter que les sous-commissions ne sont néanmoins pas liées par les conclusions des ateliers de la CRS). Sur chacun de ces trois thèmes, à partir notamment des préconisations des ateliers, il convient d'effectuer un état des lieux et de proposer les voies et moyens d'une mise en œuvre des politiques retenues.

Les sous-commissions comprennent 10 à 12 personnes maximum issues de la commission plénière (hors membres du groupe d'animation qui s'impliquent déjà dans les travaux régionaux). Elles se réunissent autant que de besoin. Elles peuvent auditionner toutes personnes de leur choix. Les animateurs de ces sous-commissions participeront au groupe d'animation auquel ils proposent un programme de travail.

4/ Compte-rendu des travaux de la CRV

Il a lieu une fois par an dans le cadre du Comité régional des politiques de santé et dans le cadre de la CRS.

Après un an de fonctionnement, les travaux autour de chaque thème ont permis de mettre en avant des axes de réflexions :

- connaissance des attentes des personnes âgées et de leurs aidants :
 - . difficulté pour faire parler les personnes en souffrance qui n'ont pas l'habitude de s'exprimer ;
 - . privilégier la parole directe des personnes âgées elles-mêmes et des aidants familiaux aux côtés des retraités et des personnes âgées ;

- . permettre aux usagers de s'exprimer de façon pérenne ;
- . s'interroger sur l'existence d'une adéquation entre les aides et les attentes des personnes âgées et de leurs aidants ?

— accompagnement des personnes âgées et de leurs aidants : les objectifs :

- . privilégier le maintien à domicile dans la mesure du possible sans exclure l'accès rapide aux soins ;
- . offrir les mêmes chances d'accès aux soins aux personnes âgées ;
- . accompagner les personnes en fin de vie à domicile dans la mesure du possible ;
- . offrir une gamme de services pour le maintien à domicile ;
- . organiser des services pour les aidants ;
- . permettre aux Equipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) d'être plus présentes en zones rurales ;
- . définir la place du psychologue pour faire le lien entre soins palliatifs et la prise en charge à domicile ;
- . s'interroger sur les quotas des infirmiers libéraux : est-ce un véritable obstacle pour l'accompagnement à domicile ?

— coordination des actions en faveur des personnes âgées :

Elle concerne à la fois le domicile et l'institution :

- . le référent, c'est avant tout le médecin généraliste, pas la coordination ;
- . la coordination doit offrir : une formation commune, un dossier de suivi unique (volets médical et social), une information claire aux personnes âgées et à leurs familles, une continuité des prises en charge (coordination des programmes autour de la personne), un statut des agents (lutter contre la précarité de ces statuts), une structure de proximité en appui en zone rurale (hôpital local, maison de retraite) ;
- . il convient de développer les outils d'évaluation du maintien à domicile ;
- . mais aussi de s'approcher par l'alimentation : aide-ménagère, soignants, stimulation des personnes âgées ;
- . une grille de l'habitat idéal ;
- . en tenant compte des handicapés mentaux vieillissants ;
- . en professionnalisant la prise en charge pluridisciplinaire à domicile : psychologues, animateurs, ergothérapeutes...
- . les handicaps (physiques ou psychiques) et dépendances doivent être confondus ;
- . sans oublier la qualité de la prise en charge : confort, hygiène, suivi gériatrique, liaison « établissements-libéraux », animation, médecin coordonnateur...

— éducation, formation et recherche : les premiers travaux concernant la formation :

- . vision médicale et sociale : formation des assistantes sociales ;
- . développer la culture gériatrique ;
- . trouver un langage commun ;

