



ETUDE PROSPECTIVE SUR LA PRISE EN CHARGE ET L'HEBERGEMENT DES PERSONNES AGEES A LA MARTINIQUE

91 MESURES ET ACTIONS EN FAVEUR DESPERSONNES AGEES



RAPPORT FINAL

Réalisé à la demande

**CONSEIL
ECONOMIQUE
ET SOCIAL
REGIONAL
MARTINIQUE**

CESR

MEDIADEPJTP



mai 2008



ETUDE PROSPECTIVE SUR LA PRISE EN CHARGE ET L'HEBERGEMENT DES PERSONNES AGEES A LA MARTINIQUE



MEDIADEP JTP



RAPPORT FINAL REALISE
PAR

PIERRE LOUIS MAYNIE

Avec la Collaboration de

BEATRIZ CONDE
GISELE SORI

Et le concours de
Véronique MOUFLARD

◀▶ SOMMAIRE ▶◀

1) Introduction : Les enjeux de l'étude

2) Les objectifs de l'étude

3) La méthodologie

4) Les axes synthétiques

5) Les recommandations

6) Les fiches d'actions (9)

- ▶ Création d'une plate-forme d'aide aux aidants, incluant un accueil de jour de personnes âgées dépendantes et le perfectionnement des services d'aide à domicile.
- ▶ Création d'un «**Pass Gran Moun**» Multiservices.
- ▶ Plan de gratuité des transports :
 - Scénario 1 pour les aînés de plus de 75 ans
 - Scénario 2 pour les aînés de plus de 65 ans
- ▶ Programme de diffusion de gérontes technologies pour réduire les accidents domestiques et lutter contre la solitude.
- ▶ Campagne Média de promotion de la solidarité envers les aînés à mener en partenariat avec les organisations familiales.
- ▶ Plate-forme inter générations de développement des services de proximité.
- ▶ Plan de relance et de pérennisation de l'innovation social 3ème Age.
- ▶ « Etats généraux » des structures d'accueil de personnes âgées avec les partenaires publics et privés.
- ▶ Plan individualisé d'accompagnement médicosocial à domicile (PIAD).

7) Bibliographie et documents annexes

1. INTRODUCTION : LES ENJEUX DE L'ETUDE

*L*a présente étude s'inscrit dans le cadre des attributions du CESR, force de propositions, dont la mission est d'appréhender les enjeux économiques, sociaux et culturels des prochaines décennies.

Au regard des travaux de prospective du CESR, la question de la prise en charge et de l'hébergement des personnes âgées a été soulevée, et participe aux enjeux du développement durable.

Aussi, la réflexion sur la problématique des aînés devrait elle s'enrichir d'une analyse plus systémique de la question et de la place future des aînés dans la société martiniquaise. Analyse sous-tendue d'une part, par les options d'aménagement du territoire, et d'autre part, par la synergie des moyens eu égard aux besoins et aux disparités sociales existantes.

Indépendamment du schéma gérontologique mis en place, dans le cadre de ses compétences décentralisées, par le Conseil Général de la Martinique ; il s'agit également d'appréhender les remarques des nombreux acteurs sanitaires et sociaux jalonnant « en ordre dispersé » l'accompagnement médicosocial.

Dans ce paysage institutionnel complexe, il y a lieu de distinguer :

- ✓ Les compétences sociales assumées par le Département,
- ✓ Les mesures sanitaires et hospitalières relevant de l'Etat,
- ✓ Les compétences exercées par les organismes sociaux,
- ✓ Les interventions des prestataires sanitaires et sociaux publics et privés gravitant auprès des personnes âgées.

Une mention particulière revient au monde de l'économie sociale et solidaire qui, à travers ses actions associatives et mutualistes, se trouve très impliquée dans ce secteur, avec cette touche particulière relevant du contact humain indispensable dans la lutte contre la solitude.

Il y a lieu de noter que dans cette sphère sociale, les représentants familiaux ont eux aussi leur rôle à jouer dans l'amélioration du bien être de nos aînés, et ce, plus particulièrement, pour les décennies à venir.

L'ensemble de ces paramètres s'inscrit dans une logique de développement durable, en cohérence avec les approches d'aménagement du territoire.

Le schéma d'aménagement établi par le Conseil Régional devrait trouver des passerelles avec les axes du schéma gérontologique, notamment dans le domaine du foncier, des infrastructures, du développement économique et de l'emploi.

Nous verrons ultérieurement que l'effort à mener dans le cadre du maintien à domicile et du développement de services de proximité, relève plus de la professionnalisation des agents de services à la personne en activité, que de l'insertion de demandeurs d'emplois...

Ce plan pourrait se décliner selon des objectifs territoriaux spécifiques, en synergie avec toutes les forces en présence, dans des domaines où le Conseil Général a déjà mis en place des moyens appropriés (financiers, économiques, sociaux et culturels). Cela permettrait en effet de faire la démonstration concrète du lien existant entre ces quatre axes.

Il paraît opportun de penser aux modalités complexes de prises en charge nécessaires pour mieux répondre aux besoins croissants de la population 3^{ème} âge de la Martinique. Il y a lieu également de défendre d'une part, les critères de solidarité et d'égalité d'accès aux aides de la Collectivité et prendre en compte, d'autre part, les précarités existantes, eu égard aux revenus modestes d'une tranche importante de la population.

Les propositions qui seront retenues ultérieurement pourraient constituer une modeste mais pertinente contribution à la prochaine actualisation du schéma gérontologique de la Martinique. Elles devraient relancer par ailleurs, des concours financiers décisifs, tant en amont qu'en aval de la prise en charge globale, pour tout ce qui a trait au « *bien vieillir ensemble* ».

2 - LES OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'étude prospective sur la prise en charge et l'hébergement des personnes âgées à la Martinique permettra d'anticiper le panorama de ce que seront, à l'horizon 2030, les enjeux des services aux personnes âgées.

L'existant au plan démographique est un paramètre de départ pour l'établissement de scénarios plausibles d'évolution à moyen terme. Néanmoins il reste à revisiter ce que sera l'évolution des institutions et des hommes, pour imaginer ce que deviendra l'accompagnement des personnes âgées en 2030 !

Les logiques de globalisation et de mondialisation d'une part, l'individualisation exacerbée auxquelles s'ajoutent des disparités sociales croissantes d'autre part, devraient infléchir les scénarii d'évolution et par voie de conséquence, les moyens et mesures à prendre en compte dès maintenant (*ces éléments seront développés dans le chapitre 4 en particulier*).

3 - LA METHODOLOGIE

La méthodologie s'appuie sur l'analyse qualitative et quantitative des données démographiques et socio-économiques existantes, y compris les approches territoriales susceptibles d'éclairer les problématiques de la précarité des aînés.

Les analyses qualitatives reposant sur les entretiens individuels avec les personnes ressources permettront de compléter, voire remplacer les informations quantitatives lacunaires.

Ces renseignements qualitatifs paraissent d'autant plus importants que les études lourdes quantitatives ne seront pour la plupart disponibles, que dans deux ans.

Les sources nécessaires pour une projection démographique à l'horizon 2030, s'appuient sur les données du dernier recensement décennal (1999). D'où des écarts territoriaux particulièrement significatifs nous incitant à une certaine prudence, s'agissant de l'interprétation de projections territoriales à long terme.

Cette précaution s'impose car les scénarii, déclinés en 6 sous ensembles territoriaux, déterminent les politiques d'aménagement et d'hébergement sanitaire et social chiffrées en capacité d'accueil.

Le nombre de lits prévus par zone est censé répondre à des besoins territoriaux de proximité. Malheureusement, les estimations par zone, sont encore établies à partir du RG 99, avec tous les risques d'erreurs prévisibles, les échantillons statistiques étant plus petits.

Les données démographiques concernant les personnes âgées distinguent 5 zones : Le Centre, le Sud caraïbe, le Sud atlantique, le Nord caraïbe et le Nord atlantique, ayant chacune leurs spécificités.

- ✓ Les zones Nord(2), à croissance démographique faible, sont très sous équipées,
- ✓ La zone Centre, urbaine et très peuplée, est normalement dotée en infrastructures mais les demandes sont encore très fortes.
- ✓ Les zones Sud sont mieux loties que le Nord, mais sous pression très marquée d'une population vieillissante, (plus 38 % selon le schéma gérontologique précédent).

Cette même réserve, s'agissant de la prudence à observer, s'applique également à l'évaluation de l'incidence et de la prévalence à retenir quant aux pathologies du vieillissement. Il est à noter que cette étude indispensable pour l'identification des besoins, notamment en infrastructures gériatriques, vient d'être lancée à l'initiative du Conseil Général. Là encore, les résultats ne seront connus que dans un an.

Par ailleurs une étude de l'INSERM devrait également, dans les prochains mois, apporter un complément d'analyse intéressant permettant de mieux appréhender la question de la dépendance.

On comprend aisément, dans pareil contexte, que le diagnostic qualitatif prendra tout son sens pour permettre d'établir sans attendre des scénarii quantitatifs encore loin d'être élaborés. Compte tenu de ces projections établies à partir de données anciennes, il y a lieu de craindre que la Martinique ne soit confrontée à un vieillissement sans précédent.

En effet, ce contexte de vieillissement marqué placera la Martinique, parmi les 10 départements ayant le plus fort taux de personnes âgées du territoire français.

La réalisation de cette étude s'appuie sur des documents incontournables. On citera en particulier :

- ↗ *Le schéma gérontologique en cours de réactualisation ;*
- ↗ *Le PRSP(plan régional de santé publique) qui situe les enjeux sanitaires s'agissant des personnes âgées dépendantes ;*
- ↗ *Le SROS (schéma régional de l'organisation sanitaire) permettant de prendre en compte les orientations et la répartition de l'organisation sanitaire dans les zones du schéma gérontologique ;*
- ↗ *Le recensement de l'INSEE de 1999 ;*
- ↗ *Le Schéma d'aménagement régional (SAR) fixant les stratégies d'aménagement et de développement durable ;*
- ↗ *Le Schéma Martiniquais de Développement Economique du Conseil Régional ;*
- ↗ *Les orientations de l'AGENDA 21 du Conseil Général.*

On retiendra également les matrices d'analyse des besoins 3ème âge, élaborées pour la phase diagnostic du schéma gérontologique par la société martiniquaise de gérontologie et de gériatrie (SMGG).

Les résultats de cette étude visant notamment à étudier la prévalence des démences séniles en Martinique, devraient être précieux pour effectuer des projections à moyen et long terme sur les prises en charge à promouvoir.

Ils permettront également d'évaluer les capacités d'accueil à retenir en institutions spécialisées, mais également à identifier les besoins en

places d'hôpital et en accueil de jour, nécessaires à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes maintenues à domicile.

Des entretiens complémentaires avec des personnes ressources et des institutions ayant en charge les publics du 3^{ème} âge compléteront et valideront les scénarii de mesures proposés. Il s'agit en particulier des partenaires médicosociaux de l'hébergement, de l'aide à domicile et des partenaires administratifs et sociaux et des institutions.

Loin de faire doublons, ces démarches, quoique se chevauchant sur quelques points, apporteront des convergences sur l'appréhension des besoins des personnes âgées valides et dépendantes.

La méthodologie proposée vise à distinguer les personnes âgées valides et les personnes dépendantes, puis à s'intéresser au suivi des personnes âgées dépendantes à domicile d'une part et des personnes en institution d'autre part.

Il y a lieu de reconnaître que centrer les actions à promouvoir selon cette typologie de personnes âgées devrait garantir une base sérieuse d'analyse.

Aussi le traitement social individualisé prend-il tout son sens vis-à-vis de publics dont l'état de santé et social est si hétérogène. L'échec de l'approche, qu'elle se fasse de manière globale ou par prestations sociales et médico-sociales, est patent. L'état de santé lié à la perte d'autonomie constitue une frontière dans le traitement, qu'il soit collectif ou individuel.

Par ailleurs, que les intéressés soient dépendants, à domicile ou en institution, les prestations à servir seront les mêmes, c'est-à-dire individualisées. En revanche, les conséquences sociales inégalitaires seront très marquées si des mesures lourdes d'aides sociales ne viennent pas les compenser.

4 - LES AXES SYNTHETIQUES

↔ Les enjeux démographiques

On observe depuis plus de trente ans, un alignement démographique de la Martinique sur la situation hexagonale des pays développés où les familles assurent tout juste leur remplacement.

Le taux de personnes de plus de 60 ans a triplé en 40 ans. L'espérance de vie s'accroît à plus grande vitesse qu'en métropole. Ce contexte explique que ce taux des plus de 65 ans soit parmi les plus élevés du territoire français. Il représentait 17% de la population en 2005 et atteindra 23% à l'horizon 2012. À cette situation démographique particulière s'ajoute des disparités par sexe plus marquées, du fait de l'espérance de vie des femmes (82 ans) qui est plus élevée que celle des hommes (72 ans).

En définitive, la démographie par territoire reflète un peuplement, des infrastructures, des situations parfois très différentes selon les zones ; ce qui n'exclue pas des stratégies familiales, culturelles, économiques et sociales particulières.

Zone géographique	Population totale	Population 60 ans et plus	% Rapporté à la population de 60 ans et +	% Rapporté à la population de la zone
Centre agglomération	166 238	26 970	42 %	16,2%
Centre Atlantique	64 777	10 623	17 %	16,4%
Sud Atlantique	50 768	8 757	14 %	17,2%
Sud Caraïbe	56 003	8 125	13 %	14,5%
Nord Caraïbe	23 436	4 572	7 %	19,5%
Nord Atlantique	20 103	4 242	7 %	21,1%
Total Martinique	381 325	63 289	100 %	16,6%

Source RG99

Aussi le maintien à domicile est-il peut-être différemment perçu suivant que l'on soit au Vauclin, au Prêcheur ou à Fort-de-France. Ces

différences sont confirmées par exemple grâce à l'analyse des migrations domicile-travail, très variables selon les zones.

On retrouvera en annexe 1, les éléments de diagnostic synthétique permettant d'appréhender les variables de la situation gérontologique. Voici quelques éléments d'appoint permettant d'estimer quantitativement les besoins et ainsi prévoir les mesures à préconiser.

En les déclinant par zone, le critère du ratio d'habitants devra être néanmoins pondéré par des spécificités locales qui sont à étudier.

Aussi le décalage nord-sud n'est-il pas indicateur d'une demande sociale et d'une stratégie de maintien à domicile qui devrait être différentes suivant les zones concernées ?

⇔ Analyse synthétique et consultations des personnes et institutions ressources

Le 11 mai 2007, un séminaire s'est tenu au Conseil Régional. L'un des ateliers avait pour thème « un secteur émergent : la prise en charge des personnes âgées, structuration d'un secteur d'activités ».

La piste proposée recommandait le renforcement de la prise en charge par l'articulation entre un schéma directeur local en cohérence avec un public ciblé de « seniors », un financement, y compris innovant (épargne solidaire), une analyse des besoins en ressources humaines et une professionnalisation des personnels en activités.

Le débat se heurtait à la complexité du sujet, et ce, malgré la méthode d'animation structurante retenue. En effet, chaque intervention quelle que soit sa justesse, s'est trouvée contredite par une approche répondant à des personnes âgées dont les besoins étaient différents de ceux qui sont cités.

Ce décalage permanent entre les orientations collectives standards et les réalités individuelles de plus en plus différenciées explique l'inadaptation de services pour personnes valides. Notamment lorsqu'ils sont proposés par des structures ne faisant pas la distinction suivant le type de publics âgés.

Les entretiens qualitatifs avec les personnes ressources ont fait l'objet de propositions et validations souvent très précises.

On retiendra en particulier :

↗ *La mise en place du réseau territorial de professionnalisation des aides à domicile (ADERPA),*

↗ *La gratuité du transport pour les personnes âgées (AMDOR),*

↗ *Le développement de la prise en charge des personnes en situation précaire (association 3ème âge de Sainte-luce),*

↗ *Les aides aux aidants (SSIAD - service de soins Infirmiers à domicile),*

↗ *L'innovation et les animations pour ce public (LA YOLE),*

↗ *La mutualisation de fonciers à vocation sociale (C.R.E.S.S),*

↗ *L'aménagement de locaux (Logis Saint Jean),*

↗ *L'accueil de jour (Maison de retraite du Carbet),*

↗ *Le développement des gérontes technologies pour les personnes en institution et à domicile (Maison de retraite POTOMITAN).*

La réflexion participative développée lors des différentes rencontres du CESR a finalement permis de contourner les obstacles en suivant une méthodologie basée d'emblée sur l'analyse de deux publics distincts, à savoir :

- ➔ Les personnes âgées valides (*à domicile et en institution*) ;
- ➔ Les personnes dépendantes (*à domicile et en institution*).

Ces approches ont ensuite permis de décliner des recommandations en termes de :

- 1) Prévention et de promotion des personnes âgées (valides et dépendantes).
- 2) Consolidation des systèmes d'hébergement, dans leur capacité d'accueil et leur répartition territoriale (valides et dépendants).

3) Développement du maintien à domicile.

4) Développement de l'innovation et de l'ingénierie sociale.

5 - LES RECOMMANDATIONS

⇒ SCENARII DE PLAN 3ème AGE DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES EN MARTINIQUE

I - AXES DE PRISE EN CHARGE SELON LE STATUT DES AINES

A - PERSONNES AGEES DEPENDANTES DE PLUS DE 65 ANS

a) Privilégier le maintien à domicile

- 1) Promouvoir : - La prévention des risques domestiques,
 - 2) - Les Soins à domicile,
 - 3) - Les services de proximité,
 - 4) - Les diagnostics-bilan santé,
 - 5) - L'éducation physique adaptée,
 - 6) - Les « remédiations » mémoire,
 - 7) - L'accueil en CMP pour les publics concernés.
- 8) Lutter contre l'isolement.
- 9) Adapter les « remédiations » culturelles.
- 10) Développer : - L'accueil de jour,
- 11) - L'accueil de nuit,
- 12) - L'aide aux aidants,
- 13) - L'accueil familial,
- 14) - L'hébergement temporaire (*accueil de jour et de nuit*).

b) Développer les services d'aide à domicile

- 1) Aides au repas (dont le portage).
- 2) Aides à domicile (travaux ménagers).

- 3) Soutien psychologique.
- 4) Soutien démarches administratives et juridiques.
- 5) Soins de bien être.
- 6) Accompagnement physique adapté.
- 7) Promotion de l'information média 3eme âge.

B – PERSONNES AGEES VALIDES

a) Promouvoir la prévention des risques 3ème âge

- 1) Promotion de la formation des acteurs du 3ème âge.
- 2) Formation et perfectionnement : - Des auxiliaires de vie,
- 3) - Des aidants (Familles et autres aidants).
- 4) Formation à la prévention des risques domestiques.
- 5) « Remédiations » physique et sportive.
- 6) « Remédiations » travail/mémoire.
- 7) Réactivation : - Du lien social,
- 8) - Du lien familial.
- 9) Promotion : - Des activités culturelles,
- 10) - Des transports en ville et en communes,
- 11) - De la Gastronomie,
- 12) - Des échanges et voyages,
- 13) - Des activités inter générations,
- 14) - D'autres mesures (projets d'établissements).
- 15) Développement : - Des services à domicile,
- 16) - Des solidarités sociales,
- 17) - De l'animation des expressions culturelles,
- 18) - Des danses et musiques traditionnelles, (costumes, bèlè),
- 19) - De l'éducation et de l'utilisation télévisuelle, multimédia,
- 20) - De jardins créoles, (fleurs, plantes),
- 21) - De la vie associative,
- 22) - De la sécurité des personnes et des biens.
- 23) Mise en place : - D'ateliers lecture,

- 24) - De mesures d'aides pour l'accès aux activités culturelles.
- 25) Lutte : - Contre la solitude,
- 26) - Contre la maltraitance.

b) Promouvoir le développement des maisons d'hébergement urbaines et rurales pour personnes âgées valides

- 1) Favoriser les logements sociaux destinés au 3ème âge.
- 2) Promouvoir : - Des diagnostics /santé 3ème âge,
- 3) - Des diagnostics sensoriels, (vue/audition/dentaire/mémoire),
- 4) - Des actions de prévention-Santé : vaccinations, grandes endémies.
- 5) Développer des actions d'informations (santé et sexualité).

c) Ingénierie sociale et sanitaire à domicile

- 1) Prévoir la mise en place d'une ingénierie sociale 3ème âge à domicile.
- 2) Favoriser la professionnalisation des auxiliaires de vie (domicile/institution).
- 3) Promouvoir la formation de l'auxiliaire de vie.
- 4) Territorialiser l'accompagnement.
- 5) Perfectionner les aidants à la prévention des risques (chutes, etc...).
- 6) Mettre en place : - Un Programme local de suivi anti douleurs,
- 7) - Un Programme local de suivi anti escarres,
- 8) - Un Réseau de promotion de l'humain,
- 9) - Un Programme d'aide aux aidants, pour les A.V.G (auxiliaires de vie en gérontologie) et les familles.
- 10) Développer : - Les systèmes d'information des acteurs 3ème âge,
- 11) - Le maintien à domicile,
- 12) - Les soins et l'hospitalisation à domicile,
- 13) - Des services ambulatoires de soins palliatifs à domicile.
- 14) Encourager le diagnostic et la diffusion des « gérontes technologies »,
- 15) Expérimenter, innover en institution et à domicile (réseaux),
- 16) Faire évoluer les critères de validation pour prendre en compte le facteur humain du métier d'auxiliaire de vie.

d) Ingénierie sociale 3ème âge en institution

- 1) Appui du maintien à domicile par le développement local d'accueil de jour, à partir des structures d'accueil : nouvelles plates formes de compétences gérontologiques territoriales.
- 2) Développement : - Des clauses de mieux disant gérontologiques,
- 3) - De projets inter générations,
- 4) - D'unités spécialisées départementales,
- 5) - De postes de travail spécifiques en gérontologie (*notamment aide médico-psychologique*),
- 6) - De mesures d'incitations administratives communales.
- 7) Fixation de priorités d'accès au foncier pour les institutions médico-sociales à implanter dans les communes.
- 8) Promotion : - De la défiscalisation pour investissements dans les structures du 3ème âge (*infrastructures et services*) ;
- 9) - D'unités de 40 lits en moyenne, pour préserver l'humain dans l'accompagnement médicosocial 3ème âge.
- 10) Promotion de l'expérimentation en communication 3^e âge.
- 11) Augmentation de la fréquentation des réunions du SMS pour fluidifier les évolutions des établissements et services du 3ème âge.
- 12) Allègement des procédures de création et de modification d'institutions pour personnes âgées dépendantes en les adaptant au contexte territorial.

6 - LES FICHES ACTIONS

1) Création d'une plate forme territoriale d'aide aux aidants, incluant un accueil de jour de personnes âgées dépendantes et le perfectionnement des services d'aide à domicile.

2) Création d'un « Pass Gran Moun » multiservices.

3) Plan de gratuité des transports :

↗ Scénario 1 pour les aînés de plus de 75 ans,

↗ Scénario 2 pour les aînés de plus de 65 ans.

4) Programme de diffusion de gérontes technologies permettant de réduire les accidents domestiques et lutter contre la solitude

5) Campagne Média de promotion de la solidarité à mener avec les organisations familiales de la Région

6) Plate-forme inter générations de développement des services de proximité

7) Plan de relance et de pérennisation de l'innovation sociale 3^{ème} âge

8) « États généraux » des structures d'accueil de personnes âgées avec plateforme des partenaires publics et privés

9) Plan individualisé d'accompagnement médico-social.

Fiche Action n° 1

CREATION D'UNE PLATE FORME TERRITORIALE D'AIDE AUX AIDANTS, INCLUANT UN ACCUEIL DE JOUR DE PERSONNES AGEES DEPENDANTES ET LE PERFECTIONNEMENT DES SERVICES D'AIDE A DOMICILE

*** Domaine d'intervention gérontologique :**

Plan de soutien au maintien à domicile et perfectionnement des aidants à domicile.

*** Les besoins :**

- 1) Lutter contre l'épuisement des « aidants » à domicile en leur libérant du temps.
- 2) Offrir un accueil de jour, par zone, répondant aux besoins des aînés dépendants.
- 3) Perfectionner les aides à domicile par des séances de formations combinées avec l'accompagnement médicosocial inclus dans le programme d'accueil de jour.

*** Les publics concernés :**

Personnes âgées dépendantes de plus de 65 ans et aidants volontaires (par zone géographique de regroupement).

*** La méthodologie d'intervention :**

Elle s'appuie sur l'accueil de jour à dimension préventive, et l'accompagnement médico-social. L'espace d'accueil de jour constitue un lieu de formation privilégié pour perfectionner les aidants et notamment formaliser un accompagnement médico-social individualisé à domicile. Un dispositif d'accueil de jour spécialisé pour des pathologies spécifiques de la mémoire est à prévoir.

✿ Profils des bénéficiaires :

Personnes âgées dépendantes avec bilans médicosociaux et sensoriels, en cohérence avec les activités de l'accueil de jour proposées. Profil incluant des priorités humaines, sociales et de solidarité d'urgence.

✿ Structures supports et partenariat

1) L'adossement à des structures médico-sociales est à privilégier et devrait être lié aux compétences gérontologiques et médico-sociales des porteurs de projets : Maisons de retraite, réseaux d'aide à domicile, réseaux associatifs d'usagers, de famille et de services 3ème âge, services de soins à domicile (SSIAD) , hôpitaux de jour.

2) La mobilisation de l'économie sociale et solidaire, très présente dans ce secteur, constitue un atout majeur notamment pour la réaffectation de locaux mutualistes disponibles. Le patrimoine de l'économie sociale et solidaire, trouve ici une nouvelle utilisation de son parc immobilier.

3) L'examen de tout nouveau projet de création impose des critères nécessairement partenariaux afin de faire face tout à la fois aux contraintes interdisciplinaires du projet d'accueil de jour et aux questions névralgiques relatives au local et aux compétences à mobiliser. Les partenaires financiers à privilégier pourraient être en particulier, les collectivités locales, les mutuelles, les organismes sociaux, les bailleurs sociaux et les réseaux de soins et d'accompagnement.

4) L'importance du projet est induite par la dimension accordée à l'accueil de jour individuel et la capacité locale de mobilisation des compétences. Par contre, les compétences de formation pourraient être externalisées de la structure porteuse.

✿ Espaces d'accueil de jour :

On distinguera d'emblée, les espaces à implantations urbaines et rurales. Les activités d'accueil de jour gagneraient à être polyvalentes y compris en extérieur. Les opportunités d'affecter des locaux disponibles en centre ville, comportent des facteurs d'intégration sociale de proximité remarquables. Toutefois, cela nécessite une ergonomie et des contraintes de bâtiment qu'il convient de ne pas négliger. L'ergonomie des locaux répond en effet à un cahier des charges précis tant sur le plan de la prévention des risques de chutes, que sur celui de l'adaptation des locaux aux personnes dépendantes. S'agissant des espaces et services à offrir en continu, durant l'accueil de jour, on sera attentif à : la chambre de repos, aux toilettes aménagées, aux rampes, etc....

✿ Les compétences :

Le dispositif d'accueil de jour impose une structure et des qualifications diversifiées. Ces dernières devront mobiliser les missions principales : de l'auxiliaire de vie à domicile, de l'aide médico-psychologique, (notamment pour les animations à caractère thérapeutique), d'animateurs spécialisés en gérontologie, et si nécessaire d'infirmières et très ponctuellement d'aides soignants.

S'ajoute à cela la préparation des repas qui mobilise 15% de la prestation d'accueil de jour. La coordination du dispositif appelle des compétences de gestion de l'information et de la communication et un suivi de comptabilité analytique. Cette dernière compétence est indispensable à la cohérence de gestion d'un dispositif d'accueil de jour. Un système de transport quotidien serait également à prévoir.

✿ Impact économique et social :

Le ratio de création d'emplois pourrait être estimé à environ 4 à 7 emplois (ETP) pour 10 places d'accueil de jour permanent.

✿ Impact qualitatif et quantitatif sur les personnes âgées :

Le ratio national appliqué à l'impact sur l'accueil de jour des aînés serait d'environ 4 personnes âgées pour 1 place d'accueil de jour/an ; le taux de fréquentation étant lié au niveau de revenu et de précarité de la population accueillie. Or on observe que les tranches des plus bas revenus constatés en Martinique, étaient cinq fois plus importantes que celles de la métropole. En 2007, elles représentèrent environ 38 % contre 7 % en métropole. Fort heureusement, ce contexte est compensé quelque peu par la solidarité familiale martiniquaise.

Toutefois, aucune donnée ne permet à ce jour d'arrêter un ratio dans le contexte de l'accueil de jour en Martinique, et ce, faute de statistiques existantes. On pourrait néanmoins estimer raisonnablement un impact pondéré d'environ cinq fois supérieur à la moyenne nationale, soit 20 personnes âgées pour 1 place d'accueil de jour par an. Ainsi 4000 personnes âgées dépendantes en maintien à domicile, (par an) pourraient être concernées, par l'ouverture de 200 places d'accueil. Ces résultats étant approximatifs, il conviendra de les utiliser avec précaution.

✿ Le coût :

Il est estimé à environ 85 € par jour dont 10 à 15 € à la charge de la personne âgée ou de son représentant.

✿ Les modalités de financement :

L'accueil de jour est un axe majeur du schéma gérontologique élaboré par le Conseil Général. Il est vraisemblable que les partenariats précités concerneront plus les investissements, aménagements et appuis aux projets porteurs que le fonctionnement. Ces co-financements pourraient raisonnablement contribuer à la viabilisation des projets d'accueil de jour, dans le cadre local et micro régional. Le coût global du maintien à domicile équivaut à la prise en charge de l'hébergement. Ce coût continue à progresser, parallèlement à l'accueil de jour, soit environ 1000€ en aides à domicile et 1700 € en accueil de jour/mois.

Ce coût global de l'accueil à domicile est pratiquement équivalent à celui de l'hébergement en institution, soit environ 2700 €. Il y a lieu de prendre en compte la réduction du coût de santé engendrée par les effets bénéfiques de l'accueil de jour sur les soins au 3ème âge et le bien être familial prolongé dans les familles. Ce qui permet aux aidants familiaux d'offrir un meilleur accompagnement médico-social à leurs parents.

✿ Les enjeux de l'action n° 1 :

Le maintien à domicile est fortement consolidé par le développement de l'accueil de jour, ce qui est par ailleurs une demande sociale marquée. Son coût social, pour la collectivité départementale, est à peine inférieur à la prise en charge de l'hébergement en institution. En revanche l'accroissement du coût de l'inégalité sociale devrait s'accroître d'une manière alarmante avec l'arrivée de personnes âgées ayant peu ou pas cotisé pour leur retraite. En effet 1 retraité sur 2, devrait recevoir à moyen terme des revenus sensiblement inférieurs à 700 euros. Les garanties patrimoniales ou leur simple solvabilité ne leur permettront plus d'obtenir une avance sur leur prise en charge en structure d'accueil par la collectivité départementale.

En favorisant le maintien à domicile, on réduit en définitive, les investissements d'hébergement en institution. Dans tous les scénarii de prise en charge l'innovation sociale paraît indispensable pour faire face aux enjeux de la croissance inexorable des besoins sociaux des aînés. Toutefois il est à signaler que la croissance du maintien à domicile, nécessitera, pour les personnes les plus dépendantes, des structures d'accueil plus médicalisées.

Fiche Action n°2

Création d'un « Pass Gran Moun » multiservices

*** Domaine d'intervention gérontologique :**

Ceux de la prévention, des activités mémoire, de l'animation sociale, culturelle et sportive.

*** Les besoins :**

L'exclusion croissante des générations les plus âgées reste alarmante, et se manifeste par une réduction forte du lien social et de la participation à la vie de la cité. Cette situation est accentuée par les disparités, géographiques d'une part et les niveaux de revenus d'autre part. La création d'un PASS permettrait d'inciter les aînés à participer à la vie locale et d'accéder aux infrastructures culturelles et sportives. Cela activerait le lien social inter générations, tout en maintenant une veille mentale propice à la prévention du vieillissement. Ce dispositif couplé avec les mesures « de prise en charge du transport, » devrait compenser les inégalités sociales et faciliter l'accès des habitants âgés des communes excentrées, aux espaces culturels de la conurbation. Le PASS GRAN MOUN devrait aussi relancer des activités conviviales en voie de disparition (*raréfaction des banquets mutualistes et des animations dans les clubs de 3ème âge*).

*** Les publics concernés :**

Personnes âgées valides et personnes dépendantes actives et volontaires de plus de 65 ans

*** Le concept de « PASS GRAN MOUN » :**

Grâce aux réductions de tarifs, le « Pass GRAN MOUN », permettra aux aînés de participer de manière soutenue à des activités conviviales et culturelles : cinéma, spectacles, gastronomie, activités sportives, de danse et de musique, voyages.

Ce « PASS Gran moun » devrait en effet réduire les inégalités d'accès des « retraités » aux différentes activités. Activités facteurs de prévention et d'intégration générationnelle. Il constituera un outil de lutte contre la solitude et la résignation des générations plus âgées. Les modules de compensation varieront en fonction du niveau de revenu et du

pourcentage de prise en charge négocié avec les partenaires du PASS concernés.

*** Profils requis :**

Personnes âgées volontaires de plus de 65 ans.

*** Les structures supports :**

La dimension innovante, la rationalité sociale d'un tel projet induiraient leur prise en charge par une structure collégiale ou d'innovation sociale, telle que la Chambre Régionale de l'Economie sociale et solidaire, conformément à ses missions, d'autant qu'elle fédère presque toutes les associations de 3ème âge.

*** Les espaces de diffusion :**

Environ 5 000 à 15 000 PASS pourraient être distribués à travers les réseaux associatifs 3ème âge, les associations familiales, les CCAS et les CLIC ainsi que les services des collectivités mobilisés comme vecteurs de promotion.

*** Les compétences :**

Les compétences professionnelles d'innovation sociale, juridiques et technico-commerciales seront requises pour l'encadrement du projet.

Une étude de faisabilité technique s'avère indispensable pour la mise en place de ce projet

*** L'impact économique et social :**

Ce projet pourrait générer une dizaine d'emplois.

*** L'impact qualitatif et quantitatif sur les personnes âgées :**

Impact de convivialité, de tonicité, de bien être, d'espoir, de revalorisation de l'image, d'intégration générationnelle, de consolidation du lien social.

*** Le coût :**

Le prix de revient moyen serait de, 50 à 100 € minimum par bénéficiaire, selon les co-financeurs, soit 30 à 90% de remise sur les prix des prestations pris en charge. Le volume global de transactions pourrait s'élever à environ 200000 € en année x, dont 10% financés par les personnes âgées.

*** Les modalités de financement :**

Ce dispositif reposerait sur des cofinancements Collectivités Régionale et Départementale 15 % chacune, État 10% , Communes et Collectivités de communes 10%, Organismes sociaux 30`% Personnes âgées et leurs associations 10% Mutuelles 10%. Ce scénario pourrait aussi prévoir de cumuler des prises en charge ciblées par les co-financeurs (ex : bénéficiaires de caisses de retraite complémentaire spécialisées).

*** Les enjeux de l'action N°2 :**

Ce dispositif permettra la relance de l'intégration des personnes âgées dans la vie locale. Il pourrait être couplé avec la campagne médiatique des associations familiales du 3ème âge. Il y aura lieu de prévoir un rééquilibrage du coût pour les aînés du rural se trouvant éloignés des lieux d'activités sociales, culturelles et sportives.

Fiche Action n°3

Plan de gratuité des transports

➤ Scénario 1 pour les aînés de plus de 65 ans

➤ Scénario 2 pour les aînés de plus de 75 ans

*** Domaine d'intervention gérontologique :**

Les transports urbains et ruraux.

*** Les besoins :**

Le coût du transport, la faiblesse des revenus moyens et l'absence d'infrastructures sont des facteurs d'exclusion des personnes âgées.

*** Les publics concernés :**

Tout public âgé selon deux variables :

- ▲ Agés de plus de 65 ans
- ▲ Agés de plus de 75 ans

*** La méthodologie d'intervention :**

Gratuité des transports par l'obtention d'une carte nominative sécurisée. Le CCAS du lieu de résidence assurerait la délivrance du document, par délégation.

*** Formalités requises :**

Pièces justificatives d'état civil exigées.

*** Les structures supports :**

Le Conseil Général avec le concours du Conseil Régional, des Collectivités locales (et communautés de communes) et des partenaires sociaux.

*** Les compétences des prestataires de service :**

Compétences juridiques, administratives et sociales, spécialités transport.

*** L'impact économique et social :**

Réduction des coûts de gestion à l'échelle des transporteurs et compensations financières garanties. Accroissement des taux de remplissage des transports, grâce à l'intégration sociale des aînés avec leur participation à la vie sociale et culturelle de la cité.

*** L'impact qualitatif et quantitatif sur les personnes âgées :**

Meilleure intégration sociale et culturelle des personnes âgées, et meilleur accès égalitaire aux services.

*** Le coût :**

Une étude de faisabilité est nécessaire pour permettre d'estimer le coût de la mesure.

*** Les modalités de financement :**

Collectivités Départementale et Régionale et Etat.

*** Les enjeux de l'action n° 3 :**

Cette action permettra de prendre en compte l'isolement des personnes âgées et simultanément contribuer à reconstituer un lien social fragilisé par l'évolution de l'individualisation dans les comportements sociaux. Cette mesure va de pair avec la dynamisation préventive des aînés.

Fiche Action n° 4

Programme de diffusion de gérontes technologies permettant de réduire les chutes et accidents domestiques et de lutter contre la solitude

*** Domaine d'intervention gérontologique :**

Celui de la Prévention.

*** Les besoins :**

Ils proviennent des accidents domestiques fréquents qui constituent un facteur majeur de détérioration de l'état de santé des personnes âgées, de la réduction de leur mobilité et de l'inadaptation des locaux à l'évolution de leur état physique.

*** Les publics concernés :**

Personnes âgées de plus de 65 ans.

*** La méthodologie d'intervention :**

Elle consiste à prévoir la mise en place de campagnes territoriales de prévention des risques permettant d'établir un diagnostic ergonomique des domiciles des personnes concernées.

Ce programme s'accompagnera d'un plan opérationnel de prise en charge des aménagements nécessaires. Ce dernier volet s'appuiera sur les financements existants (notamment ceux de l'amélioration de l'habitat) et sur ceux des équipements et technologies appropriés au diagnostic social et familial précité.

*** Profils requis :**

Personnes âgées, demandeurs d'un diagnostic, volontaires ou personnes identifiées pour une nouvelle dépendance.

*** Les structures supports :**

Le Conseil Général, le Conseil Régional, et la DSDS (ETAT) pour le financement. La CGSS et l'ARACT pour l'appui technique. Les CCAS et les services sociaux des hôpitaux, pour l'instruction des dossiers.

*** Les compétences des prestataires de service :**

Compétences sociales, compétences en ingénierie financière, compétences en ergonomie et en accidentologie domestique.

*** L'impact économique et social :**

La réduction des risques aurait des effets majeurs sur les coûts de santé et serait directement identifiable par comparaison annuelle des coûts hospitaliers. L'investissement d'aménagement pourrait faire l'objet de nouveaux partenariats financiers. Toutefois, Il existe un obstacle récurrent lié au financement difficile des 20% d'apport des intéressés.

*** L'impact qualitatif et quantitatif sur les personnes âgées:**

La réduction des souffrances engendrées par les chutes provoquées par manque de prévention est à lui seul, un enjeu qualitatif; la fréquence des risques de chute étant élevée.

L'impact quantitatif est tout aussi important. Le coût social et humain est significatif d'autant que l'hospitalisation entraîne un basculement social d'un nombre important de personnes âgées en précarité relative.

L'objectif de la mesure est bien de favoriser et faciliter le maintien à domicile des aînés dans des conditions optimales de sécurité.

*** L'impact qualitatif sur les aidants :**

Réduire l'effort et l'épuisement physique des aidants, et notamment les conséquences résultant d'une mauvaise posture lors des prises en charge des aînés.

*** Le coût :**

Il serait quantifiable à partir d'une étude d'impact à prévoir dans le cadre des indicateurs de suivi.

*** Les modalités de financement :**

Les financements s'appuieraient sur un partenariat Etat (DSDS) et Collectivités locales, départementales et régionales.

Des actions expérimentales seraient souhaitables au plan territorial, avec le concours du Conseil Général, des organismes sociaux et des collectivités intéressées. Un dispositif-relai de solidarité est à prévoir pour se substituer à la participation des aînés.

*** Les enjeux de l'action n°4 :**

Avant toutes choses, les enjeux sont humains, puisqu'ils devraient permettre de réduire les souffrances inutiles et l'aggravation de la situation sociale des intéressés.

Ils sont également financiers. En effet ; la réduction des dépenses hospitalières serait significative et cette mesure éviterait par ailleurs les « basculements » sociaux des publics moyennement démunis financièrement et « fragilisables », par l'impact de l'hospitalisation...

Fiche Action n°5

Campagne Média de promotion de la solidarité envers les aînés en partenariat avec les organisations familiales de la Région

*** Domaine d'intervention gérontologique :**

La communication et la prévention.

*** Les besoins :**

Ces besoins sont la conséquence de l'évolution de la société (l'éclatement des relations intra-familiales et sociales en particulier).

*** Les publics concernés :**

Les associations représentatives des familles dans leurs relations avec leurs aînés.

*** La méthodologie d'intervention :**

Elle consistera en une campagne multimédia visant à prévenir la marginalisation insidieuse des personnes âgées. Le point d'orgue de la campagne serait la valorisation de leur rôle familial et sociétal, facteur de dynamisation du pouvoir d'achat et de consommation des aînés.

Elle ciblerait les séquences de vie démontrant la place des aînés et leur participation à la vie de la cité au quotidien. Elle visera à rationaliser la relation inter générations par des exemples pratiques démontrant le rôle actif des aînés dans la société martiniquaise.

Elle visera enfin à replacer les aînés dans les cibles commerciales traditionnelles de consommation.

Ceci n'exclut pas la valorisation des réalités de solidarité sociale qui n'ont point à se mesurer aux critères de consommation, attendu qu'elles réussissent là où la société de profit échoue. C'est le cas des services de proximité où les logiques commerciales d'économie libérale ont montré leurs limites car elles sont incapables de produire la même qualité de service, faute de rationalité solidaire !

*** Les structures supports :**

Collectivités Régionale et Départementale, Etat, organismes sociaux, associations familiales. Celles-ci, maître-d'œuvre, se trouveront ainsi en situation de promouvoir les valeurs de solidarité qu'elles défendent au sein de la famille.

*** Les compétences des maîtres d'œuvre :**

Compétences Sociales, sociologiques, commerciales et publicitaires.

*** L'impact économique et social :**

Il est déterminant non seulement dans la défense des valeurs, sociales, et familiales en régression mais aussi dans le rétablissement d'un rôle social des aînés, à travers la consommation, condition difficilement contournable pour exister, à égalité, avec tous les « citoyens consommateurs ».

Certes, les valeurs morales des aînés devraient suffire à justifier la solidarité inter générations, mais force est de reconnaître que le silence des médias sur les consommateurs âgés n'a fait que valider l'individualisation exacerbée qui les exclut.

L'impact social et économique de la campagne devrait mettre un terme une situation inacceptable car le pouvoir d'achat des aînés, même réduit est bien supérieur à celui des jeunes.

*** L'impact qualitatif et quantitatif sur les personnes âgées :**

La réintégration des aînés, dans la vie de la cité, est l'un des effets attendus, au côté de l'activation culturelle sociale et associative de ces derniers.

*** Le coût :**

Environ 30 000 €/an avec effet incitateur sur les budgets de publicité en général, pour que soient mieux pris en compte les personnes âgées.

*** Les financements :**

L'Etat, les Collectivités locales départementale et régionale, les organismes sociaux et les Associations départementales familiales.

Fiche Action N° 6

Plate-forme inter générationnelle de développement des services de proximité

*** Domaine d'intervention gérontologique :**

Le maintien à domicile.

*** Les besoins :**

Le maintien à domicile nécessite l'existence d'un tissu de services de proximité capable d'apporter avec cohérence aux aînés, les soutiens appropriés.

*** Les organismes concernés :**

Tous les services d'aide à la personne, les réseaux dont ceux de l'économie sociale et solidaire, partenaire à part entière et incontournable.

*** La méthodologie d'intervention :**

Réalisation d'un état des lieux territorial, suffisamment précis, selon un découpage d'aménagement en cohérence avec les outils gérontologiques en vigueur.

Élaboration d'une plate-forme de développement des services répondant aux besoins non satisfaits.

*** Les structures supports :**

État, Collectivités locales, départementale et régionale.

*** Les compétences des prestataires :**

Compétences économiques et sociales, en gestion, commerce et innovations sociales.

*** L'impact économique et social :**

Il contribuera à renforcer sensiblement le maintien à domicile, en évitant la mise en institution. Au plan social, le dispositif territorial de besoins permettra d'identifier les plus démunis et d'établir les procédures d'égalité d'accès à ces différents services.

*** L'impact qualitatif et quantitatif sur les personnes âgées :**

Il contribuera à améliorer :

- 1) Le bien être des aînés à domicile,
- 2) La lutte contre la solitude dans des domaines où les entreprises de services privés sont inopérantes.

*** Le coût :**

Il est estimé à environ 50 000 € par zone et par an.

*** Les financements :**

Etat, Collectivités départementale et régionale, Communautés de communes.

*** Les enjeux de l'action N°6 :**

Le maintien à domicile des personnes âgées requiert des services de proximité performants et en cohérence avec les valeurs d'humanité et de solidarité.

Fiche Action n°7

Plan de relance et de pérennisation de l'innovation sociale 3ème Age

*** Domaine d'intervention gérontologique :**

Celui du maintien à domicile et de l'hébergement des personnes âgées

*** Les besoins :**

Pour répondre aux exigences sociales de nos aînés, que l'économie libérale, ignore, l'économie sociale et solidaire est le secteur-clés pouvant satisfaire aux impératifs de l'innovation sociale.

En effet, les réseaux associatifs sont très présents et impliqués en gérontologie. Ils pourraient servir de structures support sur la question de la solitude des aînés. De même, l'innovation sociale dans le domaine de l'hébergement devra tenter des expérimentations nouvelles pour stimuler un secteur en questionnement.

*** Les publics concernés :**

Les personnes âgées dépendantes à domicile.

*** La méthodologie d'intervention :**

Développer l'identification et l'analyse des initiatives porteuses et stimuler l'innovation sociale dans le domaine du 3ème âge dans tous les compartiments de la gérontologie.

*** Profils requis pour les prestataires de service :**

Entreprises et acteurs du réseau de l'économie sociale et solidaires, partenaires publics impliqués dans la prise en charge.

*** Les structures supports :**

Etat, les collectivités Départementale et Régionale et les communautés de communes.

*** Les compétences des prestataires :**

Compétences en économie et en ingénierie sociale.

*** L'impact économique et social :**

Il est majeur dans un secteur où les services privés sont réduits à de micro prestations. Le développement de l'innovation sociale devrait générer des emplois et permettrait de répondre à des besoins non satisfaits.

*** L'impact qualitatif et quantitatif sur les personnes âgées :**

Amélioration du bien être des personnes âgées dans leur quotidien grâce à la prise en charge des besoins non satisfaits.

*** Le coût :**

Le coût de cette opération est estimé à 50 000 € /an.

*** Financement :**

Etat, Collectivités départementale et régionale, Collectivités Locales, Communautés de communes, fondations de l'économie sociale,

*** Les enjeux de l'action n° 7 :**

L'innovation sociale apportera des réponses appropriées aux contextes difficiles liés à la diversité des services pour le public du 3ème âge.

Fiche action n° 8

« ETATS GENERAUX » DES STRUCTURES D'ACCUEIL DE PERSONNES AGEES AVEC DES PARTENAIRES PUBLICS ET PRIVES

*** Domaine d'intervention gérontologique :**

Celui de l'ingénierie gérontologique, de l'hébergement et du maintien à domicile.

*** Les besoins :**

Les institutions médico-sociales sont confrontées à des enjeux économiques qualitatifs et financiers dont l'ampleur pourrait être mesurée avec plus de cohésion, si l'ensemble des interlocuteurs étaient réunis pour dégager une dynamique interdisciplinaire et inter institutionnelle. Cette cohésion devrait améliorer l'engagement de tout un chacun, tant sur les conditions de développement de l'hébergement que sur celui de l'implication des structures d'accueil dans le développement du maintien à domicile.

*** Les publics concernés :**

Toutes les structures d'accueil de personnes âgées et leurs représentants, les intervenants médicaux, paramédicaux et médicosociaux.   cette liste s'ajoutent des partenaires publics de la gérontologie et des réseaux spécialisés.

*** La méthodologie :**

Organisation d'un séminaire de deux jours décomposé en ateliers thématiques.

Les thèmes des ateliers de réflexions prospectives seraient les suivants :

⇔ Atelier 1

° Quelle organisation à promouvoir pour les structures d'accueil eu égard aux axes prioritaires du nouveau schéma gérontologique ?

⇔ Atelier 2

° Quelles compétences à promouvoir pour le suivi médical et médico-social individualisé ?

⇔ Atelier 3

° Quelle ingénierie financière à développer pour les structures d'accueil en fonction de leur taille et de leur statut ?

° Quelles réponses à apporter à l'insolvabilité grandissante des familles ?

Ce séminaire comportera deux temps forts :

- Un travail de réflexion en ateliers thématiques,
- Une synthèse des travaux en séance plénière avec échanges sur les axes prioritaires retenus, permettant de mettre en place un programme opérationnel.

*** Profils des participants :**

- Les responsables et cadres de structures d'accueil de personnes âgées,
- Les professionnels du secteur médico-social et paramédical,
- Les représentants et responsables administratifs des réseaux et organismes sociaux de référence,
- Les représentants des instances compétentes en gérontologie,
- Les représentants des associations de personnes âgées.

*** Les structures supports :**

- Les collectivités Départementale et Régionale,
- Les Services de l'Etat concernés,
- Les organismes sociaux.

*** Les compétences des prestataires :**

Les domaines de compétences du maître d'œuvre : Santé publique, social, organisation de la santé, gestion et financement des institutions médico-sociales.

*** L'impact économique et social :**

La mise en synergie des acteurs autour des interactions économiques et organisationnelles, devrait faciliter l'émergence de projets opérationnels plus pertinents dont l'instruction serait simplifiée, et la mise en œuvre accélérée.

*** L'impact qualitatif et quantitatif sur les personnes âgées :**

Les résultats des Etats Généraux permettront de répondre à l'ampleur des besoins des aînés par des approches plus ciblées et plus cohérentes. Ils devraient par ailleurs agir directement sur la qualité des services à offrir et sur l'efficacité des mesures d'hébergement et de maintien à domicile.

*** Le coût :**

Le coût du séminaire est estimé à 75 000 € sur deux jours, auquel il y a lieu d'ajouter la production et la diffusion des actes.

*** Les modalités de financement :**

L'Etat, les Collectivités départementale et régionale, les organismes sociaux, la Caisse des dépôts et consignations, la DDTFP, les acteurs de l'économie sociale et solidaire.

Fiche Action n° 9

Plan individualisé d'accompagnement médico-social à domicile (PIAD)

*** Domaine d'intervention gérontologique :**

Celui de l'accompagnement individualisé du maintien à domicile

*** Les besoins :**

La multiplication des accompagnements médicalisés et médicosociaux à domicile rend opaque la cohérence de l'intervention sanitaire et sociale. Dans une logique d'appui au maintien à domicile, il conviendrait de réaliser un véritable livret individualisé de prise en charge du dispositif permettant ainsi de faciliter la traçabilité et la synergie des interventions.

*** Les publics concernés :**

Personnes âgées dépendantes par zone géographique de regroupement.

*** La méthodologie d'intervention :**

- * **Réalisation d'un bilan de suivi complet de l'accompagnement médico-social et de ses prévisions individualisées.** Etabli à partir de campagnes territoriales, ce bilan serait réalisé simultanément aux mesures de développement du maintien à domicile et dans le cadre de l'opérationnalisation du Schéma gérontologique.
- * **Elaboration du livret individualisé d'accompagnement.** Ce document individualisé et confidentiel serait actualisable (DMP/PIAD) par les différents intervenants médico-sociaux.
- * **Désignation d'un référent du PIAD** pour les plans individualisés et territoriaux afin d'activer les prises en charge de la plate-forme locale de services de proximité.
- * **Réalisation d'une étude technique interdisciplinaire pour arrêter les items du PIAD** à retenir et ce dans le respect des critères d'éthique, de confidentialité et d'opérationnalité.

*** Les structures supports :**

Collectivités Départementale et Régionale, Services de l'Etat, Organismes sociaux, dont mutuelles.

*** L'impact économique et social :**

La synergie et la cohérence des accompagnements devraient avoir des effets directs sur la maîtrise des coûts sociaux et leur cohérence au regard du plan territorial de maintien à domicile.

La fiche action PIAD facilitera globalement la qualité de l'accompagnement et permettra une meilleure responsabilisation des aînés et de leurs aidants.

*** L'impact qualitatif et quantitatif sur les personnes âgées :**

Le PIAD agira directement sur le bien être et la satisfaction des aînés et de leurs aidants, en catalysant les interventions de la Collectivité.

Les campagnes territoriales devront contribuer à une densification de la prise en charge individualisée, en liaison avec les autres infrastructures sociales et de santé du territoire.

Ce dispositif sera alors le chaînon « manquant » permettant de relier les infrastructures médico-sociales à « l'administré » à domicile, tant dans son quartier que dans le territoire dont il relève, et ce, en cohérence, avec le schéma de l'organisation de la santé (SROS).

*** Le coût :**

On pourrait estimer le bilan PIAD interdisciplinaire d'accompagnement médico-social à environ 50 € par personne âgée.

*** Les modalités de financement :**

Les services de l'Etat et les organismes sociaux pourraient être les premiers financeurs d'un tel dispositif, relayés par les collectivités départementale et régionale.

7 - BIBLIOGRAPHIE ET DOCUMENTS ANNEXES

1 / Schéma Gérontologique Départemental 2003–2007

- *Conseil Général de la Martinique*
- *Direction Générale Adjointe chargée des affaires sociales*
- *Avec la collaboration du Centre Pluridisciplinaire de Gérontologie de Grenoble*

2 / Évaluation des pratiques professionnelles dans les Etablissements de santé– Octobre 2000

- *Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé*

3 / Qualité et démarche d'évaluation continue de la qualité en Etablissement social et médico–social

- *Journée d'étude de la FGADPEP (Fédération Générale des Pupilles de l'Enseignement Public)*

4 / Guide Méthodologique: Démarche qualité– Evaluation interne dans un Etablissement médico–social ou social et recours à un prestataire

5 / Les personnes âgées

- *Fiche thématique du CCAS de Fort de France- Janvier 2006*

6 / Étude Prospective sur la prise en charge et l'hébergement des personnes âgées à la Martinique

- *Mediadepjtp- Rapport final 2008*

7 / La création des Etablissements et services sociaux et médico–sociaux

▫ *Note d'information du Conseil Général*

8/ Matrice de prise en charge des personnes âgées dépendantes concertation du Schéma gérontologie. Société martiniquaise de gérontologie et de gériatrie (SMGG 2007)

9) Documentations sur CD ROM

- *Maintien à domicile*
- *Ingénierie 3ème âge*
- *Hébergement et admission en Institution*
- *Données générales relatives aux personnes âgées*
- *Rapport final en power point*
- *Bibliographie complémentaire*
- *Un exemple de projet cyber*
- *Un projet innovant en géronte technologie*
- *Rapport sur les gérontes technologies*
- *Projet de reprise du village*
- *Plan 3ème âge de prise en charge des personnes âgées en Martinique*
- *Plaidoyer pour le développement*
- *Plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques*
- *Liste des Etablissement pour personnes âgées*
- *Information et statistique en gérontologie*
- *Tableau de Bord de l'Agglomération Foyalaise*
- *Les accueils de jour*
- *L'aide à domicile*
- *Prévention et personnes âgées*
- *Evaluation de la dépendance*
- *Charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante*
- *Charte des droits des personnes âgées dépendantes en Institution*

10) Documents annexes au rapport final : tableaux synthétiques

(Ces documents peuvent être transmis sur simple demande auprès du CESR)

Adopté par l'Assemblée plénière du 25 septembre 2008