Collectivité Territoriale de Martinique

SCHÉMA DE L'AUTONOMIE 2018 - 2023

Personnes âgées | Personnes en situation de handicap

Une prise en charge adaptée, pour une autonomie de qualité.

MOT DU PRESIDENT DU CONSEIL EXÉCUTIF DE MARTINIQUE

La Collectivité Territoriale de Martinique (CTM), consciente des enjeux du vieillissement de la population et des problématiques du handicap, s'est engagée résolument dans l'élaboration du Schéma de l'Autonomie des Personnes Âgées et des Personnes en situation de Handicap.

Sous l'impulsion du conseiller exécutif en charge des Solidarités, Francis CAROLE, elle a privilégié une démarche participative qui a mobilisé et associé plus de 900 personnes (élus, institutionnels, associations, professionnels, médicaux et administrés).

Nous avons souhaité que ce schéma soit porté par l'ensemble des partenaires, de sa conception à sa mise en œuvre.

Collectivement, nous aurons à répondre à de nombreux défis : vieillissement de la population, prévalence de maladies neurodégénératives, enjeux du soutien au domicile, qualité de l'accueil en établissement, coopération des filières sanitaires et médico-sociales, parcours de prise en charge globale.

L'objectif poursuivi est de promouvoir une société martiniquaise où toutes les personnes fragiles continuent à exercer pleinement et légitimement leur citoyenneté, autant que faire se peut.

La CTM entend maintenir ses efforts pour une offre de service de qualité sur l'ensemble du territoire. C'est en quelque sorte un challenge.

Nous remercions toutes celles et tous ceux qui, par leur implication dans l'élaboration de ce schéma, ont permis de fixer un cap pour les cinq années à venir et de projeter les actions à mettre en œuvre afin de réussir le défi d'une société véritablement inclusive pour nos aînés et les personnes en situation de handicap.

Alfred MARIE-JEANNE
Président du Conseil Exécutif de la CTM

MOT DU PRESIDENT DE L'ASSEMBLEE DE MARTINIQUE

Dans le cadre de ses compétences héritées de l'Ex-Département, la CTM exerce des responsabilités importantes dans le domaine social, tout particulièrement en ce qui concerne les personnes les plus vulnérables.

Le présent document constitue un cadre d'intervention opérationnel indispensable à la mise en œuvre de la politique volontariste que souhaite mener le Président du Conseil Exécutif et l'Assemblée de Martinique pour deux catégories d'entre elles : les personnes âgées, notamment celles qui sont en perte d'autonomie, et les personnes en situation de handicap.

Les derniers schémas les concernant couvraient la période 2009/2013. Il devenait donc urgent de les actualiser, en tenant particulièrement compte du vieillissement de plus en plus marqué de notre population (dont l'âge médian est passé de 30 ans en 1999 à 45 ans en 2017).

Un nouveau schéma a donc été élaboré reliant les deux précédents, avec une forte implication de tous les partenaires concernés (acteurs institutionnels, professionnels, associatifs, mais aussi familles). Il a été voté à l'unanimité par les élus de l'Assemblée le 8 février 2018.

Je souhaite vivement que ce document de référence permette d'améliorer les réponses apportées aux besoins et aux attentes des personnes âgées et en situation de handicap, qu'elles demeurent à domicile ou résident en structures d'hébergement.

Qu'il contribue, de plus, à susciter une prise de conscience : celle du rôle que ces personnes peuvent jouer, en matière de cohésion sociale comme en matière de développement, y compris économique, pour peu que les problèmes posés deviennent des leviers pour la recherche et l'innovation.

Claude LISE
Président de l'Assemblée de Martinique

PRÉAMBULE

En élaborant pour les cinq prochaines années un schéma unique de soutien à l'Autonomie, la Collectivité Territoriale de Martinique a confirmé sa volonté de définir et de décliner une politique sociale adaptée aux évolutions de la société martiniquaise et aux attentes des personnes concernées.

L'ambition de la Collectivité est également de faire partager à toutes les institutions locales, les opérateurs de proximité, les finalités et les modalités d'actions retenues après une large concertation.

Cette ambition trouve sa traduction concrète dans une politique globale de l'autonomie réunissant les différents champs d'actions de la Collectivité pour favoriser la transversalité des solutions et la coopération des différents acteurs.

Le schéma de l'autonomie 2018-2023 est un document **de référence** qui doit permettre de prendre en compte les besoins convergents des secteurs, personnes âgées et personnes en situation de handicap.

L'accompagnement à domicile, l'aide aux aidants, la mobilité, l'accès aux droits, sont des enjeux majeurs et communs, même si les réponses qui sont à apporter peuvent être différenciées.

De même, le vieillissement des personnes en situation de handicap est une réalité nouvelle qui oblige à créer des réponses innovantes. Autant de sujets dont la Collectivité entend se saisir pour adapter les actions menées sur le territoire, compléter et renforcer les politiques qu'elle pilote.

La forte dimension partenariale de ce schéma a conduit l'ensemble des opérateurs des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, représentants d'usagers en tête, à définir les **5 grands axes du schéma de l'Autonomie** desquels ont découlé **15 objectifs opérationnels** déclinés en **22 actions prioritaires.**

Ces actions vont dans le droit fil de la préservation et de l'éducation à la **bientraitance** dans un processus **d'évaluation continue de la qualité de service.**

SOMMAIRE

INTRODUCTION 6

I. LE CONTEXTE D'ÉLABORATION DU SCHÉMA AUTONOMIE 2018-2023 6
1) Un schéma s'inscrivant dans un contexte législatif et institutionnel renouvelé 6
2) Un schéma Autonomie pour la Collectivité Territoriale de Martinique 10

II. LA MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU SCHÉMA 11

PARTIE 1 / DIAGNOSTIC DES BESOINS 14

I. CONTEXTE SOCIODÉMOGRAPHIQUE DE LA MARTINIQUE 15
1) Données socio-démographiques 15
2) La perte d'autonomie en chiffres 21
3) Prospectives : quelle(s) évolution(s) de la population à anticiper ? 24

II. DIAGNOSTIC DES BESOINS DU TERRITOIRE 30
1) Prévenir le handicap et la perte d'autonomie 31
2) Soutenir la vie au domicile 35
3) Adapter, moderniser et diversifier l'offre d'accueil et d'hébergement 45
4) Coordonner les acteurs autour des parcours et favoriser l'accès à l'offre du territoire pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap 58
5) Favoriser l'accès à la vie sociale et professionnelle 64
6) Développer la filière économique du secteur de l'autonomie 72

SYNTHÈSE DES ENJEUX PRIORITAIRES (PARTIE 1) 80

PARTIE 2 / PLAN D'ACTION 2018-2023 81
AXE STRATÉGIQUE 1 : PRÉSERVER ET DÉVELOPPER L'AUTONOMIE DE TOUTES ET DE TOUS POUR RENDRE LA SOCIÉTÉ MARTINIQUAISE PLUS INCLUSIVE 82
AXE STRATÉGIQUE 2 : FACILITER LES PARCOURS DE VIE POUR MAINTENIR L'AUTONOMIE 88
AXE STRATÉGIQUE 3 : RENFORCER L'ACCOMPAGNEMENT AU DOMICILE ET L'AIDE AUX AIDANTS 92
AXE STRATÉGIQUE 4 : DIVERSIFIER ET DÉVELOPPER DES SOLUTIONS INNOVANTES D'ACCUEIL ET D'HÉBERGEMENT 97
AXE STRATÉGIQUE 5 : ANTICIPER LES ÉVOLUTIONS SOCIOÉCONOMIQUES POUR PRÉSERVER L'AUTONOMIE 101

SYNTHESE DU PLAN D'ACTIONS (PARTIE 2) 104

CARTOGRAPHIE DES BESOINS EN EQUIPEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX 107

DISPOSITIF DE GOUVERNANCE DU PLAN D'ACTIONS (SUIVI) 109

ANNEXES 112
LA DEPENDANCE A DOMICILE, QUELLE(S) EVOLUTION(S) A ENVISAGER ? 113
LES BESOINS EN EHPAD 120

GLOSSAIRE 125

INTRODUCTION

I. LE CONTEXTE D'ÉLABORATION DU SCHÉMA AUTONOMIE 2018-2023

1) Un schéma s'inscrivant dans un contexte législatif et institutionnel renouvelé

UN CONTEXTE LÉGISLATIF DES POLITIQUES D'AUTONOMIE EN CONSTANTE ÉVOLUTION

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Une nouvelle dynamique attentive au bien-être et à l'épanouissement des personnes a été initiée par la loi du 2 janvier 2002 qui positionne le Conseil Départemental comme chef de file de l'action sociale et médico-sociale. Le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) précise les objectifs assignés au schéma d'organisation sociale et médico-sociale, dont un volet est consacré aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap.

« Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale [...] :
- **Apprécient la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;**
- **Dressent le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;**
- **Déterminent les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment, ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services [...] ;**
- **Précisent le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services... ;**
- **Définissent les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre des schémas. »**

CASF, Article L.312-4

Ce schéma de l'autonomie a dès lors vocation à identifier les besoins sociaux et médico-sociaux de la population de Martinique, à réaliser un bilan de l'offre sociale et médico-sociale du territoire et à rendre compte des besoins de développement de l'offre (notamment en termes de création, transformation ou suppression d'établissements et services).

Il est à noter que le schéma d'organisation sociale et médico-sociale est élaboré en cohérence avec les schémas d'organisation sanitaire mentionnés aux articles L.6121-1 et 6121-3 du Code de la Santé Publique.

La loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) est créée par la loi du 30 juin 2004. Il s'agit d'un établissement public chargé de financer des actions gérées par les Départements en favorisant notamment l'autonomie des personnes âgées dépendantes et des personnes en situatin de handicap. La CNSA joue également un rôle d'expertise et d'appui technique.

À ce titre, elle suit notamment les plans nationaux dédiés aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap : Plan Alzheimer, Plan Bien Vieillir, Plan Cancer, Plan Handicap visuel, Plan de solidarité grand âge, Plan Autisme, Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour le handicap rare, Plan d'action national AVC (accidents vasculaires cérébraux).

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales

Le rôle du Département dans le domaine de l'action sociale et médico-sociale a été renforcé par la loi du 13 août 2004. Celle-ci stipule que «le Département définit et met en œuvre la politique d'action sociale» en tenant compte des compétences confiées à l'État et aux autres collectivités et qu'il coordonne les actions menées sur son territoire.

La loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

La loi du 11 février 2005 rénove l'action publique en matière de handicap. En premier lieu, elle élargit le champ du handicap en reconnaissant les troubles psychiques et cognitifs comme pouvant relever d'une situation de handicap, dans la continuité de la loi n° 96-1076 du 11 décembre 1996 qui insérait l'autisme dans le champ du handicap.

De plus, d'un point de vue institutionnel et organisationnel, la loi crée les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Il s'agit de groupements d'intérêt public placés sous la tutelle administrative et financière du Président du Conseil départemental. Celles-ci mettent en place une équipe pluridisciplinaire chargée d'évaluer les besoins de la personne en situation de handicap, ainsi qu'une Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) chargée de prendre les décisions relatives aux droits de la personne.

La loi de 2005 instaure en outre le droit à la compensation des conséquences du handicap quels que soient l'origine et la nature de la déficience, l'âge ou le mode de vie de la personne concernée. Elle affirme le droit à suivre une scolarité dans le milieu ordinaire, au sein de l'école de quartier, en fonction du projet personnalisé de scolarisation pour les enfants porteurs de handicap.

Cette loi fonde enfin la notion de convergence des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, convergence indispensable au vue des problématiques nouvelles soulevées par la multiplication du nombre de personnes handicapées vieillissantes. En prenant acte de la similarité des besoins et préoccupations des personnes âgées et celles en situation de handicap, la loi vise à définir des principes et modalités identiques de compensation de la perte d'autonomie afin de supprimer les barrières et éviter les ruptures de prise en charge.

La loi «Hôpital, Patients, Santé et Territoires» du 21 juillet 2009

La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (dite HPST) du 21 juillet 2009 institue un changement dans l'organisation des compétences de l'État dans les administrations déconcentrées. Elle crée les Agences Régionales de Santé (ARS), remplaçant une partie des attributions des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et des Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM), pour décliner la politique nationale de la santé et la piloter au niveau régional.

Sous tutelle des Ministères chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et de l'assurance maladie, elles sont de fait le nouvel interlocuteur étatique principal du Conseil départemental depuis le 1er janvier 2010. Elles sont coordonnées par le Comité National de Coordination des ARS et leur relais est assuré au niveau départemental par des délégations territoriales.

La loi HPST instaure en outre une procédure d'appel à projets, à laquelle doivent se conformer les projets de création, transformation ou extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), notamment les projets s'inscrivant dans le cadre des orientations du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale.

Outre ces différentes lois ayant contribué à des évolutions majeures du cadre législatif, deux textes récents ont des impacts forts sur les politiques de l'autonomie, à savoir la loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement (dite loi ASV), votée le 29 décembre 2015 et la loi de Modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

DES IMPACTS IMPORTANTS DE LA LOI D'ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT

La loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement réforme l'action de la Collectivité Territoriale dans le domaine de l'autonomie des personnes âgées. Son ambition est de répondre aux conséquences du vieillissement de la population en :

- anticipant les premiers facteurs de risque de la perte d'autonomie ;
- adaptant les politiques publiques au vieillissement ;
- améliorant la prise en charge des personnes en perte d'autonomie.

La loi ASV souligne le rôle de chef de file de l'action sociale et médico-sociale du Département et singulièrement de la collectivité territoriale ; rôle précédemment réaffirmé en vertu de la loi n° 2015-991 du 07/08/2015 portant la Nouvelle Organisation Territoriale de la République.

Entrée en vigueur en janvier 2016, elle implique notamment :

- le pilotage territorial de la Conférence des Financeurs pour la prévention de la perte d'autonomie, nouveau mode de gouvernance interinstitutionnel chargé d'assurer la cohérence des politiques de prévention sur le territoire et d'élaborer un programme coordonné d'actions s'appuyant sur un diagnostic partagé.

- la réforme importante de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) pour les personnes âgées les plus dépendantes qui nécessite de tenir compte de la réévaluation des plans d'aide à l'aune d'un nouvel outil d'évaluation multidimensionnel couplé à la mise en place de nouveaux plafonds. Selon les situations préexistantes, ce dispositif doit avoir pour effet global l'augmentation du nombre d'heures d'intervention à domicile pour les personnes âgées et une diminution de leur participation.

- la reconnaissance d'un «droit au répit» pour les proches aidants dans le cadre de l'APA. La loi vise à mieux reconnaître la place des aidants dans l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie, à repérer leur épuisement. Elle renforce la solvabilisation des proches aidants des bénéficiaires de l'APA en leur permettant d'accéder à des dispositifs de répit, dont le forfait hospitalisation, via une aide financière dédiée. Ce soutien s'appuie notamment sur la mise en place d'un référentiel d'évaluation multidimensionnel.

- la réforme du régime de l'autorisation des services d'aide à domicile qui fait passer l'ensemble des services (antérieurement agréés par la DIECCTE , sous le régime de l'autorisation, délivrée par les Conseils Départementaux (et donc de la Collectivité Territoriale de Martinique). Elle invite ces derniers à engager une réflexion de fond sur la structuration du secteur et ses évolutions.

- la création du Conseil Territorial de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CTCA), chargé d'assurer la participation des personnes âgées et des personnes en situation de handicap à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques de l'autonomie sur le Territoire. Le CTCA est notamment consulté pour donner un avis sur les schémas territoriaux relatifs aux personnes âgées et personnes en situation de handicap, ainsi que le Projet Régional de Santé. Ce conseil remplace le Comité Départemental des Retraités et des Personnes Âgées (CODERPA) et le Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées (CDCPH).

[1] DIECCTE : *Direction des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi*

• La mise en place d'un « forfait autonomie», qui permet de financer les dépenses non médicales tendant à préserver l'autonomie des résidents dans les « résidences autonomie». Néanmoins, les dispositions du CASF sur les résidences autonomie ne s'appliquent pas dans les DOM et les Collectivités d'Outre-Mer.

LE DÉPLOIEMENT DE LA «RÉPONSE ACCOMPAGNÉE POUR TOUS» (RAPT) DANS LE SECTEUR DU HANDICAP

La récente loi de Modernisation de notre Système de santé introduit dans son article 89, la mise en place du dispositif de «Réponse Accompagnée pour Tous» (RAPT) sur l'ensemble du territoire national au plus tard le 1er janvier 2018. Ce dispositif s'appuie sur le rapport Piveteau publié en 2014, visant à permettre «un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et leurs proches».

Cette réforme nécessite de revoir en profondeur l'ensemble des pratiques des opérateurs et des financeurs dans la lecture des besoins et la construction de l'offre de prestations, en passant d'une logique de «places» à une logique de «parcours». La nomenclature « SERAFIN PH » (Services et Établissements Réforme pour une Adéquation des Financements aux parcours des Personnes Handicapées) constitue le nouveau référentiel du secteur et invite à raisonner davantage en terme de « prestation de service» adaptable aux besoins d'accompagnement que de «places».

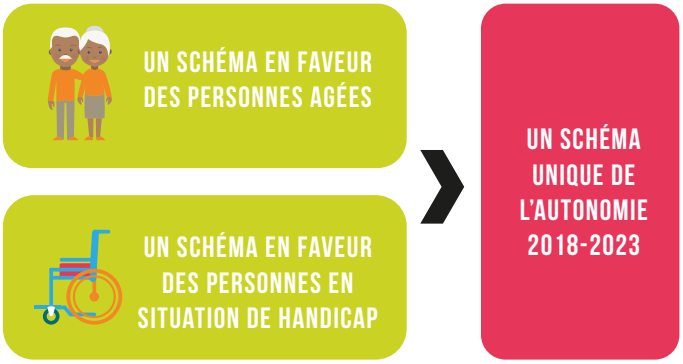
Cette réforme comprend :

- la mise en place du dispositif permanent d'orientation, qui représente l'objet le plus visible du déploiement national, avec la construction de Projets d'Accompagnement Global (PAG) ;
- le déploiement d'une réponse territorialisée, avec la mise en place d'une coordination territoriale et le développement de contrats partenariaux pour éviter les ruptures de parcours, ainsi que l'intégration d'objectifs de qualité et d'adaptation de l'offre dans la contractualisation ;
- la création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs, par le renforcement de l'implication des personnes concernées et des associations dans la prise de décision, ainsi que le développement de la formation, de l'accompagnement et de la conciliation par les pairs ;
- l'accompagnement au changement des pratiques, avec la simplification des tâches administratives et des processus de traitement de l'ensemble des acteurs du champ du handicap et l'adaptation de leurs systèmes d'information pour renforcer les échanges et faciliter la mise en œuvre de l'accompagnement.

2) Un schéma de l'Autonomie pour la Collectivité Territoriale de Martinique (CTM)

LES OBJECTIFS DE LA DÉMARCHE

Les politiques de l'autonomie de la Collectivité Territoriale de la Martinique étaient portées précédemment par deux schémas sectoriels (celui des personnes en situation de handicap et celui des personnes âgées) pour la période 2009-2013.



Le choix d'un schéma unique 2018-2023, réunissant ces deux domaines d'action publique, vise deux objectifs majeurs :

1/ Favoriser une vision globale de la perte d'autonomie par la coopération d'acteurs confrontés à des problématiques convergentes ;

2/ Apporter une réponse adaptée à la situation de chacun quel que soit son âge, l'origine de sa perte d'autonomie, son lieu de vie et son projet.

UN SCHÉMA DE L'AUTONOMIE POUR UNE COLLECTIVITÉ UNIQUE

Le choix d'un schéma unique de l'autonomie pour la période 2018-2023 fait écho au statut spécifique de la Collectivité Territoriale de Martinique, collectivité unique aux compétences propres.

La loi constitutionnelle du 28 mars 2003 a offert la possibilité aux départements et régions d'outre-mer de se doter d'une collectivité nouvelle réunissant les compétences de ces deux échelons territoriaux. Suite aux référendums organisés en Guyane et en Martinique en 2010, deux nouvelles collectivités uniques ont vu le jour.

Ainsi la Collectivité Territoriale de Martinique, créée par la loi du 27 juillet 2011 et installée en Décembre 2015, cumule les compétences exercées auparavant par le Conseil Général et le Conseil Régional à savoir :

- **le développement économique**
- **l'aménagement du territoire et le transport**
- **le développement culturel, scientifique et sportif**
- **l'éducation et la formation**
- **le développement sanitaire et social**
- **la coopération régionale**

Le statut et les compétences de la CTM invitent dès lors à concevoir une politique globale de l'autonomie, réunissant les différents champs d'actions de la collectivité pour favoriser la transversalité des solutions et la coopération des différents acteurs.

Pour autant, il est important de ne pas donner à ce schéma une importance trop large, ce dernier ne devant pas s'imposer comme l'unique réponse aux enjeux qui impactent le territoire martiniquais et, notamment, le vieillissement prononcé de la population.

Le schéma de l'autonomie est une réponse à ce phénomène de fond mais ne saurait en être la seule.

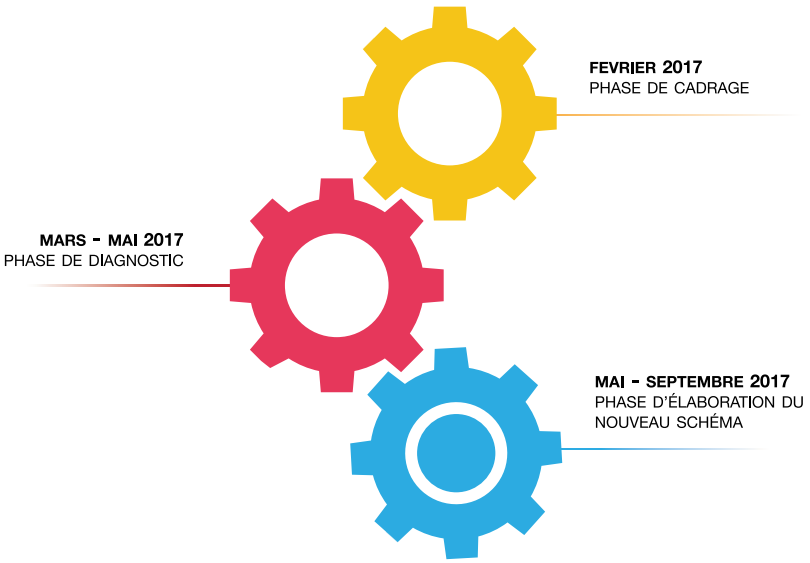
II. LA MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU SCHÉMA

La méthodologie d'élaboration du Schéma relève de quatre partis-pris :

1. **favoriser une approche participative**, en mobilisant au maximum les acteurs du territoire et les partenaires (institutionnels, privés, associatifs) de la CTM
2. **viser un plan utile, efficace à court terme et durable**, pour assurer un impact rapide à la hauteur du défi que représente le développement de la perte d'autonomie
3. **veiller à être innovant**, afin d'apporter des solutions à la diversité des parcours des usagers et à l'évolution des besoins
4. **s'adapter aux spécificités locales**, notamment au statut de collectivité unique, pour répondre au mieux aux besoins des Martiniquais

La démarche de construction du nouveau Schéma s'est déroulée selon les trois grandes étapes de cadrage, de diagnostic et enfin d'élaboration du schéma proprement dit présentées ci-après.

Différents outils ont été déployés dans la phase de diagnostic pour cerner et analyser les spécificités du territoire, à travers une approche participative, mobilisant les différents acteurs du territoire.



ANALYSES STATISTIQUES ET DOCUMENTAIRES

Divers documents transmis par la CTM ont pu être analysés. Ils ont été complétés par le recueil de données statistiques disponibles (STATISS, données ARS, données CTM, données INSEE…) et également par l'étude de documents et données communiqués par les partenaires de la CTM.

ANALYSE COMPARATIVE INTERDÉPARTEMENTALE

Cette analyse s'est appuyée sur les informations issues de bases de données publiques : INSEE (2013), DREES (2014), STATISS (2015), DGI (2015) et CAF (2015). Les départements comparés étaient la Guadeloupe et la Réunion. Les données ont également été comparées aux moyennes nationales. L'analyse s'est portée sur des données sociodémographiques, des données économiques et d'aides sociales ainsi que des données relatives à l'offre médicale et médico-sociale.

PROJECTIONS SOCIODÉMOGRAPHIQUES SUR LE TERRITOIRE

Des projections ont été réalisées afin de mener 3 analyses :

1. une étude des évolutions démographiques à venir ;
2. la détermination du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile en fonction d'un certain nombre d'hypothèses concernant l'évolution de la dépendance ;
3. la détermination en fonction des deux paramètres précédents du nombre de bénéficiaires de l'APA en EHPAD et par conséquent le nombre de places à créer par rapport à celles actuellement autorisées.

NB : L'échelle d'analyse est le département et les horizons définis sont 2018, 2023 et 2028.

ENTRETIENS DES DIRECTIONS DE LA CTM ET PRINCIPAUX PARTENAIRES

Des entretiens ont été conduits avec la Direction générale de la CTM, des partenaires institutionnels (CGSS, ARS, DJSCS, …), divers réseaux (Maia, réseau gérontologique) ainsi que des associations.

RÉUNION DE 5 GROUPES DE TRAVAIL DE DIAGNOSTIC

5 groupes de travail ont été réunis les 28 et 29 mars 2017 sur les thématiques suivantes :

1. développement économique de la filière (17 participants)
2. soutenir le maintien à domicile (33 participants)
3. l'offre d'accueil et d'hébergement (42 participants)
4. accès au droit, coordination et information (24 participants)
5. prévention de la perte d'autonomie (24 participants)

Ces groupes avaient pour objectif d'enrichir le diagnostic du regard croisé des différents partenaires territoriaux pour s'assurer de son adéquation et de sa pertinence. Aussi, ils ont permis de :

- **mobiliser une intelligence collective**
- **compléter les connaissances par les expertises de chacun,**
- **échanger autour des enseignements issus des analyses précédentes,**
- **compléter le diagnostic des besoins du territoire.**

Dans le cadre de la seconde phase de travail visant à identifier les actions à mettre potentiellement en œuvre dans le cadre du futur schéma, les 5 groupes de travail ont été à nouveau mobilisés pour permettre à une intelligence collective de faire émerger des propositions pertinentes au regard des enjeux locaux. Par ailleurs, des entretiens complémentaires ont été réalisés et des analyses documentaires ont été menées.

C'est la somme de tous ces apports mobilisés puis arbitrés (selon différents principes : effectivité, moyens, rapidité, etc.) qui a permis la définition du plan d'actions ainsi formalisé.

PARTIE 1
DIAGNOSTIC DES BESOINS

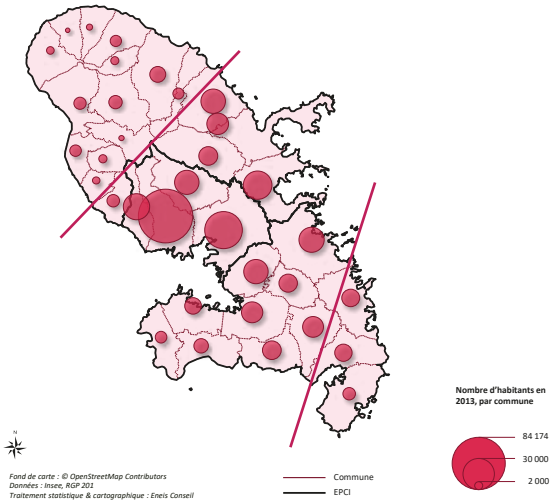
DIAGNOSTIC DES BESOINS

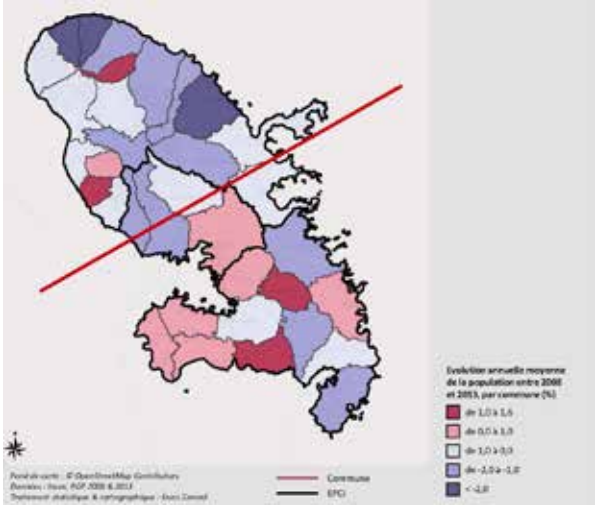
I. CONTEXTE SOCIODÉMOGRAPHIQUE DE LA MARTINIQUE

1) Données socio-démographiques

UNE POPULATION MARTINIQUAISE CONCENTRÉE AUTOUR DE FORT-DE-FRANCE ET QUI CONNAÎT UNE ÉVOLUTION NÉGATIVE, EN PARTICULIER AU NORD DE L'ÎLE.

La Martinique comptait 386 486 habitants en 2013, avec une concentration de la population à Fort de France et au Centre de l'île (22% des Martiniquais vivent à Fort-de-France).





La Communauté d'Agglomération du Pays Nord Martinique (CAP NORD), ainsi que le Sud-Ouest de l'île apparaissent ainsi relativement moins peuplés.

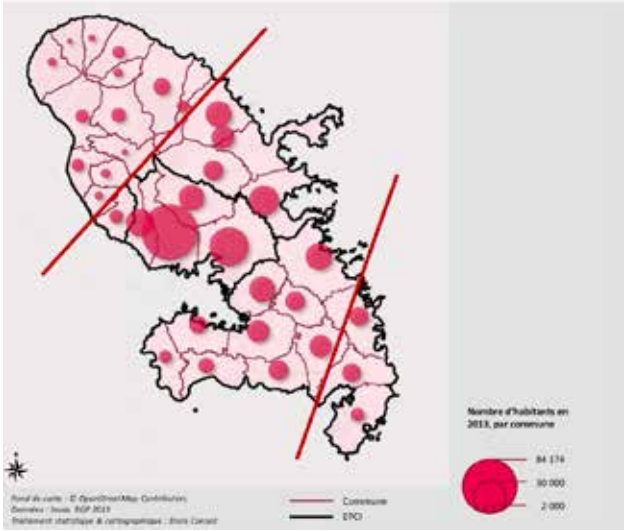
La Martinique a connu une croissance démographique négative entre 2008 et 2013, avec une évolution annuelle moyenne de - 0,6 %. Ainsi, la population a augmenté de 3,1% entre 2008 et 2013, (passant de 373 409 habitants à 385 551). La Communauté d'Agglomération du Pays Nord est particulièrement touchée par cette diminution de la population.

UNE POPULATION DE 0-19 ANS QUI REPRÉSENTE UN QUART DE LA POPULATION TOTALE ET PRÉSENTE EN PLUS FORTE PROPORTION AU SUD DE L'ÎLE.

Sur l'ensemble du territoire, les moins de 20 ans représentent 25,3 % de la population, une proportion plus élevée que la moyenne nationale (24,6 %). La population des moins de 20 ans est cependant en fort déclin (-2,6 % annuels entre 2008 et 2013). La CACEM (Communauté d'Agglomération Centre Martinique)[2] et la CAESM (Communauté d'Agglomération Espace Sud Martinique)[3] connaissent une proportion plus importante des moins de 20 ans, notamment sur les communes du Marin et Rivière-Salée, tandis qu'ils représentent une part moins importante sur CAP NORD[4].

[2] *Fort-de-France, Lamentin, Saint-Joseph, Schœlcher.*
[3] *Les Anses-d'Arlet, Le François, Saint-Esprit, Le Diamant, Le Marin, Sainte-Luce, Ducos, Rivière-Salée, Vauclin, Rivière-Pilote, Saint-Anne et Trois-Ilets*
[4] *18 communes membres : Ajoupa-Bouillon - Basse-Pointe - Bellefontaine - Carbet - Case-Pilote - Fonds-Saint-Denis - Grand-Rivière - Gros-Morne - Lorrain - Macouba - Marigot - Morne-Rouge - Morne-Vert - Prêcheur - Robert - Saint-Pierre - Sainte-Marie - Trinité*

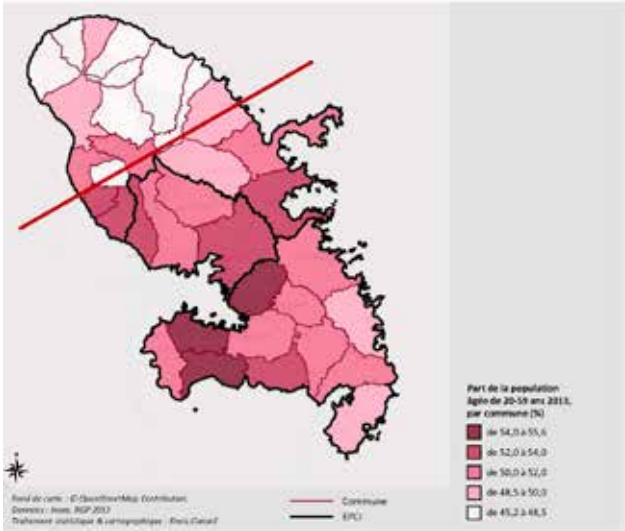
DES ACTIFS QUI REPRÉSENTENT PLUS DE LA MOITIÉ DE LA POPULATION, PRÉSENTS EN PLUS GRANDE PROPORTION AU CENTRE ET AU SUD DE L'ÎLE.

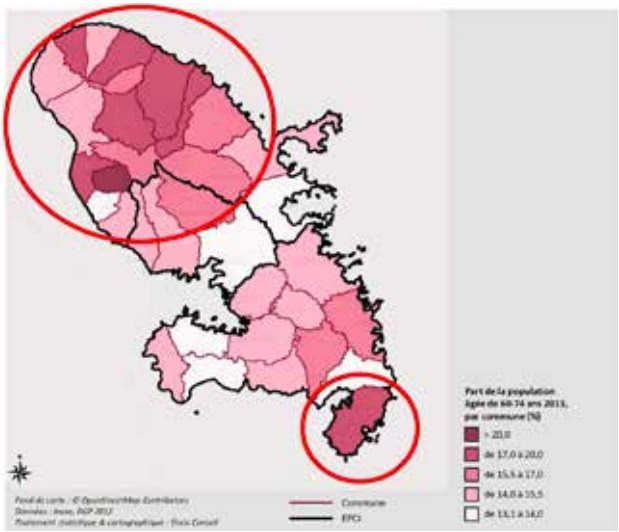


La population des 20-59 ans est présente en plus fortes proportions sur la CACEM et la CAESM (notamment au Diamant, Ducos et Trois-Ilets), tandis qu'elle représente moins de la moitié de la population dans plusieurs communes au Nord. Sur l'ensemble de l'île, les 20-59 ans représentent 51,6% de la population, une proportion comparable à la moyenne nationale (51,4 %).
Cette classe d'âge connaît cependant une évolution négative entre 2008 et 2013 (-2,6% par an), tandis qu'elle augmente sur l'ensemble de la France (+0,24%).

LES JEUNES RETRAITÉS CONCENTRÉS PLUTÔT AU NORD ET À L'EXTRÊME SUD

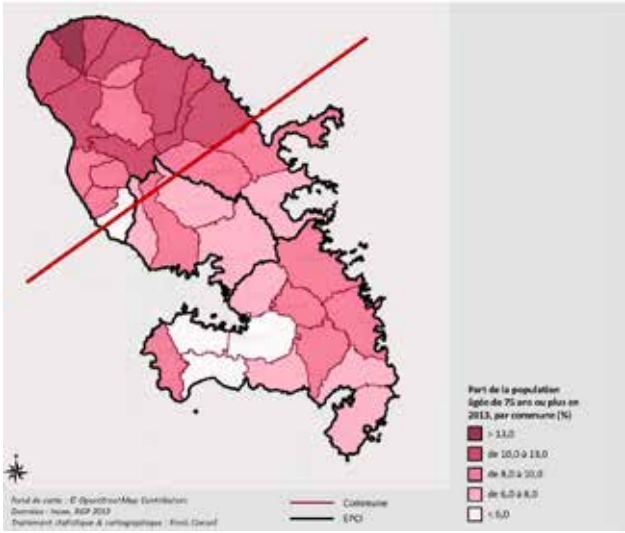
Les personnes âgées de 60 à 74 ans sont globalement plus représentées sur CAP NORD ainsi que sur la commune de Sainte-Anne, où elles constituent plus d'un quart de la population. Les personnes âgées de 60-74 ans sont par ailleurs relativement peu présentes sur la CACEM et la CAESM. Sur l'ensemble du territoire, les jeunes retraités représentent 15 % de la population totale.



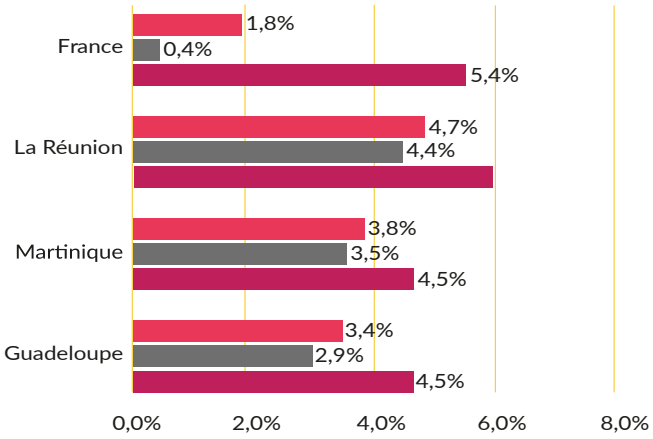


UNE POPULATION DE PLUS DE 75 ANS CONCENTRÉE AU NORD DE L'ÎLE, ET EN FORTE AUGMENTATION.

Les personnes âgées de plus de 75 ans sont présentes en forte proportion sur CAP NORD. On compte 8,2 % de personnes âgées de plus de 75 ans sur l'ensemble de la population. Cette population est en forte augmentation : + 3,8 % annuels, soit deux points de plus que l'évolution au niveau national (1,8 %).

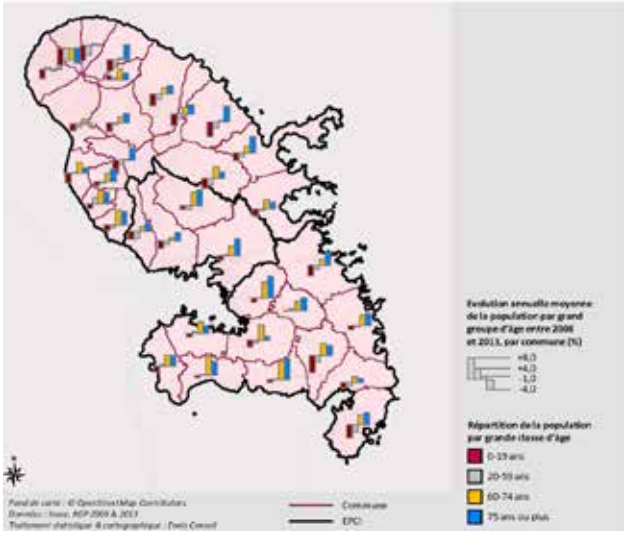


Évolution annuelle moyenne de la population de 75 ans et plus entre 20078 et 2013



- Population âgée de 75 ans ou plus
- Population âgée de 75 à 84 ans
- Population âgée de 85 ans et plus

UN VIEILLISSEMENT GLOBAL DE LA POPULATION

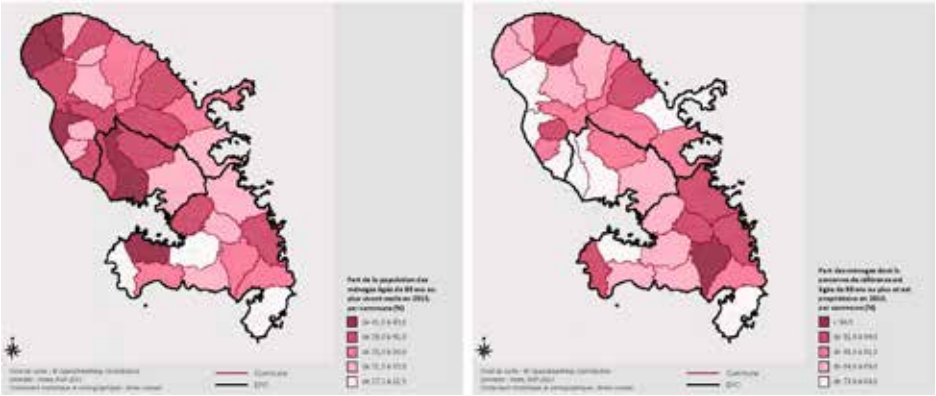


Les personnes âgées de 60 à 74 ans sont globalement plus représentées sur CAP NORD, ainsi que sur la commune de Sainte-Anne, où elles constituent plus d'un quart de la population. Les personnes âgées de 60-74 ans sont par ailleurs relativement peu présentes sur la CACEM et la CAESM. Sur l'ensemble du territoire, les jeunes retraités représentent 15 % de la population totale.

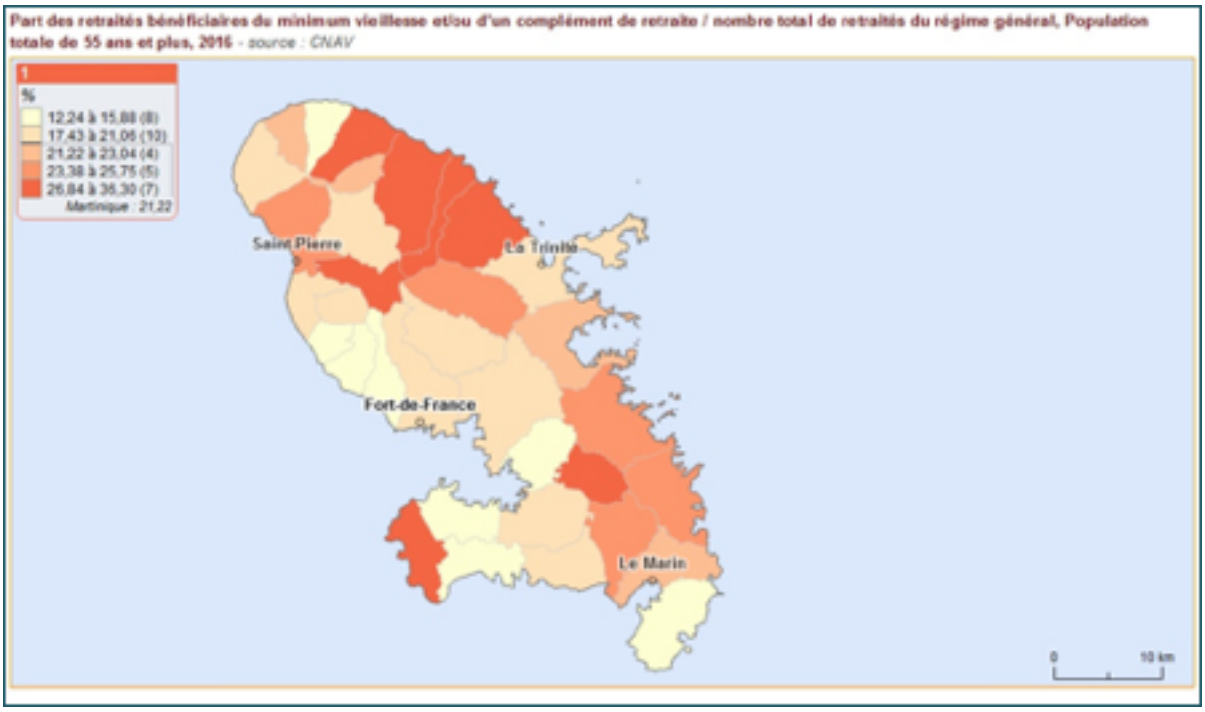
DES DISPARITÉS TERRITORIALES EN CE QUI CONCERNE LES PERSONNES ÂGÉES VIVANT SEULES ET LES MÉNAGES PROPRIÉTAIRES DE LEUR LOGEMENT.

Il y a 17 488 ménages de plus de 80 ans en Martinique. 37,9 % d'entre eux sont des personnes qui vivent seules, une proportion moins élevée que la moyenne nationale (49 %). Ces proportions sont plus élevées sur la Communauté d'Agglomération du Centre, notamment à Fort-de-France, sur le Pays Nord de la Martinique et le territoire Nord Caraïbe. Elles atteignent plus de 41 %.

La côte caribéenne recense moins de ménages et la Personne de Référence du Ménage (PRM) âgée de 80 ans est propriétaire de son logement. Ces proportions sont plus fortes au Sud-Est.



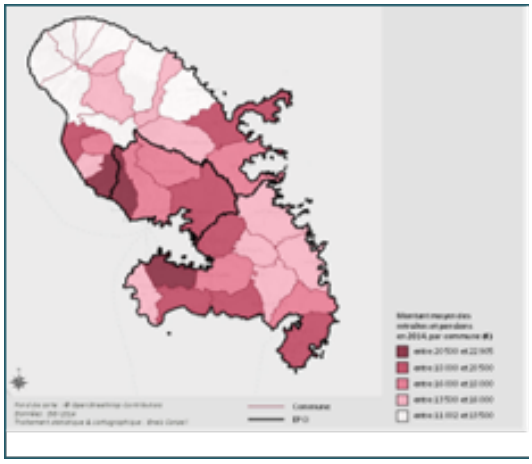
À l'échelle de la Martinique, 21,22% des personnes de 55 ans et plus touchent le minimum vieillesse du régime général de sécurité sociale (ou un complément de retraite). Cette proportion varie selon le territoire considéré. Ainsi, plus d'un quart des personnes de 55 ans et plus touchent le « minimum vieillesse » à Basse-Pointe, au Lorrain ou à Fonds Saint-Denis, ainsi que plus au Sud du territoire, au Saint-Esprit ou aux Anses d'Arlet.

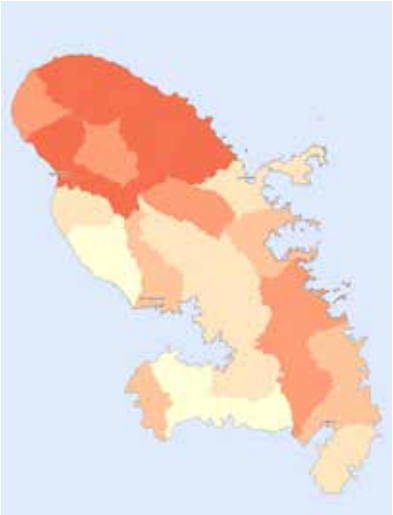


DES DISPARITÉS TERRITORIALES IMPORTANTES, AVEC UN CUMUL DES FRAGILITÉS AU NORD

Il existe de fortes disparités territoriales entre la CACEM et la CAESM, où les montants de retraite sont plus élevés, et CAP NORD, où le montant moyen des retraites est globalement inférieur à 13 500 € par an. Sur l'ensemble de l'île, le montant moyen annuel des retraites est de 17 100 € (contre 22 613 € au niveau national).

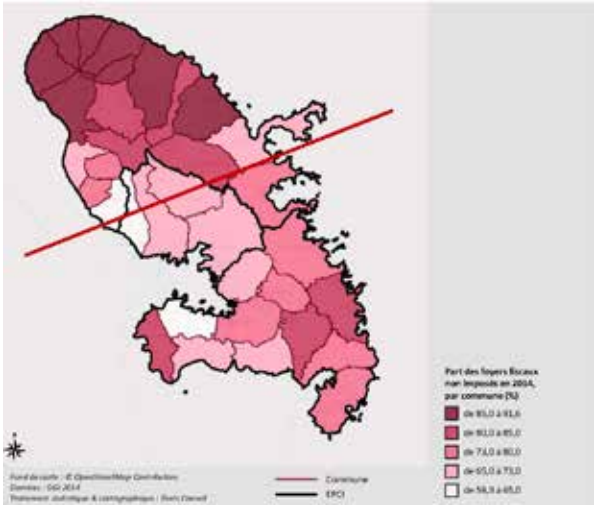
Le score de fragilité de l'Observatoire des fragilités est par ailleurs particulièrement élevé au Nord de l'île. Ce score, établi à partir des bases de données de la CGSS, compile des indicateurs économiques et d'isolement social : exonération de la CSG, minimum vieillesse, pension de réversion….





UNE PART IMPORTANTE DE FOYERS À BAS REVENUS, PRINCIPALEMENT AU NORD

CAP NORD accueille la plus grande proportion de foyers fiscaux non-imposés, qui représentent plus de 85 % des foyers fiscaux sur certaines communes (Sainte-Marie, Basse-Pointe, Le Prêcheur…). Ce chiffre reste à relativiser car sur les 231 558 foyers fiscaux présents sur l'île, 73 % d'entre eux ne sont pas imposés.



LES POINTS CLÉS À RETENIR

Une évolution démographique négative : cas notamment des moins de 20 ans. Par ailleurs, la Martinique fait face à un enjeu de renouvellement de la population actuellement active et prochainement en âge de partir à la retraite.

De même, la part des Martiniquais en situation de handicap est élevée.

Des inégalités territoriales fortes, avec des disparités importantes entre agglomérations

Plusieurs indicateurs soulignent une précarité plus importante des populations résidant sur CAP NORD, notamment sur les communes les plus au Nord : plus de 85 % de foyers non imposés, des montants de retraites largement inférieurs à la moyenne de l'île, etc.

2) La perte d'autonomie en chiffres

DES BÉNÉFICIAIRES DE L'APA TRÈS LARGEMENT À DOMICILE ET PRÉSENTS EN PLUS GRANDES PROPORTIONS SUR LA COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION DU PAYS NORD MARTINIQUE.

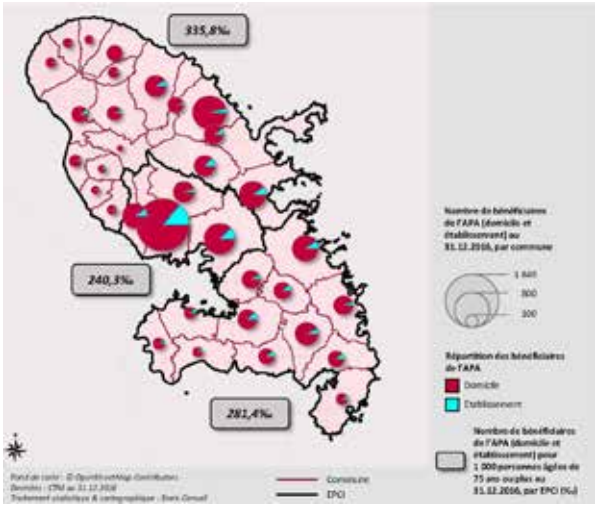
DÉFINITIONS

Autonomie	Capacité d'une personne à assurer les actes de la vie quotidienne.
Perte d'autonomie	Englobe les capacités intellectuelles, cognitives et motrices. Elle s'observe dans les cas d'invalidité, chez les personnes âgées ou atteintes de pathologies. . La perte d'autonomie conduit à la dépendance.

La Martinique comptait 8 749 bénéficiaires de l'APA en 2013 en Martinique, soit 276 bénéficiaires pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus. Cette proportion est comparable à la Guadeloupe (265 ‰), mais supérieure à la moyenne nationale (209 ‰).

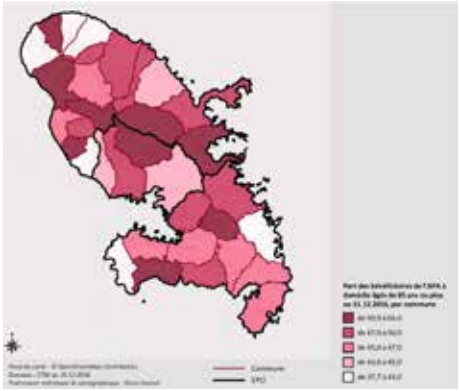
Une forte concentration des bénéficiaires de l'APA s'observe autour de Fort-de-France en lien avec la densité de la population). En revanche, la proportion des bénéficiaires de l'APA est nettement plus élevée sur CAP NORD (339 bénéficiaires pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus), contre 240 pour la CACEM et 281 pour la CAESM.

Une très large majorité (86%) des bénéficiaires perçoivent l'APA à domicile plutôt qu'en établissement. Cette proportion est plus élevée dans d'autres DOM (91 % en Guadeloupe, 92 % à la Réunion) mais elle reste largement supérieure à la moyenne nationale (59 % de bénéficiaires de l'APA à domicile).



PRÈS DE LA MOITIÉ DES BÉNÉFICIAIRES DE L'APA A 85 ANS OU PLUS

La part des bénéficiaires de l'APA à domicile âgés de plus de 85 ans atteint 50‰ dans plusieurs communes de Martinique, notamment sur les communes autour de Fort de France (St Joseph, Gros-Morne, Le Robert, etc.). **Sur l'ensemble de l'île, 3 887 bénéficiaires de l'APA sont âgés de plus de 85 ans**, soit 47,7‰ de l'ensemble des bénéficiaires de l'APA.

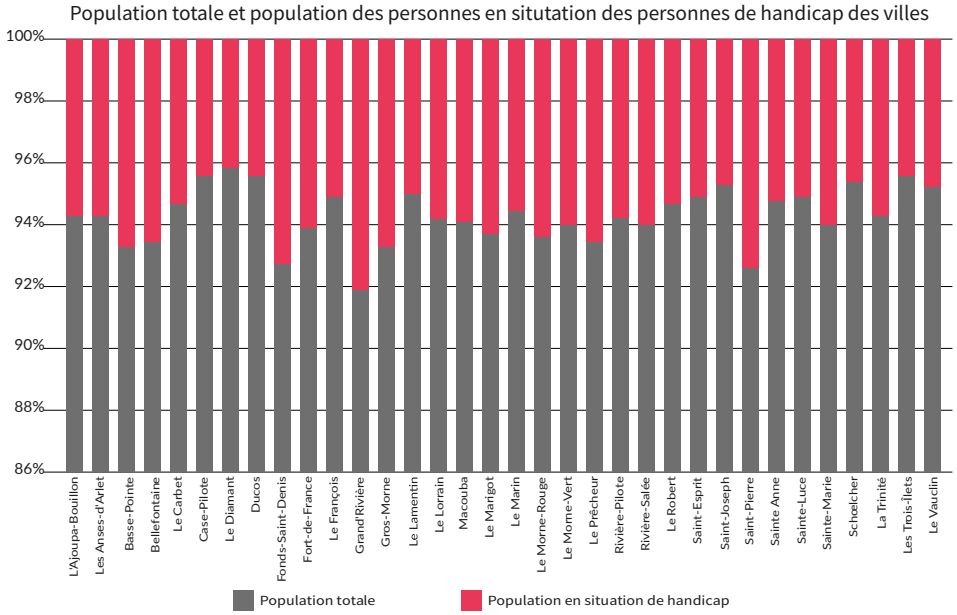


DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PLUS NOMBREUSES DANS LES VILLES LES PLUS PEUPLÉES

Le nombre de personnes en situation de handicap est le plus important dans les villes les plus peuplées, notamment à Fort de France (5 661 personnes), au Lamentin (2 042), au Robert (1 305), à Sainte-Marie (1145), au François (1 017) et à Schœlcher (1 009)..

Toutefois, ces populations sont les plus représentées à Grand-Rivière (8,82‰, soit 50 habitants sur 567), à Saint-Pierre (356 personnes pour 4 396 habitants, soit 8,10 %) et à Fonds-Saint-Denis (67 personnes pour 843 habitants, soit 7,95‰).

Selon les données de la Maison Départementale des Personnes Handicapées pour 2016, 25 000 personnes sont reconnues sur le territoire, alors que selon l'enquête Handicap santé 2008 de l'INSEE Martinique, 64 600 personnes pourraient avoir cette reconnaissance (17% de la population)



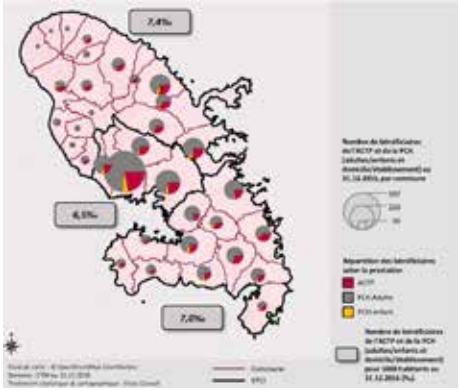
Source : Insee –MDPH Martinique, 2015, repris par « État des lieux, regards croisés », Handi-pacte, 2014.

La proportion de bénéficiaires ACTP[1]/PCH[2] est supérieure à la moyenne nationale.

La Martinique compte **2 648 bénéficiaires de l'ACTP** et de la PCH, soit **6,9 bénéficiaires pour 1 000 habitants**. Ce taux se situe au-dessus de la moyenne nationale (4,9‰).

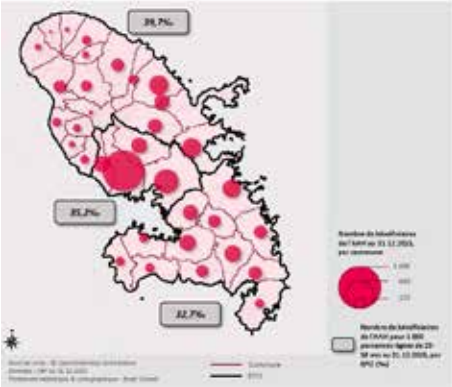
Sur l'ensemble des communes, une majorité de ces personnes sont bénéficiaires de la PCH adulte, et environ un quart de ces personnes sont bénéficiaires de l'ACTP. **128 enfants sont bénéficiaires de la PCH** sur l'ensemble du territoire.

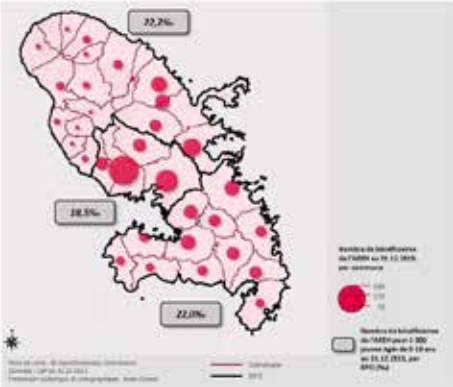
CAP NORD compte une plus grande proportion de bénéficiaires de l'ACTP et de la PCH (7,4 pour 1 000 habitants), et une faible proportion de bénéficiaires de la PCH enfants.



DES BÉNÉFICIAIRES DE L'AAH[3] ET DE L'AEEH[4] PRÉSENTS SUR L'ENSEMBLE DES COMMUNES, DANS DES PROPORTIONS VARIÉES.

Il y a 35,6 bénéficiaires de l'AAH pour 1 000 personnes âgées de 20-59 ans en Martinique. Le nombre total de bénéficiaires de l'AAH est de 7 079. CAP NORD compte une proportion plus élevée de bénéficiaires de l'AAH. Il y a relativement moins de bénéficiaires de l'AAH sur la CAESM.





LES POINTS CLÉS À RETENIR

La Martinique connaît une part importante de personnes âgées (dont des bénéficiaires de l'APA) qui vivent à domicile.

De même, la part des Martiniquais en situation de handicap est élevée.

Les effectifs d'allocataires sont concentrés sur la CACEM ; mais les fragilités sont exacerbées dans le Nord de l'île (cf. score de fragilité de l'Observatoire des fragilités de la CGSS).

1 Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
2 Prestation de Compensation du Handicap
3 Allocation aux Adultes Handicapés
4 Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé

3) Prospectives : quelle(s) évolution(s) de la population à anticiper ?

LE MODÈLE DE PROJECTIONS DÉMOGRAPHIQUES UTILISÉ

Plusieurs exercices de prospective démographique ont été réalisés à l'échelle départementale ces dernières années. Cependant, en comparant tous les résultats obtenus pour l'année 2013 aux effectifs réellement présents en 2013, tous les exercices prospectifs font état d'une surestimation importante des effectifs. Cela tient notamment à la perte d'habitants de la Martinique durant les dernières années. Ce phénomène de décroissance démographique non anticipé dans les différents travaux est dû à une émigration massive, une baisse de la natalité et à une attractivité limitée due notamment à la forte diminution de la production de nouveaux logements au sein de l'ensemble du territoire martiniquais.

Il convient, avant de présenter la méthodologie mise en œuvre, de préciser que les projections ne sont en aucun cas des prévisions.

Les projections démographiques sont le résultat d'un ensemble de calculs mettant en avant l'évolution de la population dans les années à venir selon la réalisation de certaines hypothèses posées en amont de la projection. Ces dernières ne sont pas nécessairement réalisables et n'ont pas de valeurs probabilistes. Elles sont issues de l'observation des comportements passés. On parle de perspectives démographiques pour l'ensemble des hypothèses émises.

Lorsque ces dernières sont assorties d'un certain degré de réalisation, ces perspectives se transforment en prévisions. Les projections démographiques ne sont donc en aucun cas de simples prévisions. Leur principal objectif est d'éclairer le devenir quantitatif du nombre d'habitants en faisant certaines hypothèses de maintien, prolongement, accentuation ou diminution des tendances passées.

Afin de quantifier au mieux les différents besoins, un nouvel exercice de prospective a été réalisé. Les projections démographiques réalisées pour la Martinique sont ainsi définies par trois scénarios.

Ces derniers sont caractérisés par un jeu d'hypothèses relatives à l'évolution de certains phénomènes socio-démographiques dans les prochaines années, phénomènes dont l'évolution façonne la structure par âge et sexe de la population, ainsi que des hypothèses relatives à l'évolution à venir du nombre de nouveaux logements.

L'objectif de ces projections est de montrer l'évolution du nombre d'habitants et de la structure par âge si un nombre donné de logements sont construits et si un certain nombre de phénomènes socio-démographiques se produisent donnant ainsi une amplitude maximale au sein de laquelle la population peut évoluer. La réalisation des hypothèses est sujette à la mise en place de certaines actions par les collectivités et de l'attractivité du territoire.

Le scénario haut se base entre 2013 et 2028 sur la construction d'un nombre important de nouveaux logements comparativement aux deux autres scénarios. Il fait le postulat que ce seront essentiellement des logements de grande taille permettant de faire venir des ménages composés d'un nombre important de personnes au regard des deux autres sénarios.

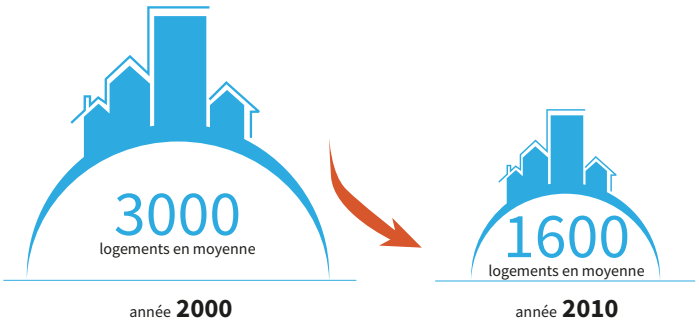
Afin de définir une borne maximale d'évolution, il est fait comme hypothèse que la taille des ménages néo-résidents augmente fortement suite à l'installation sur le territoire, via notamment une fécondité importante. L'hypothèse est également faite que l'espérance de vie va augmenter. Si ces actions et ces phénomènes socio-démographiques sont respectivement menés et réalisés, la structure réelle par âge et sexe de la population en 2028 se rapprochera de celle obtenue par ce scénario.

Le scénario bas se base entre 2013 et 2028 sur la construction d'un nombre limité de nouveaux logements comparativement aux deux autres sénarios. Il fait le postulat que ce seront essentiellement des logements de taille plus petite permettant de faire venir en moyenne des ménages de taille moins importante au regard des deux autres sénarios.

Afin de définir une borne minimale d'évolution, il est fait comme hypothèse que la taille de ces ménages néo-résidents augmente de façon modérée suite à l'installation sur le territoire du fait d'une fécondité plus limitée. Hypothèse est également faite que l'espérance de vie va augmenter. Si ces actions et ces phénomènes socio-démographiques sont respectivement menés et réalisés, la structure réelle par âge et sexe de la population en 2028 se rapprochera de celle obtenue par ce scénario.

Le scénario central est un scénario intermédiaire aux deux précédemment cités. Il s'agit d'une poursuite des tendances démographiques passées.

Comme indiqué précédemment, l'un des facteurs de la décroissance démographique est la chute importante du nombre de nouveaux logements produits sur l'ensemble du territoire, passant de près de 3 000 par an au début des années 2000 à 1 600 en moyenne depuis 2010.



À ce titre, bien que les différents documents programmatiques fassent état d'une production de logements importante dans les prochaines années, le nombre de logements à venir considéré dans cet exercice prospectif est volontairement revu à la baisse.

Les différents chiffres indiqués sont basés sur les différents rythmes de production des dernières années.

Le scénario central est une **poursuite des tendances**, soit environ 1 800 logements par an à l'échelle du département

Le scénario haut **mise une amélioration de la capacité de production**, soit environ 2 000 logements par an

Le scénario bas **fait l'hypothèse inverse et suggère une capacité de production plus faible**, atteignant de façon continue les plus bas niveaux observés ces dernières années (1 600 logements par an).

Au vu du bilan démographique réalisé en amont de la projection, **trois scénarios d'évolution** ont été définis quant à l'évolution du nombre d'habitants présents dans les années à venir sur le territoire : un **scénario centra**l, un **scénario bas** et un **scénario haut**.

Ces derniers sont basés sur la combinaison de plusieurs hypothèses, elles-mêmes déduites de l'observation des comportements socio-démographiques observés entre 1990 et 2013 et caractérisées par un ensemble d'indicateurs. L'exercice des projections consiste à faire des hypothèses quant à l'évolution à venir de ces indicateurs et par conséquent à faire des hypothèses quant à l'évolution à venir de phénomènes socio-démographiques façonnant la structure par âge et sexe de la population aux horizons définis.

Les projections démographiques ont pour objectif de donner une amplitude maximale au sein de laquelle la population peut évoluer dans les années à venir. De ce fait comme évoqué précédemment, le scénario bas est le résultat d'un ensemble d'hypothèses pessimistes tandis que le scénario haut est quant à lui plus optimiste quant à l'évolution à venir de la population au regard des tendances passées.

Le scénario à privilégier est le scénario central qui prolonge les tendances socio-démographiques observées entre 1990 et 2013, les scénarios haut et bas ayant principalement une vertu pédagogique et servant à définir des bornes maximales et minimales au sein desquelles la population va évoluer dans les prochaines années.

ÉVOLUTION DE LA POPULATION : PRINCIPAUX RÉSULTATS.

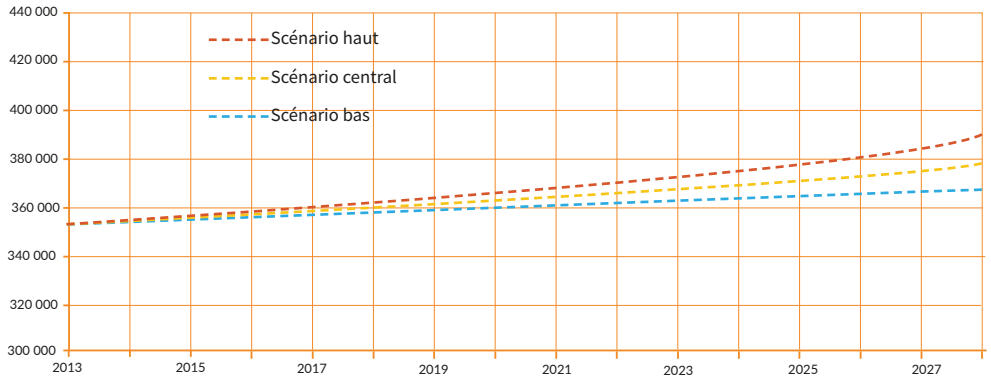
Vers une croissance démographique à l'échelle de la Martinique

Les projections démographiques réalisées pour la Martinique sont définies par trois scénarios. Ces derniers sont caractérisés par un jeu d'hypothèses relatives à l'évolution à venir du nombre de logements et de certains phénomènes socio-démographiques, phénomènes dont l'évolution façonne la structure par âge et sexe. La réalisation de ces hypothèses est sujette à la mise en place de certaines actions par la Collectivité (voir introduction méthodologique précédente).

Dans ce cadre, si les hypothèses définissant le scénario central se confirment, le nombre d'habitants devrait augmenter, passant de 385 558 à près de 408 000 entre 2013 et 2028, soit une hausse annuelle moyenne de 0,4 %.

Si les hypothèses du scénario haut se confirment, caractérisées par une intensification de certains phénomènes socio-démographiques et une production accrue de logements, le nombre d'habitants devrait s'accroître de façon plus importante dépassant 418 000 habitants en 2028, soit une hausse annuelle moyenne de 0,5 % durant l'ensemble de la période étudiée.

Évolution du nombre d'habitants au sein du département entre 2013 et 2028 selon trois sénarios d'évolution



À l'inverse, si la réalité à venir en termes de fécondité, mortalité, migrations et production de logements se rapproche des hypothèses posées par le scénario bas, la population du département devrait connaître une croissance plus modérée de ses effectifs, de l'ordre de +0,2%/an d'ici à 2028 soit 11 700 habitants en plus en l'espace de 15 ans.

Quel que soit le scénario envisagé, le territoire devrait connaître un regain démographique dans les prochaines années notamment dû à la mise à disposition d'un certain nombre de logements et correspondant à une volonté de la Collectivité de relancer la croissance démographique via le renforcement de son attractivité.

Le solde naturel serait le principal moteur de la croissance démographique du territoire, accompagné d'un solde migratoire également positif mais de moindre intensité. Il est également rappelé que les évolutions présentées sont sujettes à la réalisation de phénomènes strictement démographiques (augmentation de l'espérance de vie, hausse éventuelle de la fécondité).

Vers une confirmation des phénomènes de gérontocroissance et de vieillissement de la population.

DÉFINITIONS

Géronto-croissance — Augmentation du nombre de personnes âgées dans une population.

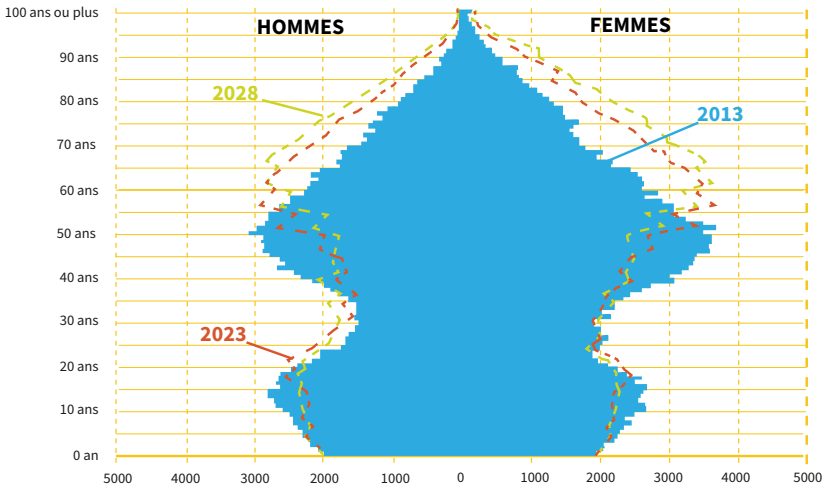
Vieillissement — Augmentation de la part des personnes âgées dans la population totale.

La comparaison de la pyramide des âges en 2013 avec celle de 2028 met en avant des évolutions différentes selon les groupes d'âges considérés

En deçà de 60 ans, les effectifs devraient globalement diminuer, comme l'indique la pyramide à la page suivante.

À l'inverse, passant de 89 083 à 125 004 personnes, la population âgée de 60 ans ou plus devrait s'accroître de 3,2% entre 2013 et 2028, confirmant le phénomène de gérontocroissance déjà observé ces dernières années. Cette hausse d'effectifs serait la plus importante observée au sein de la population.

Structure par âge et sexe de la population de la Martinique en 2013 et projection en 2023 et 2028 selon le scénario central



Source : RGP 2013, Eneis Conseil - Projections démographiques.

Évolution de la population à l'échelle départementale selon le groupe d'âge considéré entre 2013 et 2025

	Population totale	0-19 ans	20-59 ans	60-74 ans	75 ans ou plus	85 ans ou plus
Scénario haut	0,5 %	-0,3 %	-0,7 %	2,9 %	4,1 %	5,3 %
Scénario central	0,4 %	-0,6 %	-0,8 %	2,8 %	3,9 %	4,9 %
Scénario bas	0,2 %	-1,0 %	-0,9 %	2,7 %	3,6 %	4,4 %

Source : Projections démographiques.

Néanmoins, selon les classes d'âges considérées, les effectifs n'évolueraient pas de la même façon. En effet, les jeunes seniors (60-74 ans) devraient connaître une augmentation plus modérée (+3,9%/an) de leurs effectifs d'ici à 2028 que la population âgée de 75 ans ou plus durant la même période (+4,9%/an).

Passant de 23,1% à 35,0% la part des personnes âgées de 60 ans ou plus devrait augmenter de 11,9 points d'ici 2028 (selon le scénario central) confirmant ainsi également le vieillissement de la population déjà observé depuis quelques années à l'horizon 2028.

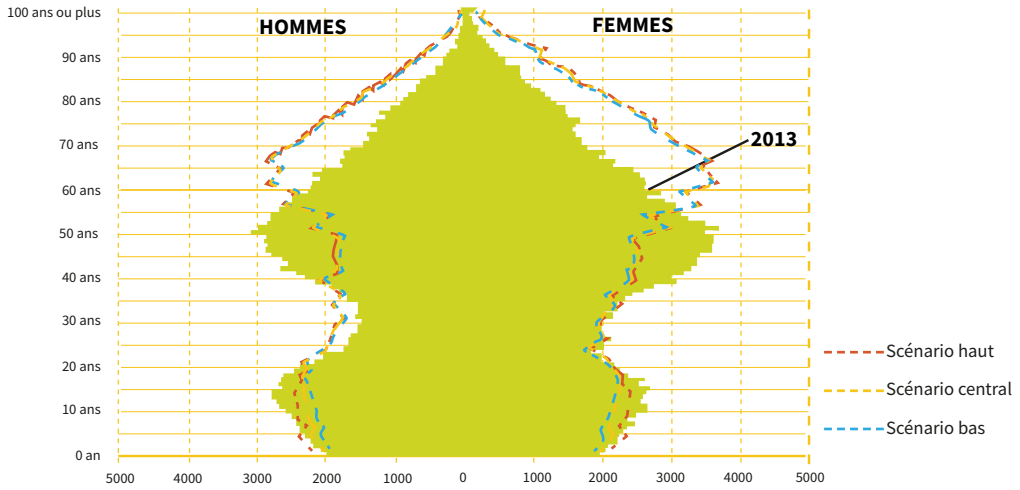
Le vieillissement de la population s'explique essentiellement par l'augmentation de l'espérance de vie et le départ d'une population jeune diminuant leur poids au sein de la population globale au profit des personnes âgées.

L'analyse des résultats pour les scénarios haut et bas à l'échelle départementale indique des évolutions proches exceptées pour les 0-5 ans, pour lesquels les différences entre les trois scénarios sont les plus marquées.

Au-delà de 60 ans, quelle que soit l'évolution de l'espérance de vie envisagée, la population âgée devrait connaître une hausse de ses effectifs.

L'indice de vieillesse devrait atteindre 128,8 pour le scénario bas contre 123,0 pour le scénario haut, suggérant ainsi que l'arrivée d'une population plus jeune via des migrations accentuées (hypothèse du scénario haut) aurait pour conséquence de ralentir le vieillissement démographique.

Structure par âge et sexe de la population de la Martinique en 2013
et projection en 2028 selon les trois scénarii réralisés



Source : RGP 2013, Eneis Conseil - Projections démographiques.

Les données Omphales (projections Insee 2010) confirment les analyses réalisées par ENEIS, notamment sur l'accélération du phénomène de géronto-croissance.

Selon ces données, seules les populations âgées d'au moins 60 ans connaissent une évolution à la hausse dans les années à venir :

- **pour les personnes de 60 à 79 ans**, une augmentation de 59 478 à 118 000 personnes en 2040 est attendue ;
- **pour les personnes de 80 ans et plus** : le passage de 14 673 à 52 000 personnes en 2040 est prévu.

Répartition de la population martiniquaise par grands groupes d'âges (Insee, Omphale, 201)	2007		2020		2030		2040		
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	
Moins de 20 ans	113 556	20,86	99 000	23,8	93 000	21,9	88 000	20,8	↘
20-59 ans	210 026	52,8	201 000	48,6	177 000	42,0	166 000	39,4	↘
60-79 ans	59 478	15,0	91 000	21,8	118 000	27,8	117 000	27,5	↗
80 ans et plus	14 673	3,7	24 000	5,8	35 000	8,2	52 000	12,2	↗
Ensemble	397 733	100	415 000	100	423 000	100	423 000	100	↗

II. DIAGNOSTIC DES BESOINS DU TERRITOIRE

La CTM a lancé les travaux pour l'élaboration de ce schéma en Juin 2016, par le biais d'une journée de mobilisation de l'ensemble des acteurs locaux concernés.

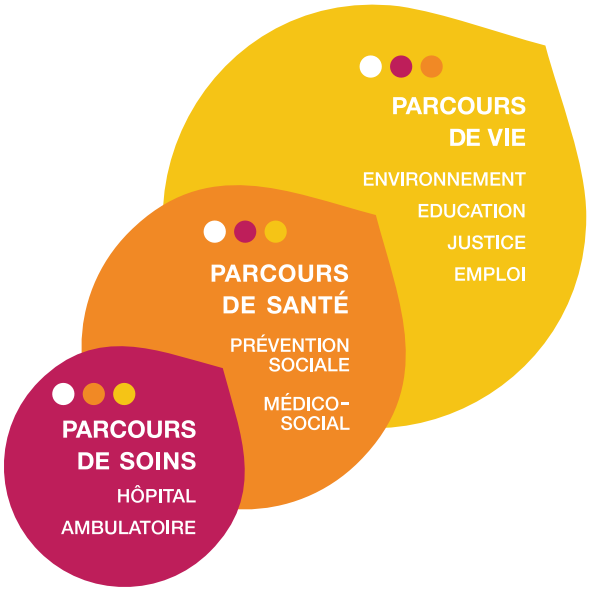
À travers leurs propositions, **6 thématiques** sont particulièrement ressorties, entraînant la création d'autant de groupes de travail. Il est à noter que la thématique « **accès à la vie sociale et professionnelle**» qui est apparue essentielle, suite aux premiers travaux, a été rajoutée..

1. **Prévenir le handicap et la perte d'autonomie**
2. **Soutenir la vie au domicile**
3. **Adapter, moderniser et diversifier l'offre d'accueil et d'hébergement**
4. **Coordonner les acteurs autour des parcours et favoriser l'accès à l'offre du territoire pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap**
5. **Favoriser l'accès à la vie sociale et professionnelle**
6. **Développer la filière économique du secteur de l'autonomie**

Dans leur travail de définition du nouveau schéma, les responsables locaux ont souhaité agir dans la continuité et ont donc décidé de continuer à s'appuyer sur ces groupes partenariaux, ce qui explique cette approche thématique du diagnostic.

Il faut également souligner qu'en phase avec l'actualité (lancement de la définition du 4e plan autisme notamment), la thématique de l'autisme a été prise en compte à travers les différentes réflexions, afin d'y apporter des réponses.

PARCOURS DE VIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP



La notion de **parcours** est au cœur de la conception des politiques de l'autonomie.
Le terme recouvre divers aspects, de la dimension sanitaire à l'aspect personnel d'un projet de vie. Aussi, trois parcours peuvent être distingués :

PARCOURS DE SOINS
consiste dans le recours aux soins de premiers recours, aux services hospitaliers des urgences, à l'hospitalisation à domicile, aux soins de suite et de réadaptation ou à une Unité de Soins de Longue Durée (USLD).

PARCOURS SANTÉ
consiste dans l'articulation des soins avec la prévention sociale, l'offre et l'accompagnement médico-social, les programmes et offres de maintien et retour à domicile.

PARCOURS DE VIE
réunit l'ensemble des actions destinées à rendre agréable l'environnement (scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement) se basant sur la coordination des acteurs.

1) Prévenir le handicap et la perte d'autonomie

ENJEU RÉGLEMENTAIRE : LA CONFÉRENCE DES FINANCEURS DE LA PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

La loi ASV met en place la Conférence des financeurs pour prévenir la perte d'autonomie. Le texte prévoit cette instance de coordination des financements visant à développer les politiques de prévention de la perte d'autonomie.

L'enjeu pour la CTM est dès lors de **définir sa ligne stratégique en matière de prévention de la perte d'autonomie.**

Les missions de la Conférence des financeurs sont les suivantes :

- **établir un diagnostic des besoins** des personnes âgées de 60 ans et plus résidant sur le territoire départemental ;
- **recenser les initiatives locales** ;
- **définir un programme coordonné de financement** des actions individuelles et collectives de prévention, en complément des prestations légales ou réglementaires.

Il ne s'agit pas d'un dispositif de mutualisation des financements mais un **lieu de coordination institutionnelle.**

Modalités de fonctionnement prévues par la loi

Composition :
Présidence : Président du Conseil Départemental
Vice-présidence : DG-ARS
Membres : Département, EPCI, ARS, Caisse de retraite, Caisse d'assurance maladie, ANAH...

Public cible : les personnes âgées de 60 ans et +

Périmètre : actions individuelles et collectives de prévention
- Accès aux équipements et aides techniques individuelles ;
- Forfait autonomie ;
- Prévention par les SAAD et les SPASAD ;
- Soutien aux proches aidants ;
- Actions collectives de prévention.

DÉFINITIONS

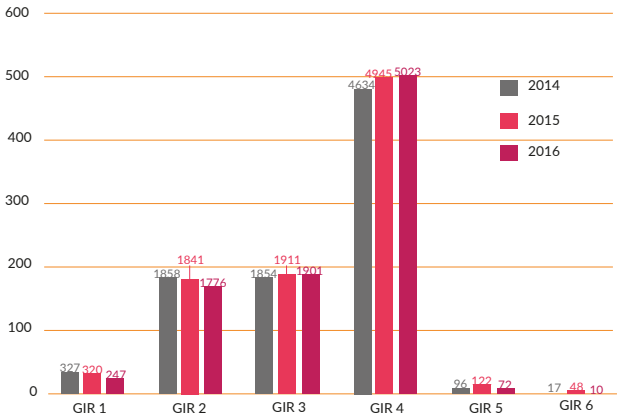
Dépendance — Incapacité pour une personne d'effectuer les gestes essentiels de la vie quotidienne.

Degré d'autonomie — Porte autant sur l'autonomie physique, (activités qu'une personne âgée peut effectuer seule comme se laver, s'habiller, se déplacer, etc.) que sur l'autonomie mentale (se situer dans le temps, savoir discuter et se comporter de façon cohérente).

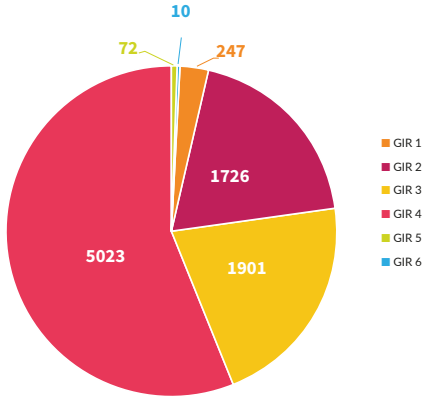
CONSTATS

En Martinique, 1 973 bénéficiaires de l'APA sont fortement dépendants (247 bénéficiaires en GIR 1 et 1 726 en GIR 2) : ils représentent 22 % des bénéficiaires de l'APA (données au 31/12/2016 - CTM).
Les **taux de dépendance des personnes âgées observés sont supérieurs à ceux observés en France métropolitaine**, quel que soit l'âge considéré.

Nombre de bénéficiaires de l'APA par GIR (2014-2016)



Répartition du nombre de bénéficiaires de l'APA par GIR (données au 31/12/2016)



Les **taux de dépendance augmentent fortement après 85 ans**. Une hausse du niveau de dépendance va s'observer : de 2007 à 2030, le nombre de personnes dépendantes âgées de 85 à 89 ans va doubler tandis que le nombre de personnes dépendantes de plus de 90 ans va tripler.

De plus, en Martinique en 2008, 73 000 personnes sont en situation de handicap, soit 18 % de la population. 6 % ont un handicap reconnu. Plus de la moitié d'entre elles sont âgées de 50 ans et plus et la dépendance croît avec l'âge[5].

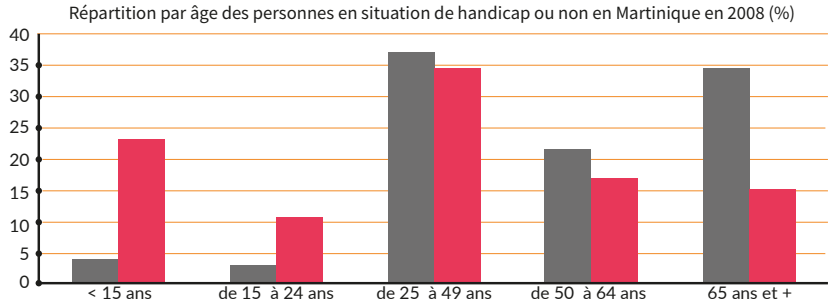
Taux de dépendance en Martinique et en France Métropolitaine

Unité %

Part des personnes dépendante dans la population totale	Martinique	France
60-69 ans	02,6	02,5
70-79 ans	07,3	06,6
80 - 89 ans	18,7	16,8
90 ans et plus	47,0	39,5

Source : Insee-Enquête Handicap Santé, Recensement de la population en 2007

Répartition par âge des personnes en situation de handicap ou non en Martinique en 2008 (%)



Lecture
36 %
des personnes en situation de handicap sont âgées de
25 à 39 ans

Source : Inseee, Enquête Handicap-santé, 2008

Répartition par de type de déficiences chez les séniors en situation de handicap (en %)

Déficiences	50 à 59 ans	60 à 74 ans	75 ans et plus	Ensemble
Vue	55,7	75,0	68,0	67,4
Mouvement	34,9	47,0	61,6	48,6
Psychologie	30,0	27,9	42,4	33,4
Ouïe	8,8	14,8	26,0	16,9
Parole	7,3	2,6	6,8	5,4
Autre	5,4	0,4	5,9	3,7

Source : Inseee, Enquête Handicap-santé, 2008

Lecture
68 %
des seniors de
75 ans ou +
déclarent des problèmes relatifs à la vue

Champ
personnes en situation de handicap âgées
75 ans ou +

[5]*INSEE, Enquête Handicap – Santé 2016*

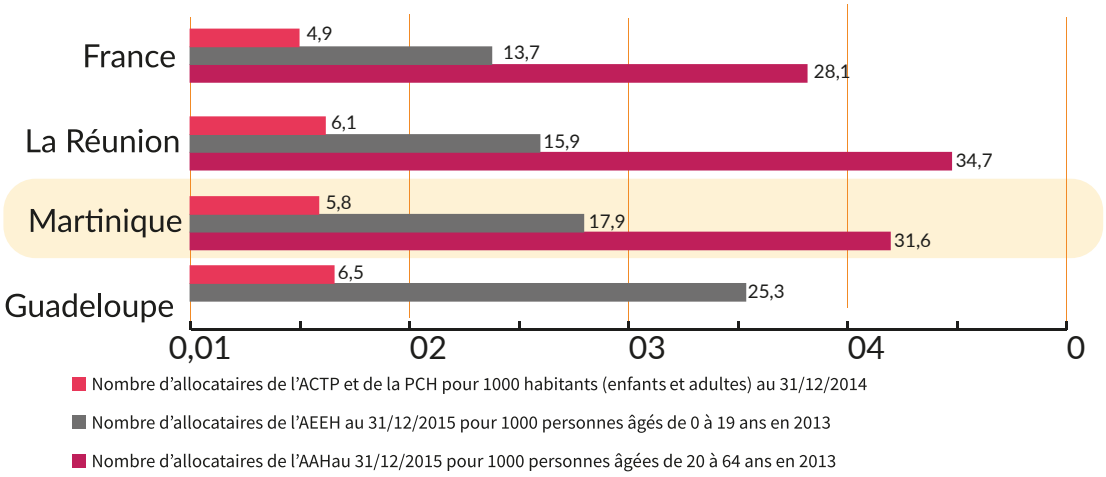
DÉFINITIONS

La prévalence du handicap croît avec l'âge

Un nombre de personnes en situation de handicap qui risque d'augmenter avec le vieillissement démographique et la persistance des maladies chroniques.

On compte 1 958 bénéficiaires de la PCH (enfants et adultes) au 31/12/2016, soit près de sept bénéficiaires pour 1 000 habitants (6 en 2014). Le taux d'allocataires de l'AAH et l'AEEH est supérieur à la moyenne nationale.

Taux d'allocataire AAH, AEEH et ACTP-PCH



Source : STATISS, 2016

LES POINTS CLÉS À RETENIR

La Martinique est un **territoire vieillissant** connaissant une **progression de la dépendance.**

Le **handicap identifié**[7] en Martinique concerne **13 % des personnes en situation de handicap** :

- identifié uniquement : 7,1 %
- reconnu et identifié : 0,8 %
- ressenti et identifié : 2,9 %
- ressenti, reconnu et identifié : 3,3 %

Sa population est **potentiellement plus exposée à la survenance d'un handicap ou d'une incapacité** (18,2 % de la population en situation de handicap, soit 73 000 Martiniquais[6]).

Le handicap reconnu et ressenti concerne quant à lui :

- reconnu uniquement : 2,4 %
- reconnu et ressenti : 0,7 %
- ressenti uniquement : 2,1 %

Une **augmentation des handicaps est observée avec l'âge** → **57,5 %** des personnes souffrant de handicap ont plus de 60 ans, soit 42 000 personnes[8]

[6] *Enquête INSEE 2008*
[7] *Handicap ressenti : fait de se sentir handicapé et de se déclarer comme tel / Handicap identifié : impossibilité à effectuer une tâche courante*
Handicap reconnu : reconnaissance administrative du handicap
[8] *Enquête INSEE 2008*

DIAGNOSTIC DE L'OFFRE

Forces, faiblesses et pistes de réflexion

POINTS POSITIFS

De nombreuses actions dédiées à la prévention de la perte d'autonomie sont réalisées en Martinique. Elles sont financées ou portées par :

- **la CGSS dans le cadre de l'appel à projet «Bien vieillir en Martinique»** (avec en 2017, un appel à projet s'articulant autour de 3 axes : Informer et conseiller - Développer les actions collectives de prévention - Accompagner les retraités fragilisés) ;
- **l'Agence Régionale de Santé**, au titre de la prévention et dans le cadre de l'Animation territoriale via les CLS ;
- le dispositif **PAERPA** : une dizaine d'ateliers mis en place par les mondes associatifs et les hôpitaux sur divers sujets : obésité, Parkinson, nutrition, mémoire, prévention des chutes… (sur les communes du Lamentin, La Trinité, Fort-de-France, Robert, Sainte Marie, de Schœlcher) ;
- des **CCAS mobilisés** et qui proposent des ateliers de sensibilisation et de prévention (chutes, nutrition, mémoire, Parkinson...) ;
- les **ateliers santé ville** à Sainte-Marie, Schœlcher, Fort-de-France et au Lamentin ;
- l'association Saint-Vincent-de-Paul qui met en place le **dispositif MONALISA** ;

Plusieurs dispositifs et outils existants pourraient appuyer le renforcement du dépistage précoce du handicap notamment :

- un CAMSP (au CHU) d'une capacité de 170 places (dont 80 places autorisées en 2014 mais non installées à ce jour),
- le réseau périnatalité (réseau de santé Périnat Matnik),
- un centre périnatal de proximité et le réseau des PMI.

AXES DE RÉFLEXION ET D'AMÉLIORATION

La coordination et le travail partenarial sont à consolider pour assurer une meilleure couverture territoriale par :

- **une articulation est à prévoir avec l'ARS et la Stratégie de santé pour les Outre-Mer** pour mettre en cohérence les stratégies des pouvoirs publics pour le dépistage précoce des handicaps.,
- **des actions de repérage et de prévention** de la fragilité chez les sujets âgés sont à favoriser en relation avec la Conférence des financeurs,
- la poursuite d'organisation de journées et colloques pluri-thématiques mobilisant les professionnels par territoire sur la problématique de la perte d'autonomie permettant d'**impliquer et sensibiliser les acteurs peu ou pas impliqués**,
- **le renforcement du dépistage précoce,** et notamment scolaire**.**

LES ENJEUX ET QUESTIONNEMENTS DANS LE CADRE DE CE NOUVEAU SCHÉMA

- **Le travail de la Conférence des financeurs pour coordonner et arbitrer le financement des actions**
    - Quelle feuille de route pour cette instance ?
    - Comment, à travers cette conférence, favoriser une plus grande articulation des financeurs des actions de prévention (mise en cohérence des priorités de chacun, cofinancements, articulation des appels à projets…) ?
- **L'articulation des plans de prévention de la perte d'autonomie pour réduire les inégalités sociales et territoriales**
    - Quelles thématiques doivent aujourd'hui être mieux prises en compte (secteurs personnes âgées et personnes handicapées) ?
    - Quelle coordination mettre en place avec l'Agence régionale de santé ?
    - Par quels leviers élargir les publics touchés par les actions de prévention ?
    - Comment augmenter la visibilité des actions proposées ?
    - Comment poursuivre le travail sur la qualité d'accompagnement et la prévention de la perte d'autonomie à domicile (outils de repérage, circuits de signalement, comités d'éthiques en établissement…) ?
- **Le repérage des personnes isolées / vulnérables**
    - Comment améliorer les remontées d'information et les outils permettant de repérer les fragilités ?
    - Quelle grille de repérage commune aux différents acteurs ?
    - Quels axes stratégiques de formations proposer aux professionnels ?

2) Soutenir la vie au domicile

ENJEUX RÉGLEMENTAIRES : SOUTIEN À DOMICILE ET DROIT AU RÉPIT

La loi ASV implique des évolutions en matière de soutien à domicile et en particulier :

- **la revalorisation des plafonds mensuels de l'APA et la réduction du reste à charge ;**
- **la grille AGGIR complétée par une évaluation multidimensionnelle** des besoins du demandeur et de son/ses aidant(s) ;
- **un régime unique d'autorisation des SAAD**, par les Conseils départementaux.

L'enjeu pour la CTM est **d'assurer la structuration du secteur de l'aide à domicile et accompagner les services désormais sous son autorité**.

La loi ASV apporte également des évolutions en matière de soutien aux aidants, en **fixant les principes du «droit au répit»**.

JUSQU'AU 31 DECEMBRE 2015

POUR LES MÊMES ACTIVITÉS D'ASSISTANCE AUX PERSONNES ÂGÉES ET HANDICAPÉES :

Un **régime d'autorisation** par le Président du Conseil départemental.
- 15 ans
- Evaluations interne/externe

OU

Un **régime d'agrément** par la DIECCTE
- 5 ans
- Cahier des charges national
- Evaluation externe

DEPUIS LE 1ER JANVIER 2016

POUR LES ACTIVITÉS D'ASSISTANCE AUX PERSONNES ÂGÉES ET HANDICAPÉES :

Un **régime d'autorisation unique** par le Président du Conseil départemental.
- 15 ans
- Evaluations interne/externe
- Respect d'un cahier des charges national
- Pas d'obligation de tarification pour les services qui ne font pas d'intervention chez les bénéficiaires de l'aide ménagère
- Procédure d'appels à projets (à partir de 2022)

En effet, les proches aidants font figure de nouvelles cibles des interventions des Conseils départementaux : «Le département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées et de **leurs proches aidants** (…)». (Article L113-2 du CASF, modifié par la loi ASV).

Les aidants de bénéficiaires de l'APA pourront bénéficier **d'une aide financière dédiée** – 500 € par an et par personne aidée - **pour des dispositifs de répit**.

L'articulation et la **diversification de l'offre de service et d'accompagnement des aidants** se mettent en œuvre par la mise en place d'une stratégie commune dans le cadre de la Conférence des financeurs, l'extension des possibilités de co-financement dans le cadre la section IV du budget de la CNSA et l'expérimentation de services de relais à domicile.

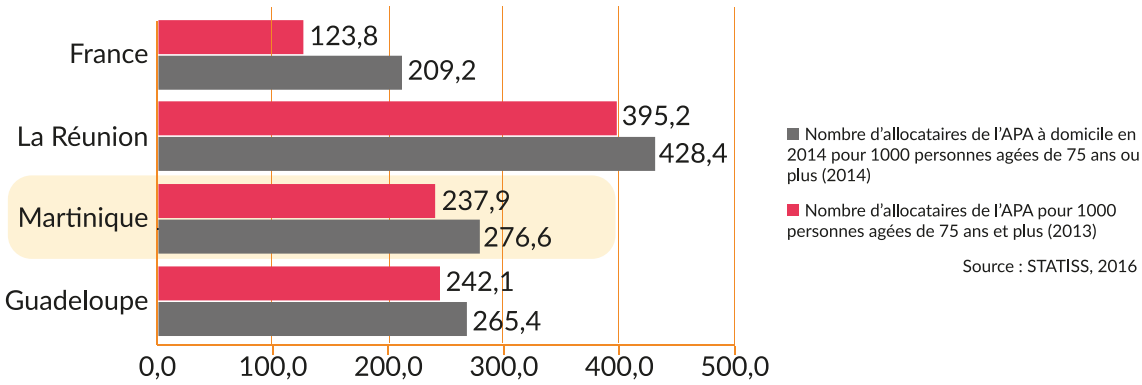
De plus, les proches-aidants sont pris en compte dans le nouveau **référentiel d'évaluation de l'APA**.

Le développement des **dispositifs de répit et de soutien aux aidants pour prévenir leur épuisement et améliorer la qualité de vie au domicile** constitue dès lors un enjeu pour la CTM.

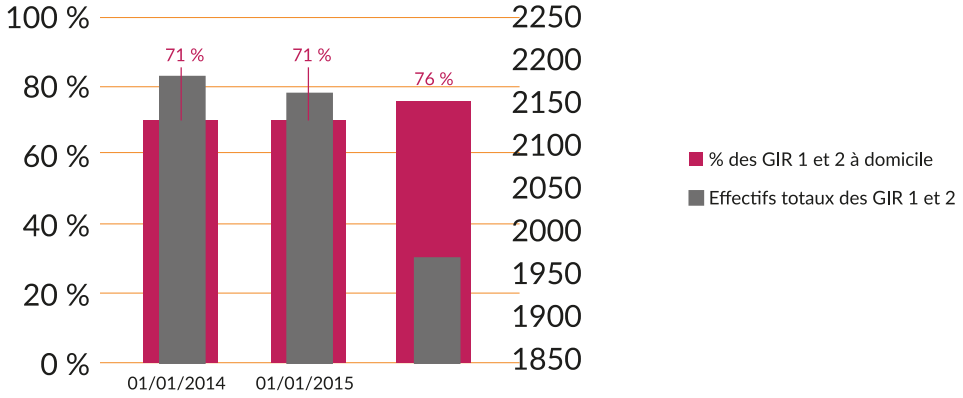
CONSTATS

On dénombre **278 bénéficiaires de l'APA pour 1 000 Martiniquais** âgés de 75 ans et plus, contre 209 au niveau national. **86 % des allocataires de l'APA sont allocataires de l'APA à domicile. 20,5 % des bénéficiaires de l'APA à domicile sont fortement dépendants.**

Si le nombre de bénéficiaires de l'APA fortement dépendants est en diminution, **une hausse de la part des GIR 1 et 2 vivant à domicile** s'observe néanmoins.

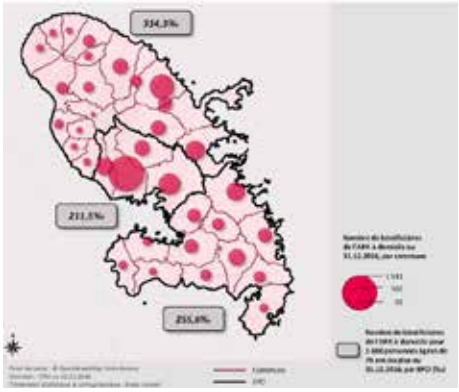


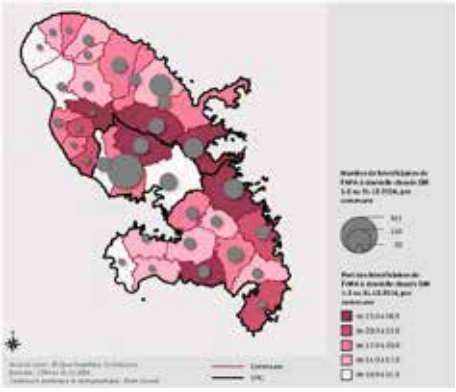
Pour 1 000 personnes âgées, **314 sont bénéficiaires de l'APA à domicile sur la Communauté d'Agglomération du Pays Nord**, **CAP NORD,** contre 238 sur l'ensemble de l'île et 124 au niveau national.



Les **bénéficiaires fortement dépendants** (GIR 1 et 2) sont présents en plus grand nombre dans les **communes de la côte Atlantique de CAP NORD et de la CAESM, ainsi qu'à Saint Joseph, Sainte Luce et Fonds-Saint-Denis[9].**

Des **solidarités familiales** jouent, facilitant le soutien à domicile. **La plupart des personnes âgées de 80 ans et plus ne vivent pas seules** à domicile mais en ménage avec un / plusieurs aidant/s potentiel/s.





Cependant, des acteurs identifient des situations de grande vulnérabilité avec des personnes âgées potentiellement très isolées et ayant de faibles niveaux de ressources.

La présence d'une aide professionnelle ne se substitue pas au soutien familial. D'après l'enquête «Handicap» réalisée par l'INSEE en 2008 :

84 % des personnes âgées de 80 ans et plus sont propriétaires de leur logement et 86 % vivent dans une maison.

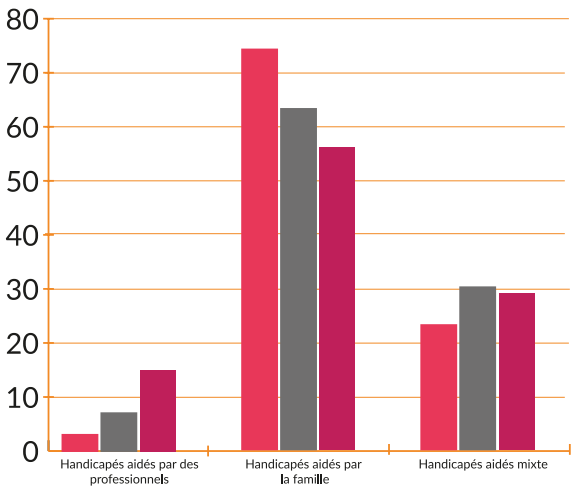
42 % des personnes handicapées sont aidées. **(30 900 personnes)**

74 % sont aidées par leur famille. **(55 % en France hexagonale)**

3 % bénéficient d'une aide professionnelle.

23 % bénéficient d'une aide d'une aide mixte.

[9]*Données à prendre avec précaution considérant le nombre très élevé de bénéficiaires pour lequel le GIR n'est pas renseigné*



Lecture

74 %

des familles aident les personnes en situation de handicap en Martinique

Champ

les personnes en situation de handicap aidées

Source : INSEE, enquête Handicap-santé, 2008

20 % des personnes en situation de handicap déclarent avoir des difficultés pour accéder aux pièces de leur logement et 18 % pour accéder à leur entrée d'immeuble[10].

	Population des ménages âgés de 80 ans ou plus vivant seule en 2013	Part de la population des ménages âgés de 80 ans ou plus vivant seule en 2013
Guadeloupe	**6 751**	**42,3 %**
Martinique	**6 630**	**37,9 %**
La Réunion	**5 373**	**32,9 %**
France	**1 582 934**	**49,0 %**

LES POINTS CLÉS À RETENIR

Une **progression de la part des personnes âgées bénéficiaires de l'APA avec de forts niveaux de dépendance à domicile** s'observe en Martinique.

Les **publics bénéficiaires de l'APA vivent majoritairement à domicile** (86%) et connaîtront des **besoins de prise en charge croissants.**

Le **logement n'est pas toujours adapté à la dépendance ou au handicap.**

38 % des Martiniquais âgés de 80 ans et plus vivent seuls : 41 % sur la CACEM, contre 49 % au niveau national.

Un **tiers des personnes en situation de handicap est limité dans ses activités quotidiennes.**

Les **personnes âgées et en situation de handicap restent entourées** : les proches aidants sont potentiellement nombreux, notamment auprès de personnes très dépendantes, et qui vieillissent avec leurs aidés

La **solidarité familiale tend à s'effriter** avec l'évolution des modes de vie, les migrations professionnelles et un accroissement des cohabitations intergénérationnelles subies.

[10]*Source : Insee, septembre 2016, enquête 2008*

PROSPECTIVE

Une augmentation attendue du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile en GIR 1 et 2 est attendue : ils représenteront au moins 300 personnes supplémentaires d'ici 2023 (+ 25%)[11].

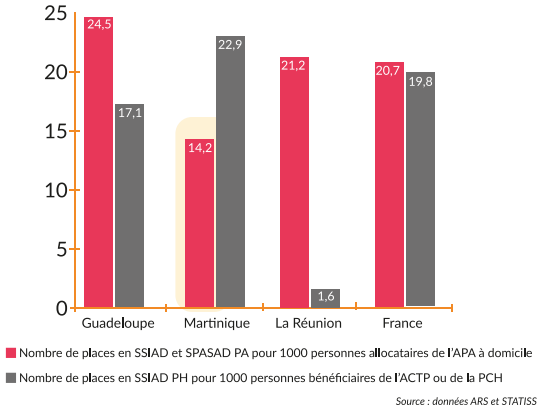
	2017	Scénario optimiste		Scénario intermédiaire		Scénario pessimiste	
		01.01.2023	01.01.2028	01.01.2023	01.01.2028	01.012023	01.01.2028
GIR 1-2	1 503	1 884	2 090	1 884	2 090	2 329	2 865
GIR 3-4	6 638	8 000	8 662	10 550	13 034	10 106	12 259
TOTAL	**8 141**	**9 884**	**10 752**	**12 434**	**15 124**	**12 435**	**15 124**

Source : Eneis Conseil, projections démographiques scénario central & projections de personnes dépendantes

DIAGNOSTIC DE L'OFFRE

Un taux d'équipement en services de soins infirmiers à domicile à renforcer pour les personnes âgées

Avec 51 places autorisées (toutes installées), l**e nombre de places offertes par les services de soins infirmiers à domicile pour adultes handicapés est le plus élevé des territoires comparés** et représente 45,9 % de l'offre présente dans la région Antilles-Guyane.



À l'inverse, **le taux d'équipement de places en SSIAD ou SPASAD pour personnes âgées est le plus bas** de l'échantillon de comparaison – ce qui **peut être partiellement compensé par l'offre libérale** (densité d'infirmiers libéraux importante).

	Nombre d'infirmiers au 01/01/2016	Nombre d'infirmiers libéraux (01/01/2016) pour 100 000 habitants (2013)
Guadeloupe	1 680	418
Martinique	**1 503**	**390**
La Réunion	2 142	256
France	116 869	178

[11] *Cf. annexe du document pour des éléments plus détaillés de prospective*

Tous les territoires de proximité (à l'exception du Nord Caraïbe) disposent de **places en SSIAD à la fois pour personnes âgées et pour personnes en situation de handicap.**

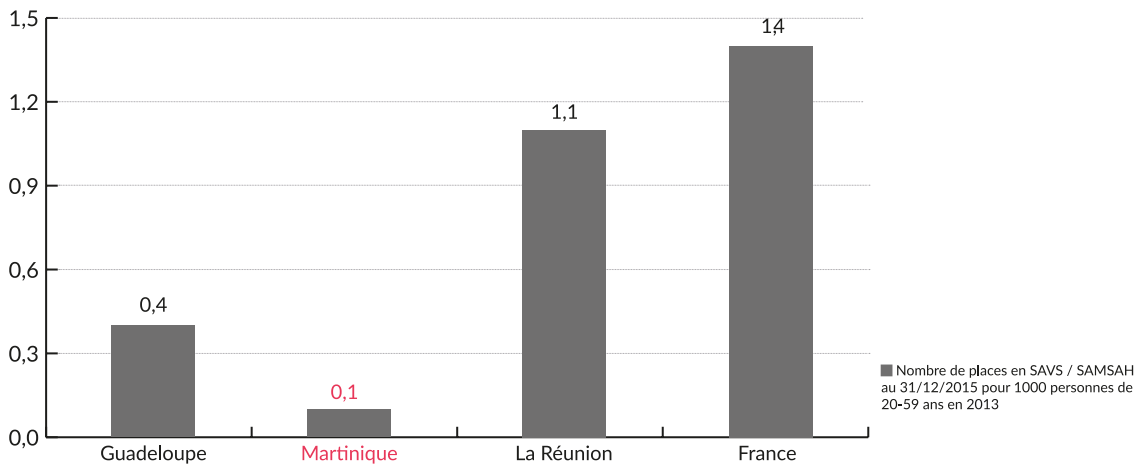
SSIAD pour personnes âgées et personnes handicapées - Capacité globale

Source : ARS

Zones et communes	Nom du service	Capacité autorisée		Capacité installée		Places autorisées par zone
		PA	PH	PA	PH	PA/PH
Lorrain	Aproquavie	30	20	30	20	
Sainte Marie	Volonterre	46	0	46	0	
Trinité	ASADEC	40	0	40	0	
NORD ATLANTIQUE		**116**	**20**	**116**	**20**	**136**
Morne Rouge	Montjoly	40	0	40	0	
NORD CARAIBE		**40**	**0**	**40**	**0**	**40**
Fort de France	ASAMAD	70	16	70	16	
Fort de France	Croix Rouge	54	0	54	0	
Lamentin	OMASS	39	0	30	0	
CENTRE		**163**	**19**	**154**	**16**	**179**
Sainte Luce	ASSCAM	34	0	34	0	
Saint Esprit	CH Saint Esprit	35	5	35	5	
François	ASAAD	30	10	30	10	
Marin	ADARPA	39	0	39	0	
SUD		**138**	**15**	**138**	**15**	**153**
TOTAL	**11**	**457**	**51**	**448**	**51**	**508**

Des services de maintien en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap à développer fortement.

Le taux d'équipement en SAVS et SAMSAH est très insuffisant et à développer en faveur des adultes en situation de handicap. **La Martinique compte un seul SAMSAH** (25 places pour personnes cérébrolésées ou avec troubles cognitifs) géré par l'association AARPHA (Association d'Aide à la Réinsertion des Personnes Handicapées suite à des Accidents). Elle ne compte aucun SAVS. Les missions des SAVS tendraient parfois à glisser sur le SAMSAH.



Par ailleurs, le territoire compte **deux Groupes d'entraide mutuelle** (GEM) pour personnes handicapées psychiques.

GEM Centre Schœlcher — Association Klarté

GEM Nord Atlantique Trinité — Equinoxe

En ce qui concerne les enfants en situation de handicap, on recense **6 SESSAD pour un total de 414 places**. Par ailleurs, il existe **3 CMPP** (pour un total de 25 000 séances en 2016), ouverts à tous (sans notification MDPH) ainsi qu'**un CAMSP**, situé au CHUM, de 250 places autorisées mais seulement 170 installées.

Dénomination sociale de la structure	Localisation géographique	Association gestionnaire	Public accueilli	Capacité installé / financé
SESSAD «LES FLAMBOYANTS»	Fort-de-France (centre)	ADAPEI	Polyhandicap	22
SESSAD	Sainte-Marie (Nord Atlantique)		Autiste	34
SESSAD ALIZÉS	Antennes : Lamentin, Robert, Marin	ASSISE	DI 130 Autiste 35	165
SESSAD ALOES	Antennes : Lamentin, Ducos, Saint-Joseph, Rivière-Pilote	GCMPIH	DI*	81
SESSAD LA MYRIAM	Lamentin (Centre)	La MYRIAM	Troubles du comportement	20
SESSAD AMEDAV	Schœlcher (Nord Caraïbe)	AMEDAV	DA-DV	92
			TOTAL SESSAD	**414**
CMPP LA RENCONTRE	Fort-de-France (centre)	ACMP	DI	7 749
CMPP MAS CARISTAN	Fort-de-France (centre)		DI	7 200
CMPP INTER-SECTORIEL ALOES	Antennes : Lamentin, Ducos, Saint-Joseph, Rivière-Pilote, Schœlcher	GCMPIH	DI	9 918
			TOTAL CPMM 5séances)	**24 867**

*DI : Déficients Intellectuels

Un secteur des services à domicile à structurer suite à la loi ASV

38 services d'aide à domicile désormais sous l'autorité de la CTM doivent se conformer au cahier des charges national.

2 680 bénéficiaires de l'APA recourent à un service en mode prestataire en 2016 : une grande majorité (5 460 bénéficiaires) recourt à un intervenant en gré à gré (emploi direct). Ce recours massif qui pourrait s'expliquer par l'absence d'offre de service (la part des bénéficiaires de l'APA faisant appel à un service prestataire est plus élevée sur les communes de taille importante notamment celles de la CACEM).

1 SAAD habilité par la CTM

37 SAP
468 ETP
802 586 heures réalisées

Prestataire
361 ETP
622 272 heures réalisées

Mandataire
107 ETP
180 314 heures réalisées

Des dispositifs de répit diversifiés et en développement mais qui ne parviennent pas toujours à toucher leurs cibles.

Un **développement des dispositifs temporaires et de répit est observé ces dernières années :**

- 6 nouveaux accueils de jour autonomes ont été autorisés depuis 2012, avec au total :
  - Autorisation conjointe CTM/ARS :
    - **4 Centres d'accueil de jour autonomes pour personnes âgées dépendantes** (12 places par CAJ) réparties sur le territoire et portés exclusivement par le secteur privé associatif.
    - 12 places sont à installer sur le Centre (Fort de France)

  - Autorisation exclusive ARS :
    - **2 CAJ pour personnes en situation de handicap :**
      - CAJ du Lamentin (Adapei) pour autistes et personnes avec TED, avec 12 places installées.
      - CAJ de Morne-Rouge (Aproquavie) pour tous types de handicap avec 15 places installées (30 autorisées).
    - **Une expérimentation** d'un dispositif de week-end de répit, couplée à une action de « baluchonnage » a été lancée.
    - En 2013, **une plateforme de répit des aidants familiaux** a été créée. Elle propose :
    - des formations, des conférences, de la documentation
    - une écoute et un soutien psychologique
    - une information sur l'offre existante
- Les interventions de **l'Association Martiniquaise des Aidants Familiaux** se sont développées (ex : création d'un réseau de proximité de l'aidant).
- Des actions de soutien aux aidants proposées par différents acteurs institutionnels ou associatifs, comme par exemple :
    - France Alzheimer propose ateliers et formations en adéquation avec les besoins
    - les «week-end poz »
    - ou encore les ateliers mensuels de la CGSS

Une offre d'hébergement temporaire et d'accueil de jour est présente au sein des structures existantes mais des perspectives de développement sont à envisager.

72 places
d'accueil de jour et d'hébergement temporaire (HT) pour personnes en situation de handicap au sein d'établissement

- **10 places d'AJ et 7 places d'HT en FAM**
- **40 places d'AJ en foyers de vie**
- **15 places d'AJ en MAS**

52 places
d'AJ/HT en EHPAD

- **24 places d'AJ et 28 places d'HT en EHPAD**

Ces dispositifs ne sont pas nécessairement perçus comme une offre de répit pour les aidants. Ils apparaissent confrontés à des problèmes similaires qu'en métropole : faible taux d'occupation, détournement d'usage (l'hébergement temporaire est utilisé comme solution d'urgence).

L'accès à l'hébergement temporaire, en EHPAD notamment, pourrait être fluidifié : un travail est à poursuivre pour s'appuyer sur l'HT et l'AJ comme leviers d'ouverture des EHPAD vers l'extérieur (changement de l'image des EHPAD, intégration de l'EHPAD comme une étape du parcours résidentiel…).

L'articulation entre l'accueil de jour, l'hébergement temporaire et les services intervenant en soutien à domicile (SSIAD, SAAD, SAMSAH) est à renforcer.

Forces, faiblesses et pistes de réflexion

POINTS POSITIFS

Le territoire rattrape son retard en matière d'offre de services en milieu ordinaire à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, au travers notamment :

- d'une augmentation des places en SSIAD (en 2017 : 448 places installées pour les personnes âgées ; 51 pour les adultes handicapés) ;
- d'une augmentation de places en SESSAD (273 en 2010 ; 414 en 2017) et en SAMSAH ;
- de la création de 8 SPASAD Intégrés dans le cadre d'une expérimentation de deux ans.

Une offre de soutien aux aidants est en développement à travers :

- une offre d'accompagnement et de répit (plateforme de soutien et de répit à Fort-de-France)
- un réseau de proximité des aidants mis en place par l'Association des aidants familiaux (écoute, formation…) ;
- le développement de l'offre en CAJ ;
- le financement du répit dans le cadre de l'APA…

Des initiatives visent de plus à lutter contre l'isolement

- Par exemple, la plateforme d'écoute téléphonique «Lutte contre l'isolement» créée en 2015 à Schœlcher.

Un comité de coordination autour de l'habitat a été mis en place par la CGSS et mobilise la CTM, l'ARS et le réseau handicap pour accompagner les adaptations du logement lors du retour à domicile.

AXES DE RÉFLEXION ET D'AMÉLIORATION

Le secteur reste à structurer et à déployer sur le territoire (pour les bénéficiaires de l'APA un recours encore très important au gré à gré (67 % des bénéficiaires de l'APA recourent à un service d'aide en gré à gré, 33 % via un service prestataire)), notamment face à un enjeu de montée en compétences des intervenants (formations continues, VAE…)

Le nombre de places en SSIAD pour personnes âgées, en SAVS et SAMSAH est encore très insuffisant : cette offre doit continuer d'être renforcée au regard des besoins qui iront probablement croissants.

Une nouvelle population émerge (enfants souffrant de troubles envahissants du comportement par exemple) : une offre de places en CAMSP en particulier pour les 0-3 ans et en SESSAD est à renforcer.

Des interventions en faveur de l'**adaptation du domicile à la dépendance** à développer, en veillant à proposer une communication adaptée (beaucoup de public cible illettré, créolophone, …)

L'offre de répit est encore faible au regard des besoins potentiels et nécessite

- un besoin d'évaluation et renforcement de l'encadrement du répit (médical, économique et clinique ; encadrer les pratiques (baluchonnage sauvage ?) et de formation des professionnels,
- une offre autour du répit pour les aidants de personnes en situation de handicap peu connue et donc une communication à renforcer,
- des freins à l'accès à l'offre de répit à lever, notamment des freins financiers (dispositions en faveur de la solvabilisation des aidants prévues par la loi ASV).

LES ENJEUX ET QUESTIONNEMENTS DANS LE CADRE DE CE NOUVEAU SCHÉMA

La structuration et le développement de l'offre de soutien à domicile et l'articulation des interventions.

- Comment organiser des réponses de qualité pour les personnes à très fort niveau de dépendance au domicile ? Comment améliorer les articulations entre services intervenant au domicile autour de ces personnes, en particulier entre SAAD et services de soins ?
- Comment accompagner la modernisation des services à domicile ? Comment accompagner les services d'aide à domicile autorisés vers plus de qualité (respect du cahier des charges national), tout en assurant une couverture équitable du territoire et un reste à charge maîtrisé pour l'usager ?
- Comment sécuriser les articulations entre les différents intervenants à domicile (SAAD, SSIAD – infirmiers libéraux, SAMSAH,) ? Quelles opportunités de développement d'une offre de SPASAD ?
- Comment renforcer l'offre d'accompagnement et de soutien en milieu ouvert pour les enfants et adultes en situation de handicap ? (Développement d'une offre de SAVS ? SESSAD ?)

Le renforcement de l'offre de soutien aux aidants non professionnels.

- Comment anticiper la mise en œuvre des dispositions de la loi ASV sur la solvabilisation des aidants (aide financière) ?
- Comment mieux articuler l'action des différents financeurs et mettre en cohérence les actions portées sur le territoire ?
- Comment assurer une plus grande lisibilité / visibilité de l'offre disponible pour répondre aux différents besoins des aidants ?
- Comment mettre en place et suivre l'application de l'article 2 de la Charte Romain Jacob (« Valoriser l'accompagnement ») ?
- Quelles solutions nouvelles ou innovantes pour renforcer l'offre de répit existante ? (Service / accueil de nuit ? Café des aidants couplés à des activités occupationnelles pour les aidés ? ...)

L'adaptation du logement et les TIC comme leviers du maintien à domicile.

- Comment mieux mettre en lien l'offre existante et la demande de logements adaptés ?
- Comment anticiper davantage la question de l'adaptation du logement de la personne ? Comment limiter les freins financiers rencontrés par les personnes ? Quelle mobilisation des bailleurs ?

3) Adapter, moderniser et diversifier l'offre d'accueil et d'hébergement

ENJEUX RÉGLEMENTAIRES : L'OFFRE D'HÉBERGEMENT ET LE DÉVELOPPEMENT DES CPOM

La loi ASV apporte des évolutions en matière d'offre d'hébergement, à savoir :

• **la sécurisation du développement de l'offre de résidences-services** avec une volonté de mieux maîtriser et rendre plus transparentes les charges pour les résidents.

• **la clarification des règles relatives aux tarifs d'hébergement en EHPAD** qui passe pour les établissements non habilités à l'aide sociale, par la normalisation de la tarification relative à l'hébergement et la définition des prestations sociales couvertes par les tarifs, par la transmission d'informations tarifaires des hébergements vers la CNSA et par la mise à la disposition du grand public via un portail internet ainsi que par la réforme des appels à projets.

À noter

Si la loi ASV prévoit un développement des logements-foyers rebaptisés « résidences autonomie», les dispositions du CASF sur les résidences autonomie ne s'appliquent pas dans les DOM et les Collectivités d'Outre-Mer.

La loi ASV prévoit également **l'instauration des CPOM**[12] pour les établissements et services médico-sociaux du champ de l'autonomie, qui sont des contrats définissant des objectifs en matière d'activité, de qualité de prise en charge, d'accompagnement et d'intervention. L'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 et l'article 89 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 ont rendu **obligatoire la signature d'un CPOM pour tous les établissements et services médico-sociaux du champ de l'autonomie** (hormis les structures expérimentales), qu'ils relèvent de la compétence tarifaire exclusive du directeur général de l'ARS ou conjointe avec le président du conseil départemental. Il est prévu **une période de 6 ans à compter du 1er janvier 2016 pour conclure l'ensemble des CPOM**.

Dès lors, l'enjeu pour la CTM est **d'anticiper le développement des CPOM en définissant une stratégie de réponse aux besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.**

DIAGNOSTIC DE L'OFFRE

Une offre médicalisée pour personnes âgées dépendantes nettement inférieure à la moyenne nationale, avec des taux de couverture plus faibles sur la communauté d'agglomération du Pays Nord Martinique

Avec plus de 600 places d'EHPAD créées depuis 2012, le taux d'équipement s'est amélioré, mais le plan de rattrapage, qui prévoyait la création de 1 000 places, n'a pas encore été entièrement réalisé. On compte **46,9 places en EHPAD et USLD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus en Martinique, contre 103,8 au niveau national** *(1 407 places en EHPAD installées)*.

La CACEM est nettement mieux dotée en places d'accueil médicalisé, avec 60,8 places pour 1 000 personnes âgées, contre 30,2 places sur CAP NORD. L'île compte 140 places installées d'USLD, mais concentrées au centre, et 48 places en Centre d'Accueil de Jour réparties sur les 3 EPCI.

[12] *CPOM : Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens*

Comme évoqué précédemment, il existe **un nombre relativement faible de places en accueil temporaire** (Hébergement Temporaire et Accueil de Jour), soit :

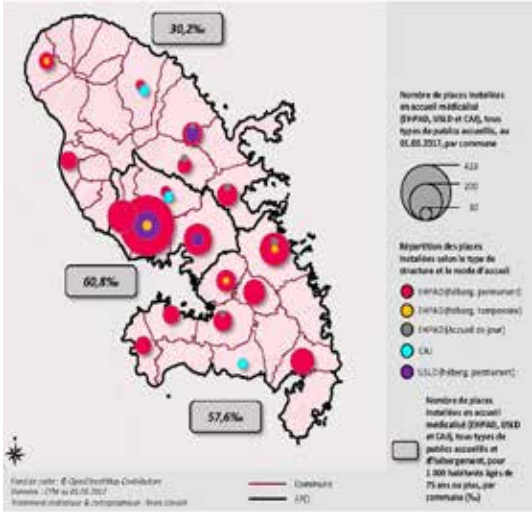
0,3

places en AJ / EHPAD

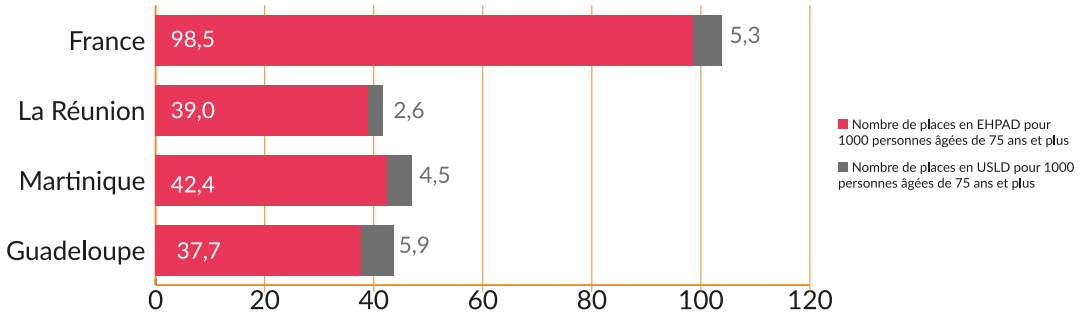
1,1

places en HT pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus

Soit nettement moins que les moyennes nationales (1,8 ‰ en AJ et 21,8 ‰ en HT).

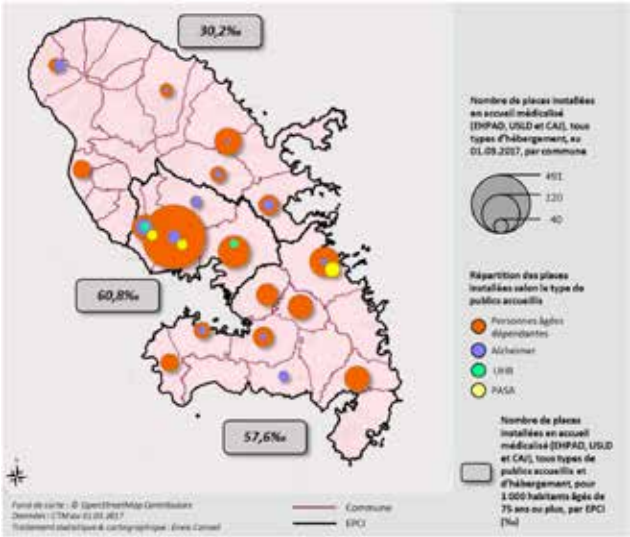


Une offre de places pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et les personnes âgées dépendantes relativement bien répartie sur le territoire.

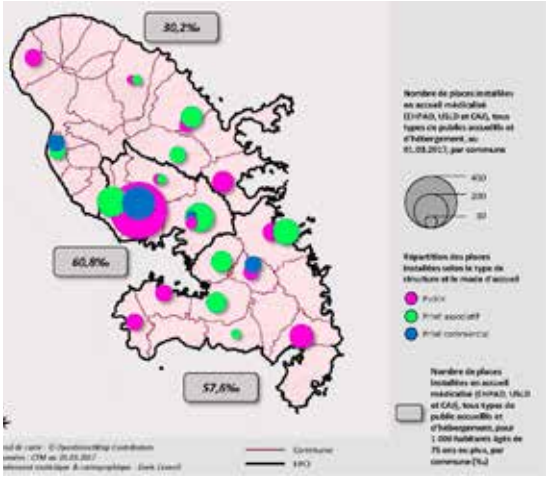


Sur l'ensemble de l'île, on compte 1 609 places en accueil médicalisé, dont 138 places Alzheimer, 26 places en UHR (Unité d'hébergement renforcé) et 56 places PASA (pôle d'activités et de soins adaptés). Depuis 2012, 4 PASA et 2 UHR ont été mis en place.

Les places PASA et UHR sont concentrées sur la CACEM et sur la commune du François, tandis que les places Alzheimer et Personnes âgées dépendantes sont mieux réparties sur le territoire, avec toutefois des zones blanches notamment dans le Nord.

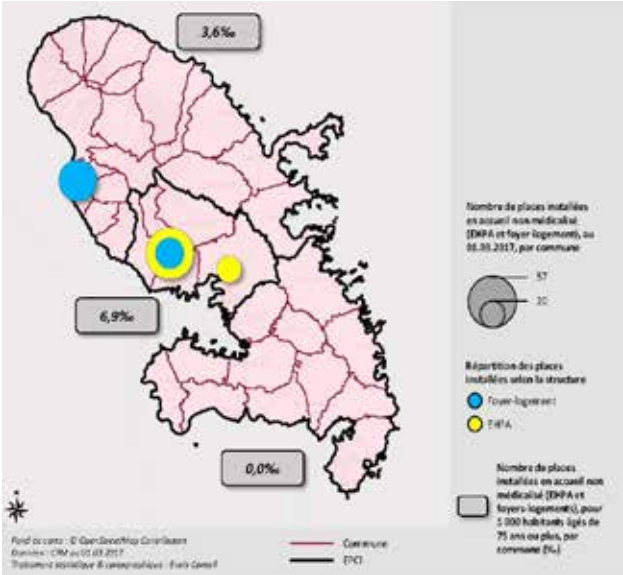


Une majorité de places en structures publiques et une offre en établissement privé qui se concentre au centre



Une majorité des places en accueil médicalisé sont proposées par des structures publiques : 714 places sont disponibles en établissements publics, 544 dans des structures associatives et 175 en établissements privés commerciaux. Les lits en structures privées commerciales sont plutôt situés sur la CACEM, tandis que les lits en structures publiques et associatives sont répartis sur l'île.

Une offre non médicalisée très faible et concentrée au Centre



La Martinique compte uniquement 56 places installées en foyer logement, soit 1,8 places en foyers logement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus (à titre de comparaison, on compte 18,5 places en foyer logement pour 1 000 personnes âgées au niveau national).

Par ailleurs, on recense 72 places en EHPA (accueil non médicalisé en petites unités de vie), ces dernières étant concentrées sur la CACEM. Tous ces établissements sont gérés par une entreprise du secteur privé lucratif.

De plus, on observe une forte disparité en termes d'offre non-médicalisée sur l'île : l'Espace Sud ne compte aucune place, et CAP NORD ne compte que 3,6 places en Foyer logement pour 1 000 personnes âgées, et aucune place en EHPA.

L'offre étant essentiellement destinée à rompre l'isolement pour des personnes âgées autonomes, elle a été peu développée en Martinique compte tenu des solidarités familiales plus accentuées que dans d'autres départements.

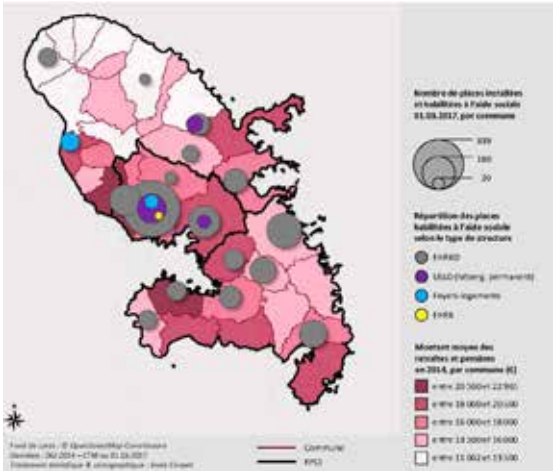
	Localisation géographique	Capacité autorisée	Capacité installée	Capacité habilitée
EHPA LA JOIE DE VIVRE	Fort-de-France	13	13	0
EHPA FAMILY HOME	Fort-de-France	8	8	6
EHPA LE FLAMBOYANT	Fort-de-France	12	12	0
EHPA RESIDENCE DE L'AGE D'OR	Fort-de-France	24	24	0
EHPA FOYER TABITHA	Lamentin	15	15	0

Plus de 8 places sur 10 habilitées à l'aide sociale

La Martinique compte **1 409 places habilitées à l'aide sociale**, dont **1 195 en EHPAD**. Cela représente :

- 82% des places installées en établissement pour personnes âgées
- 85% des places installées en EHPAD

Les **places habilitées à l'aide sociale en Foyer-logement ou en EHPA sont concentrées sur la CACEM**.



Des places en familles d'accueil qui permettent de compléter l'offre d'accueil non médicalisée

La Martinique **compte 66 familles d'accueil** proposant une capacité de **175 places**. Le suivi, l'accompagnement de ces familles et l'orientation des personnes vers ces places sont délégués à l'Association Martiniquaise pour la promotion et l'Insertion de l'Âge d'Or.

45 places non occupées sont pourtant disponibles, soit un taux d'occupation de 74 %. La majorité des places occupées, l'est par des personnes âgées.

À titre de comparaison, la Guadeloupe dispose de 404 places en famille d'accueil : 118 ont l'agrément pour l'accueil des personnes âgées uniquement, 275 ont l'agrément d'accueil pour personnes âgées et personnes en situation de handicap et 12 ont l'agrément pour l'accueil des personnes en situation de handicap uniquement.

L'accueil familial en 2016 (données CTM)	
Nombre de familles agréées	66
Capacité d'accueil	175
Nombre de personnes hébergées	131
Personnes handicapées hébergées	47 (dont 40 bénéficiaires de l'aide sociale)
Personnes âgées hébergées	84 (dont 64 bénéficiaires de l'aide sociale)

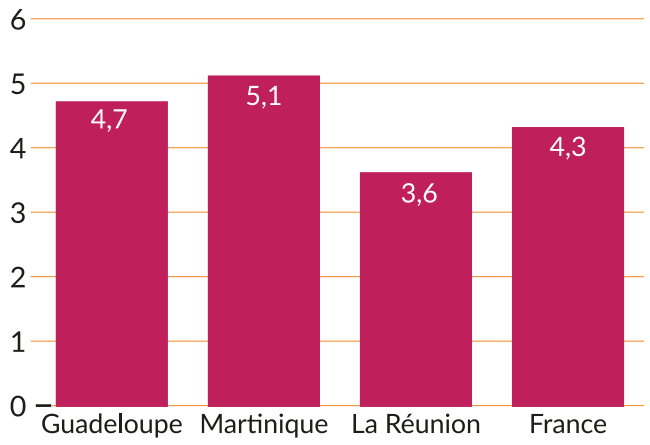
Une offre en IME diversifiée et un taux d'équipement supérieur au taux national

La Martinique compte 500 places en IME - soit un taux d'équipement plus élevé que les territoires de comparaison. Sur ces 500 places, on identifie :

- des places à la fois en Instituts Médico-pédagogiques (IMP, 253 places) et en Instituts médico-professionnels (IMPro, 217). Pourtant, des acteurs soulignent les délais d'attente avant d'intégrer un IMPro, et de difficiles passerelles avec les ESAT.
- 60 places pour des enfants présentant des troubles du spectre autistique (5 structures concernées).
- 30 places en Établissement d'Éducation Spécialisée (EES).

Dénomination sociale de la structure	Localisation géographique	Association gestionnaire	Public accueilli	Capacité autorisée	Capacité installée / financée
IMP ROMAINE SAVON	Morne-Rouge (Nord Caraïbe)	ADAPEI	12 autistes 33 DI	45	45
IMPRO ROMAINE SAVON	Morne-Rouge (Nord Caraïbe)		DI et troubles associés	45	45
IMP SAINTE-MARIE	Sainte-Marie (Nord Atlantique)		DI , 8 places autistes non occupées	52	52
IMPRO PELLETIER	Lamentin (Centre)		DI et troubles associés	50	50
IMP PELLETIER	Lamentin (Centre)		DI , 8 autistes (14 TED)	50	50
IMP LES FOUGERES	Fort-de-France (Centre)	AAPH	DI	60	60
IMPRO LES FOUGERES	Fort-de-France (Centre)		DI	52	52
IMP EN CAMEE	Rivière-Pilote (Sud)	AASM	DI	46	46
IMPRO PREFON-TAINE	Rivière-Pilote (Sud)		DI	60	60
E.E.S. LES LUCIOLES	Lamentin (Centre)	Martinique Autisme	Autistes	30	30
IMRPO L'ENVOLEE	Lamentin (Centre)		Autiste	10	10
			TOTAL IME	**500**	**500**

Nombre de places installées en IME pour
1000 personnes âgées de moins de 20 ans au 31/12/2015



Un nombre de places en ITEP limité et une absence d'offre à destination des enfants déficients moteur

Si l'offre en IME est bien développée, l'île compte seulement un ITEP de 30 places. Par ailleurs, 40 places sont dédiées à des déficients auditifs et déficients visuels (gérées par l'association pour l'Éducation des Déficients Auditifs et Visuels). Un établissement est dédié aux enfants et adolescents polyhandicapés (avec internat) et près de 25 000 séances sont réalisées en CMPP.

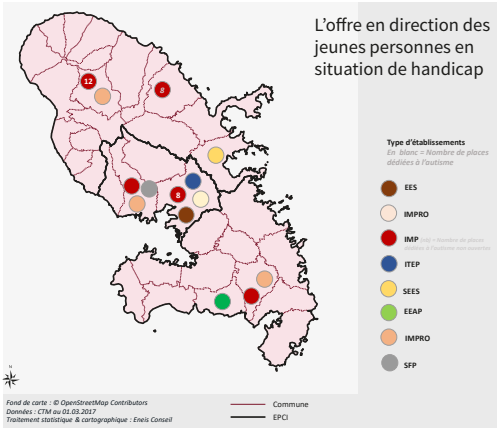
La Martinique ne compte pas de places dédiées aux enfants en situation de déficience motrice.

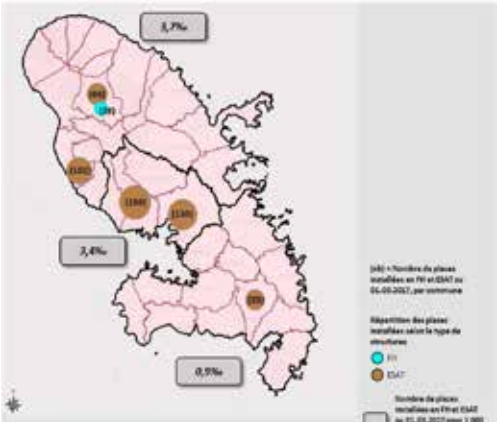
Dénomination sociale de la structure	Localisation géographique	Association gestionnaire	Public accueilli	Capacité autorisée	Capacité installée / financée
EEAP TI-BAUME	Sainte-Luce (Sud)	**ADAPEI**	Polyhand. IMC	36	36
SEES-HA	Robert	**AMEDAV**	DA-DV	16	16
SFP	Fort-de-France		DA-DV	24	24
TOTAL ETABLISSEMENT SENSORIELS				40	40
ITEP LA MYRIAM	Lamentin (Centre)	La Myriam	Troubles du comportement	30	30
CMPP LA RENCONTRE	Fort-de-France (Centre)	ACMPP	DI		7 749
CMPP MAX CARISTAN	Fort-de-France (Centre)		DI		7 200
CMPP INTERSECTORIEL ALOES	Antennes : Saint-Joseph, Ducos, Lamentin, Rivière-Pilote, Schœlcher	GCMPIH	DI		9 918
TOTAL CMPP (Séances)					**24 867**

Données ARS 2017

Une offre à destination des enfants en situation de handicap relativement bien répartie sur l'île avec néanmoins des zones non couvertes

L'offre répartie à destination des enfants en situation de handicap est présente sur tout le territoire mais concentrée au centre de l'île. On observe par ailleurs une offre en faveur les enfants autistes présente au Nord et au Centre, mais absente au sud. Les modes d'accueil des jeunes en situation de handicap apparaissent enfin diversifiées.





Seulement un foyer d'hébergement de 28 places pour plus de 500 places en ESAT

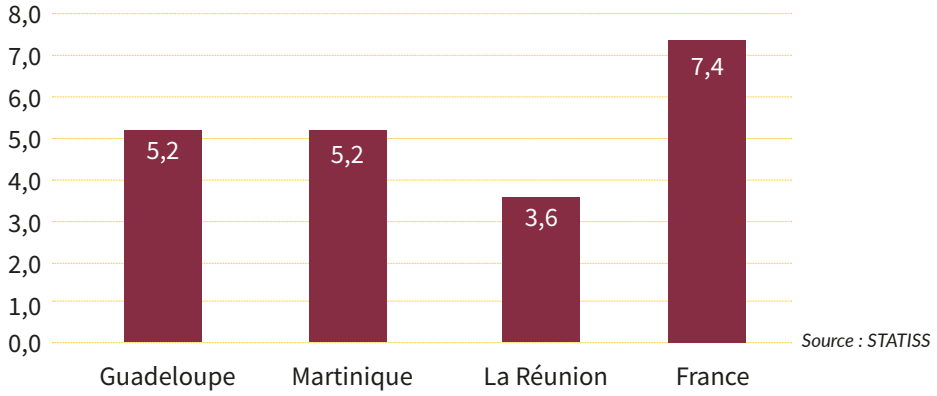
L'offre en Établissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) est répartie sur toute l'île (essentiellement sur la côte caribéenne) mais seul le Nord propose un foyer d'hébergement de 28 places (foyer d'hébergement Mespont pour travailleurs en ESAT, privé associatif).

Avec 509 places (toutes autorisées et installées), le taux d'équipement reste pourtant en deçà de la moyenne nationale et les acteurs pointent des difficultés à obtenir une place en ESAT, puis à trouver des solutions pour les travailleurs handicapés vieillissants (quelles solutions après l'ESAT ?). En Martinique, comme pour les autres départements français, l'enjeu est aujourd'hui de pouvoir adapter l'offre de travail en ESAT au marché de l'emploi d'une part et aux débouchés commerciaux d'autre part (réflexion engagée sur le sujet).

Dénomination sociale de la structure	Localisation géographique	Association gestionnaire	Public accueilli	Capacité installée / financée
ESAT BELLEFONTAINE	Bellefontaine (Nord Caraïbe)	AAPH	DI	102
ESAT MORNE-ROUGE	Morne-Rouge (Nord Caraïbe)	ADAPEI	DI	66
ESAT PELLETIER	Lamentin (Centre)		DI	100
ESAT HORS-MURS	Lamentin (Centre)		DI	30
ESAT KARAÎBA	Rivière-Pilote (Sud)	AASM	DI	55
ESAT RIVIERE L'OR	Fort-de-France (centre)		DI	50
ESAT LES ORCHIDEES	Fort-de-France (centre)	AARPHA	DI Autistes, TC	81
ESAT CAT'APPAHM	Fort-de-France (centre)	APPAHM	Déficients sensoriels	25
			TOTAL ESAT	**509**

Source : ARS 2017

Nombre de places en ESAT au 31.12.2015 pour 1000 personnes de 20-59 ans en 2013

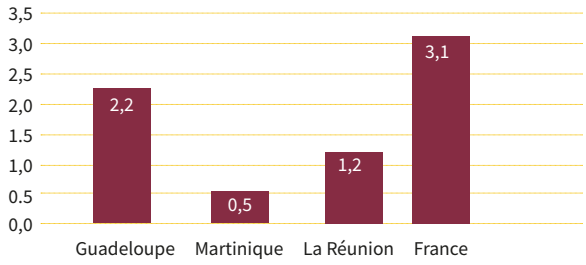


Source : STATISS

Un nombre de places en foyers de vie encore faible

Sur l'ensemble de l'île, s**eules 40 places en accueil de jour sont proposées**. Ces places ne sont **disponibles que sur le territoire Sud de la Martinique**. Le territoire de la CACEM offre les 25 uniques places d'hébergement permanent de l'île pour adultes handicapés psychiques démontrant un certain manque sur cette offre, notamment pour les adultes porteurs de déficience intellectuelle (à noter que le gestionnaire de la structure dispose d'une autorisation d'extension de 35 places supplémentaires qui devrait permettre la mise en service, en 2019, de 60 places relocalisées au Marin).

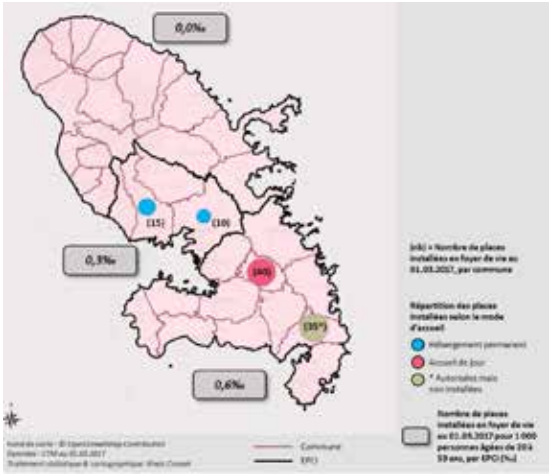
Nombre de places installées en FV au 31.12.2015 pour 1000 personnes de 20-59 ans en 2013



Source : STATISS

Le taux d'équipement en foyer de vie (hébergement complet) est ainsi l'un des plus faibles de l'échantillon de comparaison alors qu'il y aurait 278 orientations en FV ou FH en 2015 selon la MDPH.

Une offre de places en FAM et en MAS en progression

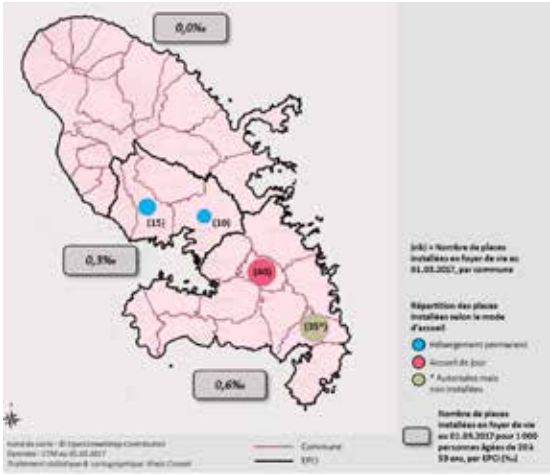


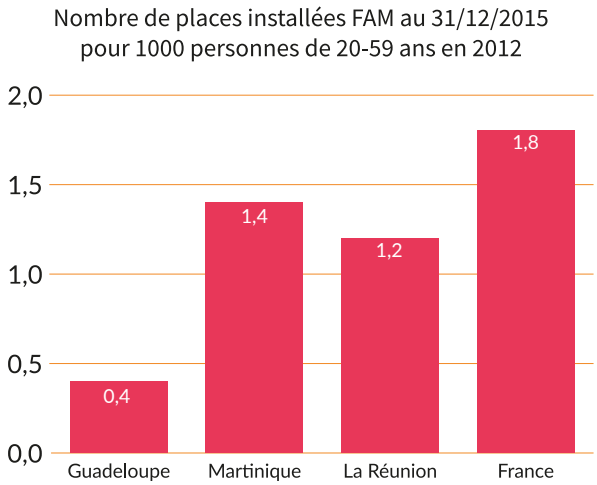
Seule la côte Caribéenne dispose de places en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM). Le Nord est le mieux pourvu puisqu'il propose 92 places d'hébergement permanent. Le Sud ne dispose d'aucune place. Seul **un accueil de jour de 10 places est présent dans l'île** (à Fort-de-France) ainsi que **7 places en hébergement temporaire.**

Le nombre de places installées a légèrement augmenté ces dernières années et on compte encore 8 places autorisées mais non installées.

Sur les 3 FAM installés, 2 sont adossés à un établissement public hospitalier, le troisième est géré par l'Association des Familles de Traumatisés Crâniens de la Martinique(AFTCM).

	Public	Places installées	Commune
FAM public hospitalier BEL AIR	Adultes handicapés psychiques	▶ 40 places installées en HP ▶ 4 places installées en HT	Morne-Vert
FAM public hospitalier SURCOUF	Adultes handicapés psychiques	▶ 52 places installées en HP (60 autorisée)	Saint-Pierre
FAM privé associatif AFTCM	Traumatisés crâniens	▶ 17 places installées en HP ▶ 3 places installées en HT ▶ 10 places installées en AU	Fort-de-France

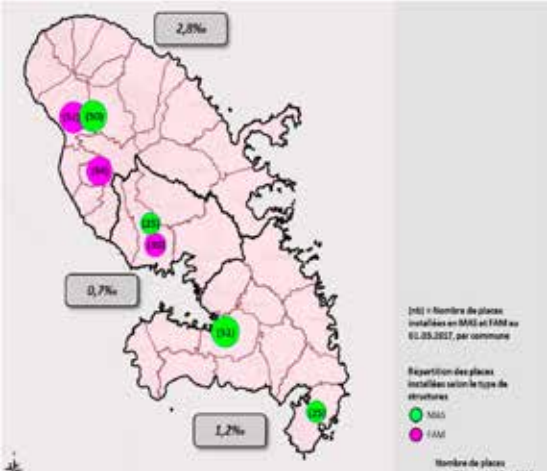


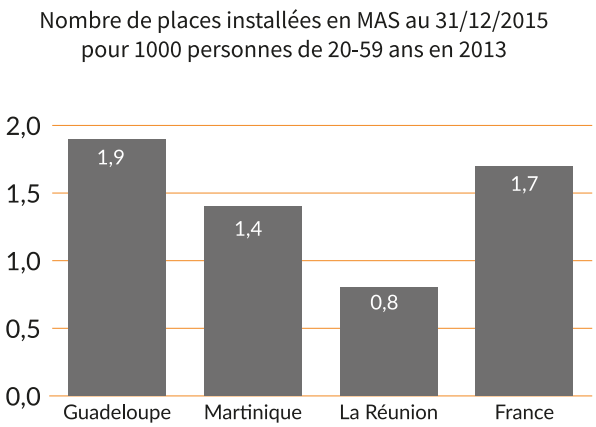


Concernant les **Maisons d'Accueil spécialisé (MAS), le territoire apparaît relativement couvert**. Le nombre de places installées a augmenté entre 2015 et 2017 passant de 139 à 151 (dont 50 places pour autistes). Un projet de MAS dédiée aux personnes handicapées vieillissantes est autorisé et reste à installer (35 places d'ici 2 ans).

Dénomination sociale de la structure	Localisation géographique	Gestionnaire	Public accueilli	Capacité autorisée	Capacité installée / financée
M.A.S ARC EN CIEL	Fort-de-France (Centre)	Martinique Autisme	Autistes (15 AJ - 10 Héb)	35	25
M.A.S H. PELAGE	Rivière-Salée (Sud)	ADAPEI	Polyhandicap	59	51
M.A.S SAINT-PIERRE + PALOURDES	Saint-Pierre (Nord Caraïbe) : 50 places Sainte-Anne (Sud) : 25 places	Hôpital Maurice DESPINOY	Hand. psychique et autistes (25 pl)	75	75
M.A.S Personnes handicapées vieillissantes	Trinité	Fondation partage et vie	Tout handicap polyhandicap PHV	35	0

Source : ARS 2017

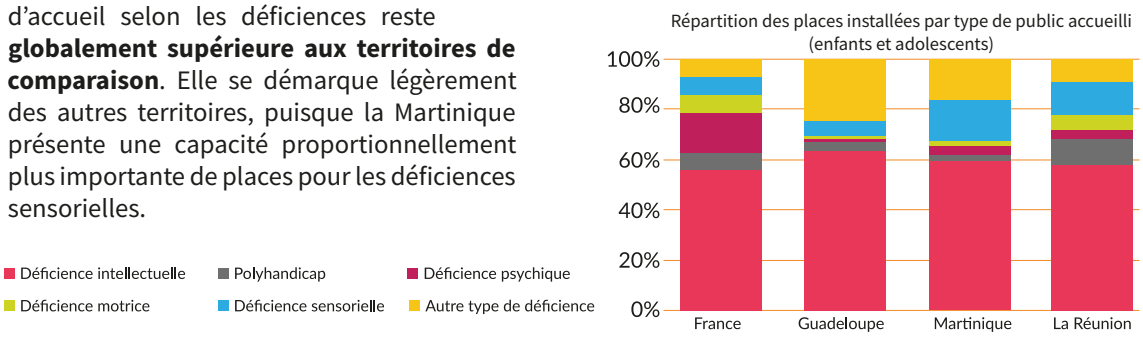




Une offre d'accueil globalement supérieure pour l'accueil des enfants et des adolescents

Concernant l'accueil des enfants et adolescents en situation de handicap (pour des places installées par type de public – hors SESSAD), l'offre d'accueil selon les déficiences reste **globalement supérieure aux territoires de comparaison**. Elle se démarque légèrement des autres territoires, puisque la Martinique présente une capacité proportionnellement plus importante de places pour les déficiences sensorielles.

Données STATISS 2016 au 31.12.2015	France	Guadeloupe	Martinique	Réunion
Déficience intellectuelle	57 032	439	438	864
Polyhandicap	7 893	30	25	163
Déficience motrice	6 734	7	30	62
Déficience sensorielle	6 929	47	122	185
Autre type de déficience	7 854	168	124	128



Forces, faiblesses et pistes de réflexion

POINTS POSITIFS

La Martinique a connu une augmentation du nombre de places en EHPAD et en USLD (1 559 places d'hébergement permanent). Elle dispose d'**une offre d'accueil spécialisé pour une prise en charge adaptée des personnes atteintes de la maladie d'Alzheime**r ou d'une maladie apparentée (places dédiées au sein d'EHPAD ou USLD, 2 UHR, 4 PASA).

- **Plus de 8 places d'hébergement sur 10** (médicalisé et non médicalisé) sont habilitées à l'aide sociale.
- L'offre de **places en familles d'accueil** est limitée mais vient compenser l'offre réduite en accueil non médicalisé.
- Le **taux d'équipement pour l'enfance en situation de handicap est au-dessus de la moyenne nationale.**
- L'**offre de places en FAM et en MAS est en progression** (avec un projet de MAS pour personnes handicapées vieillissantes).
- Un **collectif de directeurs des ESAT** a été créé en 2015 afin de constituer un réseau permettant de mutualiser les connaissances et les projets d'actions.
- La mise en place de l'outil «via trajectoire» en lien avec l'ARS permet un accompagnement des publics vers les structures les mieux adaptées.

AXES DE RÉFLEXION ET D'AMÉLIORATION

- **Le taux d'équipement en hébergement médicalisé est encore faible** : la Martinique dispose de 46,9 places en EHPAD et USLD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus, contre 103,8 au niveau national.
- **L'offre d'accueil non médicalisé** (logement foyer, EHPA) demeure peu développée. Elle est essentiellement portée par le secteur privé lucratif.
- Les **évolutions démographiques amenées à impacter le niveau de besoins en places en structures** posent l'enjeu d'une réponse à y apporter.
- **Certaines offres sont peu ou pas représentées pour les enfants en situation de handicap** (handicap physique et déficience motrice). On compte seulement 1 ITEP pour tout le territoire (au Lamentin).
- **Des passerelles sont à mettre en place entre établissements aux moments charnières des parcours de vie :**
    - **Entre l'IMpro et l'ESAT**, ainsi qu'un travail sur le parcours des **travailleurs handicapés vieillissants** à mener (cf. expérimentation d'accompagnement renforcé en sortie d'IMPro).
    - **Par la création d'unités pour PHV au sein des MAS et FAM** pour permettre une adaptation des accompagnements.
- Pour les adultes en situation de handicap, **l'offre d'accueil reste encore faible** :
    - **Pour les adultes exerçant une activité professionnelle en milieu protégé** (seulement un foyer d'hébergement de 28 places, un taux de couverture en ESAT inférieur au niveau national), un lien entre foyers d'hébergement et ESAT est-il à reconsidérer et un travail sur le parcours des travailleurs handicapés vieillissants doit-il être mené ?

- Concernant l'offre d'accueil et l'offre occupationnelle, on dénombre très peu de places en foyers de vie ainsi que peu de places en accueil de jour ou hébergement temporaire en MAS ou FAM.

- La Martinique est confrontée à un enjeu de **couverture territoriale** avec une offre médico-sociale essentiellement concentrée sur le territoire de la CACEM alors que les besoins sont diffus.

PROJECTIONS DES BESOINS[13]

Les projections démographiques réalisées à l'échelle départementale ont mis en avant une augmentation du nombre de personnes âgées de plus 60 ans et ce, quel que soit le scénario envisagé, d'ici à 2023 et 2028.

Cette augmentation du nombre de personnes âgées et potentiellement dépendantes aura ainsi nécessairement une répercussion sur les besoins de créations de places en accueil médicalisé.

Taux actuels d'institutionnalisation (2016)		
	GIR 1-2	GIR 3-4
Martinique	30 %	5 %
France	65 %	20 %

Cet exercice prospectif de définition des besoins est basé sur l'évolution à venir des taux d'institutionnalisation des GIR 1-2 et des GIR 3-4. À l'échelle de la CTM ce taux est de 30% pour les GIR 1-2, c'est-à-dire que 30% des GIR 1-2 résident en établissement et 70% à domicile. Pour les GIR 3-4, le taux d'institutionnalisation est égal à 5%. Ces valeurs sont nettement inférieures à celles observées à l'échelle nationale où les taux d'institutionnalisation sont respectivement de 65% et 20% pour les GIR 1-2 et GIR 3-4.

3 scénarios d'évolution des taux d'institutionnalisation : hypothèses de travail

- Pour les trois scénarios cités, il est également fait comme hypothèse que **la part des GIR 5-6 en établissement diminue de 5 points pour les 5 ans**. Elle est actuellement de 10 %.

- **Maintien des taux d'institutionnalisation observés actuellement** : l'objectif de ce scenario est de montrer les besoins en EHPAD si les taux sont maintenus constants sous-entendant ainsi le déploiement de moyens conséquents pour répondre aux besoins à domicile étant donné l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile.

- **Fixation des taux nationaux** : ce scénario a une vertu pédagogique et a pour objectif d'indiquer la volumétrie de places à créer si la CTM s'oriente dès à présent vers un « rapatriement important » des GIR 1-2 et 3-4 en établissement en vue de disposer des même taux d'institutionnalisation qu'à l'échelle nationale.

- **Augmentation progressive des taux d'institutionnalisation** : ce scénario est un intermédiaire aux deux autres et fixe une montée progressive des taux d'institutionnalisation des GIR 1-2 et 3-4 sans pour autant atteindre les valeurs nationales d'ici 2028. Ce scénario fait ainsi le postulat d'un développement visant à diversifier les réponses quant à la prise en charge des personnes dépendantes en établissements et à domicile.

[13] *Voir annexe*

	Maintien des taux d'institu.	Fixation des taux nationaux	Augmentation progressive
Nombre de places autorisées en EHPAD		1 599 places	
Taux d'institutionnalisation des GIR 1-2	30 % en 2023 30 % en 2028	65 % en 2023 65 % en 2028	40 % en 2023 50 % en 2028
Taux d'institutionnalisation des GIR 3-4	5 % en 2023 (valeur actuelle) 5 % en 2028 (valeur actuelle)	20 % en 2023 20 % en 2028	10 % en 2023 15 % en 2028
Part des résidents dépendants venant d'un autre département (GIR 1-4)	0 %		

Nombre de places à créer d'ici 2023 (durant la période du schéma) selon l'évolution des taux d'institutionnalisation et de la dépendance à domicile

		Scénarios relatifs à l'évolution des taux d'institutionnalisation des GIR 1-2 et 3-4		
		Maintien des taux aux valeurs observées ces dernières années	Fixation de taux similaires aux valeurs nationales	Augmentation progressive des taux
Scénarios relatifs à l'évolution de la dépendance à domicile	**Scénario optimiste**	- 280	4 719	847
	Scénario intermédiaire	- 136	4 761	866
	Scénario pessimiste	44	4 761	857

En considérant les **résultats à l'échelle du territoire ainsi que le scénario du maintien du taux d'institutionnalisation**, il est constaté que la CTM dispose d'un nombre de places nécessaires pour pallier les évolutions à venir d'ici 2023 et 2028.

Ce constat n'est cependant pas valable dans le cas où l'évolution de la dépendance à domicile se rapprocherait du scénario pessimiste (une quarantaine de places à créer d'ici 2023).

Si la CTM envisage de disposer de taux d'institutionnalisation similaires à ceux du niveau national, il faudrait ainsi créer plus de 4 700 places d'ici 2023. Ce chiffre dépasse les 5 000 si l'on considère l'horizon 2028 et atteint près de 6 000 dans le cas où la dépendance évoluerait de la façon fixée par le scénario pessimiste.

Si la CTM se positionne sur un scénario d'augmentation progressive des taux d'institutionnalisation, i**l faudrait ainsi créer près de 850 places durant le schéma** (taux d'institutionnalisation fixé à 40% pour les GIR 1-2 et 10% pour les GIR 3-4).

Dans le premier et le troisième cas, un travail simultané autour de l'amélioration des conditions de soutien à domicile pour des personnes très dépendantes devra être poursuivi.

LES POINTS CLÉS À RETENIR

Une augmentation des besoins en accueil pour personnes âgées est à anticiper, à la fois :

- en raison de l'évolution rapide du nombre de personnes âgées ;
- pour permettre un accès à un hébergement médicalisé pour des personnes âgées très dépendantes aujourd'hui majoritairement à domicile : **seulement 30% des bénéficiaires de l'APA en GIR 1 et 2 vivent en établissement** (contre 65% à l'échelle nationale).

Des réponses aux besoins d'accueil et d'hébergement des publics handicapés vieillissants seront à développer fortement dans les années à venir.

Un nombre de familles d'accueil peu important (175 dont 131 occupées majoritairement par des personnes âgées (64,1%)) qu'il faut faire évoluer positivement tout en veillant à mieux informer autour de ce dispositif (pour les publics cibles mais aussi pour les potentielles familles d'accueil)

LES ENJEUX ET QUESTIONNEMENTS DANS LE CADRE DE CE NOUVEAU SCHÉMA

- **L'adaptation de l'offre d'hébergement médico-social pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées.**
  - Comment prendre en compte l'évolution des publics accueillis en EHPAD (recul de l'âge d'entrée en EHPAD, augmentation du GMP, troubles cognitifs ou psychiatriques) dans un contexte financier contraint ?
  - Comment réhabiliter l'image des établissements auprès des personnes âgées et de leurs familles ?
  - Comment fluidifier les passages entre les différentes offres d'hébergement pour personnes âgées (Foyers logements, Petites unités de vie, EHPAD) ? Quelle articulation avec les acteurs du domicile ?
- **L'adaptation de l'offre d'hébergement médico-social pour mieux répondre aux besoins des personnes handicapées**.
  - Comment mieux répondre aux besoins des personnes handicapées vieillissantes ?
  - Comment améliorer l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques ou de troubles du comportement en lien avec le sanitaire ? Comment adapter l'offre existante pour répondre aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap psychique ?
  - Dans quelle mesure et à quelles conditions le lien entre foyers d'hébergement et ESAT doit-il être reconsidéré pour mieux répondre aux besoins des publics ?
- **Quelles solutions innovantes pour renforcer la diversité des réponses ?**
  - Développer des unités pour personnes handicapées vieillissantes au sein des MAS et des FAM ? Au sein des EHPAD ?
  - Des solutions nouvelles à imaginer pour le logement/l'hébergement des personnes âgées ? (Résidences intergénérationnelles ? MARPA ? EHPAD à domicile ? ...)
  - Comment renforcer l'offre de places en famille d'accueil ?

4) Coordonner les acteurs autour des parcours et favoriser l'accès à l'offre du territoire pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap

ENJEUX RÉGLEMENTAIRES : OFFRE D'HÉBERGEMENT ET DÉVELOPPEMENT DES CPOM

Suite au rapport Piveteau « Zéro sans solution » la loi Santé introduit le « devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et leurs proches ». Cela se traduit par plusieurs évolutions majeures de l'accompagnement des personnes en situation de handicap :

• Pour chaque personne, la loi indique que la MDPH est en charge d'élaborer une **« réponse accompagnée »** (Plan d'accompagnement global).

• La loi préconise de faire de **l'orientation un processus permanent et partagé**, capable d'anticiper les besoins et de réagir aux urgences.

• La loi engage les gestionnaires à élaborer des **« réponses modulaires »** plutôt que d'offrir seulement des « places ».

Les enjeux pour la CTM sont dès lors de **mettre progressivement en œuvre la « Réponse Accompagnée Pour Tous »** (RAPT) **en coordination avec la MDPH**. Ce nouveau paradigme de l'action publique nécessitera notamment **une plus grande coordination des différents financeurs (dont CTM et ARS) et acteurs institutionnels (ex : Éducation Nationale).**

La loi ASV détaille également des orientations en faveur de la coordination des acteurs. De **nouvelles dispositions de l'article L.113-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles, modifié par la loi ASV**, réaffirment l'enjeu du travail partenarial au service des personnes âgées et de leurs aidants.

Le département

• définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées et de leurs aidants.

• coordonne, dans le cadre du schéma départemental, les actions menées par les différents intervenants, définit des secteurs géographiques d'intervention, détermine les modalités d'information, de conseil et d'orientation du public sur les aides et les services relevant de sa compétence.

• **coordonne, dans le respect de leurs compétences, l'action des acteurs chargés de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques intéressant les conditions de vie des personnes âgées**, en s'appuyant notamment sur la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées et sur le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie, qu'il préside.

• veille à la **couverture territoriale et à la cohérence des actions** respectives des organismes et des professionnels qui assurent des missions d'information, d'orientation, d'évaluation et de coordination des interventions destinées aux personnes âgées, notamment **les CLIC et les MAIA**.

Le renforcement de la cohérence et de la lisibilité des actions et des dispositifs de coordination existants sur le territoire fait donc figure d'enjeu pour la CTM dans le cadre de ce nouveau schéma.

Outre les évolutions réglementaires de la loi Santé et de la loi ASV, la coordination des acteurs et l'accès aux soins se traduit également dans la **Charte Romain Jacob (cf. annexe)**.

Elle décline en 12 articles des orientations **en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap**. Elle **n'a pas de caractère contraignant** mais s'adresse à l'ensemble des acteurs des champs sanitaires et médico-sociaux **comme fil conducteur pour toute initiative ou action locale.**

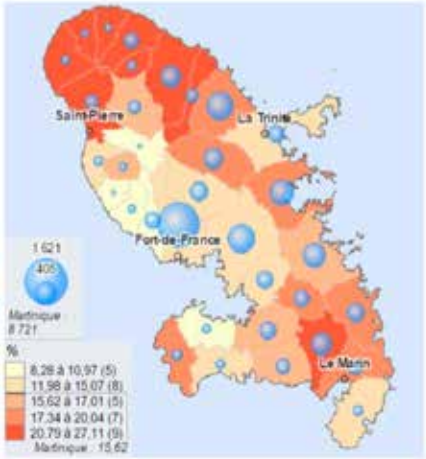
Elle pose comme principes la fédération des acteurs, la promotion d'un parcours sans rupture, le déploiement d'un accès spécifique pour les personnes en situation de handicap et la levée des freins à l'accès aux soins.

Art. 1	Valoriser l'image que la personne handicapée perçoit d'elle-même
Art. 2	Valoriser l'accompagnement
Art. 3	Exprimer les besoins
Art. 4	Intégrer la santé au parcours de vie des personnes en situation de handicap
Art. 5	Construire une culture professionnelle commune
Art. 6	Coordonner le parcours de santé
Art. 7	Organiser l'accès aux soins et à la prévention
Art. 8	Faciliter et développer l'accès aux soins ambulatoires
Art. 9	Prévenir et adapter l'hospitalisation avec ou sans hébergement
Art. 10	Améliorer la réponse aux urgences médicales
Art. 11	Faciliter le recours aux technologies de l'information et de la communication
Art. 12	Mettre en œuvre et évaluer la présente charte

CONSTATS

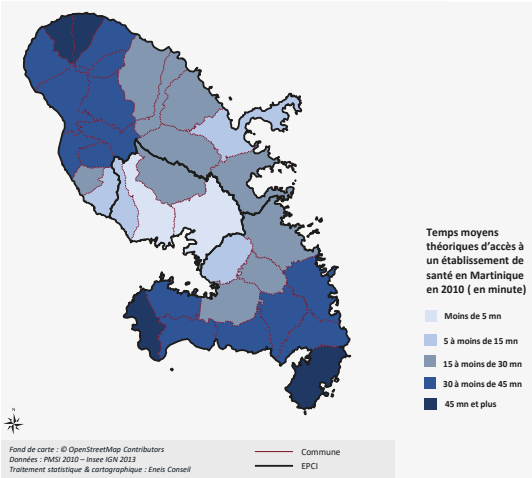
- **Les publics cibles n'ont pas recours aux soins de manière équivalente** en Martinique :
  - les taux de couverture de l'ACS sont très variables d'un territoire à l'autre, phénomène pouvant s'expliquer par de fortes disparités de niveaux de vie.
  - L'offre de soins de premier recours est déficitaire sur certaines communes ; mais l'accès aux soins de médecin généraliste n'est pas forcément corrélé à la présence ou l'absence de médecins sur la commune.
- L'accessibilité géographique à un établissement de santé est relativement rapide (22 minutes en moyenne en 2010).

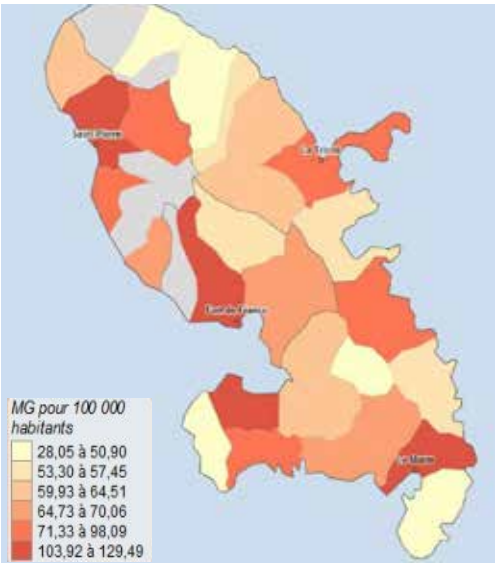
Nombre et part des assurés sociaux âgés de 65 ans et plus du régime général bénéficiaires de l'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé en 2015



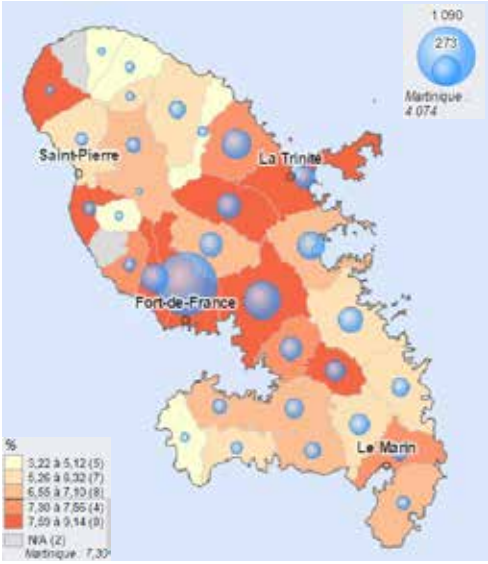
Source: Observatoire des fragilités de la CGSS

Temps moyens théoriques d'accès à un établissement de santé

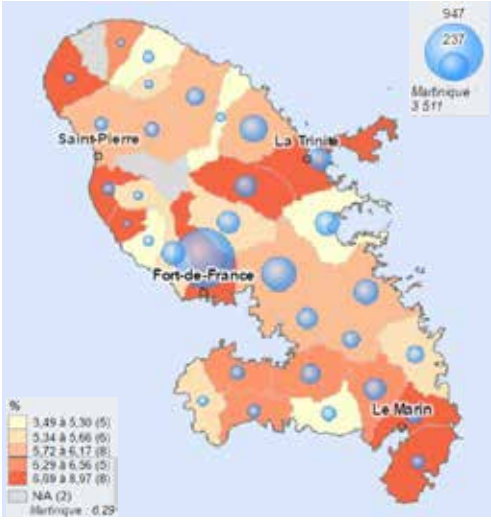




Densités de médecins généralistes en activité en 2015



Nombre des assurés sociaux âgés de 65 ans et plus du régime général et sans médecin traitant en 2015



Nombre des assurés sociaux âgés de 65 ans et plus du régime général n'ayant pas eu d'acte remboursé par la CGSS durant les 24 derniers mois (2015)

LES POINTS CLÉS À RETENIR

Les besoins de prise en charge sanitaire sont importants en raison d'une prévalence importante des maladies chroniques, en particulier chez les personnes handicapées âgées *(d'après l'enquête INSEE de 2008, la prévalence des maladies chroniques s'élève à 90% chez les personnes âgées en situation de handicap, 48% chez les personnes âgées sans handicap)* : se pose **un enjeu d'articulation des prises en charge médicales, médico-sociales et sociales, notamment à domicile.**

Des ruptures sont identifiées dans les parcours des personnes âgées et des personnes en situation de handicap en raison notamment :

- d'un défaut de coordination (ex : Ville – Hôpital) ;
- ou d'un défaut d'offre (ex : quelles passerelles entre structures et services aux moments charnières de la vie pour Jeunes adultes en situation de handicap et personnes handicapées vieillissantes).

Une population fragile peut avoir davantage de difficultés à accéder aux droits pour différentes raisons : complexité des démarches, accessibilité des administrations pour les personnes en situation de handicap…

DIAGNOSTIC DE L'OFFRE

Forces, faiblesses et pistes de réflexion

POINTS POSITIFS

- La **réponse accompagnée pour tous** est mise en place dans le courant de l'année 2017.
- La définition d'un « **parcours personnes âgées et handicap** » est jugé comme prioritaire par l'ARS sur les dernières années de mise en œuvre du PRS.
- Il existe une multiplicité d'espaces et de dispositifs de coordination :
    - une **MAIA** opérationnelle sur l'ensemble du territoire, qui intervient essentiellement pour les cas complexes de personnes âgées Alzheimer ou présentant des troubles apparentés (une seconde en cours de réflexion)
    - un **réseau gérontologique**, qui intervient en appui des professionnels de soins de premier recours pour des personnes âgées de 75 ans et plus en situation de fragilité
    - un **réseau autonomie**, qui vise à coordonner le parcours de santé des adultes en perte d'autonomie, en situation de complexité bio psycho sociale, dans un but de maintien à domicile, sans limite d'âge
    - le **CLIC «Espace séniors»** de la CTM, situé à Fort-de-France, qui joue également un rôle d'information et d'orientation pour les personnes âgées et leur entourage
    - une **Plate-forme Territoriale d'Appui à la coordination des parcours complexes (PTA)** en cours de mise en place.
- La MDPH est identifiée sur le territoire comme la principale « porte d'entrée ». Des conventions de partenariat ont été établies avec 4 CCAS.
- Des documents structurants ont pu être établis à l'échelle de certaines communes (par exemple, le schéma gérontologique communal de Schœlcher 2013-2017).

AXES DE RÉFLEXION ET D'AMÉLIORATION

- La **clarification** du rôle de chacun en matière de coordination et de structuration du parcours de la personne âgée et de la personne en situation de handicap demeure un enjeu.
- Une articulation de l'ensemble des acteurs pour la définition de **référentiels, d'outils voire de formations communes** est nécessaire. Elle concerne :
    - les professionnels de santé de ville
    - les professionnels hospitaliers (dont services des urgences)
    - le secteur médico-social
    - le secteur social
- La coordination avec les acteurs locaux est à renforcer (CCAS et associations locales notamment) en lien avec les missions d'information et d'accompagnement.

LES ENJEUX ET QUESTIONNEMENTS DANS LE CADRE DE CE NOUVEAU SCHÉMA

- **L'articulation des interventions et la limitation des ruptures de parcours**
  - Comment inviter les acteurs martiniquais à s'inscrire dans les actions de la Charte Romain Jacob ?
  - Comment limiter les ruptures dans l'accompagnement des publics (ex. sorties d'hospitalisation pour les personnes âgées, secteurs de l'enfance handicapée/adultes handicapés ; secteurs de la protection de l'enfance/enfance handicapée) ?
  - Comment poursuivre le décloisonnement du social, du médico-social et du sanitaire ?
  - Quelles sont les modalités d'une contribution des établissements à un parcours de soins des patients à la fois mieux coordonné, plus personnalisé et également plus efficient ?
  - Quelles modalités de coordination et de mobilisation avec les soins de ville ? Quelle place pour les réseaux de santé et la PTA et quelle lisibilité de leurs interventions ?
  - Comment poursuivre la mise en œuvre des préconisations du Rapport Piveteau (« Zéro sans solution ») ?
- **Mieux mesurer les déterminants du parcours**
  - Comment mettre en place une définition commune de la notion de parcours ?
  - Comment répondre aux besoins liés aux pathologies chroniques, tant en ressources humaines qu'en modalité de prise en charge nouvelles au détriment du tout curatif ?
  - Comment mobiliser les acteurs pour aborder le patient au-delà de la pathologie ?
  - Comment coordonner les soins dispensés par chacun des soignants selon une réelle volonté de partager les savoirs, les connaissances ?
  - Comment favoriser la définition collective des objectifs des soins et les indicateurs de résultats pour les patients et les familles ?
- **Renforcer l'accès au droit et à l'information**
  - Comment renforcer l'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap dans leurs démarches d'accès aux droits ?
  - Quelle place pour les acteurs de proximité tels que les mairies et les CCAS ?
  - Quelle articulation avec les dispositifs et les institutions existantes ?
    (CLIC, Réseaux, MDPH, …)

5) Favoriser l'accès à la vie sociale et professionnelle

ENJEUX RÉGLEMENTAIRES : MESURES RELATIVES À L'ACCESSIBILITÉ

Plusieurs textes définissent et imposent la notion d'accessibilité pour tous. Il s'agit en particulier de la loi de février 2005 relative à « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », posant l'accessibilité généralisée comme une obligation. L'enjeu pour la CTM est dès lors d'intégrer la question de **« l'accessibilité à tout pour tous » de manière transversale dans l'ensemble de ses compétences.**

Loi du 11 février 2005 pour «l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées» apporte des évolutions fondamentales pour répondre aux attentes du public en situation de handicap. Un des principes majeurs de cette loi est **l'obligation d'une accessibilité généralisée dans tous les domaines de la vie sociale favorisant un usage autonome et aisé des équipements, des services et des espaces**.

La mobilité réduite : étendue pour ce qui concerne la chaîne de déplacement à « toutes les personnes ayant des difficultés pour utiliser les transports publics, telle que, par exemple, personnes souffrant de handicaps sensoriels et intellectuels, personnes en fauteuil roulant, personne transportant des bagages lourds et personnes avec des enfants (y compris enfant en poussette) ». *Directive 2001/85/ce du Parlement et du Conseil Européen du 20 novembre 2001.*

Est considéré comme accessible aux personnes handicapées tout bâtiment ou aménagement permettant, dans des conditions normales de fonctionnement, à des personnes handicapées, avec la plus grande autonomie possible, de circuler, d'accéder aux locaux, d'utiliser les équipements, de se repérer, de communiquer et de bénéficier des prestations en vue desquelles cet établissement ou cette installation a été conçue. Les conditions d'accès des personnes handicapées doivent être les mêmes que celles des personnes valides ou, à défaut, présenter une qualité d'usage équivalente» *(article R111-19-2 du Code de la Construction et de l'habitation)*

CONSTATS

Quelques chiffres sur la mobilité et l'accès aux transports des personnes en situation de handicap[14]

10 % sont dans l'impossibilité de les utiliser.

33 % conduisent régulièrement une automobile

9 % n'ont pas ou peu de transport en commun à leur disposition.

8 % indiquent avoir des difficultés à utiliser les transports en commun

L'exiguïté des voiries et des trottoirs existants, qu'ils soient publics ou privés et la **vétusté** de certains bâtiments existants (E.R.P.) sont des freins à l'accessibilité.

Des enjeux de géographie et de typologie des reliefs

Le territoire dispose d'un **relief très vallonné** (notamment sur CAP NORD),

L'insularité et le **climat tropical humide** abîment, de façon accélérée, certains appareillages et aides techniques

[14] *Le handicap en Martinique : Une question d'âge et un entourage omniprésent – Dossier INSEE Martinique, n°4, Septembre 2016*

Des données sur le logement des personnes en situation de handicap[15]

75 % des personnes en situation de handicap résident dans une maison indépendante

20 % des personnes handicapées déclarent avoir des difficultés pour accéder aux pièces de leur logement.

10 % habitent dans un logement sur plusieurs niveaux. .

Moins de **1 %** habite dans les étages supérieurs d'immeubles dispose d'un ascenseur.

18 % déclarent avoir des difficultés pour accéder à leur entrée d'immeuble.

25 % vivent en appartement.

40 % habitent dans des logements situés en rez-de-chaussée.

La Martinique compte proportionnellement **plus de personnes en situation de handicap actives** (ou bien en emploi ou bien à la recherche d'un emploi) que dans les autres territoires d'outre-mer ou qu'en France métropolitaine. Néanmoins, la **part des personnes en situation de handicap se déclarant être au chômage est relativement très élevée** (14%).

%	France	Martinique	Autre DOM
Autre situation	15	13	15
Chômeur (inscrit ou non)	14	6	12
Étudiante	2	2	3
Femme ou homme au foyer	5	6	20
Occupe un emploi	24	24	20
Retraité	40	49	31

Source : Insee, enquête Handicap-Santé 2008, publication octobre 2016

En décembre 2014 :

3 % des demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi sont des personnes en situation de handicap (soit 1400 personnes)

9 % des travailleurs en situation de handicap sont en activité réduite (17% pour le reste de la population de la région)

52 % des demandeurs d'emploi en situation de handicap sont des femmes

66 % des personnes en situation de handicap et de chômage de longue durée sont des femmes (soit 45% contre 55% d'hommes)

Durée moyenne d'inscription au chômage :

1 157 jours pour une personne en situation de handicap (786 jours pour tout public).

Source : Etats des lieux « regards croisés » - Handi-pacte, 2014

[15] *Le handicap en Martinique : Une question d'âge et un entourage omniprésent – Dossier INSEE Martinique, n°4, Septembre 2016*

Quelques chiffres sur l'emploi des personnes en situation de handicap

400 salariés dans les entreprises assujetties

2/3 des entreprises assujetties emploient une personne en situation de handicap

800 employés dans l'administration

187 placements par Cap Emploi

40 maintiens dans l'emploi

Dispositif Sameth : **+ 100 %** entre le 1er semestre 2015 et le 1er semestre 2016 (passant de 14 à 28 maintiens)

2,5 % de personnes en situation de handicap chez les employeurs (3,3 % au niveau national. Obligation législative : 6 %)

Une augmentation du nombre de demandeurs d'emploi en situation de handicap alors que la part globale des demandeurs d'emplois baisse

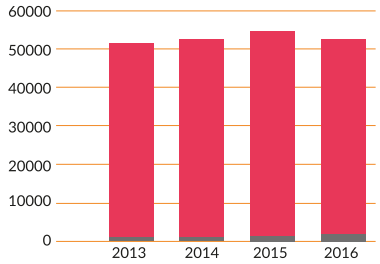
Age des chercheurs d'emploi en situation de handicap (%)

La majorité des demandeurs d'emploi en situation de handicap a moins de 40 ans (38 %). Les personnes de 50 ans au moins en situation de handicap demandeurs d'emploi représentent 18 % des chômeurs en situation de handicap. Parmi les personnes en situation de handicap, les femmes sont les plus représentées, notamment au Sud :

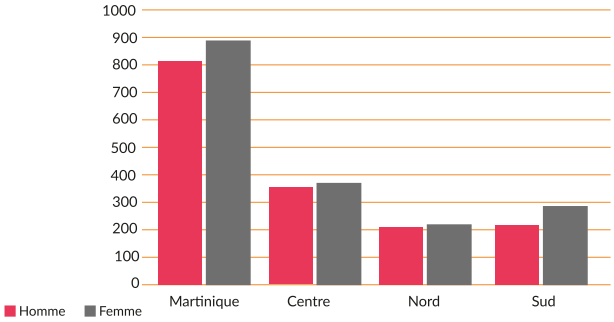
	MARTINIQUE	CENTRE	NORD	SUD
	1720	733	448	521
HOMMES	820	365	223	239
FEMMES	900	368	225	282

Une majorité de personnes en situation de handicap possèdent un faible niveau de qualification. À noter que la part des personnes ayant un niveau de qualification inférieur à VI augmente.

Evolution des demandeurs d'emploi



Répartition par sexe et géographique des demandeurs d'emploi en situation de handicap (février 2017)



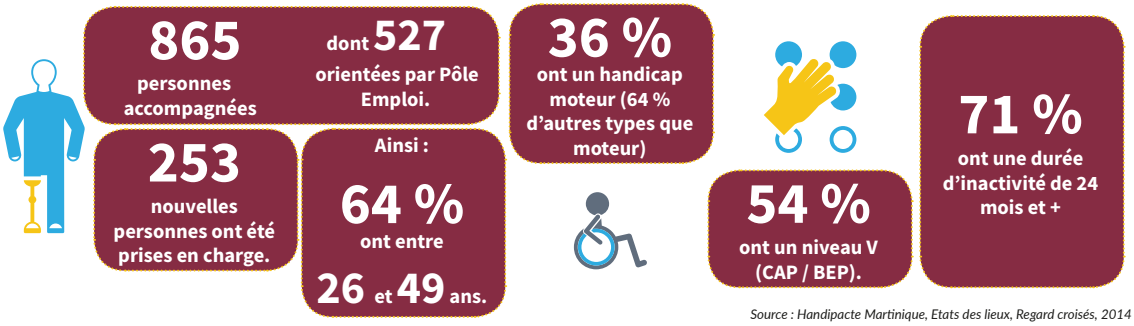
Source : Bulletin Marché du travail - Dieccte Martinique, février 2017 - Dieccte-Nostra (Pôle emploi)

Le domaine des services à la personne est le domaine d'emploi le plus recherché par les personnes en situation de handicap (26%, soit 459 demandeurs d'emploi). Les choix d'orientation et de reconversion professionnelle sont basés sur les activités pour lesquelles les niveaux VI, V voire IV sont suffisants. La priorité est donnée à l'accès à l'emploi rapide mais pas forcément durable permettant d'accéder à une source de revenus et d'éviter un éloignement du monde du travail.

Carctéristiques des demandeurs d'emploi dans la région en 2016		
Sexe et âge	**% DEBOE**	**% DETP**
Femmes	53	58
50 ans et plus	46	31
Formation & qualification		
Niv. de formation inférieur au CAP (V bis et VI)	**35**	25
Niveau de formation BAC et + (I à IV)	**22**	35
Faible niveau de qualification (manœuvre, OS, employé non qualifié)	**40**	32
Durée du chômage		
Chômeurs de longue durée (≥ 1 an)	66	54
Chômeurs de longue durée (≥ 2 ans)	49	36
Chômeurs depuis 3 ans et plus	38	26

Source : le tableau de bord régional. Emploi et chômage des personnes handicapées. Premier semestre 2016, Agefiph, 2013

Caractéristiques des demandeurs d'emploi de CAP Emploi



Source : Handipacte Martinique, Etats des lieux, Regard croisés, 2014

Une baisse de l'aide à la création d'entreprises est observée par l'Agefiph[16] , ainsi qu'une baisse des entrées en contrats professionnalisants (-67% en un an) et une augmentation des entrées en contrats d'apprentissage (+300%).

Selon l'enquête réalisée par Handipacte en 2014, les acteurs évoquent des difficultés liées à [17] :

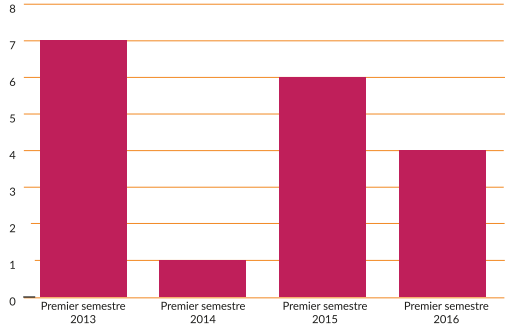
- une méconnaissance des handicaps et un faible niveau de qualification qui rendent difficiles les recrutements.
- La contrainte d'une éventuelle réorganisation ou réaménagement des horaires de travail.
- Des moyens financiers moindres et ne permettant pas d'opérer des projections en termes de recrutement,

Par ailleurs, les décisions stratégiques et opérationnelles arrêtées par les ministères nationaux dont dépendent certaines institutions, rallongent la procédure de mobilisation des dispositifs de l'État (les contrats aidés et alternés) pour un double résultat : gagner en compétences et surtout en qualification.

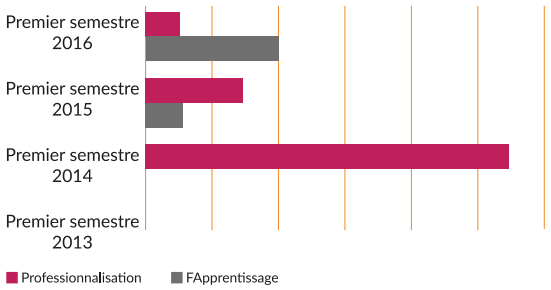
D'après l'étude sur « l'accessibilité des manifestations évènementielles » de la DEAL Martinique (Juillet 2014), **près de la moitié des personnes souffrant de handicap** ne peut avoir d'activité de loisirs faute de revenus suffisants. **L'accessibilité représente près de la moitié des motifs invoqués** par les personnes en situation de handicap pour justifier leur non-participation à des évènements.

[16] *Association de gestion du fond pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées. Elle a pour missions de favoriser l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées dans les entreprises privées.*
[17] *Résultat de l'enquête consultable dans « États des lieux, Regards croisés », Handipacte, 2014*

Création d activités aidées par l AGEFIPH



Evolution des entrées en stage et emploi aidés par l'AGEFIPH



Source : Le tableau de bord régionale. emploi et chômage des personnes handicapées. Premier semestre 2016, Agefiph,2016

DIAGNOSTIC DE L'OFFRE

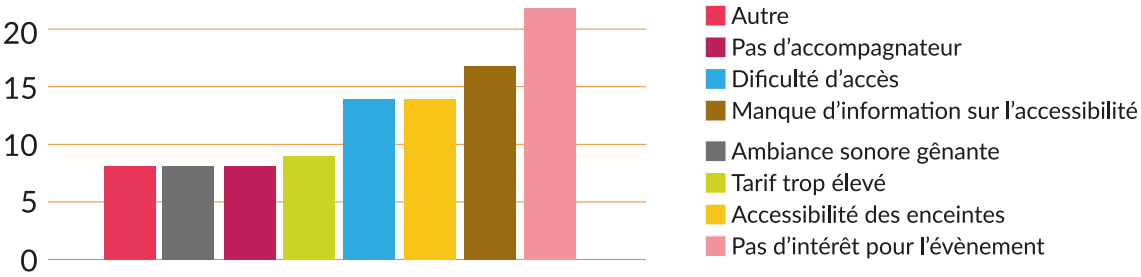
Forces, faiblesses et pistes de réflexion

Raisons empêchant la pratique d'activités de loisirs %

	Martinique	France	Autres TOM
Revenus insuffisants	46	36	57
Manque de temps	40	61	38
Aucune de ces raisons	16	12	10
Problèmes de santé ou handicap	11	11	7
Accès difficile / impossible	7	3	6
L'attitude et comportement des autres	1	2	3
Sentiment d'insécurité	1	11	1

Source : Insee, Enquête Handicap-santé, 2008

Raison empêchant la fréquentation des manifestations évènementielles (%)



LES POINTS CLÉS À RETENIR

Des difficultés d'accès à l'offre existante en lien avec la question de la mobilité

- Des difficultés de mobilité liées à l'organisation des transports et la topographie du territoire
- Des difficultés liées à l'organisation territoriale de l'offre (offre de soins, offre médico-sociale, offre de loisirs…) – concentrée au Centre de la Martinique.

Au manque de ressources s'ajoute le manque d'accessibilité (ou d'information sur l'accessibilité) comme principales causes de non-participation à des événements chez les personnes en situation de handicap.

Une population fragile avec de faibles niveaux de ressources (des effectifs d'allocataires qui sont concentrés sur la CACEM, mais des fragilités qui sont exacerbées sur le Nord de l'île où 15 % de la population totale est située en zone fragile avec de potentiels avec des freins financiers à l'accès à l'offre, notamment l'offre de loisirs.

Des freins à l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap :

- Du point de vue des employeurs : des difficultés à appréhender certains handicaps pour envisager le parcours le plus approprié, un manque de connaissance des acteurs du handicap et des aides/mesures en faveur de leur embauche...
- Pour les personnes en situation de handicap à la recherche d'un emploi : un niveau de qualification en moyenne moins élevé que les autres demandeurs d'emploi.
- Une difficulté à accéder à l'auto-entreprenariat.

POINTS POSITIFS

- **Concernant l'accès à la vie professionnelle**
  - Des projections d'offres d'emploi sont disponibles dans de nombreux domaines pour les personnes en situation de handicap.
  - Un recrutement s'effectue dans toutes les fonctions publiques pour les personnes en situation de handicap.
  - L'Agefiph met en œuvre diverses actions pour favoriser l'emploi des personnes en situation de handicap
  - Une augmentation sur trois ans des entrées en contrats de professionnalisation et d'apprentissage s'observe.
- **Concernant les autres enjeux d'accessibilité et d'accès à la vie sociale**
  - Des interventions permettent le développement des accessibilités
    - Dans le champ des transports (réseau Mozaïk, établissements recevant du public, développement des entreprises de transports des PMR…)
    - Par la diffusion d'un guide à l'attention des organisateurs regroupant les critères à prendre en compte (DEAL en 2013) informant des normes et règlements d'accessibilité et à l'attention des collectivités (2014)
  - Des dispositifs visent à lutter contre l'isolement : ex : Plateforme d'écoute téléphonique « Lutte contre l'isolement » à Schœlcher.

AXES DE RÉFLEXION ET D'AMÉLIORATION

- **Concernant l'accès à la vie professionnelle**
  - Avec 509 places (toutes autorisées et installées), le taux d'équipement reste pourtant en deçà de la moyenne nationale et les acteurs pointent des difficultés à obtenir une place – un enjeu d'adaptation de l'offre de travail en ESAT au marché de l'emploi d'une part et aux débouchés commerciaux d'autre part (réflexion engagée sur le sujet).
  - De nombreux freins à l'accès à l'emploi des travailleurs en situation de handicap du point de vue des employeurs sont identifiés.
  - Un enjeu se pose autour de la formation initiale et professionnelle des actifs en situation de handicap : l'offre de formation en direction des personnes en situation de handicap est en baisse -18,95% (source : États des lieux « regards croisés », Handi-pacte, 2014).
- **Concernant les autres enjeux d'accessibilité et d'accès à la vie sociale**
  - Les aménagements urbains ne répondent pas suffisamment aux besoins de mobilité (trottoirs, parcours sonores…).
  - L'offre d'animation (loisirs et culture) en structures ou à domicile pourrait être renforcée.
  - La diversité des types de handicap est insuffisamment prise en compte (ex. difficulté pour les personnes en situation de handicap psychique à utiliser les transports en commun aux heures de pointe, etc. ; cécité, surdité et insuffisance d'aménagements de signalements sonores).

LES ENJEUX ET QUESTIONNEMENTS DANS LE CADRE DE CE NOUVEAU SCHÉMA

L'accès à la vie professionnelle

- Quelles offres développer, à travers le schéma, pour favoriser l'accès à la vie socio-professionnelle des personnes en situation de handicap ?
- Comment mieux mobiliser les différentes compétences de la CTM en vue de renforcer l'accès à la formation, de lever les freins à l'emploi des demandeurs d'emploi bénéficiaires de l'obligation d'emploi ?

La promotion des offres culturelles, sportives et de loisirs, adaptées et accessibles

- Comment, à travers le schéma Autonomie, soutenir les initiatives menées en faveur de l'accessibilité de l'offre sportive, culturelle et de loisirs ? Comment élargir des publics visés et prendre en compte tous les types de handicap ?
- Quel accès à l'information sur les initiatives existantes sur les territoires ? Quels lieux ressources à l'échelle locale ?

La prise en compte des enjeux de mobilité et de transport

- Comment poursuivre le développement d'offres de transports adaptés en tenant compte de la diversité des besoins et des territoires ?
- Comment encourager le développement des services de transport à la demande ?
- Quels outils pour favoriser la déambulation dans les villes et les rues ?

L'accès à la vie sociale

- Comment approfondir le travail sur l'accès à la vie sociale mené par les établissements ? Comment poursuivre le renforcement de la place des usagers dans les processus d'évaluation et de décision ?
- Quelle offre d'animation pour les personnes vivant à leur domicile ?
- Quels leviers pour promouvoir les services, dans un contexte de développement d'une filière économique spécifique ?
- Comment prendre en compte la diversité des handicaps sur cette question de l'accès à la vie sociale (et notamment le handicap psychique) ?

6) Développer la filière économique du secteur de l'autonomie

DÉFINITION ET ENJEUX NATIONAUX

Silver Economie

La **Silver Economie** se définit comme l'économie au service des seniors : elle recouvre l'ensemble des activités économiques touchant ce public. Il ne s'agit donc pas d'un secteur mais plutôt d'un écosystème croisant différents secteurs.

D'après le portail officiel de la «Silver Économie» : «Comme son nom l'indique, la Silver Économie n'est pas un marché mais une économie transversale qui trouve des déclinaisons dans de nombreux marchés. Ainsi, à l'instar de la Green Économie, le vieillissement de la population est une véritable lame de fond qui va impacter tous les secteurs : loisirs, transport, alimentation, sécurité, santé, domicile, habitat collectif, assurance, assistance, téléphonie, internet, sport…etc. Tous ces marchés sont déjà en train de s'adapter ou de se décliner sur des segments liés au vieillissement de la population et au bien-vieillir. La croissance attendue du PIB français issu de la Silver Économie est de 0,25% par an»

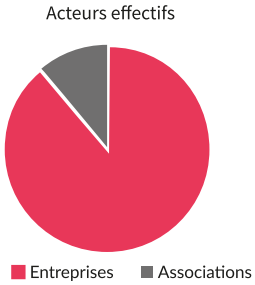
Face aux enjeux de vieillissement de la population et la nécessité de structurer la Silver Économie, un Contrat de filière de la « Silver Économie[18] » a été signé en décembre 2013. Il se décompose en 6 axes :

1. créer les conditions d'émergence d'un grand marché de la Silver Économie
2. favoriser le développement d'une offre compétitive
3. exporter les produits et les technologies de la Silver Économie
4. professionnaliser les acteurs de la Silver Économie
5. communiquer positivement sur les âgés et le « bien vieillir » auprès du grand public et des distributeurs
6. créer des innovations dans le champ de la Silver Économie

CONSTATS

Positionnement des acteurs de la Silver Économie

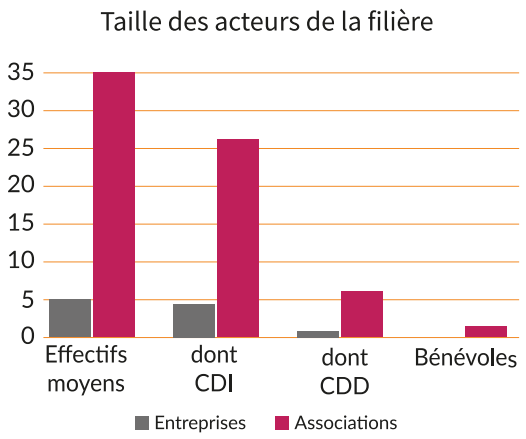
D'après le rapport d'étude de mai 2015 de la CCIM sur la Silver Économie[19], la **Silver Économie représente 117 entreprises et 13 associations**, soit respectivement 1 415 salariés et 746 salariés. L'enquête menée dans le cadre de l'étude révèle également 21 acteurs potentiels (susceptibles de devenir des acteurs de la Silver Économie à un horizon 3 ans).



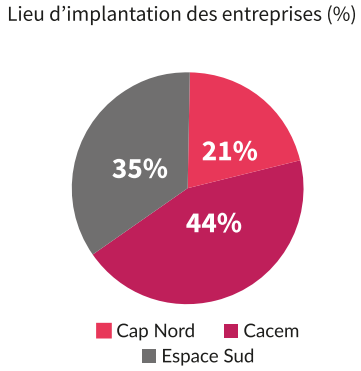
Le **chiffre d'affaires global du domaine s'élève à 61M€**. Les secteurs d'activité les plus représentés sont la santé (36%), le domaine du cosmétique et bien-être (17%), la distribution alimentaire (11%), les services à la personne (SAP, 9%), le transport (9%), le loisir et le tourisme (9%), l'habitat (sanitaire, domotique, hébergement adapté, 4%) et le service à domicile (1%).

[18] *«La Silver Économie, une opportunité pour la France» (décembre 2013), rapport du Commissariat général à la stratégie et à la prospective*
[19] *«Étude Silver Économie : identification de la filière en Martinique», juillet 2015*

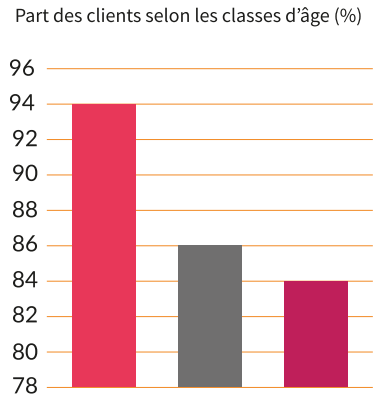
Concernant les acteurs économiques de la filière de la Silver Économie, il est à noter que si les trois EPCI recensent des entreprises de la filière, le Sud en est moins pourvu. La majorité des entreprises « silver économiques » se trouvent au Centre de l'île.



Source : CCIM, Etudes filière, «La Silver économie : identification des acteurs de la filière en Martinique, Septembre 2016



La clientèle des entreprises de la « **Silver Économie** » est très largement dominée par une clientèle de particuliers installée en Martinique, les autres clients pouvant être des associations, des entreprises ou des collectivités. Toutes les catégories de seniors sont représentées en termes de tranche d'âge et de degré d'autonomie.



Source : CCIM, Etudes filière, «La silver économie : identification des acteurs de la filière en Martinique, septembre 2016

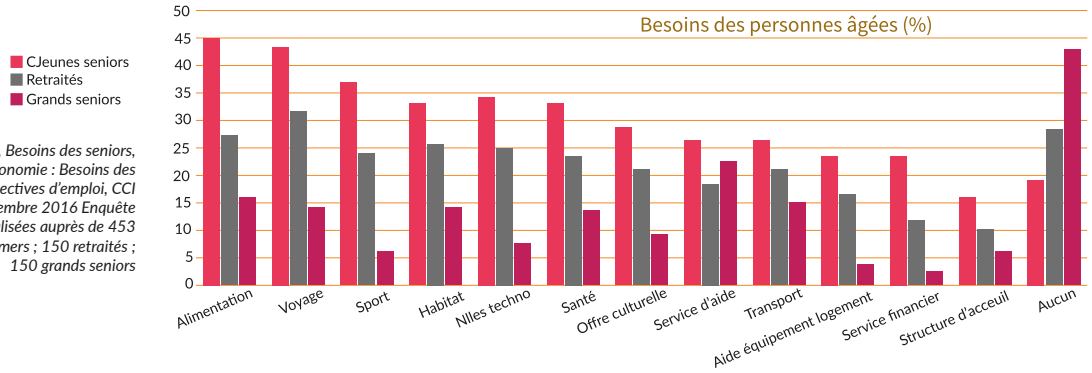
Les seniors consommateurs : des profils de consommation différents selon l'avancée en âge

L'âge peut influencer le comportement de consommation des individus. Si les seniors encore en activité ont un comportement de consommation similaire à celui des 25-44 ans, leurs pratiques évoluent à partir de 65 ans. En effet, les postes de dépenses qui augmentent pour les retraités sont essentiellement l'alimentation, le logement ainsi que les biens et services divers (qui incluent les services de soins personnels). Les postes transports, loisirs et culture diminuent après 65 ans mais restent à un niveau élevé[20].

[20] *D'après CCIM, Silver Économie – rapport d'étude 2015*

L'intérêt et les besoins exprimés diminuent avec l'âge et la perte d'autonomie : les **grands seniors** (75 ans et plus) **sont près de la moitié à déclarer ne pas avoir de besoins particuliers**[21], tandis que les boomers (50-64 ans) sont ceux qui expriment les plus grands besoins dans le plus grand nombre de domaines. Selon l'enquête, les attentes des seniors (65-74 ans) en matière de transports portent essentiellement sur les transports en commun : fréquence de passages, tarifs pour les seniors….

Les besoins exprimés par les personnes âgées de 50 ans et plus et les personnes dépendantes ou en perte d'autonomie

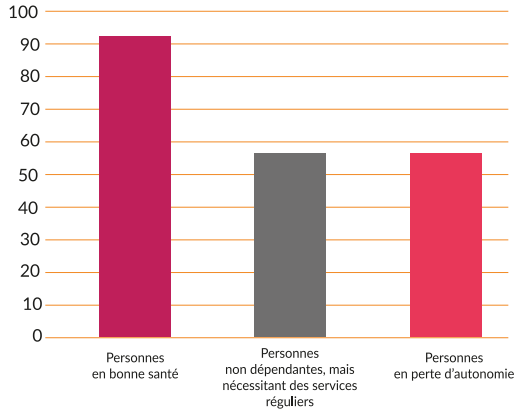


Source : CCIM, Besoins des seniors, « La silver économie : Besoins des seniors et perspectives d'emploi, CCI Martinique, septembre 2016 Enquête réalisées auprès de 453 seniors (153 boomers ; 150 retraités ; 150 grands seniors

Les **besoins exprimés par les personnes âgées de 50 ans et plus et les personnes dépendantes ou en perte d'autonomie sont variables**. Si toutes les classes d'âges seniors ont recours aux biens et services des acteurs de la filière, c'est parmi la classe d'âge des seniors « boomers » que les clients sont le plus nombreux (94 % de la tranche fait appel aux produits, biens et services de la filière). À noter que plus l'âge est avancé, moins les individus de la classe d'âge font appel aux acteurs de la filière.

Plus le niveau de dépendance est prononcé, moins la part de clients de la filière est importante. C'est parmi les personnes se déclarant en bonne santé que la consommation est la plus importante (93%, contre 53% pour les personnes en perte d'autonomie). Il semble que les seniors actifs soient consommateurs de tous les services, alors que les Grands seniors (âgés de 75 ans et plus) paraissent ne faire appel qu'à une offre plus restreinte.

Part des clients selon le mnieau de dépendance (%)



Source : CCIM, Etudes filière, «La silver économie : identification des acteurs de la flière enMartinique, Septembre2016

[21] *Enquête réalisée auprès de 453 seniors (153 boomers, 150 retraités, 150 grands seniors)*

Perspectives de la Silver Économie

Selon les projections de la CCI, un **doublement de l'emploi actuel d'ici 2040 est à prévoir** dont près de la moitié des nouveaux emplois seront consacrés aux services à la personne. Des perspectives chiffrées peuvent être établies au regard des différentes études recensées dans le rapport sur la Silver Économie de mai 2015.

Secteurs	Nombre de création d'emplois (sur la période)	Source	Hypothèses	Observations
Aide à domicile pour les personnes âgées dépendantes	1 200 (2010-2020)	Antianéchos n°25 (2012)	**Constance des taux de recours actuels aux professionnels et du temps moyen par ceux-ci au domicile des personnes âgées dépendantes**	**Postes: Aide-ménagère et auxiliaire de vie**
Hébergement pour personnes âgées dépendantes	200 (2010-2020)	Antianéchos n°25 (2012)	**0,5 ETP par place d'hébergement 400 places supplémentaires nécessaires sur la période**	**Aides-soignants et agents de service hospitalier**
Construction de logements neufs	20 000 (2015-2030)	INSEE-DEAL (2014) Traitement V.E.V Consulting	**1,2 ETP par logement 2 200 logements par an, dont une partie due au vieillissemnt de la population**	
Adaptation / rénovation de logements pour les personnes âgées	2 250 (2015-2030)	V.E.V Consulting	**18 emplois (4,5 ETP an) par million d'euros de travaux 33 millions par an investis**	
Commerce de proximité (densification du réseau des épiceries et supérettes)	2 000 (période non spécifiée)	étude AFD-CCIM (2003)	**N.D.**	

Le potentiel de développement en personnel médical identifié pour les différents personnels agissant dans le secteur est détaillé ci-dessous :

Potentiel de développement en personnel médical et effectifs de l'offre générale au sein de la CCIM

Catégorie de personnel	2008	2010	2015	2020
Personnel de direction	45	47	54	62
Personnel des services généraux	92	98	112	128
Personnel d'encadrement	10	11	12	14
Personnel éducatif, social et d'animation	46	49	56	63
Personnel médical et paramédical	32	34	39	44
Infirmière DE	73	77	89	101
Aide-soignant	234	248	284	323
Agent de service hospitalier	216	229	261	298
Ensemble	**748**	**793**	**907**	**1033**

Source : Enquête Ejâ 2007

Certains secteurs sont retenus comme prioritaires au travers des différentes études ou documents des collectivités[22]. Elles peuvent être synthétisées par le tableau ci-dessous[23].

Filière			Hypothèses	Observations
Logement, construction et éconconstruction	Vieillissement de la population décohabitation, performance énergétique du bâti, construction	Secteur fortement dépendant de la commande publique, comportement hégémonique des majors nationaux	Adaptation des logements (PMR)	Réalisation de travaux d'intérêt régional : infrastructures routières, ZAE, mise aux normes parasismiques des bâtiments publics, accessibilité handicapés, logements sociaux
Économie numérique	Nombreux ingénieurs TIC Martiniquais, Fertilisation croisé des secteurs : e-tourisme, e-learning, e-santé	Concurrence internationale dématérialisée, Secteur atomisée	Domotique, téléassistance, vente à distance	Déploiement du haut débit et formation des personnes et autres secteurs d'activités aux usages des TIC
Agro-transformation	Savoir-faire, potentiel important pour les activités de transformation de produits locaux (fruits et légumes) dans un contexte d'engouement pour les produits de qualité (produit biologiques, diététiques, labellisés...)	Forte concurrence de produits importés, même sur les produits alimentaires artisanaux	Désir d'alimentation saine des seniors	Intégration des TIC dans les processus de production, vulgarisation des process qualité sécurité environnement, développement des circuits courts de commercialisation
Valorisation de la biodiversité végétale et marine	Biodiversité riche de la Martinique	Secteur émergent, marché de niches où les investisseurs hésitent à prendre position	Pharmacopée traditionnelle et cosmétique pour seniors en valorisant les produits locaux	ZAE, Parc d'innovation Partenariats public-privé pour réaliser les investissements à externalités positives
Services A la Personne (SAP)	Vieillissement de la population	Demande peu solvable	S.A.P en direction des personnes âgées	Professionnalisation des acteurs Dispositifs de validation et de reconnaissance des compétences
Tourisme et développement culturel	Economie des loisirs, capital naturel et culturel de la Martinique	Image de la destination et forte concurrence par les prix des pays voisins	Tourisme gris, désirs de loisirs des jeunes seniors et jeunes retraités, disposant de temps libre	Diversification de l'offre, notamment en lien avec le tourisme culturel
Nautisme	Positionnement géographique et savoir-faire : voilerie, électronique embarquée...	Forte concurrence des pays voisins	Attraction de plaisanciers seniors à haut pouvoir d'achat	Labellisation de type Odyssea, construction de marinas et ports à sec
Transport	Autorité organisatrice des transports unique (AOTU) créée en 2015	Congestion routière, problématique du dernier kilomètre	Transport à la demande	Développement du transport collectif, facilitation du transport à la demande

Près de la moitié des entreprises identifiées comme étant actrices de la « Silver Économie » **envisage de proposer davantage de services ou produits adaptés aux besoins des seniors** dans les prochaines années. Les projets de développement concernent principalement le domaine de la santé.

Un tiers des entreprises interrogées identifient un besoin de formation, principalement la formation des auxiliaires de vie ou les formations autour des maladies affectant particulièrement les personnes âgées et la pharmaceutique. Un peu moins de la moitié des acteurs envisageant à se développer dans la Silver Économie sont prêts à recruter pour cela.

Néanmoins, un certain nombre de freins sont identifiés par les acteurs pour le développement de la Silver Économie, et en particulier des freins d'ordre financier (insuffisance de fonds). Dans une moindre mesure sont également cités la faiblesse du pouvoir d'achat de la clientèle, la mauvaise connaissance des produits et services de la Silver économie ou encore des enjeux de financement, de contexte économique ou de poids des charges.

Ces difficultés font écho aux enjeux soulevés par le contrat de filière national (2013). Des freins spécifiques à la Martinique s'ajoutent à ceux-ci à savoir l'étroitesse du territoire, son ultra-périphéricité et la prépondérance des risques naturels. De plus, les entreprises martiniquaises ont généralement faiblement recours aux TIC.

Le rapport de la CCIM sur la Silver Économie met en évidence les leviers actionnables identifiés par les acteurs interrogés. Une majorité d'entre eux expriment des besoins d'accompagnement, et notamment un besoin de conseil en financement ou en gestion et développement.

LES POINTS CLÉS À RETENIR

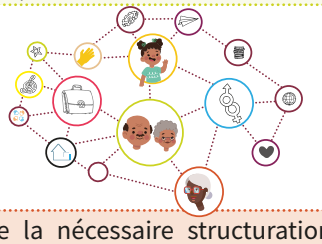
Une population vieillissante a des besoins spécifiques et différenciés en augmentation

- Les principaux besoins des personnes âgées actives concernent le bien-être et la prévention, le confort, le lien social, et l'activité physique.
- Les principaux besoins des personnes âgées fragiles concernent le Bien vieillir chez soi, le suivi des maladies chroniques, la prévention de la dépression, de la dénutrition et des chutes et le lien social.

Les principaux besoins des personnes âgées dépendantes concernent le domicile connecté, l'EHPAD connecté ou l'hôpital connecté.

Ce public-client est potentiellement plus exigeant dans le futur que les seniors actuels : les jeunes retraités, nés durant les Trente glorieuses, ont bénéficié d'un niveau de confort plus important que leurs aînés et d'un accès à la consommation de masse.

Cette filière économique nouvelle est encore fragile avec un réel besoin de structuration. Les publics et les acteurs ont une solvabilité fragile, les acteurs privés, associatifs, publics sont encore peu coordonnés. La formation professionnelle (visant à développer les métiers et valoriser les publics clients) est à renforcer.



Outre la nécessaire structuration du secteur, un accompagnement à la **solvabilisation des seniors et une aide à la professionnalisation des aidants**, professionnels et familiaux, paraissent nécessaires.

DIAGNOSTIC DE L'OFFRE : FORCES, FAIBLESSES ET PISTES DE RÉFLEXION

Forces, faiblesses et pistes de réflexion

Une filière est potentiellement génératrice d'emplois.

- Une reprise de l'activité et du nombre d'entreprises de services à la personne s'observe après une forte baisse au début des années 2010 (55 code APE – ou entreprises exclusivement tournées vers la Silver Économie, et 190 entreprises en 2015).
- Le public client est en augmentation : les emplois nécessaires aux services d'aide à domicile devraient augmenter de 45 % en équivalent temps plein entre 2010 et 2020.
- De nombreux secteurs sont impactés (tourisme, BTP, e-autonomie, artisanat local).
- La consommation des 60-74 ans pourrait représenter un tiers de la consommation totale des ménages à l'horizon 2030.

Les Pouvoirs publics identifient des relais de croissance comme :

- l'accessibilité des bâtiments publics (loi 2005) ;
- le déploiement du haut débit (TIC maillage du territoire) ;
- la formation des personnels dans le domaine de la domotique (y compris maintenance) ;
- la professionnalisation des acteurs des SAP (et donc besoin de formation) ;
- la multiplication et la diversification des transports légers.

Des initiatives visent à développer ce potentiel par :

- des colloques et des séminaires menés par les partenaires institutionnels pour informer, mobiliser, valoriser et développer la filière.
- La mise en place d'un label « Tourisme et handicap » (donnant aux touristes en situation de handicap ainsi qu'à leur entourage une information fiable, sur l'accessibilité des lieux de vacances et de loisirs, visualisée par un pictogramme correspondant aux quatre principaux types de handicaps : moteur, visuel, auditif, mental).

AXES DE RÉFLEXION ET D'AMÉLIORATION

- **Il convient de valoriser la filière et de renforcer son identification comme un secteur de développement à part entière** face à la méconnaissance de la filière et de ses spécificités par les acteurs économiques (86% des entreprises interrogées par la CCIM, soit 190 n'ont jamais entendu parler de la Silver économie)[24].
- **Un autre enjeu est la coordination des acteurs institutionnels autour de la filière.**
    - Compte tenu de l'inégale répartition de l'offre, près de la moitié des entreprises se situe sur les territoires de la CACEM, soit 44% des acteurs. 21% sont au Nord et 35% au Sud.

[24] *Présentation du sondage lors des journées du Grand RDV des décideurs consacrées à la silver économie en Martinique (sept.2016).*

  - Par le partage d'études/actions/évaluations prospectives du « comité filière SE » de la CCIM.
  - Avec un besoin de leadership plus affirmé localement, qui pourrait être assuré par la CTM.

- **Il apparaît nécessaire de structurer les acteurs économiques de la filière** par exemple par la mise en place de clusters et l'instauration d'un observatoire central.

LES ENJEUX ET QUESTIONNEMENTS DANS LE CADRE DE CE NOUVEAU SCHÉMA

La structuration de la filière

- Comment mieux repérer les acteurs économiques ? Quels outils d'observation du secteur ?
- Quelle place doit être accordée aux pouvoirs publics dans cette structuration ?
- Une structuration qui pourrait passer par la mise en place d'un cluster ?
- Quelles garanties en matière de qualité de services ? (Une labellisation des entreprises et services en direction des publics en plus de la certification déjà présente ?)
- Quelle offre de formation ?
- Quelles actions pour assurer le financement, la pérennisation et la solvabilité des investisseurs ?
- Comment sécuriser la filière face aux acteurs/solutions concurrents ?

La mobilisation des acteurs et la valorisation du secteur

- Quels leviers pour favoriser la demande (aujourd'hui, un quart des personnes âgées n'exprime aucun besoin) ?
- Comment valoriser le domaine de l'autonomie ?
- Quelles actions pour conforter/préserver le couple aidant-aidé dans le choix d'un acteur de la filière ?

SYNTHÈSE DES ENJEUX PRIORITAIRES – PARTIE 1

1 **Un enjeu d'interconnaissance et de coordination entre les différents acteurs sociaux, sanitaires et médico-sociaux pour un meilleur accompagnement des publics vers l'offre existante et l'atténuation des ruptures dans les parcours de vie.**

2 **Un enjeu de développement des solutions pour la prévention et le repérage des situations de perte d'autonomie.**

3 **Un enjeu de structuration et de développement de l'offre de services et de soutien à domicile (SADD, SAVS-SAMSAH, etc.) y compris les offres de répit (accueil de jour, hébergement temporaire, etc.) et pour des publics fortement dépendants (adaptation du logement, articulations des prises en charge médicales et médico-sociales, etc).**

4 **Un enjeu de développement de la filière économique de l'autonomie, secteur en mutations et avec un fort potentiel de croissance et d'innovation.**

5 **Et à plus long terme, un enjeu de développement de l'offre d'hébergement médicalisé et non médicalisé pour des personnes âgées dépendantes et de plus en plus isolées.**

PARTIE 2
PLAN D'ACTION 2018 - 2023

AXE STRATÉGIQUE 1

PRÉSERVER ET DÉVELOPPER L'AUTONOMIE DE TOUTES ET DE TOUS POUR RENDRE LA SOCIÉTÉ MARTINIQUAISE PLUS INCLUSIVE

OBJECTIF 1	Conforter la coordination des acteurs et l'articulation des politiques de prévention de la perte d'autonomie
ACTION 1	Renforcer la coordination des acteurs et l'articulation des plans de prévention de la perte d'autonomie dans le cadre de la Conférence des financeurs : favoriser son évolution vers les personnes en situation de handicap

DÉFINITION DE L'ACTION ET FINALITÉ

La Conférence des Financeurs de la prévention de la perte d'autonomie est une instance de coordination mise en œuvre par la loi du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement (ASV) et qui vise à établir un **diagnostic des besoins des personnes de plus de 60 ans** sur le territoire départemental, **recenser les initiatives locales et définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives** de prévention.

L'instance réunit en Martinique (depuis 2017) les **acteurs engagés dans la prévention de la perte d'autonomie des publics âgés. Ces acteurs sont pour la plupart également investis dans le champ du handicap.**

PILOTE(S)

- CTM

PARTENAIRES CONCERNÉS

- ARS
- CGSS
- UDCCAS et CCAS
- Mutuelles
- Caisses de retraite
- Tout autre acteur associatif

CIBLE (S)

- Personnes âgées de plus de 60 ans (cadre de la Conférence des financeurs
- Personnes en situation de handicap.

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE / FEUILLE DE ROUTE

1.1
Poursuivre le développement de la Conférence des financeurs.

1.2
Étudier l'évolution possible de l'instance vers les personnes handicapées.

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE SUIVI

- Nombre de projets reçus dans le cadre des appels à projet de la Conférence des financeurs et évolution
- Nombre d'actions financées dans le cadre de la Conférence des financeurs et évolution
- Nombre de personnes en situation de handicap ayant bénéficié d'une action financée par la Conférence des financeurs et évolution

DATE PRÉVISIONNELLE DE L'ACTION

septembre 2018

↓

décembre 2019

AXE STRATÉGIQUE 1 — PRÉSERVER ET DÉVELOPPER L'AUTONOMIE DE TOUTES ET DE TOUS POUR RENDRE LA SOCIÉTÉ MARTINIQUAISE PLUS INCLUSIVE

OBJECTIF 2 — Affiner le repérage des personnes âgées ou en situation de handicap isolées et vulnérables

ACTION 2 — Définir des outils et des critères de repérage partagés

DÉFINITION DE L'ACTION ET FINALITÉ

La **fragilité est une notion complexe supposant un travail de définition** : des projets de recherche pour cerner les critères définissant une situation de fragilité sont conduits sur le territoire. L'isolement est un facteur essentiel de la fragilité. D'autres critères peuvent contribuer à cette définition, en particulier le niveau de ressources ou le niveau d'exposition aux risques naturels du territoire. Ceux-ci sont en effet à prendre en considération, touchant toute la population mais pouvant rendre les personnes âgées particulièrement vulnérables.

Cette **définition de la fragilité doit être partagée** : un outil de repérage ne peut être efficace que si les acteurs pouvant intervenir auprès des publics cibles se l'approprient pour avoir un langage **commun** en vue d'une mobilisation optimisée.

PILOTE(S)

- CTM

PARTENAIRES CONCERNÉS

- ARS
- CGSS
- MAIA
- ESSMS Secteur sanitaire (dont URPS et URML)
- UDCCAS, CCAS
- Associations
- Membres de la Conférence des financeurs

CIBLE (S)

- Personnes âgées en perte d'autonomie

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE / FEUILLE DE ROUTE

2.1
Élaborer une grille martiniquaise commune de repérage des fragilités

2.2
Diffuser cet outil et en favoriser l'appropriation par les acteurs de proximité (MAIA, CGSS, caisses de retraites, acteurs de terrain…)

DATE PRÉVISIONNELLE DE L'ACTION

septembre 2018

↓

décembre 2019

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE SUIVI

Nombre de réunions multi-partenariales organisées pour la définition d'un outil de repérage

Formalisation d'un outil de repérage des fragilités partagé

Nombre d'acteurs martiniquais utilisant l'outil de repérage

Réalisation d'un bilan de l'utilisation de l'outil (dont indicateurs qualitatifs sur le niveau d'appropriation par les différents acteurs)

Nombre de projets de lutte contre l'isolement recensés dans le cadre de la Conférence des financeurs

Montant total dédié au soutien des projets de lutte contre l'isolement (dont Conférence des financeurs)

AXE STRATÉGIQUE 1 — PRÉSERVER ET DÉVELOPPER L'AUTONOMIE DE TOUTES ET DE TOUS POUR RENDRE LA SOCIÉTÉ MARTINIQUAISE PLUS INCLUSIVE

OBJECTIF 2 — Affiner le repérage des personnes âgées ou en situation de handicap isolées et vulnérables

ACTION 3 — Favoriser la réalisation d'études à l'échelle du territoire sur les personnes âgées et les personnes en situation de handicap

DÉFINITION DE L'ACTION ET FINALITÉ

Une meilleure connaissance partagée des problématiques du territoire favorise un travail partenarial à l'échelle du territoire et la réalisation d'actions conjointes plus efficaces car partant de diagnostics plus précis.

Une dynamique partenariale peut faciliter également des financements partagés pour la réalisation de ce type d'études (en lien avec la Conférence des financeurs notamment).

PILOTE(S)

- CTM
- DJSCS (en tant qu'animateur de la POSS)

PARTENAIRES CONCERNÉS

- Observatoires du territoire : OSM, direction régionale de l'INSEE, ADUAM, CGSS…
- ARS
- MMPH
- Partenaires institutionnels participant à la Plateforme d'Observation Sociale et Sanitaire

CIBLE (S)

- Personnes âgées
- Personnes en situation de handicap

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE / FEUILLE DE ROUTE

3.1
Poursuivre le soutien de la CTM aux initiatives partenariales contribuant à une meilleure connaissance partagée du territoire, notamment en mobilisant des moyens accessibles aux porteurs de projet(s).

3.2
Contribuer à la diffusion des études dans le champ du vieillissement et du handicap.

3.3
Animer, avec la Plateforme d'Observation Sociale et Sanitaire, le partenariat autour de la « recherche » en lien avec les personnes en perte d'autonomie.

DATE PRÉVISIONNELLE DE L'ACTION

décembre 2018

↓

janvier 2023

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE SUIVI

Nombre de participations de la CTM à des réunions partenariales concernant l'observation sociale

Nombre de rencontres de la CTM avec les acteurs de l'observation sur le territoire (OSM, INSEE, ADUAM, CGSS…)

Nombre d'études réalisées sur le territoire, relayées par la CTM

Nombre d'études sur les personnes âgées et les personnes handicapées auxquelles la CTM a contribué (partage de données ou des financements)

AXE STRATÉGIQUE 1 — PRÉSERVER ET DÉVELOPPER L'AUTONOMIE DE TOUTES ET DE TOUS POUR RENDRE LA SOCIÉTÉ MARTINIQUAISE PLUS INCLUSIVE

OBJECTIF3	Engager une réflexion sur le développement de solutions de mobilité pour les personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap
ACTION 4	Mettre en œuvre du transport à la demande

PILOTE(S)

- CTM

PARTENAIRES CONCERNÉS

- ARS
- CGSS
- ESSMS Secteur sanitaire (dont URPS et URML)
- MAIA
- UDCCAS, CCAS
- Membres de la Conférence des financeurs
- Associations

CIBLE (S)

- Personnes âgées en perte d'autonomie

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE / FEUILLE DE ROUTE

4.1
Définir – en lien avec les EPCI ayant développé une compétence en matière de déplacements - un cahier des charges pour la mise en œuvre de transport à la demande. .

4.2
Suite à la mise en œuvre de l'offre, informer et communiquer sur l'existence de l'offre auprès des publics cibles (site internet, via partenaires relais, …).

4.3
Construire des partenariats avec les ESSMS ou les associations pour permettre de lier prestation d'accompagnement et prestation de transport à la demande, individuelle ou collective.

DATE PRÉVISIONNELLE DE L'ACTION

décembre 2018

↓

janvier 2023

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE SUIVI

Nombre de bénéficiaires du transport à la demande et évolution

Nombre de partenariats signés

AXE STRATÉGIQUE 1 — PRÉSERVER ET DÉVELOPPER L'AUTONOMIE DE TOUTES ET DE TOUS POUR RENDRE LA SOCIÉTÉ MARTINIQUAISE PLUS INCLUSIVE

OBJECTIF 3	Engager une réflexion sur le développement de solutions de mobilité pour les personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap
ACTION 5	Améliorer l'accessibilité des services publics aux publics âgés et en situation de handicap

DÉFINITION DE L'ACTION ET FINALITÉ

Depuis 2005 (loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées), la loi affirme le principe d'accessibilité généralisée.

Par ailleurs, la loi NOTRe a rendu obligatoire la réalisation d'un Schéma d'Amélioration de l'Accessibilité des Services au Public (SDAASP) pour une durée de 6 ans, par les départements. Le schéma d'amélioration de l'accessibilité des services au public doit permettre d'évaluer l'offre proposée, son développement nécessaire, les besoins émergents de la population et d'envisager de nouvelles solutions de services, de manière prospective. Il doit constituer un projet de territoire partagé et réalisé au bénéfice des populations. Le schéma d'amélioration doit également viser au renforcement de l'offre de services et à la mutualisation entre plusieurs intercommunalités en cas de déficit de services de proximité.

PILOTE(S)

- CTM
- Préfecture

PARTENAIRES CONCERNÉS

- EPCI et communes
- Partenaires institutionnels de la CTM et de la Préfecture (ARS, CCIM, Éducation nationale, Pôle Emploi, CGSS…)

CIBLE (S)

- Personnes âgées et personnes en situation de handicap
- Tous les Martiniquais usagers des services publics

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE / FEUILLE DE ROUTE

5.1 Dans le cadre des travaux d'élaboration du **schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services au public**, inclure particulièrement la question de l'accessibilité pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées.

5.2 Organiser des **temps d'information et de sensibilisation** à la question de l'accessibilité pour les personnes âgées et les personnes handicapées et d'information à destination de l'ensemble des acteurs concernés sur le territoire.

5.3 Créer et faire vivre un **réseau de conseil en accessibilité, mobilisable** pour des aménagements publics et privés, réunissant des architectes, des ergothérapeutes et des techniciens martiniquais.

DATE PRÉVISIONNELLE DE L'ACTION

décembre 2018

↓

janvier 2023

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE SUIVI

Rédaction du schéma d'accessibilité des services aux publics

Nombre d'actions du schéma d'accessibilité visant les personnes âgées et les personnes handicapées

Nombre de sensibilisation et formation réalisées sur le sujet

AXE STRATÉGIQUE 1 — PRÉSERVER ET DÉVELOPPER L'AUTONOMIE DE TOUTES ET DE TOUS POUR RENDRE LA SOCIÉTÉ MARTINIQUAISE PLUS INCLUSIVE

OBJECTIF 4 — Rendre accessible l'information pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap

ACTION 6 — Adapter les supports d'informations à l'endroit des publics cibles

DÉFINITION DE L'ACTION ET FINALITÉ

L'information est indispensable pour favoriser un meilleur recours des usagers aux différentes prestations existantes : la question de l'information est étroitement liée à la celle de l'orientation et suppose un travail partenarial renforcé.

PILOTE(S)

- CTM (service communication)

PARTENAIRES CONCERNÉS

- ARS
- MMPH
- MAIA
- CLIC
- Représentants d'usagers
- Tout acteur pouvant informer ou orienter le public
- CCAS et communes
- PTA / PAERPA

CIBLE (S)

- Personnes âgées et personnes en situation de handicap
- Tous les Martiniquais usagers des services publics

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE / FEUILLE DE ROUTE

6.1
Centraliser les informations pertinentes en fonction des publics et veiller à leur actualisation.

6.2
Décliner les supports de communication en fonction des typologies de publics.

DATE PRÉVISIONNELLE DE L'ACTION

décembre 2018

↓

janvier 2023

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE SUIVI

Nombre de mises à jour du site internet de la CTM

Nombre de formulaires et documents traduits pour les handicaps visuels/auditifs

Nombre d'acteurs adoptant la charte de bonnes pratiques en matière de communication

AXE STRATÉGIQUE 2

FACILITER LES PARCOURS DE VIE POUR MAINTENIR L'AUTONOMIE

OBJECTIF 5	Mobiliser les acteurs autour de la mise en œuvre des préconisations de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » et notamment du dispositif d'orientation permanent
ACTION 7	Poursuivre la mise en œuvre de la Réponse Accompagnée pour Tous (RAPT)

DÉFINITION DE L'ACTION ET FINALITÉ

Le rapport Piveteau « Zéro sans solution » a posé les bases d'une démarche de réponse accompagnée pour tous. Cette démarche vise à garantir à toute personne en situation de handicap un parcours de vie sans rupture, à savoir leur donner accès à l'ensemble des actions destinées à rendre agréable son environnement (scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement). Cette démarche suppose une collaboration renforcée des acteurs à travers un partenariat structuré.

La démarche de réponse accompagnée pour tous se traduit notamment par le dispositif d'orientation permanent et la création du plan d'accompagnement global (PAG) en cas d'inadaptation des réponses ou d'indisponibilité d'une offre satisfaisante pour répondre aux besoins de la personne.

PILOTE(S)

- CTM
- ARS
- MMPH

PARTENAIRES CONCERNÉS

- ESMS
- Associations de représentants d'usagers

CIBLE (S)

- Personnes en situation de handicap

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE / FEUILLE DE ROUTE

7.1 Définir le pilotage de la réponse accompagnée pour tous en Martinique

7.2 Définir le processus du dispositif d'accompagnement permanent de la MMPH

7.3 Permettre le déploiement d'une réponse territorialisée en associant l'ensemble des acteurs du territoire, par exemple via la signature d'une convention territoriale

7.4 Encourager la création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs, en nommant un pilote et en définissant les attendus

7.5 Accompagner le changement de pratiques de l'ensemble des acteurs concernés

7.6 Mettre en œuvre le système d'information relatif aux orientations en ESMS

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE SUIVI

Rédaction d'une feuille de route pour le pilotage de la Réponse Accompagnée

Nombre de réunions de l'instance de pilotage de la Réponse Accompagnée

Nombre de PAG et de GOS réunis

Signature d'une convention territoriale

Nombre d'actions développées en faveur de la pair-aidance

Nombre de formations réalisées impliquant une expertise d'usage

Nombre de réunions d'informations et nombre de formations visant à accompagner l'évolution des pratiques

DATE PRÉVISIONNELLE DE L'ACTION

septembre 2018

↓

décembre 2018

AXE STRATÉGIQUE 2

FACILITER LES PARCOURS DE VIE POUR MAINTENIR L'AUTONOMIE

OBJECTIF 6	Optimiser l'orientation des publics à travers une coordination renforcée des acteurs concernés
ACTION 8	Réaliser une étude de faisabilité de la mise en place d'une Maison Territoriale de l'Autonomie (MTA)

DÉFINITION DE L'ACTION ET FINALITÉ

La convergence entre les politiques d'intervention auprès des personnes âgées dépendantes et auprès des personnes en situation de handicap se manifeste sur un plan opérationnel par un rapprochement des services en charge de la mise en œuvre de ces politiques et le développement d'une approche transversale.

La mise en place de Maisons départementales de l'autonomie (MDA) fait l'objet de recommandations et de travaux de mise en œuvre depuis plusieurs années, et a connu un regain d'intérêt avec la mise en place de la loi ASV, ainsi qu'avec les travaux conduits par la CNSA sur le sujet.

La dimension « territoriale » des MDA est essentielle dans la mesure où l'objectif des MDA est d'améliorer la coordination des acteurs et l'accès aux droits, à l'information et aux services des publics concernés. La CTM a vocation à territorialiser les modalités d'exécution de ses politiques publiques de l'autonomie. Cela implique un travail de mise en cohérence des différents territoires considérés d'une part, et des modalités opérationnelles de mise en œuvre des dispositifs d'autre part.

PILOTE(S)

- CTM
- MMPH

PARTENAIRES CONCERNÉS

- Ensemble du secteur, et notamment instances locales de coordination (MAIA et CLIC)

CIBLE (S)

- Personnes âgées et personnes en situation de handicap

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE / FEUILLE DE ROUTE

8.1 Réalisation d'une analyse fonctionnelle de l'ensemble des services œuvrant en lien avec les personnes âgées et/ou en situation de handicap en vue de l'établissement d'une cartographie détaillée des différents processus en place sur le territoire.

8.2 Réalisation d'une analyse des relations entre Siège et territoires dans le même champ, ainsi que d'une analyse des relations entre services gestionnaires du droit commun et services en charge des personnes âgées et/ou handicapées sur les territoires.

8.3 Identification des zones de capitalisation et des zones d'amélioration ainsi que des différents scenarii d'évolution envisageables en vue de la création d'une MTA.

8.4 Identification des conditions effectives de déploiement du scenario final retenu de manière à accompagner l'arbitrage.

DATE PRÉVISIONNELLE DE L'ACTION

décembre 2018 → janvier 2023

À articuler avec le déploiement de la RAPT (voir action 7)

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE SUIVI

Effectivité de la réalisation de l'étude

AXE STRATÉGIQUE 2

FACILITER LES PARCOURS DE VIE POUR MAINTENIR L'AUTONOMIE

OBJECTIF 6	Optimiser l'orientation des publics à travers une coordination renforcée des acteurs concernés
ACTION 9	Former les relais de proximité pour améliorer l'accompagnement des publics

DÉFINITION DE L'ACTION ET FINALITÉ

Les associations et plus largement les acteurs de proximité (CCAS, …) sont un maillon essentiel pour l'accompagnement des publics, la prévention, la lutte contre l'isolement ou encore le soutien aux aidants. Elles sont des relais de proximité qui permettent de fluidifier les parcours. droits, à l'information et aux services des publics concernés. La CTM a vocation à territorialiser les modalités d'exécution de ses politiques publiques de l'autonomie. Cela implique un travail de mise en cohérence des différents territoires considérés d'une part, et des modalités opérationnelles de mise en œuvre des dispositifs d'autre part.

PILOTE(S)

- CTM

PARTENAIRES CONCERNÉS

- MMPH
- Associations CCAS
- Professionnels de santé de proximité (pharmaciens, médecins, etc.)

CIBLE (S)

- Acteurs de proximité
- Indirectement : Personnes âgées et personnes en situation de handicap

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE / FEUILLE DE ROUTE

9.1 Recenser l'ensemble des associations et services pour chaque territoire de proximité (Nord Atlantique, Nord Caraïbe, Centre et Sud) et les intégrer dans l'annuaire commun, à disposition des professionnels comme des usagers.

9.2 Sensibiliser les associations et services publics de proximité à ce rôle de relais et leur inscription dans un parcours des personnes âgées et des personnes handicapées, notamment en termes de diffusion de l'information sur l'offre existante.

9.3 Former plus spécifiquement les associations au repérage des fragilités pour en faire des relais à part entière, utilisant les outils partagés et en mesure de signaler toute situation complexe.

9.4 Développer les conventions de partenariat entre CCAS et MMPH.

DATE PRÉVISIONNELLE DE L'ACTION

décembre 2018

↓

janvier 2023

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE SUIVI

Nombre de mises à jour de l'annuaire

Nombre d'acteurs ayant été formées au repérage des fragilités

AXE STRATÉGIQUE 2

FACILITER LES PARCOURS DE VIE POUR MAINTENIR L'AUTONOMIE

OBJECTIF 6	Optimiser l'orientation des publics à travers une coordination renforcée des acteurs concernés
ACTION 10	Mettre en place une plateforme d'interconnaissance et sensibiliser les professionnels sur l'offre locale pour structurer un parcours d'accès aux informations et d'orientation

DÉFINITION DE L'ACTION ET FINALITÉ

Permettre un parcours sans rupture à tout usager en favorisant l'interconnaissance des acteurs.

PILOTE(S)

- CTM
- MMPH (MTA à terme)
- ARS

PARTENAIRES CONCERNÉS

- PTA
- Acteurs du territoire accompagnant les PA et PSH

CIBLE (S)

- Acteurs du territoire (acteurs institutionnels, gestionnaires d'ESSMS, …)
- In fine : Personnes âgées et personnes en situation de handicap

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE / FEUILLE DE ROUTE

10.1
Favoriser l'interconnaissance des acteurs du territoire

10.2
Structurer le parcours d'accès aux informations des publics.

DATE PRÉVISIONNELLE DE L'ACTION

décembre 2018

↓

janvier 2023

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE SUIVI

Réalisation d'un annuaire numérique

Nombre de mises à jour de l'annuaire

Création d'un espace d'information double sur le site de la CTM (usagers/ professionnels)

Nombre de mises à jour du site internet de la CTM

Rédaction d'un protocole d'accueil et de suivi des différents publics

AXE STRATÉGIQUE 3 — RENFORCER L'ACCOMPAGNEMENT AU DOMICILE ET L'AIDE AUX AIDANTS

OBJECTIF 7 — Accompagner la structuration du secteur de l'aide à domicile

ACTION 11 — Structurer le secteur de l'aide à domicile et réaliser une étude d'opportunité sur le déploiement de CPOM

DÉFINITION DE L'ACTION ET FINALITÉ

Le secteur de l'aide à domicile constitue un axe fondamental de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes, et devient, avec la mise en place de la loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement, un levier important de la politique de prévention des Départements. Le champ de l'aide à domicile se caractérise par des besoins en termes de structuration / configuration du secteur et par la mise en place de nouveaux instruments de régulation (CPOM) qu'il est essentiel de déployer en disposant d'une vision fine et exhaustive des problématiques des différents services, et de la couverture territoriale qu'ils proposent.

La loi ASV a étendu le champ de compétences de la CTM sur l'ensemble des SAAD du territoire (lui confiant notamment la responsabilité de l'autorisation des SAAD, et de leur conformité au cahier des charges national).

La loi 2002-2 a contribué à rénover et moderniser l'action sociale. Elle favorise notamment la qualité de l'offre des établissements et des services (évaluations externes et internes rendues obligatoires, mise en place de nouveaux outils…).

Parmi les outils de la loi 2002-2, le carnet de liaison est un support d'échanges écrits, laissé au domicile d'une personne accompagnée par un service, et qui permet les échanges entre les différents professionnels intervenant auprès de la personne;

PILOTE(S)

CTM

MMPH

PARTENAIRES CONCERNÉS

- Services intervenants à domicile (SAAD, SSIAD, SAMSAH)
- PTA
- CLIC
- CGSS
- HAD Réseau gérontologique et réseau autonomie
- MAIA
- ARS
- Mutuelles
- GCS e-santé Martinique

CIBLE (S)

- Personnes âgées dépendantes et personnes en situation de handicap

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE / FEUILLE DE ROUTE

11.1 Réalisation d'un diagnostic complet de l'ensemble des services autorisés.

11.2 Identification des services susceptibles de pouvoir signer un CPOM avec la CTM, en fonction des résultats du diagnostic, et de la stratégie de couverture territoriale définie par la CTM.

11.3 Mise en place des CPOM à travers une négociation individuelle avec les services et adaptation du service en charge de la tarification aux nouvelles modalités de pilotage des SAAD sous CPOM.

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE SUIVI

Degré d'exhaustivité des éléments de diagnostic

Nombre de CPOM signés

Taux de couverture géographique par les CPOM

Développement d'un outil commun et partagé de suivi à domicile (type carnet)

Généralisation de l'utilisation de cet outil

DATE PRÉVISIONNELLE DE L'ACTION

septembre 2018

↓

août 2019

AXE STRATÉGIQUE 3

RENFORCER L'ACCOMPAGNEMENT AU DOMICILE ET L'AIDE AUX AIDANTS

OBJECTIF 8

Optimiser et développer le recours et l'accès aux solutions de répit pour les personnes âgées

ACTION 12

Accompagner l'évolution de l'offre : accueil de jour, d'hébergement temporaire et autres solutions innovantes (EHPAD hors les murs, plateforme de répit).

DÉFINITION DE L'ACTION ET FINALITÉ

Optimiser le recours aux dispositifs de répit existants (accueil de jour et hébergement temporaire)

PILOTE(S)

- CTM
- ARS

PARTENAIRES CONCERNÉS

- ESMS

Plateforme de répit des aidants

- MAIA
- CLIC
- Associations (France Alzheimer…)

CIBLE (S)

- Personnes âgées et proches aidants

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE / FEUILLE DE ROUTE

12.1

Accompagner les établissements porteurs d'une offre d'accueil temporaire ou d'hébergement temporaire pour améliorer le recours à ces offres de répit.

12.2

Sensibiliser les associations et services publics de proximité à ce rôle de relais et leur inscription dans un parcours des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, notamment en termes de diffusion de l'information sur l'offre existante.

12.3

Former plus spécifiquement les associations au repérage des fragilités pour en faire des relais à part entière, utilisant les outils partagés et en mesure de signaler toute situation complexe.

12.4

Accompagner la mise en place d'une Maison des Aidants.

DATE PRÉVISIONNELLE DE L'ACTION

septembre 2018

↓

août 2019

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE SUIVI

Nombre de projets de service revus

Nombre d'appels à projets lancés pour la création de structures d'accueil et d'hébergement temporaire. Évolution des taux d'occupation en accueil de jour et en hébergement temporaire.

AXE STRATÉGIQUE 3

RENFORCER L'ACCOMPAGNEMENT AU DOMICILE ET L'AIDE AUX AIDANTS

OBJECTIF 9 Renforcer l'offre de service pour les personnes en situation de handicap.

ACTION 13 Développer l'offre de SAVS et SAMSAH

DÉFINITION DE L'ACTION ET FINALITÉ

Les SAVS (services d'accompagnement à la vie sociale) et les SAMSAH (services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) sont des services médico-sociaux accompagnant les adultes en situation de handicap.

L'accompagnement des SAVS vise à maintenir ou restaurer les liens familiaux, sociaux, scolaires universitaires ou professionnels de la personne handicapée. En plus des prestations assurées par le SAVS, les SAMSAH proposent des soins et un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert.

PILOTE(S)

- CTM (SAVS)
- ARS / CTM(SAMSAH)

PARTENAIRES CONCERNÉS

- ESMS

CIBLE (S)

- Adultes en situation de handicap

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE / FEUILLE DE ROUTE

13.1 Définition d'un cahier des charges pour les SAVS et les SAMSAH.

13.2 Lancement des appels à projet pour la création de SAVS en fonction des profils de handicap.

13.3 Lancement des appels à projet conjoints CTM/ARS pour la création de SAMSAH.

DATE PRÉVISIONNELLE DE L'ACTION

septembre 2018

↓

août 2019

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE SUIVI

Nombre de SAVS et de SAMSAH prévus dans les appels à projet par territoire prioritaire

Nombre d'autorisations délivrées à l'issue de la période 2018-2019

AXE STRATÉGIQUE 3

RENFORCER L'ACCOMPAGNEMENT AU DOMICILE ET L'AIDE AUX AIDANTS

OBJECTIF 10

Soutenir les aidants familiaux et former les professionnels en contact avec le handicap

ACTION 14

Créer un dispositif de gestion des situations de crise pour le secteur du handicap psychique.

DÉFINITION DE L'ACTION ET FINALITÉ

Il s'agit d'un dispositif de soutien aux aidants familiaux visant à améliorer leur qualité de vie :

a) aide à une meilleure gestion des situations d'urgence (ligne d'écoute)

b) information et éducation pour une meilleure compréhension des troubles

c) accompagnement vers une démarche de résilience et de reconstruction.

PILOTE(S)

- ARS /CTM

PARTENAIRES CONCERNÉS

- Associations du secteur
- CLSM
- CCAS - GEM

CIBLE (S)

- Aidants familiaux des usagers de la psychiatrie / handicap psychique

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE / FEUILLE DE ROUTE

14.1

Définition d'un numéro d'appel d'urgence en lien avec une plate-forme de traitement des situations de crise.

14.2

Mobilisation des associations d'aidants familiaux pour un partage d'expériences en vue de la réalisation de plaquettes d'informations à distribuer.

DATE PRÉVISIONNELLE DE L'ACTION

septembre 2019 → décembre 2019

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE SUIVI

Numéro de téléphone mis en service pour la plateforme

Nombre de guides distribués, de visites du site internet, d'appels téléphoniques.

Nombre de cas traités et types de réponses apportées.

AXE STRATÉGIQUE 3 — RENFORCER L'ACCOMPAGNEMENT AU DOMICILE ET L'AIDE AUX AIDANTS

OBJECTIF 10 — Soutenir les aidants familiaux et former les professionnels en contact avec le handicap.

ACTION 15 — Former les professionnels de tous secteurs à une meilleure connaissance du handicap psychique.

DÉFINITION DE L'ACTION ET FINALITÉ

Formation à la connaissance de la maladie psychiatrique de tout professionnel amené à intervenir dans le secteur.

PILOTE(S)

- ARS
- CTM

PARTENAIRES CONCERNÉS

- Acteurs du secteur (services établissements, hôpitaux, administrations…)
- Associations de bénévoles
- CLSM
- CCAS
- Organismes professionnels représentatifs des entreprises (CCI, Chambre des métiers…)

CIBLE (S)

- Professionnels de l'accompagnement social, (CCAS
- Professionnels des administrations d'État (police, gendarmerie, justice, centre pénitentiaire…), de la Santé et du Social et de l'information.
- Tous les partenaires et acteurs locaux, en matière de service, d'emploi, de vie sociale…

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE / FEUILLE DE ROUTE

15.1 Campagne d'informations lancée dans les médias.

15.2 Intervention de professionnels du secteur dans le milieu scolaire.

15.3 Création de supports de communication à l'intention des familles et des partenaires : dépliants facilement accessibles, informations sur des actions thématiques organisées par des membres du réseau…

15.4 Collaboration avec les établissements de formation des professions sociales, médico-sociales et paramédicales.

DATE PRÉVISIONNELLE DE L'ACTION

septembre 2019 → décembre 2019

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE SUIVI

Nombre de personnes formées

Niveau de satisfaction des personnes formées.

Nombre de formations organisées dans le secteur du handicap psychique.

Nombre de campagnes d'information organisées

Recensement des supports de communication élaborés et des actions menées.

Questionnaires soumis au public lors d'actions de sensibilisation.

AXE STRATÉGIQUE 4

DIVERSIFIER ET DÉVELOPPER DES SOLUTIONS INNOVANTES D'ACCUEIL ET D'HÉBERGEMENT

OBJECTIF 11	Développer des solutions innovantes de logements intermédiaires et inclusives, entre le domicile et l'établissement
ACTION 16	Réaliser une étude visant à définir un modèle martiniquais d'habitat intergénérationnel.

DÉFINITION DE L'ACTION ET FINALITÉ

L'habitat intergénérationnel vise à accueillir différentes générations (par exemple étudiants, personnes âgées ou encore familles) au sein d'un même ensemble résidentiel. Les personnes y vivent dans des logements autonomes, partageant un même ensemble résidentiel et plus ou moins d'espaces communs..

PILOTE(S)

- CTM

PARTENAIRES CONCERNÉS

- Bailleurs sociaux
- Agences immobilières
- Intercommunalités
- CCAS et communes
- Associations (ALS, etc.)
- DEAL

CIBLE (S)

- Personnes âgées et personnes en situation de handicap
- Étudiants et familles.

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE / FEUILLE DE ROUTE

16.1 Identifier un pilote pour la réalisation de l'étude, définir la mission et les objectifs du pilote (identification de partenaires, benchmark d'habitats intergénérationnels innovant sur d'autres territoires, élaboration du modèle retenu…).

16.2 Réaliser l'étude à travers une approche la plus partenariale possible et en diffuser les résultats auprès des parties prenantes et partenaires impliqués.

16.3 Soutenir les projets émergents (humainement, financièrement, techniquement).

DATE PRÉVISIONNELLE DE L'ACTION

décembre 2018

↓

janvier 2023

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE SUIVI

Nombre de partenaires réunis ou mobilisés pour définir le modèle d'habitat intergénérationnel

Réalisation de l'étude sur l'habitat intergénérationnel

Nombre de projets d'habitat intergénérationnel élaborés

AXE STRATÉGIQUE 4 — DIVERSIFIER ET DÉVELOPPER DES SOLUTIONS INNOVANTES D'ACCUEIL ET D'HÉBERGEMENT

OBJECTIF 12 — Augmenter l'offre et les services en foyer de vie ou foyer occupationnel pour les personnes en situation de handicap

ACTION 17 — Lancer les appels à projets pour des foyers de vie ou foyers occupationnels en tenant compte des secteurs sous dotés

DÉFINITION DE L'ACTION ET FINALITÉ

Les foyers de vie, aussi appelés foyers occupationnels, accueillent des adultes handicapés ayant une certaine autonomie. Ces établissements proposent des animations et des activités aux personnes accueillies.

PILOTE(S)

- CTM
- ARS

PARTENAIRES CONCERNÉS

- ESMS
- Associations gestionnaires d'ESMS

CIBLE (S)

- Adultes en situation de handicap disposant d'une certaine autonomie

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE / FEUILLE DE ROUTE

17.1 Conforter, avec les données de la MMPH, les besoins pré-identifiés (nombre de personnes sur listes d'attente, par type de handicap, et par territoire) : un manque d'offre d'accueil de jour et permanent en foyer de vie au Nord de l'île (en lien avec l'action 3 et l'action 7).

17.2 Définir le cahier des charges et rédiger l'appel à projets, en veillant à favoriser l'essor de propositions innovantes et à répondre au mieux aux besoins des adultes handicapés psychiques.

DATE PRÉVISIONNELLE DE L'ACTION

septembre 2018 → août 2019

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE SUIVI

Rédaction du cahier des charges

Lancement des appels à projets

Nombre de projets retenus

AXE STRATÉGIQUE 4

DIVERSIFIER ET DÉVELOPPER DES SOLUTIONS INNOVANTES D'ACCUEIL ET D'HÉBERGEMENT

OBJECTIF 13

Diversifier et développer l'offre de prise en charge spécialisée pour répondre aux besoins spécifiques

ACTION 18

Créer une offre innovante de prise en charge des personnes handicapées vieillissantes type Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)

DÉFINITION DE L'ACTION ET FINALITÉ

D'après le rapport de B. Azéma, et N. Martinez (2003), « une personne handicapée vieillissante est une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap (quelle qu'en soit la nature ou la cause) avant que de connaître par surcroît les effets du vieillissement. La situation de handicap a donc précédé le vieillissement. » (Définition retenue par l'ANESM).

L'avancée en âge des personnes en situation de handicap pose donc la question d'une prise en charge spécifique, adaptée à leurs besoins.

PILOTE(S)

- CTM
- ARS

PARTENAIRES CONCERNÉS

- MMPH
- ESMS

CIBLE (S)

- Personnes handicapées vieillissantess

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE / FEUILLE DE ROUTE

18.1 Préciser et détailler les besoins existants sur le territoire vis-à-vis de cette offre, en veillant particulièrement à une inscription géographique pertinente.

18.2 Lancer un appel à projet conjoint CTM – ARS pour la création de places pour les personnes en situation de handicap de plus de 60 ans.

DATE PRÉVISIONNELLE DE L'ACTION

décembre 2018

↓

janvier 2023

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE SUIVI

Nombre de places créées pour les personnes en situation de handicap de plus de 60 ans

Suivi du profil des usagers (âges, types de handicap…)

AXE STRATÉGIQUE 4

DIVERSIFIER ET DÉVELOPPER DES SOLUTIONS INNOVANTES D'ACCUEIL ET D'HÉBERGEMENT

OBJECTIF 13

Diversifier et développer l'offre de prise en charge spécialisée pour répondre aux besoins spécifiques

ACTION 19

Favoriser la médicalisation des petites unités de vie existantes pour favoriser l'accès aux soins et renforcer la présence de paramédicaux qualifiés

DÉFINITION DE L'ACTION ET FINALITÉ

Les petites unités de vie accueillent au maximum 25 personnes âgées.

Selon les petites unités de vie, l'accès aux soins est intégré à la prestation ou organisé à la demande, avec l'intervention de professionnels médicaux externes (libéraux...).

PILOTE(S)

- CTM
- ARS

PARTENAIRES CONCERNÉS

- Gestionnaires PUV
- SSIAD

CIBLE (S)

- Personnes âgées de 60 ans et plus

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE / FEUILLE DE ROUTE

19.1 Accompagner la contractualisation dans le cadre des CPOM pour renforcer la médicalisation en interne (ex : encourager le recrutement de professionnels paramédicaux au sein des PUV).

19.2 Favoriser le conventionnement avec des SSIAD, Maisons ou centres de santé pour renforcer l'accès aux soins des résidents.

DATE PRÉVISIONNELLE DE L'ACTION

décembre 2018

↓

août 2023

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE SUIVI

Nombre de CPOM signés renforçant la médicalisation des structures

Nombre et nature des conventions de partenariats réalisées entre les PUV et des professionnels de santé

AXE STRATÉGIQUE 5

ANTICIPER LES ÉVOLUTIONS SOCIOÉCONOMIQUES POUR PRÉSERVER L'AUTONOMIE

OBJECTIF 14 Accompagner la structuration d'une filière économique

ACTION 20 Favoriser l'animation territoriale pour sensibiliser les acteurs martiniquais au développement de la filière

DÉFINITION DE L'ACTION ET FINALITÉ

La Silver Économie se définit comme l'économie au service des seniors : elle recouvre l'ensemble des activités économiques touchant ce public. Il ne s'agit donc pas d'un secteur mais plutôt d'un écosystème croisant différents secteurs.

PILOTE(S)

- CTM

PARTENAIRES CONCERNÉS

- CCIM
- DIECCTE
- Entreprises du territoire
- Associations du territoire

CIBLE (S)

- Acteurs publics et privés de la Silver Économie

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE / FEUILLE DE ROUTE

20.1 Définir (en interne) le rôle de référent dans le cadre de la Silver-économie (objectifs poursuivis, stratégie, …) et identifier les moyens à mobiliser en conséquence (tant humains, que financiers ou encore techniques) pour assurer ce rôle.

20.2 Mobiliser les partenaires de la CTM sur cette filière pour conforter cette stratégie et la compléter en identifiant les missions de chaque acteur dans le réseau à mettre en place sur le territoire.

DATE PRÉVISIONNELLE DE L'ACTION

septembre 2018

↓

août 2019

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE SUIVI

Réalisation d'une évaluation des missions du référent

Évolution du nombre d'entreprises et d'associations de la Silver Économie sur le territoire

Évolution du chiffre d'affaires de la Silver Économie.

AXE STRATÉGIQUE 5

ANTICIPER LES ÉVOLUTIONS SOCIOÉCONOMIQUES POUR PRÉSERVER L'AUTONOMIE

OBJECTIF 14 Accompagner la structuration d'une filière économique

ACTION 21 Développer la formation des acteurs publics et privés

DÉFINITION DE L'ACTION ET FINALITÉ

Le contrat de filière de la « Silver Économie », engageant pouvoirs publics et acteurs privés, a été signé en décembre 2013 au niveau national. Un des 6 axes consiste à « professionnaliser les acteurs de la Silver Économie ». La formation professionnelle visant à développer les métiers est ainsi à développer.

PILOTE(S)

- CTM référent Silver Économie
- CTM : direction de la Formation Professionnelle

PARTENAIRES CONCERNÉS

- DIECCTE
- Acteurs privés et publics de la Silver Économie
- Organismes de formation

CIBLE (S)

- Acteurs publics et privés de la Silver Économie

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE / FEUILLE DE ROUTE

21.1

Définir les besoins en termes de formation des acteurs de la Silver Économie à travers une étude spécifique et l'actualisation des données en lien avec les publics cibles (cf. action 3)

21.2

Imaginer et organiser des formations adaptées permettant de répondre aux besoins ainsi identifiés.

21.3

Communiquer sur l'offre de formation ainsi développée, notamment auprès des personnes employées mais également auprès des scolaires.

DATE PRÉVISIONNELLE DE L'ACTION

décembre 2018 → janvier 2023

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE SUIVI

Nombre de formations réalisées et nombre de participants

Niveau de satisfaction des participants.

AXE STRATÉGIQUE 5

ANTICIPER LES ÉVOLUTIONS SOCIOÉCONOMIQUES POUR PRÉSERVER L'AUTONOMIE

OBJECTIF 15 Faciliter la mobilisation des services en faveur de l'adaptation des logements

ACTION 22 Promouvoir l'adaptation et l'accessibilité des logements sur le territoire, notamment par la domotique

DÉFINITION DE L'ACTION ET FINALITÉ

La possibilité d'adapter les logements à la perte d'autonomie est une réalité en Martinique mais c'est une dynamique qui reste encore limitée, par manque de capacités de financement des propriétaires, de connaissance de l'offre et des acteurs compétents, etc. Au regard de ces éléments, il s'agit de veiller à faciliter l'accès aux financements pour les propriétaires, en favorisant la prise en compte de cet enjeu par les bailleurs, en favorisant une meilleure connaissance de l'offre existante sur le territoire, etc.

PILOTE(S)

- CTM

PARTENAIRES CONCERNÉS

- ANAH
- Bailleurs sociaux
- CCAS
- Associations œuvrant dans le secteur du logement
- Caisses de retraite
- CLIC
- DEAL

CIBLE (S)

- Personnes âgées et personnes en situation de handicap à domicile

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE / FEUILLE DE ROUTE

22.1 Informer les propriétaires sur les aides existantes en matière d'adaptation du logement en veillant à l'accessibilité de l'information (cf. action 6).

22.2 Sensibiliser les bailleurs sociaux à la problématique de la perte d'autonomie et rappeler les obligations légales en la matière.

22.3 Favoriser l'accès aux aides techniques et à la domotique plus particulièrement, par exemple dans le cadre de la conférence des financeurs.

22.4 Former et associer les acteurs intervenants à domicile aux possibilités d'adaptation et d'aménagement des logements.

DATE PRÉVISIONNELLE DE L'ACTION

décembre 2018

↓

janvier 2023

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE SUIVI

Réalisation d'une campagne de communication et d'information sur les aides d'adaptation du logement

Réunions ou temps d'échanges avec les bailleurs sociaux

Nombre d'actions portées dans le cadre de la Conférence des financeurs ayant trait aux aides techniques et à la domotique

Nombre de services ayant été sensibilisés ou ayant bénéficié de formation sur l'adaptation et l'aménagement des logements

SYNTHESE DU PLAN D'ACTIONS (PARTIE 2)

AXE STRATÉGIQUE 1 — PRÉSERVER ET DÉVELOPPER L'AUTONOMIE DE TOUTES ET DE TOUS POUR RENDRE LA SOCIÉTÉ MARTINIQUAISE PLUS INCLUSIVE

Objectifs	Libellés actions	Période prévisionnelle de réalisation des actions				
		2018	2019	2020	2021	2022
OBJECTIF 1 **Conforter la coordination des acteurs et l'articulation des politiques de prévention de la perte d'autonomie**	**FICHE ACTION N°1** Renforcer la coordination des acteurs et l'articulation des plans de prévention de la perte d'autonomie dans le cadre de la Conférence des financeurs : favoriser son évolution vers les personnes en situation de handicap.					
OBJECTIF 2 **Affiner le repérage des personnes âgées ou en situation de handicap isolées et vulnérables**	**FICHE ACTION N°2** Définir des outils et des critères de repérage partagés.					
	FICHE ACTION N°3 Favoriser la réalisation d'études à l'échelle du territoire sur les personnes âgées et en situation de handicap.					
OBJECTIF 3 **Engager une réflexion sur le développement de solutions de mobilité pour les personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap**	**FICHE ACTION N°4** Mettre en œuvre du transport à la demande.					
	FICHE ACTION N°5 Améliorer l'accessibilité des services publics aux publics âgés et en et en situation de handicap.					
OBJECTIF 4 **Rendre accessible l'information pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap**	**FICHE ACTION N°6** Adapter les supports d'informations à l'endroit des publics cibles.					

AXE STRATÉGIQUE 2 — FACILITER LES PARCOURS DE VIE POUR MAINTENIR L'AUTONOMIE

Objectifs	Libellés actions	Période prévisionnelle de réalisation des actions				
		2018	2019	2020	2021	2022
OBJECTIF 5 Mobiliser les acteurs autour de la mise en œuvre des préconisations de la démarche «une Réponse Accompagnée Pour Tous» (RAPT) et notamment du dispositif d'orientation permanent	**FICHE ACTION N°7** Poursuivre la mise en œuvre de la Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT).	→				
OBJECTIF 6 Optimiser l'orientation des publics à travers une coordination renforcée des acteurs concernés	**FICHE ACTION N°8** Réaliser une étude de faisabilité de la mise en place d'une Maison Territoriale de l'Autonomie (MTA).	→	→	→	→	→
	FICHE ACTION N°9 Former les relais de proximité pour améliorer l'accompagnement des publics.	→	→	→	→	→
	FICHE ACTION N°10 Mettre en place une plateforme d'interconnaissance et sensibiliser les professionnels sur l'offre locale pour structurer un parcours d'accès aux informations et d'orientation.	→	→	→	→	→

AXE STRATÉGIQUE 3 — RENFORCER L'ACCOMPAGNEMENT AU DOMICILE ET L'AIDE AUX AIDANTS

Objectifs	Libellés actions	Période prévisionnelle de réalisation des actions				
		2018	2019	2020	2021	2022
OBJECTIF 7 Accompagner la structuration du secteur de l'aide à domicile	**FICHE ACTION N°11** Structurer le secteur de l'aide à domicile et réaliser une étude d'opportunité sur le déploiement de CPOM	→	→			
OBJECTIF 8 Optimiser et développer le recours et l'accès aux solutions de répit pour les personnes âgées	**FICHE ACTION N°12** Accompagner l'évolution de l'offre: accueil de jour, d'hébergement temporaire et autres solutions innovantes (EHPAD hors les murs, plateforme de répit)	→	→			
OBJECTIF 9 Renforcer l'offre de service pour les personnes en situation de handicap	**FICHE ACTION N°13** Développer l'offre de SAVS et SAMSAH	→	→			
OBJECTIF 10 Soutenir les aidants familiaux et former les professionnels en contact avec le handicap psychique	**FICHE ACTION N°14** Créer un dispositif de gestion des situations de crise pour le secteur du handicap psychique		→			
	FICHE ACTION N°15 Former les professionnels de tous secteurs à une meilleure connaissance du handicap psychique		→			

AXE STRATÉGIQUE 4 — DIVERSIFIER ET DÉVELOPPER DES SOLUTIONS INNOVANTES D'ACCUEIL ET D'HÉBERGEMENT

Objectifs	Libellés actions	Période prévisionnelle de réalisation des actions				
		2018	2019	2020	2021	2022
OBJECTIF 11 Développer des solutions innovantes de logements intermédiaires et inclusives, entre le domicile et l'établissement	**FICHE ACTION N°16** Réaliser une étude visant à définir un modèle martiniquais d'habitat intergénérationnel.					
OBJECTIF 12 Augmenter l'offre et les services en foyer de vie ou foyer occupationnel pour les personnes en situation de handicap	**FICHE ACTION N°17** Lancer les appels à projets pour des foyers de vie ou foyers occupationnels en tenant compte des secteurs sous dotés.					
OBJECTIF 13 Diversifier et développer l'offre de prise en charge spécialisée pour répondre aux besoins spécifiques	**FICHE ACTION N°18** Créer une offre innovante de prise en charge des personnes handicapées vieillissantes type Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM).					
	FICHE ACTION N°19 Favoriser la médicalisation des petites unités de vie existantes pour favoriser l'accès aux soins et renforcer la présence de paramédicaux qualifiés					

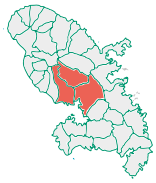
AXE STRATÉGIQUE 5 — ANTICIPER LES ÉVOLUTIONS SOCIOÉCONOMIQUES POUR PRÉSERVER L'AUTONOMIE

Objectifs	Libellés actions	Période prévisionnelle de réalisation des actions				
		2018	2019	2020	2021	2022
OBJECTIF 14 Accompagner la structuration d'une filière économique	**FICHE ACTION N°20** Favoriser l'animation territoriale pour sensibiliser les acteurs martiniquais au développement de la filière					
	FICHE ACTION N°21 Développer la formation des acteurs publics et privés.					
OBJECTIF 15 Faciliter la mobilisation des services en faveur de l'adaptation des logements	**FICHE ACTION N°22** Promouvoir l'adaptation et l'accessibilité des logements sur le territoire, notamment par la domotique.					

CARTOGRAPHIE DES BESOINS EN EQUIPEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX
SECTEUR PERSONNES ÂGÉES (PA)

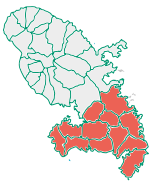
NORD CARAIBE ET ATLANTIQUE

Constats	Besoins en équipements	
	Etablissements	Services
◉ Plus grande concentration de la Population de 60-74 ans et de +75 ans ◉ 22% bénéficiaires APA fortement dépendants GIR I (247) et GIR II (1726) ◉ **La répartition des places en EHPAD et USLD chez les +75ans est de 30.2% sur CAP NORD, contre 60,8 % sur la CACEM** ◉ Insuffisance de places d'accueil pour Alzheimer personnes âgées dépendantes/UHR/PASA. ◉ Isolement des PA autonomes	▸ Centre d'Accueil de Jour **(CAJ)** ▸ Places d'hébergement temporaire ▸ Unité d'Hébergement Renforcé **(UHR)** ▸ Pôle d'Activités et de Soins Adaptés **(PASA)** ▸ Petites Unités de Vie **(PUV)** ▸ Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) ▸ **EHPAD « Hors les Murs »**	▸ Service de Soins Infirmiers à Domicile **(SSIAD)**. ▸ Service Polyvalent d'Aide et de Soins À Domicile **(SPASAD)** ▸ Familles d'accueil ▸ Plateforme de répit



CENTRE

Constats	Besoins en équipements	
	Etablissements	Services
◉ Suréquipement en structures et services et autres structures d'hébergement. ◉ Nombreuses personnes dépendantes demeurent à domicile. ◉ Aidants Familiaux essoufflés	▸ **CAJ** ▸ **EHPAD « Hors les Murs »**	▸ Plateforme de répit



SUD

Constats	Besoins en équipements	
	Etablissements	Services
◉ Problématique de l'isolement des PA autonomes dans ces secteurs. ◉ Forte concentration des bénéficiaires de l'APA, GIR I et GIR II	▸ Petites Unités de Vie **(PUV)** ▸ Foyer logement ▸ Centre d'Accueil de Jour **(CAJ)** ▸ Places d'hébergement temporaire	▸ Familles d'accueil ▸ Service Polyvalent d'Aide et de Soins À Domicile **(SPASAD)** ▸ Plateforme de répit

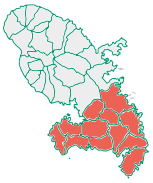
CARTOGRAPHIE DES BESOINS EN EQUIPEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX
SECTEUR PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP (PSH)

NORD CARAIBE ET ATLANTIQUE

Constats	Besoins en équipements	
	Etablissements	Services
◉ Très faible taux d'institutionnalisation ◉ Constat de carence ◉ Accueil de jour des PSH insuffisant sur le territoire : une seule structure dans le Centre ◉ Les enfants déficients moteurs ne bénéficient d'aucune structure d'accueil. ◉ Pas de passerelle entre l'IMPRO et l'ESAT et autre situation Creton	▸ Centre d'Accueil de Jour **(CAJ)** ▸ Structures d'hébergement (Foyer de vie, foyer d'hébergement ▸ Structures d'accueil pour jeunes déficients moteurs	▸ Service de Soins Infirmiers À Domicile **(SSIAD)** ▸ Service d'Accompagnement à la Ve Sociale **(SAVS)** ▸ Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés **(SAMSAH)** ▸ Création d'un dispositif innovant d'accueil des jeunes post-amendement CRETON (*)

CENTRE

Constats	Besoins en équipements	
	Etablissements	Services
◉ Constat de carence en équipement pour les enfants atteints d'autisme et ceux ayant une déficience motrice unique. ◉ Pas de passerelle entre l'IMPRO et l'ESAT et autre situation Creton.	▸ Centre d'Accueil de Jour **(CAJ)** ▸ Création de places pour autistes, enfants déficients moteurs	▸ Service d'Accompagnement à la Ve Sociale **(SAVS)** ▸ Création d'un dispositif innovant post amendement CRETON (*)



SUD

Constats	Besoins en équipements	
	Etablissements	Services
◉ Constat de carence en équipement pour les PSH adultes ayant des troubles psychiques, les enfants déficients moteurs. ◉ Pas de passerelle entre l'IMPRO et l'ESAT et autre situation Creton.	▸ Création de places pour PSH adultes ayant des troubles psychiques ▸ Structures d'accueil pour jeunes déficients moteurs	▸ Service d'Accompagnement à la Vie Sociale **(SAVS)** ▸ Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé **(SAMSAH)** ▸ Création d'un dispositif innovant post amendement CRETON (*)

(*) Amendement CRETON : dispositif permettant le mainiten temporaire de jeunes alultes de + de 20 ans en établissemnt d'éducation spéciale dans l'attente d'une place dans un établissement pour adultes.

DISPOSITIF DE GOUVERNANCE DU PLAN D'ACTIONS (SUIVI)

La méthodologie d'élaboration du Schéma de l'Autonomie 2018-2023 de la CTM déployée a suivi plusieurs principes forts, dont l'ambition de permettre **une très large participation des acteurs ressources et des partenaires clé**s du territoire.

Ce principe s'est décliné au sein de plusieurs temps de travail et outils : plateforme collaborative, entretiens individuels et collectifs auprès de professionnels et de représentants d'usagers, de nombreuses réunions de groupes de travail thématiques, etc. De plus, il faut souligner la mise en place d'un comité de pilotage de la démarche réuni de manière régulière et associant : représentants d'usagers, représentants de gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico sociaux, partenaires institutionnels, ...

Ainsi, **l'ensemble des élus et techniciens de la CTM concernés par le projet, les professionnels des établissements médico-sociaux, les représentants associatifs et les représentants d'usagers ont eu l'opportunité d'échanger,** suscitant ainsi les débats, la confrontation des points de vue et in fine l'enrichissement des travaux d'élaboration du présent Schéma.

Dans la continuité de cette approche partenariale et en cohérence avec les attentes des responsables de la CTM, il s'agit désormais de penser **la mise en place d'un dispositif de gouvernance pluri-partenariale** permettant d'assurer le suivi, le pilotage et l'animation de ce Schéma sur toute la durée de son déploiement (2018-2023).

Le premier niveau de gouvernance, permettant la mise en œuvre, la mobilisation des moyens et ressources et le suivi des actions, **consiste en l'identification d'un pilote référent pour chaque fiche-action**. Les référents identifieront, en fonction des besoins, s'il est nécessaire d'associer des partenaires au pilotage de leur action, à travers le montage éventuel de groupe(s) projet par action.

Par ailleurs, afin de permettre aux pilotes des fiches-actions d'échanger, de faire état de l'avancement et bilan des actions, de confronter leurs initiatives (voire les difficultés rencontrées), **un réseau des pilotes référents apparait nécessaire** (supervisé par la direction de la planification). Il est à noter que les pilotes pourront également communiquer et continuer à échanger via la plate-forme d'échanges mise en place pour l'élaboration du schéma.

Ce réseau a vocation à être réuni une fois par semestre (a minima) dans le cadre d'un **comité de suivi stratégique**, en présence de la direction générale et des directions concernées au niveau de la CTM, voire des principaux partenaires de la CTM associés à la mise en œuvre du schéma (ARS notamment). Ce comité sera chargé d'arbitrer les moyens à renforcer ou réallouer pour la mise en œuvre des actions du schéma et d'en dresser un bilan.

Un **Comité de pilotage du schéma** incarnera le deuxième niveau de suivi et d'évaluation du document directeur. Cette instance, déjà mobilisée pour l'élaboration du schéma, réunira les partenaires clés et acteurs ressources du champ de l'autonomie. Une réunion annuelle du comité de pilotage permettra la présentation du bilan annuel de mise en œuvre du Schéma (préparé en amont par les pilotes référents des fiches actions et validé par le comité de suivi stratégique), ainsi que la formulation de propositions d'ajustements et de priorisation des actions.

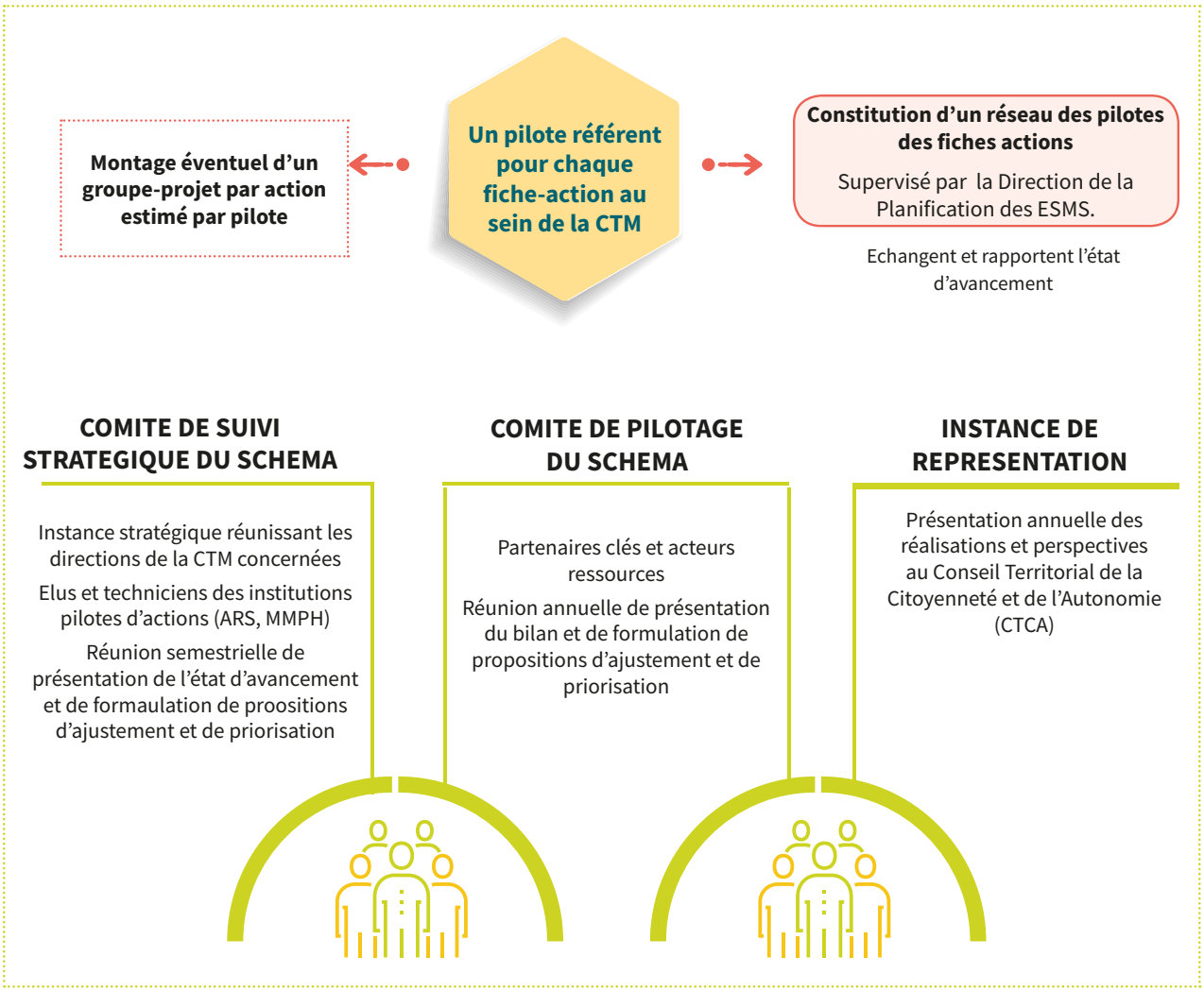
Intervenant ultérieurement à la rencontre du Comité de pilotage du Schéma, une réunion annuelle du **Conseil Territorial de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CTCA)**, instance de participation associant les usagers, créée par la Loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement, interviendra afin de permettre une présentation du bilan annuel du Schéma Autonomie et de partager les perspectives.

L'ensemble de ces niveaux de gouvernance permettra ainsi d'**assurer un suivi fiable et une évaluation régulière de la mise en œuvre du Schéma**, tout en garantissant l'**ouverture d'espaces d'échanges et de participation directe** des partenaires et représentants d'usagers.

Enfin pour favoriser le suivi de la mise en œuvre des actions par les pilotes, **un outil a été formalisé et mis à la disposition des acteurs concernés** (notamment le directeur de l'Autonomie).

Le schéma ci-après présenté précise ainsi ce dispositif retenu par le dernier comité de pilotage.

DISPOSTIF DE GOUVERNANCE DU PLAN D'ACTIONS



ANNEXES

LA DEPENDANCE A DOMICILE, QUELLE(S) EVOLUTION(S) A ENVISAGER ?

Quelles hypothèses pour l'évolution de la dépendance ?

- **Les projections de personnes âgées dépendantes** ne considèrent ici que les **personnes bénéficiant de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile, âgées de 60 ans et plus**. Les effectifs projetés de bénéficiaires sont obtenus en appliquant des taux de prévalence de l'APA à domicile à une population de personnes âgées de 60 ans ou plus **aux horizons 2023 et 2028 et estimée selon le scenario central des projections démographiques. Être dépendant signifie ici bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile**.

- Trois scénarios de projection du nombre de bénéficiaires de l'APA ont été retenus : un scénario optimiste, un scénario intermédiaire et un scénario pessimiste*. Pour chacun d'entre eux, des hypothèses ont été posées quant à l**a répartition par GIR des personnes âgées dépendantes estimées, et donc de l'évolution de la prévalence par niveau de dépendance**. Les projections de personnes dépendantes ont été réalisées à l'échelle départementale.

** Chacun de ces scénarios s'appuie sur les principales orientations anticipées de l'évolution de la dépendance de la DREES dans son exercice prospectif. « Projections du nombre de bénéficiaires de l'APA en France à l'horizon 2040-2060 – Sources, méthode et résultats », DREES, 2011, 45 p.*

Le scénario optimiste : l'hypothèse est faite que l'âge d'entrée en dépendance reculera, l'espérance de vie sans incapacité évoluant ainsi au même rythme que l'espérance de vie globale.

D'après les projections et les hypothèses établies par l'INSEE dans son scénario central, la mortalité du département baisserait au même rythme qu'en France, soit environ 5 années d'ici à 2040 ; l'espérance de vie à la naissance atteignant 81,2 ans pour les hommes et 87,4 ans pour les femmes en 2040 à l'échelle nationale. Cette évolution appliquée au département de la Martinique et hypothèse faite que cette évolution sera de plus en plus rapide, on estimera que d'ici à 2018, l'espérance de vie aura augmenté en moyenne d'une année, de deux années d'ici à 2023 et de trois d'ici 2028.

L'idée sous-jacente de ce scénario est d'estimer que les gains d'espérance de vie globale obtenus aux horizons 2023 et 2028 seront des gains d'espérance de vie sans incapacité : la durée de vie en dépendance resterait donc stable. Il s'agit donc ici de reculer les niveaux de dépendance par âge au même rythme que l'espérance de vie globale évolue. À titre d'exemple, il est considéré dans cet exercice et au vu de l'évolution de l'espérance de vie que les taux de prévalence des personnes âgées de 60 et 61 ans au 1er janvier 2017 seront atteints par les personnes âgées de 62 et 63 ans en 2023 et que les taux de ces derniers au 1er janvier 2017 ne seront atteints en 2023 que par les personnes âgées de 64 et 65 ans.

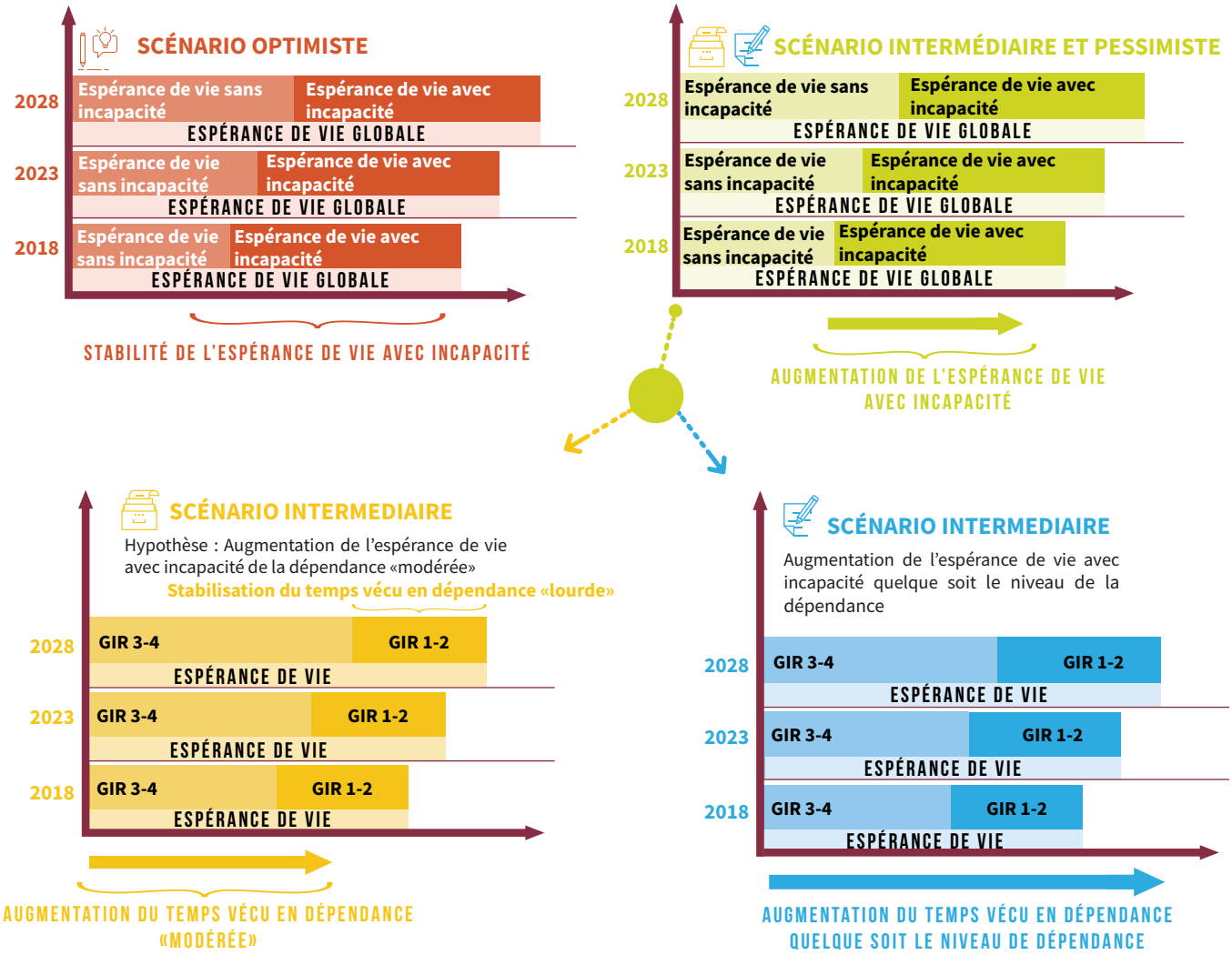
Le scénario intermédiaire : hypothèse est faite que la durée de vie vécue sans incapacité restera stable. Du fait de l'évolution continue de l'espérance de vie globale, ce serait donc la durée de vie en dépendance qui augmenterait. L'hypothèse posée pour ce scénario est donc que les taux de prévalence de l'APA par âge resteront stables.

Malgré cette stabilité et du fait de la poursuite du phénomène de vieillissement de la population départementale, le nombre de bénéficiaires et **les taux de prévalence globaux estimés pour l'ensemble de la population âgée de plus de 60 ans augmentent «mécaniquement».**

L'idée sous-jacente de ce scénario est d'estimer que la durée de vie en dépendance augmente chez les personnes appartenant aux GIR 3-4 (l'incertitude de l'évolution de la dépendance concernerait la dépendance « modérée » - DREES) : maintenir constant les taux de prévalence revient à maintenir l'espérance de vie sans incapacité à son niveau actuel ce qui, combiné à une évolution continue de l'espérance de vie globale, a pour conséquence de faire vivre les personnes âgées plus longtemps en situation de dépendance.

Dans le scénario optimiste, hypothèse est faite que les gains d'espérance de vie sans incapacité se feraient de façon identique quel que soit le niveau de dépendance atteint : la répartition par GIR resterait donc stable (application de la ventilation des bénéficiaires de l'APA à domicile par GIR observée ces dernières années). **Ce second scénario, faisant l'hypothèse d'une évolution de la dépendance plus pessimiste pour les GIR 3-4, il est estimé que le nombre de personnes lourdement dépendantes (GIR 1-2) évoluerait de la même façon que dans le scénario optimiste ; le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile pour les GIR 3-4 est déduit en ôtant au nombre total de bénéficiaires à domicile projetés,** le nombre de bénéficiaires à domicile en GIR 1-2 obtenu dans le scénario optimiste (hypothèse 1 «stabilité de l'espérance de vie sans incapacité de la dépendance «modérée»).

Le scénario pessimiste les résultats par âge de ce scénario sont les mêmes que ceux obtenus dans le scénario intermédiaire. Toutefois, ce scénario est plus pessimiste puisqu'il fait l'hypothèse que la durée de vie en dépendance augmenterait pour l'ensemble des bénéficiaires, quel que soit leur niveau de dépendance (y compris pour les personnes âgées en situation de dépendance lourde).



ÉVOLUTION DE LA DEPENDANCE A L'ECHELLE DEPARTEMENTALE : PRINCIPAUX RESULTATS

Un scénario optimiste qui fait état d'une hausse du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile d'ici 2028 à l'échelle territoriale, ainsi que de la diminution du taux de prévalence de l'APA à domicile.W

EVOLUTION DES BENEFICIAIRES DE L'APA A DOMICILE PAR GROUPE D'AGES QUINQUENNAUX

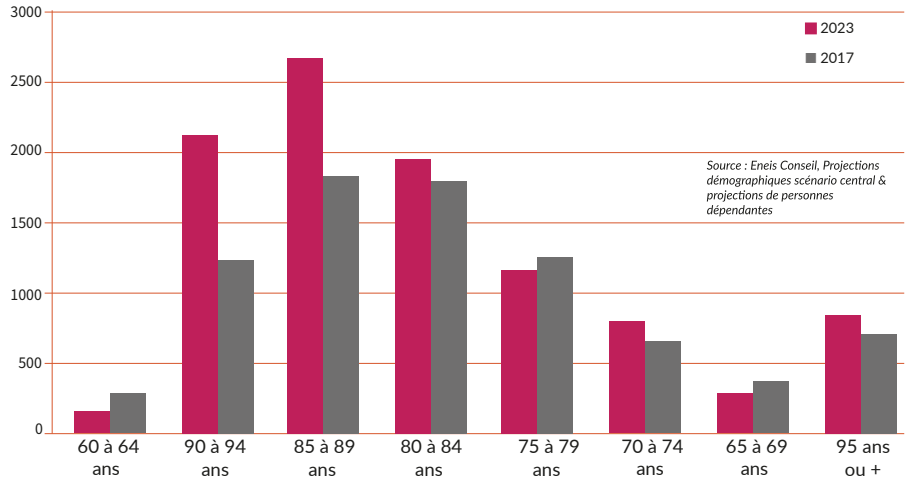
1e janvier	60 à 64 ans	65 à 69 ans	70 à 74 ans	75 à 79 ans	80 à 84 ans	85 à 89 ans	90 à 94 ans	95 ans ou +	60 ans ou +
2017	116	390	645	1 221	1 883	1 910	1 259	717	**8 141**
2023	81	325	784	1 106	1 981	2 624	2 080	903	**9 884**
2028	84	296	767	1 185	2 049	2 666	2 457	1 249	**10 752**
Ecarts absolus entre 2017 et 2023	-35	-65	+139	-115	+98	+714	+821	+185	**+1 742**
Evolution entre 2017 et 2023, en %	-29,9%	-16,8%	+21,6%	-9,4%	52%	+37,4%	+65,2%	+25,8%	**+21,4%**
Ecarts absolus entre 2017 et 2028	-32	-94	+122	-36	+166	+756	+1 198	+531	**+2 610**
Evolution absolus entre 2017 et 2028, en %	-27,9%	-24,0%	+19,0%	-2,9%	+8,8%	+39,6%	95,1%	+74,0%	**+32,1%**

- **En posant comme hypothèse une augmentation de la durée de vie sans incapacité de 3 ans et donc une stabilité de la durée de vie en dépendance (les gains d'espérance de vie sont des gains d'espérance vie sans incapacité d'ici à 2028), le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile devrait augmenter mais de façon plus modérée comparativement aux deux autres scenarios.**
- En effet, et ce de façon « mécanique », ce décalage des taux induit une légère baisse des taux de prévalence par âge, freinant l'accroissement du nombre possible de bénéficiaires. Si **en 2017 la CTM comptait 80 bénéficiaires de l'APA à domicile pour 1000 personnes âgées de 60 ans et plus, ce rapport ne devrait plus s'établir, d'après ce scénario, qu'à 75 au 1er janvier 2028.**

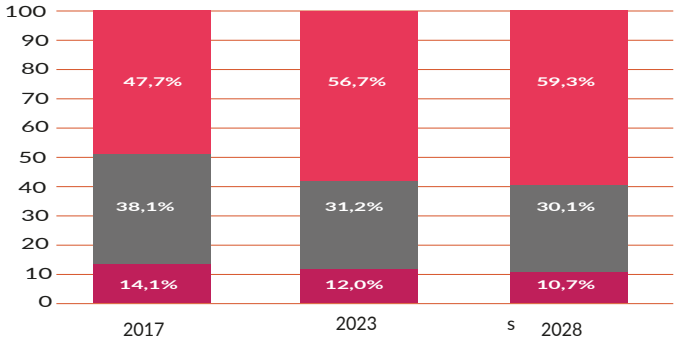
Le nombre de bénéficiaires de l'APA à l'échelle territoriale passerait ainsi de 8 142 en 2017 et près de 9 900 en 2023. Durant la période du schéma, le nombre de bénéficiaires devraient ainsi augmenter de près de 1 700 personnes.

Un scénario optimiste qui fait état d'un vieillissement des bénéficiaires

Structure par âge des bénéficiaires de l'APA à domicile au 01/01/2017 et projection au 01/01/2023 selon le scénario optimiste



Répartition par groupe d'âge de bénéficiaires de l'APA à domicile observé en 2017 et projection en 2023 et 2028 selon le scénario optimiste (%)



Source : Eneis Conseil, Projections démographiques scénario central & projections de personnes dépendantes

- **Du fait du fort accroissement du nombre de personnes âgées et d'un recul de l'âge d'entrée en dépendance, au fil des ans, le processus de vieillissement ferait également varier la répartition par âge des bénéficiaires : le poids des personnes âgées de 85 ans et plus serait de plus en plus important comme le montre le graphique ci-dessus. L'âge moyen des bénéficiaires de l'APA à domicile devrait ainsi passer de 84,0 ans en 2017 à 85,3 ans en 2023 selon le scénario optimiste.**

- L'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes est fortement liée aux mouvements démographiques et au passage des générations dans les différentes classes d'âge. Il serait ainsi observé des évolutions différentes du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile selon les classes d'âge. **Entre 2017 et 2023, le nombre des bénéficiaires de l'APA à domicile âgés de 60-74 ans devrait augmenter de façon modérée comparativement aux deux autres classes d'âges. Le nombre des bénéficiaires de l'APA à domicile âgés de 85 ans ou plus augmenterait de façon importante passant de 3 887 en 2017 à près de 5 600 en 2023**. Cette hausse du nombre de bénéficiaires fortement âgés aurait pour conséquence la hausse de la proportion des bénéficiaires âgés de 85 ans ou plus. En effet, **si en 2013 les 85 ans et plus pesaient pour 47,7% parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA, cette part devrait atteindre 57% en 2023.**

- D'ici le 1er janvier 2023, la part des GIR 1-2 devrait augmenter pour atteindre 19,1% (contre 18,5% en 2017). Le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile classés GIR 1-2 devrait également augmenter passant 1 503 en 2017 à près de 1 900 en 2023.

Un scénario intermédiaire/pessimiste qui fait état d'une forte hausse de la population dépendante

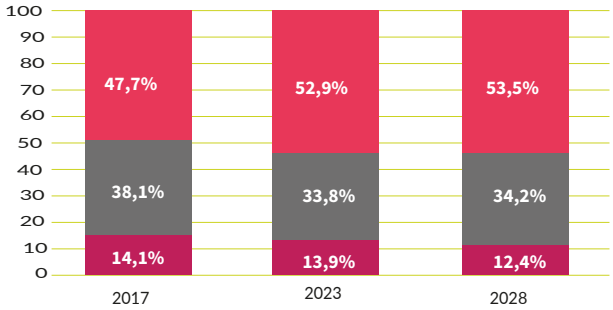
EVOLUTION DES BENEFICIAIRES DE L'APA A DOMICILE PAR GROUPE D'AGES QUINQUENNAUX

1e janvier	60 à 64 ans	65 à 69 ans	70 à 74 ans	75 à 79 ans	80 à 84 ans	85 à 89 ans	90 à 94 ans	95 ans ou +	60 ans ou +
2017	116	390	645	1 221	1 883	1 910	1 259	717	**8 141**
2023	151	544	956	1 586	2 619	3 262	2 227	1 089	**12 434**
2028	154	629	1 087	1 968	3 201	3 603	2 980	1 502	**15 124**
Ecarts absolus entre 2017 et 2023	35	154	311	365	736	1 352	968	373	**4 292**
Evolution entre 2017 et 2023, en %	-29,8%	39,4%	48,2%	29,4%	39,1%	70,8%	76,9%	51,9%	**52,7%**
Ecarts absolus entre 2017 et 2028	38	239	442	747	1 318	1 693	1 721	784	**6 982**
Evolution absolus entre 2017 et 2028, en %	32,6%	61,2%	68,5%	61,2%	70,0%	88,6%	136,7%	109,2%	**85,1%**

Pour rappel, les scenarios intermédiaire et pessimiste donnent le même nombre total de bénéficiaires de l'APA. Seule la répartition par GIR est différente aux différents horizons.

- Ce scénario fait l'hypothèse d'une stabilité de la durée de vie sans incapacité. De ce fait, il induit l'accroissement de la durée de vie en dépendance puisque les hypothèses démographiques font quant à elles état d'une hausse de l'espérance de vie. **Ainsi, il est observé une forte augmentation du nombre de bénéficiaires qui suit celle de l'évolution du nombre de personnes âgées anticipée via les projections démographiques.** Le nombre de bénéficiaires de l'APA passerait ainsi de 8 141 à près de 12 500 en 2023 soit une augmentation globale de +53% en l'espace de 10 années. Le taux de pénétration de l'APA à domicile passerait ainsi de 80 à 100 bénéficiaires de l'APA à domicile pour 1 000 personnes âgées de 60 ans ou plus. **Comme pour le scénario optimiste, le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile augmenterait fortement au-delà de 85 ans, ainsi que leur proportion comme le montre le graphique ci-dessus.**

Répartition par groupe d'âge du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile observé en 2017 et projection en 2023 et 2028 selon le scénario intermédiaire/pessimiste



60-74 ans
75-84 ans
85 ans et plus

Source : Eneis, Projections démographiques scénario central , Département

- Le scénario intermédiaire fait l'hypothèse – à l'instar du scénario pessimiste - que la durée de vie vécue avec incapacité augmentera. Toutefois, l'hypothèse est également posée que cette hausse concernera uniquement la dépendance « modérée » : cette hypothèse sous-tend que l'incertitude de l'évolution de la dépendance concernerait uniquement la dépendance « modérée ».

- **Le nombre de personnes lourdement dépendantes (GIR 1-2) évoluerait ainsi de manière identique à l'hypothèse optimiste, soit une légère hausse d'ici 2023.**
- **Le nombre de bénéficiaires de l'APA classés en GIR 3-4 quant à lui augmenterait de près de 60% à l'horizon 2023, soit une progression absolue de +3 900 bénéficiaires.**

EVOLUTION DES BENEFICIAIRES DE L'APA A DOMICILE PAR GIR (scénario intermédiaire)

1e janvier	GIR 1-2	GIR 3-4	Total
2017	1 503	6 638	**8 141**
2023	1 884	10 550	**12 434**
2028	2 090	13 034	**15 124**
Ecarts absolus entre 2017 et 2023	381	3 912	**4 293**
Evolution entre 2017 et 2023, en %	25,4%	58,9%	**52,7%**
Ecarts absolus entre 2017 et 2028	587	6 396	**6 983**
Evolution absolus entre 2017 et 2028, en %	39,0%	96,4%	**85,8%**

- Dans le scénario pessimiste, hypothèse est ici faite d'une hausse de l'espérance de vie avec incapacité quel que soit le niveau de dépendance. Le poids de la dépendance lourde vis-à-vis de la dépendance modérée resterait donc ici le même.
- **A répartition par GIR et par âge égale (identique à celle observée ces dernières années), le nombre de bénéficiaires en dépendance lourde (GIR 1-2) augmenterait de +55% et celui des dépendants « modérés » (GIR 3-4) de +53%, soit des hausses respectives de +826 et +3 468 bénéficiaires supplémentaires entre 2017 et 2023.**

EVOLUTION DES BENEFICIAIRES DE L'APA A DOMICILE PAR GIR (scénario pessimiste)

1e janvier	GIR 1-2	GIR 3-4	Total
2017	1 503	6 638	**8 141**
2023	2 329	10 106	**12 434**
2028	2 865	12 259	**15 124**
Ecarts absolus entre 2017 et 2023	826	3 468	**4 293**
Evolution entre 2017 et 2023, en %	54,9%	52,2%	**52,7%**
Ecarts absolus entre 2017 et 2028	1 362	5 621	**6 983**
Evolution absolus entre 2017 et 2028, en %	90,6%	84,7%	**85,8%**

Récapitulatif des résultats à l'échelle territoriale

EVOLUTION DES BENEFICIAIRES DE L'APA A DOMICILE D'AGE QUINQUENNAUX SELON LE SCENARIO OPTIMISTE, INTERMEDIAIRE ET PESSIMISTE

	2017	Scénario optimiste		Scénario intermédiaire/pessimiste	
		01/01/2023	01/01/2028	01/01/2023	01/01/2028
60 à 64 ans	116	81	84	151	154
65 à 69 ans	390	325	296	544	629
70 à 74 ans	645	784	767	956	1 087
75 à 79 ans	1 221	1 106	1 185	1 586	1 968
80 à 84 ans	1 883	1 981	2 049	2 619	3 201
85 à 89 ans	1 910	2 624	2 666	3 262	3 603
90 à 94 ans	1 259	2 080	2 457	2 227	2 980
95 ans ou +	717	903	1 249	1 089	1 502
TOTAL	**8 141**	**9 914**	**10 752**	**12 434**	**15 124**

EVOLUTION DES BENEFICIAIRES DE L'APA A DOMICILE PAR GIR SELON LE SCENARIO OPTIMISTE, INTERMEDIAIRE ET PESSIMISTE

	2017	Scénario optimiste		Scénario intermédiaire		Scénario pessimiste	
		01/01/2023	01/01/2028	01/01/2023	01/01/2028	01/01/2023	01/01/2028
GIR 1-2	1 503	1 884	2 090	1 884	2 090	2 330	2 865
GIR 3-4	6 638	8 000	8 662	10 550	13 034	10 106	12 259
TOTAL	**8 141**	**9 884**	**10 752**	**12 434**	**15 124**	**12 434**	**15 124**

LES BESOINS EN EHPAD

Indicateurs utilisés, hypothèses réalisées et méthodologie

Avec le développement de différents services sur l'ensemble de la Collectivité Territoriale, le maintien à domicile est la première solution envisagée et utilisée par les personnes âgées. **Cela étant, la Collcetivité se doit également de développer une offre de prise en charge dans les EHPAD afin de pallier et anticiper les besoins à venir. En effet, d'ici à 2023 et 2028, les projections démographiques réalisées à l'échelle territoriale ont mis en avant une augmentation du nombre de personnes âgées de plus 60 ans et ce, quel que soit le scénario envisagé**. Comme l'a montrée la partie précédente, cette hausse démographique aura également pour conséquence l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes à domicile et ce quel que soit le scénario d'évolution de l'espérance de vie en dépendance ou non considéré. **Cette augmentation du nombre de personnes âgées et potentiellement dépendantes aura ainsi une répercussion sur les besoins en EHPAD.**

Afin d'estimer le nombre de places nécessaires (lits EHPAD) pour pallier l'évolution du nombre de personnes âgées, un exercice de prospective de besoins a été réalisé, combinant à la fois les données sur l'évolution de la dépendance à domicile et des hypothèses sur l'évolution de la prise en charge à domicile et en établissements des GIR 1 à 4.

Comme pour les projections démographiques et les projections de personnes âgées dépendantes, cet exercice est basé sur l'évolution de certains indicateurs. Le degré de fiabilité de cet exercice est donc assujetti à la capacité des acteurs publics à mettre en place les actions nécessaires pour la réalisation des hypothèses. **Les projections de besoins ont été réalisées aux horizons 2023 et 2028 à l'échelle du département.**

Cet exercice prospectif de définition des besoins est basé sur l'évolution à venir des taux d'institutionnalisation des GIR 1-2 et des GIR 3-4. À l'échelle de la CTM ce taux est de 30% pour les GIR 1-2, c'est-à-dire que 30% des GIR 1-2 résident en établissement et 70% à domicile. Pour les GIR 3-4, le taux d'institutionnalisation est égal à 5%. Ces valeurs sont nettement inférieures à celles observées à l'échelle nationale où les taux d'institutionnalisation sont respectivement de 65% et 20% pour les GIR 1-2 et GIR 3-4.

Du fait d'écart important, 3 scenarios d'évolution des taux d'institutionnalisation ont été réalisés :

- **Maintien des taux d'institutionnalisation observés actuellement** : l'objectif de ce scénario est de montrer les besoins en EHPAD si les taux sont maintenus constants sous-entendant ainsi le déploiement de moyens conséquents pour répondre aux besoins à domicile étant donné l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile.
- **Fixation des taux nationaux** : ce scénario a une vertu pédagogique et a pour objectif d'indiquer la volumétrie de places à créer si la CTM s'oriente dès à présent vers un « rapatriement important » des GIR 1-2 et 3-4 en établissement en vue de disposer des mêmes taux d'institutionnalisation qu'à l'échelle nationale.
- **Augmentation progressive des taux d'institutionnalisation** : ce scénario est un intermédiaire aux deux autres et fixe une montée progressive des taux d'institutionnalisation des GIR 1-2 et 3-4 sans pour autant atteindre les valeurs nationales d'ici 2028. Ce scénario fait ainsi le postulat d'un développement visant à diversifier les réponses quant à la prise en charge des personnes dépendantes en établissements et à domicile.

Pour les trois scénarios cités, il est également fait comme hypothèse que la part des GIR 5-6 en établissement diminue de 5 points pour les 5 ans. Elle est actuellement de 10%.

Tableau des hypothèses

	Maintien des taux d'institutionnalisation	Fixation des taux nationaux	Augmentation progressive
Nombre de places autorisées en EHPAD	**1 599 places**		
Taux d'institutionnalisation des GIR 1-2	**30 % en 2023** **30 % en 2028**	**65 % en 2023** **65 % en 2028**	**40 % en 2023** **50 % en 2028**
Taux d'institutionnalisation des GIR 3-4	**5 % en 2023 (valeur actuelle)** **5 % en 2028 (valeur actuelle)**	**20 % en 2023** **20 % en 2028**	**10 % en 2023** **15 % en 2028**
Part des résidents dépendants venant d'un autre département (GIR 1-4)	**0 %**		
Part des résidents classés GIR 5-6	**5 % en 2023 et 0 % en 2028 (10 % en 2018)**		

Calcul des besoins en EHPAD

À partir des bénéficiaires de l'APA à domicile classés GIR 1-2 et 3-4 et projetés à l'échelle territoriale, il est possible de définir les besoins en EHPAD.

Pour cela :

1. On calcule les GIR 1-2 et 3-4 vivant à domicile et en établissement, originaires de la Collectivité Territoriale en divisant par l'inverse des taux d'institutionnalisation.
   On en déduit les GIR 1-2 et 3-4 originaires du département vivant en établissement.
2. A ces GIR 1-4 vivant en établissement et originaires de la Collectivité Territoriale, on divise par l'inverse de la proportion des GIR 1-4 vivant hors département pour en déduire le nombre total de GIR 1-4 en établissement originaires ou non du département.
3. A ce total de GIR 1-4 en établissement originaires ou non de la Collectivité Territoriale, on divise par l'inverse de la part des GIR 5-6 en établissement pour en déduire le nombre de total de GIR 1-6 en établissement originaires ou non du département.
4. A ce total, on applique l'inverse d'un taux d'occupation de 98% pour en déduire le nombre total de places nécessaires en 2023 et 2028.
5. On compare le total obtenu aux places autorisées en 2017.

Les besoins en EHPAD découlent des projections démographiques et des projections de personnes dépendantes à domicile. De ce fait, trois chiffres de besoins en EHPAD sont présentés pour chacun des scénarios liés à l'évolution des taux d'institutionnalisation. Ainsi, au global 9 chiffres de besoins en EHPAD sont présentés à chaque date.

Les besoins théoriques calculés

Nombre de places à créer d'ici 2023 (durant la période du schéma) selon l'évolution des taux d'institutionnalisation et de la dépendance à domicile

		Scénarios relatifs à l'évolution des taux d'institutionnalisation des GIR 1-2 et 3-4		
		Maintien des taux aux valeurs observés ces dernières années	Fixation de taux similaires aux valeurs nationales	Augmentation progressive des taux
Scénarios relatifs à l'évolution de la dépendance à domicile	Scénario optimiste	-280	4 719	847
	Scénario intermédiaire	- 136	4 761	866
	Scénario pessimiste	44	4 737	857

En considérant les résultats à l'échelle territoriale ainsi que le scénario du maintien du taux d'institutionnalisation, il est constaté que la CTM dispose d'un nombre de places nécessaires pour pallier les évolutions à venir d'ici 2023 et 2028 (voir tableau l'horizon 2028 ci-après). Ce constat n'est cependant pas valable dans le cas où l'évolution de la dépendance à domicile se rapprocherait du scénario pessimiste **(une quarantaine de places à créer d'ici 2023)**.

Si la CTM envisage de disposer de taux d'institutionnalisation similaires à ceux du niveau national, il faudrait ainsi créer plus de 4 700 places d'ici 2023. Ce chiffre dépasse les 5 000 si on considère l'horizon 2028 et atteint près de 6 000 dans le cas où la dépendance évoluerait de la façon fixée par le scénario pessimiste (voir tableau l'horizon 2028 ci-après).

Si la CTM se positionne sur un scénario d'augmentation progressive des taux d'institutionnalisation, il faudrait ainsi créer près de 850 places durant le schéma (taux d'institutionnalisation fixé à 40% pour les GIR 1-2 et 10% pour les GIR 3-4).

Nombre de places à créer d'ici 2028 (durant la période du schéma) selon l'évolution des taux d'institutionnalisation et de la dépendance à domicile

		Scénarios relatifs à l'évolution des taux d'institutionnalisation des GIR 1-2 et 3-4		
		Maintien des taux aux valeurs observés ces dernières années	Fixation de taux similaires aux valeurs nationales	Augmentation progressive des taux
Scénarios relatifs à l'évolution de la dépendance à domicile	Scénario optimiste	-220	5 004	2 315
	Scénario intermédiaire	14	5 433	2 618
	Scénario pessimiste	311	5 895	2 854

Les résultats présentés à l'horizon 2028 sont similaires à ceux de 2023, agrémentés des places à produire entre 2023 et 2028. Ainsi, si la CTM fait le choix d'une augmentation progressive des taux d'institutionnalisation des GIR 1-2 et 3-4, elle devra créer entre 2 300 et 2 800 places en EHPAD entre 2018 et 2028, dont près de 850 durant la période du schéma comme indiqué précédemment.

Même en maintenant les taux actuels, la CTM devrait créer un petit nombre de places sauf si l'évolution de la dépendance à domicile dans les prochaines années suivrait celle indiquée via le scénario optimiste.

Charte Romain Jacob

«Unis pour l'accès à la santé des personnes en situation de handicap »

Préambule

Présentée par les représentants des personnes en situation de handicap ainsi que les acteurs des secteurs du soin, hospitaliers, médico-sociaux, ambulatoires français, la Charte Romain Jacob s'inscrit dans les orientations des politiques publiques, portées par de nombreuses lois en faveur de l'insertion sociale et de la pleine citoyenneté des personnes en situation de handicap.

Article 1 - Valoriser l'image que la personne handicapée perçoit d'elle-même

La personne doit être actrice de sa santé et de sa qualité de vie. C'est un élément constitutif de son autonomie. Comme tout un chacun, l'éducation qui lui est apportée doit concerner tous les domaines de la vie : l'hygiène, l'alimentation, l'activité physique, la sexualité, les conduites addictives (tabac, alcool…). Il est essentiel de lui apprendre comment fonctionne son corps et comment le respecter, l'informer des changements corporels qui vont intervenir tout au long de sa vie (puberté, sexualité, contraception, avancée en âge…). Laplace des aidants et des professionnels est prépondérante dans cette éducation.

Article 2 - Valoriser l'accompagnement

Les signataires reconnaissent le rôle, l'expertise et les compétences essentiels des personnes qui accompagnent les personnes handicapées (aidants, familles, proches, professionnels…) dans leur parcours de soins. Ils veillent à les associer, dans le respect des droits des patients, à la prise en charge médicale et soignante des personnes handicapées.

Les signataires reconnaissent le rôle des associations représentant les personnes handicapées pour l'amélioration continue des parcours de santé. Ils s'engagent à faciliter leur expression et leur participation.

La personne handicapée bénéficie d'un droit à être accompagnée par la personne de son choix tout au long de son parcours de soins. Conformément à la loi, les accompagnants doivent être acceptés et reconnus dans leur mission par la totalité des acteurs de soins, en accord avec la personne handicapée.

Durant cet accompagnement, les signataires soulignent l'importance de prendre en compte le besoin de répit des aidants de proximité.

Article 3 - Exprimer les besoins

Les signataires soutiennent le recueil des besoins des personnes handicapées au moyen d'outils partagés et leur transmission aux autorités publiques compétentes. Ce recueil privilégie l'expression directe des personnes handicapées et peut être complété par d'autres sources telles que des enquêtes et des études régionales.

Article 4 - Intégrer la santé au parcours de vie des personnes en situation de handicap

Les signataires, et notamment ceux représentatifs des établissements de santé et services sociaux et médico-sociaux, s'assurent, dans leur accompagnement quotidien, individuel et collectif, de la prise en compte de la santé comme un élément constitutif de l'autonomie et de la citoyenneté des personnes handicapées.

Ils participent à l'accès à l'hygiène, à la prévention et aux dépistages, aux actions de promotion et d'éducation à la santé, et à l'accompagnement vers les soins.

Ils forment leurs personnels, soignants ou non-soignants, à la prise en compte de la santé comme dimension incontournable de l'accompagnement des personnes handicapées.

Article 5 - Construire une culture professionnelle commune

Les signataires s'engagent à systématiser les actions communes de formation et de sensibilisation au handicap auprès des professionnels et de leurs adhérents. Ils organisent notamment, avec la contribution des personnes handicapées et de leurs aidants, des sessions communes de formation, d'information et d'échanges interprofessionnels et inter établissements.

Article 6 - Coordonner le parcours de santé

La coordination du parcours de santé des personnes handicapées doit être organisée, que la personne vive à domicile ou en établissement. Elle doit être utile à la personne handicapée, aux proches aidants, aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux.

La fonction de coordination ne pourra être assurée en l'absence d'outils permettant la circulation de l'information et son accessibilité.

La mise en place d'un dossier partagé, outil au service de la coordination et du parcours de santé, est prioritaire pour la personne handicapée. Il devra être obligatoirement renseigné par l'ensemble des acteurs concernés qui auront été autorisés à y accéder et formés à son utilisation.

Article 7 - Organiser l'accès aux soins et à la prévention

Les signataires, représentant les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux, contribuent à l'accès à la santé des personnes handicapées. Ils veillent à l'adaptation de leurs équipements, à la qualité de l'accompagnement, à la communication dans les soins, et à la coordination de leurs interventions.

Afin de permettre aux personnes en situation de handicap d'être actrices de leur santé, une vigilance particulière est portée

à l'adaptation des protocoles de prévention spécifiques aux différents handicaps, à la promotion de la santé, et à l'éducation thérapeutique. Les signataires veillent à mobiliser des supports d'information accessibles à tous.

Article 8 - Faciliter et développer l'accès aux soins ambulatoires

Les signataires s'engagent à favoriser l'accessibilité aux soins ambulatoires.

Ils soutiennent ainsi l'organisation des rendez-vous et consultations, et l'identification des professionnels de santé de proximité dont la pratique favorise l'accessibilité aux soins pour les personnes handicapées.

Ils s'accordent sur la complémentarité nécessaire sur un territoire, par discipline et par zone géographique, entre l'offre de soins ambulatoires et le recours aux plateaux techniques et aux professionnels hospitaliers.

Ils agissent pour que des moyens soient mis en place pour informer et orienter les personnes handicapées et leur entourage, dans le respect du choix du lieu de vie de ces personnes.

Article 9 - Prévenir et adapter l'hospitalisation avec ou sans hébergement

Les signataires s'engagent à faire appel, si besoin, aux services de soins infirmiers à domicile et aux services d'hospitalisation à domicile (HAD), afin de prévenir, ou de raccourcir, l'hospitalisation avec hébergement.

Le recours à l'HAD, quel que soit le lieu de vie, doit favoriser la continuité de l'accompagnement, en utilisant notamment les capacités de prise en charge des soins palliatifs.

Les signataires facilitent, quand elle est nécessaire, l'hospitalisation des personnes handicapées notamment par la mobilisation de moyens spécifiques comme l'aménagement des chambres, l'adaptation des moyens de communication, l'organisation des rendez-vous, des consultations et examens, et la limitation des déplacements et des temps d'attente.

L'accueil, la coordination et le suivi du parcours de la personne handicapée, durant son hospitalisation, doit faire l'objet de protocoles spécifiques aux handicaps et aux capacités des personnes à exprimer leurs besoins.

Dans le cadre d'une hospitalisation, l'offre de soins doit intégrer la communication avec les accompagnants professionnels, les aidants, les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge et le médecin traitant, dans le respect des droits des patients.

Afin d'éviter les ruptures dans le parcours de soin des personnes handicapées, les signataires s'engagent à développer et diffuser l'ensemble des moyens et outils de liaisons pour une meilleure coordination des soins.

Article 10 - Améliorer la réponse aux urgences médicales

Dans un souci d'adéquation entre les besoins de la personne handicapée, le bon recours aux services des urgences, et afin d'éviter les ruptures d'accompagnement, les signataires s'engagent à promouvoir une formation des équipes des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) adaptée à la prise en charge des personnes handicapées.

Les signataires s'engagent à adapter l'accueil, les soins et la prise en charge somatique et psychiatrique des personnes handicapées en urgence, en favorisant l'accès direct aux unités de soins concernées (document de liaison), et en définissant des critères de priorité de prise en charge dans les services d'urgence.

Les établissements de santé associent, dans le respect des droits des patients, les accompagnants des personnes handicapées afin de favoriser la communication et l'adaptation des soins.

Article 11 - Faciliter le recours aux Technologies de l'Information et de la Communication

Les signataires s'engagent à faciliter le recours aux nouvelles technologies afin de développer des programmes régionaux de télémédecine pour l'accès aux soins des personnes handicapées et à favoriser l'accès aux outils de communication qui leur permettent de s'exprimer.

Article 12 - Mettre en œuvre et évaluer la présente charte

Les signataires s'accordent sur la nécessité de construire, au regard de chacun des objectifs de la présente charte, des outils partagés et concrets, fondés sur la reconnaissance réciproque des compétences, des aptitudes, mais également des contraintes de chacun, et favorisant la fluidité des parcours de santé.

Ils se réunissent annuellement, au travers d'un comité de la Charte, pour partager l'évaluation de leurs actions.

Ils communiquent leurs travaux et conclusions à la Haute Autorité de Santé(HAS), à la Conférence Nationale de Santé (CNS), au Comité National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH) et aux autorités publiques compétentes.

Ils favorisent l'adhésion à la présente charte des acteurs de santé et des représentants des personnes handicapées.

GLOSSAIRE

AAH : Allocation aux Adultes Handicapés

AARPHA : Association d'Aide à la Réinsertion des Personnes Handicapées

AAPH : Association d'Aides aux Personnes Handicapées

AASM : Association d'Action Sociale de Martinique

ACP : Aide au paiement d'une Complémentaire Santé

ACS : Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé

ACMPP : Association des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques de la Martinique

ACTP : Allocation Compensatrice Tierce Personne

ADAPEI : Association Départementale des Parents et Amis de Personnes Handicapées Mentales

ADUAM : Agence d'Urbanisme et d'Aménagement de Martinique

AEEH : Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé

AFTCM : Association Familles Traumatismes Crâniens Martinique

AGEFIPH : Association de GEstion du Fond pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources

AJ : Accueil de Jour

ALS : Agence pour le Logement Social

AMEDAV : Association Martiniquaise pour l'Éducation des Déficients Auditifs et Visuels

ANAH : Agence NAtionale de l'Habitat

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

APPAHM :

ARS : Agence Régionale de Santé

ASV : loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement

AVC : Accident vasculaire cérébral

CACEM : Communauté d'Agglomération CEntre Martinique

CAESM : Communauté d'Agglomération de l'Espace Sud de la Martinique

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CAJ : Centre d'Accueil de Jour

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CAP NORD : Communauté d'Agglomération du Pays Nord Martinique

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CCI (M) : Chambre de Commerce et d'Industrie (de la Martinique)

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CGSS : Caisse Générale de Sécurité Sociale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CLS (M) : Contrat Local de Santé (Mentale)

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CSG : Contribution Sociale Généralisée

CTCA : Conseil Territorial de la Citoyenneté et de l'Autonomie

CTM : Collectivité Territoriale de Martinique

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DEAL : Direction de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement

DJSCS : Direction de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

DGI : Direction Générale des Impôts

DI : Déficient Intellectuel

DIECCTE : Direction des Entreprises de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

DOM : Département d'Outre-Mer

DRESS : Direction de la REcherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EES : Établissement d'Éducation Spécialisée

EHPA (D) : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées (Dépendantes)

EPCI : Établissement Public de Coopération Intercommunale

ERP : Établissement Recevant du Public

ESAT : Établissement et Service d'Aide par le Travail

ESSMS : Établissements ou Services Sociaux ou Médico-Sociaux

ETP : Effectif Temps Plein

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FV : Foyer de Vie

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

GIR : Groupes Iso-Ressources (correspondant au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée)

GCMPIH : Groupement Coopératif de Martinique pour la Promotion des Personnes Inadaptées et Handicapées

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire (e-santé)

GOS : Groupe opérationnel de Synthèse

HAD : Hébergement À Domicile

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

HT : Hébergement Temporaire

IME : Institut Médico-Éducatif

IMP : Institut Médico-Pédagogique

IMPro : Institut Médico-Professionnel

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

ITEP : Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie

MARPA : Maison d'Accueil Rural pour les Personnes Âgées

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MDA : Maison Départementale de l'Autonomie

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MMPH : Maison Martiniquaise des Personnes Handicapées

OSM : Observatoire de la Santé de Martinique

PA : Personne Âgée

PAERPA : Programme Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie

PAG : Projet d'Accompagnement Global

PASA : Pôle d'Activité et de Soins Adaptés

PCH : Prestation de Compensation du Handicap

PHV : Personne Handicapée Vieillissante

PMR : Personne à Mobilité Réduite

PRM : Personne de Référence du Ménage

PRS : Projet Régional de Santé

PSH : Personne en Situation de Handicap

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

PUV : Petite Unité de Vie (pour personnes âgées)

RAPT : Réponse Accompagnée Pour Tous

SAAD : Service d'Aides et de Soins à domicile

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SAP : Service À la Personne

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SDAASP : Schéma Départemental d'Amélioration de l'Accessibilité des Services au Public

SEES : Section d'Éducation et d'Enseignement Spécialisée

SESSAD : Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile

SPASAD : Service Polyvalent d'Aides et de Soins À Domicile

SSIAD : Service de Soins Infirmiers À Domicile

STATISS : STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social

TED : Troubles Envahissants du Développement

TIC : Technologies de l'Information et de la Communication

UHR : Unité d'Hébergement Renforcée

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Rédaction :
- Cabinet ENEIS CONSEIL
- CTM/DGAS/Direction Planification et Programmation des ESMS
Conception : Direction Communication CTM
Photos / Illustrations : ShutterStock - Pixabay - FreePick
2019

DIRECTION GENERALE ADJOINTE - SOLIDARITES
DIRECTION DE LA PLANIFICATION ET DE LA PROGRAMMATION
DES EQUIPEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

HOTEL DE LA COLLECTIVITE TERRITORIALE
Rue Gaston Defferre – CS 30137 | 97201 Fort-de-France, Martinique
TÉL : **0596 59 63 00** | FAX : **0596 72 68 10**
COURRIEL : **courrier@collectivitedemartinique.mq**

collectivitedemartinique.mq