

SCHÉMA DÉPARTEMENTAL
en faveur des
PERSONNES ÂGÉES



2009

2013



Conseil Général
de la Martinique

Le mot du Président

Les élus du Conseil Général et moi avons la satisfaction de doter la Martinique de son 3ème schéma gérontologique.

Ce document adopté par l'assemblée plénière le 22 janvier 2009 pour la période 2009 - 2013, s'inscrit dans la dynamique engagée depuis plusieurs années pour améliorer les conditions de vie des personnes âgées du département. Il traduit la continuité de l'effort du Conseil Général qui doit nous permettre de répondre au défi du vieillissement démographique de la Martinique, et ce, malgré un contexte marqué par la raréfaction des ressources publiques.

Le nouveau schéma confortera une politique qui a apporté de nombreuses avancées dans le secteur gérontologique, notamment pour ce qui concerne le maintien à domicile, la coordination, et la lutte contre la maltraitance.

De nombreux efforts sont encore nécessaires pour rattraper les déficits existants aujourd'hui en matière de création de places d'hébergement et pour mieux accompagner les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Nous comptons y parvenir en partenariat avec tous les acteurs institutionnels et associatifs du domaine gérontologique qui ont été étroitement associés à l'élaboration du nouveau schéma dont les objectifs comptent 17 actions définies dans 4 orientations prioritaires :

Améliorer le cadre de vie des personnes âgées et assurer la reconnaissance des métiers du maintien à domicile ;

Adapter l'offre d'hébergement ;

Favoriser la prévention de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées ainsi que l'accompagnement des malades et de leurs parents ;

Développer l'information et la coordination.

Il nous appartient maintenant de faire vivre ce document de référence sur les 5 années à venir. A travers lui, le Conseil Général affirme sa volonté de répondre au défi démographique et à l'exigence d'apporter des réponses solidaires pour le mieux vivre des personnes âgées de la Martinique.

Claude LISE
Sénateur de la Martinique
Président du Conseil Général

Le Président du Conseil Général
Sénateur de la Martinique
Claude LISE



Sommaire

1	INTRODUCTION	3
1.1	Objectifs généraux du schéma	3
1.2	La méthodologie du schéma	4
2	ETAT DES LIEUX	6
2.1	La population âgée dans le département : démographie et conditions de vie	6
2.2	Situation des établissements et des services	11
2.2.1	Analyse comparative	11
2.2.2	Éléments de contexte départemental	15
2.3	Les équipements sanitaires pour personnes âgées	22
2.4	Évaluation du dispositif de prise en charge	23
2.4.1	La politique de maintien à domicile	23
2.4.2	La politique d'hébergement	26
2.4.3	Coordination et information	28
3	EVALUATION PROSPECTIVE (2009-2013) DES BESOINS DE PLACES EN ÉTABLISSEMENTS D'ACCUEIL POUR PERSONNES ÂGÉES	32
3.1	Données de cadrage	32
3.1.1	Évolution de la population martiniquaise d'ici à 2030	32
3.1.2	Évolution des plus de 60 ans d'ici à 2030	33
3.2	Les enseignements	34
3.3	Projections des besoins en places d'EHPAD	34
3.3.1	Estimation des besoins en lits au niveau départemental	35
3.3.2	Estimation des besoins en lits par secteur gérontologique	37
3.3.3	Tableau des projections des besoins en lits d'EHPAD	43
4	LES ORIENTATIONS POUR 2009 - 2013	44
4.1	Quatres axes pour la période 2009-2013	44
4.2	Axe 1 - Améliorer le cadre de vie des personnes âgées et assurer la reconnaissance des métiers du maintien à domicile	44
4.3	Axe 2 : Adapter l'offre d'hébergement	49
4.4	Axe 3 : Favoriser la prévention de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées ainsi que l'accompagnement des malades et de leurs parents	52
4.5	Axe 4 : Développer l'information et la coordination	55
5	ORIENTATIONS DE L'ETAT	60
5.1	Schéma départemental des besoins et répartition des SSIAD sur le territoire	60
6	ANNEXES	84
6.1	Le résultat de la consultation des usagers	84
6.1.1	Questionnaires auprès des personnes âgées vivant à domicile	84
6.1.2	Questionnaires auprès des personnes âgées vivant en établissement	86
6.1.3	Questionnaires auprès des établissements d'accueil pour personnes âgées	87
6.1.4	Questionnaires auprès des accueillants familiaux	90
6.1.5	Questionnaires auprès des SSIAD	91
6.1.6	Questionnaires auprès des services à domicile	92
6.2	Cahier des charges pour la création d'EHPAD	94
7	COMPOSITION DES GROUPES DE TRAVAIL THÉMATIQUES	96
8	GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISÉS	99
9	REMERCIEMENTS	100

1 - Introduction

Le nouveau schéma départemental en faveur des personnes âgées s'inscrit dans un contexte législatif et réglementaire caractérisé notamment par l'acte II de la décentralisation, le développement des services à la personne, le plan Alzheimer et l'expérimentation des maisons de l'autonomie. Ce contexte est fortement influencé par l'allongement de l'espérance de vie en Martinique et la nécessité d'adapter l'offre de service social et médico-social aux conséquences du vieillissement démographique. Le nouveau schéma intervient aussi dans une conjoncture de récession économique et de raréfaction des ressources des collectivités publiques. La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, dite acte II de la décentralisation confère au Conseil Général le rôle de chef de file de l'action gérontologique départementale. A ce titre, il doit piloter un dispositif comportant plusieurs niveaux de difficultés.

Complexité due à la diversité des acteurs : l'action gérontologique requiert la mobilisation de nombreux professionnels d'où la nécessité de la coordination des interventions pour en optimiser les effets, avec le souci de toujours privilégier le libre choix des usagers et de préserver le rôle de la famille.

Complexité due aux modes de financement : les partenaires financiers sont également nombreux en raison de l'enchevêtrement des compétences qui subsiste encore dans ce domaine entre l'Etat, la Caisse Générale de Sécurité Sociale, l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) et le Conseil Général. Là encore, la solution passe par la coordination. Mais il s'agira de coordination institutionnelle entre partenaires financiers afin d'harmoniser les projets et leur financement.

Complexité due au contexte martiniquais caractérisé par le vieillissement démographique, le déficit des places d'hébergement, la régression des solidarités familiales, les besoins d'adaptation des logements et l'insuffisance des ressources des personnes âgées du département. Face à toutes ces difficultés et malgré un contexte économique difficile, le Conseil Général a fait le choix politique de maintenir son engagement en faveur des personnes âgées les plus démunies et les plus défavorisées.

1.1 OBJECTIFS GÉNÉRAUX DU SCHÉMA

Le schéma gérontologique est un document structurant.

Ses objectifs sont les suivants :

- Apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;
- Dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;
- Déterminer 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 et, le cas échéant, d'accueils familiaux en faveur des personnes âgées ou handicapées ;
- Préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services socio et médico-sociaux, à l'exception des structures expérimentales, ainsi qu'avec les établissements de santé ;
- Définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ces schémas.

1.2 LA MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU SCHÉMA

Le nouveau schéma a été élaboré avec la volonté de privilégier la plus large concertation possible avec les principaux partenaires gérontologiques du département.

Dès la phase d'évaluation, le Conseil général a souhaité s'attacher l'expertise des acteurs de terrain en allant à leur rencontre afin de bénéficier de leur regard sur les atouts et les points d'amélioration du dispositif. Une quarantaine d'intervenants, à la fois du domicile et des établissements, ont ainsi été rencontrés sur site.

La phase d'élaboration des orientations a également été un moment fort de débat. Des groupes de travail se sont ainsi réunis sur une semaine pour proposer des actions qui structureront le schéma. Ils ont réuni une quarantaine d'acteurs autour de plusieurs thématiques :

- la prise en charge de la maladie d'Alzheimer ;
- la structuration du dispositif de maintien à domicile ;
- la politique en établissement ;
- l'information et la coordination.

L'ensemble des propositions des participants a ensuite pu être débattu en séance plénière.

Enfin, plusieurs enquêtes ont été menées, dont une auprès des personnes âgées à domicile et une autre auprès des résidents en établissement, afin de recueillir l'avis des usagers sur la qualité du dispositif mais aussi de mieux connaître les besoins des personnes âgées en fonction de leur âge et de leur localisation.

Pour l'ensemble de ces tâches, le Conseil général s'est fait accompagner par le cabinet Enéis Conseil, afin de disposer d'un regard neutre et objectif sur les besoins du département et sur la meilleure façon d'y répondre.

Le schéma ne s'arrête évidemment pas à ce nouveau document. Les défis les plus importants sont aujourd'hui lancés. Il reviendra au Conseil général, en associant ses partenaires, de suivre la mise en œuvre du schéma. A cette fin, des indicateurs de suivi ont été élaborés et affectés à chacune des actions qui composent les orientations.

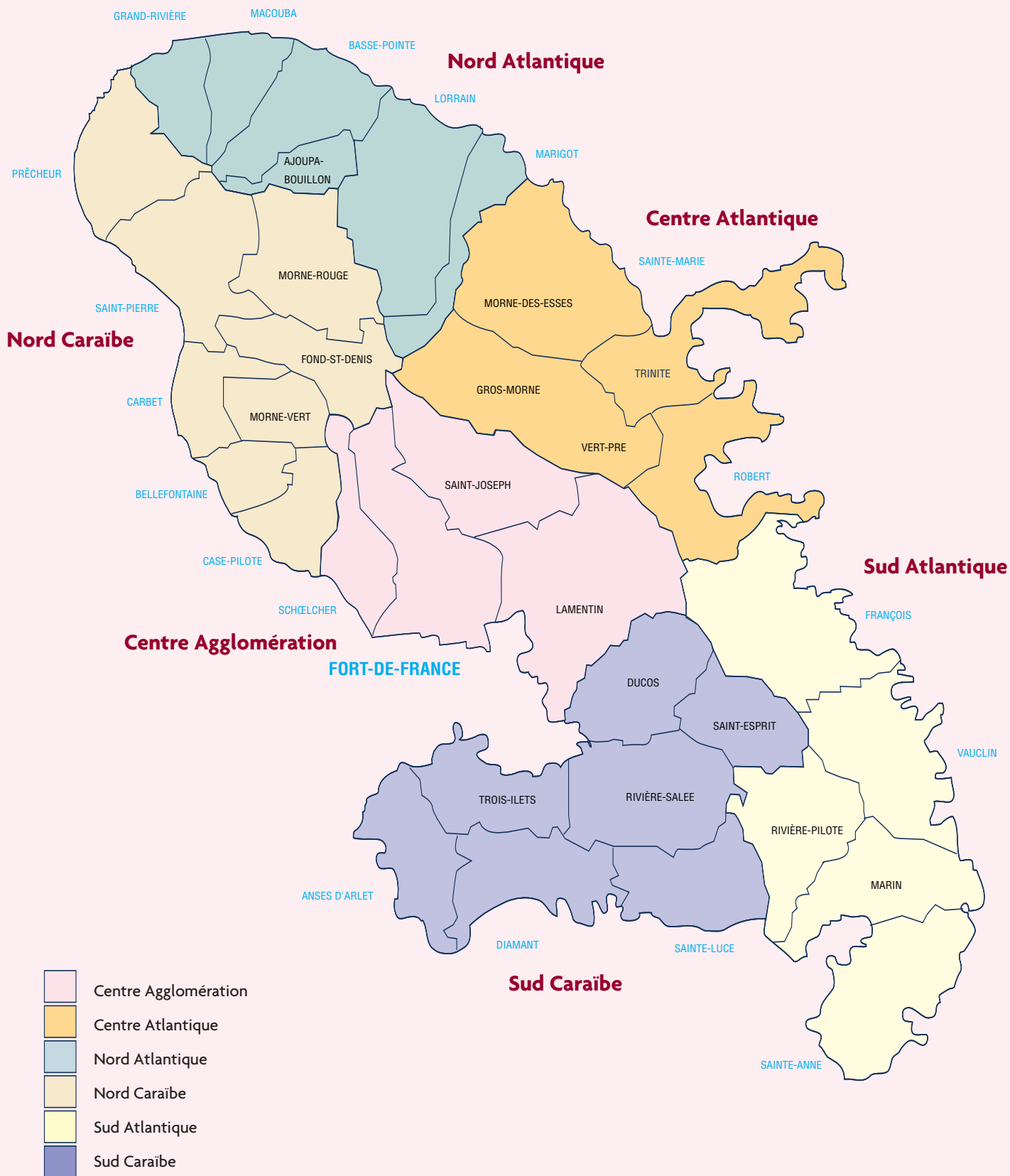
L'analyse des capacités départementales s'est faite à travers le prisme des territoires dans un souci de proximité et d'équilibre.

Les secteurs gérontologiques sont définis par référence au découpage du schéma d'aménagement régional (SAR) qui détermine six zones de développement local.

Ces zones sont les suivantes :

- 1 - Nord Atlantique :** Grand-rivière, Macouba, Basse-Pointe, Lorrain, Ajoupa-Bouillon, Marigot
- 2 - Nord caraïbe :** Prêcheur, Saint Pierre, Carbet, Morne-Rouge, Morne-Vert, Fonds St Denis, Case-pilote, Bellefontaine
- 3 - Centre Atlantique :** Gros-Morne, Sainte-Marie, Trinité, Robert
- 4 - Centre agglomération :** Fort-de-France, Schoelcher, Lamentin, St-Joseph
- 5 - Sud Caraïbe :** Ducos, St-Esprit, Rivière-salée, Trois-ilets, Anses-d'Arlet, Diamant, Sainte-Luce
- 6 - Sud Atlantique :** François, Vauclin, Rivière Pilote, Marin, Sainte-Anne

LES SECTEURS GERONTOLOGIQUES DE LA MARTINIQUE



Source © IGN 2004 -SCAN 100® - BDTOPO® - SIGM®
 Conseil Général de la Martinique

2 - Etat des lieux

2.1 LA POPULATION ÂGÉE DANS LE DÉPARTEMENT : DÉMOGRAPHIE ET CONDITIONS DE VIE

DÉMOGRAPHIE

La Martinique est un département de population encore jeune. Toutefois, elle fait face à un phénomène inéluctable de vieillissement démographique et d'aggravation de la perte d'autonomie liée au grand âge.

La pyramide des âges de la région, comparée à celle de la France métropolitaine, fait apparaître une baisse de la natalité, ainsi que les départs des jeunes adultes. Par grand groupe d'âge, la structure de la population se rapproche de celle de l'hexagone : les jeunes de moins de 20 ans représentent ainsi 29 % de la population départementale (contre 24 % en métropole), les personnes âgées de plus de 60 ans constituent 18 % de la population (contre 21 % en métropole). La Martinique demeure ainsi le

département d'outre-mer le plus âgé. En effet en Guadeloupe, la part des personnes âgées de 60 ans ou plus et plus s'élève à 15.46 %, contre 11.22% à la Réunion et 5.56% en Guyane.

L'espérance de vie à la naissance est quasiment similaire à celle de la Métropole avec en 2004, 76.2 ans pour les Martiniquais et 82.9 ans pour les Martiniquaises. En France métropolitaine, elle est de 76.8 ans pour les hommes et de 83,7 ans pour les femmes.

A noter que les Martiniquais âgés de plus de 60 ans sont davantage actifs qu'en métropole, notamment concernant les hommes où l'âge de la retraite semble plus tardif. La part de ceux occupant un emploi après 60 ans est ainsi deux fois plus importante qu'en France.

Enfin, la pyramide des âges permet d'observer que la population âgée de 60 ans et plus est surtout féminine.

COMPARAISON DOM / MÉTROPOLE

	Population totale		
	1999	2006 (p)	Evol.
Martinique	381 325	399 002	4,60%
Guadeloupe	422 222	447 002	5,90%
Guyane	156 790	201 996	28,80%
Réunion	706 180	783 996	11,00%
France métropo.	58 520 688	61 166 822	4,70%

Source : INSEE, recensement de la population (p) estimation INSEE

	60 ans et plus			
	1999	2006 (p)	Evol.	Part dans la pop.
Martinique	63 289	71 152	12,40%	17,80%
Guadeloupe	59 094	69 137	17,00%	15,50%
Guyane	9 396	11 259	19,80%	5,60%
Réunion	70 691	88 038	24,50%	11,20%
France métropo.	12 680 597	13 042 727	2,90%	21,30%

Source : INSEE, recensement de la population (p) estimation INSEE

	75 ans et plus			
	1999	2006 (p)	Evol.	Part dans la pop.
Martinique	21 083	23 786	12,80%	6,00%
Guadeloupe	19 663	22 912	16,50%	5,10%
Guyane	2 640	2 890	9,50%	1,40%
Réunion	19 604	24 042	22,60%	3,10%
France métrop.	4 504 911	5 113 408	13,50%	8,40%

Source : INSEE,
recensement
de la population
(p) estimation INSEE

Les perspectives démographiques confirment le vieillissement de la population.

A partir de 2010, le rythme de l'augmentation doublera : alors que la population totale gagnera 0,2 % chaque année, le nombre des plus de 60 ans augmentera de 3,6 % par an, et cela jusqu'en 2030. En 2020, la Martinique dénombrera ainsi plus de 107 690 personnes âgées de plus de 60 ans,

contre moins de 71 152 aujourd'hui.

Plus d'une personne sur quatre aura alors plus de 60 ans. L'âge moyen d'un Martiniquais sera de 44 ans en 2030 contre 36,4 ans en 2005.

Cette donnée est importante dans le cadre de la politique en faveur des personnes âgées mise en œuvre aujourd'hui, dans la mesure où elle aura des impacts certains sur les capacités d'accueil en structures d'hébergement.

PROJECTIONS DE LA POPULATION MARTINICAISE (*)

	1999	2006	2010	2020	2030
Population totale	381 325	399 002	401 969	407 694	427 000
Evolution		4,64%	0,74%	1,42%	0,90%
60 ans et plus	63 289	71 152	81 176	107 690	145 180
Evolution		12,42%	14,08%	32,66%	34,81%
Part des 60 ans et plus	16,60%	17,83%	20,19%	26,41%	34%
75 ans et plus	21 083	23 786	29 997	37 562	51 559
Evolution		12,82%	26,11%	25,22%	37,26%
Part des 75 ans et plus	5,53%	5,96%	7,46%	9,21%	12,53%

Source : INSEE,
(*) Les projections de population consistent à prolonger les tendances du passé. Le principe retenu par l'INSEE consiste à estimer les effectifs d'une population par sexe et âge d'une année en fonction de ceux de l'année précédente, en les faisant vieillir, mourir ou migrer et en intégrant de nouvelles naissances. Le point de départ de ces projections est l'année 2005.

La population martiniquaise est cependant plus âgée que celle d'autres territoires d'outre-mer, tels que la Guadeloupe (où la part des personnes âgées de 60 ans ou plus s'élève à 12 %) et la Réunion (10 %).

L'état matrimonial des personnes âgées figure également parmi les facteurs à prendre en considération. En effet, avoir des enfants, être marié et vivre encore avec son époux sont des facteurs

importants qui peuvent freiner la dépendance chez le sujet âgé et contribuer au maintien à domicile. En revanche, une personne seule a d'autant plus de probabilités d'entrer en structure d'hébergement qu'elle n'a pas d'enfant. Ainsi, selon une enquête de la DSDS de la Martinique (2005), 85 % des personnes âgées accueillies en établissement étaient seules (célibataires, veuves, divorcées) ; 71 % ont déclaré ne plus avoir de liens avec leur famille.

Or, la population âgée est souvent confrontée à l'isolement : un tiers des Martiniquaises de plus de 60 ans étaient célibataires et 27 % veuves ; pour les hommes, cette part se monte à 22,5 % et 9,6 %. Au vu de ces observations, il est à prévoir qu'une demande plus importante de places d'accueil en structures se fasse jour dans les prochaines années.

RESSOURCES

La population âgée du département dispose de revenus relativement modestes.

En Martinique, les ménages âgés disposent de revenus inférieurs à ceux de la moyenne française. En 2003, une personne sur cinq âgée entre 60 et 74 ans, et près d'une personne sur deux âgée de plus de 75 ans était bénéficiaire du minimum vieillesse (source : CGSS, 2008).

26 246 personnes soit 37 % des 60 ans et plus, touchent une pension vieillesse inférieure au minimum vieillesse fixé à 629 € en 2007. 19 539 (27,5 % des 60 ans et plus) ont une pension comprise entre 629 € et 1000 €. Ils sont 3 763 (5 %) à toucher plus de 1 000 €.

CONDITIONS DE VIE DES PERSONNES AGEES A DOMICILE

Une enquête a été menée par le Conseil Général durant le premier trimestre 2008 auprès des personnes âgées vivant à domicile sur tout le territoire martiniquais.

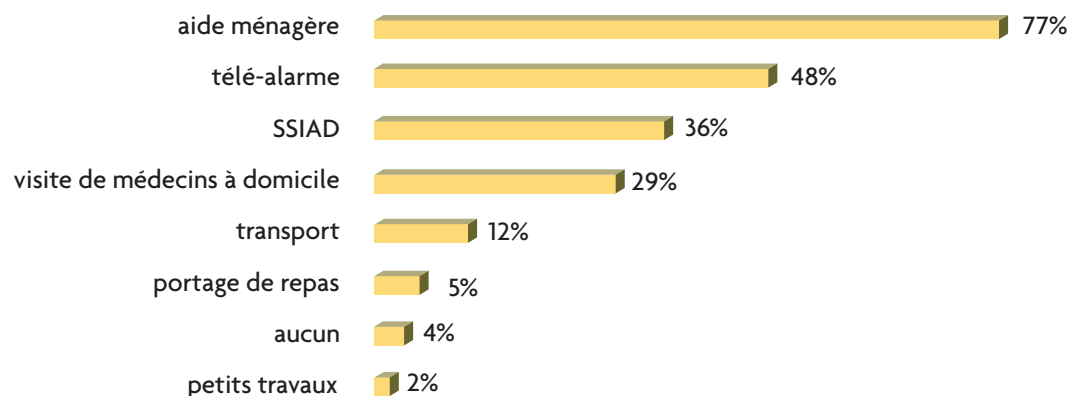
Les 461 réponses donnent un éclairage intéressant sur les conditions de vie, mais aussi sur la perception qu'ont nos aînés des dispositifs d'accompagnement ou encore des établissements pour personnes âgées.

Les conditions de vie :

- **les solidarités familiales restent fortes** : une personne âgée sur trois vit avec ou à proximité de ses enfants.
- une grande majorité est **propriétaire de leur logement**.
- la plupart **utilisent des services à domicile et en sont satisfaits**.

Les personnes répondantes expriment un fort taux de satisfaction pour les services à domicile, en particulier pour les SSIAD : 93% jugent leur prise en charge bonne ou très bonne. Les associations d'aide à domicile recueillent pour leur part 76% d'avis favorable ou très favorable, de même que le dispositif APA.

PART DES RÉPONDANTS AYANT RECOURS À DES SERVICES :



Les besoins des personnes âgées en services à domicile supplémentaires :

- les visites de médecins à domicile pour 20% des répondants. Celles-ci concernent actuellement 30% des personnes parmi les répondants.
- des associations de loisirs dédiées aux personnes âgées pour 20%.
- les services de petits travaux pour 18%, qui ne concernent aujourd'hui que 2% des répondants.
- les services de transport pour 14%, auxquels 12% ont recours actuellement.

Notons que 10% des personnes âgées interrogées déclarent ne pas souhaiter de service à domicile supplémentaire.

Les autres besoins des personnes âgées :

- rester à leur domicile le plus longtemps possible, plutôt que d'intégrer prochainement un autre type d'hébergement (foyer logement, famille d'accueil).
- des informations sur l'offre existante ainsi que des tarifs moins élevés. En effet les cas où les personnes n'ont pas recours à un service à domicile dont elles auraient pourtant besoin s'expliquent en majorité par un manque d'information à propos de l'offre existante, ainsi que par un coût trop élevé.

Les personnes âgées souhaitent généralement être mieux informées sur les dispositifs qui sont mis en place à leur attention. On notera par ailleurs qu'une faible part des répondants dit connaître les Centres locaux d'information et de coordination ou le réseau gérontologique de Martinique.

- des aides financières pour la réalisation de projets d'aménagements de leur logement. Il apparaît qu'un quart des répondants a déjà procédé à des aménagements du logement pour atténuer les conséquences du vieillissement, essentiellement pour les installations sanitaires. Le principal obstacle là, est d'ordre financier.

Leur perception des établissements : il ressort des réponses obtenues que ceux-ci bénéficient d'une image positive tant au niveau de l'accueil (66% d'opinion favorable) qu'au niveau de la qualité de la prise en charge (80%).

A l'heure actuelle, seuls 3% des répondants sont inscrits sur liste d'attente pour une maison de retraite.

Un quart des répondants envisage d'entrer un jour en maison de retraite dont seulement 12% de plus de 85 ans.

A noter que la part des personnes envisageant d'aller en maison de retraite diminue avec l'âge.

L'entrée en établissement serait à leur sens motivée essentiellement par des raisons de santé (64%), plus que par un désir de sécurité (20%) ou de peur de la solitude (10%). Le choix d'établissement serait toutefois orienté par des critères de prix, de proximité, et de qualité des soins - le prix étant prépondérant dans le choix du type d'établissement.

En ce qui concerne les modes d'hébergement alternatif, il apparaît qu'une personne âgée sur dix connaît les formules d'accueil temporaire, de jour et de nuit. Parmi elles, environ une sur quatre se dit intéressée.

CONDITIONS DE VIE DES PERSONNES AGEES EN ETABLISSEMENT

Un questionnaire a été adressé aux personnes âgées vivant actuellement dans un établissement d'accueil en Martinique, et a reçu 711 réponses.

En moyenne, 30% ont pu être renseignés par la personne elle-même, le reste ayant été instruit par un membre de la famille ou de l'établissement.

Profil des personnes âgées en établissement :

- la quasi-totalité est originaire de Martinique ;
- les hommes et les femmes sont également représentés parmi les

répondants, les hommes sont généralement plus jeunes : 46% ont moins de 75 ans, contre 33% de femmes.

Modalités de choix de l'établissement par ordre croissant de personnes concernées :

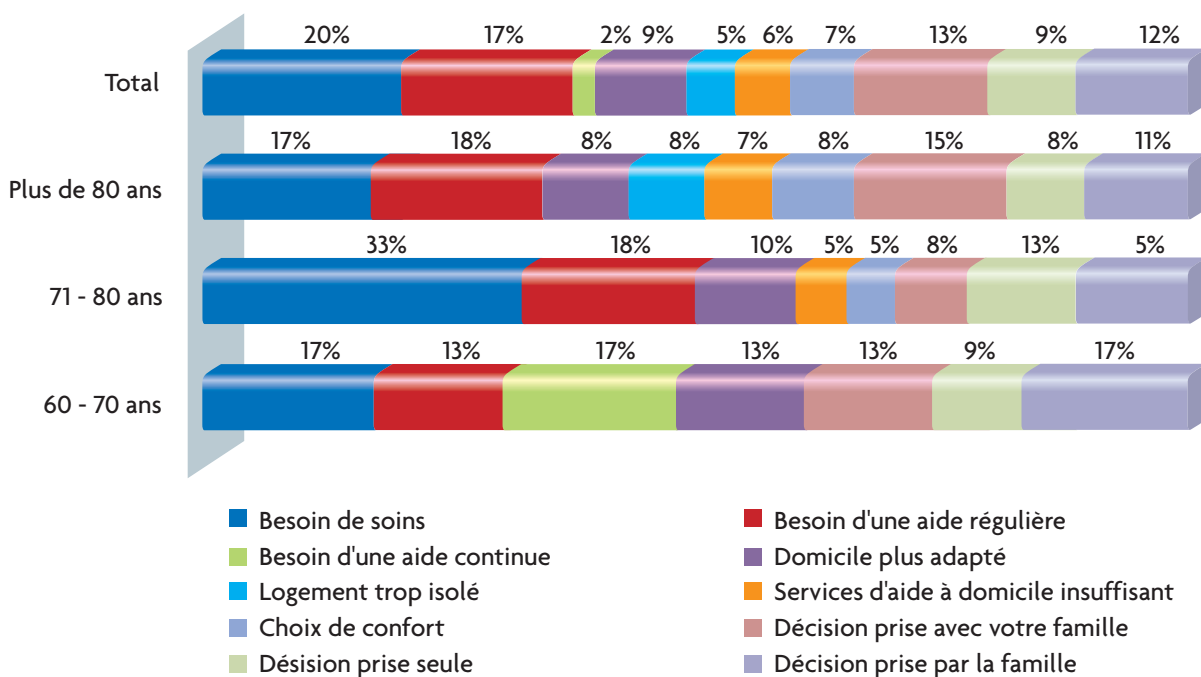
- dans 38% des cas, c'est la famille qui a retenu l'établissement ;
- la recommandation par des proches ;
- la compétence de l'équipe de l'établissement ;
- le confort de celui-ci ;
- la proximité de la famille ;

- la disponibilité et le respect de l'intimité par le personnel.

Il ressort que les deux tiers des résidents ont visité l'établissement avant leur admission. Ces visites de pré-admission sont plus fréquentes chez les femmes (56%) que chez les hommes.

S'agissant du motif de l'entrée en établissement (voir infra), les répondants mentionnent principalement un besoin de soins, d'aide continue ou d'aide régulière. Seulement une entrée sur dix est liée à l'inadaptation du domicile.

MOTIFS DE L'ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT



2.2 SITUATION DES ÉTABLISSEMENTS ET DES SERVICES

2.2.1 - ANALYSE COMPARATIVE

Elle porte sur l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et les établissements.

L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

Le département compte une population bénéficiaire de l'APA nombreuse au regard du reste de la France, mais moindre par rapport aux autres départements d'Outre-mer.

L'APA, Allocation Personnalisée d'Autonomie, s'adresse aux personnes âgées de 60 ans et plus résidant à domicile ou en établissement et confrontées à des situations de perte d'autonomie (GIR 1 à 4)¹.

Le nombre de bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile en Martinique n'a cessé d'augmenter depuis sa mise en place fin 2002. De 2006 à 2007, le nombre de bénéficiaires a augmenté de 17 % alors qu'en métropole un ralentissement est constaté : + 5,1 % d'évolution sur un an.

Au 31 décembre 2007, on compte 6 318 bénéficiaires de l'APA, personnes âgées en perte d'autonomie, soit 9 % des 60 ans et plus et 27 % des 75 ans et plus. 85,5 % des bénéficiaires vivent à domicile à la Martinique, ils sont 61 % en France. Les personnes modérément dépendantes (GIR 4) représentent 62 % des bénéficiaires vivant à domicile, situation similaire à celle de Métropole (57%).

	Ratio de bénéficiaires APA
Martinique	289,00
Guadeloupe	372,00
Guyane	230,00
Réunion	538,00
France métrop.	222,00

Source : CNSA 2008

Avec un ratio de 289 bénéficiaires APA (domicile + établissements), la Martinique se situe au-dessus de la moyenne nationale (222 ‰) et du ratio guyanais (230 ‰), mais demeure bien inférieur à celui de la Guadeloupe (372 ‰) et de la Réunion (538 ‰).

¹ La grille AGGIR (Autonomie gérontologie groupe iso-ressources) classe les personnes âgées en 6 niveaux de perte d'autonomie :

- **GIR 1** : personne confinée au lit ou au fauteuil, ayant perdu son autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, nécessitant une présence indispensable et continue d'intervenants.

- **GIR 2** : personne confinée au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et nécessitant une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, ou celle dont les fonctions mentales sont altérées mais qui a conservé ses capacités motrices.

- **GIR 3** : personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui nécessite quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour son autonomie corporelle.

- **GIR 4** : personne n'assumant pas seule son transfert mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur du logement. Elle doit être aidée pour la toilette et l'habillage.

- **GIR 5** : personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

- **GIR 6** : personne n'ayant pas perdu son autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

EVOLUTION DES BÉNÉFICIAIRES DE L'APA EN MARTINIQUE (2003-2007)

	2003	2004	Evol.	2005	Evol.	2006	Evol.	2007	Evol.
Domicile	3 391	3 865	14%	4 124	7%	4 599	11%	5 404	17%
Etablissements conventionnés	896	826	-8%	886	7%	893	1%	914	2%
TOTAL	4 287	4 691	+9.4%	5 010	+6.8%	5 492	10%	6 318	15%
Part des 75 ans et +	18%	20%		21%		23%		27%	
Dépenses (en millions €)	24	27,5	+14.6%	31,1	+13.1%	31,8	+6.1%	34,6	+12.1%

Source : Conseil Général, rapport d'activité 2007

BÉNÉFICIAIRES DE L'APA À DOMICILE SELON LE DEGRÉ DE DÉPENDANCE AU 31.12.2007

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	TOTAL
Nombre de bénéficiaires	104	852	1 095	3 353	5 404
% du total des bénéficiaires	2%	16%	20%	62%	100%

Sources Conseil Général, rapport d'activité 2007

Concernant le domicile, le ratio de bénéficiaires APA est supérieur à la moyenne française (210 ‰ contre 180 ‰). L'importance financière de la prise en charge des personnes âgées par le département, notamment au titre de

l'APA, doit être mise en perspective avec la faiblesse des revenus dont disposent les personnes âgées, en particulier celles ayant plus de 75 ans, et davantage sujettes par ailleurs aux difficultés liées à la dépendance.

SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE

ÉTABLISSEMENTS	Capacité		ADRESSE
	autorisée	installée	
S.S.I.A.D. Pierre BLANCHARD Ass. Gestionnaire : CROIX ROUGE Délégation départementale	54	54	SCHOELCHER
S.S.I.A.D. de l'O.M.A.S.S. Office des Missions d'Action Sociale et de Santé	39	33	LAMENTIN
S.S.I.A.D. Jules SAUPHANOR Ass. GESTIONNAIRE : A.D.A.R.P.A Association Départementale d'Aide aux Retraités et Personnes Agées	39	39	MARIN
S.S.I.A.D. MONTJOLY G. LOUIS JOSEPH DOGUE Ass Gestionnaire : ENTRAIDE MONTJOLY	32	32	MORNE ROUGE
S.S.I.A.D. de l'A.S.A.D.E.C. Association Soins A Domicile de l'Est Centre	32	32	TRINITE
S.S.I.A.D. de L'A.S.A.M.A.D. Ass. de Soins et d'Aide pour le Maintien A Domicile	71 dt 16PH	71	FORT DE-FRANCE
S.S.I.A.D. A.PRO.QUA.VIE Association pour la Promotion et la Qualité de Vie	50 dt 20PH	50	Le LORRAIN
S.S.I.A.D. de l'A.S.A.A.D. Association de Soins, d'Aide et D'accompagnement à domicile	30 dt 10PH	20	FRANCOIS
S.S.I.A.D. de l'A.S.S.C.A.M. Sainte Luce Association de Soins Sud Caraïbes Martinique	34	34	SAINTE LUCE
S.S.I.A.D. du CH Saint Esprit	40 dt 5PH	40	SAINT-ESPRIT
TOTAUX	421	405	

Sources DSDS

Avec 421 places autorisées, le département présente un taux d'équipement en SSIAD de 18 %. Toutefois, le département apparaît comme un peu moins bien doté comparé à la Guadeloupe et la Guyane (20 places pour mille personnes de 75 ans et plus), mais au niveau de la moyenne française (17 %).

	Taux d'équipement en places de SSIAD
Martinique	18,00
Guadeloupe	20,00
Guyane	20,00
Réunion	16,00
France métrop.	17,00

Source : STATISS
2007/DDASS 2008

LES ETABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGEES

ETABLISSEMENTS EXISTANTS AU 1 ^{ER} NOVEMBRE 2008				
ETABLISSEMENTS	Capacité autorisée	Capacité installée	Adresse	Téléphones & Fax
U.S.L.D. PUBLIQUES RATTACHEES AUX HOPITAUX (3 étab.)				
CHU FORT DE FRANCE (Centre Emma Ventura)	150	150	B.P. 632 97261 FORT DE FRANCE	Tél : 05 96 55 22 10 Fax : 05 96 75 84 00
CH. LAMENTIN	30	20	Bld de l'hôpital 97232 LE LAMENTIN	Tél : 0 96 57 12 90 Fax : 0596 51 63 66
CH. TRINITE	30	30	Rte du Stade 97220 TRINITE	Tél : 0596 66 46 00 Fax : 0596 66 46 06
*HOSPICE (1 étab.)				
CHI. LORRAIN / BASSE POINTE	12	12	Bourg 97214 LE LORRAIN	Tél : 05 96 53 27 27 Fax : 0596 53 27 90
MAISONS DE RETRAITE PUBLIQUES RATTACHEES AUX HOPITAUX (6 étab.)				
CHU F-D-F (Centre Emma Ventura)	256	215	B.P. 632 97261 FORT DE FRANCE	Tél : 0596 55 23 10 Fax : 0596 75 50 60
H. MARIN	88	86	Bld Allègre 97290 LE MARIN	Tél : 0596 74 92 05 Fax : 0596 74 76 91
H. SAINT ESPRIT	33	33	route du Petit Bourg 97270 SAINT ESPRIT	Tél : 0596 77 31 11 Fax : 0596 56 55 59
H. TROIS ILETS	40	24	Av. de l'Impératrice Joséphine 97229 TROIS ILETS	Tél : 0596 66 30 00 Fax : 0596 68 41 01
H. FRANCOIS	20	20	Bourg 97240 FRANCOIS	Tél : 0596 54 30 99 Fax : 0596 54 38 77
H. ST JOSEPH	16	16	Bourg 97212 ST JOSEPH	Tél : 0596 57 60 18 Fax : 0596 57 61 33
FOYER - LOGEMENT RATTACHE au C.C.A.S. de Fort de France (1 étab.)				
YOLE GRAN MOUN (FDF Chateauboeuf)	52	30	ZAC rue Gran Moun 97200 FORT DE FRANCE	Tél : 0596 75 55 22 Fax : 0596 75 30 41
MAISONS DE RETRAITE PUBLIQUES AUTONOMES (3 étab.)				
ANSES D'ARLETS (les madrépores)	42	38	Bourg 97217 ANSES D'ARLET	Tél : 0596 68 64 41 Fax : 0596 68 62 24
ROBERT (les filaos)	65	41	rue Vincent Allègre 97231 LE ROBERT	Tél : 0596 65 10 21 Fax : 0596 65 52 20
PRECHEUR	40	28	Quartier Boisville 97250 LE PRECHEUR	Tél : 0596 52 90 06 Fax : 0596 52 96 44

* Transformation en cours

MAISONS DE RETRAITE PRIVEES ASSOCIATIVES (6 étabs.)

OMASS DU LAMENTIN	80	80	Place d'Armes - 97232 LE LAMENTIN	Tél : 05 96 66 62 66 Fax : 0596 51 04 73
GLIRICIDIAS / FRANCOIS	80	80	Quartier Beauregard 97240 LE FRANCOIS	Tél : 0596 54 72 45 Fax : 0596 54 70 33
LOGIS ST JEAN RIVIERE SALEE	40	40	Rue Nérée Péria 97215 RIVIERE-ALEE	Tél : 0596 68 02 07 Fax : 0596 68 24 49
BETHLEEM / SCHOELCHER	39	39	Quartier Terreville 97233 SCHOELCHER	Tél : 0596 52 04 46 Fax : 0596 52 04 22
LE BEAU SEJOUR / TRINITE	63	63	Quartier Beauséjour 97241 LA TRINITE	Tél : 0596 58 15 64 Fax : 0596 58 71 41
TERREVILLAGE / SCHÆLCHER (Ozanam Alzheimer)	84	84	Quartier de Terreville rue de Bethléem 97233 SCHOELCHER	Tél : 0596 52 00 34 Fax : 0596 51 74 98

FOYER-LOGEMENT GERE PAR L'ADARPA (1 étab.)

LES FLEURS DES PITONS / CARBET	42	36	Quartier Dariste 97221 LE CARBET	Tél : 0596 78 00 33 Fax : 0596 78 40 25
--------------------------------	----	----	-------------------------------------	--

**Sous-total
places des établissements
habilités aide sociale (21 étabs)**

1 302 1165

II - LES ETABLISSEMENTS NON HABILITES - AIDE SOCIALE DEPARTEMENTALE (11 ets)

II - 1 SECTEUR PRIVE ASSOCIATIF (1 étab.)

ETABLISSEMENTS	Capacité autorisée	Capacité installée	Adresse	Téléphones & Fax
MAISON DE RETRAITE POUR PRÊTRES ÂGES	8	8	Rue de la Retraite - Redoute 97200 FORT DE FRANCE	Tél : 0596 79 85 76 Fax : Néant
Sous-total places établissements secteur privé associatif (1 étab.)	8	8		

II - 2 SECTEUR PRIVE LUCRATIF (10 étabs.)

ETABLISSEMENTS	Capacité autorisée	Capacité installée	Adresse	Téléphones & Fax
FOYER TABITHA	15	15	Le Bailleu 97232 LAMENTIN	Tél : 0596 39 14 78 Fax : 0596 50 40 60
FOYER MAMAN KREOL	12	12	11, rue des Filaos Desrochers 97200 FORT DE FRANCE	Tél : 0596 57 36 31 Fax : 0596 57 53 65 Mob : 0696 45 99 46
LA JOIE DE VIVRE	13	13	Vieux Moulin n°10 Route de Didier 97200 FORT DE FRANCE	Tél : 0596 64 80 78 Fax : Néant
FAMILY HOME	8	8	8, lot Les Tropiques Route de Didier 97200 Fort de France	Tél : 0596 64 30 56 Fax : Idem
LE FLAMBOYANT	8	8	Lotissement La Carrière 2,500 km Route de Balata 97200 FORT DE FRANCE	Tél : 0596 64 08 54 Fax : 0596 64 29 37
MAMINO	7	7	Villa CHANTEBRISSE 45, Route de la Jambette Quartier Beauséjour 97200 FORT DE FRANCE	Tél : 0596 75 16 28 Tél : 0596 75 13 06 Fax : Néant

LE POTO MITAN (ex. le village)	24	24	2, rue du Brochet Anse à l'Ane 97229 LES TROIS ILETS	Tél : 0596 68 36 70 Fax : Néant
L'OASIS	39	39	Lot. La Carrière Route de Balata 97200 FORT DE FRANCE	Tél : 0596 63 21 42 Fax : Idem
LE TEMPS DE VIVRE (Résidence Caraïbes)	40	40	Quartier Morne aux Bœufs 97221 LE CARBET	Tél : 05 96 52 82 82 Fax : 05 96 78 47 09
RESIDENCE DE L'AGE D'OR	24	24	29, rue de la Carrière Quartier Clairière 97200 FORT DE FRANCE	Tél : 0596 70 18 22 Fax : 0596 55 04 23

**Sous-total places établissements
secteur lucratif (10 étabs.)** **190** **190**

**Total places ensemble des établis-
s. de personnes âgées (32 étabs.)** **1500** **1363**

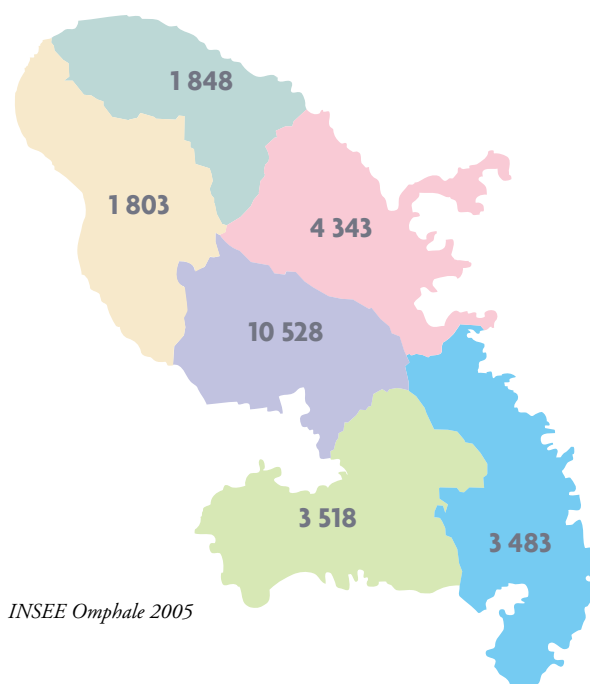
L'équipement en structures d'accueil pour personnes âgées (hébergement complet), avec plus de 58 places pour mille habitants âgés, se situe en deçà de la moyenne nationale (125 ‰), ainsi que du taux enregistré en Guyane (95 ‰) ; en revanche, la Guadeloupe affiche un taux d'équipement sensiblement plus faible (15 ‰).

	Taux d'équipement en structures d'accueil
Martinique	58,77
Guadeloupe	15,00
Guyane	95,00
Réunion	45,00
France métrop.	125,00

Source : STATISS 2007/Conseil général 2008

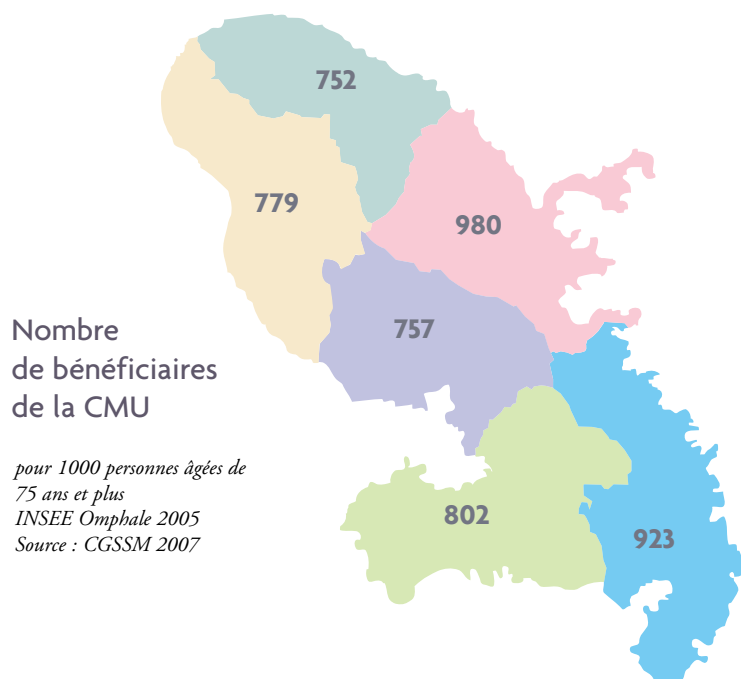
2.2.2. - ELÉMENTS DE CONTEXTE DÉPARTEMENTAL

Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus



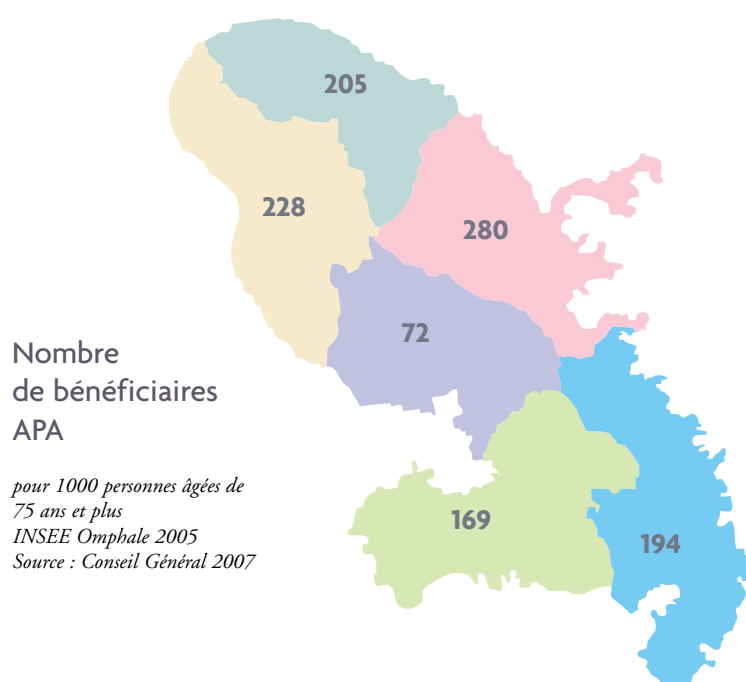
Plus de 60% des personnes âgées de 75 ans et plus se concentrent dans le centre du département, en particulier sur le secteur de Fort de France. Toutefois, celles-ci représentent, dans ces zones, seulement 16 % de la population de la zone. En ce qui concerne les plus de 60 ans, il faut noter que dans le nord, que ce soit côté Caraïbes ou côté Atlantique, cette part de la population représente seulement un cinquième de l'ensemble des habitants (sources : Insee, RGP 1999).

On observe que les personnes âgées bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle sont proportionnellement plus nombreuses dans le sud du département ainsi qu'à l'est. Dans certaines zones, **plus de 900 personnes de 75 ans pour 1000 bénéficient de la CMU.**



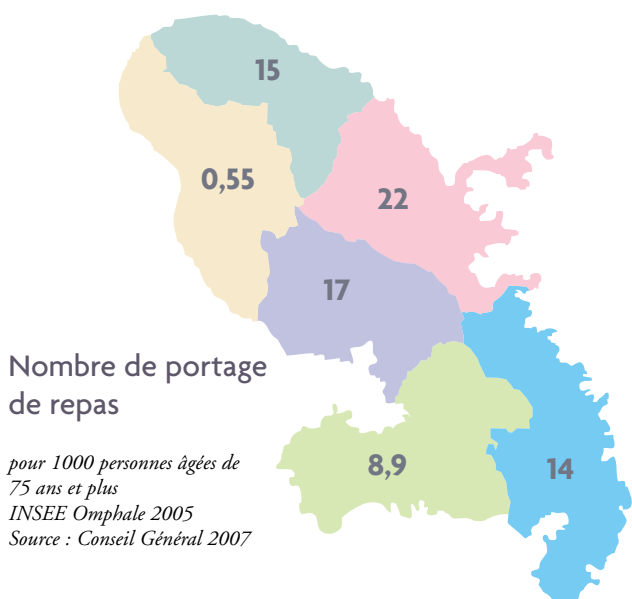
	Nombre de bénéficiaires de la CMU	Pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus
Nord Atlantique	1390	752
Nord Caraïbe	1405	779
Centre Atlantique	4256	980
Agglomération	7970	757
Sud Caraïbe	2821	802
Sud Atlantique	3215	923

La répartition des bénéficiaires de l'APA apparaît comme inégale sur le territoire départemental. En effet, le Centre-agglomération enregistre un faible ratio (72‰), tandis que la concentration de bénéficiaires est plus importante du côté Atlantique (280‰).



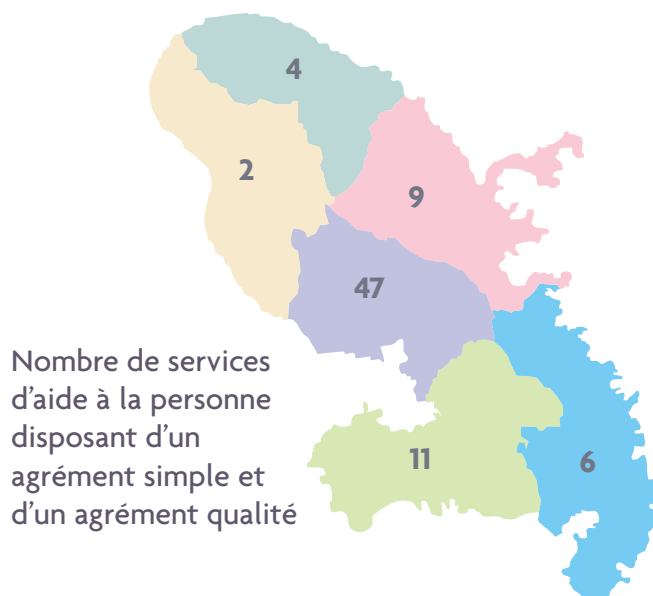
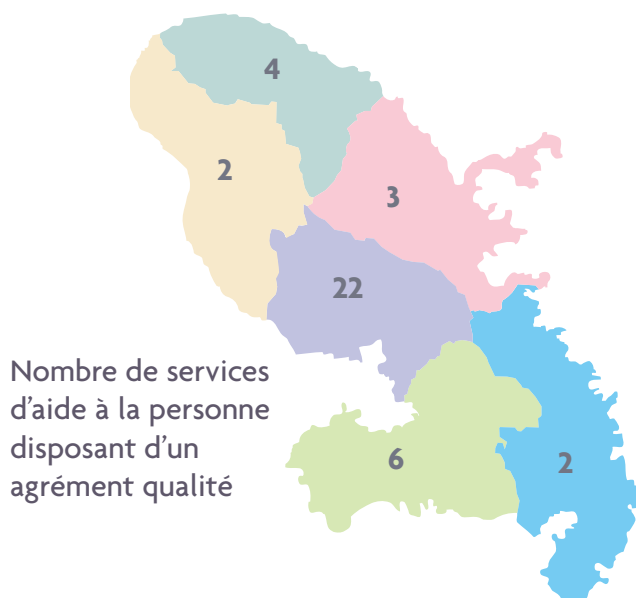
	Nombre de bénéficiaires APA de plus de 75 ans	Pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus
Nord Atlantique	379	205
Nord Caraïbe	411	228
Centre Atlantique	1216	280
Agglomération	758	72
Sud Caraïbe	595	169
Sud Atlantique	676	194

Concernant le portage de repas, dans le cadre de l'aide sociale ou de l'APA, on compte autour de 20 services dans presque toutes les parties du territoire départemental ; seul le secteur Nord-Caraïbe fait apparaître un déficit d'offre.



	Total des portages de repas	Pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus
Nord Atlantique	28	15
Nord Caraïbe	1	0,55
Centre Atlantique	98	22
Agglomération	183	17
Sud Caraïbe	50	8,9
Sud Atlantique	31	14

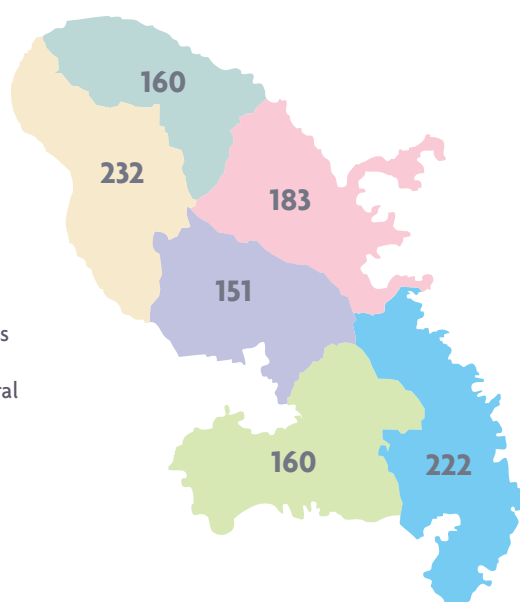
Le Centre Agglomération concentre plus de la moitié des services d'aide à la personne habilités à intervenir auprès des personnes âgées dépendantes (agrément qualité).



	Nombre de services d'aide à la personne disposant de l'agrément qualité	Nombre de services d'aide à la personne disposant de l'agrément simple et de l'agrément qualité
Nord Atlantique	4	4
Nord Caraïbe	2	2
Centre Atlantique	3	9
Agglomération	22	47
Sud Caraïbe	6	11
Sud Atlantique	2	6
Total	39	79

Nombre de téléassistance

pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus
Insee Omphale 2005
Source : Conseil général 2007

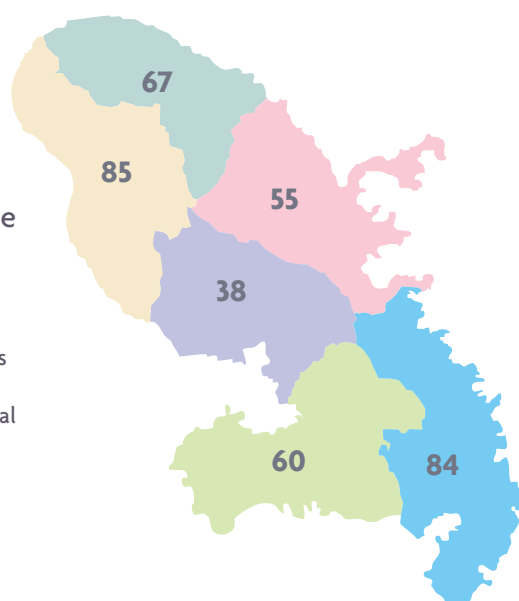


	Total de télé-assistances	Pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus
Nord Atlantique	296	160
Nord Caraïbe	418	232
Centre Atlantique	795	183
Agglomération	1590	151
Sud Caraïbe	563	160
Sud Atlantique	773	222

La situation est différente concernant la téléassistance, puisque les zones les mieux équipées sont celles du Nord-Atlantique et du Sud-Caraïbe (plus de 220 téléassistances pour mille habitants âgés).

Nombre de bénéficiaires Aide ménagère

pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus
Insee Omphale 2005
Source : Conseil général 2007



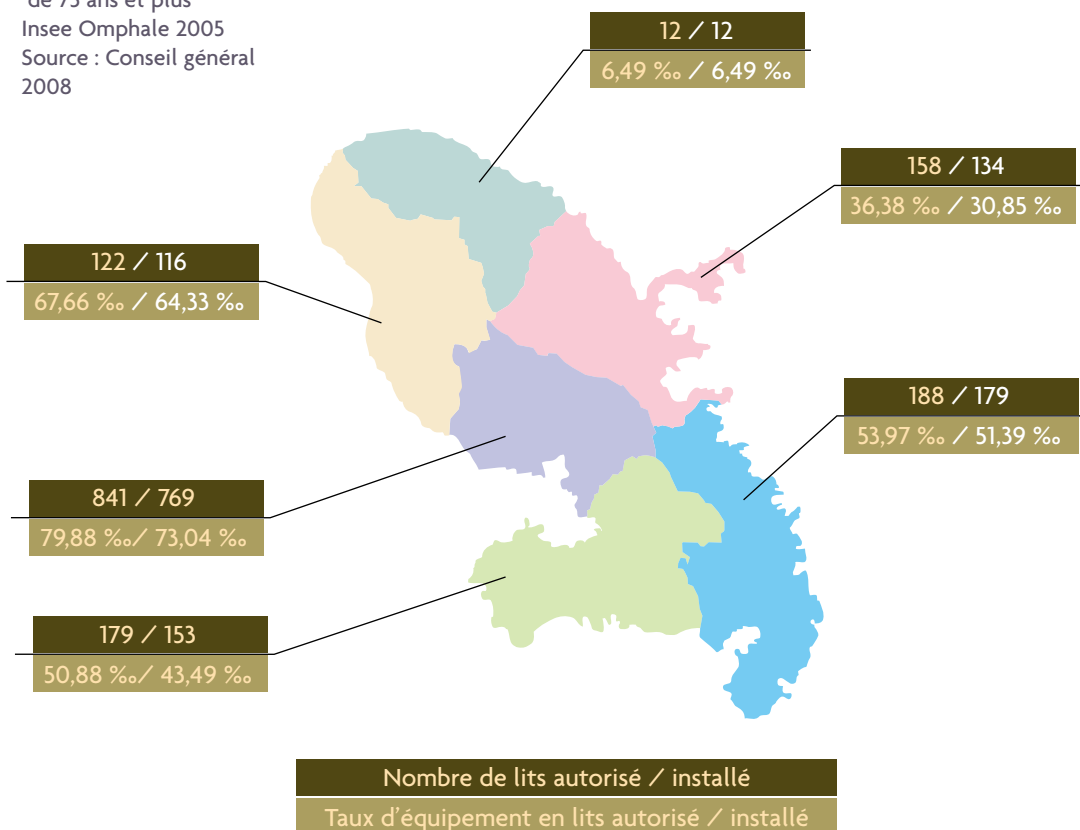
	Total de bénéficiaires	Pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus
Nord Atlantique	124	67
Nord Caraïbe	153	85
Centre Atlantique	239	55
Agglomération	400	38
Sud Caraïbe	211	60
Sud Atlantique	293	84

La part des personnes âgées bénéficiaires de l'aide ménagère varie sur le territoire départemental entre 38 (Centre-agglomération) et 85 pour mille habitants âgés (Sud-Atlantique).

	Total de lits EHPAD		Taux d'équipement pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus	
	Autorisés	Installés	Autorisés	Installés
Nord Atlantique	12	12	6,49	6,49
Nord Caraïbe	122	116	67,66	64,33
Centre Atlantique	158	134	36,38	30,85
Agglomération	841	769	79,88	73,04
Sud Caraïbe	179	153	50,88	43,49
Sud Atlantique	188	179	53,97	51,39
Martinique	1 500	1 363	58,77	53,40

Nombre de lits EHPAD

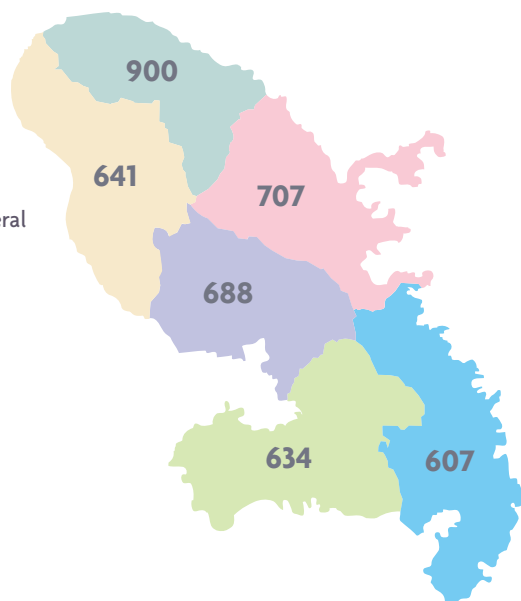
pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus
Insee Omphale 2005
Source : Conseil général 2008



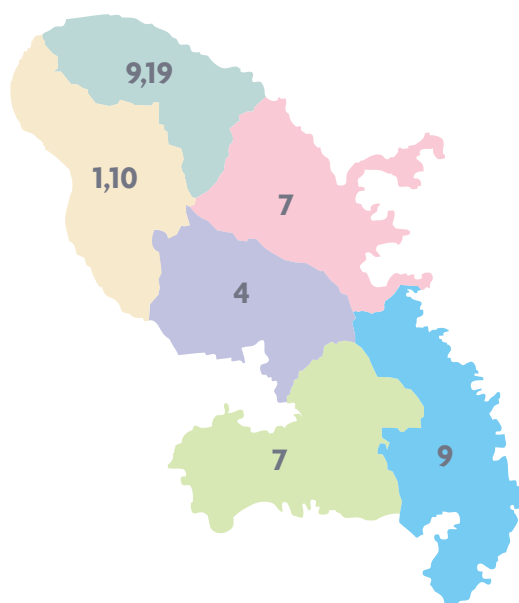
Les établissements d'accueil pour personnes âgées dépendantes sont inégalement répartis sur le territoire martiniquais. En effet, les taux d'équipement sont beaucoup plus favorables au centre et au sud de la Martinique - le secteur Sud-Caraïbe atteignant un taux d'équipement de 51 places pour mille habitants âgés (soit 10 fois plus que le Nord du département).

GMP moyen

Source : Conseil général
2007



De plus, la population âgée accueillie en EHPAD dans le nord du département apparaît comme plus lourdement dépendante : le Gir Moyen Pondéré par zone culmine à 900 dans le secteur Nord-Atlantique, alors qu'il se situe autour ou en deçà de 700 sur le reste du territoire.



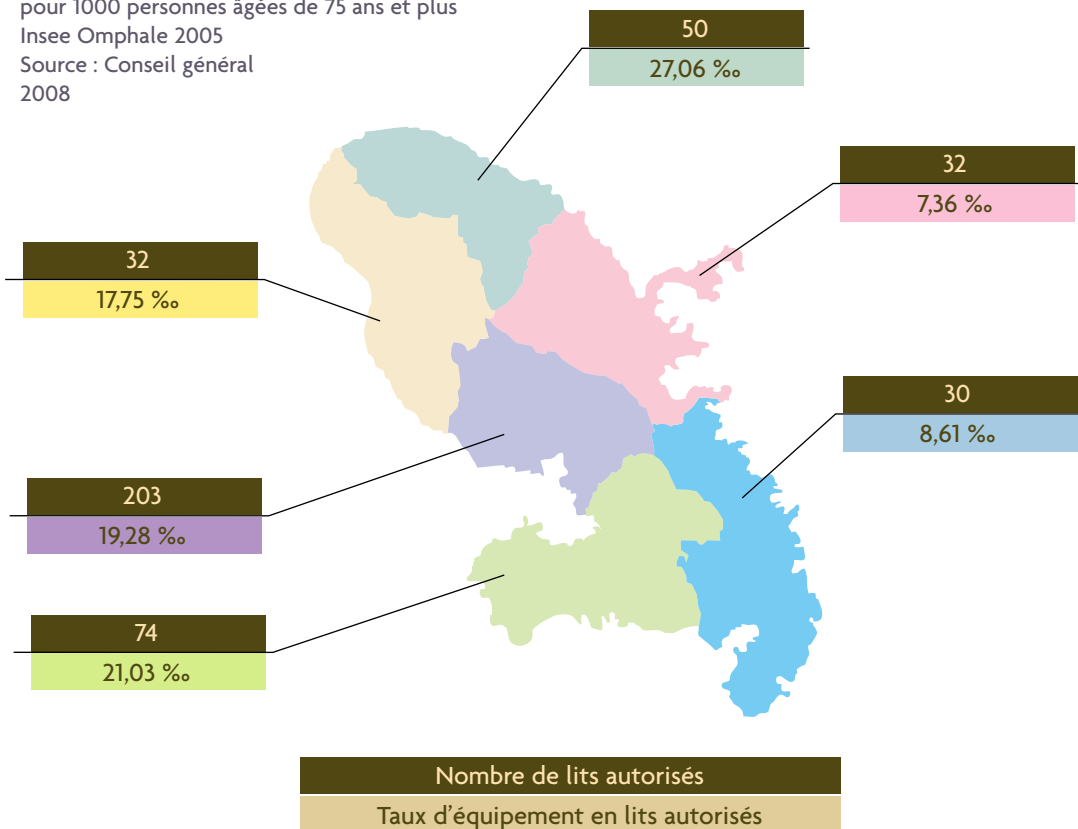
	Total de places	Pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus
Nord Atlantique	17	9
Nord Caraïbe	2	1
Centre Atlantique	30	7
Agglomération	42	4
Sud Caraïbe	25	7
Sud Atlantique	31	9

La répartition des places en accueil familial est relativement homogène. Elles ne viennent compenser que partiellement les déficits en places d'EHPAD dans certaines parties du territoire.

	Total de places de SSIAD	Taux d'équipement pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus
	Autorisé	Autorisé
Nord Atlantique	50	27,06
Nord Caraïbe	32	17,75
Centre Atlantique	32	7,36
Agglomération	203	19,28
Sud Caraïbe	74	21,03
Sud Atlantique	30	8,61
Martinique	421	16,49

Nombre de places de SSIAD

pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus
Insee Omphale 2005
Source : Conseil général
2008



Le taux d'équipement en places de SSIAD recouvre les mêmes logiques territoriales que l'équipement en EHPAD. Ainsi, le Centre Agglomération et le Sud Caraïbe affichent un ratio de places autorisées pour mille habitants âgés de 75 ans et plus, proche du taux cible fixé par le Ministère de la Santé (soit 21 %). Cependant, le Centre Atlantique et le Sud Atlantique présentent des ratios particulièrement faibles, d'autant plus que ces territoires sont peu équipés en lits d'EHPAD.

Le département possède un service de court séjour gériatrique, au CHU ; d'une capacité de 17 lits, il dispose d'une équipe mobile gériatrique réalisant une évaluation médicale et psychosociale .

Concernant les lits de soins de suite et de réadaptation gériatrique, le CH des Trois Ilets a converti 50 lits de médecine en lits de soins de suite gériatrique et 85 lits de soins de suite ont été autorisés (sans spécificité) au CHI Lorrain-Basse-Pointe.

S'agissant de la capacité en soins de longue durée, la Martinique compte trois unités de soins de longue durée, pour une capacité autorisée de 210 lits. Un service d'hospitalisation à domicile (HAD) pour 60 places est fonctionnel depuis 2006. Un projet d'hôpital de jour est actuellement porté par le CH du Lamentin.

En termes de soins palliatifs pour personnes âgées, le département compte une unité de 4 lits à Clarac, et 8 lits installés à Ventura.

Enfin, il existe deux consultations-mémoire sur le département : au CH du Lamentin et au CHU.

Afin de pouvoir répondre aux besoins du public âgé, le troisième schéma régional d'organisation sanitaire et sociale (SROSS III) décline les objectifs suivants :

- organiser une prise en charge des urgences pour les personnes âgées au CH du Lamentin
- créer un service géronto-psychiatrique en hospitalisation complète et en hospitalisation à temps partiel au CHU
- développer une véritable filière spécialisée à travers la création d'un pôle de référence au CH du Lamentin comprenant une filière complète, la mise en place d'une équipe mobile au CHU, la création de lits gériatriques au CH de Trinité, le renforcement du rôle des hôpitaux de proximité dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes, et, pour finir, l'augmentation de la capacité en SSR gériatriques ainsi qu'en soins de longue durée.

¹ Les chiffres cités ici sont tirés du document d'orientation SROSS III

La politique gérontologique départementale des dernières années était structurée autour de quatre axes prioritaires fixés dans le schéma 2003-2008.

Les deux premiers constituaient les grands volets structurant la prise en charge des personnes âgées dépendantes : le maintien à domicile d'une part, la prise en charge en établissement d'autre part. Les récentes dispositions réglementaires ont pris acte de l'augmentation de la population âgée dépendante et ont accéléré la médicalisation des structures. L'évolution générale indique que l'âge d'entrée en EHPAD est de 85 ans, que les GMP de ces établissements augmentent et que les personnes demeurent à domicile de plus en plus tard.

Le troisième axe concernait l'information et la coordination. Transversales, ces questions sont cruciales dans le secteur de la prise en charge des personnes âgées, pour deux raisons : premièrement, du fait de la complexité des dispositifs d'aides, deuxièmement, en raison des modes spécifiques d'information à mettre en place pour les personnes âgées. Quatrième priorité, les problématiques spécifiques et les solutions innovantes. De manière à ce que les dispositifs s'adaptent aux personnes et non l'inverse, la mise en place de solutions alternatives à la stricte dichotomie entre domicile et établissement est en effet décisive pour une prise en charge de qualité des personnes âgées dépendantes.

2.4.1 LA POLITIQUE DE MAINTIEN À DOMICILE

Le maintien à domicile est, depuis le premier schéma une priorité de la politique gérontologique du Conseil Général. Ce choix est justifié principalement par la volonté de respecter le souhait légitime des

personnes âgées de demeurer le plus longtemps possible à leur domicile.

Les garanties d'un maintien à domicile performant qui répond aux besoins des personnes âgées sont principalement de trois ordres : les garanties matérielles (habitat, transport), les garanties humaines (services sociaux, services de maintien à domicile, aidants), et, enfin, les garanties financières (solvabilité des personnes). Aussi l'ensemble des questions des garanties matérielles, humaines et financières doit-elle être abordée dans cette évaluation.

La question des garanties matérielles.

Le précédent schéma a notamment mis l'accent sur les garanties matérielles via l'action « Améliorer et adapter l'habitat des personnes âgées », en effet, l'accessibilité des logements peut poser problème aux personnes âgées de part les conditions topographiques du département et l'inadaptation des habitats à la dépendance.

Concernant la question des déplacements, il faut noter que les difficultés de déplacement pour les personnes âgées à mobilité réduite ne sont toujours pas résolues et devrait, comme la question de l'adaptation des logements, rester au centre des préoccupations des politiques futures.

La question des garanties humaines et techniques.

Le précédent schéma a abordé la problématique des garanties humaines, à travers les questions de professionnalisation des services à domicile, d'aide aux aidants, de lutte contre le sentiment de solitude et d'insécurité.

On remarque ainsi que le recrutement de personnes titulaires du DEAVS (Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie

Sociale) a créé un marché de l'emploi dans lequel se sont positionnées de nombreuses personnes en recherche d'emploi. La question de la professionnalisation des intervenants à domicile doit demeurer un objectif prioritaire en matière de politique de maintien à domicile et être couplée à une politique d'extension et de sécurisation de l'offre. A ce titre, la VAE (Validation des Acquis de l'Expérience) constitue un moyen privilégié pour valoriser les personnes peu qualifiées dont l'attrait pour le métier et le travail auprès de personnes en situation de dépendance est bien réel.

Le département voit apparaître aujourd'hui de nouveaux services sur son territoire, tels qu'une équipe mobile, ou encore un service d'hospitalisation à domicile. Ainsi, la création d'une filière gériatrique au centre hospitalier du Lamentin en 2007 permettra d'assurer la continuité de la prise en charge de la personne âgée, du service des urgences jusqu'à son retour à domicile. Par ailleurs, il existe un service HAD de 60 places autorisées, à vocation départementale. On note que 60% de son activité se concentre sur les soins palliatifs.

Par ailleurs, la délimitation des compétences (entre les travailleurs sociaux du Conseil général et ceux des CCAS notamment) et le positionnement des CLIC ne sont pas toujours clairement perçus.

Le précédent schéma comportait en outre une action concernant le lien social (« Lutter contre la solitude et le sentiment d'insécurité ») ainsi qu'une action sur « l'accompagnement et le soutien des aidants ». Il faut noter dans ce domaine le développement de la téléassistance et l'aide apportée à la création de deux associations d'aide aux aidants.

La question des garanties financières.

La faiblesse des ressources financières des personnes âgées pèse sur les dépenses

engagées par la collectivité.

Les services à domicile interviennent principalement dans le cadre de la politique de financement de l'aide ménagère et de l'APA par le Conseil Général.

Parallèlement la CGSS, participe également au financement des services d'aide à domicile pour ses ressortissants. Une évolution de l'organisation de son système de prise en charge a récemment eu lieu, notamment sous l'influence de la mise en place d'une démarche qualité... Désormais organisés à travers la notion de « paniers de services », les services à la personne sont financés non plus à partir d'un plan d'aide quantifiant le nombre d'heures dont a besoin une personne en GIR 5 ou 6, mais en fonction d'un plafond de 3000 euros annuels, qui, sur la base d'un tarif horaire de 15 euros, représente un potentiel d'environ 4 heures par semaine. Les associations prestataires sont conventionnées à partir d'un cahier des charges.

S'agissant de l'APA, le système est désormais rodé en termes de circuits (instructions des dossiers par les assistantes sociales du Conseil général ou les CCAS, puis évaluation, passage en commission, mise en place du plan d'aide, suivi) . La qualité et le dévouement des équipes d'intervention sont très largement soulignés sur le terrain, face à des enjeux importants en termes de ressources, d'organisation territoriale, d'information, de coordination et de réactivité du système. En ce qui concerne l'aide ménagère, un gros effort a été consenti par les collectivités régionale et départementale pour garantir le maintien de l'ADARPA.

Action 1 : Encourager la professionnalisation des intervenants à domicile

Un premier objectif consistait à financer les organismes de formation pour une accession facilitée au DEAVS. L'analyse

effectuée lors de l'élaboration du précédent schéma était que la qualité des interventions des intervenants passait par leur qualification, sanctionnée par le Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale. Dès lors, il s'agissait de privilégier le recours aux personnels encadrés par une structure, en mesure de contrôler leur niveau de formation, de privilégier le recrutement de personnels diplômés et d'inciter les personnels en activité non diplômés à entreprendre des formations qualifiantes ou à engager une procédure de Validation des Acquis de l'Expérience.

Parallèlement, en ce qui concerne l'APA, il s'agissait de diminuer les risques - avérés et supposés - du recours au gré à gré, système mettant en situation d'employeur des personnes souvent peu au fait des implications de ce statut, et pouvant également présenter des inconvénients pour les salariés (reconnaissance de leurs droits). Cet objectif a été poursuivi selon plusieurs axes : en incitant les personnes âgées à recourir aux services prestataires, et en incitant les aidants de gré à gré à se regrouper en services mandataires. Le recours au mode « gré à gré » semble toutefois demeurer important à l'heure actuelle, dans la mesure où les bénéficiaires ne peuvent pas toujours financer les tarifs prestataires plus élevés. Enfin, le schéma prévoyait un soutien aux associations prestataires dans leurs actions de formation.. Des efforts importants ont ainsi été réalisés en matière de formation des personnels intervenant à domicile. On constate aujourd'hui un véritable effort mené par les associations pour garantir la qualité de la formation de leur personnel. Les associations ont engagé une politique de modernisation (procédures qualité, informatisation) et de qualification (recrutement de DEAVS, formation, VAE).

Action 2 : Améliorer et adapter l'habitat des personnes âgées

L'inadaptation du domicile peut être une des causes de recours à une solution

d'hébergement collectif type foyer logement ou EHPAD . Aujourd'hui, alors que 60% des personnes âgées de plus de 75 ans sont propriétaires de leur logement, la question de l'adaptation des logements est cruciale. Les modalités de construction des maisons sur plusieurs niveaux (60% des maisons de personnes âgées de 60 ans et plus ont été construites avant 1975, dont 1,2% habitations de fortune) et les structures de propriété (indivision) posent problème à cet égard et les ressources des personnes sont si faibles que les dossiers déposés restent en suspens faute d'apport personnel.

Cette analyse est en grande partie la même que celle qui a pu guider les orientations du précédent schéma. Les objectifs alors énoncés demeurent donc de même nature. Il s'agit de simplifier les procédures d'aides au logement via la constitution d'un document unique pour les dossiers de demande d'aides, instaurer un partenariat étroit entre le CG et la CGSS, promouvoir l'information auprès des personnes âgées sur les aides au logement, sensibiliser les bailleurs aux problèmes d'accessibilité dans les opérations de création d'habitat collectif, et de mettre en place une représentation des personnes âgées au comité départemental de l'habitat.

Action 3 : Lutter contre la solitude et le sentiment d'insécurité

Selon les données INSEE, 22,7 % des personnes âgées de plus de 60 ans en Martinique vivent seules. L'isolement provoque d'une part le sentiment de solitude (qui entraîne un nombre croissant de dépressions chez les personnes âgées), et le sentiment d'insécurité (accru avec le sentiment de fragilité physique que cause la dépendance). C'est également un facteur d'accélération de la dégradation physique. Autant de questions à prendre en compte dans le cadre du maintien à domicile.

En ce sens, la mise en place d'une téléassistance efficace et reconnue comme telle est un point fort de la mise en œuvre du précédent schéma, dont un objectif était de **pérenniser ce mode technique d'accompagnement**. A ce jour, près de 5 000 personnes âgées sont équipées d'une téléassistance.

Le développement des portages de repas est également un point important. La Martinique compte aujourd'hui 22 services (inégalement répartis sur le territoire comme la cartographie l'a démontré supra).

Par ailleurs, en ce qui concerne **la mise en place d'actions d'animation à domicile** (emplois de proximité dédiés, etc.), il faut noter que l'accueil de jour, un temps considéré comme une solution pour l'animation est appelé, de par les spécificités des publics qui y ont recours, à se focaliser sur l'aide aux aidants et l'accueil de personnes en situation de dépendance élevée.

On notera l'inscription d'une action spécifique de la Caisse Générale de Sécurité Sociale (CGSS) sur la question de nutrition pour les personnes âgées, ainsi que la tenue par le CCAS de Fort-de-France de consultations concernant la prévention des chutes. La question de l'information et de la coordination est intimement liée à celle de la lutte contre les effets pervers du maintien à domicile.

Action 4 : Accompagnement et soutien des aidants

Le précédent schéma prévoyait de créer des places d'accueil de jour et des places d'accueil temporaire, et de diffuser l'information auprès des familles. En effet, les aidants sont des relais décisifs de la politique de maintien à domicile. Souvent confrontés à des situations personnelles psychologiquement difficiles à accepter et physiquement épuisantes, leurs besoins sont notamment axés sur des actions de soutien, tant en termes d'information sur l'existant qu'en termes

de solutions alternatives et temporaires de placement, en particulier pour les familles confrontées à des situations de psychodépendance.

En matière de solutions d'hébergement, la situation a évolué au cours des cinq dernières années, même si leur développement trouve une limite dans les problèmes de mobilité. On recense aujourd'hui 3 places d'accueil temporaire à l'OMASS, ainsi que 3 autorisées à Beauséjour, Par ailleurs, 5 places d'accueil de jour sont en projet au Robert.

L'accompagnement et le soutien des aidants passe également par la mise en place de dispositifs d'information à la fois sur les systèmes les concernant directement et sur les prestations en faveur des personnes aidées. En l'occurrence, l'existence des CLIC constitue un enjeu important. L'activité du CLIC de Fort de France en est un témoignage. Le CLIC Nord Atlantique a mis en place des groupes de parole pour les aidants (150 personnes) et le CH du Lamentin a également en projet la tenue de tels groupes, importants pour les personnes en situation d'épuisement psychologique.

2.4.2 LA POLITIQUE D'HÉBERGEMENT

Compte-tenu du retard de la Martinique en termes de lits d'hébergement, le rattrapage du déficit dans ce domaine était un axe fort du précédent schéma. Une politique de prise en charge en établissement performante suppose que soient réunies trois types de garanties : les garanties matérielles, c'est-à-dire un taux d'équipement élevé en établissements ; les garanties techniques et humaines, qui correspondent à un niveau suffisant de prise en charge en termes de politique de qualité, ou de ratios de personnels ; enfin, les garanties systémiques, c'est-à-dire un dispositif de placement pertinent, qui permette le respect du

choix des personnes, la fluidité de l'information, un soutien financier aux personnes à faibles ressources.

Action 5 : Prévenir et accompagner les psycho-dépendances

La psycho-dépendance regroupe l'ensemble des maladies neurodégénératives, démences, désorientations auxquelles sont confrontées les personnes âgées dépendantes. Les taux de prévalence sont importants pour les personnes âgées de plus de 85 ans, dont la proportion va croître de manière importante dans les années à venir. Si l'étude épidémiologique qui sera réalisée en parallèle de la démarche du schéma permettra d'appréhender plus finement les nombre de personnes atteintes dans le département, les spécialistes estiment le nombre de malades à 3 200 personnes (Source : Dr Fanon, SMGG).

Pour assurer la qualité de la prise en charge de ces personnes, trois axes de développement doivent être investis. Le repérage et la prévention, tout d'abord, concernent le dépistage (consultations mémoire) et l'exercice de la mémoire (ateliers mémoire), mais aussi l'hygiène de vie, dans la mesure où il est désormais établi une corrélation entre les taux de prévalence de la maladie d'Alzheimer et certains modes de vie, à la manière des accidents cardiovasculaires.

Second axe de développement, le soutien aux familles et l'aide à domicile ont été pris en compte dans le précédent schéma.

La prise en charge en structures spécialisées (unités Alzheimer, cantous, etc.) représente le troisième axe de développement.

En termes de réalisations sur ces différents axes, la consultation mémoire du département, créée au CHU de Fort de France depuis 1997, reçoit environ 2 500 personnes chaque année. En 2007, 1 600 personnes sont en file

active, 400 sont vues en consultation pour la première fois (contre 280 en 2005) (source : SMGG). La consultation offre une prise en charge post-diagnostic à partir d'un bilan gériatologique de la personne. Celle-ci bénéficie en outre d'une information sur ses droits sanitaires et sociaux auprès de l'assistante sociale de l'hôpital. Un accompagnement des aidants familiaux est également proposé.

La création en 2007 d'une filière gériatrique (avec une consultation mémoire) au centre hospitalier du Lamentin permettra au département de disposer d'une consultation mémoire supplémentaire.

Le réseau gériatologique SMGG a été créé en 2001 pour améliorer la continuité de la prise en charge des personnes âgées, y compris celles atteintes de la maladie d'Alzheimer. Il a mis en place un accompagnement des personnes diagnostiquées et de leurs aidants à travers la mise en place d'un atelier mémoire.

Par ailleurs, les établissements offrant une prise en charge spécifique en unités de vie émergent progressivement.

Action 6 : Repositionner l'accueil familial

Le dispositif d'accueil familial, est bien développé dans le département. La Martinique compte aujourd'hui 74 accueillants familiaux, pour une capacité d'hébergement de 180 places.

Conformément aux objectifs de l'ancien schéma, le dispositif a été repositionné afin d'éviter l'accueil de personnes trop dépendantes et/ou souffrant de la maladie Alzheimer ou des pathologies apparentées. Aujourd'hui, une évaluation médicale est effectuée avant l'admission, afin de réduire le GMP.

Le schéma prévoyait également le transfert de personnes lourdement dépendantes déjà accueillies en famille vers des structures d'hébergement adaptées. Ce transfert est limité par le manque de places en EHPAD, surtout

pour les personnes âgées atteintes de maladies neuro-dégénératives. Conformément à la volonté affichée dans l'ancien schéma et avec l'appui du Conseil Général, toutes les familles ont reçu des formations, notamment sur la problématique de la maladie d'Alzheimer, qui ont permis de professionnaliser la prise en charge.

Action 7 : Améliorer la répartition territoriale des équipements

Conformément à l'objectif inscrit dans le précédent schéma, la répartition territoriale des équipements s'est vue améliorée. Toutefois, l'installation des lits autorisés peut se voir limiter par le faible nombre de porteurs de projets, qui s'explique par plusieurs facteurs : le coût et l'indisponibilité du foncier, le coût de l'investissement, la complexité administrative.

Concernant les « garanties matérielles » pour une prise en charge en établissement performante, la question de la vétusté d'une partie du parc d'établissements demeure cruciale, les investissements immobiliers impactant sur des prix de journée déjà élevés eu égard aux ressources financières des populations concernées demeure prégnante.

Action 8 : Adapter les établissements aux nouvelles exigences des personnes âgées dépendantes

Cette action fait écho à la nécessité de disposer de garanties techniques et humaines.

De fait, les ratios de personnels dans les établissements concernés sont élevés par rapport à la moyenne nationale et assurent la qualité de la prise en charge : en termes de personnels en établissements, la moyenne départementale du taux d'encadrement en EHPAD atteint 0,42 pour les effectifs des sections hébergement et dépendance,

de 0,27 pour les effectifs de la section soins, soit un total de 0,69, alors que la moyenne métropolitaine est fixée aux alentours de 0,47.

Le conventionnement, qui concerne en 2008 19 établissements, a été source d'aide pour les établissements. Il a en outre permis une délimitation plus stricte des effectifs respectifs de chaque section (dépendance et soins).

La plupart des établissements disposent d'une animatrice à temps plein.

En termes de démarche qualité, une part des établissements est parvenue à répondre aux exigences concernant la qualification des personnels engagés, la démarche d'autoévaluation type Angélique, et l'utilisation des autres outils de la loi de 2002-2.

2.4.3 COORDINATION ET INFORMATION

La question de l'information est essentielle dans le cadre de la problématique de l'accès aux droits des personnes âgées, notamment des personnes âgées isolées et eu égard aux niveaux d'équipement de base (électricité, eau, téléphone) parfois encore insuffisants chez certains ménages.

Cette question ne faisait pas l'objet d'une action spécifique lors du précédent schéma mais était traitée en filigrane tout au long du document (action relative à l'aide au logement, action relative à la lutte contre le sentiment de solitude et d'insécurité, action relative à la lutte contre la maltraitance, action relative à la création de CLIC).

Deux types d'informations peuvent être distingués en fonction des destinataires.

L'information à destination des acteurs chargés de la mise en œuvre de la politique tout d'abord.

La mise en place de CLIC est toutefois vécue comme une réelle amélioration sur ce point en termes de lisibilité des différents dispositifs d'aide aux

personnes âgées, l'information entre les acteurs du même territoire. Par ailleurs, la SMGG a mis en place la revue Antillage en janvier 2008.

Ensuite, il s'agit de l'information à destination des personnes âgées dépendantes.

En zone urbaine, des initiatives telles que celle des « Rendez-vous du mardi », avec un dispositif de transport spécifique, permet à une partie des personnes âgées d'approfondir des sujets d'actualité relatifs au grand âge. La question de la coordination est, quant à elle, la principale problématique abordée dans le cadre des politiques d'action sociale en général et de la politique de prise en charge des personnes âgées dépendantes en particulier.

Deux aspects composent cette question de la coordination : d'une part, la coordination entre intervenants autour de la personne âgée dans une dynamique de continuité des trajectoires ; d'autre part, la coordination entre les acteurs et les décideurs dans une dynamique de mutualisation, d'efficience et d'optimisation de la performance.

Concernant tout d'abord la coordination en faveur de la continuité des trajectoires, il est à noter que cette question met en jeu la capacité des différents acteurs d'un territoire à maîtriser l'ensemble des éléments et paramètres du système de prise en charge, à échanger des informations, à coopérer. Les objectifs sont évidents : améliorer la prise en charge de la personne âgée et éviter les ruptures de prise en charge. L'action « Créer des CLIC » constituait la déclinaison opérationnelle majeure de cette question. Sur la coordination en faveur de la mutualisation, les enjeux financiers du regroupement de certaines structures capables de partager des personnels dotés de compétences rares, des véhicules, des plans de formation, etc. sont évidents et

incitatifs dans la mesure où les perspectives de croissance des dépenses d'action sociale pour faire face à l'arrivée de nouveaux publics suscite de légitimes inquiétudes. Le précédent schéma n'avait toutefois pas directement abordé cette question.

Action 9 : Créer un centre Allô Maltraitance

Un centre d'appel Allo Maltraitance, répondant à l'objectif inscrit dans le schéma a été créé par le Conseil Général avec le concours de l'AMDOR. L'équipe est composée de bénévoles écoutants et référents, qui sont pour une grande partie des travailleurs du secteur médico-social à la retraite. Les écoutants assurent trois permanences téléphoniques d'une demi-journée par semaine. Les référents analysent les situations et assurent l'orientation des appelants.

Depuis sa création, le centre d'appel Allo Maltraitance a reçu 1053 appels, dont 130 ont fait l'objet d'une ouverture de dossiers. Durant l'année 2007, le nombre d'appels a considérablement augmenté, ce qui pourrait témoigner d'une meilleure connaissance de la structure. Les CLIC ont une relation conventionnelle avec le centre d'appel et celle-ci concerne surtout le travail autour de l'information.

L'équipe Allo Maltraitance a également mis en œuvre des sessions d'information et de formation pour les établissements accueillant les personnes âgées

Action 10 : Créer des CLIC

Deux CLIC ont été créés - centre agglomération et nord Caraïbe, qui ont été respectivement labellisés à un niveau 2 et 3.

Le dispositif de création des CLIC s'inscrit dans une dynamique globale de coordination et d'information. Pour les territoires concernés par la mise en place de ces structures (Fort de France pour le

« centre agglomération » et le Lorrain pour le « nord caraïbe »), on note une amélioration de la connaissance des différents acteurs entre eux, notamment la connaissance des compétences et périmètres d'interventions et la connaissance intuitu personæ. Si les CLIC représentent des centres de ressources de proximité pertinents, aptes à répondre à des populations en grand besoin d'information et d'orientation, ils restent encore peu connus par les publics. Parmi les exemples de réalisation dans le cadre de la coordination, la SMGG et son réseau ont été créés en 2001 par des professionnels de santé (gériatres, cardiologues, neurologues, infirmières, kinésithérapeutes, etc.). Ils agissent en bonne intelligence avec les CLIC, via un partage du suivi des personnes âgées, les CLIC étant en charge du suivi social, et le réseau du suivi médical (contact avec le médecin traitant, création d'un dossier médical informatisé partagé par personne suivie depuis 2003). Notons également l'initiative de l'UNA Martinique dont l'objet consiste à promouvoir la coordination entre SSIAD et SAD.

En résumé, la politique gérontologique définie dans le précédent schéma a permis de consolider le dispositif d'aide en faveur de nos aînés tant à domicile qu'en établissement.

Dans le domaine du maintien à domicile les principales réalisations sont les suivantes :

Professionnalisation des services à domicile :

- Délivrance dans le cadre de la « loi Borloo » de l'agrément qualité à 50 services à la personne. L'objectif étant, à terme, d'orienter les bénéficiaires de prestations vers des associations plus structurées et professionnalisées.
- Création d'un service mandataire expérimental sur le territoire des communes du Marigot, du Lorrain et

de Sainte-Marie afin de regrouper sur ce secteur les aidants de l'APA recrutés de gré à gré. L'objectif étant de normaliser la situation professionnelle de ces aidants et de leur proposer des actions de formation. A terme, l'expérience pourra être étendue à d'autres secteurs.

Amélioration et adaptation de l'habitat des personnes âgées :

- Extension aux personnes âgées du « dispositif intégré pour la vie autonome » transformé par la loi handicap du 11 février 2005 en « fonds de compensation du handicap ».
- Ce dispositif permet de financer des adaptations importantes des logements tels l'aménagement de salle de bain, la construction de rampe d'accès, l'élargissement de porte, l'accessibilité extérieure.

Lutte contre la solitude, le sentiment d'insécurité et soutien aux aidants

- Création de 17 services de portage de repas supplémentaires ce qui porte le total à 22 sur le département, l'objectif étant double : proposer des repas répondant aux normes nutritionnelles du 3ème âge et assurer une présence quotidienne auprès des personnes âgées isolées.
- Développement du service de téléassistance, outil de sécurisation du maintien à domicile, la progression est la suivante :
 - 4 168 bénéficiaires en 2003 ;
 - 4 948 bénéficiaires en 2007 ;
 - soit une progression de 19 %.

Création d'actions d'animation pour les personnes âgées :

- Organisation des rendez-vous du mardi à l'attention du 3ème âge. L'objectif étant de leur proposer un espace d'action de prévention, d'information, de discussion et d'animation. 2 000 personnes ont participé à ces rendez-vous en 2007.

Développer et adapter les équipements à la perte d'autonomie

- Capacités autorisées au 01/01/2003 : 1 192 places
- Capacités supplémentaires prévues au schéma 2003-2008 : 119 places
- Capacités supplémentaires autorisées au 31/12/2007 : 308 places soit plus de 133 places par rapport aux préconisations du schéma
- Capacités autorisées au 31/12/2007 : 1 500 places

Principales autorisations par zone :

Nord Atlantique :

- EHPAD Lorrain/Basse Pointe : 40 places

Nord Caraïbe :

- EHPAD Case-Pilote : 90 places
- EHPAD du Prêcheur : 10 places

Centre Atlantique :

- extension de la maison de retraite du Robert : 23 places

Sud Atlantique :

- SARL Madikéra au Marin : 30 places

Sud Caraïbe :

- EHPAD Ducos : 65 places
- EHPAD des Trois Ilets : 16 places

Centre agglomération :

- EHPAD Orchidées du Lamentin : 34 places

Lutter contre la maltraitance :

- Mise en place en 2005 d'un centre allo maltraitance, l'objectif étant de mettre en synergie les compétences sociale, judiciaire, médicale et administrative afin de traiter les signalements et mener des actions de prévention de la maltraitance à domicile et en établissement.

Organiser la coordination gériatrique :

- Mise en place de CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination Gériatrique) sur les 2 secteurs prioritaires à savoir, le nord atlantique et le centre agglomération ; Il s'agit du

CLIC «Espace senior» à Fort-de-France géré par le Conseil Général et du CLIC géré par l'association « Aproquavie » au Lorrain.

Les réalisations sont significatives. Toutefois, le bilan fait apparaître des besoins et des attentes encore en augmentation. On en connaît maintenant les causes :

- Augmentation du nombre de personnes âgées : elles sont 71 152 aujourd'hui soit 17,8 % de la population. Elles seront 107 690 en 2020 soit 26,4% de la population ;
- Progression du nombre de personnes très dépendantes et notamment des personnes malades Alzheimer ; elles représentent près de 6 000 personnes actuellement et progressent de 15 % tous les ans ;
- Régression des solidarités familiales ;
- Ressources modestes des personnes âgées par rapport à la moyenne nationale : 37 % des personnes âgées en Martinique contre 10 % dans l'hexagone perçoivent le minimum vieillesse (636,29 €/mois).

Leurs attentes sont encore nombreuses dans les domaines suivants :

- Consolidation de la coordination gériatrique ;
- Adaptation des transports et des logements ;
- Prévention des phénomènes de perte d'autonomie ;
- Développement des services à la personne ;
- Professionnalisation des aides à domicile ;
- Rattrapage du déficit de places d'hébergement ;
- Accompagnement et soutien aux aidants familiaux ;
- Adaptation des établissements et des services aux besoins spécifiques des malades Alzheimer et pathologies apparentées.

3 - Evaluation prospective (2009-2013) des besoins de places en établissements d'accueil pour personnes âgées

Avant d'aborder les axes de propositions du schéma pour la période 2009-2013 il est indispensable de procéder à l'évaluation des capacités d'hébergement supplémentaires par secteur gérontologique.

Cette évaluation est à rapprocher de la fiche action 6 intitulée « augmenter le potentiel d'hébergement en institution et diversifier les modes d'accueil », développer dans l'axe de proposition 2 qui porte sur l'adaptation de l'offre d'hébergement (cf. chapitre 4).

3.1 DONNÉES DE CADRAGE

3.1.1 EVOLUTION DE LA POPULATION MARTINICAISE D'ICI À 2030

Selon l'INSEE, au 1er janvier 2000, le département de la Martinique comptait 383 000 habitants. De 2000 à 2010, selon le scénario central de projection, la

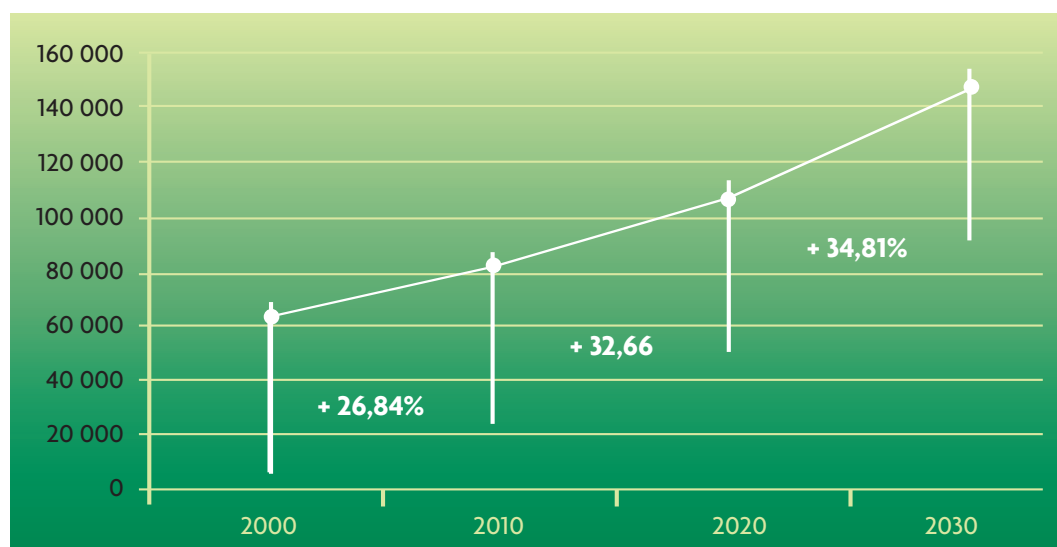
population aura augmenté de plus de 4 %. De 2010 à 2020, l'augmentation de la population suivra un rythme moins soutenu (+ 2%) pour atteindre en 2020 407 694 habitants. Après 2020, cette tendance s'infléchira. En 2030, le département comptera 427 000 habitants.



3.1.2 EVOLUTION DES PLUS DE 60 ANS D'ICI À 2030

Le nombre de personnes âgées dans le département augmentera fortement et de

manière durable d'ici à 2030. De 2010 à 2030, celles-ci augmenteront de plus de 78 % ; Leur part dans la population doublera.



Martinique	2000	2010	2020	2030
Nbre d'habitants	383 413	401 969	407 694	427 000
Nbre 60 ans et plus	6 4 000	8 1 176	107 690	145 180
Part des 60 ans et plus dans la population	16,7%	20,2%	26,4%	34,0%

L'augmentation de la population âgée touchera également tous les territoires, avec des impacts différents toutefois : + 11 560 personnes âgées dans le territoire

de l'agglomération entre 2010 et 2020, + 4 746 en Centre Atlantique, + 1 167 en Nord Atlantique.

Nord Atlantique	2000	2010	2020	2030
60 ans et plus	2 816	3 572	4 738	6 388

Nord Caraïbes	2000	2010	2020	2030
60 ans et plus	3 904	4 952	6 569	8 856

Centre Atlantique	2000	2010	2020	2030
60 ans et plus	11 456	14 531	19 277	25 987

Agglomération	2000	2010	2020	2030
60 ans et plus	27 904	35 393	46 953	63 298

Sud Atlantique	2000	2010	2020	2030
60 ans et plus	8 512	10 796	14 323	19 309

3.2 LES ENSEIGNEMENTS

- Une population départementale plutôt dynamique d'ici à 2030 (+ 25 000 habitants selon le scénario central de projection de l'INSEE).
- Plus que les autres départements de métropole, le département de la Martinique connaîtra une croissance très importante de sa population âgée et très âgée dans les prochaines années.
- Tous les territoires connaîtront ce phénomène, qui se déclinera toutefois de manière différente quant au nombre de personnes : les territoires les plus touchés seront ceux qui sont aujourd'hui les plus peuplés (Agglomération ; Centre Atlantique)

3.3 PROJECTIONS DES BESOINS EN PLACES D'EHPAD

Les hypothèses de départ

Afin d'évaluer le plus précisément possible les besoins relatifs à la prise en charge en institution, il s'agit de procéder à l'évaluation du nombre de personnes âgées dépendantes qui entreront, ou seront susceptibles d'entrer en établissement. Dans cette optique, les hypothèses retenues suivent celles émises par la DREES, l'INSEE et le Centre d'Analyse Stratégique, à savoir :

- ✓ La stabilisation du taux d'institutionnalisation des personnes âgées très dépendantes sur l'ensemble de la période ;
- ✓ Une réduction nette, au-delà de 2010, du taux d'institutionnalisation pour les personnes peu ou moyennement dépendantes ;
- ✓ La fixation du nombre de personnes âgées dépendantes selon l'hypothèse haute de l'étude du Centre d'Analyse stratégique.

1 Centre d'Analyse Stratégique, Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix, Rapport de la mission « Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes » conduite par Stéphane LE BOULER, juin 2006.

L'ensemble de ces hypothèses doit permettre de déterminer, à partir de l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes, les besoins afférents en lits EHPAD pour le département de la Martinique. Il s'agit également d'assurer et d'anticiper une réponse adaptée à ses besoins.

Par ailleurs, les résultats qui suivent agrègent différents paramètres :

- Le nombre de personnes dépendantes (GIR 1 à GIR 4) a été obtenu par l'exploitation du modèle Destinie développé par l'INSEE et la DREES. Il s'agit d'appliquer des taux de prévalence de la dépendance à l'évolution du nombre de personnes âgées.
- Le nombre de personnes âgées non dépendantes (GIR 5 et GIR 6) accueillie dans les EHPAD de la Martinique reprend également les proportions observées en 2007, soit 17 % des résidents. Selon les préconisations du Centre d'Analyse stratégique, la part des résidents en GIR 5-6 devrait diminuer dans les prochaines années. C'est pourquoi le taux retenu en 2008 a été diminué d'un point chaque année.
- Enfin, le taux d'occupation retenu est celui observé en 2007, soit 98 %.

Estimation des résidents selon le GIR

- GIR 1 à 4 : Selon le modèle de projections Destinie, on comptera en 2010, 2 176 personnes originaires du département en GIR 1 à 4 et hébergées dans un établissement ;
- GIR 5 à 6 : Selon le rapport du Centre d'Analyse Stratégique (CAS - Rapport Le Bouler 2006), la part des Gir 5-6 doit diminuer très fortement, jusqu'à être égale à 0% en 2030 (à condition que la politique de maintien à domicile soit renforcée de manière accrue).

- La part des GIR 5-6 est aujourd'hui de 17 % dans les EHPAD de la Martinique. L'hypothèse retenue est celle d'une diminution d'un point par an, soit :

- Pour 2009 : 16 %
- pour 2010 : 15%
- pour 2020 : 5%
- 2030 : 0%.

MARTINIQUE	2010
Gir 1 à 4 en EHPAD	2 250
Gir 5 et 6	337
Sous total	2 587

Estimation des taux d'occupation des EHPAD

L'hypothèse retenue est d'un taux de remplissage de 98%. Le taux permet d'assurer : 1. une souplesse de gestion nécessaire aux accueils d'urgence d'une part, et 2. la viabilité financière de l'établissement d'autre part.

MARTINIQUE	2010
Gir 1 à 4 en EHPAD	2 250
Gir 5 et 6	337
Sous total	2 587
Taux d'occupation (98%)	52
Total lits nécessaires	2 639

3.3.1 ESTIMATION DES BESOINS EN LITS AU NIVEAU DÉPARTEMENTAL

2008	
Nombre total de lits EHPAD + USLD autorisés (établissements existants)	1 500
Taux d'équipement pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus	58,77

MARTINIQUE	2010 -2013	2020	2030
Gir 1 à 4 en EHPAD	2 250	2 899	3 908
Gir 5 et 6	337	145	0
Sous total	2 587	3 044	3 908
Taux d'occupation (98%)	52	60	80
Total lits nécessaires	2 639	3 104	3 988
Besoins par rapport aux lits autorisés	1 139	1 657	2 541

Ainsi, il apparaît qu'en 2010 - 2013, les besoins en création de lits EHPAD supplémentaires seront très importants dans le département et s'élèveront à 1 139 lits. En 2020, ces besoins représenteront plus de 1 657 lits supplémentaires.

Il faut préciser qu'actuellement 583 places sont en instance de réalisation ou d'autorisation. Il s'agit des projets suivants :

PROJETS	CAPACITES
AUTORISES NON REALISEES	
EHPAD L'orchidée - Lamentin	34
Unité de Soins de longue durée du Centre Hospitalier du Saint-Esprit	20
EHPAD par la Fondation Caisse d'Épargne pour la Solidarité à Ducos	65
EHPAD Centre Hospitalier Intercommunal Lorrain/Basse-Pointe	40
EHPAD SARL Case -Pilote	90
EHPAD SARL Madikéra au Marin	30
SOUS-TOTAL	279
AVIS FAVORABLE DU CROSMs	
EHPAD à Fort-de-France	96
EHPAD au Vauclin	96
EHPAD à Tivoli - Fort-de-France	60
EHPAD au Saint-Esprit	40
Extension EHPAD le Logis Saint-Jean à Rivière-Salée	12
SOUS-TOTAL	304
TOTAL GENERAL	583

En conclusion, le nombre de lits supplémentaires à réaliser pour répondre aux besoins à l'horizon 2010-2013 s'élève à 556 places, comme suit :

MARTINIQUE	
Lits nécessaires	2 639
Lits existants	1 500
Besoins à réaliser	1 139
En cours de réalisation	583
Reste à réaliser	556

En cours de schéma, un pointage devra être fait de ce qui aura été réalisé et des manques encore identifiés sur le territoire.

Compte-tenu de l'effort financier important à réaliser, la création de places supplémentaires se fera progressivement en lien avec les partenaires compétents (Etat, Agence Régionale d'Hospitalisation) dans le cadre de programmations arrêtées dans les orientations budgétaires fixées annuellement par la collectivité départementale.

Les promoteurs devront respecter les clauses du cahier des charges annexé au présent schéma qui prévoit notamment :

- La nature du projet : il doit inclure les places d'unités pour malades

Alzheimer et d'accueil temporaire ;

- Le respect des normes architecturales réglementaires ;
- Le profil du candidat.

Ils pourront être des investisseurs, privés ou institutionnels, collectivités publiques ou établissements publics, ils devront par ailleurs :

- Justifier d'une expérience de la conduite de projets d'investissements structurants ;
- Démontrer leur capacité à gérer un établissement d'hébergement pour personnes âgées ;
- Disposer d'une surface financière suffisante pour mener à bien le projet, soit en fonds propres, soit avec le concours de partenaires financiers ou institutionnels ou encore par convention avec un opérateur HLM afin d'inscrire le projet dans les « financements groupés de l'Etat » (ex Ligne Budgétaire Unique - LBU) ;
- Démontrer leur capacité à mobiliser les dispositifs de financements existants (HLM, Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, Etat, CGSS, Caisse de Dépôts et Consignations, défiscalisation).

3.3.2 ESTIMATION DES BESOINS EN LITS PAR SECTEUR GÉRONTOLOGIQUE

NORD ATLANTIQUE

- Equipements existants :

2008	
Nombre total de lits EHPAD + USLD autorisés (établissements existants)	12
Taux d'équipement pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus	6,49

- Besoins à couvrir :

NORD ATLANTIQUE	2010-2013	2020	2030
Gir 1 à 4 en EHPAD	99	128	172
Gir 5 et 6	15	6	0
Sous total	114	134	172
Taux d'occupation (98%)	2	3	3
Total lits nécessaires	116	137	175
Besoins par rapport aux places autorisées	104	125	163

- Récapitulatif des besoins :

NORD ATLANTIQUE				
Communes	Nombre de lits autorisés (2008)	Taux d'équipement*	Total lits nécessaires 2010-13	Nombre de lits à créer en 2010-13
Ajoupa Bouillon	0	0,00	11	11
Basse Pointe	0	0,00	29	29
Grand-Rivière	0	0,00	8	8
Lorrain	12	12,25	58	46
Macouba	0	0,00	9	9
Total zone	12	6,49	116	104

* Le taux d'équipement correspond au nombre de lits autorisés pour mille personnes âgées de 75 ans.

NORD CARAÏBE

- Equipements existants :

2008	
Nombre total de lits EHPAD + USLD autorisés (établissements existants)	122
Taux d'équipement pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus	67,66

- Besoins à couvrir :

NORD CARAÏBE	2010 -2013	2020	2030
Gir 1 à 4 en EHPAD	137	177	238
Gir 5 et 6	21	9	0
Sous total	158	186	238
Taux d'occupation (98%)	2	4	5
Total lits nécessaires	160	189	243
Besoins par rapport aux lits autorisés existants	38	68	121

- Récapitulatif des besoins :

NORD CARAÏBE				
Communes	Nombre de lits autorisés (2008)	Taux d'équipement*	Total lits nécessaires 2010-13	Nombre de lits à créer en 2010-13
Carbet	82	0,00	23	-59
Case-Pilote	0	0,00	14	14
Fonds-St-Denis	0	0,00	7	7
Morne-Vert	0	0,00	13	13
Morne-Rouge	0	0,00	38	38
Prêcheur	40	139,80	18	-22
Saint-Pierre	0	0,00	39	39
Total zone	122	67,66	160	38

* Le taux d'équipement correspond au nombre de lits autorisés pour 1000 personnes âgées de 75 ans.

CENTRE ATLANTIQUE

- Equipements existants :

2008	
Nombre total de lits EHPAD + USLD autorisés (établissements existants)	158
Taux d'équipement pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus	36,38

- Besoins à couvrir :

CENTRE ATLANTIQUE	2010-2013	2020	2030
Gir 1 à 4 en EHPAD	403	519	700
Gir 5 et 6	60	26	0
Sous total	463	545	700
Taux d'occupation (98%)	9	11	14
Total lits nécessaires	472	556	713
Besoins par rapport aux lits autorisés existants	314	398	555

- Récapitulatif des besoins :

CENTRE ATLANTIQUE				
Communes	Nombre de lits autorisés (2008)	Taux d'équipement*	Total lits nécessaires 2010-13	Nombre de lits à créer en 2010-13
Gros-Morne	0	0,00	93	93
Marigot	0	0,00	32	32
Robert	65	33,38	130	65
Sainte-Marie	0	0,00	139	139
Trinité	93	123,32	78	-15
Total zone	158	36,38	472	314

* Le taux d'équipement correspond au nombre de lits autorisés pour mille personnes âgées de 75 ans.

CENTRE AGGLOMÉRATION

- Equipements existants :

2008	
Nombre total de lits EHPAD + USLD autorisés (établissements existants)	841
Taux d'équipement pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus	79,88

- Besoins à couvrir :

CENTRE AGGLOMERATION	2010-2013	2020	2030
Gir 1 à 4 en EHPAD	981	1 264	1 704
Gir 5 et 6	147	63	0
Sous total	1 128	1 327	1 704
Taux d'occupation (98%)	23	27	34
Total lits nécessaires	1 150	1 354	1 738
Besoins par rapport aux lits autorisés existants	309	513	897

- Récapitulatif des besoins :

CENTRE AGGLOMERATION				
Communes	Nombre de lits autorisés (2008)	Taux d'équipement*	Total lits nécessaires 2010-13	Nombre de lits à créer en 2010-13
Fort de France	585	57,28	735	158
Lamentin	133	63,79	179	54
Saint-Joseph	-8	17,21	96	80
Schoelcher	131	91,11	140	17
Total zone	841	79,88	1 150	309

* Le taux d'équipement correspond au nombre de lits autorisés pour 1000 personnes âgées de 75 ans.

SUD CARAÏBE

- Equipements existants :

2008	
Nombre total de lits EHPAD + USLD autorisés (établissements existants)	179
Taux d'équipement pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus	50,88

- Besoins à couvrir :

SUD CARAÏBE	2010 -2013	2020	2030
Gir 1 à 4 en EHPAD	331	426	574
Gir 5 et 6	50	21	0
Sous total	380	447	574
Taux d'occupation (98%)	8	9	11
Total lits nécessaires	388	456	586
Besoins par rapport aux lits autorisés existants	209	277	407

- Récapitulatif des besoins :

SUD CARAÏBE				
Communes	Nombre de lits autorisés (2008)	Taux d'équipement*	Total lits nécessaires 2010-13	Nombre de lits à créer en 2010-13
Les Anses d'Arlet	42	124,53	35	-7
Diamant	0	0,00	33	33
Ducos	0	0,00	81	81
Les Trois Ilets	64	67,97	37	-27
Rivière Salée	40	57,94	72	32
Saint-Esprit	33	44,20	78	45
Sainte-Luce	0	0,00	52	52
Total zone	179	50,88	388	209

* Le taux d'équipement correspond au nombre de lits autorisés pour mille personnes âgées de 75 ans.

SUD ATLANTIQUE

- Equipements existants :

2008	
Nombre total de lits EHPAD + USLD autorisés (établissements existants)	188
Taux d'équipement pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus	53,97

- Besoins à couvrir :

SUD ATLANTIQUE	2010	2020	2030
Gir 1 à 4 en EHPAD	299	386	520
Gir 5 et 6	45	19	0
Sous total	344	405	520
Taux d'occupation (98%)	7	8	10
Total lits nécessaires	351	413	530
Besoins par rapport aux lits autorisés existants	163	225	342

- Récapitulatif des besoins :

SUD ATLANTIQUE				
Communes	Nombre de lits autorisés (2008)	Taux d'équipement*	Total lits nécessaires 2010-13	Nombre de lits à créer en 2010-13
Le François	100	91,43	105	5
Marin	88	167,05	50	-38
Rivière Pilote	0	0,00	92	92
Sainte-Anne	0	0,00	38	38
Vauclin	0	0,00	66	66
Total zone	188	53,97	351	163

* Le taux d'équipement correspond au nombre de lits autorisés pour 1000 personnes âgées de 75 ans.

3.3.3 TABLEAU DES PROJECTIONS DES BESOINS EN LITS D'EHPAD

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES BESOINS À L'HORIZON 2010-2013

Secteurs gérontologiques	Nbre de lits autorisés	Total lits nécessaires	Besoins à couvrir	Lits en cours de réalisation	Reste à réaliser
Nord-Atlantique	12	116	104	40	64
Nord-Caraïbe	122	161	38	90	- 51
Centre Atlantique	158	472	314	-	314
Centre Agglomération	841	1 150	309	190	119
Sud-Caraïbe	179	388	209	137	72
Sud-Atlantique	188	351	163	126	37
TOTAL	1500	2639	1139	583	556

En conclusion, le nombre de places à créer en Martinique à l'horizon 2010-2013 s'élève à 556. Compte tenu des besoins constatés par zones géographiques, les secteurs prioritaires sont le Centre Atlantique et le Centre Agglomération.

4 - Les orientations pour 2009 - 2013

4.1 QUATRES AXES POUR LA PÉRIODE 2009-2013

L'ensemble des attentes de nos aînés, de leurs familles et aidants a été pris en compte dans quatre axes d'actions prioritaires qui déterminent la politique départementale pour la période 2009-2013 :

- **Axe 1** - Améliorer le cadre de vie des personnes âgées et assurer la reconnaissance des métiers du maintien à domicile ;
- **Axe 2** - Adapter l'offre d'hébergement ;
- **Axe 3** - Favoriser la prévention de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées ainsi que l'accompagnement des malades et de leurs parents ;
- **Axe 4** - Développer l'information et la coordination.

Parallèlement, le présent schéma définit une orientation transversale commune aux différents axes d'actions précités. Cette orientation désigne les personnes âgées dépendantes et particulièrement les malades Alzheimer comme la population privilégiée de la politique gérontologique départementale pour les cinq années à venir.

Les projets seront donc hiérarchisés en fonction de la prise en compte de cette préoccupation prioritaire.

Les quatre axes comportent quatorze fiches-actions arrêtées dans la plus grande concertation avec les acteurs du champ gérontologique suite à la tenue des groupes de travail thématiques. La composition de ces groupes figure en annexe du schéma.

4.2 AXE 1 - AMÉLIORER LE CADRE DE VIE DES PERSONNES ÂGÉES ET ASSURER LA RECONNAISSANCE DES MÉTIERS DU MAINTIEN À DOMICILE

Les conditions de vie des personnes âgées à domicile sont déterminées par la qualité des logements et des transports par la diversité des services à domicile et par la recherche d'une meilleure adéquation entre besoins et offres à domicile ainsi que par les solutions apportées aux aidants.

Cet axe comprend 5 fiches-actions :

- **Action 1** : Diversifier les prestations et améliorer la qualité des services à domicile,
- **Action 2** : Favoriser la structuration des services à domicile,
- **Action 3** : Développer l'aide aux aidants naturels,
- **Action 4** : Mener des actions spécifiques sur le logement,
- **Action 5** : Mettre en place des solutions de transport adaptées aux besoins des personnes handicapées et des personnes âgées.

Axe 1 - Améliorer le cadre de vie des personnes âgées et assurer la reconnaissance des métiers du maintien à domicile

Action 1 : Diversifier les prestations et améliorer la qualité des services à domicile

Bénéfices attendus :

- Maintenir l'autonomie de la personne ;
- Améliorer la qualification des intervenants ;
- Promouvoir les services à la personne.

Pilote(s) :

Conseil général / DDETFP.

Partenaire(s) :

CCAS, Responsables de services de portages de repas et de services à la personne.

Modalités de mise en œuvre :

Etape 1

Promouvoir toutes les prestations offertes (petits travaux, jardinage, accompagnement aux courses...) et organiser les modalités de mise en œuvre.

Etape 1 bis

Inciter à la mutualisation des moyens en mettant en place un groupe de travail chargé d'analyser les opportunités de création de prestations ou de redéploiement de prestations à l'intérieur des services.

Etape 2

Assurer la communication sur les possibilités offertes par ces nouveaux services.

Etape 3

Favoriser la création de services de gardes de nuit, week-end et jours fériés.

Etape 4

Organiser des campagnes d'information et de communication sur l'intérêt de ces services.

Point de vigilance :

Garantir la qualité des services rendus par un personnel formé et qualifié.

Indicateur de suivi :

Nombre de SAAD proposant une diversification de services :

- Constitution d'un groupe de travail sur la réflexion à mener sur le développement et la mutualisation de moyens des services à domicile ;
- Nombre de services de garde de nuit, de week-end et jours fériés.

Axe 1 - Améliorer le cadre de vie des personnes âgées et assurer la reconnaissance des métiers du maintien à domicile

Action 2 : Favoriser la structuration des services à domicile

Bénéfices attendus :

- Structurer les services à la personne ;
- Assurer une meilleure prise en compte de la personne âgée par une réponse adaptée ;
- Améliorer la réactivité dans le traitement des dossiers ;
- Augmenter le recours aux services à la personne par rapport aux emplois directs.

Pilote(s) :

Conseil général / CLIC.

Partenaire(s) :

CCAS, DSDS, DDTEFP, services à domicile.

Modalités de mise en œuvre :

Etape 1

- Organiser les services et secteurs de l'aide à domicile ;
- la mise en place du suivi de qualité et d'effectivité des interventions ;
- la mise en place de fédérations des associations de services à la personne ;
- la création de plateformes de services à la personne ;
- la mise en place du chèque emploi service universel (CESU) ;

- Créer une fédération des services d'aide à domicile ;
- Mettre en place une procédure de tarification qui privilégie les services prestataires.

Etape 2

Encourager la qualification des aidants familiaux (renvoi aux actions d'information et de coordination).

Etape 3

Restructurer les services de portage de repas : évaluer le dispositif, identifier les sources potentielles de cofinancement des portages de repas ; puis élaborer un cahier des charges départemental comprenant le respect d'un référentiel de nutrition élaboré en collaboration avec des diététiciens, l'accompagnement et la prise en charge de repas en tant que besoin, la formation des personnels du service de portage, et la possibilité d'augmenter le nombre de repas servis.

Etape 4

Réduire le temps de traitement des dossiers lors des demandes d'aides et d'allocations :

- Améliorer le système de repérage et de signalement des urgences ;
- Mettre en place un système de simplification administrative des documents demandés ;
- Dans le cas de situations d'urgence, formaliser une procédure.

Etape 5

Rédiger un cahier des charges comprenant les exigences attendues des services de portage de repas.

Etape 6

Créer un référentiel qui définit la notion d'urgence afin de faciliter les procédures.

Point de vigilance :

Avoir un regard spécifique sur les projets de service proposés par les structures en phase de création.

Axe 1 - Améliorer le cadre de vie des personnes âgées et assurer la reconnaissance des métiers du maintien à domicile

Action 3 : Développer l'aide aux aidants naturels

Bénéfices attendus :

- Soutenir les aidants naturels dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, en leur offrant un soutien psychologique et moral ainsi qu'une écoute ;
- Améliorer l'information sur les services existants et sur ce qui peut constituer une aide au quotidien ;
- Prévenir la maltraitance de l'aidant et de la personne âgée.

Pilote(s) :

Conseil général / CLIC.

Partenaire(s) :

CCAS, SAD, DDTE, SSIAD, EHPAD, Associations d'aide aux aidants.

Modalités de mise en œuvre :

Etape 1

- Identifier et structurer l'existant :
- Recenser notamment à partir de l'observatoire départemental, les initiatives existantes permettant la mise en place et l'organisation d'actions de soutien aux aidants familiaux (groupes de parole, soutien psychologique, groupes de discussion et d'échanges...) ;
 - Favoriser l'information concernant les actions mises en place ;
 - Impulser la rédaction d'une charte et d'un code de fonctionnement.

Etape 2

- Étendre et développer des actions de soutien à l'ensemble du territoire ;
- Répertoire les territoires non couverts et identifier les besoins ;
 - Permettre le développement de lieux d'échanges, de groupes de parole et de discussion ;
 - Sensibiliser les intervenants à domicile sur ce type de prestation ;

- Développer des actions spécifiques en direction des aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ;
- Développer des campagnes de communication sur les actions existantes.

Etape 3 :

- Rédiger une charte relative au soutien des aidants ;
- Inciter les institutions publiques et privées à mettre à disposition de salles de réunion ;
- Créer des séminaires d'information délocalisés en direction des intervenants à domicile.

Point de vigilance :

Ne pas multiplier les lieux d'échange aux dépens de la qualité du soutien qui peut y être proposé.

Indicateurs de suivi :

- Nombre d'actions développées dans les zones préalablement non couvertes ;
- Création de séminaires d'information délocalisés en direction des intervenants à domicile ;
- Nombre d'actions spécifiques organisées en faveur des aidants ;
- Nombre d'actions spécifiques organisées en faveur des aidants.

Axe 1 - Améliorer le cadre de vie des personnes âgées et assurer la reconnaissance des métiers du maintien à domicile

Action 4 : Mener des actions spécifiques sur le logement

Action transversale secteur gérontologique et du handicap

Bénéfices attendus :

- Faire connaître les dispositifs existants via la MPDH et le CICAT.
- Maintenir et améliorer l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées résidant à domicile.

Pilote :

Conseil général.

Partenaires :

SIVAD, DSDS (PRSP), DDE, Entreprises de réhabilitation, CGSS, Caisse des dépôts et des consignations, Fonds départemental de compensation, REGION.

Modalités de mise en œuvre :

Etape 1

Sensibiliser les bailleurs à l'adaptation du logement et mettre en place une réflexion avec les bailleurs sociaux dans le cadre des programmes de réhabilitation.

Etape 1 bis

Mettre en place une base de données en collaboration étroite avec l'ensemble des bailleurs afin d'identifier le parc de logements adaptés sur le territoire.

Etape 2

Proposer un soutien et un accompagnement au montage des dossiers (en s'appuyant sur les structures dont la création est prévue par le schéma en faveur des personnes âgées).

Etape 3

Proposer une diffusion des brochures existantes à l'ANAH et à la MDPH.

Etape 4

Organiser, à partir des travailleurs sociaux et des services d'aide à domicile, une communication auprès des personnes handicapées et des personnes âgées sur les possibilités existantes d'adaptation des logements.

Etape 5

Renforcer l'action du SIVAD dans le secteur des personnes âgées : à la fois dans l'accompagnement des personnes et dans l'évaluation des besoins.

Point de vigilance :

L'entrée dans un logement adapté ou l'adaptation du logement d'une personne est toujours un passage de la vie délicat.

Elle nécessitera un accompagnement spécifique par des services spécialisés.

Indicateurs de suivi :

Nombre de logements adaptés recensés chaque année.

Ventilation par mode de financement (participation des organismes sollicités et LBU)

Axe 1 - Améliorer le cadre de vie des personnes âgées et assurer la reconnaissance des métiers du maintien à domicile

Action 5 : Mettre en place des solutions de transport adaptées aux besoins des personnes handicapées et des personnes âgées

Action transversale secteurs des personnes âgées et du handicap

Bénéfices attendus :

- Faciliter le déplacement des personnes handicapées et des personnes âgées ;
- Permettre aux personnes handicapées et aux personnes âgées de participer aux activités occupationnelles et (pour les premières) de s'insérer professionnellement ;
- Maintenir le lien social et réduire l'isolement.

Pilote :

Conseil général.

Partenaires :

CGSS, Caisses de retraite, Mutuelles, CDC. Syndicat, représentant des transporteurs, taxis.

Modalités de mise en œuvre :

Etape 1

Établir un état des lieux des dispositifs existants par secteur géographique et identifier les secteurs prioritaires.

Etape 2

Réunir un groupe de travail de représentants associatifs de chaque

type du handicap afin d'identifier les modalités idoines du dispositif d'aide à la mobilité des personnes handicapées (transports collectifs adaptés, adaptation et prêt de véhicules personnelles, accompagnement, etc....).

Etape 3

Mettre en place un cahier des charges pour :

- Impulser les initiatives privées et multiformes (taxis accompagnateurs, transport spécialisé) ;
- Renforcer les dispositifs existants ;
- Identifier des sources de financement (Conseil général / CNSA / Caisses de retraite / CDC).

Etape 4

Sensibiliser les intervenants des transports collectifs (transporteurs, chauffeurs de taxi, ...) à la spécificité des différents types du handicap.

Etape 5

Mettre en place des mesures financières incitatives (bons de réduction, tarifs spécialisés, abonnement).

Etape 6

Intégrer ces réflexions au sein du schéma départemental des transports et du schéma d'accessibilité.

Point de vigilance :

Le Conseil général doit piloter l'ensemble de l'action sans en être directement responsable. La sensibilisation des acteurs constitue le facteur clés de succès de cette orientation, qui est elle-même l'une des principales conditions au succès du maintien à domicile, que ce soit pour les personnes âgées ou les personnes handicapées.

Indicateurs de suivi :

Nombre d'initiatives en faveur du transport adapté recensé chaque année.

4.3 AXE 2 : ADAPTER L'OFFRE D'HÉBERGEMENT

L'adaptation de l'offre doit être effectuée quantitativement afin de rattraper le retard en équipements du département et qualitativement pour répondre aux besoins des malades souffrant de dépendance du psychique.

Cet axe comporte 3 fiches actions :

- **Action 6** : Augmenter le potentiel d'hébergement ;
- **Action 7** : Définir un cahier des charges départemental précisant les créations de places et la typologie d'hébergement pertinente ;
- **Action 8** : Accompagner la médicalisation et la mutualisation des petites unités de vie.

Axe 2 - Adapter l'offre d'hébergement

Action 6 : Augmenter le potentiel d'hébergement en institution et diversifier les modes d'accueil

Bénéfices attendus :

- Mieux gérer les périodes de crise (sorties d'hospitalisation ou risques naturels) ;
- Proposer des périodes de répit aux aidants ;
- Prolonger le maintien à domicile dans de meilleures conditions.

Pilote(s) :

Conseil général, DSDS.

Partenaire(s) :

EHPAD, Associations d'aide aux aidants.

Modalités de mise en œuvre sur la base de la mutualisation des moyens logistiques, humains ou matériels.

Sur l'hébergement permanent :

Etape 1

- Augmenter les capacités d'hébergement permanent en EHPAD par la création de nouveaux établissements et par l'extension des structures existantes.

Etape 2

Identifier les territoires pertinents en fonction des besoins arrêtés par la partie programmation du schéma départemental.

Sur l'accueil d'urgence :

Etape 1

Établir un cahier des charges départemental pour définir la notion d'urgence.

Etape 2

Définir un certain ratio de places d'accueil d'urgence par territoire.

Etape 3

Inciter les EHPAD à organiser ce type d'accueil et à l'intégrer dans leur projet de service.

Etape 3 bis

Mettre en place une dotation spécifique hors fonctionnement par bassin.

Sur l'hébergement temporaire :

Etape 1

S'appuyer sur l'existant pour développer des places d'hébergement temporaire en identifiant les freins et les leviers à la réussite de ces projets.

Etape 2

En fonction des établissements et de leurs projets existants, s'assurer de la spécificité de l'accueil (locaux, personnel) et du travail à effectuer au préalable avec la famille afin de mettre en place un protocole de prise en charge.

Sur l'accueil de jour :*Etape 1*

Inciter les établissements à développer ce type d'accueil, notamment au moment des nouveaux conventionnements. S'assurer par ailleurs de l'existence de réseaux de transport ou de la possibilité de développer des solutions appropriées ;

Etape 2

Autoriser ces accueils uniquement lorsqu'ils disposent d'un projet de service spécifique : maladie Alzheimer et troubles apparentés, personnes âgées en perte d'autonomie.

Point de vigilance :

Toujours effectuer un travail préalable avec la famille, quel que soit le type d'accueil proposé. Favoriser la mise en place d'ateliers occupationnels ou thérapeutiques en accueil de jour

Indicateurs de suivi :

Nombre de capacités supplémentaires créées par type d'hébergement.

Axe 2 - Adapter l'offre d'hébergement

Action 7 : Définir un cahier des charges précisant les créations, les rénovations de places et les catégories d'hébergement pertinent ainsi que les modalités d'accompagnement et de suivi des résidents.

Bénéfices attendus :

Répondre aux besoins des personnes n'ayant pas de place en sortie d'hospitalisation ;
Répondre aux besoins de placement en s'attachant à la problématique et à la typologie des personnes âgées (psycho-dépendants, malade Alzheimer, etc.).

Pilote(s) :

Conseil général / DSDS.

Partenaire(s) :

ARH, Communes (CCAS), Associations de directeurs d'établissements et représentants des usagers, Mutuelles, REGION.

Modalités de mise en œuvre :

Etape 1

Élaborer dans un cadre partenarial un cahier des charges départemental favorisant :

- La mise en place de petites unités d'accueil inscrites dans des systèmes de gestion communs (mutualisation de ressources). Ces petites unités d'accueil doivent notamment permettre de prendre en compte des problématiques différentes selon les pathologies et degrés de dépendance des personnes et apporter des solutions adaptées en fonction de leur dépendance et de la présence ou non d'un aidant ;
- La mise en place de solutions innovantes, telles que les domiciles protégés, l'habitat groupé en bourg ou à proximité, les résidences sécurisées pour seniors valides; les modes d'hébergement collectifs (type foyers logements ou équivalents) axés sur la mutualisation des moyens et la rentabilité des structures dans le contexte de faible solvabilité des personnes ;
- La mise en place de diagnostics systématiques pour la remise en état du bâti des établissements existants (mise en œuvre de réhabilitation, rénovation ou reconstruction des établissements en tenant compte des projets présentés par les maîtres d'ouvrage).

Etape 2

Actualiser le cahier des charges en fonction de l'évolution des besoins, de celle des financements et des difficultés rencontrées.

Etape 3

Définir les modalités de suivi et d'accompagnement des résidents en s'appuyant notamment sur les outils créés par la loi de modernisation sociale du 2 janvier 2002, et l'antenne allo-maltraitance.

Points de vigilance :

Les études de besoin devront toujours accompagner les projets.

Les petites unités de vie, comme toutes les solutions innovantes qui pourront émerger, devront disposer de conventions et protocoles précis afin d'assurer la fluidité de la prise en charge au-delà de leurs compétences internes.

Indicateurs de suivi :

- Création du cahier des charges et nombre de ses actualisations ;
- Création du protocole de suivi des résidents et nombre de visites d'établissements.

Axe 2 - Adapter l'offre d'hébergement

Action 8 : Accompagner la médicalisation et la mutualisation des petites unités de vie

Bénéfices attendus :

- Apporter des solutions à des structures existantes qui répondent à une exigence de proximité ;
- Mettre un terme à des accompagnements qui ne peuvent paraître satisfaisants.

Pilote(s) :

Conseil général / DSADS

Partenaire(s) :

Petites unités de vie, EHPAD,
Centres hospitaliers, SSIAD

Modalités de mise en œuvre sur la base d'une mutualisation des moyens logistique, humains ou matériels.

Etape 1

- Organiser et recenser les petites unités de vie, territoire par territoire ;
- Mener une étude sur les populations accueillies au sein des structures visant notamment à connaître le nombre de personnes accueillies, leur âge, leur degré de dépendance, l'existence d'une ou de plusieurs prestations qui leur sont versées ;
- En fonction des résultats, étudier les évolutions possibles de chaque structure en fonction du GMP des résidents, du bâti, de la qualification des accompagnants, de la proximité ou non d'un EHPAD et/ou d'un centre hospitalier avec lequel mettre en place des conventions de soins et de suivi.

Ces évolutions peuvent être de nature différenciée :

- soit la médicalisation ;
- soit le maintien en tant que structure légère et non médicalisée mais avec des protocoles de prise en charge commune avec des EHPAD et des centres hospitaliers ;
- soit la mutualisation en cas de proximité de deux structures ;
- soit la fermeture.

Intégrer les évolutions de ces médicalisations dans le suivi des augmentations de capacité en hébergement permanent.

Etape 2

Développer éventuellement l'hébergement temporaire au sein de ces petites unités de vie après qu'elles ont été médicalisées.

Points de vigilance :

Organiser le suivi de cette action par territoire.

Indicateurs de suivi :

Evolution des capacités en petite unité de vie.

4.4 AXE 3 : FAVORISER LA PRÉVENTION DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET DES PATHOLOGIES APPARENTÉES AINSI QUE L'ACCOMPAGNEMENT DES MALADES ET DE LEURS PARENTS

L'amélioration de la prise en charge des malades Alzheimer passe par le développement de la prévention, de la formation et par la création de structures de prise en charge spécifique.

Cet axe comporte 3 fiches actions :

- **Action 9** : Actualiser les compétences des médecins généralistes sur la maladie d'Alzheimer et pathologies apparentées et instituer une procédure de renvoi systématique auprès des consultations mémoire.
- **Action 10** : Développer les unités de vie spécifique.
- **Action 11** : Favoriser la création de groupes de paroles et de structures de répit pour les aidants familiaux qui viennent en aide, au quotidien, à des malades Alzheimer.

Axe 3 - Favoriser la prévention de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées ainsi que l'accompagnement des malades et de leurs parents

Action 9 : Actualiser les compétences des médecins généralistes sur la maladie d'Alzheimer et pathologies apparentées, et instituer une procédure de renvoi systématique auprès des consultations mémoire

Bénéfices attendus :

- Sensibiliser les médecins et professionnels de santé à la prise en charge de la maladie ;
- Favoriser le dépistage et le traitement précoce de la maladie.

Pilote(s) :

DSDS, URML.

Partenaire(s) :

SMGG, Réseau des consultations mémoire, Associations, CGSS, Réseau de gérontologie, Université Antilles Guyane.

Modalités de mise en œuvre :

Cette proposition d'action relève du secteur sanitaire. Il s'agit donc ici :

- de reprendre les recommandations émises dans les documents de programmation (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale et dans le Plan Régional de Santé Publique) ;
- d'apporter un appui ;
- de proposer des précisions quant à la mise en œuvre des actions et leur articulation avec le secteur social et médico-social.

Etape 1

Établir une liste de la population concernée : médecins et professionnels de santé.

Etape 2

Développer des formations locales associées à des qualifications spécifiques (mise en place d'un Diplôme Universitaire spécifique « maladie d'Alzheimer » avec modules différenciés).

Etape 3

Prendre appui sur les réseaux existants en matière d'information et de formation des professionnels.

Etape 4

Impliquer et former plus d'acteurs via les consultations mémoire ou les MAIA.

Etape 5

Faciliter l'accès aux consultations mémoire (à partir de 75 ans par exemple) en multipliant les lieux d'information.

Point de vigilance :

Il sera nécessaire de savoir sensibiliser les médecins, notamment en étant en capacité de les intégrer à la réflexion dans leurs lieux de débats et d'échanges habituels.

Indicateurs de suivi :

Evolution du nombre de personnes prises en charge dans les consultations-mémoires.

Axe 3 - Favoriser la prévention de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées ainsi que l'accompagnement des malades et de leurs parents

Action 10 : Développer les unités de vie spécifique

Bénéfices attendus :

- Proposer un accompagnement approprié.

Pilote(s) :

Conseil général / DSMS.

Partenaire(s) :

EHPAD, Unités de vie, Réseau gérontologique Martinique, SMGG.

Modalités de mise en œuvre :

Etape 1

Identifier ou mettre en place une instance en mesure de récolter les informations issues d'expériences innovantes et de les évaluer de manière à essayer les bonnes pratiques. La filière doit permettre d'organiser et de coordonner les modes de prise en charge pour assurer la continuité de la trajectoire de la personne (exemple : les antennes psychiatriques peuvent participer au maintien à domicile).

Etape 2

Garantir la capacité pour les établissements de disposer de « lieux de rupture » auprès des hôpitaux pour accueillir les personnes

atteintes de la maladie d'Alzheimer et présentant des difficultés particulières.

Etape 3

Sur la question de la prise en charge des personnes présentant les plus grandes difficultés, garantir la possibilité d'accompagnement par des structures hospitalières dédiées (dans le cadre des filières gériatriques).

Etape 4

- Créer et/ou adapter des unités Alzheimer dans tous les établissements dans la mesure du possible et élaborer un cahier des charges qui :
- porte une attention particulière à l'adaptation des locaux (déambulation, luminosité, acoustique) ;
- limite la taille de chaque unité à 15 personnes maximum ;
- intègre la question du personnel (formation et ratio nécessaires pour une bonne prise en charge).

Point de vigilance :

Travailler l'accompagnement en entrée et en sortie des structures dédiées, avec la personne et avec sa famille.

Indicateurs de suivi :

Evolution des places en unités Alzheimer.

Axe 3 - Favoriser la prévention de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées ainsi que l'accompagnement des malades et de leurs parents

Action 11 - Favoriser la création de groupes de paroles et de structures de répit pour les aidants familiaux qui viennent en aide au quotidien à des malades Alzheimer.

Pilote(s) :

Conseil général.

Partenaire(s) :

EHPAD, Unités de vie, Réseau gériatologique Martinique, SMGG, Services d'aide à domicile.

Modalités de mise en œuvre :

Etape 1 :

Diffuser la pratique des groupes de parole dans le département à partir :

- d'un recensement des besoins des aidants en menant des études à partir des CLIC ou de l'observatoire social ;
- associer les services d'aide à domicile à ce recensement des besoins ;
- organiser des groupes territorialisés, si possible animés ou co-animés par des psychologues ou des gériatres ;
- organiser des groupes thématiques, à Fort de France, dans le Nord et dans le Sud du département sur (par exemple) : les bons gestes, les risques de maltraitance, les traitements de ralentissement de la maladie ;
- éventuellement, organiser ces groupes dans les EHPAD qui peuvent parallèlement accueillir la personne dépendante.

Etape 2 :

- Soutenir les initiatives des établissements en faveur de la création de structures de répit ;
- inciter les EHPAD à mettre en place des hébergements temporaires et des accueils de jour spécifiques ;
- définir un ratio minimal d'encadrement et s'assurer de l'adéquation des formations des personnels ;
- garantir la qualité et l'adéquation des projets architecturaux ;
- étudier les possibilités d'accueillir parallèlement les conjoints dépendants des personnes atteintes par la maladie.

Points de vigilance :

Pour les accueils alternatifs spécialisés, comme pour les groupes de parole, il est important de s'assurer de la présence de transports adaptés.

Par ailleurs, la formation des personnels est un enjeu majeur de ces accompagnements.

Indicateurs de suivi :

- nombre de groupes de parole organisés sur le territoire ;
- nombre de places en hébergement alternatif spécialisé.

4.5 AXE 4 : DÉVELOPPER L'INFORMATION ET LA COORDINATION

L'objectif est d'optimiser l'action gérontologique grâce à une meilleure information des acteurs et par une plus grande mutualisation des moyens grâce à la coordination.

Cet axe comporte 6 fiches actions :

- Action 12 :** Mettre en place un plan de communication pour fluidifier et diversifier l'information
- Action 13 :** Améliorer la formation des intervenants et des relais
- Action 14 :** Assurer la continuité de l'accompagnement individuel
- Action 15 :** Déployer le dispositif de dossier partagé
- Action 16 :** Définir des procédures pour les situations de crise (urgences sociales et médico-sociales catastrophes naturelles etc.
- Action 17 :** Mieux associer la personne âgée aux décisions relatives à sa prise en charge

Axe 4 - Développer l'information et la coordination

Action 12 : Mettre en place un plan de communication pour fluidifier et diversifier l'information

Bénéfices attendus :

- Améliorer la connaissance des dispositifs et des acteurs dans un souci de cohérence, d'échange et de partage ;
- Valoriser l'image de la vieillesse ;
- Sensibiliser les publics aux maladies telles que la maladie d'Alzheimer.

Pilote(s) :

Conseil général / CLIC.

Partenaire(s) :

CCAS, CODERPA, CGSS, mutuelles, associations.

Modalités de mise en œuvre :

Etape 1

Identifier les responsabilités respectives des différents acteurs (Conseil général / CLIC / CCAS / CGSS...) et améliorer les relations partenariales via notamment la désignation d'un référent au sein de chaque structure.

Etape 2

Favoriser les relations avec les professionnels et les associations notamment par la mise en place d'outils de liaison validés par ces derniers.

Etape 3

Encourager la mise en place d'actions collectives d'animation et de prévention en direction des seniors.

Etape 4

Répertorier et valoriser les actions d'animation à domicile, d'initiation institutionnelle ou associative et favoriser la diffusion des informations les concernant (les cafés, caravanes, «Rendez-vous du Mardi », etc.), exploiter les lieux de culture existants sur l'ensemble du département.

Etape 5

Élaborer un plan de communication autour d'axes de communication stratégiques (« vieillesse », « familles », « maladie d'Alzheimer », etc.) en y intégrant une dimension territoriale (urbain/ rural), sociale (isolement, déplacements) et linguistique (oralité/créole).

Etape 6

Développer un axe de communication sur la maladie d'Alzheimer (connaissance de la maladie, dépistage,

accompagnement, instauration du principe d'un numéro unique d'appel.

Etape 7

Mettre en place un dispositif spécifique d'information via Internet.

Point de vigilance :

Cibler la communication autour des principales problématiques et ne pas multiplier les outils utilisés.

Indicateurs de suivi :

Nombre d'actions de communication mises en place.

Axe 4 - Développer l'information et la coordination

Action 13 : Améliorer la formation des intervenants et des relais

Bénéfices attendus :

- Développer une culture de la gérontologie auprès de l'ensemble des intervenants (sociaux, sanitaires, etc.) ;
- Améliorer la qualité globale des interventions auprès des personnes âgées.

Pilote(s) :

Conseil général (administration et élus) / DSDS.

Partenaire(s) :

Organismes de formation, CGSS, CLIC, Conseil régional, CCAS, Services sociaux, Services d'aide à la personne.

Modalités de mise en œuvre :

Etape 1

Organiser un recensement des structures concernées (établissements et familles d'accueil, associations, aides à domicile, médecins, infirmiers, etc.).

Etape 2

Identifier, dans chaque structure, un référent chargé du repérage, de la diffusion et de la dynamisation des actions en matière de gérontologie ;

Etape 3

Identifier, au sein de chaque structure, les besoins de formations des relais (aidants professionnels et aidants familiaux) en insistant notamment sur le développement de la formation continue et pluridisciplinaire.

Etape 4

Diversifier l'offre de formation, notamment en matière d'animation à domicile et en établissement, y compris en direction des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Etape 5

Ouvrir les formations communes aux personnels des établissements et aux aidants familiaux.

Etape 6

Élaborer, diffuser et actualiser un guide d'information des ressources sanitaires, sociales et médico-sociales à l'usage des professionnels.

Etape 7

Créer, diffuser et actualiser un répertoire départemental unique de tous les professionnels pertinents pour le champ gérontologique (institutions, associations, libéraux de santé, etc.).

Etape 8

Poursuivre la mise en place d'une base de données actualisée en temps réel et accessible aux professionnels recensant les places disponibles en établissements, unités spécialisées, soins infirmiers, etc.

Point de vigilance :

Centraliser au Conseil général l'ensemble du suivi des actions d'information ;

Indicateurs de suivi :

Elaboration du guide d'information et du répertoire départemental.

Axe 4 - Développer l'information et la coordination

Action 14 : Assurer la continuité de l'accompagnement individuel

Bénéfices attendus :

- Meilleure qualité de l'accompagnement individuel psycho et médico-social ;
- Meilleure adaptation aux besoins de la personne ;
- Eviter les ruptures de trajectoires et les situations de crise.

Pilote(s) :

Conseil général, CLIC, CCAS, DSDS.

Partenaire(s) :

CGSS, tous les partenaires sociaux ;

Modalités de mise en œuvre :

Etape 1

- Poursuivre le maillage territorial en matière de coordination, de suivi et d'information gérontologique pour compléter le dispositif du CLIC ; repérer et désigner des « référents coordination » au sein de chaque structure identifiée par le CLIC.

Etape 2

- Identifier les entités les plus opportunes pour assurer cette mission de coordination : CLIC, délégation à une structure existante, équipe mobile de coordination.

Etape 2 bis

- Promouvoir les articulations avec les instances sanitaires (y compris les libéraux de santé) pour la prise en charge des patients fragiles.

Etape 3

- Repérer et désigner des « référents coordination » au sein de chaque structure identifiée par le CLIC.

Etape 4

- Positionner les CCAS comme acteurs de proximité des dispositifs de repérage des personnes âgées isolées pour anticiper les situations de crise via une convention de coordination pour mieux répondre aux attentes des personnes.

Etape 5

Elaborer sur la base d'un cahier des charges un dispositif instituant un parrainage en direction des personnes âgées isolées dans un souci de relations inter-générationnelles.

Point de vigilance :

S'appuyer sur les expériences des CLIC existants pour étendre les missions de coordination, à quelle structure que ce soit.

Indicateurs de suivi :

Evolution du maillage du territoire en structures de coordination.

Axe 4 - Développer l'information et la coordination

Action 15 : Déployer le dispositif de dossier partagé

Bénéfices attendus :

- Centraliser l'information et simplifier les procédures administratives (gain de temps, partage rapide de l'information) ;
- Améliorer le suivi des personnes et la qualité de la prise en charge, éviter les ruptures de trajectoire ;
- Développer la culture du travail en équipe et mutualiser les moyens dans le but de maîtriser les coûts.

Pilote(s) :

Conseil général, Réseau gérontologique, DSDS.

Partenaire(s) :

CCAS, CGSS.

Modalités de mise en œuvre :

Etape 1

Assurer l'articulation des réseaux de santé avec la plateforme régionale de santé publique (dont la dimension est uniquement sanitaire pour l'instant).

Etape 2

Encourager et inciter les acteurs sociaux et médico-sociaux à adhérer à des réseaux de santé par voie conventionnelle.

Etape 3

S'appuyer sur les CCAS et autres instances de coordination pour mettre en place une articulation entre le dossier partagé et des instruments de liaison locale entre intervenants à domicile.

Point de vigilance :

Garantir la possibilité de mise en place des procédures auprès de la CNIL.

Indicateurs de suivi :

Nombre de conventions signées entre les acteurs de la gérontologie et les réseaux de santé.

Axe 4 - Développer l'information et la coordination

Action 16 : Définir des procédures pour les situations de crise (urgences sociales et médico-sociales, catastrophes naturelles, etc.)

Bénéfices attendus :

- Mieux adapter et rendre plus rapide la prise en charge des besoins de la personne âgée en difficulté ;
- Assurer une meilleure réactivité et une meilleure cohésion lors de la survenue de catastrophes naturelles ;
- Disposer d'outils en état de marche en dépit de la pénurie lors de catastrophes naturelles.

Pilote(s) :

Conseil général.

Partenaire(s) :

CCAS, CGSS, DSDS, CLIC.

Modalités de mise en œuvre :

Etape 1

Identifier les différents types de situations de crise dans le cadre d'un groupe de travail dédié, également chargé du suivi de la mise en œuvre des étapes ci-dessous.

Etape 2

Élaborer une cartographie des institutions (précision de leurs rôles, de leurs responsabilités et de leurs ressources) pour chaque type de situation.

Etape 3

Élaborer une cartographie des personnes âgées fragiles permettant de recenser l'ensemble des besoins et des éléments de fragilité des personnes (à mettre en œuvre en parallèle avec le recensement des personnes âgées par les mairies).

Etape 4

Organiser l'articulation avec :

- le plan départemental 2008 d'intervention (travailler sur la notion de « points d'urgence » en amont des catastrophes) ;
- les différentes initiatives locales (dispositifs communaux d'alerte et de veille en cas de risques naturels) ;
- les travaux du groupe de réflexion « sorties difficiles » relatif à l'amélioration des relations entre partenaires au moment des sorties d'hôpital des personnes âgées.

Etape 5

Mettre en place avec les services de police judiciaire un protocole permettant l'enregistrement des demandes d'avis de recherche concernant les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sitôt constatée leur disparition.

Points de vigilance :

NS

Indicateurs de suivi :

Création de la cartographie des institutions et des personnes âgées ;
Signature d'un protocole d'accord avec les services de police judiciaire.

Axe 4 - Développer l'information et la coordination

Action 17 : Mieux associer la personne âgée aux décisions relatives à sa prise en charge

Bénéfices attendus :

- Mettre la personne âgée au centre de ses choix de vie ;
- Favoriser la communication entre la personne âgée, sa famille et les professionnels ;
- Mieux prévenir la maltraitance.

Pilote(s) :

Conseil général / DSADS.

Partenaire(s) :

L'ensemble des partenaires de la gérontologie.

Modalités de mise en œuvre :

D'une manière générale : Promouvoir la rencontre et la participation de la personne âgée et de la famille lors de la mise en place et du suivi du projet de vie ou du plan d'aide :

- En diffusant la démarche qualité ;
- En incitant à la mise en place d'un livret d'information à destination de la personne âgée et des familles sur les principes éthiques de la prise en charge et les modalités de mise en œuvre ;
- En favorisant la concertation en équipe pluridisciplinaire pour l'élaboration du plan d'aide compte tenu du projet de vie de la personne ;
- En développant les actions intergénérationnelles, permettant de valoriser l'image des personnes âgées au sein de la société martiniquaise, notamment par des actions de parrainage.

En établissement :

Etape 1

Promouvoir une admission ou une acceptation d'aide discutée et consentie.

Etape 2

Intégrer l'ensemble de ces réflexions dans les outils relevant de la loi 2002-2.

Etape 3

Réunir un groupe d'experts pour favoriser les modalités de mise en œuvre de l'évaluation interne, notamment des pratiques en faveur de la bientraitance.

A domicile et en établissement :

Etape 1

Formaliser au niveau départemental des protocoles d'intervention et de traitement des différentes situations auxquelles peuvent être confrontées les personnes âgées (maltraitance, perte d'autonomie, amélioration du logement).

Etape 2

Former les référents précédemment identifiés.

Point de vigilance :

Disposer de protocoles, souples, précis et travaillés en commun avec les acteurs de terrain.

Indicateurs de suivi :

- Evolution du nombre de structures qui ont mis en place l'ensemble des outils relevant de la loi 2002-2 ;
- Nombre de protocoles d'intervention et de traitement formalisés.

5 - Orientations de l'Etat

SCHÉMA DÉPARTEMENTAL DES BESOINS ET RÉPARTITION DES SSIAD SUR LE TERRITOIRE

Sommaire

PRÉAMBULE

• Contexte :	62
Demande du CROSMS	62
Membres du groupe de travail	63

Méthodologie	63
---------------------------	-----------

INTRODUCTION

64

Le SSIAD	64
A - Le décret n°2004-613 du 25 juin 2004	64
B - Les objectifs du service	64
C - L'implantation de la structure	64
D - L'admission	64
E - L'âge moyen en SSIAD	64
F - Caractéristiques de la prise en charge	65
G - Les autorisations et répartition des secteurs	65

I - L'ÉTAT DES LIEUX

66

A - Les SSIAD	66
1 - Les secteurs	66
2 - Les chevauchements	67
3 - La carte de répartition	68
B - Les IDE libéraux	69
1 - Les chiffres	69
2 - La carte de répartition	69
C - Les EHPAD et les Maisons de Retraite	70
1 - Carte de répartition	70
2 - Commentaire	71
D - USLD	71
E - HAD	71
• Définition	71
• Liste des établissements	71

II - L'ANALYSE DES DONNÉES ET PROPOSITIONS

72

A - L'analyse des données	72
B - Les propositions	73
1 - La procédure	73
2 - Les besoins et les secteurs	74
3 - La carte de répartition	77
4 - Propositions de redécoupage	78
Conclusion	80

ANNEXES

81

A - Projection population	81
B - Situation des IDE libéraux	82

GLOSSAIRE

83

Préambule

Le CROSMS a décidé de mener une réflexion sur la situation des SSIAD, suite à une sensibilisation le 07 novembre 2007 sur la base d'un rapport intitulé « Schéma, Besoins en SSIAD et Territoires » établi par la Caisse générale de Sécurité Sociale, faisant ressortir une répartition non harmonieuse des structures sur le département et un chevauchement des secteurs.

Le but recherché est de connaître la réalité du terrain, pour coller au plus près des besoins en matière d'autorisation et mener pour l'avenir une politique plus rationnelle dans la répartition des secteurs et des SSIAD.

L'objectif de cette réflexion consiste à établir un diagnostic partagé de la situation et à examiner les éventuelles adaptations à opérer en vue d'un meilleur maillage du territoire.

Un groupe projet a donc été créé Il est représentatif des acteurs concernés par la problématique et comprend :

- La Direction de la Santé et du Développement Social (DSDS)
- La Caisse Générale de Sécurité Sociale (CGSS) et Direction Régionale du Service Médical (DRSM)
- Le Département
- Les représentants des SSIAD.

Trois sous-groupes se sont constitués pour mener au mieux le projet :

- 1° : Médico-soignants
- 2° : Restructuration et offre de soins
- 3° : Gestion et convergence

Les conclusions des travaux devront servir à enrichir le « Schéma Gériatrique Départemental ».

Cette étude se veut également pédagogique en ce sens qu'elle apporte des informations, notamment réglementaires au lecteur, sur les SSIAD ainsi que sur leur fonctionnement.

MEMBRES DU GROUPE PROJET

Groupe Médico-soignants :

- SSIAD : M. CLOVIS Jean-Marie (IDE Coordonnateur - Chef de projet)
DSDS : Docteur RIPERT Michel
CG : Docteur VIGEE Daniel
CGSS : Docteur MOIGNEU Daniel

Groupe Restructuration et offre de soins

- CGSS : M. TIMON José (*Chef de projet*)
DSDS : M. VERDAN Alex
SSIAD : M. GARCIN Pierre- Jacques
Mesdames PARTEL Guylaine (*IDE Coordonnateur*)
DUBREAS Marie Line (*IDE Coordonnateur*)
JUVILIER Arlette (*Gestionnaire*)
SCHOLENT Paulette (*IDE Coordonnateur*)

Groupe Gestion et Convergence Tarifaire

- DSDS : Madame FLORENTINY Marie Gilberte (*Chef de projet*)
Madame GUNOT Danielle
CG : Madame CADROT Nicole
SSIAD : Madame CHALONEC Marie Pascale (Gestionnaire)
Monsieur Claude LAVERY

Autres membres

- CGSS : M. SYLVIUS Claude

LA METHODOLOGIE

A - Recueil des données :

- . Enquête auprès des établissements pour la transmission des données relevées sur la période de référence, à savoir du 1er au 10 octobre 2007
- . Etude des budgets et comptes administratifs
- . Requête CGSS sur les IDE libéraux

B - Dépouillement et analyse des données

C - Validation des travaux des groupes en plénière

D - Rédaction et approbation du rapport

- . Préliminaire
- . Définitif

E - Présentation devant le CROSMS

F - Diffusion du rapport définitif auprès des institutions et des SSIAD

INTRODUCTION

LE SSIAD

A - Le décret n°2004-613 du 25 juin 2004

Le décret n°2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile est venu modifier la réglementation en la matière. Il élargit le champ de compétence de ces services, en les ouvrant aux personnes handicapées.

Ainsi l'art 1er du décret stipule :

« Conformément aux dispositions des 6° et 7° du I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles, les services de soins infirmiers à domicile assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels, auprès :

- De personnes âgées de soixante ans et plus, malades ou dépendantes ;
- De personnes adultes de moins de soixante ans présentant un handicap
- De personnes adultes de moins de soixante ans atteintes des pathologies chroniques mentionnées au 7° du I de l'article L.312-1 du code de

l'action sociale et des familles ou présentant une affection mentionnée aux 3° et 4° de l'article L.322-3 du code de la sécurité sociale. »

B - Les objectifs du service de soins infirmiers à domicile :

Dans le cadre du soutien à domicile, le service de soins doit permettre :

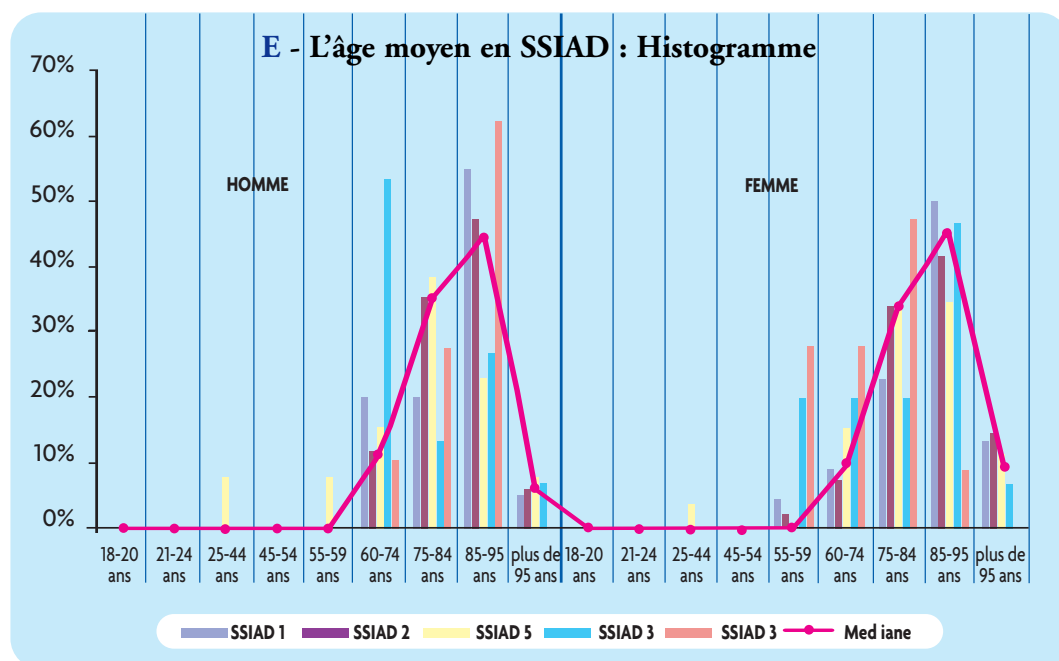
- D'éviter une hospitalisation lorsque les conditions médico-sociales le permettent,
- De faciliter un prompt retour au domicile après hospitalisation,
- De prévenir ou de retarder la dégradation de l'état des bénéficiaires,
- D'éviter ou de retarder l'admission en institution d'hébergement.

C - L'implantation de la structure

Chaque service dispose de locaux propres et identifiés pour l'accueil des familles, le fonctionnement du service et particulièrement pour la coordination des prestations de soins et des personnels

D - L'admission

Elle se fait sur prescription médicale et après évaluation de l'infirmière coordonnatrice. Le rôle de cette dernière est primordial, car elle permet d'orienter le patient.



F - Les caractéristiques de la prise en charge

La prise en charge est réalisée au domicile du patient.

Le SSIAD est coordonné par un cadre infirmier salarié. Il emploie des aides soignantes et le cas échéant des aides médico-psychologiques et des infirmières salariées. Les infirmiers libéraux peuvent intervenir dans un SSIAD. Ils sont rémunérés à l'acte par le service avec lequel ils passent convention.

L'infirmière coordonnatrice assure :

- La coordination du fonctionnement interne du service : gérer la prise en charge des malades et leur suivi, organiser le planning des aides soignantes, assurer les liaisons avec le médecin de ville, les infirmières libérales et les services sociaux d'aide à domicile, effectuer l'évaluation du malade

- Des activités de soins auprès des usagers du service ...

G - Les autorisations et répartitions des secteurs

Les autorisations pour création ou extension d'établissement relèvent de la compétence du préfet, qui prend sa décision après avis du CROSMS.

L'autorisation mentionne le nombre de places et les secteurs de compétence des services.

A ce jour, 10 SSIAD sont autorisés avec des secteurs d'intervention déterminés.

Pendant longtemps, le nombre de SSIAD, et donc le nombre de places, sont restés constants ou peu évolutifs.

Mais depuis 2004, ce nombre de places a rapidement augmenté, passant de 232 à 421 soit une augmentation de 82 %.

I - Etat des Lieux

A - Les SSIAD

1 - LES SECTEURS

SSIAD	Secteurs d'autorisation	Secteurs d'intervention	Communes non desservies	Places autorisées	
APROQUAVIE	Grand Rivière - Macouba - Basse Pointe - Ajoupa Bouillon Marigot - Lorrain	Grand Rivière - Basse Pointe Ajoupa Bouillon - Marigot Lorrain	Macouba - Grand Rivière	PA 30	PH 20
MONTJOLY	Carbet - Fonds St Denis - Morne Rouge - Morne Vert - Prêcheur - St Pierre - Grd Rivière Macouba - Basse Pointe - Ajoupa Bouillon - Lorrain	Carbet - Fonds St Denis - Morne Rouge - Morne Vert - Prêcheur - Saint Pierre	Morne Vert - Grd Rivière Macouba Basse Pointe - Ajoupa Bouillon - Lorrain	32	0
CROIX ROUGE	Fort de France - Schoelcher	Fort de France - Schoelcher	0	54	0
ASAMAD	Fort de France - Schoelcher Bellefontaine - Case Pilote	Fort de France - Schoelcher Bellefontaine - Case Pilote	0	55	16
OMASS	Lamentin - St Joseph - François Ducos	Lamentin - Saint Joseph	François - Ducos	39	0
ASADEC	Gros Morne - Marigot - Sainte Marie - Trinité - Robert	Gros Morne - Marigot - Sainte Marie - Trinité - Robert	0	32	0
ASAAD	François - Robert - Saint Esprit Ducos	François - Saint Esprit	Ducos- Robert	20	10
ADARPA- SAUPHANOR	Trois Ilets - Anse d'Arlets - Diamant - Rivière Salée - Ste Luce - Rivière Pilote - Marin - Sainte Anne - Vauclin Saint Esprit	Rivière Pilote - Marin - Sainte Anne - Vauclin	Trois-Ilets - Anses d'Arlets Diamant - Rivière-Salée - Sainte-Luce - Saint Esprit	39	0
ASSCAM	Trois Ilets - Anse d'Arlets - Diamant - Sainte Luce - Saint Esprit - Ducos	Sainte Luce	En cours de montée en charge	34	0
SSIAD CH ST ESPRIT	Trois Ilets - Anse d'Arlets - Diamant - Rivière Salée - Sainte Luce - Saint Esprit- Ducos	Rivière Salée - Saint Esprit Ducos	En cours de montée en charge	35	5
				370	51
				421	

2 - LES CHEVAUchemENTS

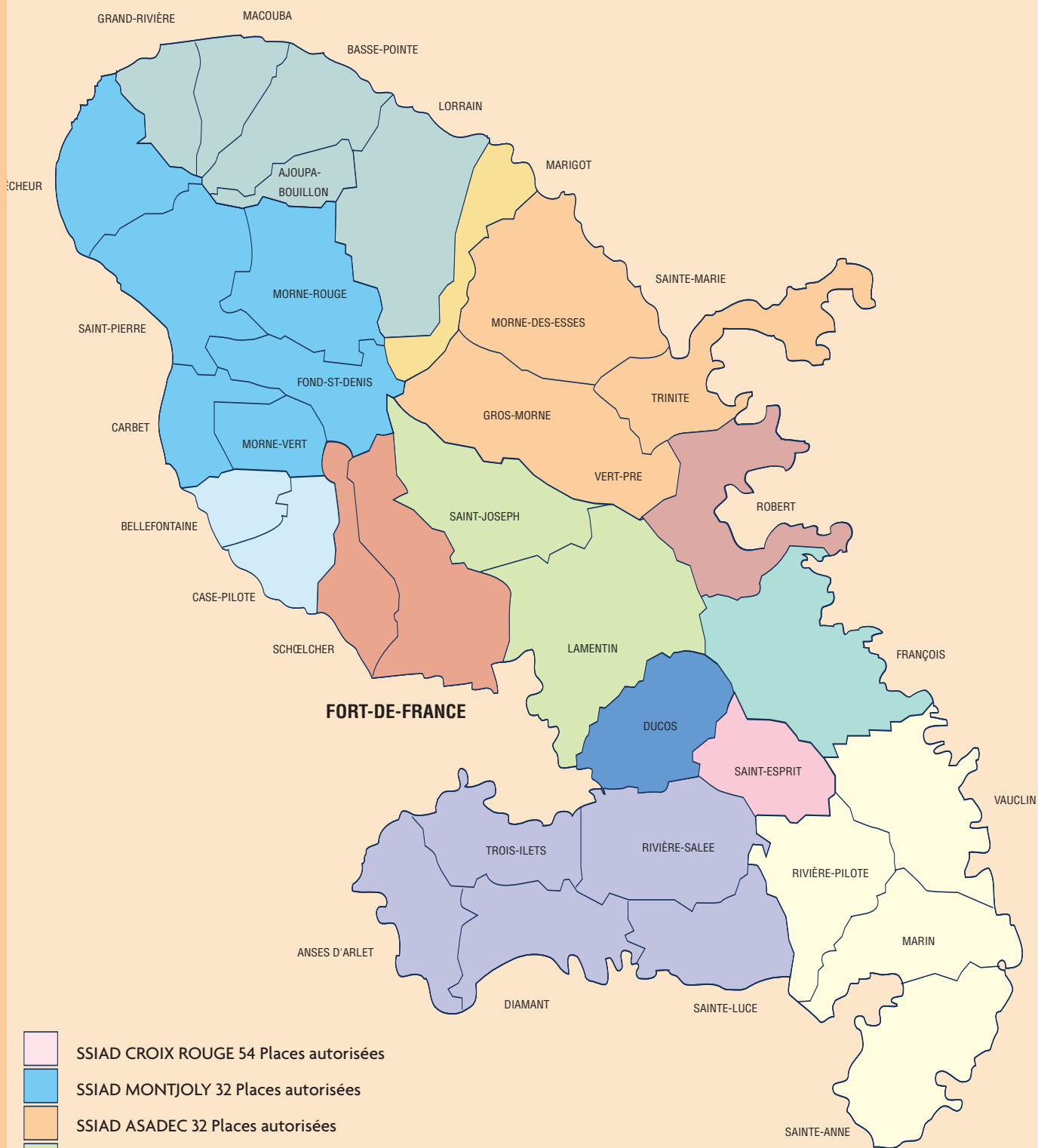
SSIAD	Zone d'intervention autorisée	SSIAD Chevauchés SSIAD	Communes
NORD			
ASADEC	Sainte Marie - Trinité - Gros Morne - Robert	ASAAD	Robert
APROQUAVIE	Grand Rivière - Macouba Basse Pointe - Ajoupa Bouillon Marigot - Lorrain	Mont-Joly	Tout le secteur de ce SSIAD
MONTJOLY	Prêcheur - Saint Pierre Fonds St Denis - Morne Rouge Carbet - Morne Vert - Grand Rivière - Macouba - Basse Pointe - Ajoupa Bouillon Marigot - Lorrain	APROQUAVIE	Grand Rivière - Macouba - Basse Pointe - Ajoupa Bouillon Marigot - Lorrain
CENTRE			
CROIX ROUGE	Fort de France - Schoelcher	ASAMAD	Fort de France - Schoelcher
ASAMAD	Fort de France - Schoelcher Bellefontaine - Case Pilote	CROIX ROUGE	Fort de France - Schoelcher
OMASS	Lamentin - Saint Joseph François - Ducos	ASSCAM CH ST ESPRIT ASAAD	Ducos Ducos Ducos - François
SUD			
ASAAD	François - Saint Esprit - Ducos Robert	OMASS ASADEC ASSCAM CH ST ESPRIT	François - Ducos Robert Ducos Ducos
ADARPA	Trois Ilets - Anse d'Arlet Diamant - Rivière Salée Sainte Luce - Saint Esprit Rivière Pilote - Marin Sainte Anne - Vauclin	ASSCAM CH ST ESPRIT	Trois Ilets - Anse d'Arlet Diamant - Rivière Salée Sainte Luce - Saint Esprit
ASSCAM	Trois Ilets - Anse d'Arlet Diamant - Rivière Salée Ste Luce - Saint Esprit Ducos	ADARPA OMASS	Trois Ilets - Anse d'Arlet Diamant - Rivière Salée Sainte Luce - Saint Esprit Ducos
CH ST ESPRIT	Trois Ilets - Anse d'Arlet Diamant - Rivière Salée Ste Luce - Saint Esprit Ducos	OMASS ADARPA	Trois Ilets - Anse d'Arlet Diamant - Rivière Salée Sainte Luce - Saint Esprit

Constat :

La Martinique compte 10 SSIAD répartis sur le territoire, totalisant 421 places dont 51 pour personnes handicapées.

Tous les SSIAD comprennent des secteurs qui se chevauchent et les communes les plus desservies par plusieurs structures sont DUCOS et ST-ESPRIT.

3. REPARTITION SSIAD EN MARTINIQUE - 2007



- SSIAD CROIX ROUGE 54 Places autorisées
- SSIAD MONTJOLY 32 Places autorisées
- SSIAD ASADEC 32 Places autorisées
- SSIAD OMASS 39 Places autorisées
- SSIAD SAUPHANOR 39 Places autorisées
- SSIAD ASAMAD 55 Places autorisées
- SSIAD A.PRO.QUA.VIE 30 Places autorisées
- SSIAD ASAAD 20 Places autorisées
- SSIAD ASSCAM 34 Places autorisées
- SSIAD CH St ESPRIT 35 Places autorisées

**TOTAL :
421 Places**

Réalisé par : José TIMON & William BODARD 13/09/2006

B - Les IDE libéraux

1- LES CHIFFRES

Type	IDE Libéraux
Nombre (Martinique) Total inscrits	670
Densité Martinique	154,25
Densité France entière	107

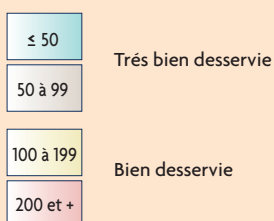
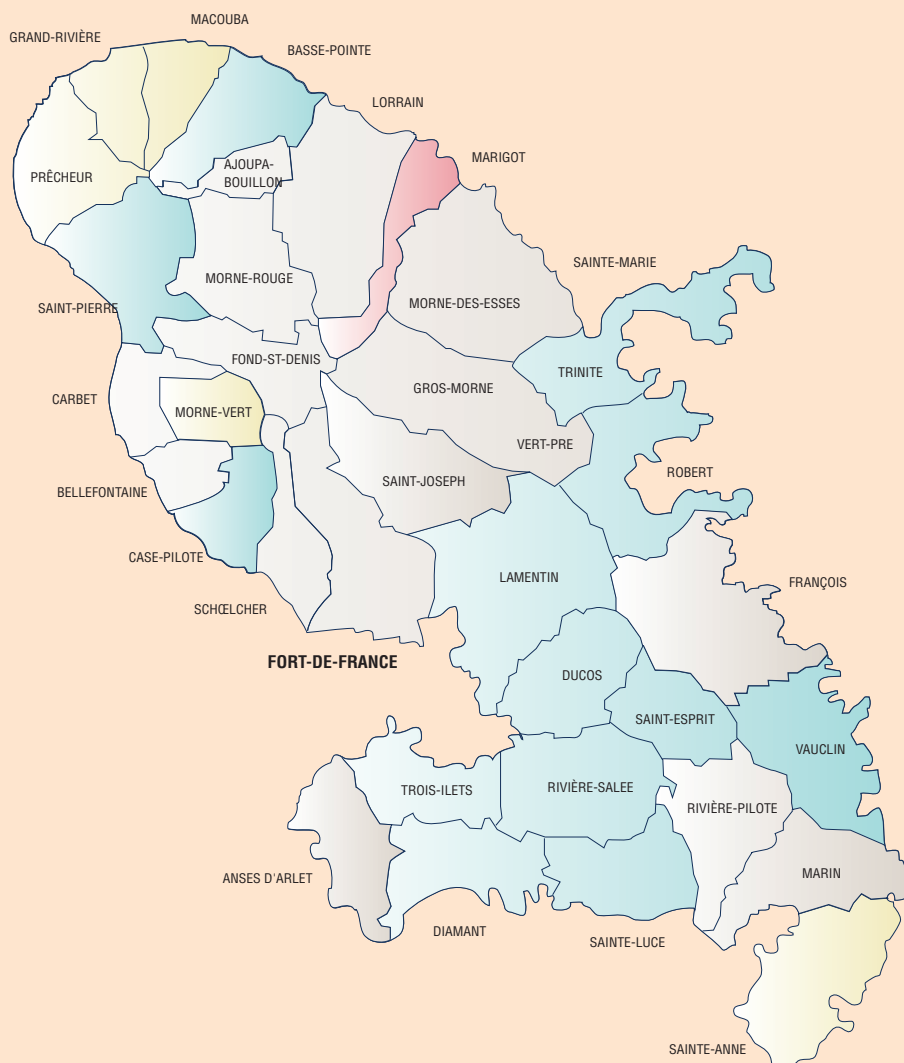
Les Infirmiers

La population des IDE libéraux est importante en Martinique environ 50 % de plus que la Métropole.

Une commune présente un déficit important en IDE libéraux par rapport à la moyenne locale (1 IDE/49 PA de 75 ans et +) et la moyenne nationale (1/107)

Pour une population totale de 26 357 personnes âgées de 75 ans et plus la moyenne locale d'IDE est de 1/48. Certaines communes sont dépourvues d'IDE : Marigot, Morne-Vert, Fonds-Saint-Denis.

2 - CARTE DE RÉPARTITION DES IDE LIBÉRAUX EN MARTINIQUE



N. B. : Densité d'IDE Libéraux : 1 IDE pour X personne âgées de + de 75 ans.

C - Les EHPAD et maisons de retraite

2 - CARTE DE RÉPARTITION

EHPAD - MAISONS DE RETRAITE - FOYERS LOGEMENTS



Total : 208 établissements
Nombre de lits total 11 433 places installées dont 3 HT

1- COMMENTAIRE

Les EHPAD et les Maisons de Retraite jouent un rôle indéniable dans la prise en charge des personnes âgées, notamment des personnes âgées dépendantes.

La place de ces structures dans le dispositif de prise en charge est en principe complémentaire à celle des SSIAD, tout comme les USLD et l'HAD

Ces structures à rôle sanitaire hébergent des personnes âgées dépendantes qui relèvent des EHPAD.

E - L'HAD

L'HAD, selon l'article R.6121-4 du code de Santé Publique, est une structure d'hospitalisation qui permet d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée, mais révisable en fonction de

Nouvelles structures autorisées :

L'Orchidée	:	34 places dont 2 Hébergement temporaire (HT) au Lamentin
CHI Lorrain Bse Pointe	:	40 places dont 6 HT et 2 Accueil de jour (AJ) à Basse Pointe,
SARL Case Pilote	:	90 places dont 4 HT et 6 AJ à Case Pilote,
Madikéra	:	30 places dont 6 HT et 12 AJ au Marin
ODELIA	:	96 places dont 6 HT et 10 AJ à Fort-de-France
ODELIA	:	96 places dont 6 HT et 10 AJ au Vauclin
SARL FLOREA	:	40 places dont 2 AJ au St-Esprit
SARL FLOREA	:	100 places dont 6 HT et 4 AJ
Fondation C E S	:	70 places dont 5 HT et 5 AJ
CH Colson	:	60 places

Extension en cours :

Les Filaos du Robert	:	+ 35 places
Prêcheur	:	+ 10 places

D - USLD

Les USLD accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polyopathie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et ne pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Ces situations cliniques requièrent un suivi rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum. Trois USLD publiques rattachées aux hôpitaux sont installées sur le Département :

- Ventura : 150 places ;
- Lamentin : 30 places;
- Trinité : 30 places.

l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ils se différencient par la complexité et la fréquence des actes.

Pour plus d'information sur l'HAD, nous vous renvoyons aux textes suivants :

- Circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile (délimite le champ interventionnel des deux structures)
- Circulaire DHOS n° 2004-44 du 4 février 2004 relative à l'HAD (définit la complémentarité des deux structures)
- Circulaire DHOS/03/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'HAD (mentionne la nécessité d'établir une convention entre SSIAD et HAD)

II - L'Analyse des données et propositions

A - L'analyse des données

Le recueil des données et leur analyse avait pour objectif de mieux connaître le fonctionnement des SSIAD afin d'en tirer des conclusions et mieux orienter nos choix.

L'analyse montre, malgré la non exhaustivité des données et les quelques différences dans le traitement des dossiers, que l'ensemble des SSIAD présente un fonctionnement assez similaire.

Le pourcentage des actes (AMI) réalisés s'élève à 30 % des actes réalisés. Chez les IDE libéraux les actes techniques sont bien supérieurs. Ils représentent 63 % du total des actes réalisés. **Chacune des entités joue donc bien son rôle.**

. La durée moyenne d'intervention des SSIAD se limite à 15 minutes environ pour les actes d'AMI. Elle est bien plus longue que celle constatée chez les IDE libéraux. Elle est de 36 minutes pour les AIS.

Le degré de dépendance des patients n'a pas permis de trouver une corrélation entre la lourdeur du patient et la durée de l'acte effectué.

On ne peut également dire, faute d'éléments, que les SSIAD recueillent d'avantage des malades lourds que les professionnels libéraux.

Les SSIAD ont peu de relations avec les IDE libéraux excepté pour deux structures.

• S'agissant du défaut de couverture de certaines communes, plusieurs raisons sont indiquées pour justifier ce fait :

- o Absence de demande manifestée,
- o Couverture par les libéraux du secteur,
- o Capacité insuffisante du SSIAD pour satisfaire les besoins,
- o Trajets trop longs,
- o Personnel insuffisant pour la couverture du secteur attribué.

• S'agissant des places réservées à la prise en charge des personnes handicapées, on peut affirmer que ces places sont faiblement utilisées.

Sur 51 places seules 11 places sont occupées.

SSIAD	Places autorisées	Personnes prises en charge
ASAMAD	16	7
APROQUAVIE	20	0
ASAAD	10	3
ST ESPRIT	5	1

Les raisons évoquées pour justifier ce faible taux sont :

. Méconnaissance des structures par les familles

. Prise en charge des personnes par les structures destinées aux handicapées

D'autres données n'ont pu être exploitées, telles le temps du parcours, l'effet de l'âge sur l'activité, le temps de travail des IDE libéraux qui permettrait

d'atténuer le nombre pléthorique d'IDE libéraux (mi-temps, quart de temps ...).

Les données insuffisantes ne nous ont pas permis de mesurer leur impact sur la nécessité de créer de nouveaux SSIAD sur la base de leur exploitation.

B - Les propositions

1- LA PROCÉDURE

Nous avons tenu compte, pour atteindre nos objectifs :

a - De l'avenant n° 1 à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux destiné à organiser les rapports entre les infirmiers (es) et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie.

Cet avenant fait jouer également le principe de régulation pour les SSIAD. Il est alors indiqué que :

*« Dans le cas où aurait lieu dans une zone « sur dotée », la création ou l'extension d'un SSIAD existant, se traduisant par l'ouverture effective ou l'autorisation de places de SSIAD, le dispositif de régulation des IDE libéraux ne s'appliquerait pas dans la zone concernée, sauf si cette création ou extension répond à un besoin que l'offre de soins existante n'est pas en mesure de prendre en charge »
Un point du dispositif stipule que : « dans les zones « sur dotées », l'accès au conventionnement ne peut intervenir que si une infirmière cesse son activité définitivement dans la zone considérée et qu'une autre infirmière demande un conventionnement sur la zone considérée, compte tenu de ce départ »*

Ce nouveau dispositif met en lien les deux types d'activité. Ainsi, pour ne pas abonder de manière inconsidérée l'offre de soins infirmier il est opportun de limiter, voire de geler la création de nouveaux SSIAD. En effet la Martinique est déjà une zone très sur dotée en IDE libéraux.

De ce fait la création ou l'extension de SSIAD ne devrait être envisagée, sauf s'ils répondent à un besoin non satisfait par l'offre de soins existante. Cependant pour satisfaire le besoin constaté, il serait opportun qu'une concertation s'engage avec la commission paritaire régionale des infirmiers, afin de convenir d'une régulation démographique partagée.

- b - Du taux national actuel d'équipement qui est de 18,5 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus,
- c - D'une projection sur 2010 du recensement INSEE de la population de 1999 par tranche d'âge,
- d - De la « sur dotation » en IDE libéraux sur le Département,
- e- Des autorisations actuelles des structures,
- f - Des besoins des secteurs redécoupés (voir tableau page suivante),
- g - De la problématique de la prise en charge des personnes handicapées.

2 - LES BESOINS EN PLACE PAR ZONE GERONTOLOGIQUE

Les besoins ont été définis selon la procédure décrite précédemment : population tirée du recensement de 1999 et projetée sur 2010, taux d'équipement de 18,5 personnes âgées de 75 ans et plus.

TAUX 18,5 (SANS PH)

Sud Caraïbe		69	Sud Atlantique		59
	Personnes âgées + de 75 ans	Besoin		Personnes âgées + de 75 ans	Besoin
Ducos	670	12,38	François	1124	20,79
Saint-Esprit	648	11,98	Vauclin	693	12,81
Rivière-Salée	599	11,08	Rivière Pilote	934	17,26
Trois-Ilets	306	5,67	Marin	541	10,01
Anse d'Arlet	293	5,41	Saint Anne	303	5,60
Diamant	270	5,00			
Sainte Luce	431	7,98			
Besoin	3 217	60	Besoin	3 595	66
Place à réduire		- 9	Place à créer		+ 7
Place à créer		+ 59	Place à créer		+51
	Personnes âgées + de 75 ans	Besoin		Personnes âgées + de 75 ans	Besoin
Grand Rivière	100	1,85	Prêcheur	231	4,27
Macouba	124	2,29	Saint-Pierre	498	9,20
Basse-Pointe	381	7,05	Carbet	300	5,55
Lorrain	761	14,08	Morne Rouge	480	8,88
Ajoupa-Bouillon	146	2,71	Morne Vert	168	3,10
Marigot	325	6,01	Fond Saint Denis	95	1,76
			Case Pilote	173	3,19
			Bellefontaine	104	2,00
Besoin	1 837	34	Besoin	2 049	38
Place à créer		+ 4	Place à créer		+ 6
Centre Agglomération		148	Centre Atlantique		32
	Personnes âgées + de 75 ans	Besoin		Personnes âgées + de 75 ans	Besoin
Fort de France	7146	132,21	Gros Morne	946	17,51
Schoelcher	1361	25,18	Sainte Marie	1419	26,25
Lamentin	1 739	32,17	Trinité	791	14,64
Saint-Joseph	938	17,34	Robert	1 320	24,42
Besoin	11 184	207	Besoin	4 476	83
Place à créer		+ 59	Place à créer		+ 51

Nous avons constaté que :

Pour le Nord Atlantique

2 SSIAD couvrent la zone (Mont Joly et l'APROQUAVIE)

- Le secteur a besoin de 4 places supplémentaires
- Le SSIAD Mont Joly ne prenait pas en charge les patients de cette zone.

Pour le Centre Agglomération

3 SSIAD se répartissent la zone (Croix-Rouge, l'ASAMAD, OMASS)

- Le secteur a besoin de 59 places supplémentaires.

Pour le Sud Caraïbe

3 SSIAD se partagent la zone (Sauphanor- ADARPA, ASSCAM, St-Esprit)

- Le secteur est surdoté de 9 places.

Il faut par ailleurs noter que des communes sont couvertes par plusieurs SSIAD, comme le montre le tableau suivant :

de l'éloignement et la difficulté d'accès. Une collaboration entre les SSIAD concernés devra se mettre en place afin qu'ils s'approprient le patient, en fonction de son lieu de domicile.

Ainsi, 9 secteurs SSIAD sont retenus et une redéfinition des autorisations éventuelles est à revoir

• Sur la zone gérontologique Nord Atlantique :

- 1°- Cette zone se confond avec le secteur du SSIAD en charge de ce territoire, en l'occurrence l'APROQUAVIE (1 zone, 1 secteur, 1 SSIAD)
- 2°- Le secteur du SSIAD Mont-Joly doit être révisé en conséquence et les communes couvertes par l'APROQUAVIE sont à soustraire du champ d'intervention de Mont joly ;
- 3°- Compte tenu de l'inoccupation des places pour handicapés de l'APROQUAVIE et le besoin

Robert	Communes du nord	F-d-f - Schoelcher	Francois	Ducos	Saint Esprit
ASADEC	Mont Joly	CROIX ROUGE	ASAAD	ASAAD	ASAAD
ASAAD	APROQUAVIE	ASAMAD	OMASS	OMASS	ADARPA
				ASSCAM	ASSCAM
				CH ST ESPRIT	CH ST ESPRIT

3 - Proposition de redécoupage

Compte tenu de notre objectif principal à savoir proposer un schéma harmonieux comprenant le moins de chevauchements possibles, nous proposons une mise en adéquation en fonction de l'existant.

Toutefois, trois communes (Robert, Ducos, Rivière-Pilote) relèvent chacune de deux secteurs. Il s'agit plus particulièrement d'un partage de communes entre deux SSIAD du fait

supplémentaire constaté au niveau des places pour personnes âgées (+ 7), une transformation des places existantes pour personnes handicapées peut être envisagée au niveau de l'APROQUAVIE.

• Sur la zone gérontologique Nord Caraïbe : (hors Case-Pilote et Bellefontaine)

- 1°- Pas de changement sur cette zone. Il est couvert par le SSIAD Mont-Joly et le SSIAD ASAMAD pour les communes case Pilote et Bellefontaine (1 zone, 2 secteurs, 2 SSIAD)

• Sur la zone gérontologique Centre Agglomération :

1°- Maintien de deux secteurs SSIAD sur cette zone :

1er Secteur : « Centre Agglomération et Nord Caraïbe », composé de Fort-de-France, Schoelcher plus deux communes du Nord Caraïbe « case Pilote et de Bellefontaine ». Deux SSIAD couvrent ce secteur Croix-Rouge, et ASAMAD

2ème secteur : « Centre agglomération », comprenant Lamentin et Saint-Joseph. Ce secteur est pris en charge par l'OMASS (2 zones, 3 secteurs, 3 SSIAD)

2°- Création d'un SSIAD ou extension progressive d'une capacité de 54 places pour répondre aux besoins futurs sur le premier secteur et extension progressive d'une capacité de 11 places sur le deuxième secteur.

• Sur la zone gérontologique Centre Atlantique :

1°- Maintien sur la zone de l'intervention des 2 SSIAD actuels (ASADEC et ASAAD)

La commune du Robert sera partagée dans les faits en deux zones. La zone proche de Trinité sera prise en charge par l'ASADEC et l'autre par l'ASAAD du François. (1 zone, 1 secteur, 2 SSIAD)

2°- Création d'un SSIAD ou extension progressive de la capacité des SSIAD du secteur pour répondre aux besoins futurs (+ 39 places)

• Sur la zone gérontologique Sud Atlantique (hors François) :

1°- Maintien sur la zone de l'intervention des 2 SSIAD actuels en gardant leur champ d'intervention (ASAAD et Sauphanor-ADARPA).

2°- Intervention du SSIAD

ASSCAM sur la zone, prenant en charge partiellement la commune de Rivière - Pilote.

Cette commune sera partagée dans les faits en deux zones. La zone proche de Sainte Luce sera prise en charge par le SSIAD ASSCAM de Sainte Luce et l'autre par le SSIAD Sauphanor-ADARPA (1 zone, 2 secteurs, 3 SSIAD).

• Sur la zone gérontologique Sud Caraïbe :

1° - Retrait de cette zone du SSIAD OMASS, dont le champ d'intervention s'étale sur la commune de Ducos, mais qui dans les faits n'intervient pas sur cette commune.

2°- Division de la zone en deux secteurs :













. « Sud Caraïbe 1 », intégrant les communes des Trois Ilets, de Rivière Salée, du Saint Esprit, et de Ducos. Ce secteur sera couvert par le SSIAD du Saint-Esprit. Pour Ducos, il s'agit d'un partage de commune avec l'ASAAD, avec la prise en charge des patients se trouvant sur le versant proche du St Esprit.

. « Sud Caraïbe 2 » comprenant les communes des Anses d'Arlet, du Diamant, de Sainte Luce et partiellement la commune de Rivière Pilote qui se trouve sur la zone du Sud Atlantique (1 zone, 2 secteurs, 3 SSIAD)

Maintien du secteur tri-zones s'étalant sur le Centre Atlantique, le Sud Atlantique et le Sud Caraïbe : (CASASC) contenant les communes du François, Robert et Ducos (la commune du Saint-Esprit est retirée de ce secteur). Il est couvert par le SSIAD ASAAD avec intervention partielle sur Robert et Ducos.

3 - REPARTITION DES SSIAD EN MARTINIQUE



- | | | | |
|---|--|---|--|
|  | Nord Atlantique - APROQUAVIE |  | Sud Caraïbe 1- St-Esprit/ Secteur Tri zones- ASAAD |
|  | Nord Caraïbes Nord - MONT-JOLY |  | Secteur Tri zones - ASAAD |
|  | Centre Agglomération et Nord Caraïbe - ASAMAD et Croix Rouge |  | Sud Caraïbe 1 - SAINT-ESPRIT |
|  | Centre Nord Atlantique - ASADEC |  | Sud Caraïbe 2 - ASSCAM |
|  | Centre Agglomération - OMAS |  | Sud Atlantique - SAUPHANOR (ADARPA) |
|  | Centre Atlantique - ASADEC / Sud Atlantique SAUPHANOR (ADARPA) |  | Sud Caraïbe 2 - ASSCAM / Sud Atlantique |

4 - CARTE DES PROPOSITIONS DE REDÉCOUPAGE

TAUX 18,5 (SANS PH)

Nord Atlantique		30	Nord Caraïbe		32
	Personnes âgées + de + 75 ans	Besoin		Personnes âgées + de 75 ans	Besoin
Grand Rivière	100	1,85	Prêcheur	231	4,27
Macouba	124	2,29	Saint-Pierre	498	9,20
Basse-Pointe	381	7,05	Carbet	300	5,55
Lorrain	761	14,08	Morne Rouge	480	8,88
Ajoupa-Bouillon	146	2,71	Morne Vert	168	3,10
Marigot	325	6,01	Fond Saint Denis	95	1,76
Besoin	1 837	34	Besoin	1 771	33
Place à créer		+ 4	Place à créer		+ 1

Centre Agglomération et Nord Caraïbes/		109	Centre Atlantique		32
	Personnes âgées + de + 75 ans	Besoin		Personnes âgées + de 75 ans	Besoin
			Gros Morne	946	17,51
Fort de France	7146	132,21	Robert (1/2)	660	12,21
Schoelcher	1361	25,18	Sainte Marie	1419	26,25
Case Pilote	173	3,19	Trinité	791	14,64
Bellefontaine	104	2,00			
Besoin	8 784	163	Besoin	3 816	71
Place à créer		+54	Place à créer		+39

Centre Agglomération		39	Secteur tri zones (CASASC)		20
	Personnes âgées + de + 75 ans	Besoin		Personnes âgées + de 75 ans	Besoin
Lamentin	1739	32,17	Ducos (1 /2)	335	6,19
Saint Joseph	938	17,34	François	1124	20,79
			Robert (1/2)	660	12,21
Besoin	2676	50	Besoin	2 119	39
Place à créer		+ 11	Place à créer		+ 19

Sud Caraïbe 1		35	Sud Atlantique (hors François)		39
	Personnes âgées de + 75 ans	Besoin		Personnes âgées + de 75 ans	Besoin
Trois-Ilets	306	5,67	Marin	541	10,01
Rivière-Salée	599	11,08	Rivière Pilote (1/2)	467	8,63
Saint-Esprit	648	11,98	Sainte Anne	303	5,60
Ducos (1/2)	335	6,19	Vauclin	693	12,81
Besoin	1 888	35	Besoin	2 003	37
Place à créer		0	Place à créer		+ 2

Sud Caraïbe 2		34
	Personnes âgées + de + 75 ans	Besoin
Anse d'Arlet	293	5,41
Diamant	270	5,00
Sainte Luce	431	7,98
Rivière Pilote (1/2)	467	8,63
Besoin	1 461	27
Place à créer		- 7

sur le Département le besoin total en place est de 123

Conclusion "Schéma SSIAD"

La problématique de la prise en charge des personnes âgées est une préoccupation légitime des pouvoirs publics compte tenu du vieillissement actif de la population. La volonté des personnes âgées de demeurer le plus longtemps possible à leur domicile, incite les autorités à proposer des alternatives à l'hébergement.

Dispositif de prise en charge des personnes âgées.

Il convient certes, de favoriser le développement de ce type de structures qui constituent un élément essentiel pour la prise en charge globale, diversifiée et de qualité, mais aussi de garantir une couverture géographique équilibrée pour répondre au mieux aux aspirations de proximité.

C'est dans cet optique, qu'à été mis en place le groupe de travail multi partenarial, composé de représentant administratif et médicaux de la DSDS, la CGSS, la DRSM, le CG et les SSIAD.

Le constat, notamment le chevauchement et le contexte règlementaire, nous ont amené à préconiser un redécoupage des secteurs d'intervention des SSIAD, en faisant ressortir, d'une part les communes devant accueillir plusieurs SSIAD (deux au maximum avec une entente sur la couverture géographique de la commune concernée) et d'autre part les zones insuffisamment prise en charge.

Il devient alors nécessaire de satisfaire les besoins, par d'éventuelle création ou extension de services.

Cependant, il n'en demeure pas moins vrai que l'**avenant n°1** à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux destiné à organiser les rapports entre les infirmiers (es) et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie constitue une contrainte s'agissant des zones « sur dotées » en IDE libéraux :

« Toute nouvelle installation de places de SSIAD mettrait en cause le dispositif de la régulation prévu dans l'avenant précité ».

Pour éviter ou limiter un tel effet, il serait opportun et souhaitable qu'une démarche de concertation s'établisse entre les instances représentatives des professionnels libéraux et les instances décisionnelles, en vue d'aboutir à un consensus visant à un meilleur maillage géographique et un niveau de couverture partagé.

Il faut noter en dernier lieu, que les travaux engagés par les groupes de réflexion, ne s'arrêtent pas à la production de ce rapport, mais se poursuivront, notamment sur le plan de la convergence tarifaire.

Annexes

PROJECTION 2010

COMMUNES	Population 1999		84 à 94 ans	95 ans et +	Total 75 ans et +	TOTAL	Population 2010				Total 75 ans et +	TOTAL	
	60 à 70 ans	75 à 84 ans					20%	25%	25%	25%			5%
	60 à 70 ans	75 à 84 ans					60 à 70 ans	75	84	95			
Ajoupa Bouillon	227,00	75,00	39,00	3,00	117,00	1 761,00	272,40	93,75	48,75	3,75	146	1 849,05	
Anse d'arlets	387,00	171,00	54,00	9,00	234,00	3 463,00	464,40	213,75	67,50	11,25	293	3 636,15	
Basse Pointe	569,00	215,00	82,00	8,00	305,00	4 184,00	682,80	268,75	102,50	10,00	381	4 393,20	
Bellefontaine	189,00	64,00	16,00	3,00	83,00	1 521,00	226,80	80,00	20,00	3,75	104	1 597,05	
Carbet	464,00	166,00	66,00	8,00	240,00	3 315,00	556,80	207,50	82,50	10,00	300	3 480,75	
Case Pilote	350,00	104,00	29,00	5,00	138,00	4 046,00	420,00	130,00	36,25	6,25	173	4 248,30	
Diamant	393,00	154,00	58,00	4,00	216,00	3 959,00	471,60	192,50	72,50	5,00	270	4 156,95	
Ducos	1 387,00	399,00	121,00	15,00	535,00	15 233,00	1 664,40	498,75	151,25	18,75	669	15 994,65	
Fds Saint Denis	126,00	51,00	24,00	1,00	76,00	945,00	151,20	63,75	30,00	1,25	95	992,25	
Fort de France	10 888,00	4 141,00	1 427,00	149,00	5 717,00	94 152,00	13 065,60	5 176,25	1 783,75	186,25	7146	98 859,60	
François	2 105,00	640,00	228,00	31,00	899,00	18 533,00	2 526,00	800,00	285,00	38,75	1124	19 459,65	
Grand Rivière	183,00	60,00	18,00	2,00	80,00	880,00	219,60	75,00	22,50	2,50	100	924,00	
Gros Morne	1 303,00	525,00	207,00	25,00	757,00	10 633,00	1 563,60	656,25	258,75	31,25	946	11 164,65	
Lamentin	3 478,00	937,00	399,00	55,00	1 391,00	35 488,00	4 173,60	1 171,25	498,75	68,75	1739	37 262,40	
Lorrain	1 119,00	464,00	128,00	17,00	609,00	8 234,00	1 342,80	580,00	160,00	21,25	761	8 645,70	
Macouba	193,00	66,00	26,00	7,00	99,00	1 389,00	231,60	82,50	32,50	8,75	124	1 458,45	
Marigot	481,00	205,00	53,00	2,00	260,00	3 655,00	577,20	256,25	66,25	2,50	325	3 837,75	
Marin	841,00	306,00	116,00	11,00	433,00	7 269,00	1 009,20	382,50	145,00	13,75	541	7 632,45	
Morne Rouge	638,00	274,00	95,00	15,00	384,00	5 392,00	765,60	342,50	118,75	18,75	480	5 661,60	
Morne Vert	233,00	97,00	32,00	5,00	134,00	1 934,00	279,60	121,25	40,00	6,25	168	2 030,70	
Prêcheur	238,00	131,00	49,00	5,00	185,00	1 844,00	285,60	163,75	61,25	6,25	231	1 936,20	
Rivière Pilote	1 478,00	540,00	183,00	24,00	747,00	13 019,00	1 773,60	675,00	228,75	30,00	934	13 669,95	
Rivière Salée	1 048,00	326,00	135,00	18,00	479,00	12 274,00	1 257,60	407,50	168,75	22,50	599	12 887,70	
Robert	2 000,00	767,00	259,00	30,00	1 056,00	21 174,00	2 400,00	958,75	323,75	37,50	1320	22 232,70	
Saint esprit	1 036,00	378,00	123,00	17,00	518,00	8 200,00	1 243,20	472,50	153,75	21,25	648	8 610,00	
Saint Joseph	1 552,00	545,00	180,00	25,00	750,00	15 759,00	1 862,40	681,25	225,00	31,25	938	16 546,95	
Saint Pierre	696,00	307,00	82,00	9,00	398,00	4 439,00	835,20	383,75	102,50	11,25	498	4 660,95	
Sainte Anne	442,00	174,00	63,00	5,00	242,00	4 152,00	530,40	217,50	78,75	6,25	303	4 359,60	
Sainte Luce	784,00	246,00	88,00	11,00	345,00	7 724,00	940,80	307,50	110,00	13,75	431	8 110,20	
Sainte Marie	2 384,00	815,00	291,00	29,00	1 135,00	20 087,00	2 860,80	1 018,75	363,75	36,25	1419	21 091,35	
Schoelcher	2 105,00	768,00	285,00	36,00	1 089,00	20 839,00	2 526,00	960,00	356,25	45,00	1361	21 880,95	
Trinité	1 355,00	461,00	145,00	27,00	633,00	12 883,00	1 626,00	576,25	181,25	33,75	791	13 527,15	
Trois Ilets	518,00	178,00	57,00	10,00	245,00	5 150,00	621,60	222,50	71,25	12,50	306	5 407,50	
Vauclin	1 016,00	406,00	136,00	12,00	554,00	7 795,00	1 219,20	507,50	170,00	15,00	693	8 184,75	
MARTINIQUE	42 206,00	15 156,00	5 294,00	633,00	21 083,00	381 325,00	50 647,20	18 945,00	6 617,50	791,25	26 354	400 391,25	

SITUATION DES IDE

Communes	Nbre d'IDE Libéraux 2006	Nbre d'IDE Libéraux 2007	Evolution	population de + de 75 ans	Valeur/Densité par rapport à 2007
BASSE POINTE	13	14	1	381	27,21
BELLEFONTAINE	0	2	2	104	52,00
CASE PILOTE	7	6	-1	173	28,83
DUCOS	29	29	0	669	23,07
FOND SAINT-DENIS	0	0	0	95	-
FORT-DE-FRANCE	166	143	-23	7146	49,97
GRAND RIVIERE	1	1	0	100	100,00
GROS MORNE	19	18	-1	946	52,56
AJOUPA BOUILLON	3	2	-1	146	73,00
LE CARBET	6	4	-2	300	75,00
LE DIAMANT	10	9	-1	270	30,00
LE FRANCOIS	23	21	-2	1124	53,52
LE LAMENTIN	42	38	-4	1739	45,76
LE LORRAIN	11	11	0	761	69,18
LE MARIGOT	4	1	-3	325	325,00
LE MARIN	39	10	-29	541	54,10
LE MORNE ROUGE	3	7	4	480	68,57
LE PRECHEUR	1	2	1	231	115,50
LE ROBERT	47	38	-9	1320	34,74
LE VAUCLIN	21	20	-1	693	34,65
LES ANSES D ARLETS	5	5	0	293	58,60
LES TROIS ILETS	10	9	-1	306	34,00
MACOUBA	0	0	0	124	-
MORNE-VERT	0	0	0	168	-
RIVIERE PILOTE	21	18	-3	934	51,89
RIVIERE SALEE	24	17	-7	599	35,24
SAINT ESPRIT	15	15	0	648	43,20
SAINT JOSEPH	14	11	-3	938	85,27
SAINT PIERRE	6	10	4	498	49,80
SAINTE ANNE	3	3	0	303	101,00
SAINTE LUCE	23	22	-1	431	19,59
SAINTE MARIE	24	19	-5	1419	74,68
SCHOELCHER	18	20	2	1361	68,05
TRINITE	23	19	-4	791	41,63
TOTAL	631	544	-87	26 357	48,45

N. B. : concerne ceux qui ont fait des soins.

Glossaire

CG	: Conseil Général
CGSS	: Caisse Générale de Sécurité Sociale
CROSMS	: Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale
DRESM	: Direction Régional de l'Echelon du Service Médical
DSDS	: Direction de la Santé et du Développement Sociale
EHPAD	: Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
HAD	: Hospitalisation A Domicile
IDE	: Infirmier Diplômé d'Etat
SSIAD	: Service de Soins Infirmiers A Domicile
USLD	: Unité de Soins Longue Durée
AIS	: Acte de Soins Infirmier
AMI	: Acte Médico-Infirmier
HT	: Hébergement Temporaire
AJ	: Accueil de Jour

6 - Annexes

6.1 LE RÉSULTAT DE LA CONSULTATION DES USAGERS

6.1.1. QUESTIONNAIRES AUPRES DES PERSONNES ÂGÉES VIVANT À DOMICILE

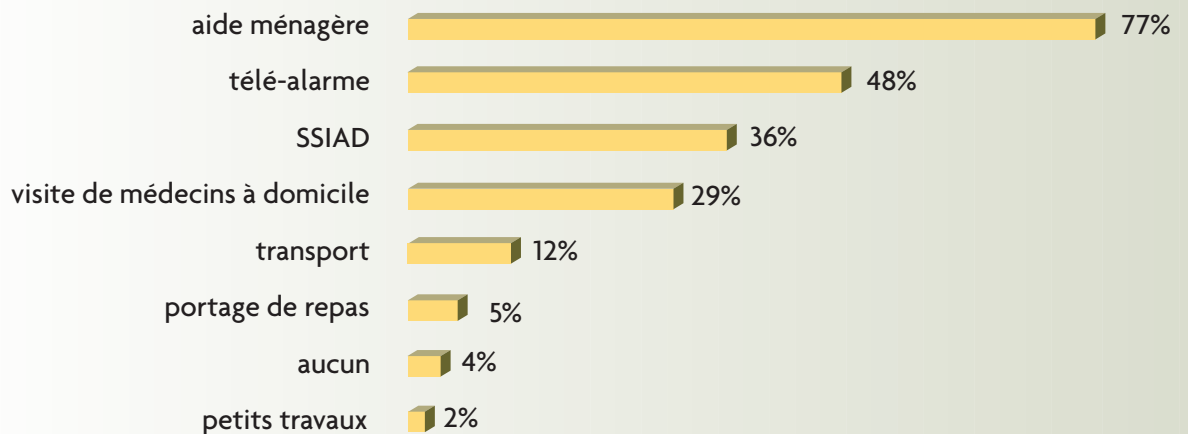
Une enquête a été menée durant le premier trimestre 2008 auprès des personnes âgées vivant à domicile sur tout le territoire martiniquais. Les 461 réponses donnent un éclairage intéressant sur les conditions de vie, mais aussi sur la perception qu'ont nos aînés des dispositifs d'accompagnement ou encore des établissements pour personnes âgées.

Il apparaît que les solidarités familiales restent fortes : une personne âgée sur

trois vit avec ou à proximité de ses enfants. De plus, les répondants sont dans leur grande majorité propriétaires de leur logement.

La plupart des répondants disent utiliser des services à domicile. Ainsi, les trois-quarts des répondants ont recours à de l'aide ménagère ; la moitié, à de la téléalarme ; un répondant sur trois est pris en charge par un service de soins infirmiers à domicile. 60% des personnes sont bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie.

PART DES RÉPONDANTS AYANT RECOURS À DES SERVICES



Interrogées sur les services à domicile auxquels elles souhaiteraient recourir, les personnes âgées citent en premier lieu les visites de médecins à domicile (20% des répondants). Celles-ci couvrent actuellement 30% des personnes des répondants. En second lieu, 18% des répondants se disent intéressées par des services de petits travaux, qui ne concernent aujourd'hui qu'une faible part des répondants (2%). Sont mentionnés par 14% des répondants les services de transport (auxquels 12% ont recours actuellement). Notons qu'une personne âgée sur 10 déclare ne pas souhaiter avoir recours à un service à domicile supplémentaire.

Les cas où les personnes n'ont pas recours à un service à domicile dont elles auraient pourtant besoin s'expliquent en majorité par un manque d'information à propos de l'offre existante, ainsi que par un coût trop élevé.

Les personnes âgées souhaitent généralement être mieux informées sur les dispositifs qui sont mis en place à leur attention. On notera par ailleurs qu'une faible part des répondants dit connaître les Centres locaux d'information et de coordination ou le réseau gérontologique de Martinique. Les personnes répondantes expriment un fort taux de satisfaction pour les services à domicile, en particulier pour les SSIAD : 93% jugent leur prise en charge bonne ou très bonne. Les associations d'aide à domicile recueillent pour leur part 76% d'avis favorable ou très favorable, de même que le dispositif APA.

Le questionnaire abordait également la question des aides accordées pour aider au maintien au domicile. Il apparaît qu'un quart des répondants a déjà procédé à des aménagements du logement pour atténuer les conséquences du vieillissement, essentiellement pour les installations sanitaires. Le principal obstacle à la réalisation de projets d'aménagements est d'ordre financier.

Par ailleurs, il était demandé aux personnes âgées quels seraient, à leur avis, les services qui leur manqueraient pour continuer à vivre à domicile. Pour 20% d'entre elles, il s'agit du manque d'associations de loisirs dédiées aux personnes âgées, et les moyens de transports. La plupart des répondants souhaitent rester à leur domicile le plus longtemps possible, plutôt que d'intégrer prochainement un autre type d'hébergement (foyer logement, famille d'accueil).

Un autre volet du questionnaire abordait la question des établissements pour personnes âgées. Au niveau de la perception de ces établissements, il ressort des réponses obtenues que ceux-ci bénéficient d'une image positive tant au niveau de l'accueil (66% d'opinion favorable) qu'au niveau de la qualité de la prise en charge (80%).

A l'heure actuelle, seuls 3% des répondants sont inscrits sur liste d'attente pour une maison de retraite.

Un quart des répondants envisage d'entrer un jour en maison de retraite dont seulement 12% de plus de 85 ans.

A noter que la part des personnes envisageant d'aller en maison de retraite diminue avec l'âge. L'entrée en établissement serait à leur sens motivée essentiellement par des raisons de santé (64%), plus que par un désir de sécurité (20%) ou de peur de la solitude (10%). Le choix d'établissement serait toutefois orienté par des critères de prix, de proximité, et de qualité des soins - le prix étant prépondérant dans le choix du type d'établissement.

En ce qui concerne les modes d'hébergement alternatif, il apparaît qu'une personne âgée sur dix connaît les formules d'accueil temporaire, de jour et de nuit. Parmi elles, environ une sur quatre se dit intéressée.

6.1.2 QUESTIONNAIRES AUPRES DES PERSONNES ÂGÉES VIVANT EN ÉTABLISSEMENT

Un deuxième questionnaire a été adressé aux personnes âgées vivant actuellement dans un établissement d'accueil en Martinique, et a reçu 711 réponses. En moyenne, 30% ont pu être renseignés par la personne elle-même, le reste ayant été instruit par un membre de la famille ou de l'établissement.

Au niveau du profil de ces personnes, il apparaît que la quasi-totalité est originaire de Martinique. Si les hommes et les femmes sont également représentés parmi les répondants, les hommes sont généralement plus jeunes : 46% ont moins de 75 ans, contre 33% de femmes.

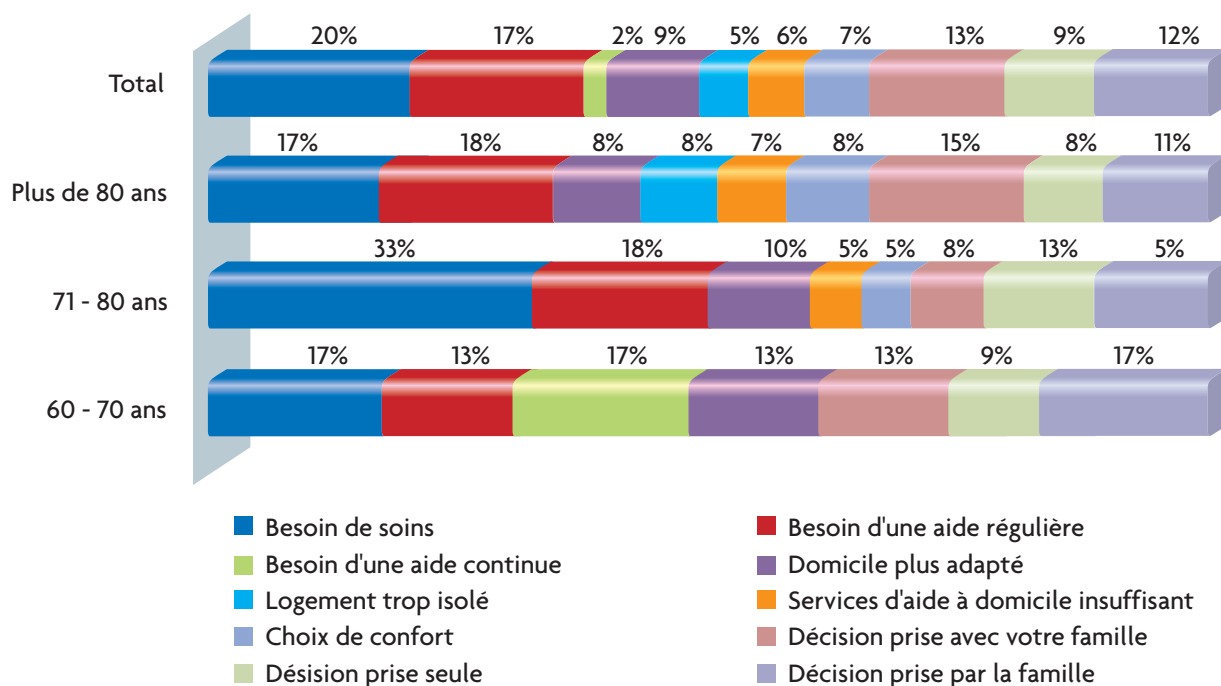
Une partie du questionnaire abordait les modalités de choix de l'établissement.

Dans 38% des cas, c'est la famille qui a retenu l'établissement. Viennent ensuite la recommandation par des proches, la compétence de l'équipe de l'établissement et le confort de celui-ci, puis la proximité de la famille. S'agissant du personnel, les critères prioritaires ont trait à la disponibilité et au respect de l'intimité par ce-dernier.

Il ressort que les deux tiers des résidents ont visité l'établissement avant leur admission. Ces visites de pré-admission sont plus fréquentes chez les femmes (56%) que chez les hommes.

S'agissant du motif de l'entrée en établissement (voir infra), les répondants mentionnent principalement un besoin de soins, d'aide continue ou d'aide régulière. Seulement une entrée sur dix est liée à l'inadaptation du domicile.

MOTIFS DE L'ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT



Une seconde partie du questionnaire concernait les conditions de vie au sein de l'établissement. Les réponses font apparaître une appréciation positive des prestations offertes. En effet, près de 9 résidents sur 10 se disent satisfaits ou très satisfaits de la qualité de l'hôtellerie et des services proposés par l'établissement. Environ 70% se disent satisfaits ou très satisfaits de l'organisation des repas et de l'animation.

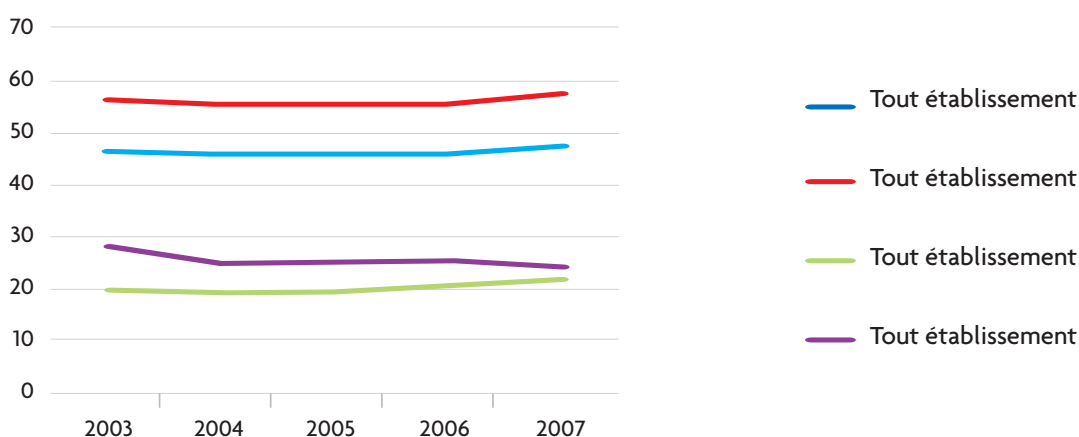
6.1.3 QUESTIONNAIRES AUPRÈS DES ÉTABLISSEMENTS D'ACCUEIL POUR PERSONNES ÂGÉES

En parallèle à la consultation directe des usagers, le Conseil général de la Martinique a souhaité consulter les responsables d'établissement, pour mieux connaître le profil de leurs résidents et de leurs personnels, et leurs attentes vis-à-vis du schéma gérontologique. Aussi un questionnaire a-t-il été adressé à tous

les établissements martiniquais. Il a reçu 17 réponses, se décomposant en 12 EHPAD, 3 unités de soins de longue durée et 2 logements-foyer. En outre, les établissements publics représentent les deux-tiers des répondants. La quasi-totalité des EHPAD répondants sont habilités à l'aide sociale.

Au niveau de la fréquentation des établissements (voir infra), on note que la population accueillie connaît une évolution contrastée en fonction du type d'établissement considéré. Ainsi les USLD ont vu le nombre de personnes accueillies diminuer de 13%, alors que dans le même temps ce nombre augmentait de 12% en foyer logement et connaissait une légère augmentation (3%) en EHPAD. Notons par ailleurs qu'en moyenne, un établissement sur trois a un taux d'occupation inférieur à 90%. Les EHPAD sont la catégorie d'établissements dont le taux d'occupation est le plus élevé.

EVOLUTION DU NOMBRE MOYEN DE RÉSIDENTS PAR ETABLISSEMENT



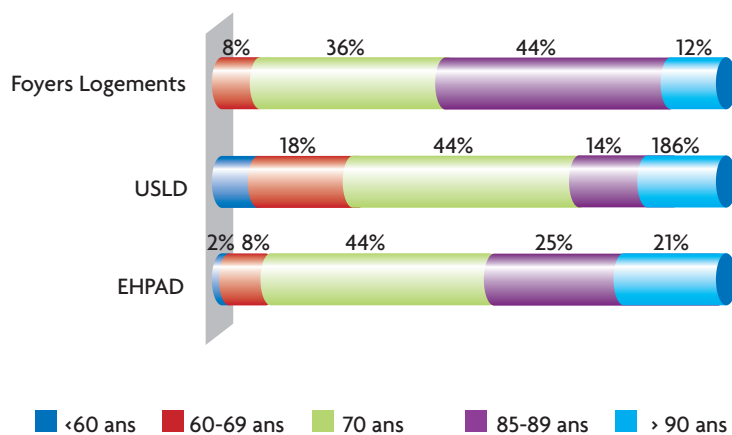
La plupart des résidents, quel que soit le type d'établissement considéré, vivaient auparavant à leur domicile avant d'entrer en établissement. L'arrivée en EHPAD et en USLD a été précédée d'une hospitalisation pour près d'un résident sur cinq en moyenne.

Notons que la quasi-totalité des établissements disent avoir refusé des entrées, principalement du fait du manque de places. Les demandes d'admissions refusées dans un foyer-

logement en raison d'un niveau de dépendance trop élevé ne concernent qu'un tiers des refus.

Concernant le profil des résidents, et en premier leur âge (voir infra), la population accueillie en foyer logement est caractérisée par un âge moyen élevé : les plus de 85 ans représentent en effet un peu plus de la moitié des effectifs. Par ailleurs, il apparaît que les 70-84 ans représentent la tranche d'âge la plus représentée en EHPAD et en USLD.

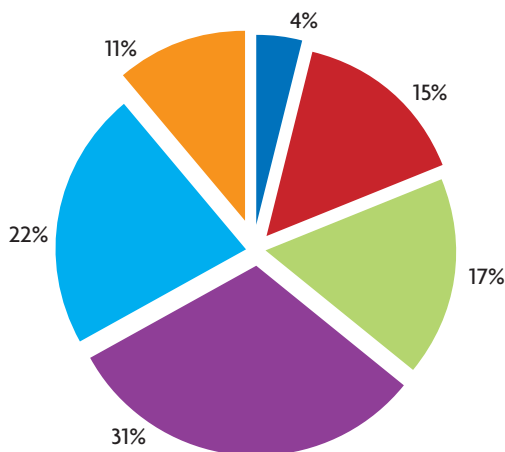
RÉPARTITION DES RÉSIDENTS PAR ÂGE



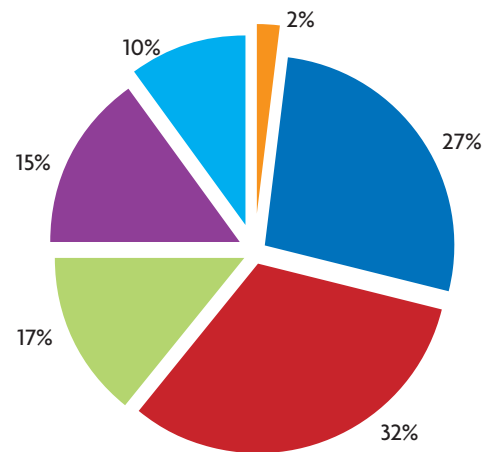
La répartition des niveaux de GIR par type d'établissement (voir infra) révèle que les foyers-logements continuent de prendre en charge des personnes

devenues très dépendantes, alors que les EHPAD, quant à eux, accueillent une part non négligeable des personnes peu dépendantes.

RÉPARTITION PAR GIR DES RÉSIDENTS EN FOYER LOGEMENT



RÉPARTITION PAR GIR DES RÉSIDENTS EN EHPAD



■ GIR 1 ■ GIR 2 ■ GIR 3 ■ GIR 4 ■ GIR 5 ■ GIR 6 ■ GIR 1 ■ GIR 2 ■ GIR 3 ■ GIR 4 ■ GIR 5 ■ GIR 6

Concernant le personnel des établissements, on observe tout d'abord que le nombre d'ETP a régulièrement augmenté depuis 2002 quel que soit le type de structure considéré. Cette hausse s'explique pour partie par le mouvement de conventionnement en EHPAD qui a eu lieu pendant cette même période.

83% des EHPAD répondants emploient un médecin coordinateur.

Les trois-quarts des EHPAD et la moitié des USDL vont connaître des départs à la retraite d'infirmiers qui vont devoir être remplacés. Les départs d'aides-soignants concernent environ la moitié de ces deux types d'établissement.

La prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et l'accueil des personnes en fin de vie représentent la formation la plus régulièrement suivie en EHPAD.

Le questionnaire visait par ailleurs à apporter un éclairage sur l'état des locaux.

Il apparaît tout d'abord qu'un tiers des établissements a fait l'objet d'une restructuration totale de leurs locaux.

Les travaux réalisés concernent essentiellement les menuiseries

intérieures, le gros œuvre et la toiture.

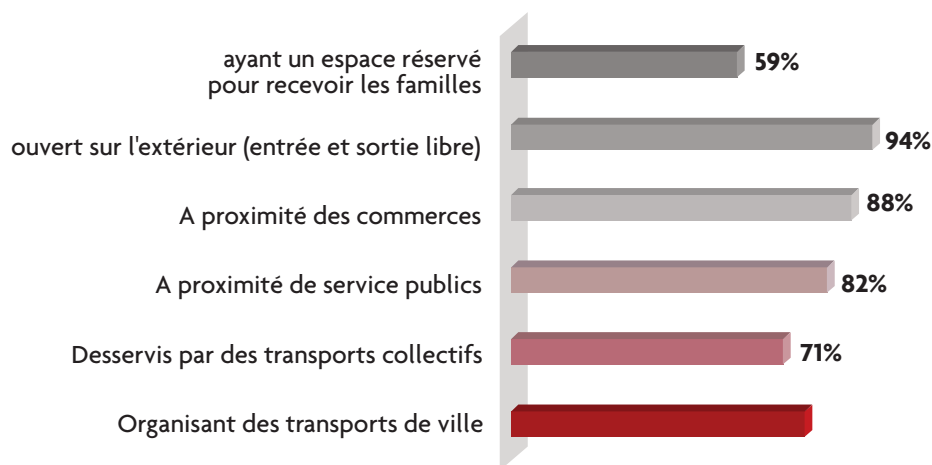
Les aménagements de sécurité effectués concernent l'installation de mitigeurs thermostatiques ainsi que d'appels malades. Concernant l'accessibilité des locaux, plus de 9 établissements sur 10 sont accessibles aux personnes à mobilité réduite.

90% des foyers logements n'ont que des chambres dont la superficie est supérieure à 20m². Ainsi, on constate qu'en EHPAD, les chambres à 1 lit représentent en moyenne 64% du total des chambres. La superficie moyenne des chambres à 1 lit est de 15,6 m².

Ensuite, il s'agissait de mieux connaître les conditions de vie et les prestations offertes aux résidents au sein des établissements.

Au niveau de l'environnement des établissements (voir infra), il ressort qu'ils sont généralement bien intégrés dans l'espace social, étant souvent proches de commerce ou de services publics. 76% d'entre eux organisent des déplacements en ville pour leurs résidents.

PARTS DES ÉTABLISSEMENTS



60% des EHPAD autorisent leurs résidents à amener leur propre mobilier lorsqu'ils intègrent l'établissement. Par ailleurs, tous les établissements aident quotidiennement leurs résidents les plus dépendants à faire leur toilette. La majorité des établissements organise une activité au moins une fois par jour. Les trois-quarts des établissements organisent des déplacements en ville pour leurs résidents.

On observe enfin que 30% des établissements proposent des places d'accueil temporaire. 12% sont dotés d'une unité Alzheimer.

Les questions abordaient ensuite le sujet des relations partenariales. Les réponses font ressortir une carence en matière d'intégration des établissements dans le réseau gérontologique

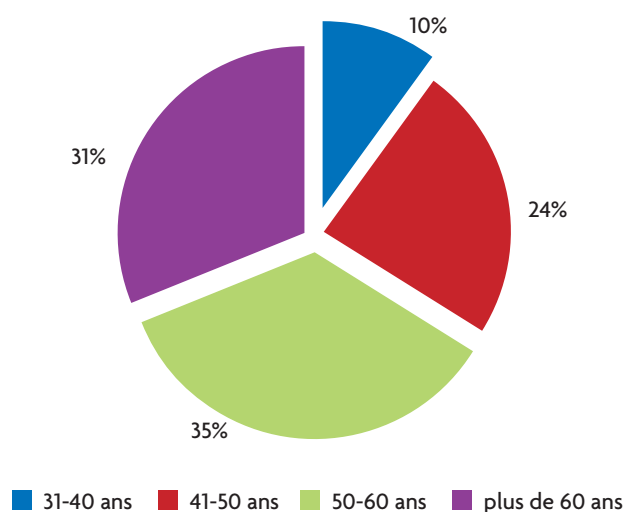
Le développement des modes d'hébergement alternatifs, suivi d'une meilleure prise en charge des personnes atteintes d'Alzheimer et dépendantes apparaît comme des priorités pour le prochain schéma. 47% des répondants déclarent avoir des relations uniquement avec d'autres établissements, les autres

établissements n'ayant aucune relation avec les autres acteurs du secteur. Interrogés par une question ouverte les besoins que le prochain schéma doit prendre en compte, les chefs d'établissement mentionnent en premier lieu la création de places d'accueil de jour ou temporaire (25% des répondants), puis la prise en charge des personnes atteintes d'Alzheimer (18%) et des personnes dépendantes (12%).

6.1.4 QUESTIONNAIRES AUPRÈS DES FAMILLES D'ACCUEIL

La consultation s'est attachée à prendre en compte la parole des accueillants familiaux du département, à travers un questionnaire qui a été retourné par 27 accueillants familiaux sur les 67 que compte le département. Il donne des indications sur le profil des accueillants et sur celui des personnes accueillies. Métier essentiellement féminin, il apparaît qu'il se voit confronté à un phénomène de vieillissement, dans la mesure où deux professionnels sur trois sont âgés de 50 ans ou plus (*voir infra*).

RÉPARTITION PAR ÂGE DES ACCUEILLANTS FAMILIAUX

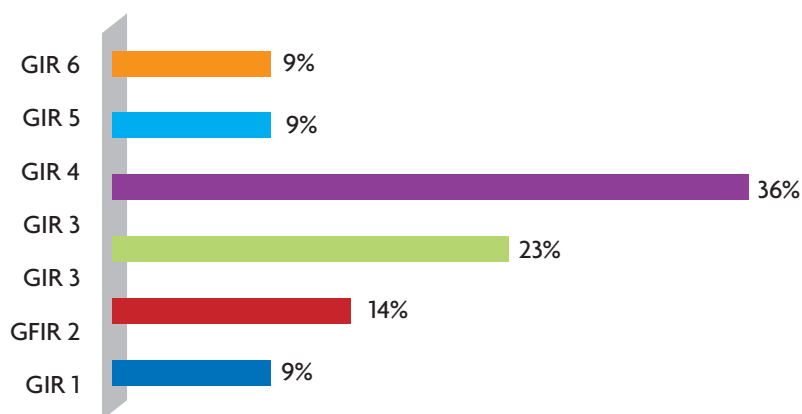


Ils bénéficient pour la plupart d'une longue expérience dans le métier (plus de 10 ans) et disposent dans une large majorité d'un agrément pour l'accueil de trois personnes.

Les personnes accueillies sont, dans leur quasi-totalité, originaire de Martinique. Le public est constitué de près de 85%

de personnes âgées. Leur niveau de dépendance est relativement élevé (voir infra). De plus, on observe que les deux tiers d'entre elles vivaient auparavant à leur domicile ou chez les enfants. Ce constat positionne les familles d'accueil comme une alternative intéressante entre le domicile et l'établissement

RÉPARTITION DES PERSONNES ACCUEILLIES



Concernant les personnes handicapées, 45% présentent une déficience motrice ; une même proportion a une déficience mentale. Le polyhandicap représente les 11% restants.

La plupart d'entre elles vivaient auparavant chez leurs parents. Une grande majorité a dû changer de canton pour trouver une place en famille d'accueil.

6.1.5 QUESTIONNAIRES AUPRÈS DES SSIAD

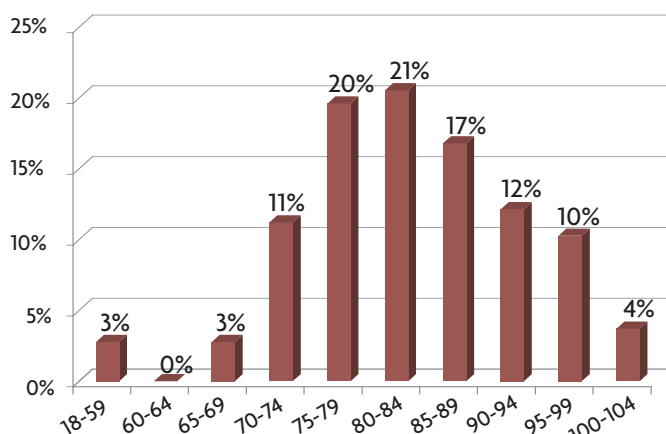
Le Conseil général a souhaité consulter les six services de soins infirmiers à domicile que compte le département de Martinique, afin de mieux connaître

leur public et de prendre en compte leurs problématiques.

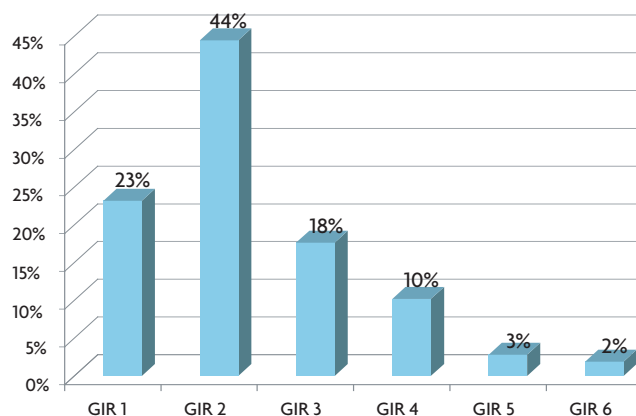
La moitié d'entre eux a répondu au questionnaire qui leur était adressé. La capacité des services va de 31 à 52 places installées, soit une moyenne de 39 places.

Concernant leur clientèle, il ressort que celle-ci est essentiellement féminine (2/3 de femmes) et âgée (voir infra) : près des deux tiers ont plus de 80 ans. Le niveau de dépendance est très élevé (voir infra) : les GIR 1 et 2 représentent les deux tiers des personnes prises en charge. Par ailleurs, un quart des personnes suivies souffrent de dépendance psychique. Notons que plus d'un quart vivent seules.

AGE DES PERSONNES PRISES EN CHARGE



NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES SELON LE GIR



Aucun des SSIAD interrogés n'a mentionné avoir de personnes âgées ou handicapées sur liste d'attente.

Au niveau du personnel des SSIAD, les aides-soignants représentent en moyenne les deux tiers des effectifs (*voir infra*).

Infirmier(es salariés)	2,73 ETP
Infirmier(e)s coordonnateurs(trices)	0,93 ETP
Aides-soignant(e)s	5,37 ETP
Nombre de postes d'infirmiers ouverts non pourvus	0,17 poste
Nombre de postes d'aides-soignants ouverts non pourvus	1,53 poste

S'agissant des actes pratiqués, les soins relationnels et éducatifs sont prépondérants (22%), suivis des soins de nursing (14%), l'aide à l'alimentation (13%) et de la prévention dermatologique (13%).

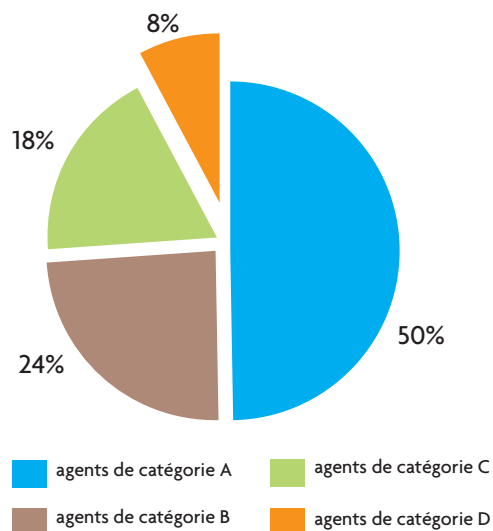
La plupart de ces soins ont donc pour objet de compenser la perte d'autonomie.

6.1.6 QUESTIONNAIRES AUPRÈS DES SERVICES À DOMICILE

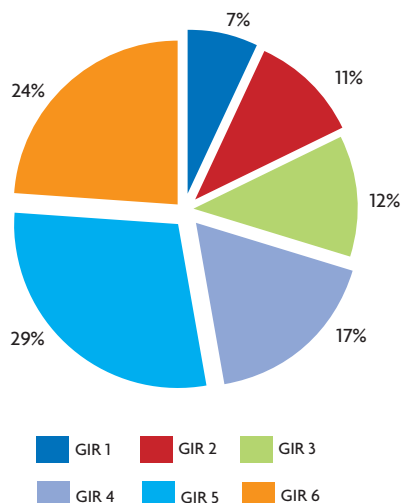
Dernier volet de la consultation menée dans le cadre de l'élaboration du schéma, une enquête a été réalisée auprès des services à domicile (SAD) du département. Elle apporte des enseignements sur le public et le personnel des 21 services répondants. Les structures privées représentent 86% des services d'aide à domicile répondants. Le Conseil général en est le principal financeur : la part des heures qu'il a financées, en légère augmentation au cours des dernières années, représente aujourd'hui plus de 60%. Au total, les services ayant répondu sont intervenus en 2006 auprès de près de 3 500 personnes âgées, pour un volume de 668 535 heures.

Le questionnaire portait ensuite sur les effectifs. Il ressort que les agents de catégorie A sont les plus nombreux et représentent la moitié de l'effectif (*voir infra*). Si les bénévoles jouent un rôle essentiel d'encadrement et de gestion dans la vie des services d'aides à domicile, les trois-quarts des SAD répondants possèdent des agents dédiés à l'encadrement.

RÉPARTITION DES INTERVENANTS À DOMICILE PAR CATÉGORIE



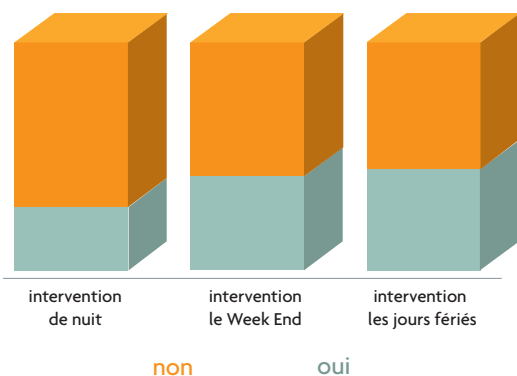
RÉPARTITION PAR GIR DES PERSONNES DE 60 ANS ET PLUS



La disponibilité et la continuité du service d'aide à domicile (voir infra) est relativement bonne, la plupart assurant les interventions durant le week-end, les jours fériés et les vacances, mais avec des réductions du temps d'intervention. En revanche, seulement 27% d'entre eux assurent un service de nuit.

L'intégration dans le réseau pourrait être améliorée : la plupart des répondants déclarent ne pas être en lien avec les équipes médico-sociales ; 75 % des SAD déclarent ne pas participer aux CLIC. Moins de la moitié disent être en relation avec l'hôpital.

INTERVENTIONS DES SERVICES À DOMICILE



S'agissant du profil des personnes accompagnées par les SAD répondants, il apparaît que la tranche la plus représentée est celle des 76-85 ans. Les plus de 85 ans représentent plus d'un quart de la population suivie. 53 % ont un niveau de dépendance faible (GIR 5 ou 6) (voir infra).

1 - LE CADRE LEGAL

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale modifiée par la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales donne compétence générale au Conseil Général en matière de planification et de programmation d'équipements et de services en faveur des personnes âgées.

2 - NATURE DU PROJET

Elaborer et mener un projet de création d'EHPAD pour une capacité à déterminer incluant :

- des places d'unité Alzheimer ;
- des places d'accueil temporaire.

Les porteurs pourront retenir l'une ou l'autre des options suivantes :

- construction neuve ;
- réhabilitation d'un équipement existant.

3 - LIEU D'IMPLANTATION

Département de la Martinique.

4 - CONTENU DE LA MISSION

- Elaborer un projet qui prend en compte toutes les phases de la création de l'établissement (foncier, financement, définition du projet d'établissement, construction, gestion) ;
- Rechercher et acquérir un terrain constructible en fonction du plan local d'urbanisme ;
- Monter un plan de financement présentant toutes les garanties nécessaires (caution bancaire, prêts, subventions, financements propres) ;
- Mener le projet de construction dans le respect des normes architecturales en vigueur ;

- Conduire la procédure d'autorisation de création et d'habilitation auprès des autorités compétentes ;
- Assurer la gestion et le fonctionnement de l'établissement.

5 - NORMES ARCHITECTURALES

La construction de l'établissement devra être conforme aux conditions d'organisation des espaces fixées par l'arrêté du 26 avril 1999 relatif au cahier des charges de la convention pluriannuelle tripartite des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD). Les principales recommandations et directives du cahier des charges précité portent sur les éléments suivants :

- *Implantation* par rapport à la situation du terrain, aux voies de circulation et aux réseaux de raccordement des eaux et de l'électricité ;
- *Locaux* : organisation générale et définition des différents secteurs d'accueil et aires collectives ;
- *Construction* : instructions générales, structures intérieures et extérieures ; ouverture ; équipements sanitaires, thermiques et de ventilation.

Les principales conditions d'organisation des espaces fixées par l'arrêté du 26 avril 1999 précité sont les suivantes :

- *La qualité des espaces privés et collectifs* : accessibilité, adaptabilité, convivialité, polyvalence, sécurité et hygiène ;
- *La surface des logements* : 18 à 22 m² pour les logements individuels, 30 à 35 m² pour les logements de 2 personnes, la proportion de chambres à 2 lits ne doit pas dépasser 5 à 10 % de la capacité globale de l'établissement.

6 - PERSONNEL

Le fonctionnement de l'EHPAD devra être assuré par des personnes qualifiées titulaires des diplômes requis :

Le directeur :

- Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement social (CAFDES) ou équivalence.

Les autres personnels :

- Diplôme d'état d'infirmier ;
- Diplôme personnel d'aide-soignant (DPAS) ;
- Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique (CAFAMP) ;
- BEP, CAP, BTS concernant les champs médico-sociaux et les services (hôtellerie, restauration).

7 - COUT DU PROJET

Le coût du projet à décliner comme suit :

- investissement :
 - . la construction
 - . l'équipement
- fonctionnement annuel :
 - . hébergement
 - . dépendance
 - . soins

8 - PARTICIPATION DU CONSEIL GENERAL

L'établissement pourra être éventuellement habilité par le Conseil Général pour héberger les bénéficiaires de l'aide sociale et recevoir en contrepartie les aides à l'hébergement versées par la collectivité départementale pour la prise en charge de ces pensionnaires.

9 - PREREQUIS ET PROFIL DES CANDIDATS

Les candidats pourront être des investisseurs, privés ou institutionnels, collectivités publiques ou établissements publics, ils devront par ailleurs :

- justifier d'une expérience de la conduite de projet d'investissement structurel ;
- démontrer leur capacité à gérer un établissement d'hébergement pour personnes âgées ;
- disposer d'une surface financière suffisante pour mener à bien le projet, soit en fonds propres, soit avec le concours des partenaires financiers ou institutionnels ou encore par convention avec un opérateur HLM afin d'inscrire le projet dans les « financements groupés de l'Etat » (ex LBU) ;
- démontrer leur capacité à mobiliser les dispositifs de financements existants (HLM, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Etat, CGSS, Caisse des Dépôts et Consignations, défiscalisation).

7 - Composition des groupes de travail thématiques

Groupe 1 : Structurer le dispositif du maintien à domicile

- Association des familles d'accueil agréées pour personnes âgées ou handicapées de la Martinique ;
- Association départementale d'aide aux retraités et personnes âgées (ADARPA) ;
- Association gérontologique et d'aides aux familles (AGAF) ;
- Age d'or services Antilles ;
- Association martiniquaise pour l'insertion et la promotion de l'Age d'Or (AMDOR) ;
- Antel Présence ;
- ASAMAD ;
- Association d'aide à domicile ;
- Association aide plus
- Association alliance
- Association des clubs des aînés
- Association Entraide Montjoly (SSIAD) ;
- Collectif antillais des institutions de services,
- CARIBIS ;
- Centre Communal d'Action Sociale de Fort-de-France ;
- Centre Communal d'Action Sociale du Gros- Morne ;
- Caisse Générale de Sécurité Sociale ;
- Centre hospitalier de Colson ;
- Centre hospitalier Saint-Esprit ;
- Centre local d'information et de coordination espace seniors de Fort de France ;
- Centre Local d'Information et de Coordination Nord-Atlantique ;
- Conseil général ;
- C'SIEL ;
- Elodrey services ;
- L'Île aux services ;
- Noradom services ;
- Réseau gérontologique ;
- Résidence le Beauséjour ;
- Yole Gran Moun.

Groupe 2 : Quelle politique d'offre en établissement ?

- Association des familles d'accueil agréées pour personnes âgées ou handicapées de la Martinique ;
- Association départementale d'aide aux retraités et personnes âgées (ADARPA) ;
- Association martiniquaise pour l'insertion et la promotion de l'Age d'Or (AMDOR) ;
- Antel Présence ;
- Agence régionale d'hospitalisation (ARH)
- Association d'aide à domicile ;
- Association alliance
- Association des clubs des aînés
- Association Entraide Montjoly (SSIAD) ;
- Association les Gliricidias
- Association les Orchidées ;
- CARIBIS ;
- Centre Communal d'Action Sociale de Fort-de-France ;
- Centre Communal d'Action Sociale du Gros- Morne ;
- Centre Emma Ventura ;
- Centre hospitalier de Colson ;
- Centre hospitalier Saint-Esprit ;
- Centre local d'information et de coordination - espace seniors - de Fort de France ;
- Centre Local d'Information et de Coordination Nord-Atlantique ;
- Conseil général ;
- C'SIEL ;
- EHPAD Logis Saint Jean ;
- EHPAD Prêcheur ;
- Office des missions d'actions sociales (OMASS) ;
- SMHLM ;
- USLD Lamentin.

Groupe N°3 : Prendre en charge la maladie d'Alzheimer et les pathologies apparentées

- Association départementale d'aide aux retraités et personnes âgées (ADARPA) ;
- Association gérontologique et d'aides aux familles (AGAF) ;
- Age d'or services Antilles ;
- Association martiniquaise pour l'insertion et la promotion de l'Age d'Or (AMDOR) ;
- Antel Présence ;
- Association Mamy Sitting ;
- Centre Communal d'Action Sociale de Fort-de-France ;

- Centre Communal d'Action Sociale du Gros- Morne ;
- Centre Emma Ventura ;
- Centre hospitalier de Colson ;
- Centre hospitalier Saint-Esprit ;
- Centre local d'information et de coordination - espace seniors de Fort de France ;
- Centre Local d'Information et de Coordination Nord- Atlantique ;
- Conseil général ;
- Direction de la Santé et du Développement Social (DSDS),
- EHPAD Prêcheur ;
- Noradom services ;
- Réseau gérontologique ;
- Résidence le Beauséjour ;
- Société Martiniquaise de Gérontologie et Gériatrie (SMGG) ;
- Yole Gran Moun.

Groupe 4 : Développer l'information et la coordination :

- Association départementale d'aide aux retraités et personnes âgées (ADARPA) ;
- Association martiniquaise pour l'insertion et la promotion de l'Age d'Or (AMDOR) ;
- Antel Présence ;
- Association d'aide à domicile ;
- Association Alzheimer Martinique ;
- Association des clubs des aînés de Fort de France ;
- Collectif antillais des institutions de services ;
- Centre Communal d'Action Sociale de Fort-de-France ;
- Centre hospitalier de Colson ;
- Centre hospitalier Saint-Esprit ;
- Centre local d'information et de coordination - espace seniors - de Fort de France ;
- Centre Local d'Information et de Coordination Nord- Atlantique ;
- Conseil général ;
- C'SIEL ;
- Elodrey services ;
- Résidence le Beauséjour ;
- Société Martiniquaise de Gérontologie et Gériatrie (SMGG).

8 - Glossaire des sigles utilisés

APA	Allocation personnalisée d'autonomie
AMDOR	Association martiniquaise pour l'insertion et la promotion de l'âge d'or
ANAH	Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDC	Caisse des dépôts et des consignations
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CH	Centre hospitalier
CICAT	Centre d'information et de conseil sur les aides techniques
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CMP	Centre médico-psychologique
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CREAI	Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées
CTNERHI	Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations
DEAVS	Diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale
DDE	Direction départementale de l'équipement
DDTEFP	Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DSDS	Direction de la santé et du développement social
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FL	Foyers-logements
GCSMS	Groupement de coopération sociale et médico-sociale
GIR	Groupe Iso-ressources
GMP	Gir Moyen Pondéré
HID	Enquête handicap invalidité dépendance
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MIITHAN	Martinique Innovation pour l'insertion des travailleurs handicapés
MSA	Mutualité sociale agricole
PCH	Prestation de compensation du handicap
PRSP	Plan régional de santé publique
SAD	Service d'aide à domicile
SSAD	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SIVAD	Service inter-associatif pour une vie autonome à domicile
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
URASS	Union régionale des associations du secteur social
URML	Union régionale des médecins libéraux
USLD	Unité de soins de longue durée

9 - REMERCIEMENTS

Le présent document a été réalisé par le Conseil Général- Direction générale adjointe chargée des affaires sanitaires et sociales et du logement social - Direction de l'aide aux personnes âgées et aux personnes handicapées, avec l'assistance technique du cabinet de consultants ENEIS CONSEIL.

Je remercie chacun des intervenants pour leur participation active aux travaux de réactualisation du schéma, dans un esprit d'ouverture et de dialogue. L'implication et la collaboration dont ils ont fait preuve, ont permis de retenir dans une concertation approfondie, les moyens de mise en œuvre de la politique départementale en faveur des personnes âgées pour les cinq années à venir.

REPRESENTANTS DES ORGANISMES ET INSTITUTIONS :

- A.R.H. (Agence Régionale de l'Hospitalisation),
- C.A.F. (Caisse d'Allocation Familiale),
- C.A.U.E. (Conseil Architecture Urbanisme et Environnement),
- C.G.S.S. (Caisse Générale de Sécurité Sociale),
- C.H.R.S. de Colson.
- C.H.U. de Fort de France,
- C.L.I.C. (Centre Local d'information et de Coordination),
- C.G (Conseil Général de la Martinique),
- D.S.D.S. (Direction de la Santé et du Développement Social),
- I.N.S.E.E.,
- O.S.M. (Observatoire de la Santé de Martinique),
- S.E.M.A.F.F. (Société d'Economie Mixte d'Aménagement de la ville de F de F),
- S.I.M.A.R.,
- S.M.H.L.M. (Société Martiniquaise d'HLM),
- Société O.Z.A.N.A.M.,
- U.D.C.C.A.S (Union Départementale des Centres Communaux d'Action Sociale),

REPRESENTANTS DU MONDE ASSOCIATIF :

- A.D.A.R.P.A. (Association Départementale d'Aide aux retraités et Personnes Agées),
- A.F.A.A.P.A.H.M (association des familles d'accueil agréées pour personnes âgées ou handicapées de la Martinique).
- A.M.D.O.R. (Association Martiniquaise par la promotion et l'insertion de l'âge d'Or),
- Associations des Clubs du 3ème âge,
- F.M.A.C. (Fédération Martiniquaise des Associations et Clubs du 3ème âge),
- S.M.2.G. (Société Médicale de Gérontologie et de gériatrie),

REPRESENTANTS DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES AGEES :

- C.C.A.S. de Fort de France,
- C.H.U. de Fort de France
- E.H.P.A.D. et Foyers logement
- O.M.A.S.S. (Office des Missions d'Actions Sociales et de Santé)
- Réseau gérontologique
- S.N.I.L. (Infirmiers Libéraux),
- S.S.I.A.D. (Services des soins infirmiers à domicile)
- Services à la personne
- Services d'aide ménagère