DÉPARTEMENT DE LA GUADELOUPE

Schéma départemental pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

2016-2020

CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA GUADELOUPE

Solidaire, tout au long de la vie.

SOMMAIRE

Mot de la Présidente du Conseil départemental . . . 5

Mot de la Présidente de la Commission personnes âgées personnes handicapées . 7

Introduction . . . 8

1) Un schéma 2016-2020 s'inscrivant dans un contexte institutionnel mouvant . . . 8

2) Une méthode d'élaboration du schéma 2016-2020 fortement participative . . . 12

PARTIE 1 : Diagnostic départemental de l'offre et des besoins en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap . . . 13

1) Le contexte démographique et socio-économique de la Guadeloupe . . . 14

2) La perte d'autonomie en chiffres . . . 19

3) Coordination des actions et prévention de la perte d'autonomie . . . 23

4) L'accès à la vie sociale et l'adaptation des offres de droit commun . . . 27

5) La vie au domicile . . . 28

6) L'offre d'hébergement médico-social . . . 32

7) L'accueil familial . . . 37

8) Les enjeux pour le schéma 2016-2020 . . . 38

Partie 2 : Le plan d'actions 2016-2020 . . . 39

Orientation n°1 : Prévenir la perte d'autonomie et coordonner les interventions . . . 41

Orientation n°2 : Favoriser l'accès à la vie sociale . . . 47

Orientation n°3 : Accompagner au domicile et soulager les proches aidants . . . 51

Orientation n°4 : Communiquer, sensibiliser, accueillir . . . 57

Orientation n°5 : Adapter et diversifier l'offre médico-sociale . . . 61

Annexes . . . 68

Glossaire . . . 69

Composition des instances de pilotage du schéma 2016-2020 . . . 70

Table des illustrations . . . 70

Aide à la lecture des cartes . . . 71

Mot de la Présidente du Conseil départemental

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA GUADELOUPE

Chers usagers, chers responsables associatifs,

Le Conseil départemental de la Guadeloupe affirme sa volonté d'élaborer et de mettre en œuvre et de suivre, s'agissant de l'autonomie des personnes âgées et handicapées, une politique publique respectueuse des principes humanistes qui la sous-tendent.

La majorité départementale et moi-même faisons preuve de volontarisme afin d'offrir à nos compatriotes guadeloupéens toutes les conditions pour qu'ils vivent le temps de leur retraite de façon la plus facilitée qu'il soit.

La force du second schéma de l'autonomie réside dans le fait que des solutions et des innovations aient été avancées pour être mises en œuvre dans le cadre d'un partenariat solide et diversifié. Ce sont tous les acteurs institutionnels, associatifs et informels qui ont participé à son élaboration au cours des six premiers mois de cette année. Il en est résulté un dispositif ouvert et novateur qui a l'ambition de porter des solutions à la perte d'autonomie de nos ainés et à anticiper le vieillissement démographique de la population guadeloupéenne.

C'est dans un cadre budgétaire contraint par d'autres dépenses obligatoires et par le contexte de raréfaction des fonds publics que le partenariat et la mutualisation du service public peuvent être bénéfiques pour le plus grand nombre d'usagers guadeloupéens.

Dans les cinq années à venir, le Conseil départemental s'attache et s'attachera à prévenir la perte d'autonomie notamment par le développement de l'initiative associative de repérage des personnes isolées, mais aussi à offrir aux personnes âgées qui n'ont pas la capacité de demeurer chez elles, un hébergement hors domicile qui corresponde le mieux possible à leurs aspirations et à leur moyen.

Le Conseil départemental a vocation à développer une politique de la dépendance, adaptée à l'évolution de la société guadeloupéenne et de l'état de santé de la personne âgée car le vieillissement démographique est inéluctable.

C'est pour cela que des lignes claires de force et d'orientation ont été dégagées dans le cadre du schéma départemental de l'autonomie

Josette BOREL-LINCERTIN,

Présidente du Conseil départemental de la Guadeloupe.

Mot de la Présidente de la commission personnes âgées personnes handicapées

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA GUADELOUPE

Chers usagers, chers responsables associatifs,

Le schéma départemental de l'autonomie constitue un outil fondamental pour la mise en cohérence des mesures et dispositifs dédiés aux personnes âgées et pour la mise en œuvre des dispositions légales adoptées au cours des dernières années, notamment la Loi d'adaptation de la Société au Vieillissement (ASV) qui a été adoptée le 28 Décembre 2015.

En qualité de présidente de la Commission intérieure « personnes âgées –personnes handicapées » du Conseil départemental, j'ai l'insigne honneur tout à la fois d'impulser les mesures et les dispositifs d'aide sociale en faveur des personnes âgées, de veiller à leur application fine sur tout le territoire de l'archipel et de porter leur résonnance dans la politique sanitaire locale avec les services de l'Etat et en premier lieu, l'Agence régionale de Santé.

Le second schéma départemental de l'autonomie qui a été voté le 18 novembre 2016 par l'Assemblée plénière du Conseil départemental, procède de plusieurs objectifs stratégiques permettant de faire progresser »la cause » des personnes âgées et des personnes en situation de handicap en Guadeloupe.

Dans la période courant de 2016 à 2020, l'action du Conseil départemental sera équilibrée parce qu'elle va consister à accompagner au mieux les personnes âgées dans la satisfaction de leurs besoins quotidiens qu'elles aient fait le choix de demeurer à domicile malgré l'inadaptation du logement ou d'être hébergées et pris en charge au sein d'un établissement médico social autorisé.

Les conseillers départementaux, membres de la commission personnes âgées – personnes handicapées et au-delà, tous les autres conseillers départementaux, sont pleinement au fait des réalités et des besoins de nos aînés car ils sont sollicités dans leur canton.

Il en résulte une saine émulation car ils ont eu à cœur – et je les remercie grandement - de participer aux travaux d'élaboration du schéma qui se sont déroulés tout au long du premier semestre 2016.

Ainsi, nous avons collectivement imaginé et préparé des mesures pour fluidifier le parcours de la personne âgée en perte d'autonomie tant dans ses aspects sociaux, matériels que médicaux, pour lutter contre l'isolement matériel et géographique de la personne âgée dans les zones péri urbaines et rurales de la Guadeloupe, et enfin pour dynamiser tous les dispositifs techniques et humains existants parce que l'amélioration de la qualité du service rendu est et demeure une priorité.

Si l'on ne devait retenir que l'essentiel du second schéma départemental de l'autonomie, il importerait de mettre en lumière deux types d'action :

- Le développement des aides à l'adaptation du cadre de vie ;
- La proposition à faire aux aidants familiaux d'une offre de répit leur permettant de passer le relais de l'accompagnement pour une courte durée, de la personne âgée, à un intervenant formé.

Le second schéma départemental est un outil à l'usage des associations, des services et des acteurs de la gériatrie, nous veillerons à ce qu'il soit diffusé et expliqué au plus grand nombre de guadeloupéens.

La présente brochure vous présente le schéma départemental de l'autonomie 2016- 2020 et vous apporte toutes les informations pour faire valoir vos droits. Je vous encourage à la lire et à la diffuser auprès de tous vos proches qui seraient concernés par la volonté de bien vieillir.

Chantal LERUS,

Présidente de la Commission Personnes âgées personnes handicapées.

Introduction

1 Un schéma 2016-2020 s'inscrivant dans un contexte institutionnel mouvant

Les dispositifs en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ont connu de profonds bouleversements ces dix dernières années. Le cadre législatif dans lequel s'inscrit la politique autonomie met désormais l'accent sur un accompagnement global et individualisé de la personne, faisant écho au respect de son projet de vie, sur une prise en charge de qualité par des équipes pluridisciplinaires ou encore sur le développement d'une offre accrue de services à destination des personnes souhaitant rester à leur domicile.

a) Un contexte législatif en constante évolution depuis la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

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

Cette nouvelle dynamique attentive au bien-être et à l'épanouissement des personnes a été initiée par la loi du 2 janvier 2002. Le Conseil Départemental est alors positionné comme **chef de file de l'action sociale et médico-sociale**. A ce titre, il a en charge le renouvellement du schéma d'organisation sociale et médico-sociale, dont un volet est consacré aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap. Les objectifs assignés à ce schéma sont précisés dans le code de l'action sociale et des familles (CASF) qui indique dans son article L.312-4 que :

« Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale […] :

Apprécient la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;

Dressent le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;

Déterminent les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment, ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services […] ;

Précisent le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services […] ;

Définissent les critères d'évaluation des actions mises en oeuvre dans le cadre des schémas. »

Ce schéma a ainsi vocation à déterminer le niveau des besoins sociaux et médico-sociaux de la population, à dresser un bilan de l'offre sociale et médico-sociale existante et à faire état des besoins de développement de l'offre (notamment les créations, transformations ou suppressions d'établissements et services).

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

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

La loi du 30 juin 2004 crée **la Caisse nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)**. La CNSA est un établissement public chargé de contribuer au financement d'actions favorisant notamment l'autonomie des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées gérées par les Départements et joue un rôle d'expertise et d'appui technique.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La loi du 21 juillet 2009, dite HPST, institue un changement dans l'organisation des compétences de l'État dans les administrations déconcentrées. **Les Agences Régionales de Santé (ARS) sont créées**, remplaçant une partie des attributions des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et des Caisses Régionales d'Assurance Maladie, pour décliner la politique nationale de la santé et la piloter au niveau régional. Sous tutelle des ministères chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie, elles sont de fait le nouvel interlocuteur étatique principal du Conseil Départemental depuis le 1er janvier 2010. Elles sont coordonnées par le Comité National de Coordination des ARS et leur relais est assuré au niveau départemental par des délégations territoriales.

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

b) Un contexte national marqué par l'adoption de la loi d'adaptation de la société au vieillissement et la publication du rapport Piveteau

L'élaboration du schéma en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap intervient dans un contexte mouvant. En effet, **plusieurs réflexions nationales viennent impacter les responsabilités du Conseil Départemental dans le champ de la politique autonomie**, et de fait les actions prévues dans le cadre du schéma 2016-2020.

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement

La loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement, dite ASV, entrée en vigueur au 1er janvier 2016, réforme l'action du Conseil Départemental dans le domaine de l'autonomie des personnes âgées. Son ambition est de répondre aux conséquences du vieillissement de la population en :

Anticipant les premiers facteurs de risque de la perte d'autonomie ;
Adaptant les politiques publiques au vieillissement ;
Améliorant la prise en charge des personnes en perte d'autonomie.

Les principales dispositions de la loi impactant l'action des Départements sont :

L'instauration d'une conférence des financeurs. Cette instance de coordination institutionnelle vise à développer les politiques de prévention de la perte d'autonomie. Ses missions sont d'établir un diagnostic des besoins des personnes âgées de 60 ans et plus résidant sur le territoire départemental, de recenser les initiatives locales et de définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention, en complément des prestations légales ou extra-légales. L'instauration de cette conférence constitue une action phare du nouveau schéma, comme en témoigne son positionnement en tête du plan d'actions 2016-2020.

La création d'un Comité Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA). Ce comité remplace le Comité Départemental des Retraités et des Personnes Âgées (CODERPA) et le Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées (CDCPH). Son objectif est d'assurer la participation des personnes âgées et des personnes en situation de handicap à l'élaboration, à la mise en oeuvre, au développement et à la mise en cohérence des politiques de l'autonomie. Le nouveau schéma prévoit ainsi l'instauration du CDCA et de plusieurs collèges spécialisées, qu'il souhaite associer étroitement à la mise en oeuvre du plan d'actions 2016-2020 du Département en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Le soutien aux aidants est un autre des axes phares de la loi ASV. Ce dernier prévoit la reconnaissance d'un «droit au répit» pour les proches aidants et les aidants familiaux dans le cadre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). La loi vise à renforcer la solvabilisation des proches aidants de bénéficiaires de l'APA en leur permettant de bénéficier de dispositifs de répit via une aide financière dédiée. Ce soutien repose sur la mise en place d'une évaluation des besoins des proches aidants à

l'appui d'un outil d'évaluation multidimensionnel. La loi entend en outre favoriser l'articulation de l'offre de services, grâce à la mise en cohérence des actions dans le cadre du programme départemental d'actions d'aide aux aidants non professionnels (thématique incluse dans le périmètre de la conférence des financeurs). Le schéma 2016-2020 consacre une action à part entière à la question du soutien aux proches aidants, avec pour objectif de mieux répondre à leurs besoins d'écoute, de répit et de formation.

Le maintien à domicile est également l'une des préoccupations majeures de la loi ASV. Elle prévoit l'augmentation des plafonds de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et une diminution du reste à charge. La grille AGGIR sera complétée par une évaluation multidimensionnelle des besoins du demandeur de l'APA et de son/ses aidant(s). Un régime unique d'autorisation met fin au droit d'option entre le régime de l'agrément et celui de l'autorisation en vigueur depuis la loi Borloo de 2005, au profit de la seule autorisation par les Conseils Départementaux. Un nouveau cahier des charges national de l'autorisation est attendu. Le Département devra justifier tout refus d'autorisation. Par ailleurs, les accueillants familiaux devront obligatoirement suivre une formation avant leur agrément et non après. La décision d'agrément fixera le nombre de personnes pouvant être accueillies, dans la limite de trois personnes de manière simultanée et de huit en contrats d'accueil au total, sans excéder le seuil de trois contrats d'accueil permanent. La concrétisation de l'ensemble de ces dispositions fait partie des priorités du nouveau schéma : diffusion et appropriation du nouvel outil d'évaluation multidimensionnelle, structuration de l'offre de services, réforme de l'agrément des accueillants familiaux, …

L'offre d'hébergement en faveur des personnes âgées fait également l'objet de nouvelles dispositions. La sécurisation du développement de l'offre de résidences-services passe par une volonté de mieux maîtriser et rendre plus transparentes les charges pour les résidents. Les règles relatives aux tarifs d'hébergement en EHPAD sont également clarifiées pour les établissements non habilités à l'aide sociale. Il s'agit de normaliser la tarification relative à l'hébergement et la définition des prestations socles couvertes par les tarifs, d'améliorer la transmission d'informations tarifaires des hébergements vers la CNSA, et de la mettre à la disposition du grand public via un portail internet. Le plan d'actions du schéma 2016-2020 fait écho à ces nouvelles dispositions législatives : définition des modalités de gestion du « forfait autonomie » dans le cadre de la conférence des financeurs, partenariat avec les bailleurs sociaux sur le déploiement des résidences service,…

Le rapport Piveteau « Zéro sans solution »

Le rapport Piveteau, dit **« Zéro sans solution » ou « le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et leurs proches »**, entend trouver des solutions durables pour l'ensemble des personnes handicapées.

Les préconisations issues de ce rapport s'articulent autour de quatre axes, dont le premier est consacré à **la mise en place d'un « dispositif d'orientation permanent »**. Le rapport prévoit en effet une réforme du processus d'orientation : lorsqu'une proposition d'orientation ne peut se concrétiser, un plan d'accompagnement global devra en effet être élaboré par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) afin de ne laisser aucune personne sans solution d'accompagnement. Ce plan devra s'appuyer sur l'engagement des acteurs opérationnels, mobilisés pour sa mise en oeuvre. Dans les situations les plus critiques, l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH pourra s'appuyer sur un groupe opérationnel de synthèse, instance partenariale permettant l'élaboration du plan d'accompagnement global et son suivi. Ce groupe sera mobilisable à tout moment critique du parcours de la personne (notion de « réponse accompagnée »).

La mise en oeuvre de ce dispositif d'orientation permanent fait l'objet d'une action à part entière au sein du plan d'actions du schéma 2016-2020 (axe 2 – action 7), action dont la mise en oeuvre a été définie comme présentant un caractère prioritaire.

Le deuxième axe doit permettre **le déploiement territorialisé d'une réponse accompagnée pour tous**. La mise en oeuvre de cette réponse appelle en effet un renforcement de l'animation territoriale, de la coordination des réponses et la rénovation de l'offre autour de dispositifs plus souples grâce à un partenariat renforcé entre les Agences Régionales de Santé, les Départements, l'Éducation Nationale et les Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux.

En ce sens, à travers son axe 4 consacré à la territorialisation, le nouveau schéma entend réinterroger le maillage territorial de l'offre de services pour plus de cohérence et de souplesse.

Les préconisations issues du rapport Piveteau visent à **créer une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs** (axe 3), qui doit permettre de valoriser l'expertise de l'usager et de ses proches ; et prévoient un processus d'**accompagnement au changement** (axe 4) qui inclut notamment la mise en place d'un système d'information adapté au sein des MDPH et l'accompagnement au changement des pratiques des professionnels intervenant auprès des personnes handicapées.

La place donnée aux usagers et à la société civile au sein du nouveau schéma, ainsi qu'à l'accompagnement des professionnels dans l'évolution de leurs pratiques, devra permettre la concrétisation de ces axes.

Enfin, outre les textes et préconisations d'ores et déjà mentionnés, plusieurs évolutions législatives récentes viennent impacter le contexte dans lequel s'inscrit le nouveau schéma départemental, en particulier la loi du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République, dite **« loi NOTRe »** (redéfinition des compétences départementales, fusion des Agences Régionales de Santé dans le cadre des nouvelles régions) et la loi de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles, dite **« loi MAPTAM »** (refonte de la carte intercommunale).

L'ensemble de ces évolutions législatives et réglementaires est pris en compte dans le cadre du nouveau schéma départemental de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

b) Un contexte institutionnel local marqué par la consolidation des dynamiques de partenariat

Le schéma 2016-2020 en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées s'inscrit dans un contexte institutionnel local marqué de fortes dynamiques partenariales.

Deux partenariats institutionnels forts, concomitant à la préfiguration de la conférence des financeurs, portent sur la perte d'autonomie :

Plusieurs initiatives partenariales ont été menées sur la période du précédent schéma :

- La convention pour le « bien vivre à domicile » signée en février 2015 entre le Conseil Départemental et la Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Guadeloupe, définit des objectifs stratégiques communs pour les deux institutions et une série d'axes de convergence et de coopération qui seront présentés supra.
- La convention « sortie difficile » signée entre le Conseil Départemental, l'Agence Régionale de Santé, le Centre Hospitalier Gérontologique du Raizet et le Centre Hospitalier Universitaire de Pointe-à-Pitre, a pour objet la mise en place d'une procédure de transfert au CHGR des patients du CHU, âgés d'au moins 70 ans et en situation de sortie dite « sortie difficile ». Le Conseil Départemental envisage de l'étendre aux autres établissements de santé.

Les enjeux de ce nouveau schéma appellent à s'appuyer et à consolider une dynamique partenariale déjà enclenchée.

→ Les points clés à retenir

Un contexte législatif de la politique en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap en constante évolution depuis la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale : loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales, loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009, …

Un cadre législatif mettant ainsi l'accent sur un accompagnement global et individualisé de la personne, sur une prise en charge de qualité par des équipes pluridisciplinaires ou encore sur le développement d'une offre de services à destination des personnes souhaitant rester à leur domicile.

Un contexte national en pleine évolution : adoption le 14 décembre 2015 de la loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement, impactant fortement l'action du Conseil Départemental dans le domaine de l'autonomie des personnes âgées (instauration d'une conférence des financeurs, création d'un Comité Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie, reconnaissance d'un «droit au répit» pour les proches aidants, réforme de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie et du secteur de l'aide à domicile, …) ; publication du rapport Piveteau dit « zéro sans solution ».

Un schéma 2016-2020 veillant également à s'inscrire en continuité avec les actions partenariales engagées, notamment avec l'ARS, la CGSS et le CHGR.

2 Une méthode d'élaboration du schéma 2016-2020 fortement participative

Le Département de la Guadeloupe souhaite inscrire les travaux d'élaboration de son nouveau schéma de l'autonomie dans le cadre d'une méthode participative. **L'élaboration de ce schéma a ainsi mobilisé plus de 100 acteurs du territoire intervenant dans les secteurs des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.**

Le Conseil Départemental a sollicité le Cabinet ENEIS Conseil, spécialisé dans l'accompagnement de l'action publique médico-sociale, pour l'accompagner dans l'élaboration de son Schéma Autonomie.

L'élaboration de ce schéma s'est déroulée en trois phases :

La première phase des travaux a été consacrée au lancement de la démarche et à la réalisation du bilan du schéma précédent. Elle a permis, à travers la réalisation d'entretiens avec les pilotes des fiches actions du précédent schéma et la tenue de deux groupes de travail ayant réuni chacun une vingtaine d'acteurs, de réaliser une évaluation exhaustive de l'ensemble des actions programmées pour la période 2010-2015.

La seconde phase a permis d'élaborer un état des lieux de l'offre et des besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Elle a nécessité la mobilisation d'un panel d'outils, à la fois quantitatifs et qualitatifs : le recueil et l'exploitation de données statistiques relatives à l'offre et aux besoins et la conduite d'une analyse comparative interdépartementale. La situation de la Guadeloupe a ainsi été comparée à un échantillon composé de 3 départements : un département de proximité (Martinique) et deux départements de population comparable (Landes, Dordogne).

Deux groupes de travail de diagnostic ont, en outre, réuni plus de 50 participants autour des thématiques suivantes :

1/ Favoriser l'accès à la vie sociale et l'adaptation des offres de droit commun ;

2/ Articuler les actions de prévention de l'ensemble des acteurs ;

3/ Soutenir les aidants non-professionnels ;

4/ Accompagner le maintien à domicile ;

5/ Adapter l'offre d'hébergement médico-social aux besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ;

6/ Territorialiser l'action et coordonner les interventions sur le territoire.

La dernière phase de la démarche a permis d'élaborer les axes stratégiques et les actions du schéma départemental de l'autonomie 2016-2020. Pour cela, six groupes de travail ont à nouveau réuni 25 à 30 participants chacun, de manière à élaborer des propositions d'orientations et d'actions visant à alimenter le plan d'actions du nouveau schéma.

Les instances de pilotage de la démarche d'élaboration schéma, ont été réunies à l'issue de chacune de ces phases, de manière à orienter les travaux. Deux instances partenariales ont ainsi été constituées :

Un comité technique, instance d'impulsion et d'orientation des travaux du schéma, composée de la Présidente de la commission en charge des personnes âgées et des personnes handicapées, de la Directrice Générale Adjointe des Solidarités, de la Directrice et des cadres de la Direction de l'Autonomie.

Un comité de pilotage, instance de validation partenariale composée des principaux partenaires financeurs de la politique autonomie (ARS, CGSS, DJSCS, etc.)

Le présent schéma est donc le fruit d'une intense concertation avec les acteurs du département participant à la mise en oeuvre des politiques en faveur des personnes en perte d'autonomie. Les travaux ont fait l'objet de deux restitutions auprès de l'ensemble des acteurs ayant contribué à la démarche dans le cadre de conférences thématiques.

Par ailleurs, un nombre important de préconisations faites par le CODERPAG, a donné lieu ou inspiré des fiches actions dans le nouveau schéma, telles que l'amélioration de l'accueil des personnes âgées, l'adaptation du logement ou encore l'amélioration de la prise en compte de la fragilité des personnes.

CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA GUADELOUPE

PARTIE 1 :

Diagnostic départemental de l'offre et des besoins en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

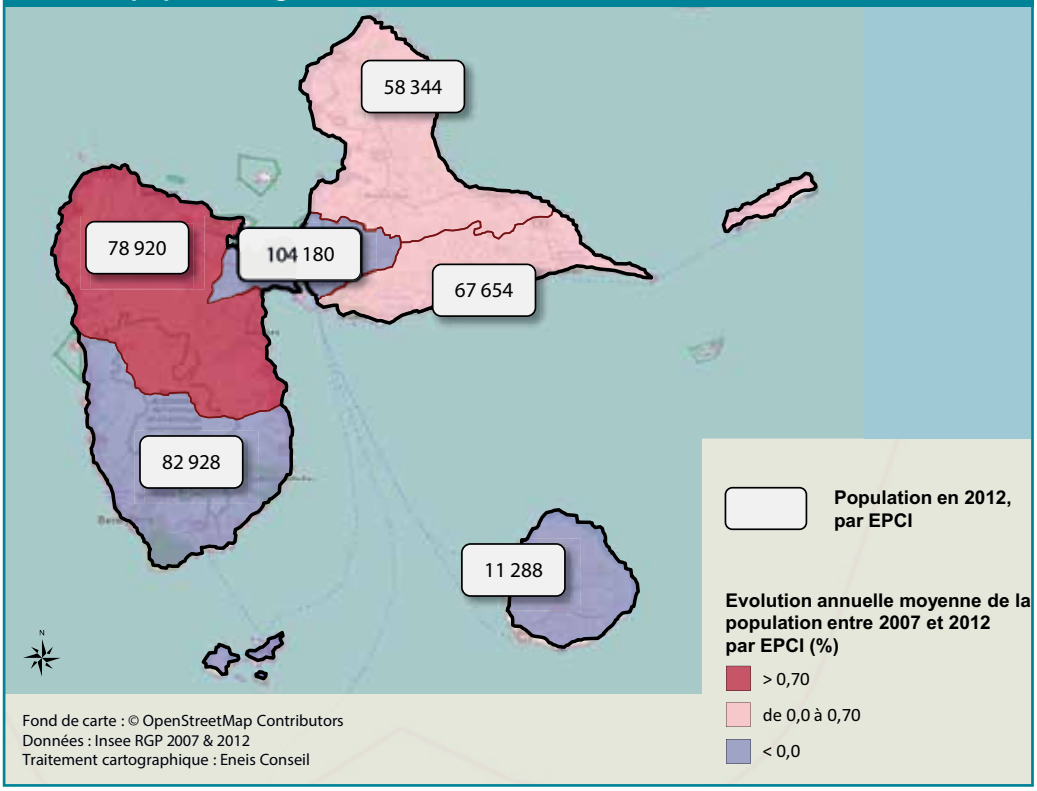
1 Le contexte démographique et socio-économique de la Guadeloupe

a) Approche démographique

La population de la Guadeloupe atteint 403 314 habitants au 1er janvier 2014 selon l'estimation de l'INSEE. Un quart de cette population réside sur le territoire de Cap Excellence.

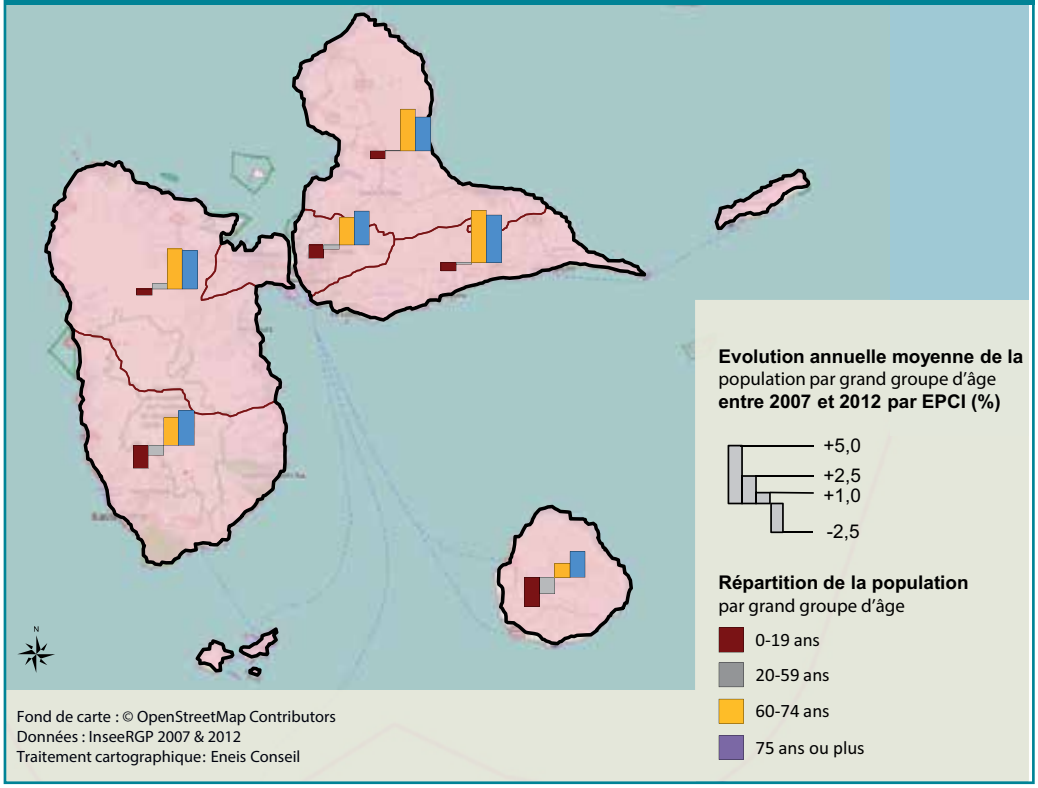
Le département a connu une croissance de sa population légèrement négative avec une évolution annuelle moyenne de -0,1 %. À titre de comparaison, cette croissance atteint 0,5% au niveau national. Toutefois, la Guadeloupe abrite de fortes disparités entre les territoires. L'évolution de la population est négative sur les EPCI de Marie-Galante, du Sud Basse Terre et de Cap Excellence, alors qu'elle est positive sur le reste du territoire.

Carte 1 : population globale



Fond de carte : © OpenStreetMap Contributors
Données : Insee RGP 2007 & 2012
Traitement cartographique : Eneis Conseil

Carte 2 : évolution annuelle moyenne de la population par groupes d'âges



Avec une baisse de 1,3% par an en moyenne, le nombre de personnes âgées de moins de 20 ans tend à diminuer légèrement entre 2007 et 2012, pour représenter désormais 28,5% de la population de Guadeloupe (soit 122 734 personnes).

La population de plus de 60 ans est quant à elle de plus en plus importante. Entre 2007 et 2012, cette part de la population a connu une évolution annuelle moyenne de 3,8%. C'est le cas également de la tranche des 75 ans ou plus, dont le nombre a augmenté de 3,7% en moyenne sur la même période (soit + 4 580 personnes).

L'augmentation la plus marquée est celle des 85 ans ou plus, avec 5,2% d'augmentation moyenne entre 2007 et 2012. Cette part de la population représente 8 422 personnes en 2012, contre 6 523 en 2007.

Selon les projections de l'INSEE, le nombre de personnes âgées dépendantes devrait doubler en Guadeloupe à l'horizon 2030, passant de 6 000 personnes en 2007 à 13 300 en 2030.

→ Les points clés à retenir

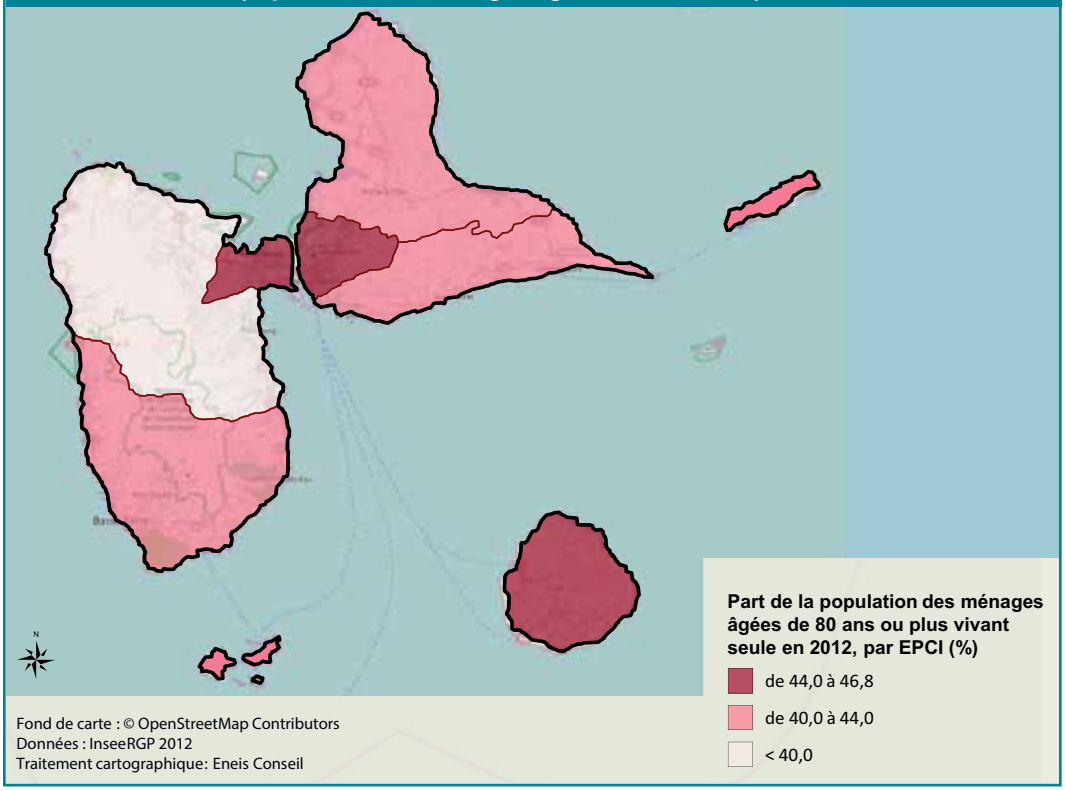
La population de la Guadeloupe atteint 403 314 habitants au 1er janvier 2014. Une évolution annuelle moyenne, de la population âgée de 60 ans et plus, de 3,8 % entre 2017 et 2012. Le nombre de personnes âgées dépendantes devrait doubler en Guadeloupe à l'horizon 2030, passant de 6 000 personnes en 2007 à 13 300 en 2030

b) Approche socio-économique

L'isolement des personnes âgées est une donnée particulièrement importante à repérer pour, d'une part, prévenir les situations de vulnérabilité et d'autre part, prévoir un accompagnement rapproché. Ce repérage est d'autant plus important que **la Guadeloupe compte une proportion notable de personnes âgées de 80 ans ou plus vivant seules.**

Le taux de personnes âgées de plus de 80 ans vivant seules en Guadeloupe atteint 42% (soit 6 621 personnes concernées), ce qui demeure inférieur au taux national de 49%, traduisant une persistance des solidarités familiales en Guadeloupe. Comme le montre la carte ci-dessous, il existe des disparités territoriales. Les taux les plus forts sont situés sur les EPCI de Marie-Galante et de Cap Excellence.

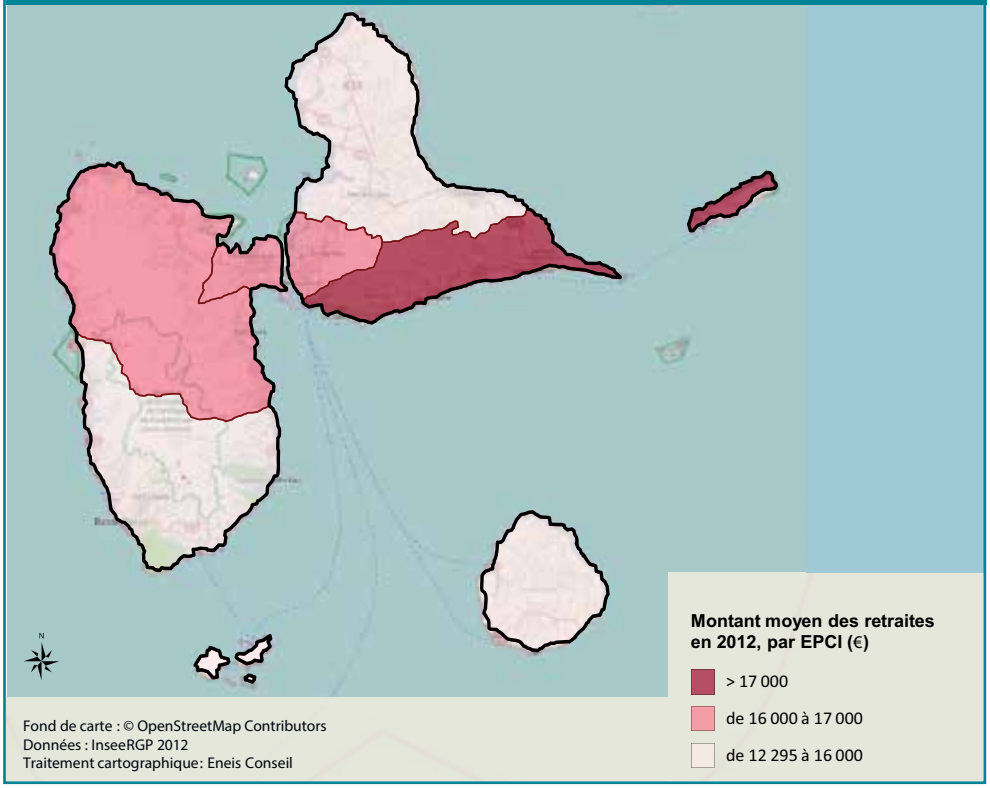
Carte 3 : Part de la population des ménages âgée de 80 ans ou plus vivant seule en 2012



A l'échelle de la Guadeloupe, **le montant moyen des retraites et pensions s'élève à 14 539 euros** (DGI 2012). Ce montant apparaît extrêmement faible au regard de celui observé au niveau national, à savoir 21 151€.

Par ailleurs, de fortes disparités sont à noter entre les EPCI. Sur Marie-Galante, la moyenne est de 12 495 euros, alors qu'elle est de 17 945 euros à la Riviera du Levant.

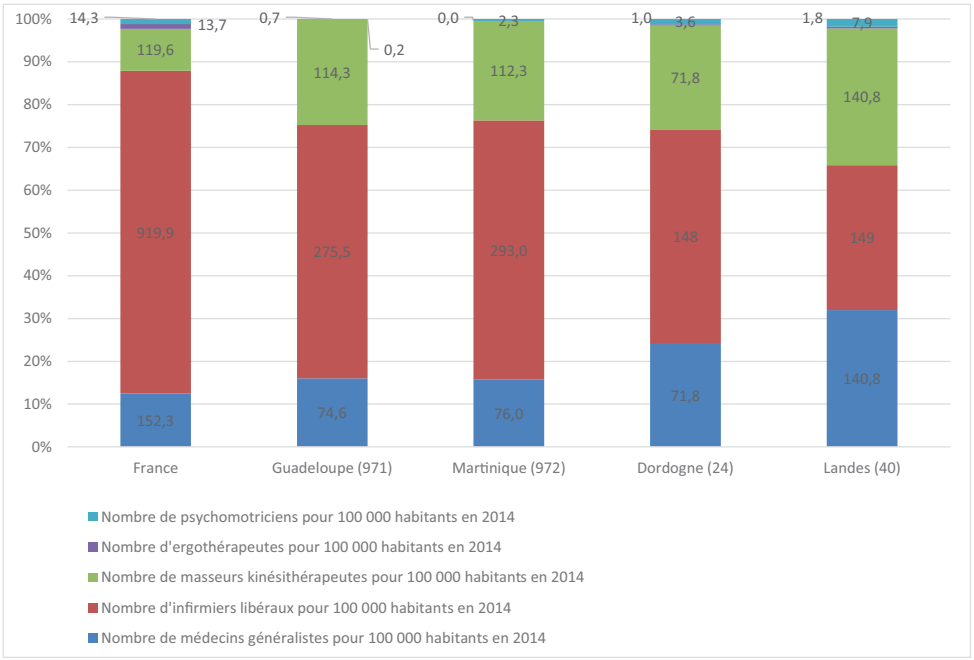
Carte 4 : Montant moyen des retraites en 2012



c) Densité médicale

Avec une densité médicale de 73 médecins généralistes pour 100 000 habitants, la Guadeloupe se situe dans **la moyenne basse des territoires comparés** (voir graphique ci-dessous). La moyenne nationale se situe à 150 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

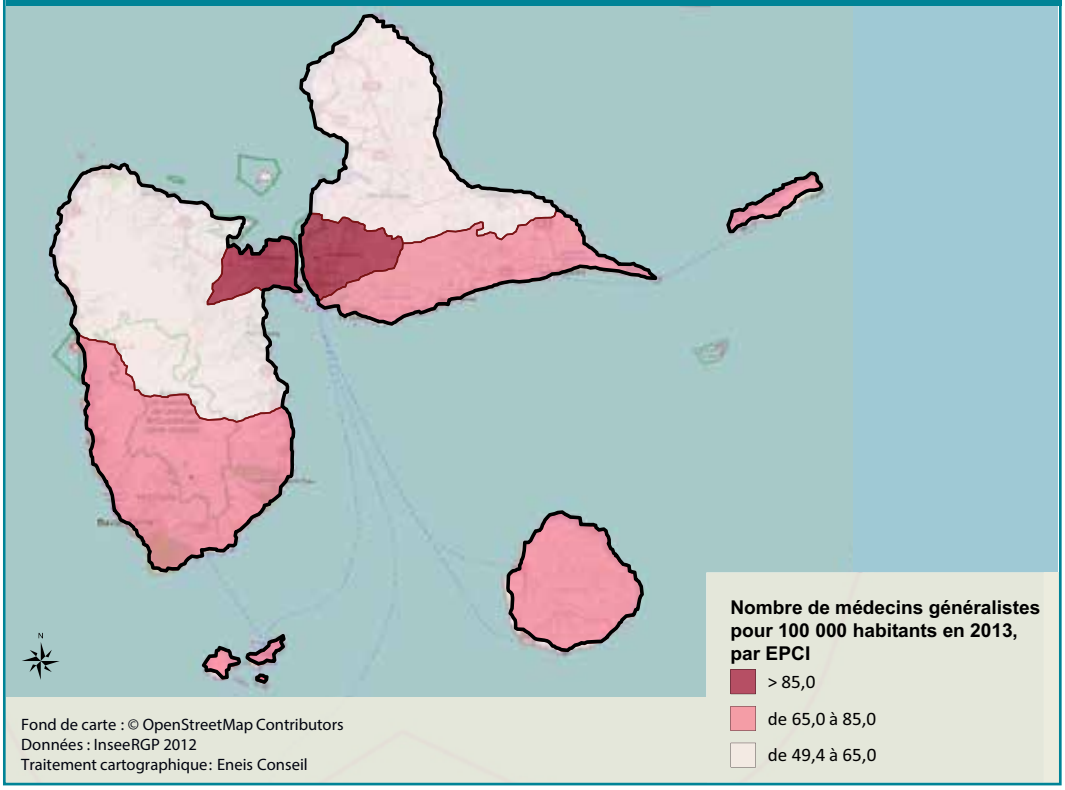
Graphique 1 : Densité médicale en professionnels de santé pour 100 000 habitants



(Source STATISS. Données au 1er janvier 2014)

La répartition territoriale des 301 médecins généralistes du département est relativement hétérogène. La densité de médecins généralistes est concentrée sur le territoire urbain de Cap Excellence avec plus de 85 praticiens pour 100 000 habitants. A l'inverse, ce taux descend en dessous de 65, dans le Nord Basse-Terre.

Carte 5 : Densité médicale pour 100 000 habitants



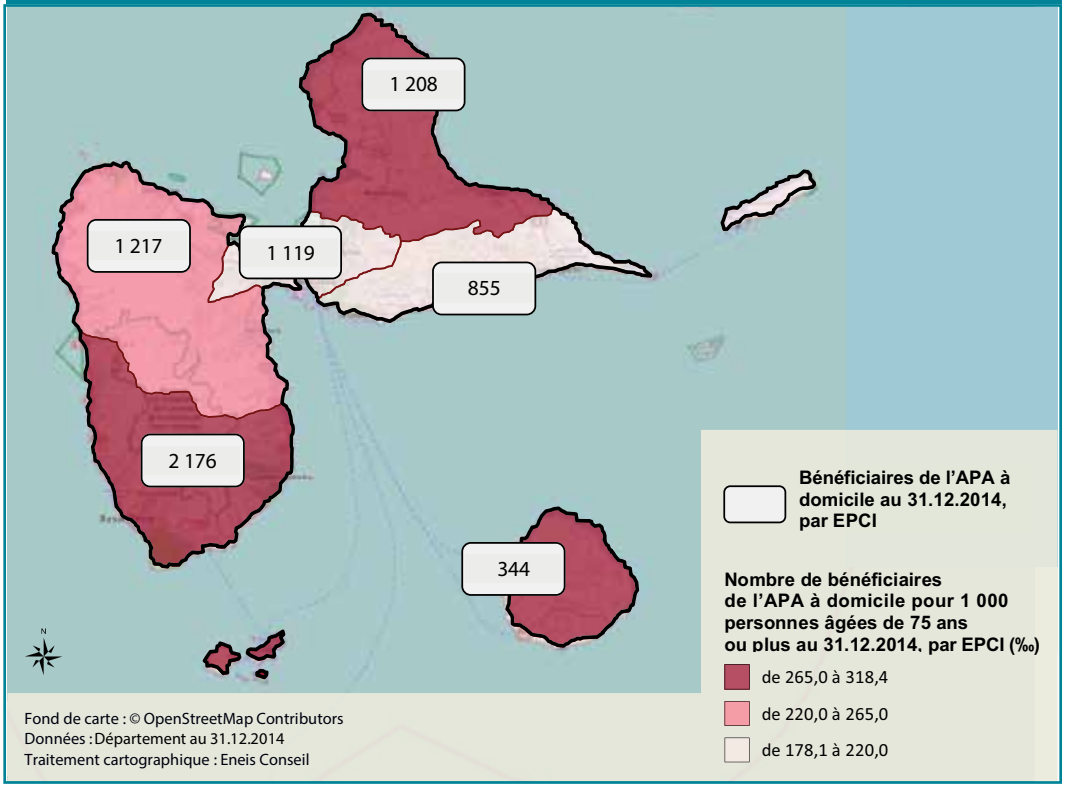
Fond de carte : © OpenStreetMap Contributors
Données : InseeRGP 2012
Traitement cartographique: Eneis Conseil

2 La perte d'autonomie en chiffres

a) Les personnes âgées

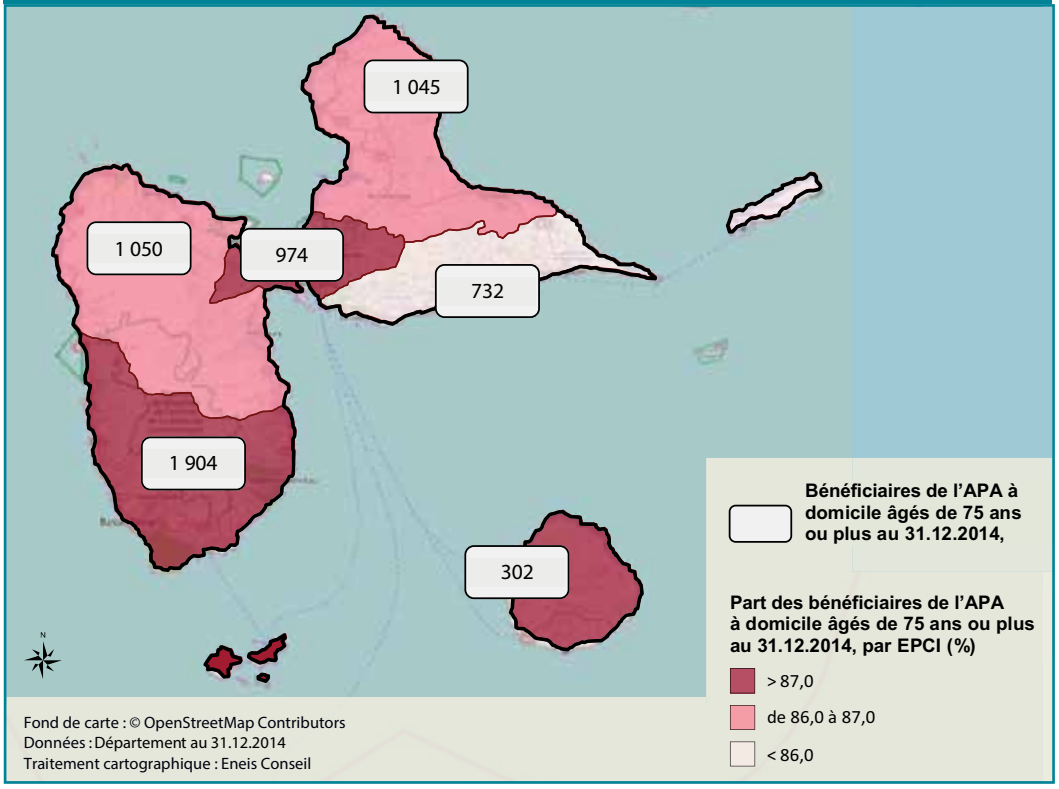
La Guadeloupe compte **7 598 bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)** au 31 décembre 2014. Avec 6 919 bénéficiaires de l'APA à Domicile et 629 bénéficiaires de l'APA en établissement, le Département présente **une proportion exceptionnellement élevée de bénéficiaires de l'APA à domicile, sur le nombre total de bénéficiaires** (90% contre 58,9% au niveau national). Parmi ces bénéficiaires de l'APA à domicile, 87% sont âgés de 75 ans ou plus.

Carte 6 : les bénéficiaires de l'APA à domicile



L'analyse infra départementale met en évidence des disparités marquées entre les territoires. En effet, le taux de bénéficiaires de l'APA à domicile est plus important à Marie-Galante, dans le Sud Basse-Terre et dans le Nord Grande-Terre.

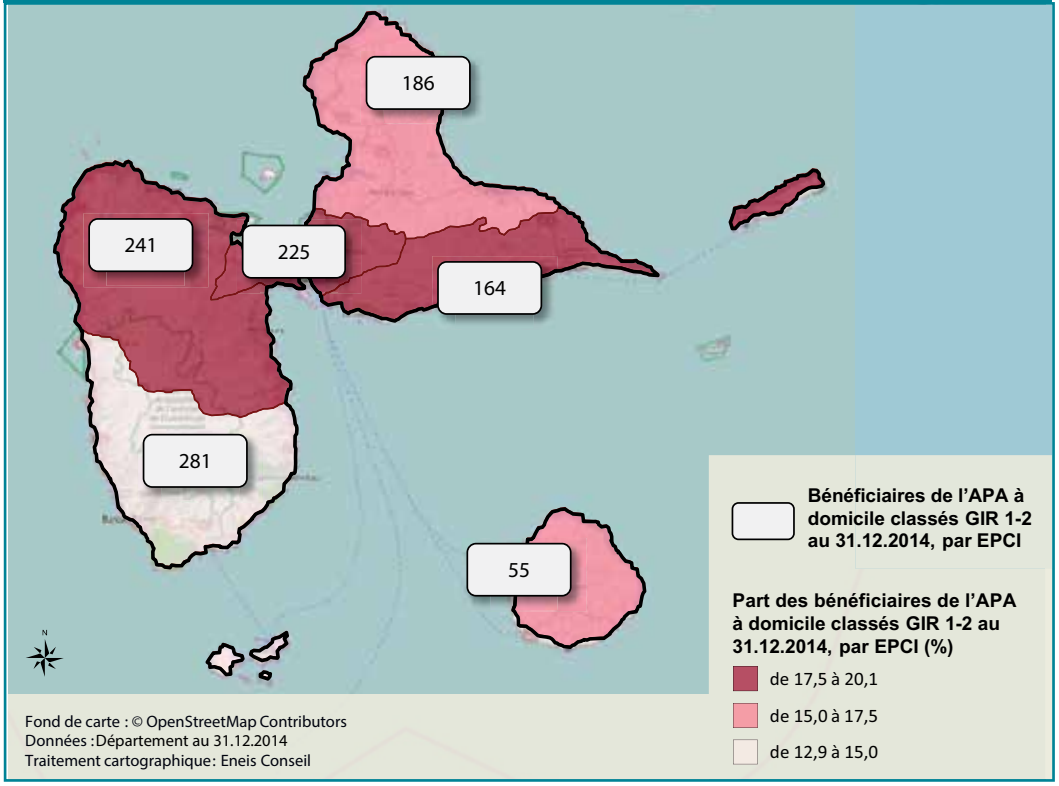
Carte 7 : Part de bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile par rapport à la population âgée de 75 ans et plus par canton en 2014



Comme le montre la carte ci-dessous, le département présente **une faible proportion de bénéficiaires de l'APA à domicile classés en GIR 1-2** (16% contre 19,4% en France). Ce chiffre concerne 1 152 personnes.

Toutefois, l'analyse infra départementale démontre une répartition hétérogène de ce public sur le territoire : la proportion de bénéficiaires de l'APA en GIR 1-2 est plus forte sur Cap Excellence, le Nord Basse-Terre et le Sud Grande-Terre.

Carte 8 : Part des bénéficiaires de l'APA à domicile classés en GIR 1 et 2 au 31.12.2014

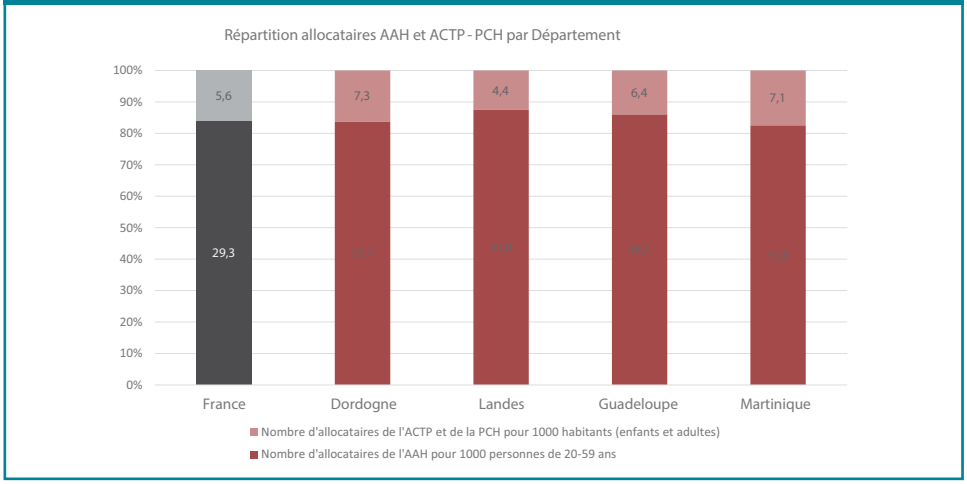


b) Les personnes en situation de handicap

Le taux d'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) et de Prestation de Compensation du Handicap (PCH) est nettement plus élevé en Guadeloupe que sur les territoires de comparaison. Ce taux s'élève à 6 pour 1000 habitants contre 4 au niveau national.

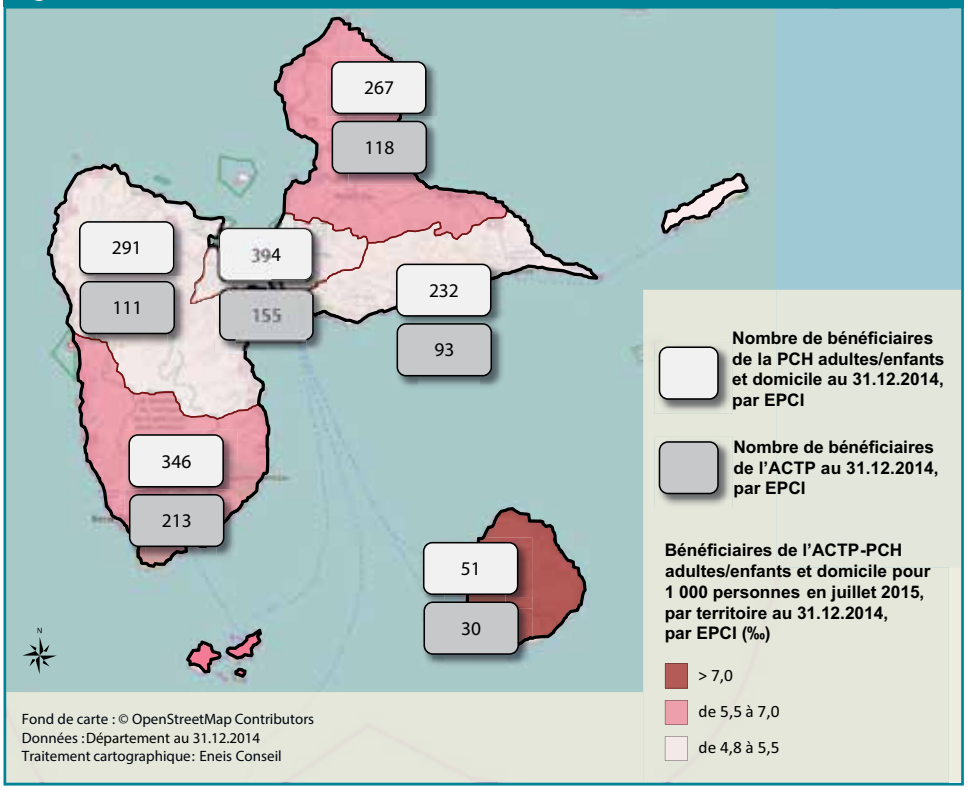
En ce qui concerne l'Allocation Adulte Handicapé, le taux pour 1000 habitants de 20-59 ans est également particulière élevé : 39 pour 1000 habitants contre 29 au niveau national.

Graphique 2 : Nombre d'allocataires AAH et ACTP-PCH pour 1000 habitants (enfants et adultes)



(Source DREES. Données au 31 décembre 2012)

Carte 9 : Nombre de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP pour 1000 personnes âgées de 20 à 64 ans



→ Les points clés à retenir

7 598 bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) au 31 décembre 2014, soit 6 919 bénéficiaires de l'APA à domicile et 629 bénéficiaires de l'APA en hébergement. Un taux d'APA à domicile particulièrement élevé.

Un nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile particulièrement élevé.

Une faible proportion de bénéficiaires de l'APA à domicile en GIR 1-2, mais une part en augmentation.

Des taux de PCH-ACTP et d'AHH au-dessus de la moyenne nationale.

3 Coordination des actions et prévention de la perte d'autonomie

Au niveau national, la question de la coordination institutionnelle autour de la prévention de la perte d'autonomie est un enjeu central et c'est la raison pour laquelle la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) prévoit une conférence des financeurs qui puisse définir un programme coordonné de financement des actions de prévention.

La Guadeloupe, en tant que département préfigurateur de la conférence des financeurs, a déjà entamé un processus de coopération avec ses partenaires financeurs, notamment l'ARS et la CGSS.

La démarche de co-construction enclenchée dans le cadre de la préfiguration a permis au Conseil Départemental et à ses partenaires, d'identifier un axe prioritaire de travail : l'adaptation du logement. Dans ce cadre, le Conseil Départemental a voté en décembre 2015, un dispositif d'aide à l'adaptation du cadre de vie pour les personnes en perte d'autonomie et les personnes en situation de handicap.

La nécessité de travailler à la coopération entre les institutions et les acteurs de terrain, pour apporter des réponses en termes de prévention de la perte d'autonomie s'inscrit, en Guadeloupe, dans un contexte partenarial favorable, puisque les trois principaux financeurs – CD, ARS, CGSS – ont déjà conclu des partenariats significatifs structurants, dans le champ de l'autonomie.

a) Un territoire qui profite d'une réelle dynamique partenariale autour de la prévention de la perte d'autonomie et la coordination gérontologique

Plusieurs initiatives partenariales ont été menées sur la période du précédent schéma :

- La convention pour le « bien vivre à domicile », signée en février 2015 entre le Conseil Départemental et la Caisse Générale de Sécurité Sociale, définit des objectifs stratégiques communs pour les deux institutions et une série d'axes de convergence et de coopération à savoir :

- La coordination des dispositifs d'accompagnement à domicile pour les personnes âgées et les personnes handicapées ;
- L'aide aux aidants ;
- La formation et l'information ;
- La coordination et la mutualisation des financements accordés aux personnes morales publiques et privées ;
- L'observation sociale et médico-sociale ;
- L'animation territoriale et la communication.

- La convention « sortie difficile » signée entre le Conseil Départemental, l'Agence Régionale de Santé, le Centre Hospitalier Gérontologique du Raizet et le Centre Hospitalier Universitaire de Pointe-à-Pitre, a pour objet la mise en place d'une procédure de transfert au CHGR, des patients du CHU âgés d'au moins 70 ans et en situation de sortie dite « sortie difficile ».

Par ailleurs, le Conseil Départemental et la CGSS développent des dispositifs visant à améliorer le repérage des fragilités sur le territoire :

- Le Conseil Départemental a mis en place un Observatoire du Handicap et du Vieillissement qui a en charge d'élaborer un tableau de bord « Personnes Agées » et un tableau de bord « Personnes Handicapées », basés sur des indicateurs de population, de prise en charge médico-sociale et d'offre de prestations.

- La CGSS a mis en place un observatoire des fragilités qui permet de cibler des populations à risque, en fonction de critères de fragilité établis.

La définition de critères de fragilité partagés entre les institutions et les acteurs de terrain, est un enjeu du schéma 2016-2020.

b) L'adaptation du logement : un enjeu partagé par les acteurs dans le cadre de la conférence des financeurs

La problématique de l'adaptation du logement a été rattachée à l'orientation « prévention » du schéma, dans la mesure où elle apparait comme un axe de travail prioritaire, identifié dans le cadre de la préfiguration de la conférence des financeurs.

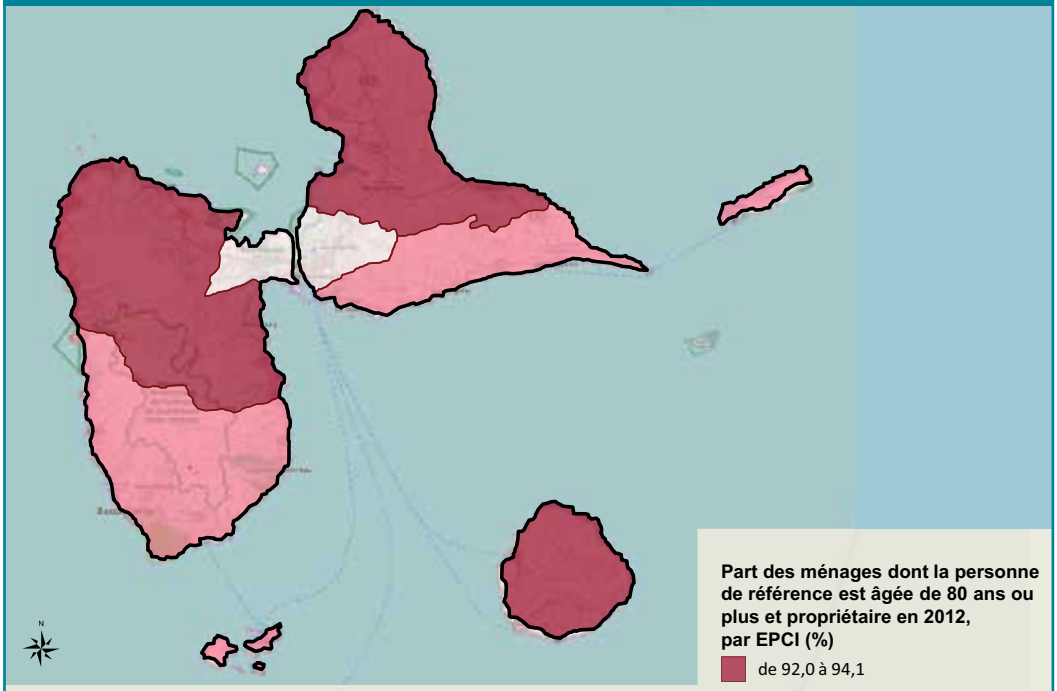
Afin que le schéma de l'autonomie puisse alimenter la conférence des financeurs et appuyer la mise en oeuvre du programme départemental de la prévention, la question de l'adaptation du logement a été traitée dans le cadre de la définition d'une politique de prévention.

Une série d'actions ont été menées dans le cadre du précédent schéma, dont des initiatives récentes :

- Le Conseil Départemental a statué en décembre 2015 pour la mise en place d'un dispositif d'aide à l'adaptation du logement pour les personnes en perte d'autonomie. Ce dispositif permet de sacraliser un budget de l'aide à l'adaptation du logement, à hauteur de 5 000 euros pour les GIR 1-2. Cela permet de distinguer cette aide des travaux liés aux plans d'amélioration de l'habitat (DHEAL) qui ne sont pas nécessairement adaptés au vieillissement.
- Un travail partenarial entre le Conseil Départemental et la CGSS a permis de renforcer les évaluations sur le terrain et les échanges avec les bailleurs sociaux pour rendre les aides efficientes. Malgré des améliorations liées à cette vigilance accrue des partenaires, les personnes dans le besoin ne se voient pas toujours attribuées un logement adapté.
- La mutualisation des plans d'aides à l'adaptation du logement pour aboutir à des plans de financements communs est apparue comme une priorité dans le cadre de ce schéma.

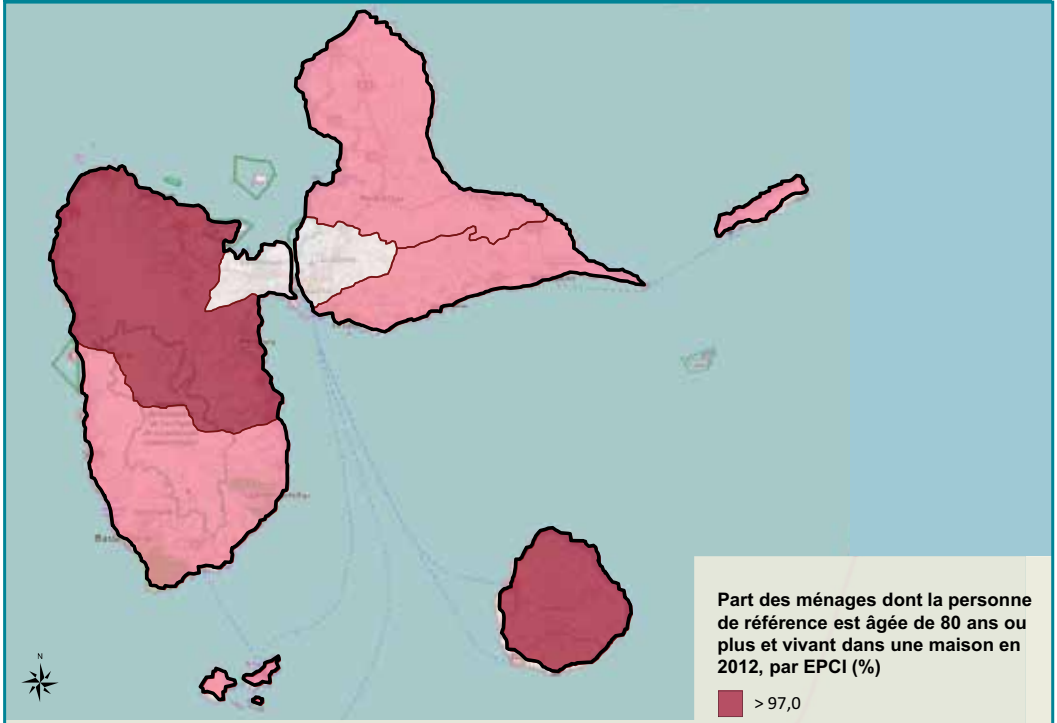
Comme le montre la carte ci-dessous, 90% des ménages de 80 ans ou plus (soit 10 516 ménages) sont propriétaires de leur logement en 2012. 93% de ces ménages vivent dans une maison individuelle. La nécessité de l'adaptation des logements individuels privés est particulièrement urgente en Guadeloupe.

Carte 10 : les personnes âgées propriétaires



Fond de carte : © OpenStreetMap Contributors
Données : InseeRGP 2012
Traitement cartographique: Eneis Conseil

Carte 11 : personnes résidant dans un logement individuel



Fond de carte : © OpenStreetMap Contributors
Données : InseeRGP 2012
Traitement cartographique: Eneis Conseil

c) Un fort enjeu de territorialisation de la politique autonomie

Afin de mettre en oeuvre la politique de prévention de la perte d'autonomie, la territorialisation de l'action reste un enjeu primordial du nouveau schéma. A ce sujet, le territoire de la Guadeloupe fait état d'un contexte spécifique :

→ En raison d'une difficulté liée aux modalités de financements, le projet de CLIC de Marie-Galante n'a pas été effectivement déployé et n'a aujourd'hui qu'une existence juridique ;

→ La structure de référence concernant la perte d'autonomie est le CCAS en Guadeloupe. Le diagnostic du territoire a permis de dresser plusieurs constats à ce sujet :

- Les professionnels du champ de l'autonomie du territoire ont de fortes attentes vis-à-vis des CCAS sur les fonctions de repérage, d'information, de coordination, etc.
- Une partie des CCAS du territoire (notamment Pointe-à-Pitre, Capesterre-Belle-Eau) ont de fait un rôle significatif dans le champ de l'autonomie et sont parfois en demande d'un soutien institutionnel et financier dans le cadre de ces missions.
- L'intégration des CCAS dans le dispositif MAIA Sud Basse Terre – dans le cadre de la mise en place du guichet intégré – donne des résultats jugés satisfaisants en termes de repérage des fragilités.
- Les CCAS sont inégalement dotés et de fait inégalement investis sur la thématique de la perte d'autonomie. Ce dernier constat est un enjeu primordial dans une optique de mobilisation des CCAS sur le champ de la perte d'autonomie.

→ La méthode MAIA est en cours de déploiement sur le territoire qui sera entièrement couvert courant 2016. Actuellement, la MAIA portée par le Centre Hospitalier de Capesterre-Belle-Eau couvre tout le territoire du Sud Basse Terre. Une seconde MAIA a été déployée à partir du territoire centre de manière à ce que tout le territoire soit couvert par les gestionnaires de cas.

4 L'accès à la vie sociale et l'adaptation des offres de droit commun

L'accès aux loisirs, au sport, à la culture et à la vie citoyenne des personnes âgées et des personnes handicapées représente un enjeu majeur du dispositif aujourd'hui. Plusieurs initiatives intéressantes peuvent être valorisées en matière d'accès à la vie sociale, qui reste toutefois un axe fort d'amélioration de la politique autonomie.

- Le Conseil Départemental a mis en place un service de transport à la demande s'adressant aux bénéficiaires de l'aide sociale (680 personnes concernées). Le coût du transport est pris en charge par le Conseil Départemental à hauteur de 50 euros. Dans le cadre des ateliers de diagnostic, les professionnels s'accordent sur la pertinence d'un tel dispositif qui permet de répondre à des besoins de manière individualisée. Cependant, le dispositif ne touche actuellement que 10% des bénéficiaires de l'aide sociale. Plusieurs freins ont été identifiés : coût restant à charge, accès au dispositif, manque d'accompagnement des personnes.
- Le Conseil Départemental a financé des projets associatifs sur l'aide aux loisirs, l'aide aux vacances et l'aide au répit à hauteur de 80 000 euros par an.
- La Direction Régionale de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale a mis en place un guide pour les activités sportives et a mené une politique de partenariats avec les clubs sportifs du territoire.

Parallèlement, l'ARS a mené une action visant à **améliorer l'offre d'animation en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes** (EHPAD) : recrutement d'animateurs dans le cadre de la politique de renforcement des taux d'encadrement en EHPAD.

Cependant, le territoire présente un retard concernant l'accessibilité des bâtiments accueillant du public. Si cette compétence ne relève pas du Conseil Départemental en tant que tel, il est indispensable que le Département mobilise et sensibilise les acteurs autour de cette question dans le cadre du nouveau schéma.

→ Les points clés à retenir

Plusieurs avancées notables depuis le précédent schéma en matière d'accès à la vie sociale des personnes âgées et des personnes en situation de handicap : meilleure prise en compte des publics du schéma de l'autonomie par les services du Département consacrés à la culture de manière à favoriser l'accessibilité des offres culturelles ; développement des initiatives locales ; amélioration de l'offre d'animation en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ; …

La promotion des offres culturelles, sportives et de loisirs de droit commun, accessibles aux personnes âgées et aux personnes en situation handicap comme enjeu fort de la politique départementale en faveur de l'autonomie

5 La vie au domicile

L'amélioration des conditions de maintien à domicile des personnes âgées et des personnes en situation de handicap a fait partie des priorités du Département sur la période 2010-2015. La problématique du maintien à domicile interroge non seulement l'offre de services à domicile pour personnes âgées et pour personnes en situation de handicap, mais également l'offre de répit pour les aidants ainsi que l'adaptation du logement.

a) Le déploiement de l'offre de service en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

L'offre de Services Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) et de Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)

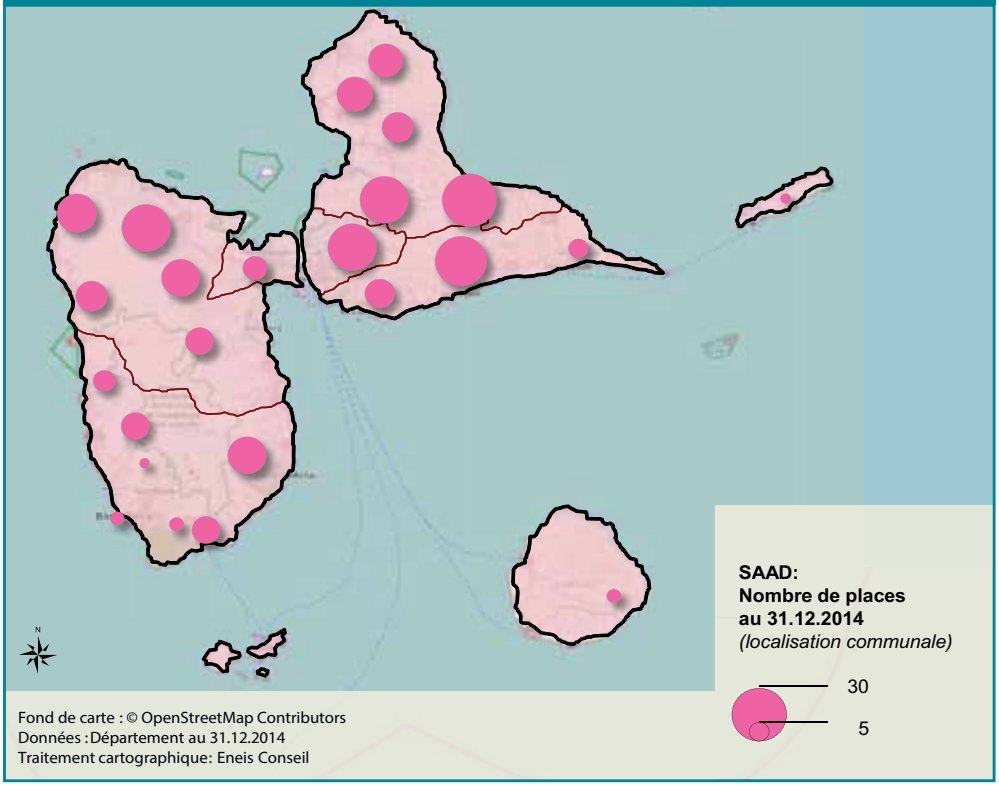
En 2015, la Guadeloupe compte 101 SAAD déclarés, dont 76 services agréés et 14 autorisés et habilités à l'aide sociale. Depuis le 1er janvier 2016, l'ensemble des 90 services intervenant auprès des bénéficiaires de l'APA et de la PCH relèvent du régime de l'autorisation et donc de la compétence départementale.

Comme le montre la cartographie ci-dessous, le territoire est intégralement couvert avec une offre moindre sur l'île de Marie-Galante.

Le schéma 2010-2014 prévoyait un axe spécifique sur la qualité des interventions au domicile des personnes. Cet axe de travail a fait l'objet d'une action du schéma 2010-2014 qui a abouti à la mise en oeuvre de programme de formation à destination des services agréés, financé dans le cadre de la section 4 de la CNSA.

La réflexion sur la qualité des interventions au domicile devra se poursuivre dans le cadre de ce schéma en intégrant des pistes d'évolution pour l'offre de formation.

Carte 12 : Nombre de services d'aide à domicile intervenant sur les communes en 2014



Fond de carte : © OpenStreetMap Contributors
Données :Département au 31.12.2014
Traitement cartographique: Eneis Conseil

Parallèlement, **l'offre de SSIAD a connu un développement important sur la période du précédent schéma.**

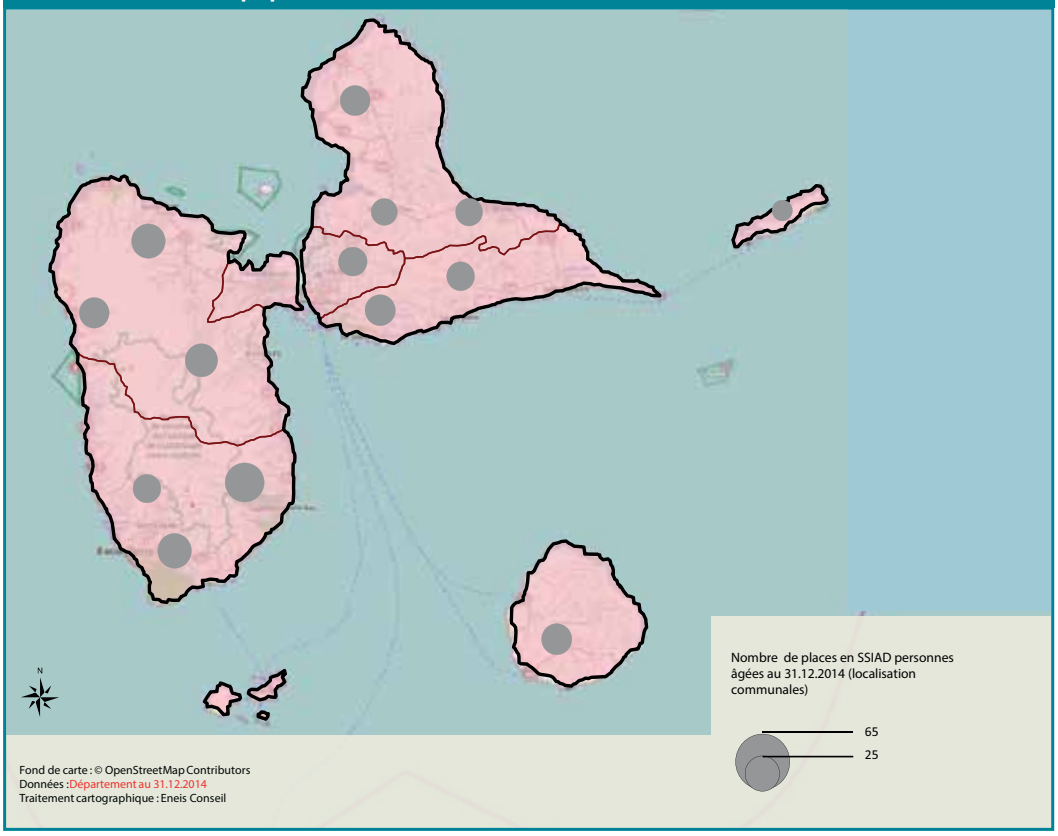
→ 45 places pour personnes en situation de handicap

→ 679 places pour personnes âgées

Avec un taux de 27,6 places pour 1000 habitants de plus de 75 ans, l'offre de SSIAD en Guadeloupe dépasse largement la moyenne nationale de 20,6 places et se situe parmi les plus importantes du pays.

Comme le montre la carte ci-dessous, le territoire est entièrement couvert en services de soins infirmiers à domicile.

Carte 13 : Taux d'équipement en SSIAD en 2014



Dans un contexte où les bénéficiaires de l'APA à domicile voient leur nombre augmenter et sont de plus en plus dépendants (augmentation de la proportion de GIR 1-2), il existe un enjeu fort d'articulation des acteurs intervenant conjointement auprès d'une même personne à son domicile, en particulier entre les SAAD et les services infirmiers (SSIAD ou infirmiers libéraux) : amélioration des passages de relais, mise en cohérence des secteurs d'intervention.

L'offre de Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) et de Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)

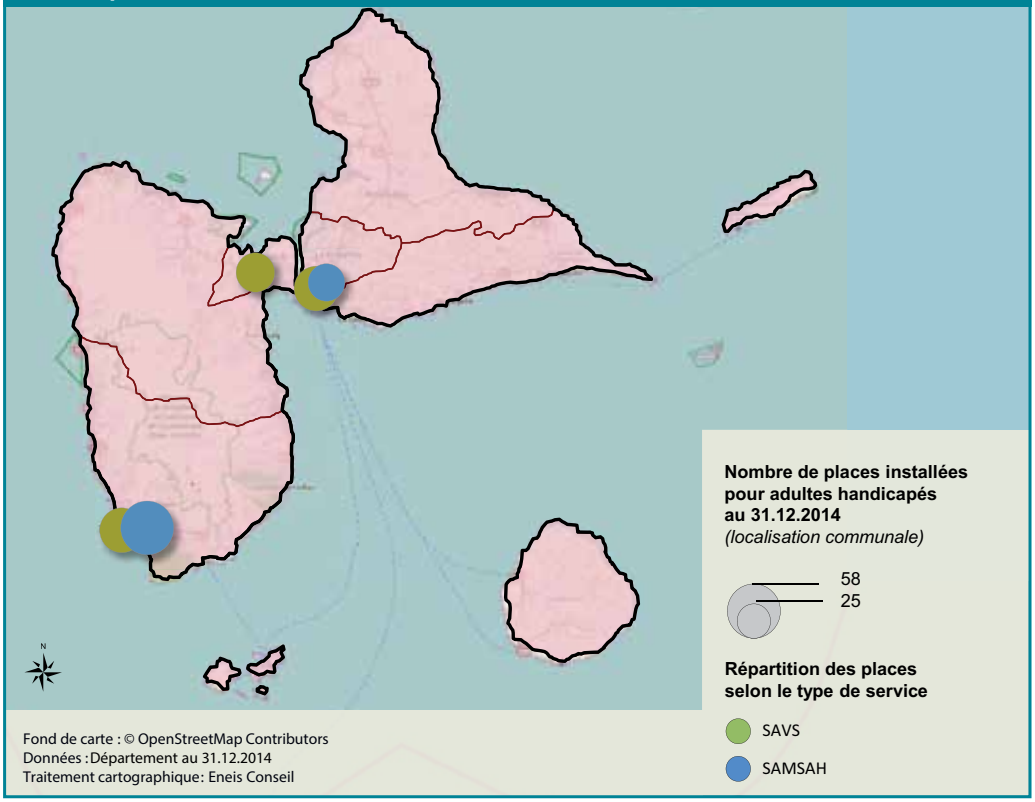
Le territoire compte 3 SAVS pour 111 places et 2 SAMSAH pour 86 places. Les services sont situés sur des zones stratégiques où se concentrent les besoins : Cap Excellence et le Sud Basse-Terre. La couverture territoriale de ces services demeure à améliorer.

Les services SAVS-SAMSAH existants se heurtent à un déficit de notoriété de la part du grand public et des professionnels. L'utilisation des services pourrait être optimisée de deux manières :

→ via une meilleure connaissance des services

→ via une plus grande coordination avec les SSIAD

Carte 14 : Équipement en structures d'accompagnement pour adultes en situation de handicap et en services de soins infirmiers à domicile en 2014



Fond de carte : © OpenStreetMap Contributors
Données : Département au 31.12.2014
Traitement cartographique: Eneis Conseil

b) Un renforcement de l'offre de répit en direction des proches aidants des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Hébergement Temporaire et Accueil de Jour

Le soutien au domicile passe par l'aide aux aidants et donc, entre autres, **par la mise en place de dispositifs de répit**, tels que l'hébergement temporaire et l'accueil de jour.

Au cours du schéma précédent, les capacités d'accueil en hébergement temporaire pour les personnes âgées ont été renforcées. Il existe en 2015, 35 places d'hébergement temporaire et 87 places d'accueil de jour sur le territoire.

Ces dispositifs de répit médico-sociaux rencontrent des difficultés à capter le besoin de répit et présentent des taux d'occupation globalement faibles.

Plusieurs freins sont identifiés : problèmes d'accès liés au transport et au coût, problèmes liés à l'offre de service, problèmes liés à la méconnaissance des services par le public.

Un travail d'optimisation autour de ces services est à envisager dans le cadre de ce schéma.

Pour les personnes en situation de handicap, il existe un déficit d'offre de répit sur le territoire, puisque la Guadeloupe ne compte aucune place d'accueil de jour et d'hébergement temporaire habilitée à recevoir un public handicapé.

Le soutien aux proches aidants

Le soutien aux aidants est une des thématiques majeures de la loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement. Les aidants occupent une place centrale dans l'accompagnement et le bien-être des personnes vivant à domicile. Il s'agit principalement des membres de la famille de la personne aidée, mais ils peuvent aussi être des voisins, des proches, des amis, … Leur besoin de soutien est incontestable, et ne saurait être minimisé.

L'enjeu du soutien aux aidants bénéficie en Guadeloupe d'un contexte institutionnel favorable et bénéficie des dynamiques partenariales à l'oeuvre :

1. L'aide aux aidants figure parmi les axes de convergence et de coopération formalisés dans le cadre de la convention partenariat pour le « Bien vivre à domicile » signée entre le Conseil Départemental et la Caisse Générale de Sécurité Sociale de Guadeloupe. Via cette convention, les deux institutions s'engagent à « initier et soutenir conjointement les actions d'accompagnement des aidants naturels ».
2. Le partenariat entre le Conseil Départemental et l'association France Alzheimer Guadeloupe a permis de mettre en oeuvre deux actions significatives dans le cadre du précédent schéma.

En effet, le précédent schéma prévoyait la mise en place d'une campagne de communication à destination des aidants naturels. La collaboration entre le Conseil Départemental, France Alzheimer et la CGSS a permis l'édition et la diffusion de la brochure « L'accompagnement de l'aidant confronté à la maladie Alzheimer ».

Parallèlement, France Alzheimer, avec le soutien du Conseil Départemental et de la CGSS, a mis en place des groupes de parole, des ateliers mémoires ainsi que des services d'accueil d'écoute et de soutien pour les familles confrontées à la maladie d'Alzheimer.

Sur la période du schéma, le Conseil Départemental a soutenu des projets associatifs tournés sur le soutien aux aidants (aide aux loisirs, vacances, répit).

L'ARS a subventionné deux partenaires – l'association AKAZ Entre-aide, le Centre Médico-Social de Basse-Terre) afin d'accompagner les aidants familiaux et la plateforme de répit « Alois » située sur Basse-Terre.

6 L'offre d'hébergement médico-social

Le département bénéficie d'une offre d'hébergement médico-sociale diversifiée en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Celle-ci a connu un développement rapide ces dernières années, dans le sens d'un renforcement de l'offre médicalisée.

a) L'offre d'hébergement pour personnes âgées

Les Foyers Logements

La Guadeloupe compte aujourd'hui 2 Foyers-logements habilités à l'aide sociale pour un total de 141 places. Ces établissements rencontrent des difficultés liées à la vétusté du bâti. Par ailleurs, ces structures sont confrontées au vieillissement et à l'évolution des besoins du public accueilli. La modernisation et la diversification de l'offre d'établissements à destination de la population peu dépendante, mais souffrant d'isolement, demeure un enjeu essentiel à l'ordre du jour du prochain schéma départemental.

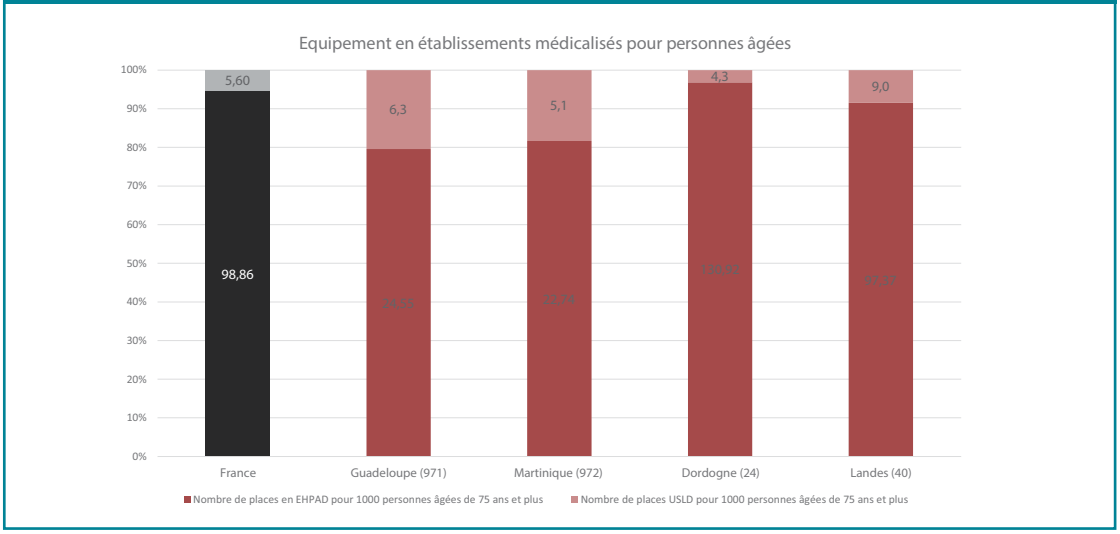
Un 3ème logement foyer « Moun Doubout », géré par l'association gestionnaire Le Bel Age, conçu dans l'esprit des futures « résidences autonomies », propose un bâti neuf et une offre de services adaptée, est en cours d'ouverture à Pointe à Pitre.

Les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)

Un effort conséquent a été fourni en matière de création de places médicalisées pour personnes âgées en Guadeloupe. En effet, 918 lits supplémentaires ont été créés entre 2010 et 2014. La Guadeloupe dispose ainsi en 2014 de 1035 places réparties sur 17 EHPAD. A noter que deux EHPAD supplémentaires ont été construits en 2015.

Malgré cet effort, **le taux d'équipement en places médicalisées pour personnes âgées est nettement inférieur à la moyenne nationale. En effet, ce taux est de 24,5 places médicalisées pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus,** contre 98 au niveau national.

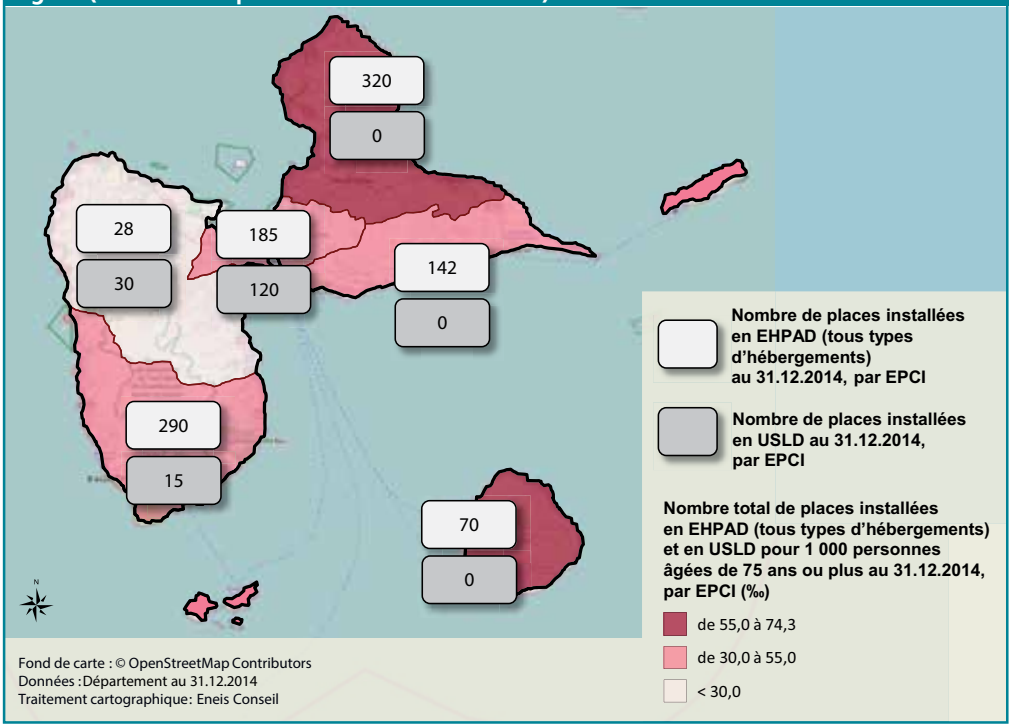
Graphique 3 : Nombre de places en EHPAD pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus



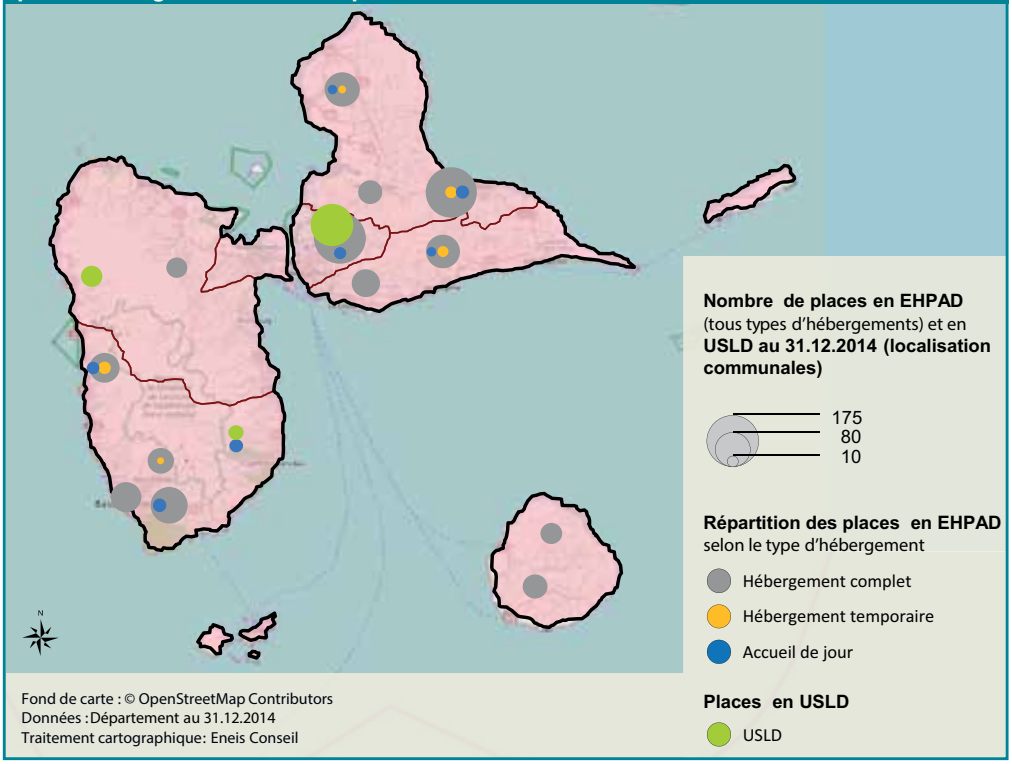
(Source : STATISS. Données au 1er janvier 2014)

Le département compte par ailleurs 165 places en Unités de Soins Longue Durée (USLD) au 1er janvier 2014 (source STATISS), soit moins de 1 place pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus contre 5,6‰ en France métropolitaine.

Carte 15 : Localisation et capacité d'accueil des structures médicalisées pour personnes âgées (structures répertoriées au fichier FINESS)



Carte 16 : Nombre places médicalisées pour personnes âgées en 2014 pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus



La part des bénéficiaires de l'APA en établissement, classés en GIR 1-2, est aujourd'hui majoritaire, à savoir 63% des bénéficiaires de l'APA accueillis en établissement. Ce **renforcement de la prise en charge de la grande dépendance en EHPAD** appelle aujourd'hui une adaptation des modes d'accompagnement et des pratiques, en particulier pour mieux répondre aux besoins des personnes souffrant de troubles cognitifs ou psychiques.

Par ailleurs, l'accès à l'offre d'EHPAD connait un frein important lié à son coût en Guadeloupe. Le Conseil Départemental a travaillé, en partenariat avec l'ARS, sur un référentiel coût/qualité pour que les EHPAD convergent vers un prix moyen. Le référentiel coût/qualité est opposable à la fin du dialogue de gestion.

L'offre en faveur des personnes souffrant de troubles cognitifs et de troubles du comportement

Le développement de l'offre dédiée à la prise en charge des troubles cognitifs et des troubles du comportement est observé sur le département entre 2010 et 2014.

2 types de structures ont été créés conformément aux orientations du Plan Alzheimer :

→ 2 MAIA ont été ouverts, en 2011 sur Capesterre-Belle-Eau et en 2016 sur la région Centre ;

→ 4 pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) ont été ouverts sur la période 2010-2014.

La gestion des troubles psychiatriques par les structures accueillant des personnes âgées reste à développer dans le cadre du prochain schéma.

b) L'offre d'accueil pour l'hébergement des adultes handicapés

L'offre d'accueil pour adultes en situation de handicap non travailleurs

En 2014, le département compte 525 places en structures pour adultes en situation de handicap non travailleurs. Celles-ci se répartissent de la façon suivante :

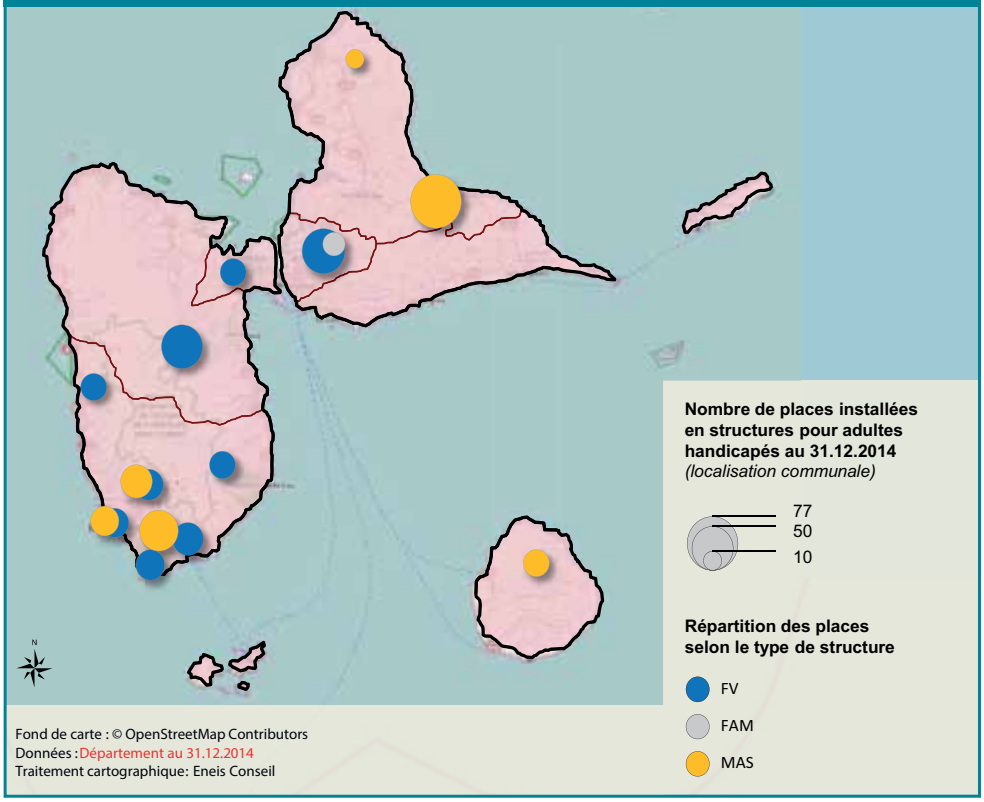
→ 269 places en foyer de vie réparties dans 5 établissements

→ 50 places en foyer d'accueil médicalisé

→ 206 places en maison d'accueil spécialisée

L'offre de structures d'hébergement pour personnes handicapées n'a pas connu le même développement que pour les personnes âgées, sur la période du précédent schéma et demeure insuffisante pour répondre aux besoins de la population. L'offre de Foyer d'accueil médicalisé (FAM) est de fait, particulièrement faible puisque l'on compte 50 places de FAM sur l'ensemble du territoire.

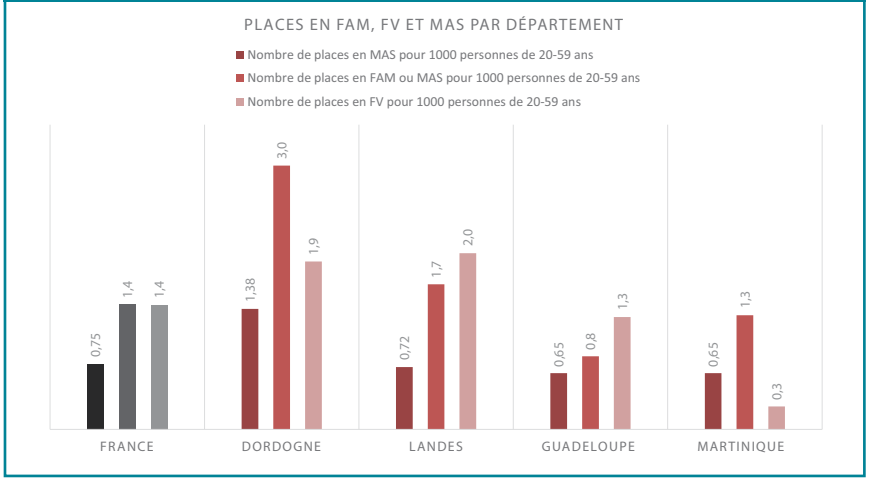
Carte 17 : Équipement en structures pour adultes en situation de handicap non travailleurs en 2014



L'offre de MAS est plus conséquente et permet d'accueillir des personnes atteintes de troubles psychiques :

- la MAS de Gourbeyre est spécialisée dans le handicap psychique
- 2 MAS Autisme (Saint-Claude pour l'hébergement et Anse Bertrand pour l'Accueil de jour)

Graphique 4 : Taux d'équipement en structures d'hébergement pour adultes handicapés non travailleurs



(Source : STATISS. Données au 01/01/2014)

Comme pour le secteur des personnes âgées, **la difficulté à prendre en compte des troubles psychiques et des troubles du comportement** est relevée par les acteurs du champ du handicap. Ce constat appelle notamment au renforcement des liens avec les acteurs du soin, afin de trouver des relais et faciliter l'accès à l'offre de soins.

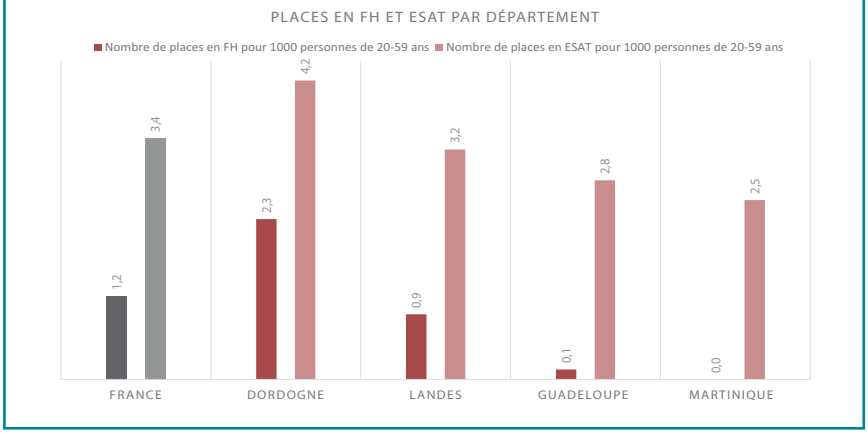
La réponse au besoin d'accueil et d'hébergement des publics handicapés vieillissants constitue également un enjeu important pour le département. Si des réponses existent (ex. unité spécifique au sein du CHGR), elles sont à consolider face aux besoins actuels et à venir. La possibilité d'accueillir des personnes de moins de 60 ans en EHPAD est évoquée à plusieurs reprises par les acteurs.

Les acteurs du handicap relèvent notamment un problème d'accès à l'offre d'accueil de nuit pour les personnes en situation de handicap, en raison de l'impossibilité de cumuler l'aide sociale sur l'accueil de jour et l'accueil de nuit.

L'offre d'hébergement pour travailleurs en situation de handicap

Comme le montre le graphique ci-contre, **les taux d'équipement en Foyer d'Hébergement et en ESAT apparaissent inférieurs à ceux observés dans les autres territoires de comparaison.**

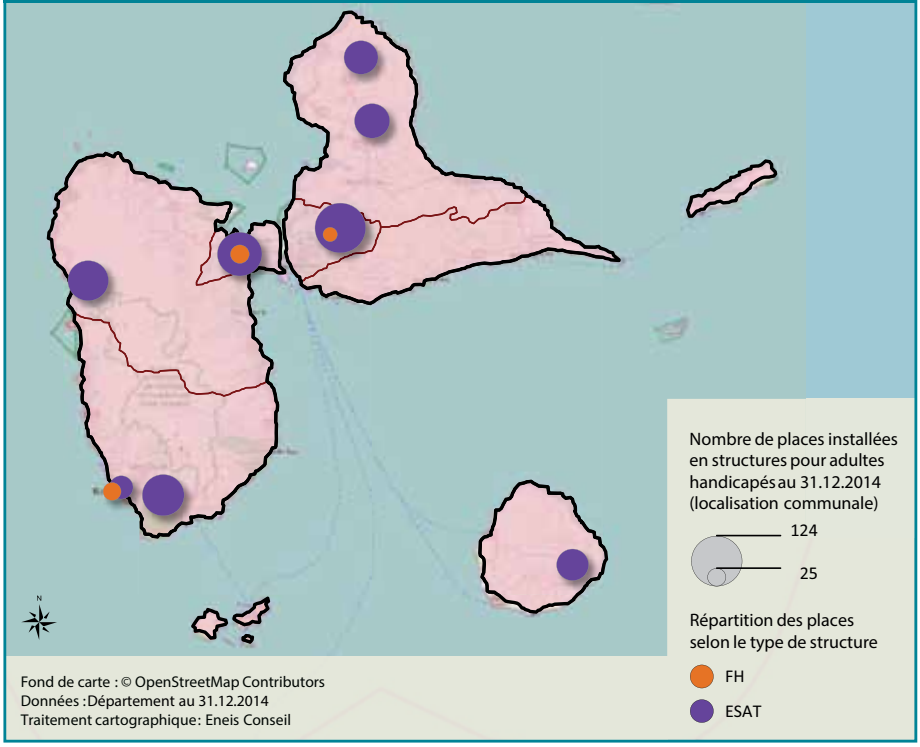
Graphique 5 : Offre en faveur des travailleurs handicapés



(Source : STATISS. Données au 01/01/2014)

L'analyse infra départementale permet de constater **un déploiement géographique de l'offre en Établissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) partiellement en cohérence avec l'offre en Foyer d'Hébergement Traditionnel (FHT).**

Carte 18 : Équipement en structures d'hébergement pour adultes, travailleurs, en situation de handicap en 2014



Toutefois, plusieurs tendances peuvent aujourd'hui amener à reconsidérer le lien traditionnel entre Foyer d'Hébergement Traditionnel (FHT) et ESAT :

- Accueil de publics en ESAT pour qui l'accueil en Foyer d'hébergement n'apparait pas pertinent,
- Difficulté à articuler l'entrée dans le monde du travail et le besoin d'hébergement à l'arrivée à l'âge adulte,
- Prise en compte des besoins des personnes handicapées vieillissantes sortant d'ESAT et hébergées en FHT …

Les modalités d'hébergement des travailleurs handicapés et la rénovation du statut des FHT constituent à ce titre des axes de réflexion du nouveau schéma départemental.

→ Les points clés à retenir

Un développement de l'offre d'hébergement médico-social en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ces dernières années, dans le sens d'un renforcement de l'offre médicalisée.

Un effort conséquent fourni en matière de création de places médicalisées pour personnes âgées : 918 places créées entre 2010 et 2014, pour atteindre un total de 1035 places. Au total 24,5 places en EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus en Guadeloupe, un taux d'équipement qui reste nettement inférieur à celui observé en France métropolitaine. Un renforcement de la prise en charge de la grande dépendance en EHPAD, qui appelle aujourd'hui une adaptation des modes d'accompagnement et des pratiques.

525 places en structures d'hébergement permanent pour adultes en situation de handicap non travailleurs. Un effort de spécialisation des places dédiées aux personnes en situation de handicap, avec 3 MAS spécialisées dans les troubles psychiques et autistiques. Parallèlement, une offre de places en FAM à renforcer, notamment en ce qui concerne l'accueil de nuit.

S'agissant des travailleurs en situation de handicap, 43 places en foyer d'hébergement (internat) en 2014 réparties dans 2 établissements. **578 places en Établissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT)** en 2014. Un lien traditionnel entre Foyer d'Hébergement Traditionnel (FHT) et ESAT à reconsidérer.

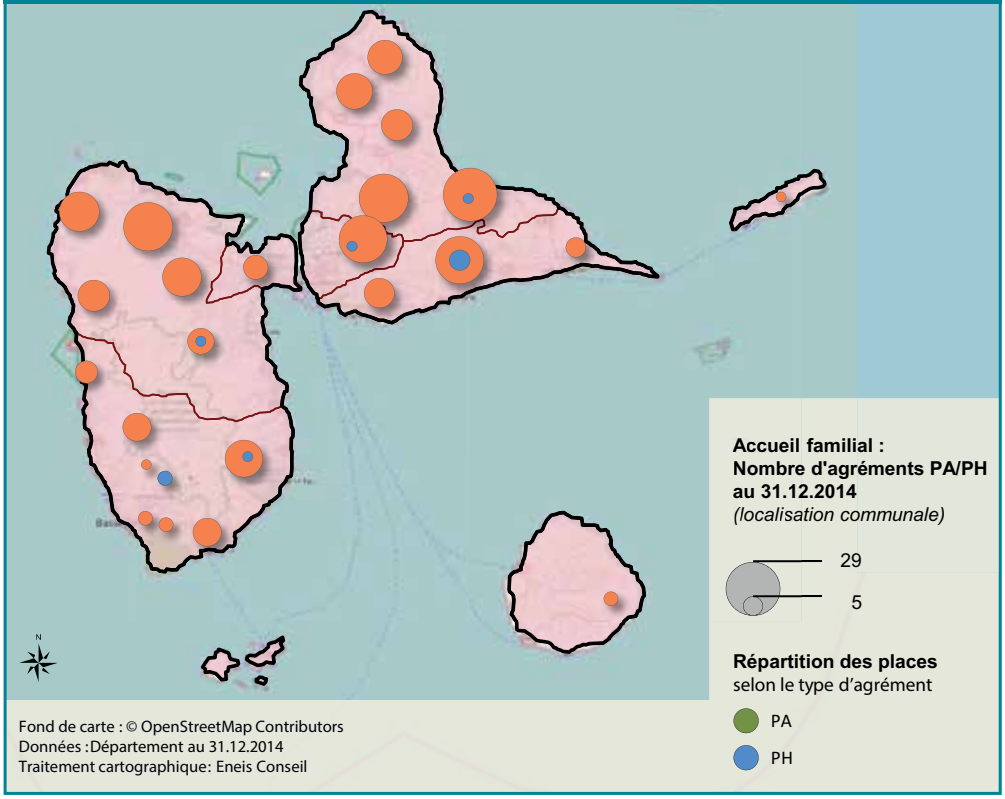
7 L'accueil familial

L'accueil familial a été largement développé dans le cadre de l'ancien schéma, notamment pour compenser la déficience de l'offre d'hébergement médico-sociale.

Le département compte aujourd'hui 404 places en famille d'accueil dont 275 places agréées personnes âgés et personnes handicapées, 118 agréées exclusivement personnes âgées et 12 agréées exclusivement personnes en situation de handicap.

Comme le montre la carte ci-dessous, l'accueil familial est particulièrement développé en Guadeloupe et couvre l'ensemble du territoire.

Carte 18 : Localisation des accueillants familiaux pour personnes âgées et/ou en situation de handicap et des secteurs d'intervention des services de suivi en 2014



La qualité de la prise en charge en accueil familial a fait l'objet d'un chantier conséquent dans le cadre de l'ancien schéma, avec la mise en place d'un dispositif de formation comprenant une série de modules : l'accompagnement, l'hygiène, les soins, la sexualité, la maltraitance, etc…

Le bilan de cette formation dispensée par le Conseil Départemental est globalement satisfaisant. Plusieurs axes d'amélioration sont identifiés :

- Un complément de formation continue pourrait être apporté à la formation initiale ;
- Des professionnels externes pourraient intervenir dans le cadre de ces formations et de la procédure d'instruction de ces agréments.

Dans le cadre du schéma actuel, la priorité ne porte plus sur le développement de l'offre d'accueil familial mais sur l'amélioration continue de sa qualité.

8 Les enjeux pour le schéma 2016-2020

L'état des lieux de l'offre et des besoins en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap met en évidence **plusieurs enjeux auxquels le schéma 2016-2020 entend apporter des réponses.**

Dans le champ de la prévention de la perte d'autonomie tout d'abord, **un enjeu de co-construction et de mise en cohérence des actions portées par les différents acteurs, qui sera au coeur de la conférence des financeurs.** Cette instance devra par ailleurs inclure dans son périmètre la coordination de la politique de soutien aux proches aidants, en tenant compte des freins rencontrés par ce public pour mobiliser l'offre existante.

L'état des lieux de l'offre et des besoins met également en évidence **la nécessité de poursuivre la politique en faveur du maintien à domicile des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.** En consolidant l'offre de services tout d'abord et en améliorant l'articulation des acteurs intervenant conjointement au domicile des personnes, mais également en proposant des outils innovants permettant de sécuriser le maintien à domicile (aides techniques, aménagement des logements, domotique).

L'état des lieux souligne par ailleurs, l**'évolution du profil des personnes maintenues à leur domicile ou accueillies en établissement :** augmentation du nombre de personnes âgées en GIR 1 et 2 à domicile, renforcement de la prise en charge de la grande dépendance en EHPAD, vieillissement des personnes en situation de handicap, difficulté à prendre en compte les troubles psychiques et les troubles du comportement des personnes âgées et des personnes handicapées…

Ces évolutions appellent aujourd'hui **une adaptation des modes d'accompagnement et des pratiques, mais également un renforcement de la coordination entre acteurs :** renforcement des liens avec le champ sanitaire afin de trouver des relais et faciliter l'accès à l'offre de soins, développement des passerelles entre établissements et services médico-sociaux afin de fluidifier le parcours des personnes et prendre en compte l'évolution de leurs besoins, etc. Le renforcement de l'interconnaissance et le décloisonnement des acteurs constituent ainsi des enjeux au coeur du nouveau schéma.

CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA GUADELOUPE

PARTIE 2 :
Le plan d'actions 2016-2020

Ce plan d'actions a été élaboré selon deux principes-clés :

- **La mobilisation des acteurs**, professionnels comme membres de la société civile, pour identifier des réponses aux problématiques rencontrées, **dans un cadre budgétaire contraint**.
- La recherche d'une plus grande **fluidité du parcours de la personne** qui connaît une situation de perte d'autonomie, qu'elle vive à son domicile ou dans une structure d'hébergement.

Orientation 1 : Prévenir et coordonner.

Dans le prolongement des orientations de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, la prévention de la perte d'autonomie est un axe phare de ce schéma. Il vise à mobiliser les acteurs, coordonner les interventions et territorialiser l'action afin de repérer les fragilités dès leur apparition pour y apporter des réponses de manière réactive.

Orientation 2 : Favoriser l'accès à la vie sociale.

Au cours de l'élaboration du schéma, la question de l'accessibilité, et plus largement de l'accès à la vie sociale, s'est imposée comme une thématique de travail incontournable pour ce nouveau schéma. En effet, la politique de soutien au domicile portée par le Département doit être accompagnée par un travail multi-partenarial, sur la lutte contre l'isolement et l'accès à la vie sociale sous toutes ses formes.

Orientation 3 : Accompagner au domicile.

Le Département de la Guadeloupe souhaite poursuivre les efforts engagés depuis plusieurs années sur ce sujet. Cette orientation centrale du schéma comprend à la fois le soutien aux proches aidants, le développement de l'offre de répit et la poursuite du travail relatif à la qualité des interventions à domicile et la modernisation du secteur de l'aide à domicile.

Orientation 4 : Communiquer, sensibiliser et accueillir.

Le schéma 2016-2020 se donne l'objectif de passer d'une ère de la diffusion d'information à une ère de la communication et de la sensibilisation afin de favoriser notamment la prévention et l'accès aux dispositifs sociaux et médico-sociaux.

Orientation 5 : Adapter l'offre d'hébergement médico-sociale.

Après plusieurs années de développement, le schéma 2017-2021 doit aujourd'hui répondre à l'enjeu d'adaptation des ressources médico-sociales sur chacun des territoires, et en particulier de l'offre d'hébergement. Les modalités de cette adaptation seront diversifiées pour répondre au mieux aux besoins des populations.

5 axes stratégiques qui s'articulent autour du parcours de vie de la personne

Orientation n°1

Prévenir la perte d'autonomie et coordonner les interventions

L'orientation n°1 s'inscrit directement dans le cadre proposé par la loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement (Loi ASV) qui installe la conférence des financeurs. Cette instance présidée par le Conseil Départemental a vocation à coordonner les acteurs institutionnels financeurs et décideurs autour de la problématique de la prévention de la perte d'autonomie. C'est pourquoi le Département de Guadeloupe se propose, à travers cette orientation, de traiter dans un même temps, coordination des acteurs et prévention de la perte d'autonomie.

→ L'orientation n°1 se décline ainsi en cinq actions :

Action 1 : Positionner les CCAS comme référents du territoire sur la prévention de la perte d'autonomie en lien avec l'ensemble des dispositifs existants (MAIA, PAERPA, etc.)

Action 2 : Définir des critères de fragilité partagés par l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire.

Action 3 : Lutter contre l'isolement des personnes en déployant le dispositif MONALISA auprès des associations

Action 4 : Développer la filière gériatrique en renforçant le dispositif pour les sorties d'hospitalisation difficiles

Action 5 : Renforcer la coordination entre les secteurs social, sanitaire et médico-social autour du parcours de la personne

Action n°1 : Positionner les CCAS comme référents du territoire sur la prévention de la perte d'autonomie

Orientation n°1 : Prévenir la perte d'autonomie et coordonner les interventions

Eléments de diagnostic

- Actuellement, l'intégration des CCAS dans le dispositif MAIA (Sud Basse Terre et Centre) donne des résultats satisfaisants en termes de repérage des situations complexes et d'orientation des personnes.
- Le CCAS apparait également comme un échelon pertinent pour traiter la question de l'adaptation du logement.
- La convention pour le « bien vivre à domicile » entre la CGSS et le CD prévoit de communiquer auprès des CCAS sur l'ensemble du panier de service.

Objectifs

- Permettre aux CCAS de remplir une fonction d'information en direction des personnes dépendantes sur l'ensemble du territoire ;
- Permettre aux CCAS de remplir une fonction d'orientation des personnes dépendantes auprès des dispositifs spécialisés (MDPH, CD, MAIA, etc.)
- A noter : ces objectifs correspondent au cahier des charges d'un CLIC de niveau 1

Pilote(s)	Partenaires concernés
• Conseil Départemental	• CGSS • UDCCAS • MDPH • Pilotes MAIA

Niveau de priorité 1 à 5

- Niveau de priorité 1 (2016-2018)

Modalités de mise en oeuvre

1. **Réunir l'ensemble des partenaires cités autour des axes de travail suivant :**
   - Repréciser le périmètre d'intervention des CCAS souhaité à partir des notions d'information et d'orientation ;
   - Recenser l'existant : les dispositions de la convention « bien vivre à domicile », le fonctionnement MAIA du Sud Basse-Terre et du Centre.
   - Formaliser une convention CD/CGSS/UDCCAS structurée à partir des deux grands objectifs d'information et d'orientation et reprenant les dispositions existantes dans la convention « bien vivre à domicile » (en prévoyant les moyens correspondants).
2. **Prévoir un temps de sensibilisation des CCAS en s'appuyant sur le travail engagé dans la cadre de la convention pour le « bien vivre à domicile »** (interventions sur site et/ou réunions avec l'ensemble des CCAS).
3. **Prévoir des possibilités intermédiaires de déploiement du dispositif :** via la mise en place de CCAS pilotes ou via la mise en place de CCAS référents

Indicateurs d'évaluation et de suivi	Points de vigilance
• Formalisation d'une convention spécifique avec les CCAS • Nombre de conventions signées	• Les CCAS du territoire sont inégalement dotés et disposent parfois de très peu de moyens humains et matériels ; • Tenir compte d'éventuelles mises en place de CIAS

Action n°2 : Définir des critères de fragilité partagés par l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire.

Orientation n°1 : Prévenir la perte d'autonomie et coordonner les interventions

Eléments de diagnostic

- Le collège de gériatrie (COGEGUA) élabore actuellement un questionnaire à remplir par les professionnels sanitaires et médico-sociaux pour évaluer la fragilité des personnes (cette démarche se situe dans le cadre du Plan Personnalisé de Santé prévu par le dispositif expérimental PAERPA)
- La CGSS a produit un questionnaire d'évaluation des fragilités dans le cadre de son observatoire des fragilités.
- Le dispositif MAIA se base sur le déploiement d'un « outil d'évaluation multidimensionnel standardisé » auprès de l'ensemble des acteurs des champs

Objectifs

- Généraliser une grille de repérage des fragilités uniforme mobilisable par l'ensemble des professionnels et acteurs de proximité intervenant auprès du public en risque de perte d'autonomie ;
- Veiller à rationaliser et à articuler l'ensemble des travaux en cours (COGEGUA, CGSS, MAIA)

Pilote(s)

- Conseil Départemental

Partenaires concernés

- Agence Régionale de Santé de Guadeloupe
- CGSS
- MAIA
- COGEGUA
- UDCCAS

Niveau de priorité 1 à 5

- Niveau de priorité 1 (2016-2018)

Modalités de mise en oeuvre

1. **Réunir l'ensemble des partenaires concernés porteurs d'une initiative de repérage des fragilités, afin de travailler les axes suivants :**
   - Arrêter des critères communs ;
   - Définir un outil partagé ;
   - Définir une stratégie de déploiement de l'outil de repérage
2. **Déployer l'outil de repérage des fragilités, en priorité à destination des CCAS puis, des professionnels médico-sociaux (SAAD) et sanitaires (médecins de ville, SSIAD)**

Indicateurs d'évaluation et de suivi

- Formalisation d'un outil de repérage des fragilités partagé

Points de vigilance

- Un risque de redondance lié à la diversité des initiatives ayant des objectifs proches : la méthode MAIA, le dispositif expérimental PAERPA, la grille CGSS et le questionnaire du COGEGUA.
- Nécessité d'articuler cette action avec l'action 1

Action n°3 : Lutter contre l'isolement des personnes âgées par la mise en place du dispositif MONALISA dans le département

Orientation n°1 : Prévenir la perte d'autonomie et coordonner les interventions

Eléments de diagnostic

- En 2012, 42 % des ménages de 80 ans ou plus vivent seuls dans le département, générant un risque de solitude subie pour les personnes âgées.

Objectifs

- Contribuer à la lutte contre l'isolement des personnes âgées
- Diversifier l'offre d'accompagnement et de services favorisant le lien social pour les personnes âgées et les personnes handicapées

Pilote(s)

- Conseil Départemental

Partenaires concernés

- L'ensemble des associations de Guadeloupe
- L'UDCCAS
- Les collectivités territoriales

Niveau de priorité 1 à 5

- Niveau de priorité 3 (2018-2020)

Modalités de mise en oeuvre

1. Mettre en place une action de communication auprès des associations du territoire sur l'existence et le fonctionnement du dispositif MONALISA (Mobilisation Nationale contre L'Isolement des Agés)
2. Soutenir financièrement les projets visant à lutter contre l'isolement des personnes en perte d'autonomie et à diversifier l'offre d'accompagnement et de service favorisant le lien social

Indicateurs d'évaluation et de suivi

- Nombre de chartes MONALISA signées

Points de vigilance

- Droit d'entrée

Action n°4 : Développer la filière gériatrique en renforçant le dispositif pour les sorties d'hospitalisation difficiles

Orientation n°1 : Prévenir la perte d'autonomie et coordonner les interventions

Eléments de diagnostic

- La convention cadre relative aux cas de « sorties difficiles » permet d'apporter une solution d'hébergement médico-sociale pour les patients en situation de sortie d'hospitalisation dite « difficile » selon les critères d'évaluation formalisés dans la convention.

Objectifs

- Gérer les sorties d'hospitalisation difficiles
- Renforcer les liens entre la ville et l'hôpital
- Contribuer à la mise en place d'une filière gériatrique

Co-Pilote(s)

- Conseil Départemental, Agence Régionale de Santé de Guadeloupe, Centre Hospitalier Universitaire, Centre Hospitalier de Gérontologique du Raizet

Niveau de priorité 1 à 5

- Niveau de priorité 2 (2017-2018)

Modalités de mise en oeuvre

Actualiser la convention cadre afin de :

- En cas de saturation du dispositif et sous réserve de la disponibilité des cofinancements, envisager son extension.
- Etendre le dispositif à l'ensemble du territoire guadeloupéen
- Intégrer de nouveaux partenaires au dispositif
- Adapter le dispositif à l'évolution des besoins du public

Indicateurs d'évaluation et de suivi

- Nombre de cas de « sorties difficiles » traités
- Nombre de nouveaux partenaires intégrés aux dispositifs

Points de vigilance

- Co-pilotage avec les acteurs sanitaires

Action n°5 : Renforcer la coordination entre les secteurs social, sanitaire et médico-social autour du parcours de la personne

Orientation n°1 : Prévenir la perte d'autonomie et coordonner les interventions

Eléments de diagnostic

- **Le Plan de Service Individualisé (PSI)** prévu dans le cadre du dispositif MAIA pour la gestion de cas (concernant les cas dits « complexes » liés à la maladie Alzheimer) et mis en pratique par la MAIA du Sud Basse Terre (sous le nom de « passeport médico-social), sert à planifier et à suivre de manière cohérente et continue l'ensemble des interventions assurées auprès de la personne âgée en situation complexe.
- **Le Plan Personnalisé de Santé (PPS)** prévu par l'expérimentation PAERPA concerne les personnes âgées de 75 ans et plus en situation de fragilité ou atteintes de une ou plusieurs maladies chroniques. Le PPS, déclenché sur la base d'une évaluation gériatrique, vise une meilleure cohérence des interventions des professionnels de santé coordonnés autour d'un référent, généralement le médecin traitant.
- Pour les personnes en situation de handicap, **le Plan d'Accompagnement Global (PAG)** vient compléter le Plan Personnalisé de Compensation (PPC) et prévoit notamment le nom d'un coordonnateur de parcours ainsi que la nature et la fréquence de l'ensemble

Objectifs

- Généraliser un outil visant à planifier et à suivre de manière cohérente et continue l'ensemble des interventions (sanitaires et médico-sociales) assurées auprès de la personne dépendante âgée ou en situation de handicap.
- Anticiper la mise en oeuvre au 1er janvier 2018 du dispositif de « Réponse Accompagnée Pour Tous » (Rapport Piveteau)

Pilote(s)	Partenaires concernés
• Conseil Départemental	• ARS • MAIA • MDPH

Publics visés

- Personnes âgées et personnes en situation de handicap

Modalités de mise en oeuvre

1. Effectuer **une analyse de l'existant** en ce qui concerne le déploiement, le fonctionnement et le périmètre de l'outil PSI de la MAIA Sud Basse Terre ;
2. Deux scénarios pour les personnes âgées :
   - Etendre l'outil PSI de la MAIA à l'ensemble des personnes âgées dépendantes (GIR 1 à 4)
   - Combiner l'outil MAIA pour les « cas complexes » avec un outil de suivi élaboré au niveau départemental
3. Pour les personnes en situation de handicap :
   - Expérimenter des protocoles d'engagement réciproques autour de situations « complexes »
   - Préparer la mise en oeuvre du Plan d'accompagnement global.

Indicateurs d'évaluation et de suivi	Points de vigilance
• Nombre de PSI ou de Passeports médico-sociaux ouverts ; • Nombre de Plans d'accompagnement global mis en place	• Le PAG est en cours de déploiement sur 15 territoires pilotes

Orientation n°2

Favoriser l'accès à la vie sociale

L'accès à la vie sociale comprend tout d'abord l'accès aux services publics, mais également, l'accès aux loisirs, à la culture et de manière plus transversale, l'accès à l'information, condition nécessaire à toute accessibilité. L'accès à une vie sociale riche retarde la perte d'autonomie et permet le bien-vivre au domicile.

→ L'orientation n°2 se décline ainsi en trois actions :

Action 6 : Renforcer le dispositif départemental de transport à la demande ;

Action 7 : Impulser une dynamique partenariale sur l'accessibilité ;

Action 8 : Favoriser l'accessibilité de l'information pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap ;

Action n°6 : Renforcer le dispositif de transport à la demande

Orientation n°2 : Favoriser l'accès à la vie sociale

Eléments de diagnostic

- Le service de transport à la demande départemental s'adresse aux bénéficiaires de l'aide sociale (680 personnes concernées). Le coût du transport est pris en charge à 50% par le Conseil Départemental, à hauteur de 50-80 euros maximum.
- Le dispositif touchant actuellement que 10% des bénéficiaires de l'aide sociale, rencontre plusieurs freins : principalement le coût restant à charge, l'accès à l'information et l'absence d'un accompagnement complet de la personne.

Objectifs

- Améliorer l'accès au dispositif existant
- Enrichir l'offre de service en y intégrant la dimension d'accompagnement

Pilote(s)	Partenaires concernés
• Conseil Départemental	• Conseil Régional • Transporteurs agréés • Associations • ESSMS

Niveau de priorité 1 à 5

- Niveau de priorité 2 (2016-2018)

Modalités de mise en oeuvre

1. Renforcer la diffusion d'information à destination des bénéficiaires de l'aide sociale :

- via les relais d'informations en priorité : ESSMS, assistantes sociales, prestataires à domicile, etc.
- via les outils de diffusion du département

2. Enrichir le dispositif par des partenariats stratégiques :

- Permettant d'articuler une prestation « d'accompagnement » à la prestation de « transport à la demande » : ESSMS, Associations, SAAD, etc.
- Permettant de fournir la prestation de transport à la demande collectivement (en lien avec des ESSMS)
- Permettant de fournir la prestation de transport à la demande aux usagers d'un établissement, d'un service (exemple : accueil de jour) ou d'une association

Indicateurs d'évaluation et de suivi	Points de vigilance
• Nombre de bénéficiaires du dispositif • Nombre de nouveaux partenariats	/

Action n°7 : impulser une dynamique sur la question de l'accessibilité des services publics et promouvoir l'offre de droit commun accessible

Orientation n°2 : Favoriser l'accès à la vie sociale

Eléments de diagnostic

- Le Conseil Départemental a financé des projets associatifs sur l'aide aux loisirs, l'aide aux vacances et le répit.
- La DJSCS a mis en place un guide pour les activités sportives et mené une politique de partenariats avec les clubs sportifs sur le territoire.
- La Guadeloupe présente un retard structurel en termes d'accessibilité des bâtiments/infrastructures accueillant du public.

Objectifs

- Impulser une dynamique multi-partenariale et sensibiliser autour des questions de mobilité et d'accessibilité des services au public
- Promouvoir les offres culturelles, sportives, de loisirs et de droit commun accessibles aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

Pilote(s)

- Conseil Départemental

Partenaires concernés

- EPCI
- Conseil Régional
- ARS
- DEAL
- DGCS
- DJSCS
- Bailleurs sociaux
- ESSMS
- Associations sportives ou autres
- Etc

Niveau de priorité 1 à 5

- Niveau de priorité 5 (2018-2020)

Modalités de mise en oeuvre

1. Organiser des temps (séminaires/évènements) **de sensibilisation et d'information** de l'ensemble des acteurs sur la question de l'accessibilité et de la mobilité pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap
2. Intégrer la question de la perte de l'autonomie (dont le fruit des réflexions issues du point 1) dans le cadre du futur **schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité** des services au public, prévu par la loi dans le cadre de la loi Notre de 2015.
3. En parallèle, **promouvoir la Silver Economie** et développer le financement d'initiatives associatives visant à diversifier l'offre culturelle, l'offre de sports et de loisirs accessibles aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap.

Indicateurs d'évaluation et de suivi

- Nombre d'actions de sensibilisation organisées
- Nombre d'initiatives associatives financées
- Nombre d'actions réalisées par les différents partenaires pour améliorer l'accessibilité

Points de vigilance

- Articuler les modalités de mise en oeuvre de cette fiche action avec les travaux d'élaboration du futur schéma départemental de l'accessibilité des services au public

Action n°8 : Favoriser l'accessibilité de l'information pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap

Orientation n°2 : Favoriser l'accès à la vie sociale

Eléments de diagnostic

- L'enjeu de l'accessibilité de l'information pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap est particulièrement prégnant en Guadeloupe.

Objectifs

- Adapter l'ergonomie des supports numériques pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap, notamment déficients visuels.
- Améliorer l'organisation et la centralisation de l'information pour faciliter l'accès à l'information

Pilote(s)	Partenaires concernés
• Conseil Départemental	• MDPH • ESSMS • Associations • CDCA

Niveau de priorité 1 à 5

- Niveau de priorité 4 (2018-2020)

Modalités de mise en oeuvre

1. **Adapter le contenu et l'ergonomie du site internet du Département et autres supports d'information départementaux,** pour faciliter les usages numériques en direction des personnes âgées et des personnes en situation de handicap y compris déficients sensoriels.
2. **Traduire les formulaires administratifs et les dossiers de demande pour les handicaps visuels et auditifs** (traduction braille, traduction audio)
3. **Développer sur le site internet du Département une information, la plus exhaustive possible sur les droits, des prestations et des dispositifs existants en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap**
   - Envisager un double accès pour les particuliers d'une part et pour les professionnels d'autre part, avec un niveau d'information et de technicité adapté ;
   - Mettre en particulier à disposition des usagers une information complète sur l'offre d'hébergement médico-social (médicalisée et non médicalisée) ;
   - Etudier les solutions possibles pour permettre l'accès et le téléchargement des principaux dossiers de demandes (APA, aide sociale, MDPH, etc...).

Indicateurs d'évaluation et de suivi	Points de vigilance
• Mises à jour du site internet départemental • Nombre de documents téléchargeables et transmission numérisée • Nombre de formulaires traduits pour les handicaps visuels/auditifs	• Coût de développement des solutions

Orientation n°3

Accompagner au domicile et soulager les proches aidants

Dans un contexte où la majorité des personnes âgées et des personnes handicapées souhaitent continuer à vivre à leur domicile, et où plus de 90% des bénéficiaires de l'APA sont à domicile, cette orientation a une place centrale dans ce schéma départemental de l'autonomie.

Cette orientation vise à faciliter le « bien vivre au domicile » sous ses différents aspects : adaptation préventive du cadre de vie, qualité et cohérence des interventions au domicile, aide aux aidants.

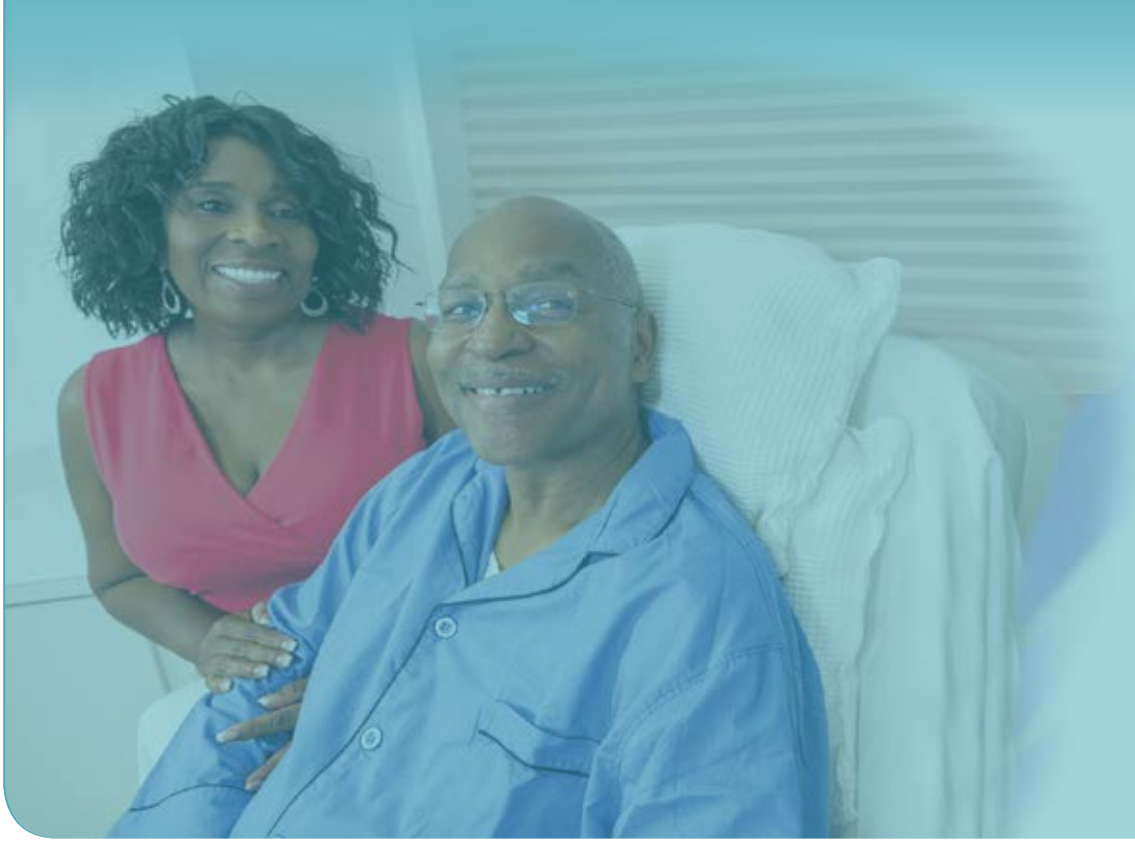
→ L'orientation n°3 se décline ainsi en quatre actions :

Action 9 : Adapter le logement

Action 10 : Optimiser le recours et l'accès aux solutions de répit

Action 11 : Structurer et moderniser le secteur de l'aide au domicile

Action 12 : Développer l'offre de services et d'accompagnement pour les aidants



Action n°9 : Améliorer l'adaptation du logement et l'accès aux aides techniques

Orientation n°3 : Accompagner au domicile et soulager les proches aidants

Eléments de diagnostic

- Le dispositif départemental d'aide à l'adaptation du cadre de vie a été voté en décembre 2015 (dans le cadre de la préfiguration de la conférence des financeurs) et permet aux personnes âgées de 70 ans et plus et aux personnes en situation de handicap âgées de 20 ans et plus ayant une reconnaissance de la MDPH, de bénéficier sous condition de ressources, d'une aide à l'adaptation du cadre de vie plafonnée à 5000 €.
- Malgré des améliorations notables sur l'attribution des logements adaptés, il apparait nécessaire que l'offre et la demande se rencontrent plus facilement.
- Le fonctionnement relativement cloisonné des différentes aides à l'adaptation du logement ou à l'amélioration de l'habitat génère des difficultés et parfois des rejets automatiques de prestations.

Objectifs

- Sensibiliser les bailleurs à la problématique de la perte d'autonomie ;
- Faciliter l'accès aux financements pour les propriétaires ;
- Intégrer le risque de perte d'autonomie dans le cadre de l'aide à amélioration du bâti (AH).

Pilote(s)

- Conseil Départemental
- Conférence des financeurs

Partenaires concernés

- CGSS
- ANAH
- DEAL
- Bailleurs sociaux
- MDPH
- ADIL

Niveau de priorité 1 à 5

- Niveau de priorité 1

Modalités de mise en oeuvre

1. **Mener une campagne de sensibilisation et d'information en direction des bailleurs sociaux,** via un temps évènementiel, pour les sensibiliser à la problématique de la perte d'autonomie et pour rappeler les obligations légales associées ;
2. Réunir un groupe de travail avec les partenaires porteurs d'aides et de financements (ANAH, CD, CGSS, DEAL) autour de l'objectif de mettre en place **un plan de financement commun** de l'adaptation du logement à la perte d'autonomie ;
3. Renforcer la collaboration entre le Département et l'Agence Nationale de l'Habitat (ANAH) afin d'intégrer et de renforcer l'importance du critère de la perte d'autonomie en amont du montage des dossiers d'Aide à l'amélioration de l'Habitat (AH).
4. **Former et associer les professionnels du domicile** aux possibilités d'adaptation et d'aménagement des logements dans le cadre de la convention de modernisation des services d'aide à domicile signée avec la CNSA

Indicateurs d'évaluation et de suivi

- Nombre d'actions de sensibilisation organisées en direction des bailleurs sociaux
- Actualisation des dossiers d'aide à l'amélioration de l'habitat pour renforcer le critère de la perte d'autonomie
- Existence d'un plan de financement mutualisé pour l'adaptation du logement à la perte d'autonomie

Points de vigilance

- Actions à réfléchir dans le cadre de la conférence des financeurs

Action n°10 : Optimiser le recours et l'accès aux solutions de répit

Orientation n°3 : Accompagner au domicile et soulager les proches aidants

Eléments de diagnostic

- Les dispositifs de répit médico-sociaux, à savoir l'accueil de jour (87 places) et l'hébergement temporaire (35 places), sont confrontés à des difficultés : faible taux d'occupation et détournement d'usage (l'hébergement temporaire est utilisé comme solution d'urgence et non comme une solution de répit).
- Les freins sont multiples : coût, transport, offre de service, communication, moyens, etc.

Objectifs

- Optimiser le recours aux dispositifs de répit existants : accueil de jour et hébergement temporaire et plateformes de répit.

Pilote(s)	Partenaires concernés
• Conseil Départemental • Agence Régionale de Santé de Guadeloupe	• ESSMS • MDPH

Niveau de priorité 1 à 5

- Niveau de priorité 2 (délai à définir avec l'ARS)

Modalités de mise en oeuvre

1. **Travailler prioritairement sur les freins d'accès à l'aide sociale :**
   - Effectuer un travail de communication et de pédagogie sur le principe de récupération des aides sociales sur la succession ;
   - Effectuer un travail d'information plus général sur l'existence et le fonctionnement de l'aide sociale ;
2. Les partenariats prévus dans la fiche action n°6, visant à mettre **le service de transport à la demande** à disposition des ESSMS, devront être articulés aux objectifs de cette fiche action.
3. Dans un second temps, il pourrait être envisagé par le CD et l'ARS de mener une action conjointe de diagnostic et d'amélioration des services d'accueil de jour et d'hébergement temporaire en travaillant particulièrement sur les axes suivants : élaboration de projets de service et d'accompagnement, actions de communication sur le répit, diminution du reste à charge pour les familles aux revenus modestes, élargissement de l'amplitude d'ouverture des services d'accueil de jour.

Indicateurs d'évaluation et de suivi	Points de vigilance
• Taux d'occupation (Accueil de jour/Hébergement Temporaire) • Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale	• Co-pilotage ARS/CD

Action n°11 : Faire évoluer le secteur de l'aide au domicile

Orientation n°3 : Accompagner au domicile et soulager les proches aidants

Eléments de diagnostic

- En tenant compte des structures nouvellement autorisées, la Guadeloupe comptabilise 101 structures d'aide à domicile autorisées.
- Le secteur est marqué par une forte hétérogénéité des acteurs, en termes de taille et de qualité de service.
- La convention de modernisation du secteur de l'aide à domicile signée entre le Conseil Départemental et la CNSA (section 4), a permis de soutenir des actions, notamment de formation en direction du personnel des OSP. Certaines de ces actions ont été initiées par l'UROSAPGua.
- L'ARS porte deux projets de SPASAD sur l'année 2016.

Objectifs

- Améliorer la cohérence territoriale des interventions
- Augmenter la qualité du service
- Restructurer le secteur de l'aide à domicile

Pilote(s)

- Conseil Départemental

Partenaires concernés

- ARS
- CGSS
- DIECCTE
- ADESSA
- Fédérations de SAAD
- UROSAP GUA
- OPCA
- Professionnels de santé (Médecins et infirmiers libéraux)
- Association des SSIAD (GWASIAD)

Niveau de priorité 1 à 5

- Niveau de priorité 1 (2016-2020)

Modalités de mise en oeuvre

1. Etablir un **diagnostic du secteur de l'aide à domicile** - taille des structures, périmètre d'intervention, santé financière - et tracer les perspectives d'évolution du secteur ;
   - Intégrer à ce diagnostic une étude quantitative et qualitative sur les services anciennement agréés : nombre, taille, qualité de service, conditions de travail, satisfaction client, tarifs, gestion des ressources humaines, zones d'intervention, etc.
2. Etablir un référentiel d'intervention, complémentaire du cahier des charges national de l'autorisation, posant les exigences associées à l'accès au régime de l'autorisation, sous la forme de critères objectifs comprenant la qualité des interventions, la couverture territoriale ainsi que la gestion des ressources humaines.
   - Tenir compte, dans le cadre de travail, des points de vigilance remontés dans les groupes de travail : nécessité de détailler le contenu des plans d'aides APA-PCH pour les prestataires et les usagers, nécessité de trouver des solutions logistiques permettant d'améliorer le recours aux formations, nécessité d'améliorer et de renforcer la méthodologie de contrôle des services.
3. Définir un **projet de service** pour l'Union Régionale des Organismes de Service à la Personne de la Guadeloupe (UROSAPGua), afin de positionner la structure sur le pilotage départemental de l'aide à domicile
4. Réfléchir avec l'ARS à un modèle de SPASAD répondant aux contraintes spécifiques du territoire.
5. S'appuyer sur les expérimentations menées pour généraliser et ouvrir des possibilités d'information du cahier de liaison à domicile.

Indicateurs d'évaluation et de suivi

- Réalisation du diagnostic du secteur
- Nombre de projets de service, de CPOM, de chartes qualité signées
- Nombre de SPASAD mis en place

Points de vigilance

- Niveau de déficit cumulé des SAAD
- Mobilisation de l'ARS pour les SPASAD
- Actions à mener sur l'ensemble de la durée du schéma

Action n°12 : Centraliser l'information et poursuivre le financement des initiatives à destination des aidants

Orientation n°3 : Accompagner au domicile et soulager les proches aidants

Eléments de diagnostic

- Le Conseil Départemental finance des actions à destination des aidants.
- Dans le cadre du partenariat entre le CD et France Alzheimer, les actions suivantes ont pu être financées et mises en oeuvre : groupes de paroles, formations, séjours de vacance, brochures d'informations, etc.
- L'aide aux aidants figure parmi les axes de convergence entre la CGSS et le CD dans le cadre de la convention pour le « bien vivre à domicile »

Objectifs

- Diversifier l'offre de services à destination des aidants
- Faciliter l'accès aux services existants

Pilote(s)

- Conseil Départemental

Partenaires concernés

- CGSS
- France Alzheimer
- Association J'existe
- SAAD
- Autres ESSMS et associations

Niveau de priorité 1 à 5

- Niveau de priorité 2 (à partir de 2017)

Modalités de mise en oeuvre

1. Afin de favoriser l'accès aux services existants, un travail de centralisation de l'information sur les aides financières accessibles et sur l'offre de service présente sur le territoire devrait être effectué dans le cadre d'un groupe de travail réunissant le CD, la CGSS, France Alzheimer Guadeloupe ; et autres associations.
2. Cette fiche action consiste également à la mise en application et au suivi de l'article 4 de la convention pour « le bien vivre à domicile », au vu duquel la CGSS et le CD « s'engagent à initier et soutenir conjointement les actions d'accompagnement des aidants naturels ». Parallèlement, cet axe de travail sera porté parmi les priorités départementales de la conférence des financeurs.
3. Il y a lieu de définir les modalités d'utilisation possible de l'enveloppe permettant aux proches aidants de bénéficier d'un « droit au répit » dans le cadre de l'Allocation Personnalisée Autonomie.

Indicateurs d'évaluation et de suivi

- Nombre d'actions à destination des aidants soutenues par le Conseil Départemental
- Nombre d'actions financées par la commission des finances en faveur des aidants

Points de vigilance

- Articulation conférence des financeurs et convention pour le « bien vivre à domicile »

Orientation n°4

Communiquer, sensibiliser, accueillir

Le schéma 2016-2020 se donne le défi de passer d'une ère de la diffusion d'information à une ère de la communication et de sensibilisation, afin de communiquer de manière plus ciblée, de traiter des problématiques spécifiques telles que la méconnaissance de certains dispositifs (SAVS-SAMSAH) ou encore le handicap psychique.

En passant d'une stratégie d'information à une stratégie de communication, le Département souhaite donner un caractère performant à son action, par le biais d'interventions en milieu scolaire par exemple, afin de sensibiliser à la perte d'autonomie et au handicap, dès le plus jeune âge.

Parallèlement à cette ambition en termes de stratégie de communication, le Département se propose de moderniser ses outils de diffusion de l'information afin de les rendre plus accessibles (cf. Orientation n°2) et plus centralisés, que ce soit par le biais de supports classiques ou de supports numériques, adaptés aux personnes en situation de handicap et aux personnes agées.

Enfin, il est important que la communication revête divers enjeux d'information et d'image, car ceux-ci ont un impact direct et fort pour l'accès aux dispositifs.

→ L'orientation n°4 se décline ainsi en deux actions :

Action 13 : Elaborer une nouvelle stratégie de communication autour du handicap et de la perte d'autonomie :

Action 14 : Elaborer une charte de l'accueil des personnes âgées et des personnes handicapées dans les administrations publiques.

Action n°13 : Elaborer une nouvelle stratégie de communication autour du handicap et de la perte d'autonomie

Orientation n°4 : Communiquer, sensibiliser, accueillir

Eléments de diagnostic

- Des outils d'informations ont été diffusés par le Département et/ou ses partenaires, pendant la période du précédent schéma : brochure d'information sur la maladie Alzheimer et les solutions de répit ; brochure sur l'autonomie et le maintien à domicile ; guide des activités sportives adaptées (DRJSCS), etc.

Objectifs

- Sensibiliser dès le plus jeune âge à la perte d'autonomie et au handicap ;
- Accentuer le travail de sensibilisation auprès du grand public ;
- Traiter des sujets spécifiques de manière ciblée : les métiers de l'aide à domicile, l'existence et le rôle des SAVS-SAMSAH, le handicap psychique, la promotion de la bientraitance.

Pilote(s)	Partenaires concernés
• Conseil Départemental	• ESSMS • Associations • A définir en fonction du sujet traité

Niveau de priorité 1 à 5

- Niveau de priorité 3 (à partir de 2018)

Modalités de mise en oeuvre

1. **Définir une stratégie de communication départementale comprenant un volet « sensibiliser » et un volet « informer » :**
   - Prévoir des campagnes de sensibilisation à destination du grand public : sur le handicap psychique, sur la bientraitance, sur le rôle des SAVS-SAMSAH, les métiers de l'aide à domicile ;
   - Organiser des campagnes de sensibilisation en milieu scolaire sur la perte d'autonomie et le handicap.
2. **Poursuivre le travail de centralisation et de diffusion de l'information** engagé dans le cadre du précédent schéma, en privilégiant la création d'un support centralisant les informations sur les aides financières à destination des aidants ainsi que sur l'offre accessible.
3. **Développer sur le site internet du Département** une information la plus exhaustive possible sur les droits, les prestations et les dispositifs existants en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap (en lien avec l'action n°8 relative à l'accessibilité de l'information).

Indicateurs d'évaluation et de suivi	Points de vigilance
• Réalisation d'un plan de communication départemental • Nombre de campagnes de sensibilisation organisées • Mise à jour du site internet • Production et diffusion d'un support d'information à destination des aidants	/

Action n°14 : Elaborer une charte de l'accueil des personnes âgées et des personnes handicapées dans les administrations publiques

Orientation n°4 : Communiquer, sensibiliser, accueillir

Eléments de diagnostic

- Pour de multiples raisons liées au niveau de formation et/ou d'éducation, la qualité de l'accueil pour les personnes âgées et handicapées est déficiente dans les structures accueillant du public. Ce problème est d'autant plus prononcé pour les personnes atteintes d'un handicap visuel ou auditif.

Objectifs

- Inculquer une culture de l'accueil des personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap dans l'ensemble des administrations et établissements accueillant ces publics (personnes âgées, personnes en situation de handicap)

Pilote(s)

- Conseil Départemental

Partenaires concernés

- CGSS
- ARS
- CAF
- Collectivités territoriales
- Associations et ESSMS
- Préfecture
- Etc.

Niveau de priorité 1 à 5

- Niveau de priorité 2 (à partir de 2017)

Modalités de mise en oeuvre

1. Rédiger avec les partenaires volontaires, une charte de l'accueil des personnes âgées ou des personnes handicapées
2. Diffuser cette charte auprès de l'ensemble des administrations accueillant ce type de public, en lien avec les acteurs signataires, en veillant à proposer en parallèle une communication large autour de cette démarche.
3. Réfléchir à la mise en place d'un label de la qualité de l'accueil des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Indicateurs d'évaluation et de suivi

- Réalisation de la charte d'accueil
- Nombre d'administrations signataires de la charte d'accueil

Points de vigilance

/

Orientation n°5

Adapter et diversifier l'offre médico-sociale

La période du précédent schéma a été une période de fort développement de l'offre d'hébergement médico-social (918 lits d'EHPAD supplémentaires sur la période du précédent schéma). Le schéma 2016-2020 devra avant tout mettre l'accent sur l'adaptation et la diversification de l'offre face à des besoins qui évoluent.

La question de l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes est le premier exemple et la première préoccupation invitant l'ensemble des acteurs du territoire à faire preuve d'adaptation et d'agilité dans les réponses à apporter.

Le Département souhaite, à travers cette cinquième orientation, mobiliser les ressources médico-sociales existant sur le territoire, afin d'apporter des réponses adaptées aux besoins, notamment en ce qui concerne la prise en charge des troubles psychiatriques et des troubles du comportement.

La diversification des offres et des types d'offres médico-sociales existant entre le domicile et l'établissement médicalisé, est une condition nécessaire à la fluidité du parcours des personnes. Ceci permet de moduler les solutions en fonction des besoins de chaque individu.

Enfin, pour apporter une réponse cohérente et territorialisée, il est indispensable pour le Département de travailler sur les outils d'observation et de pilotage de l'offre médico-sociale.

→ L'orientation n°5 se décline ainsi en six actions :

Action 15 : Développer des **solutions de logement et d'hébergement adaptées pour les personnes peu dépendantes**

Action 16 : Mettre en oeuvre et en cohérence les ressources et les solutions à destination des **personnes handicapées vieillissantes**

Action 17 : Faciliter et développer l'**hébergement permanent** pour les adultes en situation de handicap

Action 18 : Renforcer la **politique de contrôle des** évaluations externes en mettant l'accent sur la qualité du recrutement et sur l'actualisation des projets d'établissements des ESSMS.

Action 19 : Actualiser le règlement départemental de l'accueil familial

Action 20 : Renforcer la mutualisation et les synergies entre les **observatoires sanitaires et médico-sociaux**, dans l'optique du pilotage de l'offre médico-sociale.

Action n°15 : Développer des solutions de logement et d'hébergement adaptées pour les personnes peu dépendantes

Orientation n°5 : Adapter et diversifier l'offre médico-sociale

Eléments de diagnostic

- L'offre d'EHPAD a été renforcée de manière rapide et significative avec un accroissement de 60% de l'offre sur la période du précédent schéma, à savoir 918 lits supplémentaires.
- L'offre de Foyers Logements comporte, en 2015, 141 places pour 2 établissements habilités à l'aide sociale. Ces logements-foyers souffrent d'un problème de vétusté.
- Il est nécessaire de répondre aux besoins d'une population en perte d'autonomie (GIR 5-6) sur les problématiques de l'isolement et de l'accompagnement.

Objectifs

- Diversifier les solutions d'hébergement non médicalisées, intermédiaires entre le domicile et l'établissement médicalisé, tout en veillant à moderniser les structures déjà existantes

Pilote(s)

- Conseil Départemental

Partenaires concernés

- CGSS
- ESSMS
- Bailleurs sociaux ou privés

Niveau de priorité 1 à 5

- Niveau de priorité 3 (2017-2019)

Modalités de mise en oeuvre

1. **Lancer un chantier de modernisation des logements-foyers** du territoire, afin de favoriser leur attractivité. Plusieurs critères ont été présentés par l'association le bel Age : la convivialité, la liberté, le self (se servir soi-même), l'offre d'activités, la notion de parcours via des réunions pluridisciplinaires d'orientation et de suivi ;
2. **Lancer des appels à projets pour des solutions d'accueil intermédiaires**, entre le domicile et l'établissement à destination des personnes peu dépendantes.

Indicateurs d'évaluation et de suivi

- Nombre de projets de rénovation/modernisation
- Nombre de projets de structures d'accueil pour personnes peu dépendantes

Points de vigilance

- Le forfait autonomie prévu par la loi ASV pour moderniser les résidences autonomie ne concerne pas les départements outre-mer

Action n°16 : Mettre en oeuvre les solutions à destination des personnes handicapées vieillissantes

Orientation n°5 : Adapter et diversifier l'offre médico-sociale

Eléments de diagnostic

- Les Foyers de vie sont de plus en plus « embolisés » par les personnes handicapées vieillissantes pour qui il n'existe pas de structure adaptée.
- Les familles d'accueil sont confrontées au vieillissement des personnes accueillies, pouvant présenter une dépendance accrue et des troubles du comportement ;

Objectifs

- Offrir des solutions d'accompagnement et de prises en charge pour les personnes handicapées vieillissantes ;

Pilote(s)	Partenaires concernés
• Conseil Départemental • ARS	• ESSMS

Niveau de priorité 1 à 5

- Niveau de priorité 2 (2016-2018)

Modalités de mise en oeuvre

1. **Faciliter les passages de relais et la coordination entre les SSIAD et les services spécialisés dans le handicap (SAVS et SAMSAH).** Plusieurs modalités de mise en oeuvre peuvent être envisagées :
   - Une communication spécifique à destination des professionnels de SSIAD et de SAAD sur le rôle et les missions des SAVS-SAMSAH ;
   - Des interventions de responsables de SAVS-SAMSAH au sein des réunions d'équipe SSIAD/SAAD
2. **Améliorer l'accompagnement des fins de parcours et le travail sur les orientations** en établissements :
   - Renforcer les relations entre les établissements pour Personnes Handicapées et la MDPH, afin que les réorientations soient plus efficaces en cas d'évolution des besoins ;
   - Renforcer le contrôle qualité des établissements en ce qui concerne l'orientation dans le cadre des évaluations externes.
3. **Encourager et contrôler l'actualisation des projets d'établissements** pour tenir compte de l'évolution des besoins des personnes et de leurs parcours :
   - Accueillir des personnes handicapées vieillissantes de moins de 60 ans en EHPAD, en tenant compte des situations de vieillissement précoce ;
   - Développer des unités de prise en charge spécifique pour gérer les troubles comportementaux et psychiques liés à l'état de la personne handicapée

Indicateurs d'évaluation et de suivi	Points de vigilance/Délais
• Nombre d'actions de communication sur les SAVS-SAMSAH • Nombre d'interventions de SAVS-SAMSAH en réunion d'équipe SAAD • Nombre de personnes handicapées vieillissantes accueillies en EHPAD • Nombre d'unités spécifiques d'accueil créées en établissement	• 2016/2018

Action n°17 : Faciliter et développer l'hébergement permanent pour les adultes en situation de handicap (FH, FAM, MAS)

Orientation n°5 : Adapter et diversifier l'offre médico-sociale

Eléments de diagnostic

- Le rapport Piveteau « Zéro sans solution » émet plusieurs préconisations visant à limiter les ruptures de parcours des personnes en situation de handicap.
- L'offre de Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) est faible : 50 places sur l'ensemble de la Guadeloupe.
- Il est relevé que lorsqu'une personne est prise en charge en MAS, en accueil médicalisé de jour, son hébergement en MAS ne peut pas être pris en charge au titre de l'aide sociale.

Objectifs

- Développer l'offre d'hébergement pour les adultes handicapés

Pilote(s)

- Conseil Départemental
- Agence Régionale de Santé de Guadeloupe

Partenaires concernés

- ESSMS

Niveau de priorité 1 à 5

- Niveau de priorité 3 (2016-2020)

Modalités de mise en oeuvre

1. **Faciliter l'accès à l'aide sociale pour l'hébergement :**
   - Action d'information sur l'aide sociale (cf. fiche action 10)
   - Réfléchir aux possibilités de combiner, accueil de jour et accueil de nuit dans le cadre des plans d'aide.
2. **Envisager, en lien avec l'Agence Régionale de Santé de Guadeloupe, les modalités permettant de prioriser le développement de l'offre d'hébergement pour les personnes en situation de handicap, en tenant compte de l'évolution des besoins.**

Indicateurs d'évaluation et de suivi

- Nombre de personnes en situation de handicap hébergées en établissement PH

Points de vigilance

- Co-pilotage CD/ARS

Action n°18 : Renforcer la politique de contrôle des évaluations externes

Orientation n°5 : Adapter et diversifier l'offre médico-sociale

Eléments de diagnostic

- L'adaptation des projets d'établissements à l'évolution des besoins, est un enjeu fort pour les ESSMS : cela implique que les établissements se conforment à leur obligation d'actualisation des projets d'établissements.

Objectifs

- Adapter les projets d'établissements et de services à l'évolution des besoins des personnes accueillies
- Faire des CPOM, un levier pour l'amélioration du parcours de vie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Pilote(s)	Partenaires concernés
• Conseil Départemental	• ESSMS • ARS

Niveau de priorité 1 à 5

- Niveau de priorité 5 (2018-2020)

Modalités de mise en oeuvre

1. **Renforcer la politique de contrôle des évaluations externes, en mettant l'accent sur deux items stratégiques :**
   - **L'actualisation du projet d'établissement** afin de répondre à l'évolution des besoins (troubles psychiatriques, troubles comportementaux, personnes handicapées vieillissantes, etc.)
   - **La qualité du processus de recrutement** pour apporter une première réponse à l'enjeu du recrutement au niveau des SAAD

Indicateurs d'évaluation et de suivi	Points de vigilance
• Nombre de projets d'établissements actualisés • Nombre d'évaluations externes effectuées	• Cadrage et pilotage des évaluations externes

Action n°19 : Actualiser le règlement départemental de l'accueil familial

Orientation n°5 : Adapter et diversifier l'offre médico-sociale

Eléments de diagnostic

- L'accueil familial est particulièrement développé en Guadeloupe.
- Le département compte aujourd'hui 404 places en famille d'accueil, dont 275 places agréées personnes âgées et personnes handicapées, 118 accueillants familiaux agrées exclusivement personnes âgées et 12 agréés exclusivement personnes handicapées.
- Un dispositif départemental de formation a été mis en place, comprenant une série de modules : l'accompagnement, l'hygiène, les soins, la sexualité, la maltraitance, etc. Cette formation, dont l'évaluation est en cours, est globalement satisfaisante.

Objectifs

- Poursuivre l'amélioration de la qualité de l'accompagnement par les familles d'accueil

Pilote(s)	Partenaires concernés
• Conseil Départemental	• Association des familles d'accueil • ESSMS • Organismes de formation • URPS • Médecins • Infirmiers libéraux • SSIAD

Niveau de priorité 1 à 5

- Niveau de priorité 2 (2017)

Modalités de mise en oeuvre

1. **Instruire les demandes d'agrément ou de renouvellement dans les délais réglementaires, en externalisant les évaluations des nouvelles demandes ou de renouvellement ;**
2. **Actualiser le règlement départemental de l'accueil familial en retravaillant spécifiquement les items suivants :**
   - **Les critères d'agrément et le type de public accueilli :** organiser un groupe de travail expert pour définir, au regard des retours d'expérience en accueil familial, le type de public devant être orienté de manière privilégié en famille d'accueil. Ce groupe de travail vise à définir le rôle des familles d'accueil dans le cadre d'un parcours de vie.
   - **Les droits et les devoirs de la famille d'accueil :** détailler et développer, en lien avec les associations, la partie sur les droits et les devoirs de la famille d'accueil et produire une brochure à diffuser avec le contrat d'accueil.
   - **Les droits et les devoirs de la personne accueillie**

Indicateurs d'évaluation et de suivi	Points de vigilance/Délais
• Actualisation du règlement départemental	• Gérer les aggravations de l'état de dépendance et l'organisation des sorties des usagers vers les institutions / 1er semestre 2017

Action n°20 : Renforcer la mutualisation et les synergies entre les observatoires sanitaires et médico-sociaux

Orientation n°5 : Adapter et diversifier l'offre médico-sociale

Eléments de diagnostic

- Le territoire compte quatre observatoires portant sur la perte d'autonomie et/ou le handicap :
  - L'Observatoire Départemental du Handicap et du Vieillissement (ODHV) géré par le Conseil Départemental
  - L'Observatoire des fragilités de la CGSS
  - L'Observatoire des Inadaptations sociales et des Handicaps (O.I.H) géré par l'association URIOPSS
  - L'Observatoire Régional de la Santé en Guadeloupe (ORSAG) géré par le Conseil Régional de Guadeloupe et l'Agence Régionale de Santé

Objectifs

- Améliorer le pilotage partenarial de l'offre médico-sociale

Pilote(s)	Partenaires concernés
• Conseil Départemental	• Agence Régionale de Santé • Conseil Régional • CGSS • URIOPSS

Niveau de priorité 1 à 5

- Niveau de priorité 2

Modalités de mise en oeuvre

1. Organiser un groupe de travail entre les pilotes des observatoires afin de :

- Partager des données et indicateurs en commun ;
- Définir des objectifs et des axes de travail commun ;
- Définir une feuille de route partagée entre les observatoires.

Indicateurs d'évaluation et de suivi	Points de vigilance
• Nombre de groupe de travail organisés	• Possibilité d'articulation avec la conférence des financeurs

Annexes

6) Glossaire

AAH : Allocation pour Adulte Handicapé

ACTP : Allocation Compensatrice pour Tierce Personne

AEEH : Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

CGSS : Caisse Générale de la Sécurité Sociale

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CDCA : Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie

CDCPH : Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CLS : Contrat Local de Santé

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CODERPAG : Comité départemental des retraités et des personnes âgées de la Guadeloupe

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CVS : Conseil de la Vie Sociale

DDCS : Direction départementale de la cohésion sociale

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale

ESAT : Établissement et Service d'Aide par le Travail

ESSMS : Établissement et Service social et médico-social

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FHT : Foyer d'Hébergement Traditionnel

GIR : Groupe Iso-Ressources

GMP : GIR Moyen Pondéré

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

MAS : Maison d'Accueil Spécialisé

MDA : Maison Départementale de l'Autonomie

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MONALISA : MObilisation NAtionale contre l'ISolement social des Agés

PASA : Pôles d'Activités et de Soins Adaptés

PCH : Prestation de Compensation du Handicap PRS : Projet Régional de Santé

PUV : Petite unité de vie

RGP : Recensement Général de la Population

SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

UHR : Unité d'Hébergement Renforcée

UROSAP Gua : Union Régionale des Organismes de Service à la Personne de la Guadeloupe

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

USLD : Unité de Soins Longue Durée

7) Composition des instances de pilotage du schéma 2016-2020

Liste des membres du comité stratégique du schéma 2016-2020

- **4 représentants du Conseil départemental de Guadeloupe**
  - Chantal LERUS, Présidente de la commission Personnes âgées/Personnes handicapées
  - Henri LAVENTURE, Directeur Général des Services-DGS
  - Katia VESPASIEN, Directrice Générale Adjointe aux Solidarités- DAGS
  - Dominique RAMZAY, Directrice de l'Autonomie-DA

- **5 représentants des partenaires institutionnels**
  - Patrice RICHARD, Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé - l'ARS
  - Directeur de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale - DJSCS
  - Henri YACOU, Directeur de la Caisse Générale de Sécurité Sociale - CGSS
  - Jean SAINT-CLEMENT, Directeur de la Caisse d'Allocation Familiale - CAF Guadeloupe
  - Procureur de la République TGI BT ou PAP

Liste des membres du comité opérationnel du schéma 2016-2020

- **9 représentants du Conseil départemental de Guadeloupe**
  - Chantal LERUS, Présidente de la commission Personnes âgées/Personnes handicapées
  - Henri LAVENTURE, Directeur Général des Services-DGS
  - Katia VESPASIEN, Directrice Générale Adjointe aux Solidarités- DGAS
  - Dominique RAMZAY, Directrice de l'Autonomie- DA
  - Ketty BERNOS, Sous-directrice de l'Autonomie
  - Sous-directeur de la planification et du contrôle
  - Françoise NETRY, Chef du Service Coordination Gérontologique et du Handicap
  - Sandra TORRENT, Chargée de mission au Service Coordination Gérontologique et du Handicap
  - Maryse JEAN, Directrice de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

- **5 représentants des partenaires institutionnels**
  - Représentant de l'Agence Régionale de Santé - ARS
  - Représentant de la Caisse Générale de Sécurité Sociale - CGSS (Direction du vieillissement et des données sociales)
  - Représentant de la Direction de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale - DJSCS
  - Représentant de la Caisse d'Allocation Familiale - CAF
  - Représentant de TGI - Juge des tutelles

- **4 représentants des usagers**
  - Président du Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie - CDCA
  - Bernadette Lydie BLANDIN, Présidente de l'APAJH Guadeloupe
  - François LEMAISTRE, Président de l'Association France Alzheimer Guadeloupe
  - Ménard SEYMOUR, Président de l'Association de Gérontologie de la Guadeloupe / Réseau ALMA

- **7 représentants des professionnels du secteur des personnes âgées et des personnes handicapées**
  - Président de l'Union Départementale des Centres Communaux d'Action Sociale - UDCCAS - de Guadeloupe
  - Président de l'Association des directeurs certifiés
  - Président de l' Union Régionale des Organismes de Service à la Personne de Guadeloupe - UROSAP GWA
  - Président de l'ADESSA Union Régionale de la Guadeloupe
  - Président de l'UNA Guadeloupe
  - Président de la FGAF (Fédération Guadeloupéenne de l'Accueil Familial)
  - Président de l'ARFAG (Association Régionale des Familles d'Accueil de Guadeloupe)

8) Table des illustrations

Cartes

Carte 1 : population globale 12

Carte 2 : évolution annuelle moyenne de la population par groupes d'âges. 13

Carte 3 : Part de la population des ménages âgée de 80 ans ou plus vivant seule en 2012 14

Carte 4 : Montant moyen des retraites en 2012. 15

Carte 5 : Densité médicale pour 100 000 habitants 16

Carte 6 : les bénéficiaires de l'APA à domicile 17

Carte 7 : Part de bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile par rapport à la population âgée de 75 ans et plus par canton en 2014 18

Carte 8 : Part des bénéficiaires de l'APA à domicile classés en GIR 1 et 2 au 31.12.2014 18

Carte 9 : Nombre de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP pour 1000 personnes âgées de 20 à 64 ans 19

Carte 10 : les personnes âgées propriétaires 23

Carte 11 : personnes résidant dans un logement individuel 23

Carte 12 : Nombre de services d'aide à domicile intervenant sur les communes en 2014 26

Carte 13 : Taux d'équipement en SSIAD en 2014 27

Carte 14 : Équipement en structures d'accompagnement pour adultes en situation de handicap et en services de soins infirmiers à domicile en 2014 28

Carte 15 : Localisation et capacité d'accueil des structures médicalisées pour personnes âgées (structures répertoriées au fichier FINESS) 31

Carte 16 : Nombre places médicalisées pour personnes âgées en 2014 pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus. 31

Carte 17 : Équipement en structures pour adultes en situation de handicap non travailleurs en 2014 32

Carte 18 : Équipement en structures d'hébergement pour adultes, travailleurs, en situation de handicap en 2014 34

Carte 19 : Localisation des accueillants familiaux pour personnes âgées et/ou en situation de handicap et des secteurs d'intervention des services de suivi en 2014 35

Graphiques :

Graphique 1 : Densité médicale en professionnels de santé pour 100 000 habitants 15

Graphique 2 : Nombre d'allocataires AAH et ACTP-PCH pour 1000 habitants (enfants et adultes) 19

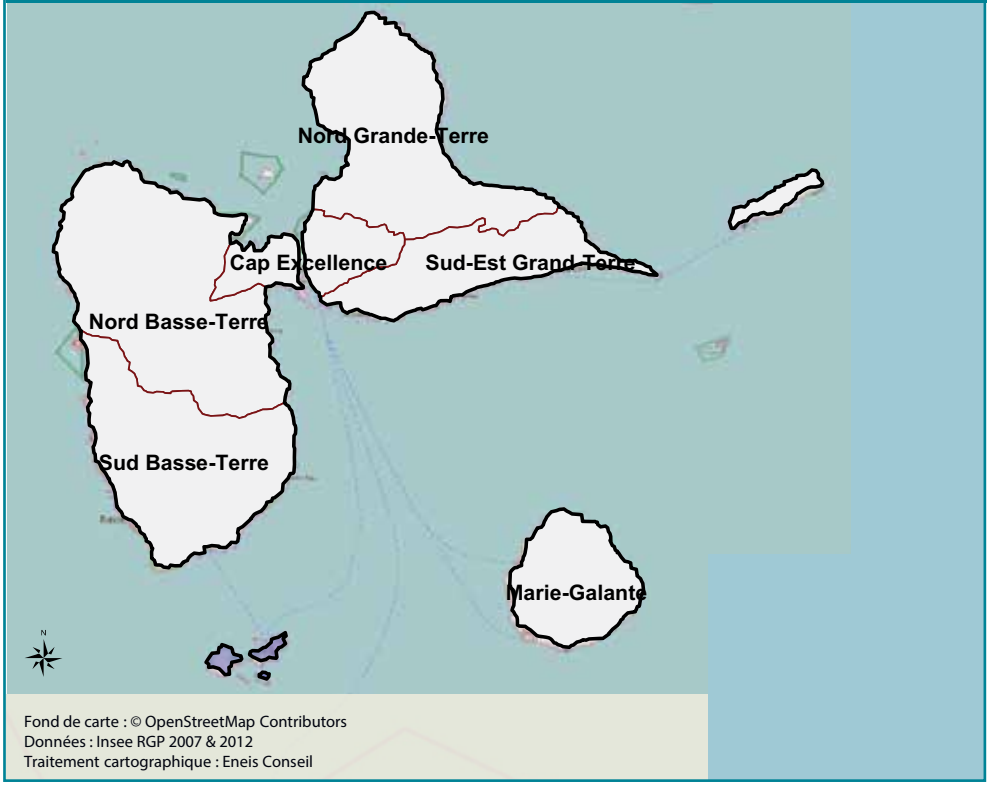
Graphique 3 : Nombre de places en EHPAD pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus. 30

Graphique 4 : Taux d'équipement en structures d'hébergement pour adultes handicapés non travailleurs . 33

Graphique 5 : Offre en faveur des travailleurs handicapés 33

9) Aide à la lecture des cartes

Carte



Fond de carte : © OpenStreetMap Contributors
Données : Insee RGP 2007 & 2012
Traitement cartographique : Eneis Conseil

CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA GUADELOUPE

Solidaire, tout au long de la vie.