

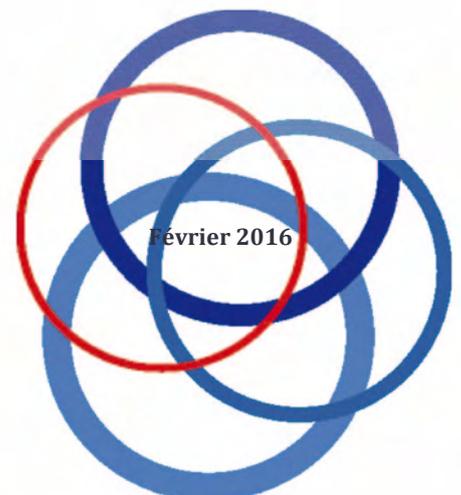


*Liberté • Égalité • Fraternité*

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DIRECTION DE LA JEUNESSE, DES  
SPORTS ET DE LA COHESION  
SOCIALE DE LA MARTINIQUE

Schéma régional des  
mandataires judiciaires à  
la protection des majeurs  
et des délégués aux  
prestations familiales  
Martinique 2016/2020





## SOMMAIRE

1	CONTEXTE .....	4
1.1	CADRAGE .....	4
1.2	LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SOUS MESURE DE PROTECTION .....	5
1.3	LES MANDATAIRES JUDICIAIRES A LA PROTECTION DES MAJEURS.....	7
2	CONSTATS LIES A LA MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA PRECEDENT.....	9
2.1	L'INFORMATION DU GRAND PUBLIC DES PARTENAIRES ET DES USAGERS : DEVELOPPER LA COMMUNICATION EN DIRECTION DES PUBLICS ET DE LA FAMILLE .....	9
2.2	L'ACTION DE LA FAMILLE DANS LA PRISE EN CHARGE : STRUCTURER L'IMPLICATION DE LA FAMILLE DANS LA PRISE EN CHARGE.....	10
2.3	L'USAGER AVEC SA PROBLEMATIQUE DE SANTE : EXERCER LA MESURE DANS LE CADRE D'UN RESEAU DE PRISE EN CHARGE GLOBALE AUTOUR DE L'USAGER .....	11
2.4	QUALITE DES PRISES EN CHARGES : DEVELOPPER LA PROFESSIONNALISATION DU SECTEUR .....	12
2.5	DROITS DE LA PERSONNE PROTEGEE : GARANTIR LE RESPECT DES DROITS DU MAJEUR PROTEGE .....	13
2.6	LA COOPERATION INTER SERVICES - L'OFFRE : DEVELOPPER LES OUTILS DE COOPERATION ET DE MUTUALISATION .....	14
3	DIAGNOSTIC .....	15
3.1	ELEMENTS DE CONTEXTE POUR LA MARTINIQUE ET SA POPULATION .....	15
3.2	PANORAMA DE L'OFFRE EXISTANTE.....	31
3.3	ENJEUX ET PERSPECTIVES / ORIENTATIONS ET PROPOSITIONS D'AXES DE TRAVAIL 2016-2020.....	66
4	AXES DU SCHEMA REGIONAL DES MJPM ET DES DPF POUR LA PERIODE 2016-2020 .....	70
4.1	AXE 1 : « Coopération inter-service – l'offre : Développer les outils de coopération et de mutualisation .....	70
4.2	Axe 2 : l'information du grand public des partenaires et des usagers : développer la communication en direction des publics et de la famille.....	71
4.3	Axe 3 : l'utilisateur avec sa problématique de santé : exercer la mesure dans le cadre d'un réseau de prise en charge globale autour de l'utilisateur.....	71
4.4	Axe 4 : Qualité de la prise en charge : Développer la professionnalisation des acteurs du secteur .....	72
4.5	Axe n° 5 : Droit de la personne protégée : Garantir le respect des droits du majeur protégé.....	73
4.6	AXE 6 : l'action de la famille dans la prise en charge : structurer l'implication de la famille dans la prise en charge. 73	



5	LEXIQUE - SIGLES ET TERMES TECHNIQUES UTILISES.....	75
5.1	SIGLES .....	75
5.2	TERMES TECHNIQUES .....	76



## 1 CONTEXTE

La Martinique doit faire face à des difficultés majeures en termes de handicap, vieillissement et santé mentale, et à des inégalités géographiques très fortes en matière d'offre de soins.

En 2040, la population martiniquaise sera de 423 000 habitants<sup>1</sup>, si les tendances démographiques récemment observées se maintiennent. Le vieillissement s'accroîtra : 40% des Martiniquais auront plus de 60 ans, alors que ce ne sera le cas que de 31% des Français.

L'errance est une réalité de plus en plus perceptible en Martinique, associée souvent à des conduites addictives, laissant les parents déboussolés face à ces situations.

La toxicomanie s'affirme en effet comme un fléau majeur en Martinique, laissant augurer des perspectives pessimistes pour la population des majeurs dépendants, en raison du vieillissement et de la comorbidité psychiatrique dont souffre un grand nombre de toxicomane (1 sur 5<sup>2</sup>).

De plus, en dépit des réformes menées en ce sens, un fort cloisonnement persiste entre les différentes composantes du système de soins, celui du secteur médico-social et celui des mandataires judiciaires à la protection des majeurs, ce qui est préjudiciable à des prises en charge et des parcours organisés sur l'ensemble du territoire. C'est le cas en particulier pour les majeurs dépendants atteints de troubles psychiatriques : *Les psychiatres sont souvent les seuls médecins à prendre en charge les patients hospitalisés dans des services psychiatriques, avec une approche somatique limitée. [... il est nécessaire] de développer un réseau de prise en charge multidisciplinaire pour les patients hospitalisés en psychiatrie<sup>3</sup>*

### 1.1 CADRAGE

La loi n° 2007-308 du 5 mars 2007, portant réforme de la protection juridique des majeurs, prévoit la création de schémas régionaux des mandataires judiciaires à la protection des majeurs (MJPM) et des délégués aux prestations familiales (DPF) renouvelables tous les 5 ans. Les Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) sont en charge de la mise en œuvre des volets social et financier du nouveau dispositif.

Le schéma 2016-2020 devra présenter un état des lieux actualisé de l'offre régionale existante et identifier des perspectives d'évolution et enjeux à l'horizon 2020. Dans ce cadre, la DJSCS entend s'appuyer, outre sur des éléments collectés au sein de ses services ceux du ministère de la justice, sur les données collectées auprès des partenaires, afin d'actualiser le schéma en cohérence avec le territoire.

<sup>1</sup> Projections de population à l'horizon 2040, Hugues HORATIUS-CLOVIS, Insee

<sup>2</sup> F. SLAMA ; R. SLAMA ; N. BALLON ; DEHURTEVENT B. ; J. LACOSTE ; S. MERLE ; EVEN J. D. ; A. CHARLES-NICOLAS. "Toxicomanie et comorbidité psychiatrique à la Martinique : une spécificité, le crack". Courriers des addictions, 2001

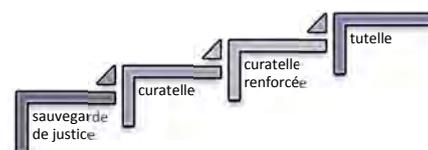
<sup>3</sup> P.-M. Astorg, A. Moroy, S. Lamy, L. Jehel, J.-M. Sigward European Psychiatry, "Étude descriptive du profil des patients hospitalisés dans le service de psychiatrie du CHU de Martinique (syndrome métabolique, psycho-traumatisme et comorbidités). Résultats préliminaires", 2014



## 1.2 LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SOUS MESURE DE PROTECTION

L'article 425 du code civil indique que « **Toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté peut bénéficier d'une mesure de protection juridique prévue au présent chapitre** ».

La loi prévoit un régime de protection juridique, plus ou moins souple suivant le degré d'incapacité du majeur. **Sauvegarde de justice, curatelle et tutelle** constituent les trois principaux piliers de la protection juridique des majeurs.



Entre 1 et 2% de la population adulte en France est sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice :

- ⊗ Facultés mentales altérées par une maladie.
- ⊗ Victimes d'une infirmité ou d'un affaiblissement dû à l'âge.
- ⊗ Altération des facultés corporelles qui empêchent l'expression de la volonté.
- ⊗ Mise en péril de l'exécution des obligations familiales pour des raisons de santé.
- ⊗ Altération des facultés mentales et (ou) corporelles due à l'excès de consommation d'alcool ou de stupéfiants.

La protection des majeurs mobilise une grande diversité de structures et d'acteurs : la cohésion sociale, la justice, la santé, la sécurité sociale, les départements, les mandataires professionnels, par exemple.

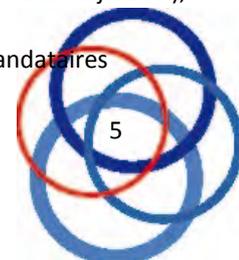
« 800 000<sup>4</sup> personnes font l'objet d'une mesure de tutelle, de curatelle, ou de sauvegarde de justice, décidée par un juge. Dans 52% des cas, ces mesures sont assurées, non par les familles, mais par des professionnels. La rémunération de ces mandataires judiciaires à la protection des majeurs exerçant à leur compte ou dans le cadre de services mandataires est assurée par les protégés en fonction de leurs ressources et, si nécessaire, par un financement public.

Ce dernier incombe, selon la nature et le montant des prestations sociales du majeur, à l'Etat (39,3%), aux caisses d'allocations familiales (CAF, 48,2%), aux autres caisses de sécurité sociale (12,2%) ou aux départements (0,5%). Son coût a fortement augmenté pour la sécurité sociale (+87%) en 2009, année de mise en œuvre de la loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection des majeurs.

Cette hausse est due aux choix opérés lors de la réforme, visant à mieux protéger les personnes. Dans un cadre budgétaire contraint, l'amélioration de la prise en charge financière des mesures s'est accompagnée d'un transfert de charge de l'Etat, hier seul financeur public, vers la sécurité sociale. Passé cet effet, ce coût s'est stabilisé et suit désormais l'évolution des mesures (+ 3% par an). Il s'élève en 2013 à 571M€ pour les finances publiques, dont 344 M€ pour la sécurité sociale. »

Or cette progression faisait peser un poids croissant sur les finances publiques. Selon la loi, les tuteurs sont, en priorité, des parents proches de la personne protégée, qui assurent donc cette charge bénévolement. En pratique, plus de la moitié des mesures sont confiées à des tuteurs professionnels (« mandataires judiciaires à la protection des majeurs »),

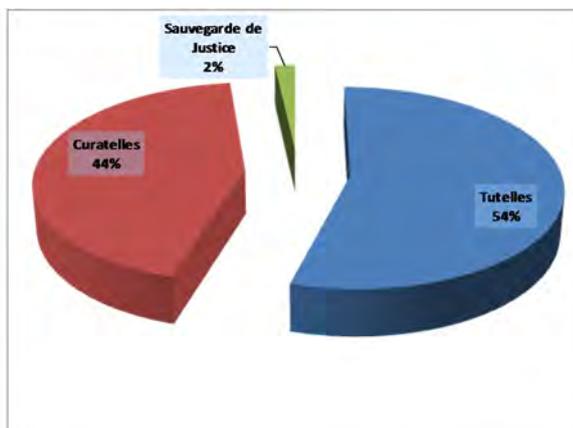
<sup>4</sup> IGAS, Isabelle ROUGIER et Cécile WAQUET "financement par les organismes de sécurité sociale des mandataires judiciaires à la protection des majeurs", 2014





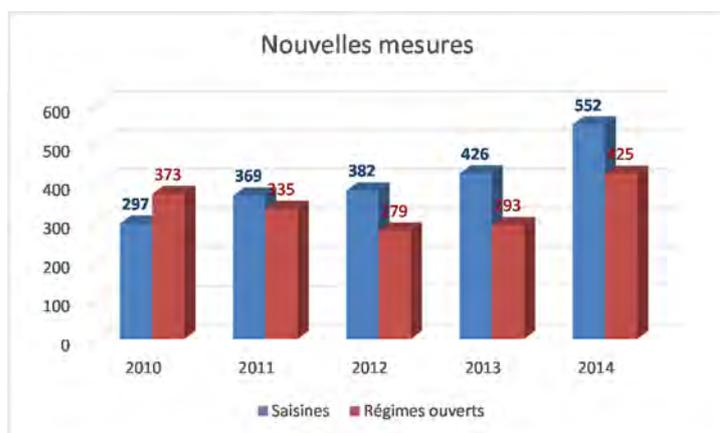
rémunérés d'abord par prélèvement sur les ressources de la personne puis par des fonds publics en cas d'insuffisance de ces dernières.

70331 nouvelles mesures ont été prononcées en 2014 pour l'ensemble de la France, réparties de la manière suivante :



En Martinique, 425 nouvelles mesures ont été prononcées en 2014, portant le nombre total de mesures à 3658 (258 ont été clôturées).

Au 31 juillet 2015, le stock s'élevait à 4388 dossiers, dont 500 ouvertures depuis le début de l'année.





### 1.3 LES MANDATAIRES JUDICIAIRES A LA PROTECTION DES MAJEURS

Les mandataires judiciaires à la protection des majeurs sont des professionnels chargés d'assurer des missions de protection (sauvegarde de justice, curatelle ou tutelle) auprès de personnes en incapacité de pourvoir seules à leurs intérêts.

Agissant sur demande du juge des tutelles, et lorsque la famille du majeur protégé est défaillante, ils peuvent aider une personne temporairement fragilisée en la conseillant et en effectuant un contrôle de ses dépenses.

Lorsqu'une mesure est prononcée pour un adulte en grande difficulté (curatelle), le MJPM l'assiste dans la plupart des actes de la vie civile et supervise son compte bancaire.

Si un adulte n'est plus en mesure d'agir seul en raison de sa dépendance (tutelle), il devient son représentant dans tous les actes de la vie.

Son intervention vise, autant que possible, à accompagner le protégé jusqu'à son autonomie. Pour cela, il développe une écoute attentive et laisse le majeur prendre des initiatives.

Il assure le relais avec les nombreux partenaires qui interviennent dans la vie du protégé : assistant de service social, médecin, psychiatre, banquier...

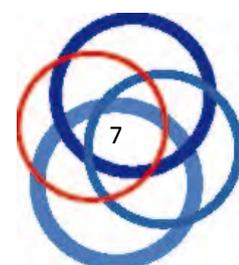
Il est aussi souvent le seul lien avec l'extérieur de personnes très marginalisées et veille à ce titre à prévenir la mise en place de mesures par les bailleurs ou les fournisseurs d'énergie.

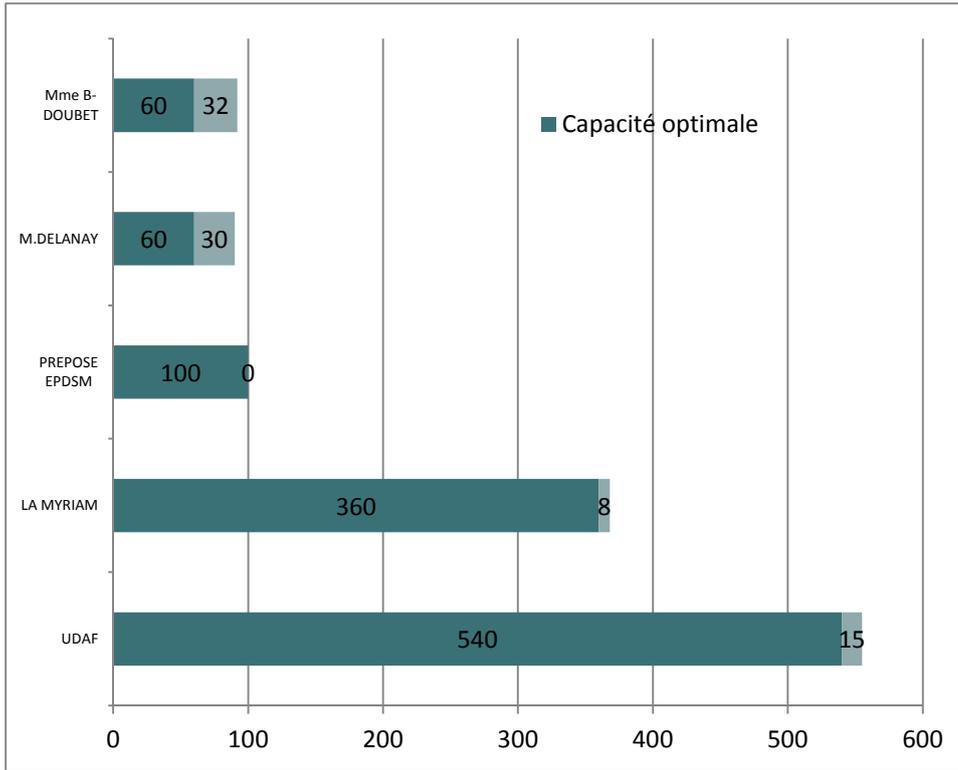
Le mandataire est un auxiliaire de justice inscrit sur des listes départementales après avoir prêté serment. Il exerce son activité soit dans une association mandataire, au sein de laquelle il est assimilé à un « délégué », soit en indépendant en qualité de « mandataire judiciaire aux majeurs protégés », soit encore en tant que « préposé à la tutelle » dans les établissements médico-sociaux ou hospitaliers. Quelle que soit sa situation, il est tenu de présenter ses comptes au juge chaque année.

Les Mandataires Judiciaires à la Protection des Majeurs sont au nombre de 5, agréés par le Préfet de la Martinique :

SERVICES MANDATAIRES	PREPOSES D'ETABLISSEMENT	MANDATAIRES INDIVIDUELS
La MYRIAM L'UDAF	EPDSM – MAURICE DESPINOY	M DELANAY Mme BERFROI-DOUBET

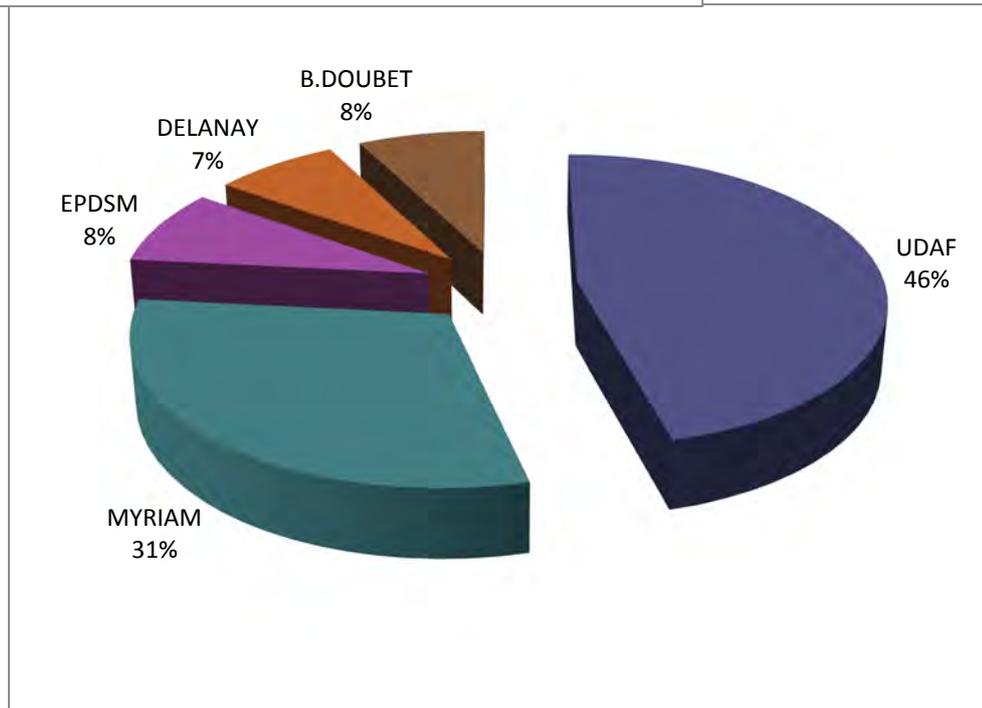
Ils se voient confier par les juges des tutelles environ le tiers des mesures prononcées à la Martinique, soit approximativement 1220 mesures.





Plus des trois quarts des mesures sont confiées aux services mandataires, contre environ 15% aux mandataires individuels.

Les services mandataires sont agréés pour un nombre de mesures maximum. On peut observer toutefois des dépassements, liés à la réalité des demandes.





## 2 CONSTATS LIES A LA MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA PRECEDENT.

### 2.1 L'INFORMATION DU GRAND PUBLIC DES PARTENAIRES ET DES USAGERS : DEVELOPPER LA COMMUNICATION EN DIRECTION DES PUBLICS ET DE LA FAMILLE

#### 2.1.1 RAPPEL DES OBJECTIFS

- ☉ Vulgariser le nouveau cadre d'intervention des majeurs
- ☉ Sensibiliser sur les enjeux de la réforme
- ☉ Démystifier l'action de la tutelle et la rendre accessible à tous.
- ☉ Favoriser le recours à une mesure de protection adaptée
- ☉ Diffuser de l'information via des supports médiatiques

#### 2.1.2 EVALUATION

AXE 1	EVALUATION				REALISATION	DIFFICULTÉS / INSUFFISANCES	AXES DE PROGRÈS / INNOVATIONS
	A	B	C	D			
MJPM PERSONNES MORALES			x		M : Démarche de communication en direction des familles de manière systématique	Depuis 2010, la réorganisation du secteur n'a laissé que peu de temps pour faire une pause et communiquer. Il n'y a pas eu de congrès, temps forts, etc...	Il faut faire une pause et mettre en place une information en direction du grand public, et des partenaires
MJPM PERSONNES MORALES			x		U : Fait en interne. C'est le cœur de métier de l'UDAF Mais à l'échelle du département, il y a une méconnaissance des missions des MJPM	Le changement entre la loi de 1968 et la loi de 2007 n'a pas été compris, et le changement passe difficilement dans les esprits	Journées d'information pour le grand public et les familles, les partenaires, les banques, le réseau médical, ...
MJPM PREPOSE ETABLISSEMENT				x	Pas de communication générale et systématique en direction des familles Information délivrée de gré à gré et sur demande		Organisation d'un colloque, affichage d'informations
MJPM PERSONNES PHYSIQUES				x	BD : Pas du tout réalisé		
MJPM PERSONNES PHYSIQUES			x		OD : Communication sur Martinique première ; interview et échange avec familles	OD : Beaucoup de personnes ont une projection du métier de MJPM. Beaucoup de fantasmes sur le métier	Une campagne de communication est nécessaire pour faire connaître le métier et ses limites
JUSTICE					Communication visuelle mise en place à la cour d'appel, et renseignements fournis à l'accueil. Grande affiche dans le Hall sur les MJPM	Le ressenti des personnes (familles) est resté sur une réputation négative des associations, liée au dysfonctionnement des services. Il existe un passif.	Il faudrait redonner confiance aux familles.
ADMINISTRATIONS				x	Il n'y a pas eu d'avancée, malgré une amorce avec les acteurs L'action est restée au stade de la réflexion sur des actions de médiatisation	Certains manquements des MJPM ont été médiatisés par les familles, ce qui a eu un impact négatif en termes d'image. L'action n'a pas pu être mise en œuvre, car elle aurait constitué un gisement de plaintes et de réclamations, et aurait pu être au final contre-productive	Communication différenciée : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descendante pour le grand public : Film, Affiche, Brochure.</li> <li>• Interactive pour les partenaires : séminaires, Table ronde, formation action,</li> <li>• Journées portes ouvertes pour communication entre Mjpm et grand public</li> </ul>
PARTENAIRES				x	A : Communication et Rencontres informelles, de gré à gré Contacts personnels, pas de partenariat	Ecart très important entre les missions des organismes et la réalité des MJPM, qui ne communiquent pas clairement sur leurs missions	Rencontres formelles à organiser, présentant les champs d'intervention des MJPM et la limite de leur mission Cesser d'occulter l'accompagnement social
PARTENAIRES					F : Aucune information communiquée Echanges avec la Myriam sur les majeurs protégés Connaissance sommaire des professionnels sur la question des MJPM Lien fort perçu entre protection juridique et handicap. Peu de maîtrise des concepts de tutelle et de curatelle	Difficultés de communication avec les organismes tutélaires Difficultés de répartition des rôles entre organismes tutélaires et structures d'hébergement et d'accompagnement	
PARTENAIRES					SI : Ils ont du aller à la rencontre des MJPM ; (le contraire ne s'est pas produit) Ont reçu deux plaquettes de présentation sur support papier	Pas de formation ni d'informations parvenues jusqu'à eux. Les structures devraient porter des informations globales et harmonisées sur les missions du MJPM	Le partenaire est en attente d'éléments d'explication sur les tutelles et curatelles
MAJEUR					NC		
CGSS /CAF					CAF : Pas d'information parvenue officiellement. La structure est actuellement dans une logique comptable uniquement CGSS :		CAF : Ira vers l'information



## 2.2 L'ACTION DE LA FAMILLE DANS LA PRISE EN CHARGE : STRUCTURER L'IMPLICATION DE LA FAMILLE DANS LA PRISE EN CHARGE

### 2.2.1 RAPPEL DES OBJECTIFS

- 🕒 Développer la relation avec la famille
- 🕒 Associer la famille à la prise en charge
- 🕒 Etablir des bilans périodiques

### 2.2.2 EVALUATION

AXE 2	EVALUATION				REALISATION	DIFFICULTÉS / INSUFFISANCES	AXES DE PROGRÈS / INNOVATIONS
	A	B	C	D			
MJPM PERSONNES MORALES		x			M : La structure initie et fait fonctionner la collaboration avec la famille. Elle n'a pas vocation à la remplacer	Les familles sont souvent vexées / frustrées d'être dépossédées Elles sortent de leur rôle et sont dans une posture de revendication ? Les informations leurs sont transmises, mais souvent les familles sont dans une souffrance qui les empêche d'accepter	Créer des plaquettes standard et illustrées à remettre aux familles, pour décrire les missions des MJPM et des partenaires Cela pourra avoir un effet rassurant
MJPM PERSONNES MORALES			x		U : L'UDAF considère que c'est une mission qu'elle devrait réaliser en premier lieu. Mais actuellement, c'est réalisé au cas par cas.	Il n'y a pas d'outils systématiques mis en place s'imposant à la famille Ce n'est pas la démarche « naturelle » des MJPM de d'impliquer la famille	S'appuyer sur les procédures UNAF et les adapter au contexte local
MJPM PREPOSE ETABLISSEMENT					Lorsque la mesure est notifiée, une démarche est systématiquement entreprise en direction de la famille	Faible implication de la famille. Pas de visites. Seule question « combien d'argent ? » Contact rarement avec le tuteur ( anniversaire, ...) Blocage sur « Colson » Il existe des familles qui spolient les majeurs protégés. Le majeur se méfie de sa famille	Démystifier les maladies psychiatriques par des actions de sensibilisation des familles Il faut réfléchir à « comment rétablir la confiance du majeur en sa famille » Il faudrait se donner le temps de la mesure pour former la famille et reconstruire le lien social Lors de l'évaluation ou du renouvellement de la mesure, le juge pourrait décider de désigner un tuteur familial, en cas d'évolution de la situation
MJPM PERSONNES PHYSIQUES	x				BD : La famille est systématiquement associée, même si elle est en situation de rupture : Avec 92 mesures, il n'est pas possible de s'occuper sans la famille de l'ensemble des protégés Les missions	BD : Beaucoup de personnes vivent dans les campagnes, se retrouvent seules, éventuellement maltraitées sur le plan physique, et un compte bancaire vide.	
MJPM PERSONNES PHYSIQUES	x				OD : Famille systématiquement sollicitée. Il s'agit de coordination plus que de structuration	OD : Avant la nomination du MJPM, la famille s'occupe de tout ; elle est présente avec ses moyens et ses difficultés. Certaines familles sont absentes avant, pendant, après) Une fois MJPM mobilisé, certaines familles sont ok pour la coordination (visites, etc...) : [75/90] D'autres se désengagent, disparaissent, se liquéfient [15/90] Beaucoup de marginaux, alcooliques, toxicomanes. Les familles sont souvent désabusées, fatiguées.	Positionnement du MJPM en qualité de coordinateur. Réalisation par visites à domicile, médiation, responsabilisation, sans trop en demander à la famille ( utilise la persuasion) Chaque situation est unique, mais globalement les familles ont besoin de support
JUSTICE					La famille a besoin d'être rassurée, d'avoir un contact rapide, et une bonne réactivité en amont.	Les délais de réaction des MJPM Personnes morales sont trop longs Les structures ont un passif défavorable  Problématique : vision des choses différente entre familles et majeur	Troisième structure
ADMINISTRATIONS			?		Difficile de répondre, car relève de la relation directe entre MJPM et familles En théorie passe par la mise en œuvre du projet de service	Pas les moyens de mesurer le résultat	
PARTENAIRES			x		A : Dans la pratique, la famille n'est pas très présente. Quand il y a un MJPM, c'est souvent parce qu'il y a un conflit	Le MJPM ne ressent pas l'implication de la famille comme une nécessité Le lien familial peut être toxique, il n'est quelquefois pas pertinent de le rétablir	
PARTENAIRES					F : Peu de retour des familles sur la sollicitation des MJPM Pour le CHRS, le rétablissement du lien social et familial fait partie du travail du travailleur social.	Partenaires insuffisamment mobilisés Réparer le lien social est important : par exemple, le recours aux grands-parents peut avoir des effets sur les décisions de placements.	Mise en œuvre d'un projet d'accompagnement individualisé. Au chrs, un référent est nommé au sein d'un groupe projet.
PARTENAIRES							
CGSS /CAF					CAF : -		



## 2.3 L'USAGER AVEC SA PROBLEMATIQUE DE SANTE : EXERCER LA MESURE DANS LE CADRE D'UN RESEAU DE PRISE EN CHARGE GLOBALE AUTOUR DE L'USAGER

### 2.3.1 RAPPEL DES OBJECTIFS

- ☞ Activer le dispositif hôpital/ville
- ☞ Structurer le partenariat avec le secteur hospitalier
- ☞ Intégrer des réseaux gravitant autour des majeurs
- ☞ Mobiliser le service d'hygiène corporelle (itinérant) pour sdf
- ☞ Renforcer les articulations avec les dispositifs d'hébergement agréés.

### 2.3.2 EVALUATION

AXE 3	EVALUATION				REALISATION	DIFFICULTÉS / INSUFFISANCES	AXES DE PROGRÈS / INNOVATIONS
	A	B	C	D			
MJPM PERSONNES MORALES		X			M : Beaucoup d'usagers sont suivis par des CMP, et la structure travaille de concert avec eux. Elle est en contact avec le personnel médico-social, les infirmiers, ...	Souvent une incompréhension des choix médicaux pour certains majeurs. L'HDT est utilisé en cas de difficulté La sortie est trop rapide, alors que le majeur ne va pas forcément mieux	Le contact avec les médecins serait utile ( remarque : utilisation de courriels préconisée pour transmission de signalements à l'équipe médicale)
MJPM PERSONNES MORALES		x			U : Mise en place depuis le 1 <sup>er</sup> juillet d'un contact avec le corps médical ( + banques bred et caisse épargne)	La perception des obligations / limites de l'action de l'UDAF par ses partenaires est problématique	Faire comprendre aux partenaires que l'action de l'UDAF à comme résultat l'amélioration du bien-être des majeurs protégés, et leur adaptation à la vie en société.
MJPM PREPOSE ETABLISSEMENT	x				Pas de difficultés : la clé d'entrée du Majeur est la santé. Automatiquement dans la file active de l'hôpital.		
MJPM PERSONNES PHYSIQUES					BD : 92 mesures, dont 89 PA avec pathologies lourdes, et 3 personnes handicapées de + de 50 ans.		
MJPM PERSONNES PHYSIQUES	X				OD : Les médecins des CMP sont engagés, et invitent OD aux synthèses des CMP, à mango vulcin		Se rapprocher du corps médical, aller aux synthèses des CMP
JUSTICE						Dysfonctionnement chez les personnes morales : un MJPM devrait pouvoir évaluer si un majeur est en capacité de se rendre seul en quelque part !!	Les MJPM devraient se rendre aux synthèses des CMP, pour prévenir les ruptures. Nécessité d'une meilleure coopération entre MJPM et secteur sanitaire et social, pour une meilleure PEC des besoins
ADMINISTRATIONS			x		Hospitalisation : Objectif Pas atteint, dans la mesure où il n'y a pas eu de formalisation d'un partenariat avec le secteur hospitalier Pas de structuration	Passe par le CHUM et CHMD Difficulté vient de la PEC des majeurs hospitalisés dans ces structures. Pas de lien avec le MJPM Majeurs à domicile : ? Pas de mesure de l'importance de ce problème Troubles psychiatriques et hospitalisation d'urgence	Convention avec CHMD et le CHUM pour préparer la sortie des MJPM
PARTENAIRES			x		A : Pas de concertation, pas de partage d'objectif, pas d'échange, pas de plan	Impression que le MJPM se contente du minimum, et de donner un peu d'argent de poche	Projet de vie et projet d'accompagnement social à co-construire en impliquant les partenaires Table ronde sur l'articulation MJPM / EPDSM, coopération inter-institution
PARTENAIRES					F : Travail social en complément des démarches santé. Bonnes relations avec les CMP et les hôpitaux. Echanges en termes de réseau et par l'intermédiaire de l'usager Il faut tout faire pour que la personne ne décompense pas	Défaut d'information Pas de relation suivie avec les MPM, à l'exception de la Myriam Les procédures sont extrêmement laborieuses : ex : un majeur dort dans la rue, et se fait ponctionner par la rue. Les délais de réaction sont trop importants.	Mieux mobiliser EMRI / CMP / HOPITAL Il faut des connaissances partagées sur le rôle de chacun Une formation professionnelle serait bienvenue. Il faudrait former un référent handicap
PARTENAIRES					SI : N'a à aucun moment l'information que la personne orientée est un majeur protégé. Est amené à découvrir cela après coup.	Certains MJPM ( UDAF et MYRIAM) ont accès au logiciel SI-SIAO, mais ne renseignent pas les rubriques, arguant du secret professionnel. Les MJPM ne sont pas en relations avec le réseau des TS du SIAO	Clarifier la notion de secret professionnel, et la nuancer avec l'équilibre entre devoir de discrétion et devoir d'alerte.
MAJEUR					Contacts réguliers entre CMP et structure d'hébergement, mais pas avec la tutelle	Le majeur donne l'impression de ne pas souhaiter un contact avec sa tutrice et son environnement. Revendique un maximum d'autonomie	
CGSS / CAF					Pas de commentaires		



## 2.4 QUALITE DES PRISES EN CHARGES : DEVELOPPER LA PROFESSIONNALISATION DU SECTEUR

### 2.4.1 RAPPEL DES OBJECTIFS

- 🕒 Développer les méthodes et les outils de travail conformes aux attendus de la réforme.

### 2.4.2 EVALUATION

AXE 4	EVALUATION				REALISATION	DIFFICULTÉS / INSUFFISANCES	AXES DE PROGRÈS / INNOVATIONS
	A	B	C	D			
MJPM PERSONNES MORALES		x			U : Passée de 4 à 8 MJPM Formations à loi de 2007, et focus sur les responsabilités des MJPM. 2011 CNC	Diversité de niveaux de formation ? Disparité entre le médico-social & CNC ; expérience.	
MJPM PERSONNES MORALES		x			M : Formation CNC réalisée en 2012 par l'IFMES	Les MJ ont été avant la formation CNC, des délégués à la tutelle. Elles ont gardé leurs habitudes ; la formation n'a pas permis d'effacer les « mauvaises » habitudes. Ce sera long à lisser, car le personnel est désabusé, fatigué. Cela impacte négativement la qualité de la PEC Beaucoup de documents à remplir et à renvoyer Faible prise en compte des spécificités du territoire ( routes, refus de déplacement, etc...)	Une formation sur les points clés du métier est nécessaire, en particulier sur les maladies psychiatriques, la bientraitance
MJPM PREPOSE ETABLISSEMENT	x				CNC obligatoire depuis 2007. Beaucoup de jeunes formés.		Veille juridique, formation technique, formation continue
MJPM PERSONNES PHYSIQUES	x				Solutionné par Mise en œuvre CNC		
MJPM PERSONNES PHYSIQUES	x				Réponse par mise en œuvre CNC		
JUSTICE					Le travail qui a été fait est énorme, même si il est largement perfectible. Une forte amélioration a été constatée, mais des lacunes persistent. Dans le cas des mandats spéciaux (urgents), les structures sont peu réactives. Les mandataires individuels sont plus réactifs : il faut voir les familles et majeur rapidement. Le délai de réaction est primordial.	Les mandataires individuels se plaignent de se voir attribuer trop de mesures, au détriment de la qualité Il manque des mandataires Hommes, pour la prise en charge de certains majeurs cela est important. Signalement de difficultés avec le préposé d'établissement, qui demande dessaisissement quand le patient n'est plus hospitalisé. ( il faudrait peut-être mobiliser son équipe ?) Les MJPM personnes morales sont de grosses machines, avec beaucoup d'inertie, et peu de réactivité. Elles sont lourdes Gros souci : la Myriam ne fournit pas de compte de gestion depuis 5 ans. C'est intolérable. Elle ne répond pas	Une troisième structure serait un bon choix, car elle permettrait de diversifier l'offre et représenterait une alternative. Il faudrait au sein de cette structure un mandataire spécialisé dans la gestion de patrimoine et assurances vie, succession et contentieux, sachant orienter et gérer  Il faut revoir les astreintes, et la capacité de réponse des MJPM, et leur réactivité ( délais constatés de 3 mois, quelquefois)
ADMINISTRATIONS			x		Amélioration de la qualité de service rendu en rapport avec la professionnalisation des acteurs. Formation mise en place, ouverte en priorité au personnel déjà en place. Mais gros problème de niveau	CNC a été mis en avant, mais ne suffit pas Mais acteurs ont du mal à s'approprier le nouveau métier. Les pratiques vont lentement vers l'amélioration de la qualité des PEC	On aurait du faire une formation de mise à niveau avant CNC.
MAJEUR					Le tuteur a expliqué au majeur l'ensemble des procédures, et à établi des règles de fonctionnement. Il a défini un mode de fonctionnement en corrélation avec les capacités du majeur	Le majeur déplore le fait que le tuteur n'est pas venu à lui.	



## 2.5 DROITS DE LA PERSONNE PROTEGEE : GARANTIR LE RESPECT DES DROITS DU MAJEUR PROTEGE

### 2.5.1 RAPPEL DES OBJECTIFS

- ☞ Mettre en œuvre les outils prévus par la loi 2002-2 visant à garantir l'exercice effectif des droits de la personne protégée.
- ☞ Mobiliser les interfaces (famille, assistante sociale) dans la relation d'aide, acquérir un comportement et une attitude conforme aux exigences réglementaires

### 2.5.2 EVALUATION

AXE 5	EVALUATION				REALISATION	DIFFICULTÉS / INSUFFISANCES	AXES DE PROGRÈS / INNOVATIONS
	A	B	C	D			
MJPM PERSONNES MORALES					U : L'injonction a servi d'électrochoc. La structure a bénéficié de l'accompagnement de l'UNAF, et un Directeur général recruté. La structure procède par affichage, distribution d'outils et par une explication systématique des procédures.	Difficultés à sortir de la posture de délégué à la tutelle.	
MJPM PERSONNES MORALES					M : Les mandataires ont en permanence à l'esprit le souci de respecter les droits des majeurs protégés. La charte est affichée au premier plan. Les points de vigilance sont rappelés.		Prendre régulièrement le temps de rappeler les éléments de la charte, les droits du majeur protégé, et les différences entre tutelle et curatelle.
MJPM PREPOSE ETABLISSEMENT					Charte du majeur protégé remise au patient, ainsi qu'une notice d'information, avec une explication, quand cela est possible.		Simplifier et rendre plus accessible ces éléments.
MJPM PERSONNES PHYSIQUES					BD : Respect de la confidentialité des dossiers des majeurs Mise en œuvre d'une charte Remise d'un document individuel		
MJPM PERSONNES PHYSIQUES					OD : La charte est lue individuellement, et remise au majeur	Les majeurs n'y comprennent rien	Il faudrait simplifier la charte, l'illustrer, l'expliquer. Il faut leur expliquer leurs droits sans les infantiliser, car ils continuent à mener leur vie.
JUSTICE							
ADMINISTRATIONS		x			Les outils ont été mis en œuvre, mais de manière très théorique : on remet au majeur et à la famille des outils	Pas sur que les outils soient adaptés à la situation du majeur protégé Tous les outils prévus par la loi ne sont pas mis en œuvre	Effectuer des contrôles Effectuer des enquêtes de satisfaction auprès des familles
MAJEUR					Les droits ont été présentés au majeur	Le majeur protégé déplore qu'aucun compte rendu, ni bilan financier ne lui soit présenté annuellement.	Il souhaite une meilleure prise en compte de ses demandes.



## 2.6 LA COOPERATION INTER SERVICES - L'OFFRE : DEVELOPPER LES OUTILS DE COOPERATION ET DE MUTUALISATION

### 2.6.1 RAPPEL DES OBJECTIFS

- ☉ Contenir l'offre au niveau diagnostiqué au 31 décembre 2010 sur toute la durée du schéma. Ne pas délivrer de nouvelles autorisations même en cas d'arrêt d'activité d'un des acteurs.
- ☉ Créer un comité de suivi, d'évaluation et de coordination permettant d'impulser, d'animer, de suivre et d'évaluer la mise en œuvre d'actions partagées et axes du schéma
- ☉ Définir les stratégies de coopération et de resserrement de l'offre
- ☉ Définir les stratégies et modalités de mutualisation des moyens logistiques pérennes
- ☉ Organiser l'accompagnement technique des acteurs
- ☉ Développer le partage d'informations avec les autres partenaires notamment la Justice, le Conseil général et les familles

### 2.6.2 EVALUATION

AXE 6	EVALUATION				REALISATION	DIFFICULTÉS / INSUFFISANCES	AXES DE PROGRÈS / INNOVATIONS
	A	B	C	D			
MJPM PERSONNES MORALES					U : Pas de lien formalisé avec la Myriam. De temps en temps des appels téléphoniques, mais pas de démarche commune		Structure favorable au développement du réseau
MJPM PERSONNES MORALES					M : Contacts au gré des rencontres. Pas de coopération formalisée, mais en contact informel avec l'UDAF : échange de pratiques et échanges dans le cadre de dossiers.		Coopération à créer Proposition d'un réseau interpersonnel et informel entre mandataires
MJPM PREPOSE ETABLISSEMENT					Très peu de contacts interservices. La mutualisation est en direction des autres services de l'hôpital		Il faudrait organiser de manière formalisée des rencontres, autour de formations, réunions, échanges, et retours d'expériences entre les services Par ex : tous les 2 ou 3 mois, organiser une conférence entre les tuteurs. Les éléments de veille juridique et de jurisprudence seraient examinés.
MJPM PERSONNES PHYSIQUES							BD : Formation avec contacts tous les trimestres à mettre en œuvre
MJPM PERSONNES PHYSIQUES					Très difficile	Il y a toujours une barrière, liée au manque de cadre, mais aussi aux différences de modes de travail	Créer un lieu de rencontre, qui facilite l'échange, et une meilleure connaissance des autres tuteurs. Mettre en œuvre une formation EN LOCAL, Mieux promouvoir le rôle des autres
JUSTICE							Faire remonter régulièrement des statistiques sur le nombre de mesures (file active) Produire régulièrement des écrits (beaucoup trop d'informations à l'oral et individualisée) pour constituer un dossier : les magistrats et les mandataires sont appelés à changer régulièrement. Transmettre annuellement des rapports et les comptes de gestion.
ADMINISTRATIONS					Constat d'un rapprochement entre les mandataires, dans les relations. Beaucoup d'échanges sur les pratiques et résolution de problèmes		Organiser des échanges réguliers sur les pratiques Généraliser projet de prise en charge personnalisée
PARTENAIRES					A : Relations difficiles avec les MJPM, car elles ne sont pas bien organisées	Position défensive des MJPM (« Bunker ») Impression que MJPM a peur de son majeur, dont il est protégé par la structure d'hébergement	Rétablir la confiance et initier une coopération entre les MJPM, les MJPM et les partenaires, et avec le majeur
PARTENAIRES					F : Pas de fréquence établie, contacts à la demande. 1 fois par mois, Myriam réalise des visites ; l'association peut y assister quand les visites sont réalisées aux jours et heures ouvrables.	L'association est demanderesse, mais pas les mandataires. On dirait qu'ils réduisent leur action au versement de l'argent de poche.. Pas de concertation avec les associations. Posture administrative uniquement des MJPM	Clarifier le rôle et les limites des MJPM
PARTENAIRES						UDAF ne siège pas en commission technique du SIAO. C'est une difficulté	Se coordonner avec le premier accueil
MAJEUR							Le majeur souhaite que son tuteur travaille en collaboration avec les travailleurs sociaux de la structure ou il est hébergé
CGSS /CAF							La CAF prendra des dispositions pour participer aux réunions de concertation



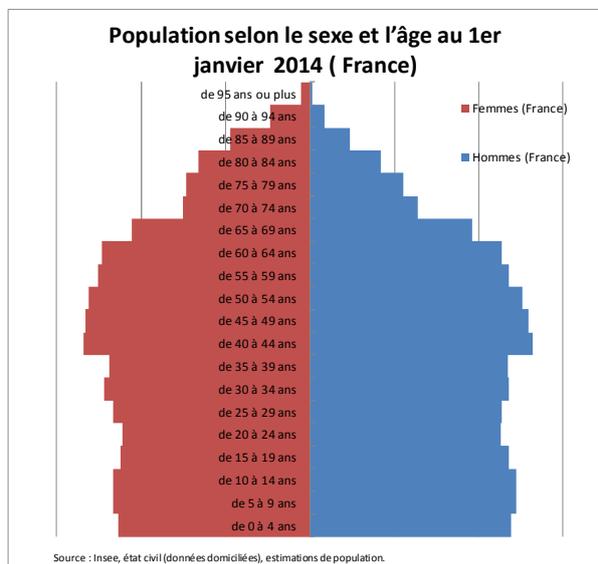
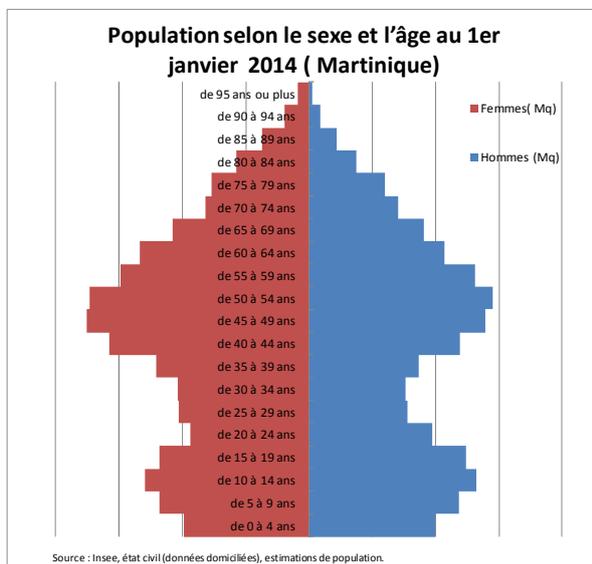
## 3 DIAGNOSTIC

### 3.1 ELEMENTS DE CONTEXTE POUR LA MARTINIQUE ET SA POPULATION

#### 3.1.1 STRUCTURE ET ÉVOLUTION DE LA POPULATION

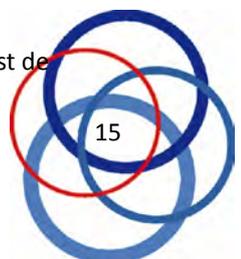
La population totale en Martinique représente 395 027 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2015<sup>5</sup>. Avec les périodes de forte croissance démographique des années 60 et 90 et celles, plus faibles, des années 70 et 80, la population martiniquaise est passée de 292 000 habitants en 1961 à 381 400 habitants en 1999 pour atteindre 397 700 habitants en 2006. Il semblait alors acquis qu'elle dépasserait rapidement les 400 000 habitants. Pourtant, en 2011, le territoire ne compte plus que 391 700 habitants. Elle reste cependant la région française la plus dense en dehors de l'Île-de-France.

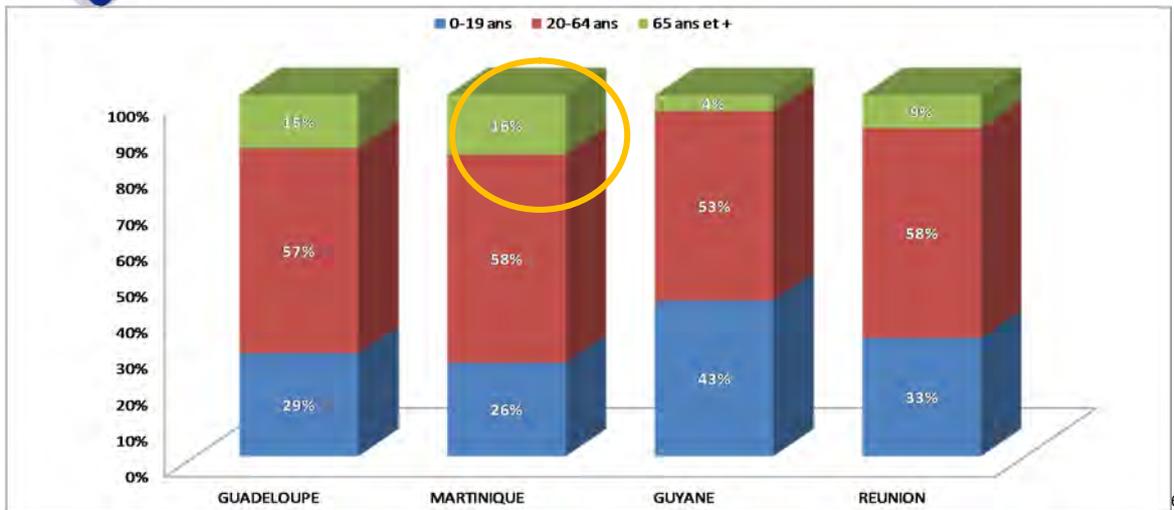
##### 3.1.1.1 STRUCTURE DE LA POPULATION



Les taux de natalité de plus en plus faibles s'ajoutent à l'émigration de plus en plus forte des jeunes martiniquais en âge de travailler. Ils se dirigent essentiellement vers l'Île-de-France, dans l'espoir de trouver un emploi. Cette émigration de travail concerne surtout les hommes. Ce phénomène modifie la structure homme/femme de la population martiniquaise.

<sup>5</sup> INSEE, Populations légales des communes en vigueur au 1er janvier 2015. ( La population municipale est de 388 343 habitants)

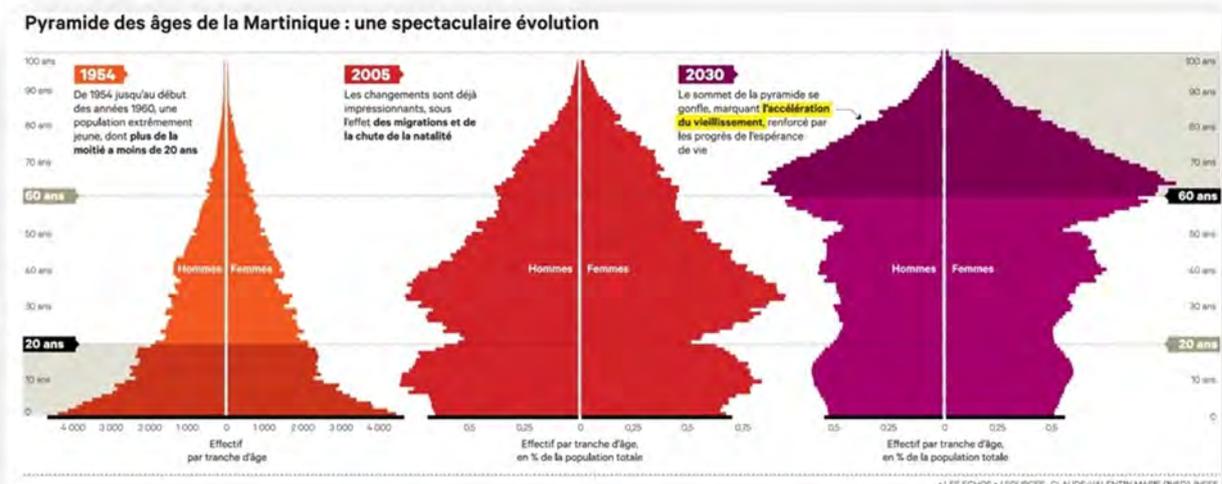




Ainsi, l'île compte presque 54 % de femmes quand la métropole en compte moins de 52 %. L'écart le plus fort se situe dans la population des 25 et 49 ans, au sein de laquelle la Martinique compte près de 56 % de femmes pour 50,5 % en France hexagonale.

### 3.1.1.2 EVOLUTION DE LA POPULATION

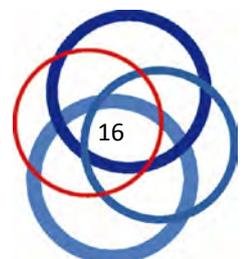
La population mondiale vieillit. Ce phénomène touche les populations de tous les continents de manière plus ou moins accentuée. C'est le cas pour la Martinique.



Le vieillissement démographique est un processus évoluant dans le temps et durant lequel on assiste à l'augmentation de la proportion de personnes âgées, qui devient plus importante au sein de la population.

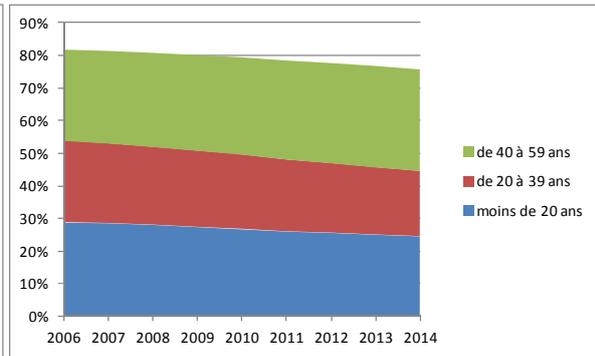
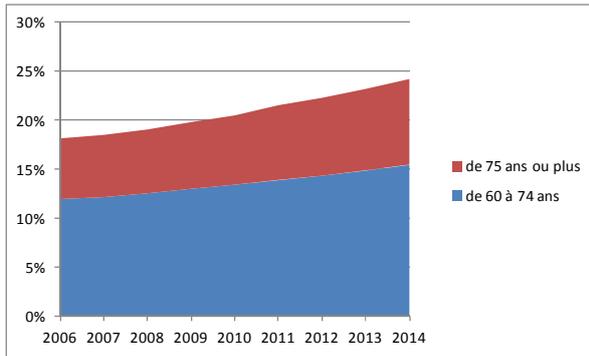
Deux formes d'évolution du vieillissement se combinent en Martinique, expliquant l'accroissement du phénomène<sup>7</sup> :

<sup>6</sup> SOURCE : INSEE, RP 2012, Mise en ligne Juin 2015



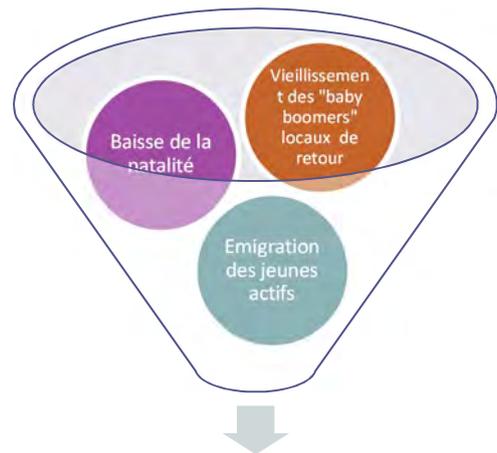


- une réduction de la part des jeunes générations dans la population en raison de la baisse de la natalité et de la fécondité (la fécondité de la Martinique en 2007 est de 2,02 enfants par femme), le vieillissement se développe par la base de la pyramide des âges, c'est le vieillissement « par le bas »,
- une croissance des classes d'âge supérieures à 60 ans, et son corollaire, l'allongement de la durée moyenne de vie, avec comme conséquence le vieillissement par le sommet de la pyramide des âges, c'est le « vieillissement par le haut ».

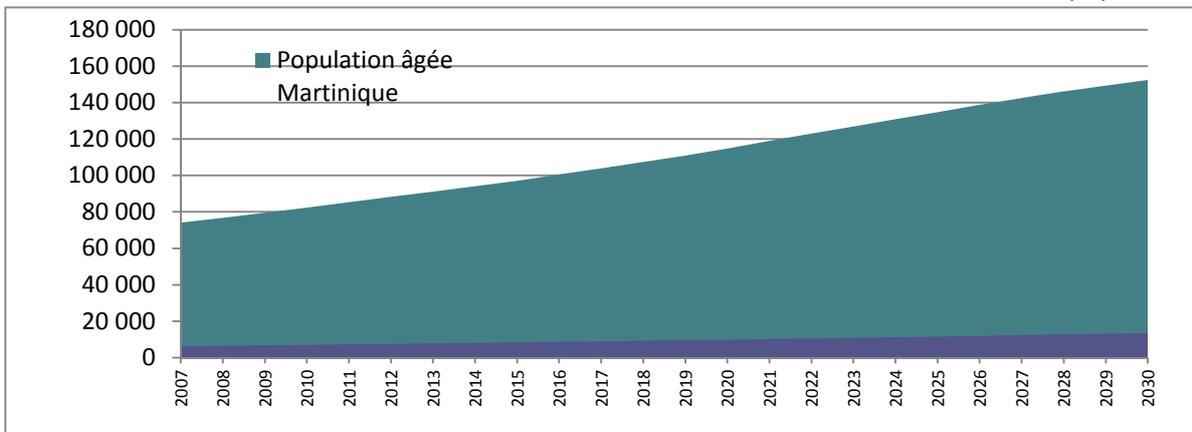


La projection des tendances démographiques réalisée par l'INSEE conduit à un doublement de la part des personnes de plus de 60 ans entre 2007 et 2030 (18 % en 2007 à 36 % en 2030), dont 57 % de femmes dans les deux cas.<sup>8</sup> La Martinique deviendra alors le deuxième département le plus âgé de France après la Corse.

Ce vieillissement s'explique par une conjonction de plusieurs phénomènes : baisse de la natalité, augmentation continue de l'espérance de vie, retour des retraités, ainsi que l'arrivée de la génération du baby boom dans la population de plus de 60 ans permettent d'expliquer ce phénomène. Cela impacte directement la dépendance, qui évolue de manière corrélée.



Vieillissement de la population



<sup>7</sup> ARS MARTINIQUE – DEPAMAR. Analyse de la réponse du dispositif sanitaire et médico-social aux besoins de la population âgée dépendante en Martinique, 2012

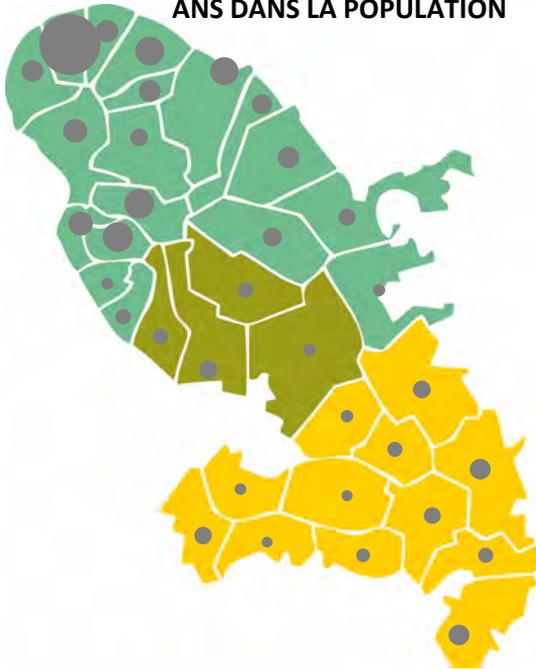
<sup>8</sup> SOURCE : INSEE, ANTIANE ECHOS, 2012





9

### IMPORTANCE RELATIVE DES +DE 65 ANS DANS LA POPULATION



« D'ici 2040, le nombre de couples avec ou sans enfant ainsi que les familles monoparentales augmenterait peu (8 et 9 %). En revanche, le nombre de personnes seules augmenterait fortement (+ 42 %), ce type de ménage représenterait alors une part presque aussi importante que les ménages en couple (avec ou sans enfants).

En 2010, 57 % des ménages constitués de personnes seules ont moins de 65 ans<sup>4</sup>, alors qu'en 2040, les ménages de plus de 65 ans représenteraient les deux tiers des personnes seules.

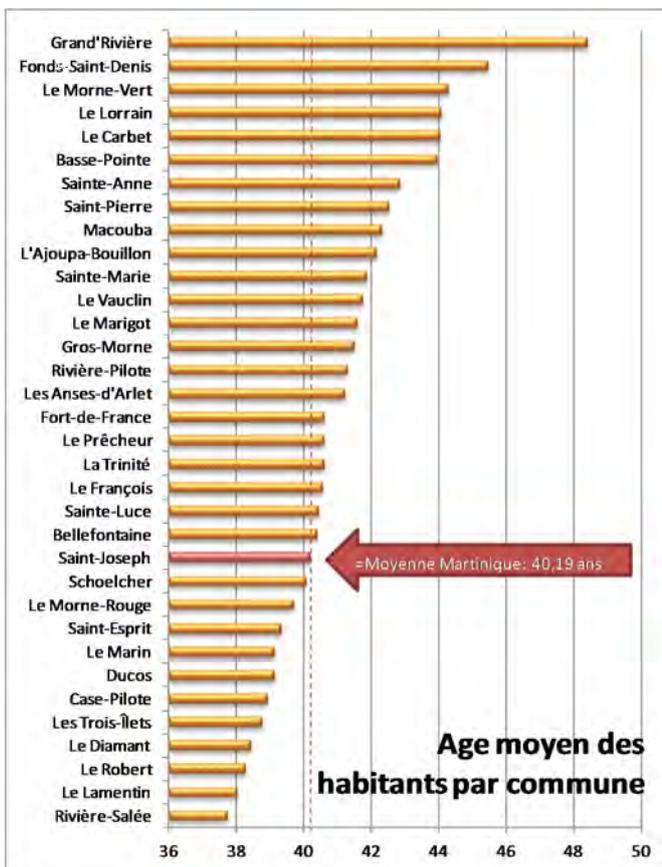
En 2040, le nombre de ménages âgés de 15 à 65 ans chuterait fortement. Plus précisément, les ménages de moins de 30 ans seraient mille de moins tandis que ceux âgés de 30 à 65 ans diminueraient plus nettement (- 24 000).

En revanche, les ménages de plus de 65 ans devraient plus que doubler (+ 135 %) entre 2010 et 2040, soit 56 000 ménages en plus. Ces ménages ne sont que 41 000 actuellement.

Enfin, le nombre de ménages âgés de plus de 90 ans devrait quant à lui quadrupler (+ 6 400).

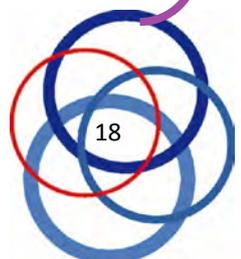
Ainsi, alors que les ménages de plus de 65 ans représentent actuellement le quart de la population martiniquaise, **ils devraient regrouper en 2040 la moitié de la population.**

Entre 2010 et 2040, pour les ménages de 30 à 50 ans, le nombre de couples avec ou sans enfants diminuerait considérablement. Cette baisse concernerait également les familles monoparentales dans une moindre importance (- 5 300), et les personnes seules (- 3 700). En revanche, entre 70 et 90 ans, le nombre de personnes seules augmenterait sensiblement. La population martiniquaise dépendante, majoritairement féminine, doublera d'ici à 20305. Cette situation va engendrer des besoins accrus en services d'aide à domicile et en nombre de places en institution. L'aide familiale, déjà très répandue, va également se développer. »



<sup>9</sup> Source : Insee, Omphale scénario central, Recensement de la population de 1999 et 2008

<sup>10</sup> INSEE et DEAL : Le logement aujourd'hui et demain en Martinique





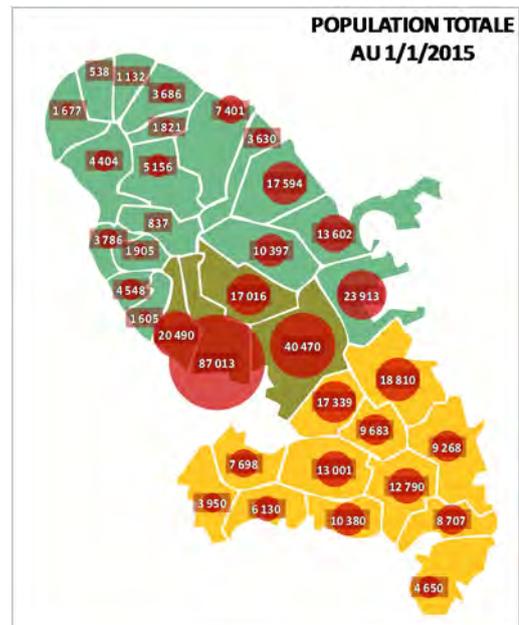
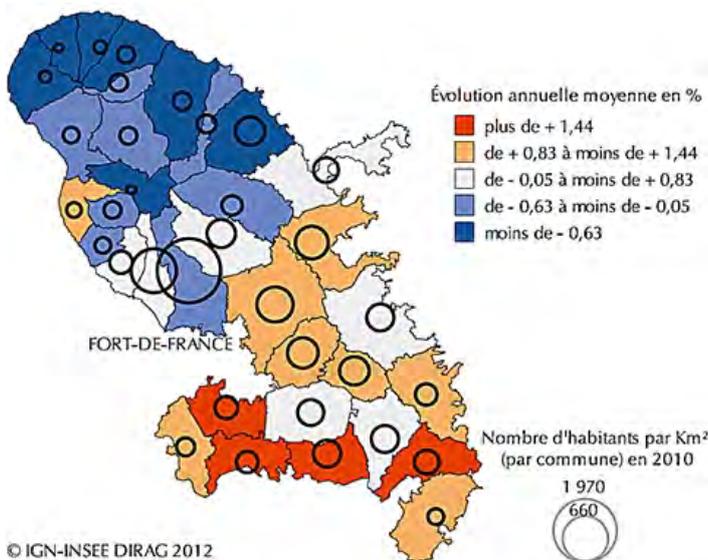
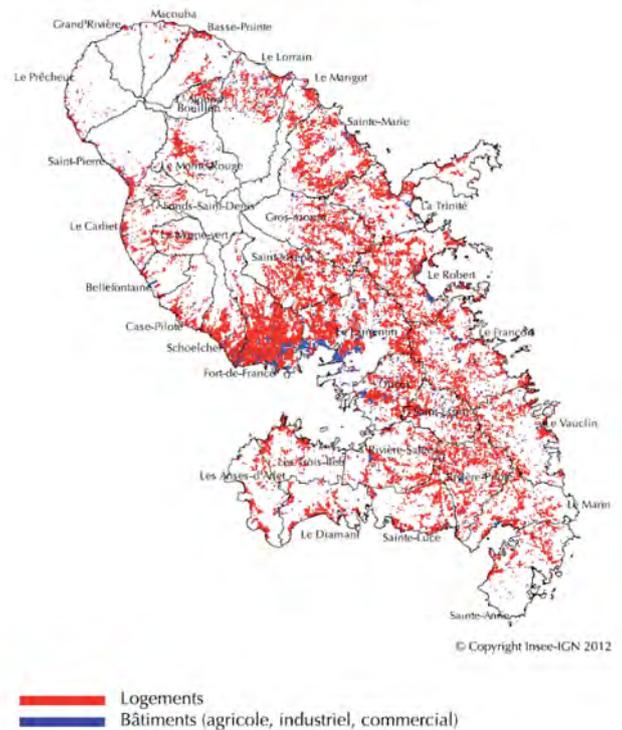
### 3.1.1.3 REPARTITION DE LA POPULATION

La Martinique est la région la plus dense de France après l'Île-de-France (source recensement 2009). Pourtant, près de la moitié de l'île reste non habitée du fait de contraintes naturelles fortes par endroits : La répartition est fortement marquée par le relief et les caractéristiques géographiques de l'île, entre le nord montagneux et relativement peu peuplé et une partie centrale et sud de l'île plus urbanisée et concentrant l'essentiel de la population. Par ailleurs, une répartition hétérogène de l'urbanisation présente un habitat plus ou moins diffus.<sup>11</sup>

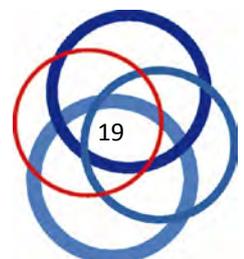
La carte du bâti reflète un net déséquilibre d'occupation de l'île caractérisé par une périurbanisation forte, un mitage dans l'arrière-pays littoral souvent lié à la déprise agricole, une désertification du Nord, et une désaffection pour le centre de l'agglomération foyale.

Le parc de logements du département est largement constitué de résidences principales avec une faible part de résidences secondaires. De plus, l'habitat est marqué par la prédominance des logements individuels même si on assiste depuis quelques années à un rééquilibrage de l'offre au profit du collectif.

Carte du bâti en Martinique



<sup>11</sup> INSEE et DEAL : Le logement aujourd'hui et demain en Martinique





### Nombre de ménages par zone entre 2007 et 2040

Année	Centre	Sud	Nord	Ensemble Martinique
2007	68 170	45 440	41 700	155 320
2010	70 130	47 820	42 890	160 840
2015	72 880	51 520	44 750	169 150
2020	75 060	54 710	46 370	176 140
2025	76 750	57 490	47 680	181 930
2030	77 920	59 760	48 770	186 450
2035	78 700	61 610	49 520	189 840
2040	79 110	62 890	49 820	191 820

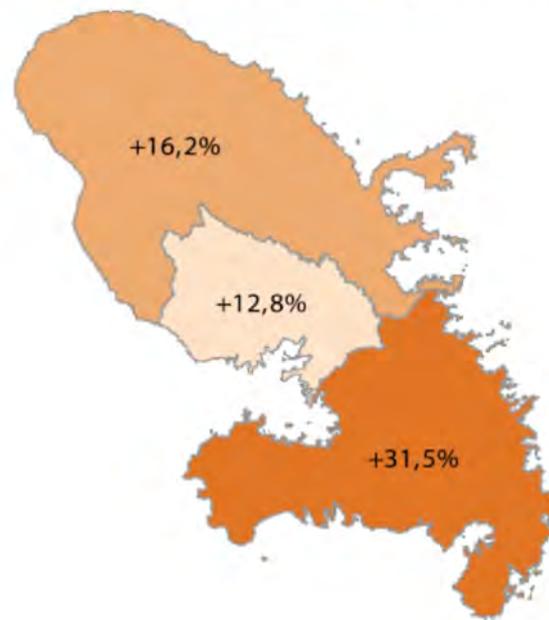
Source : Projections de ménages 2010-2040

Les prévisions réalisées par l'INSEE font état d'une progression deux fois plus importante des ménages implantés sur le sud (+31,5%) que sur le nord (+16,2%) entre 2010 et 2040.

Le centre a la croissance la moins dynamique, avec seulement +12,8%, soit un peu plus du tiers de celle du sud.

D'ici à 2040, le Nord devrait maintenir sa position et représenter 26% du total des ménages de l'île, le centre passerait de 43% à 41%, et le sud de 31% à 33%.

### Évolution du nombre de ménages entre 2010 et 2040



Source : Projections de ménages 2010-2040

<sup>12</sup> INSEE et DEAL : Le logement aujourd'hui et demain en Martinique



La part de la population en situation de handicap bénéficiaire de la MDPH est plus ou moins importante selon la commune. Elle va de 4% au Diamant, contre 9% à Grand-Rivière.

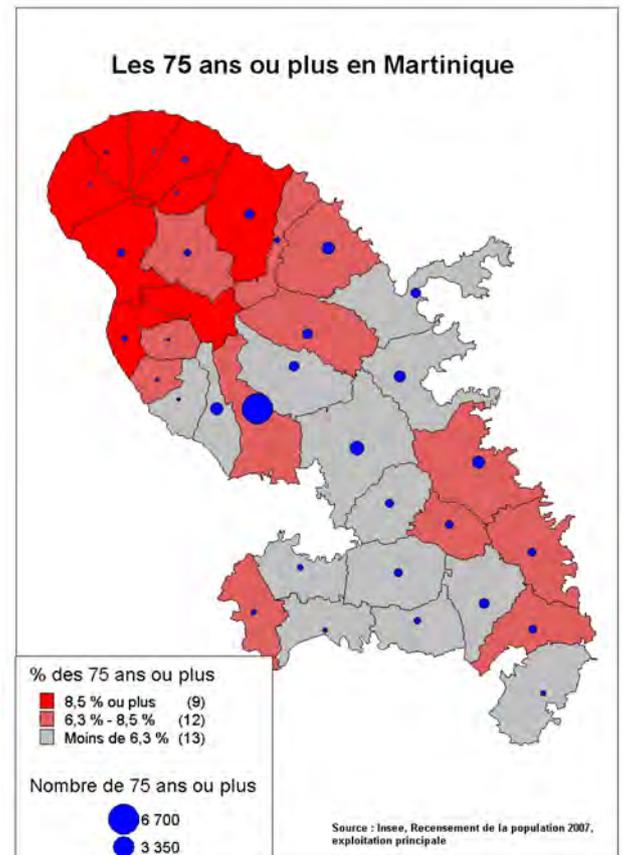
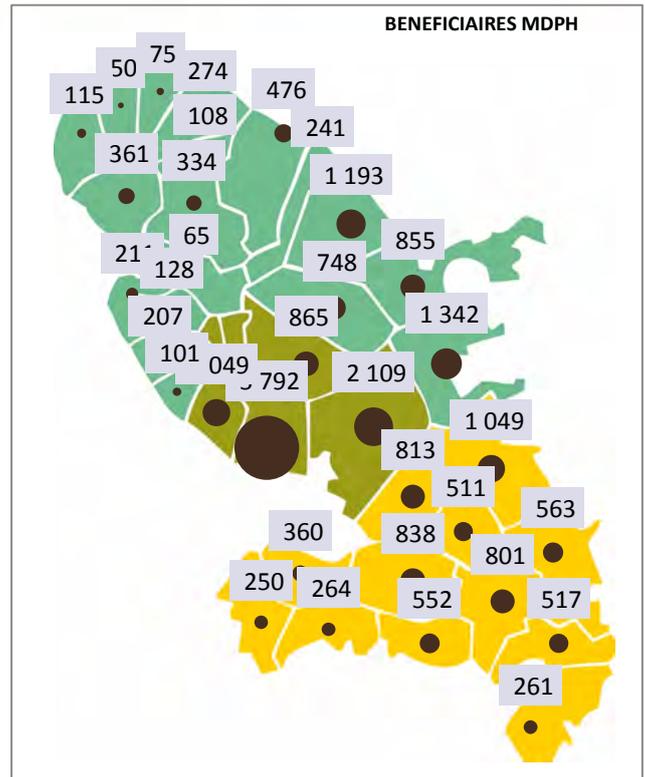
« Constitue un handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société, subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »<sup>13</sup>

Les personnes âgées de 60 ans et plus sont particulièrement concernés par le handicap psychique et les déficiences sensorielles, notamment visuelles. Les problèmes psychiques touchent 26% des plus de 60 ans contre 13% des moins de 60 ans<sup>14</sup> :

La proportion des personnes âgées en situation de handicap en Martinique est évaluée à 60%. On peut craindre que ce pourcentage soit probablement sous-évalué<sup>15</sup> :

- ⊗ l'identification ou la reconnaissance d'une situation de handicap est souvent associée au fait d'occuper ou de rechercher un emploi,
- ⊗ l'enquête a été réalisée à domicile et a exclu de sa méthodologie les personnes vivant en établissement.
- ⊗ après 60 ans, on n'est plus reconnu comme handicapé (invalidité) mais comme vieux (vieillesse).

Il existe une surreprésentation de la part des 75 ans et plus dans les territoires du Nord-Caraïbe et du Nord-Atlantique.



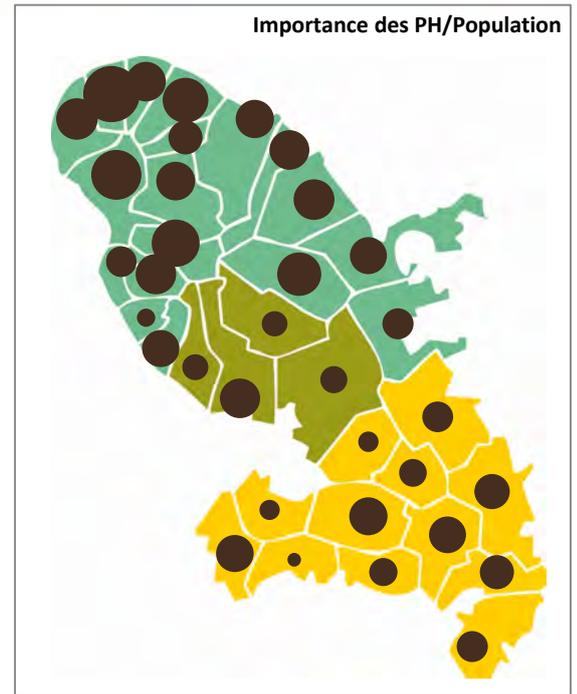
<sup>13</sup> Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

<sup>14</sup> DEPAMAR. Analyse de la réponse du dispositif sanitaire et médico-social aux besoins de la population âgée dépendante en Martinique - 2012

<sup>15</sup> Idem



Le Graphique ci-contre amplifie les écarts pour mieux représenter l'importance relative du nombre des Personnes en situation de Handicap par rapport à l'ensemble de la population. Il est cohérent et en corrélation avec la cartographie des Personnes de plus de 75 ans, à l'exception de trois communes du Sud-Caraïbe.





### 3.1.1.4 LA POPULATION DEPENDANTE

En lien avec la problématique du vieillissement, se pose celle de la dépendance. L'évolution du nombre de personnes dépendantes impacte directement les besoins en termes d'accueil.

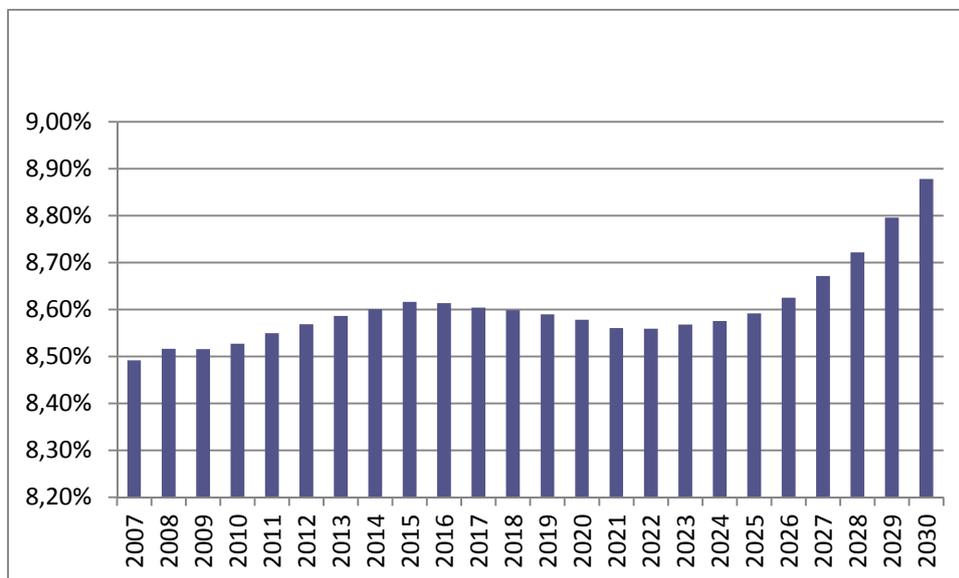
La dépendance d'une personne âgée est définie comme un état durable de la personne entraînant des incapacités et requérant des aides pour réaliser des actes de la vie quotidienne.

Le degré de dépendance d'une personne âgée dépend du niveau des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité qu'elle subit, et non directement de son état de santé ( maladie d'Alzheimer , addictions, obésité, arthrose ou diabète).

Part des personnes dépendantes dans la population totale en 2007	Martinique	France
60 - 69 ans	2,6	2,5
70 - 79 ans	7,3	6,6
80- 89 ans	18,7	16,8
90 ans et +	47,0	39,5

Sources : enquêtes Handicap-Santé, Recensement de la population 2007

Estimation de l'évolution de la part des personnes dépendantes dans la population totale de 2007 à 2030<sup>16</sup>.



<sup>16</sup> Sources : enquêtes Handicap-Santé, Omphale, Recensement de



Source : Projections de ménages 2010-2040

« La population des personnes âgées de 80 ans et plus, population la plus concernée par la dépendance, sera multipliée par 3,5 en Martinique (52 000 versus 14 700 en 2007) à l'horizon 2040, contre 2,3 pour la métropole

Cette progression, plus forte qu'en métropole, pose de façon aiguë la question de la prise en charge du grand âge.

La solidarité intergénérationnelle, qui repose en partie sur les structures familiales, et qui est traditionnellement forte dans la culture antillaise, est de plus en plus fréquemment mise à mal en Martinique : les familles monoparentales se retrouvent dans une proportion plus importante qu'en métropole, (au moins 20 % de l'ensemble des ménages contre 8% en métropole).

« Dans les territoires ultramarins, on pourrait considérer que c'est l'enfant qui fait la famille plus que le couple ». Le mythe de la grand-mère accueillie par les plus jeunes ne résiste pas à la réalité des enquêtes : les familles peinent désormais à prendre en charge leurs aînés quand la dépendance - notamment psychique - s'installe, surtout quand ils ne sont pas solvables. »  
17.

18

### La prise en charge de la dépendance

Actuellement le nombre de places en maisons de retraite publiques et privées en Martinique est de 1 150 (CF ARS).

Pour connaître les infrastructures à développer, remarquons que les personnes de 60 à 79 ans souhaitent le plus souvent recourir à une aide à domicile (64 %), puis aller dans un établissement spécialisé ensuite (24 %) et enfin vivre chez un membre de la famille (12 %).

Concernant, les services à la personne, le secteur est en plein développement en métropole comme en Martinique. Les emplois nécessaires aux services d'aide à domicile devraient augmenter de 45 % en équivalent temps plein entre 2010 et 2020.

Le système associatif supporte la plus grande partie des services à la personne. Parmi les 9 200 salariés du secteur associatif, près de la moitié exerce dans le social. L'association départementale des amis et parents des personnes handicapées (ADAPEI) (plus de 500 salariés), l'association départementale d'aide aux retraités et aux personnes âgées (ADARPA) (entre 250 et 500 salariés) et l'association martiniquaise d'éducation populaire (AMEP) (100 à 249 salariés) sont les plus gros établissements du secteur associatif.

Avec 45 % des salariés de l'économie sociale et solidaire, le poids du secteur de la santé et de l'action sociale est plus faible de neuf points que la France métropolitaine.

Concernant le personnel de santé, actuellement la densité d'infirmières libérales en Martinique (289 infirmières pour 1 000 habitants) est plus importante qu'en métropole (139 infirmières pour 1 000 habitants).

### Evolution des populations totales et dépendantes en Martinique de 2007 à 2030

Unité: %

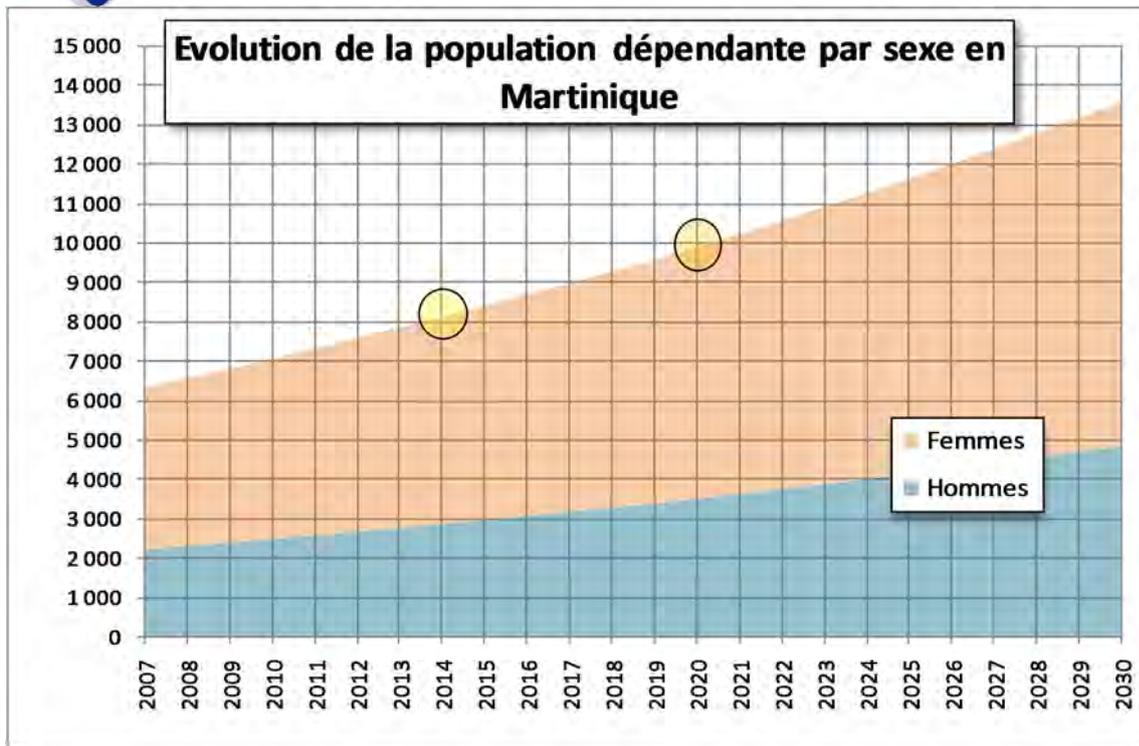
	population totale 2007	population totale 2030	population dépendante 2007	population dépendante 2030	évolution de la population totale entre 2007 et 2030 (en %)	Evol. de la population dépendante entre 2007 et 2030 (%)
60-69 ans	34 512	67 006	895	1 670	94,2	86,6
70-74 ans	14 383	28 396	734	1 329	97,4	81,1
75-79 ans	10 583	22 203	1 064	2 066	109,8	94,2
80-84 ans	7 652	16 461	1 169	2 304	115,1	97,1
85-89 ans	4 270	9 982	1 141	2 416	133,8	111,7
90 ans et +	2 751	8 403	1 293	3 750	205,5	190
ensemble	74 151	152 451	6 297	13 534	105,6	114,9

Sources : Enquête Handicap-Santé, Omphale, Recensement de la population 2007

<sup>17</sup> ARS MARTINIQUE – DEPAMAR. Analyse de la réponse du dispositif sanitaire et médico-social aux besoins de la population âgée dépendante en Martinique, 2012

<sup>18</sup> INSEE et DEAL : Le logement aujourd'hui et demain en Martinique



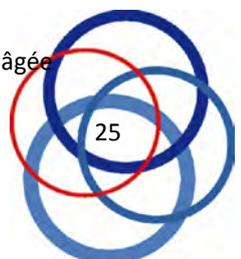


19

L'augmentation de la population des plus de 75 ans va s'accompagner d'une modification profonde des modes de recours aux soins. Les spécialistes constatent aujourd'hui une modification importante des demandes, avec un recours aux soins de plus en plus fréquent dans cette population<sup>20</sup>. Cela s'explique par la polyopathie, et les évolutions culturelles.

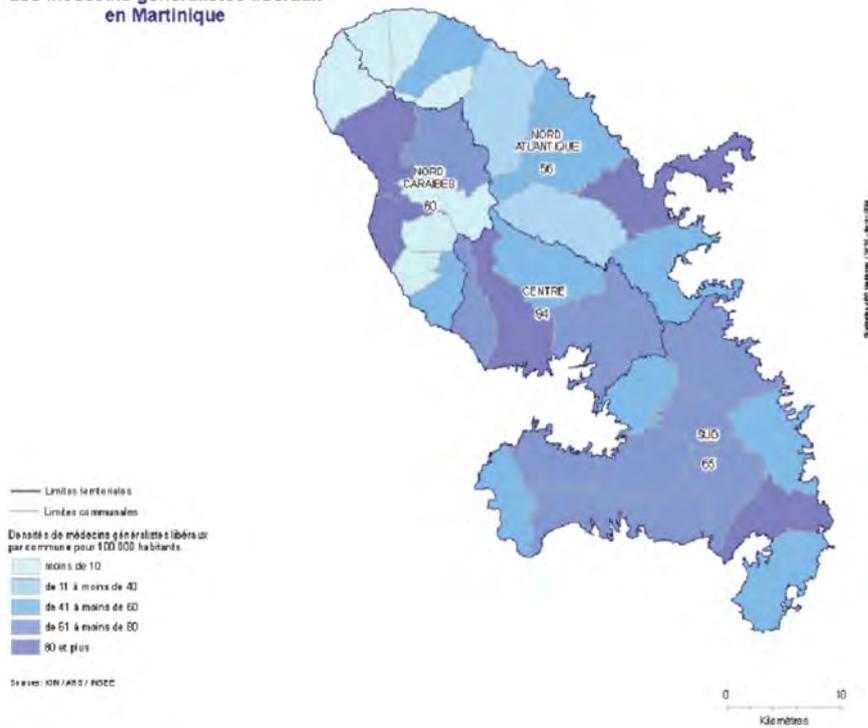
<sup>19</sup> Sources : INSEE -enquêtes Handicap-Santé, Omphale, Recensement de la population 2007

<sup>20</sup> DEPAMAR. Analyse de la réponse du dispositif sanitaire et médico-social aux besoins de la population âgée dépendante en Martinique - 2012

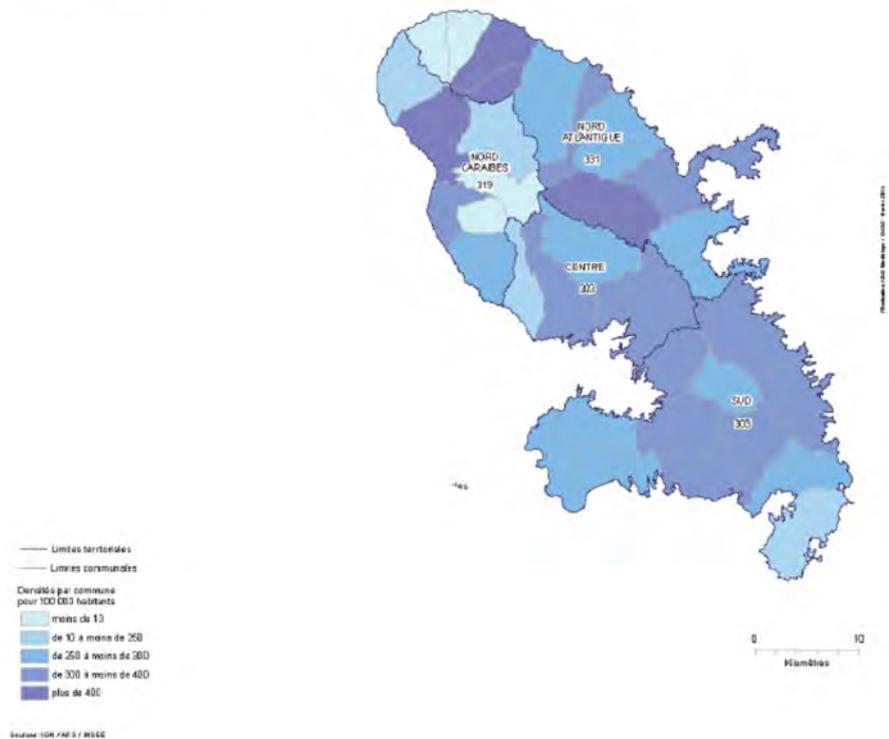




Densité au 1er janvier 2012  
des médecins généralistes libéraux  
en Martinique



Densité au 1er janvier 2013  
des infirmiers libéraux  
en Martinique





### 3.1.1.5 IMPACT SUR LES MESURES

La population dépendante est estimée à 8087 en 2014. Cette estimation atteindra 9849 en 2020.

Quelques soient les projections en terme d'évolution de la dépendance, le besoin de prise en charge de la dépendance va augmenter proportionnellement au vieillissement de la population, à l'affaiblissement des liens familiaux qui se réduit autour de la famille, à l'augmentation du travail féminin.

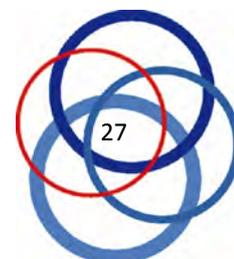
Cette prise en charge concerne, tous les services rendus nécessaires par la diminution des capacités fonctionnelles, physiques ou cognitives, ou par le recours à l'aide de son entourage ou d'une tierce personne, pour la compensation de la perte d'autonomie, l'altération du jugement et la réalisation des actes accomplis par les tuteurs familiaux et les MJPM par exemple.

### 3.1.1.6 PROJECTIONS SELON LES SCERNARII

	Population Agée (PA)	Personnes dépendantes (PD)	Ratio: PD / PA
2010	82423	7 028	8,53%
2014	94030	8 087	8,60%
2020	114 814	9 849	8,58%

	Mesures (M)	Ratio M/PD	Mesures MJPM
2010	3430	48,80%	1 143
2014	3658	45,23%	1 219

Scénario 2020	Mesures (M)	Ratio M/PD	Mesures MJPM	Augmentation Mesures MJPM
Optimiste	4530	46,00%	1 510	291
Réaliste	<b>4826</b>	<b>49,00%</b>	<b>1 609</b>	<b>389</b>
Pessimiste	5121	52,00%	1 707	488





### 3.1.1.7 PROJECTION A 2020

*Si le ratio : « nombre de mesures » sur « nombre de personnes dépendantes » se maintient au niveau moyen constaté entre 2010 et 2014 ( 49%), on peut estimer le nombre de mesures à 4826 en 2020.*

*Si l'hypothèse de confier 1/3 des mesures aux MJPM est retenue, on peut estimer le nombre de celles-ci à 1 609 en 2020, soit une augmentation de 389.*



### 3.1.2 INDICATEURS DE PAUVRETÉ-PRÉCARITÉ-EXCLUSION

« La Martinique ne compte que 38% de foyers fiscaux imposés en 2010 (contre 58% en moyenne en France). Les ménages imposés sont plus représentés sur la CACEM que sur le reste du territoire.

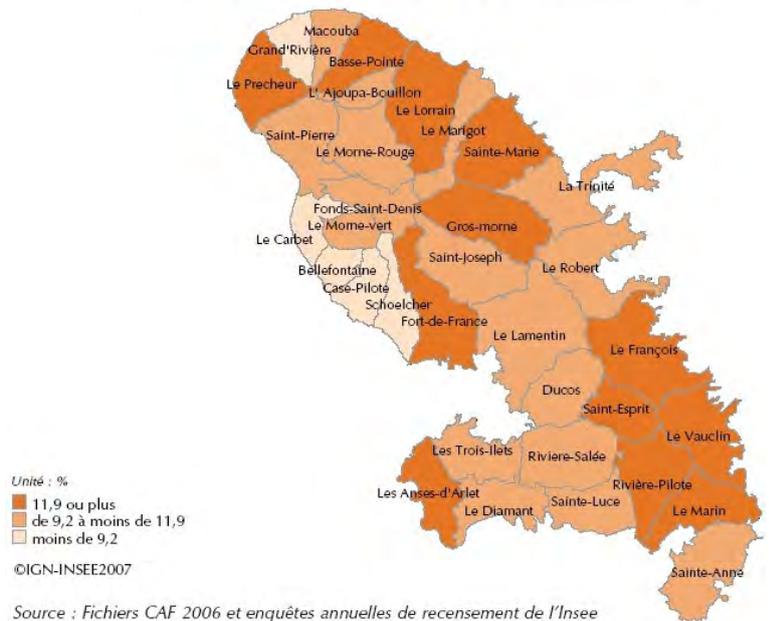
58% des foyers martiniquais sont couverts par des allocations de la CAF, soit plus de 211 000 personnes. En moyenne sur la Martinique, 23% des foyers perçoivent une aide au logement (27% sur la CACEM et 21% sur la CAP NM et la CAESM). Parmi ces ménages couverts, on retrouve avant tout des personnes seules (37% contre 32% de personnes seules parmi l'ensemble des ménages martiniquais) et des familles monoparentales (51% contre 25% de familles monoparentales à l'échelle de la Martinique).

Le revenu médian des foyers fiscaux martiniquais (par UC) s'élève en 2010 à 12 304€ (foyers imposables et non imposables) et est nettement moins élevé que la moyenne nationale (18 750€).

En 2013, la Martinique compte 38 171 ménages bénéficiant d'une aide au logement, soit 23% des ménages allocataires. Au total, ce sont 82 946 personnes qui sont couvertes par des aides de la CAF, soit 21% de la population martiniquaise.

Concernant les différentes aides allouées, on note un nombre de bénéficiaires du FDSL en hausse constante depuis 2009. Environ 1 400 ménages ont été aidés en 2014 dont plus de la moitié pour l'accès au logement, 35% pour le maintien dans le logement et 7% pour abandon de créances. 50% des aides sont allouées à des ménages de la CACEM (pour 42% des ménages de l'île). »<sup>21</sup>

Part des bénéficiaires des minima sociaux dans la population en 2006

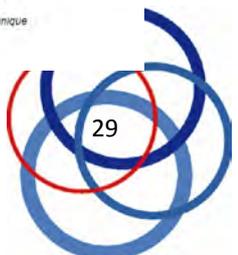


Nombre de ménages bénéficiaires en 2014 du Fonds Départemental Social du Logement (FDSL)

1 374 ménages sur la Martinique

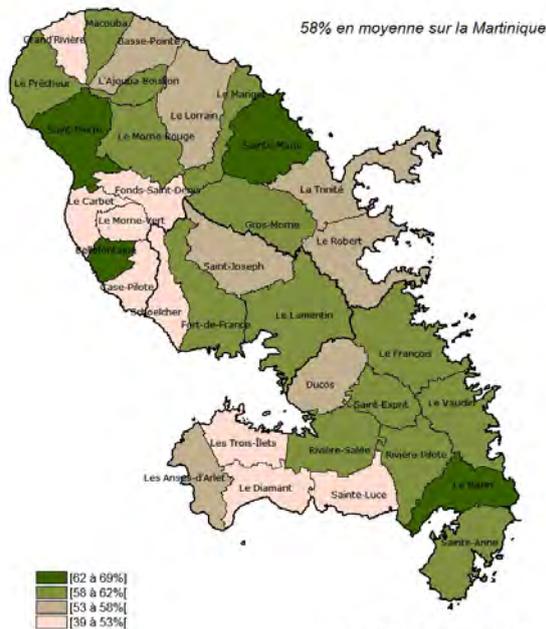


<sup>21</sup> EXTRAITS : DEAL /CAF: OBSERVATOIRE DE L'HABITAT DE LA MARTINIQUE

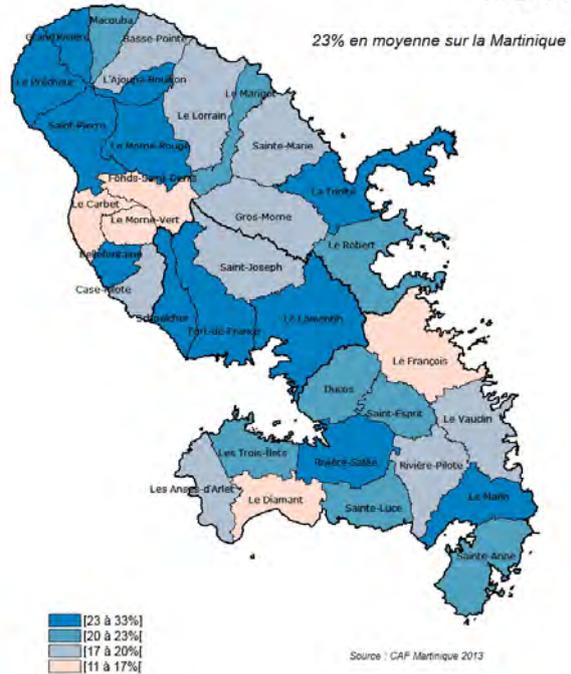




Taux de couverture des ménages  
bénéficiaires d'une allocation en 2013



Taux de couverture des ménages  
bénéficiaires d'une aide au logement  
en 2013



### Distribution des revenus des personnes dépendantes par âge en Martinique

	Unité : euros		
	60 - 69 ans	70 - 79 ans	80 ans et plus
Revenu médian de la population dépendante	2 250 €	1 350 €	1 100 €

Source : enquête Handicap-Santé volet ménage 2008

### Revenu des personnes selon le degré de dépendance en Martinique

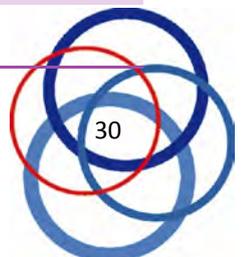
	Unité : euros			
	Dépendance lourde	Dépendance légère	Personnes non dépendantes	Ensemble de la population
Revenu médian	1 100 €	1 300 €	850 €	1 100 €
Revenu moyen	1 518 €	1 452 €	1 264 €	1 345 €

Source : enquête Handicap-Santé volet ménage 2008

### Bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée Autonomie en Martinique en 2011

	Allocation personnalisée autonomie				Unité : Nombre
	60 à 74 ans	75 à 84 ans	85 ans ou +	Ensemble	
	Femmes	661	1 829	2 161	
Hommes	366	765	819	1 950	
Total	1 027	2 594	2 980	6 601	

Source : Conseil Général de la Martinique





## 3.2 PANORAMA DE L'OFFRE EXISTANTE

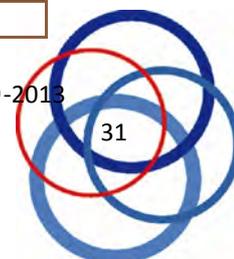
15 1453 personnes âgées vivent en institution en Martinique en 2011<sup>22</sup>.

### 3.2.1 ELEMENTS STATISTIQUES

Évolution du nombre de places en institution en Martinique de 2008 à 2020 au 1er janvier ( EHPAD et non-EHPAD)				Unité: nombre
<b>Catégorie d'établissements</b>	2008	2010	2015	2020
<b>Maisons de retraite EHPAD</b>	972	1 031	1 179	1 345
<b>Logements-foyers EHPAD</b>	0	0	0	0
<b>Unités de soins de longue durée EHPAD</b>	233	247	283	323
<b>Etablissements expérimentaux et d'hébergement temporaire EHPAD</b>	0	0	0	0
<b>Maisons de retraite non EHPAD</b>	19	21	23	27
<b>Logements-foyers non EHPAD</b>	76	81	92	105
<b>Unités de soins de longue durée non EHPAD</b>	0	0	0	0
<b>Etablissements expérimentaux et d'hébergement temporaire non EHPAD</b>	0	0	0	0
<b>Ensemble EHPAD et non EHPAD</b>	1 301	1 380	1 578	1 800
<i>Source : enquête EHPA 2007</i>				

Emplois liés au maintien à domicile de 2008 à 2020 en Martinique au 1er janvier				
Catégorie de personnel	Unité: nombre			
	2008	2010	2015	2020
<b>Infirmier(ère), service de soins infirmiers</b>	519	562	678	801
<b>Aide soignant(e)</b>	166	180	218	257
<b>Autre professionnel paramédical (ergothérapeute, kinésithérapeute, ...)</b>	104	113	136	160
<b>Aide ménagère, aide à domicile, auxiliaire de vie sociale, garde à domicile, service de portage</b>	1 244	1 350	1 634	1 939
<b>Autres</b>	158	170	204	240
<b>Ensemble</b>	2 193	2 378	2 872	3 398
<i>Source : Enquête Handicap-Santé volet ménage 2008</i>				

<sup>22</sup> Source Conseil Général de la Martinique, schéma départemental en faveur des personnes âgées 2009-2013





### 3.2.2 L'OFFRE SANITAIRE

#### 3.2.2.1 LA PSYCHIATRIE

La psychiatrie<sup>23</sup> peut s'exercer soit

- ⊗ en service public (hôpital général ou spécialisé, consultation médico-psychologique),
- ⊗ en secteur privé participant au service public (institution gérée par une association),
- ⊗ en secteur privé (cabinet médical, clinique psychiatrique).

Les prises en charge sans hospitalisation sont effectuées par des structures réparties en deux niveaux :

- ⊗ les structures d'accueil et de coordination en milieu ouvert (centres médico-psychologiques et médico-psycho-pédagogiques, centres d'accueil thérapeutiques),
- ⊗ les structures dont l'objectif est la réadaptation et la réinsertion du patient (appartements thérapeutiques, ateliers thérapeutiques).

Il existe différentes modalités de prise en charge hospitalière des troubles psychiques :

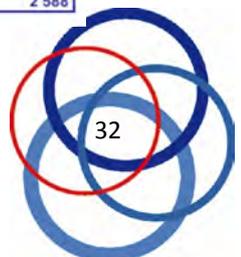
- ⊗ unités d'hospitalisation à temps complet,
- ⊗ hospitalisation de jour,
- ⊗ hospitalisation de nuit,
- ⊗ hospitalisation à domicile,
- ⊗ centres de crise,
- ⊗ centres de postcure.

#### La psychiatrie

Lits et places publics et privés installés au 1.01.2013 par secteur d'activité  
Sources : DREES - ARS - Données SAE 2012 déclarées par les établissements

Disciplines de psychiatrie	ANTILLES-GUYANE	Guadeloupe	Martinique	Guyane	France métropolitaine
<b>Hospitalisation complète ( lits )</b>					
<i>Secteur public</i>					
<i>Psychiatrie infanto-juvénile</i>	21	17	0	4	1 588
Psychiatrie générale	594	210	292	92	35 497
<i>Secteur privé</i>					
<i>Psychiatrie infanto-juvénile</i>	0	0	0	0	542
Psychiatrie générale	117	73	44	0	19 548
<b>Hospitalisation partielle ( places )</b>					
<i>Secteur public</i>					
<i>Psychiatrie infanto-juvénile</i>	111	56	30	25	7 508
Psychiatrie générale	167	127	20	20	14 607
<i>Secteur privé</i>					
<i>Psychiatrie infanto-juvénile</i>	0	0	0	0	1 816
Psychiatrie générale	15	0	15	0	4 479
<b>Placement familial thérapeutique ( places )</b>					
Psychiatrie infanto-juvénile	7	7	0	0	739
Psychiatrie générale	98	12	86	0	2 588

<sup>23</sup> HOPITAL.FR





## La psychiatrie

Ensemble lits et places publics et privés installés au 1.01.2013 - taux d'équipement

Sources : DREES - ARS - Données SAE 2012 déclarées par les établissements

Disciplines de psychiatrie	ANTILLES- GUYANE	Guadeloupe	Martinique	Guyane	France métropolitaine
<b>Psychiatrie infanto-juvénile</b>					
Hospitalisation complète ( lits )	21	17	0	4	2 130
Hospitalisation partielle ( places )	111	56	30	25	9 324
Placement familial thérapeutique (places)	7	7	0	0	739
<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>80</b>	<b>30</b>	<b>29</b>	<b>12 193</b>
<b>Psychiatrie générale</b>					
Hospitalisation complète ( lits )	711	283	336	92	55 045
Hospitalisation partielle ( places )	182	127	35	20	19 086
Placement familial thérapeutique (places)	98	12	86	0	2 588
<b>Total</b>	<b>991</b>	<b>422</b>	<b>457</b>	<b>112</b>	<b>76 719</b>
<b>Taux d'équipement en Psychiatrie infanto-juvénile pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans inclus</b>					
lits d'hospitalisation complète	0,1	0,2	0,0	0,0	0,2
équipement global (lits et places)	0,5	0,8	0,4	0,3	0,9
<b>Taux d'équipement en Psychiatrie générale pour 1 000 habitants de plus de 16 ans</b>					
lits d'hospitalisation complète	0,9	0,9	1,1	0,6	1,1
équipement global (lits et places)	1,3	1,4	1,5	0,8	1,5

### 3.2.2.1.1 HOSPITALISATION EN INTRA HOSPITALIER

Les établissements autorisés à exercer à la Martinique une activité de psychiatrie sont les suivants :

- Etablissement Public Départemental de Santé Mentale Maurice DESPINOY
- Centre Hospitalier Universitaire de Fort de France
- Clinique Saint Paul, Centre de soins médico-psychologique et de convalescence de l'Anse Colas

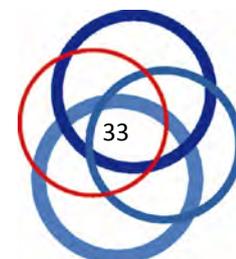
#### 3.2.2.1.1.1 L'EPDSM MAURICE DESPINOY

L'Etablissement Public Départemental de Santé Mentale de la Martinique est un établissement public où sont dispensés avec ou sans hébergement, des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë de psychiatrie, ou des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale.

L'EPDSM Martinique exerce aujourd'hui ses missions, à partir d'une soixantaine de sites d'hospitalisation complète et extra-hospitaliers qui couvrent tout le département.

##### 3.2.2.1.1.1.1 PÔLE CENTRE / NORD CARAIBE

- MANGOT VULCIN





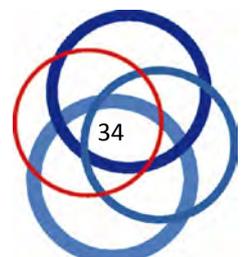
- CENTRE 1
- CENTRE 2
- USIP
- BALATA
- SSP CENTRE
- STRUCTURES EXTRA HOSPITALIERES
  - ⊗ Appartement Thérapeutique - Cluny
  - ⊗ CATT / HDJ Perrinon
  - ⊗ CMP Perrinon
  - ⊗ Appartement Communautaire - Plateau Tiberge - Ravine Vilaine
  - ⊗ CMP / CATT Mongérald
  - ⊗ CMP / CATT Saint-Joseph
  - ⊗ Appartement Communautaire - Saint-Joseph
  - ⊗ Centre Traitement Ambulatoire (CTA) - Morne-Rouge
  - ⊗ Appartement Communautaire - Saint-Pierre
  - ⊗ CMP / CATT Saint-Pierre

#### 3.2.2.1.1.1.2 PÔLE NORD ATLANTIQUE

- MANGOT VULCIN
- NORD 1
- NORD 2
- BALATA
- SOCIO THERAPIE
- CLUB DESPINOY
- STRUCTURES EXTRA HOSPITALIERES
  - ⊗ CMP / CATT Sainte-Marie
  - ⊗ CMP Trinité
  - ⊗ HDJ Trinité
  - ⊗ Appartement Communautaire - Sainte-Marie

#### 3.2.2.1.1.1.3 PÔLE SUD

- MANGOT VULCIN
- SUD 1
- SUD 2
- BALATA
- CHARCOT
- STRUCTURES EXTRA HOSPITALIERES
  - ⊗ USP





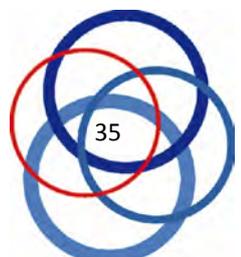
- ⊗ Hôpital des Trois Ilets
- ⊗ CMP / CATTP Lamentin
- ⊗ CMP Rivière-Salée
- ⊗ CATTP Rivière-Salée
- ⊗ CMP Saint-Esprit
- ⊗ Hôpital - Saint-Esprit
- ⊗ CATTP Saint-Esprit
- ⊗ CMP / CATTP François
- ⊗ CMP / CATTP Rivière-Pilote
- ⊗ Consultation Hôpital - Hôpital du Marin
- ⊗ EMRI

#### 3.2.2.1.1.1.4 POLE PEDOPSYCHIATRIE

- ➔ MANGOT VULCIN
- ➔ CMP / CATTP Glacière
- ➔ STRUCTURES EXTRA HOSPITALIERES
  - ⊗ CMP / CATTP Acajou
  - ⊗ CMP / CATTP Rivière-Salée
  - ⊗ Centre de Soins pour Ados - Acajou
  - ⊗ CSAPA (Consultation cannabis) - Acajou
  - ⊗ Filière Adolescents - Acajou
  - ⊗ CMP / CATTP- François
  - ⊗ CMP Hibiscus- Route de Balata
  - ⊗ Consultation Cannabis - Route de Balata
  - ⊗ Psychiatrie de Liaison - M.F.M.E. - La Meynard
  - ⊗ HDJ Cluny
  - ⊗ HDJ Balata
  - ⊗ Centre Ressource Autisme (CRA) - Fort de France
  - ⊗ GIR – HAD Fort de France
  - ⊗ CMP / CATTP - Saint-Pierre
  - ⊗ CMP / CATTP- Robert
  - ⊗ Consultation Cannabis- Robert
  - ⊗ CMP / CATTP- Marigot

#### 3.2.2.1.1.1.5 POLE INTERPOLAIRE

- ➔ MANGOT VULCIN
- ➔ D.I.M.
- ➔ BALATA
- ➔ GERONTOPSY
- ➔ Pavillon MOREL
- ➔ STRUCTURES EXTRA HOSPITALIERES





-  SMPR - Centre Pénitentiaire de Ducos
-  CRAVS

### 3.2.2.1.1.2 MEDICO SOCIAL

---

-  STRUCTURES EXTRA HOSPITALIERES
  -  Centre Hospitalier de COLSON
  -  M.A.S. PALOURDE - Sainte-Anne
  -  M.A.S. de Saint-Pierre
  -  F.A.M. de Saint-Pierre
  -  F.A.M. du Morne-Vert

### 3.2.2.1.1.3 HOPITAL PIERRE ZOBDA-QUITMAN : SERVICE DE PSYCHOLOGIE MÉDICALE ET DE PSYCHIATRIE

---

La prise en charge des consultations externes, est assurée par une équipe pluridisciplinaire. Les soins psychiatriques s'adressent à toute personne présentant des troubles psychologiques ou psychiatriques et qui en fait la demande. Il est possible de prendre en charge des personnes présentant des troubles mentaux et qui n'en formulent pas la demande, mais uniquement dans un cadre légal et réglementaire strict.

Les soins psychiatriques peuvent se prodiguer sous différentes formes : hospitalisation à temps complet, hospitalisation à temps partiel, hospitalisation à domicile, suivi en consultation etc... Le service de psychiatrie peut également intervenir dans tout autre service de l'hôpital, à la demande de la personne hospitalisée ou d'un professionnel de santé en charge de cette personne.

Le pôle de psychiatrie assure les Urgences Psychiatriques, situées au sein de l'hôpital. L'urgence en psychiatrie est définie comme « une demande dont la réponse ne peut être différée ». Elle est liée à l'état du patient lui-même, à la notion de danger pour le patient ou son entourage, ainsi qu'au ressenti de l'entourage, qui estime qu'une intervention médicale est nécessaire immédiatement.

L'Unité de psychiatrie de liaison assure des missions de prise en charge et de psychiatrie de liaison concernant des patientes hospitalisées en MCO sur les sites du CHU de Martinique.

Elle travaille en étroite collaboration avec les autres unités du service (Urgences, Centre De Crise, Unité Anxiété-Dépression, Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie), et en coordination avec les intervenants sociaux et médico-sociaux auprès des patients (notamment secteurs psychiatriques et médecins généralistes).

-  L'HOPITAL PIERRE ZOBDA-QUITMAN : (544 lits et 29 places installés)



➡ LA MAISON DE LA FEMME DE LA MERE ET DE L'ENFANT : (154 lits et 10 places installés)

➡ L'HOPITAL DU LAMENTIN / MANGOT VULCIN : (198 lits et 75 places installées)

Ce site accueille une activité inter pôle pour la médecine polyvalente à orientation Gastro-entérologie, diabétologie et gériatrique et des consultations mémoire.

Situé au bourg de la commune du Lamentin, l'hôpital du Lamentin accueille 2 structures médico-sociales l'Unité de Soins de longue durée qui héberge des personnes âgées dépendantes et un Centre d'Action Médico-Sociale (CAMSP) qui est chargé de la prévention, du dépistage, du traitement ambulatoire et de la rééducation des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux des enfants âgés de 0 à 6 ans.

➡ L'HOPITAL LOUIS DOMERGUE DE TRINITÉ: (190 lits et 5 places installées)

L'hôpital de Trinité compte également une maison médicale de garde et abrite l'un des deux sites du Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) du CHU de Martinique.

➡ L'HOPITAL CLARAC : (27 lits et 15 places installés)

Cet établissement abrite l'autre localisation du Centre de soins d'Adaptation et de Prévention des Addictions (CSAPA) CHU de Martinique.

➡ LE CENTRE EMMA VENTURA : (393 lits et 10 places installés)

Le CEV comporte 393 lits répartis comme suit :

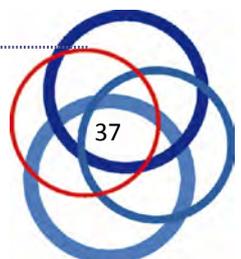
- ➡ 275 lits d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)
- ➡ 90 lits d'Unité de Soins de Longue Durée (USLD) dont 8 lits identifiés Soins Palliatifs
- ➡ un service de 28 lits de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR)
- ➡ un Hôpital de Jour de 10 places (MPR).

Des consultations de spécialistes sont organisées chaque semaine à l'intention des résidents de l'établissement:

- ➡ Consultation d'ophtalmologie
- ➡ Consultation dentaire
- ➡ Consultation psychiatrique

ainsi que des consultation externes spécialisée de la mémoire.

#### 3.2.2.1.1.4 LA CLINIQUE DE L'ANSE COLAS





La Clinique de l'Anse Colas est rattachée à la Clinique Saint Paul, clinique privée. Située à Schoelcher, elle accueille un centre psychiatrique

Elle reçoit des patients nécessitant des soins pour troubles psychologiques légers, ainsi que des soins médico-psychologiques.

Sa capacité d'accueil est de 40 lits d'hospitalisation pour adultes.

Elle dispose de 15 places en Hôpital de jour, pour une Hospitalisation complète ou de jour.

### 3.2.2.1.2 HOSPITALISATION EN EXTRA HOSPITALIER

#### Accueil des personnes âgées (1)

Établissements et services, places installés au 1.01.2013 publics ou privés  
Sources : DREES - ARS - FINESS - Données SAE 2012 déclarées par les établissements

Types d'accueil	ANTILLES- GUYANE	Guadeloupe	Martinique	Guyane	France métropolitaine
<b>Hébergement permanent</b>					
<b>Maison de retraite</b>					
Nombre d'établissements	45	13	28	4	7 587
Nombre de places	2 267	714	1 351	202	561 590
<b>Logement-foyer</b>					
Nombre d'établissements	6	2	2	2	2 336
Nombre de logements	263	141	36	86	111 615
<b>EHPAD (en maisons de retraite ou logements foyers)</b>					
Nombre d'établissements	33	11	18	4	7 037
Nombre de places	1 893	568	1 123	202	540 795
<b>Établissement d'accueil temporaire pour personnes âgées</b>					
Nombre d'établissements	0	0	0	0	82
Nombre de places	41	5	36	0	9 311
<b>Accueil de jour : nombre de places</b>	66	44	22	0	11 814
<b>Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD + SPASAD)</b>					
Nombre de services	27	15	11	1	2 087
Nombre de places	1 263	714	428	121	113 317
<b>Soins de longue durée (USLD) - nombre de lits</b>	345	165	150	30	32 006

(1) Rupture de série suite à l'actualisation des requêtes

#### Accueil des personnes âgées

Taux d'équipement au 1.01.2013 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus  
Sources : DREES - ARS - FINESS

Équipement	ANTILLES- GUYANE	Guadeloupe	Martinique	Guyane	France métropolitaine
<b>Taux d'équipement en structures d'hébergement permanent pour personnes âgées (lits maison de retraite, logements de logements-foyers, lits USLD)</b>	47,3	37,5	51,9	78,6	124,1
<b>Taux d'équipement en places de services de soins à domicile (SSIAD + SPASAD)</b>	20,5	26,1	14,1	29,9	19,7
<b>Taux d'équipement en lits médicalisés (lits d'EHPAD, lits d'USLD)</b>	36,3	26,8	42,0	57,3	99,5

### 3.2.2.1.2.1 APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES

Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) sont dédiés avant tout aux personnes ou familles qui se trouvent en situation de fragilité psychologique, sociale ou financières et qui ont besoin de soins et de suivi médical.



Un service d'Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT) propose une prise en charge médicale, psychologique et sociale des personnes hébergées.

Il offre un logement individuel de relais et à titre temporaire. Une équipe pluridisciplinaire d'éducateurs, de psychologues, de CESF, et de médecins accompagne le résident. Elle l'oriente vers des partenaires sociaux ou associatifs en vue d'une ouverture des droits sociaux (AAH, RMI...) et d'aide à l'insertion sociale, professionnelle, médicale, et psychologique.

Pour les appartements de Coordination Thérapeutique de la Croix-Rouge française Martinique : Le Service a une capacité d'hébergement de 7 places.

Le public concerné est Toute personne majeure en situation de précarité touchée par une pathologie chronique invalidante (VIH, maladies cardiovasculaires...), homme, femme, couple ayant une autonomie physique et psychologique suffisante pour vivre seul en appartement.

#### 3.2.2.1.2.2 FAMILLES D'ACCUEIL<sup>24</sup>

---

Il s'agit d'une solution entre le maintien à domicile et l'hébergement en établissement. Une famille agréée par le Conseil Général peut accueillir contre rémunération, 1 à 3 personnes âgées avec un suivi social approprié.

Les familles accueillantes sont agréées par le Conseil Général pour recevoir les personnes âgées n'appartenant pas à leur famille jusqu'au 4ème degré inclus (parents, grands-parents, bisaïeux, trisaïeux, frères, sœurs, oncles, neveux, cousins germains).

Un contrat précisant les dispositions financières, matérielles et morales de l'accueil est signé entre l'accueillant familial et la personne accueillie, dès l'arrivée de cette dernière au foyer.

La personne accueillie bénéficie de plusieurs exonérations et déductions de charges : exonération des charges patronales de sécurité sociale, déduction du revenu imposable d'une partie des rémunérations versées, versement sous certaines conditions de l'allocation de logement et prise en charge éventuelle par le Conseil Général de ses frais d'hébergement.

Toute personne âgée à partir de 60 ans qui, pour diverses raisons, ne peut plus rester à son domicile peut en bénéficier.

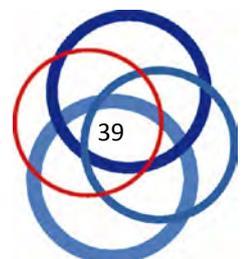
Dans le cas où les ressources sont insuffisantes le Conseil Général finance le complément du coût de l'hébergement.

#### 3.2.2.1.2.3 LES ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> EXTRAIT DE - CG972.FR : Solidarité > Les seniors > Changer de lieu de vie

<sup>25</sup> EXTRAIT DE - CG972.FR : Solidarité > Les seniors > Changer de lieu de vie





Au 1er février 2014, 1634 places réparties dans 35 maisons de retraite sont proposées aux personnes âgées en Martinique. Celles qui ne peuvent rester à leur domicile et qui ne disposent pas de ressources suffisantes pour payer leurs frais d'hébergement, peuvent solliciter une aide sociale pour couvrir en totalité ou en partie cette dépense.

Les personnes âgées de 60 ans au moins, en situation de dépendance et d'isolement, et résidant dans le département peuvent en bénéficier.

La personne âgée participe à ses frais d'hébergement pour un montant correspondant à 90 % de ses ressources (avec éventuellement la participation de ses enfants obligés alimentaires). Les 10 % restants constituent « l'argent de poche » qui est laissé au bénéficiaire en sachant que cette somme ne peut être inférieure au minimum légal fixé par la loi.

Le complément est pris en charge par le Conseil Général et la récupération sur succession est effectuée au décès du bénéficiaire.

#### 3.2.2.1.2.4 LES AUTRES MODALITES DE PISE EN CHARGE

---

##### 3.2.2.1.2.4.1 CENTRES DE CURE AMBULATOIRE EN ALCOOLOGIE (CCAA)

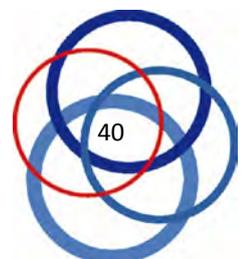
Les Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) sont des lieux d'accueil, d'écoute et de soins, ouverts à toute personne en difficulté avec l'alcool. Certains de ces centres développent également des actions de prévention. En tant qu'institutions médico-sociales, ces centres sont financés par l'assurance maladie. Les équipes se composent de médecins et de psychologues mais aussi de travailleurs sociaux. Les prises en charge y sont gratuites.

-  Comité Martiniquais de Prévention de l'Alcoolisme (CMPA) - Fort de France
-  CCAA de Trinité - Centre Hospitalier Louis DOMERGUE
-  CCAA du Saint Esprit - Centre Hospitalier de Saint Esprit

##### 3.2.2.1.2.4.2 CENTRES DE SOINS SPECIALISES AUX TOXICOMANES (CSST)

Les Centres de Soins Spécialisés pour toxicomanes proposent un accompagnement individualisé médical et/ou psychologique et/ou social de toutes personnes confrontées à un problème de toxicomanie (drogues, médicaments)...., ainsi qu'un soutien aux familles.

-  CSST de Clarac - Fort de France
-  CSST de Colson - Centre Hospitalier de Colson
-  Unité d'Ecoute pour Jeunes en détresse - Terres Sainville - Fort de France





### 3.2.2.2 LES SOINS DE LONGUE DUREE

Les Unités de Soins de Longue Durée accueillent des personnes dont l'état nécessite une prise en charge de longue durée. Elles prennent en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie durable.

- ⊗ Centre Emma Ventura (90 lits)
- ⊗ Centre hospitalier du Lamentin ( 30 lits)
- ⊗ Centre hospitalier de Trinité ( 30)



### 3.2.3 L'OFFRE MEDICO-SOCIALE

#### 3.2.3.1 HÉBERGEMENT ET PRISE EN CHARGE DES PERSONNES HANDICAPÉES

Pour répondre aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap, le Conseil Général propose un accueil adapté en établissements.

##### Accueil des adultes handicapés (1)

Places installés au 1.01.2013 par catégorie d'établissement  
Sources : DREES - ARS - FINESS

Catégorie d'établissement	ANTILLES- GUYANE	Guadeloupe	Martinique	Guyane	France métropolitaine
<b>Etablissements d'hébergement (2)</b>					
<b>Nombre d'établissements</b>					
Maison accueil spécialisée (M.A.S.)	10	6	3	1	615
Foyer d'accueil médicalisé (F.A.M.)	5	2	3	0	605
Foyer de vie	13	9	3	1	1 578
Foyer d'hébergement	2	2	0	0	1 284
Foyer polyvalent	1	1	0	0	83
<b>Nombre de lits et places</b>					
Maison accueil spécialisée (M.A.S.)	329	133	157	39	25 412
Foyer d'accueil médicalisé (F.A.M.)	174	40	134	0	22 659
Foyer de vie (inclut les foyers occupationnels)	367	266	53	48	48 436
Dont nombre de places en accueil de jour	164	116	0	48	12 335
Foyer d'hébergement	29	29	0	0	40 365
Foyer polyvalent (3)	20	20	0	0	3 414
<b>Etablissements expérimentaux</b>					
Nombre d'établissements	1	0	1	0	160
Nombre de places	10	0	10	0	3 383
<b>Structures d'accueil temporaire (4)</b>					
Nombre d'établissements	0	0	0	0	45
Nombre de places	0	0	0	0	524
<b>Etablissements et services d'aide par le travail</b>					
Nombre d'établissements	21	11	8	2	1 460
Nombre de places	1 265	578	509	178	114 753
<b>Centres de réinsertion professionnelle (CRP), Centres de préorientation (CPO), Unités Evaluation Réentraînement et d'Orient. Soc. et Pro. (UEROS)</b>					
Nombre d'établissements	3	2	1	0	138
Nombre de places	69	49	20	0	17 701
<b>Services de soins infirmiers à domicile pour adultes handicapés (SSIAD)</b>					
Nombre de services	16	11	4	1	956
Nombre de places	111	45	51	15	5 930
<b>Services d'accompagnement à la vie sociale pour adultes handicapés (SAVS et SAMSAH)</b>					
Nombre de services	11	6	1	4	1 242
Nombre de places	362	197	25	140	42 813

(1) Rupture de série suite à l'actualisation des requêtes

(2) les FAM, les foyers de vie ou les foyers d'hébergement peuvent accueillir des places des différentes catégories. Il n'y a donc pas une correspondance stricte entre le comptage des établissements et celui des places (diverses activités d'un même établissement ne fassent pas l'objet d'immatriculations distinctes).

(3) diverses activités d'un même établissement ne fassent pas l'objet d'immatriculations distinctes.

(4) Il s'agit des places en "structures dédiées à ce type d'accueil", car les places d'accueil temporaire au sein des autres catégories sont prises en compte dans les requêtes.



### Accueil des adultes handicapés

Taux d'équipement au 1.01.2013 par catégorie d'établissement : places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans  
Source : DREES - ARS - FINESS

Taux d'équipement	ANTILLES- GUYANE	Guadeloupe	Martinique	Guyane	France métropolitaine
<b>Taux d'équipement en structures d'hébergement pour adultes handicapés (tout hébergement) (1)</b>	<b>1,7</b>	<b>2,4</b>	<b>1,7</b>	<b>0,7</b>	<b>4,3</b>
Dont :					
Taux d'équipement en Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S.)	0,6	0,6	0,8	0,3	0,8
Taux d'équipement en Foyer d'Accueil Médicalisé (F.A.M.)	0,3	0,2	0,7	0,0	0,7
Taux d'équipement en foyer de vie (inclut les foyers occupationnels)	0,7	1,3	0,3	0,4	1,5
<b>Taux d'équipement en Etablissements et Service d'Aide par le Travail (ESAT)</b>	<b>2,4</b>	<b>2,8</b>	<b>2,5</b>	<b>1,5</b>	<b>3,5</b>

(1) Maisons d'accueil spécialisées + Foyers d'accueil médicalisé + Foyers de vie + Foyers d'hébergement + Foyers polyvalents (pour 1 000 adultes âgés de 20 à 59 ans)

### Accueil des adultes handicapés

Places installées au 1.01.2013 par catégorie de clientèle en établissement spécialisé  
Sources : DREES - ARS - FINESS

Déficiences	ANTILLES- GUYANE	Guadeloupe	Martinique	Guyane	France métropolitaine
Déficiences intellectuelles	796	260	403	133	140 766
Polyhandicaps	135	39	57	39	16 072
Déficiences comportementales	271	86	185	0	19 123
Déficiences motrices	20	0	0	20	16 016
Déficiences sensorielles	105	0	25	80	5 398
Autres déficiences (1)	1 411	933	400	78	130 516

(1) Maladies invalidantes de longue durée, épilepsies, troubles psychopathologiques ...

#### 3.2.3.1.1 FOYERS D'HEBERGEMENT

Les foyers d'accueil polyvalents ont été créés en 2005 pour répertorier les foyers d'hébergement qui proposent à la fois de l'internat, des activités occupationnelles et la prise en charge médicalisée. Ainsi, un certain nombre de foyers d'hébergement ont été reclassés en foyers d'accueil polyvalents.

Etablissement	Capacité installée
Foyer d'hébergement mespont pour adultes handicapés mentaux Ass. adapei ESAT MORNE ROUGE	28
<b>FOYER D'HEBERGEMENT</b>	
Pour adultes handicapés mentaux Ass.« LA MYRIAM »	
FOYER D'HEBERGEMENT FEMME	10
Unité d'hébergement pour Femmes - LE LAMENTIN	
FOYER D'HEBERGEMENT HOMME	15
Unité d'hébergement pour Hommes - FDF	



### 3.2.3.1.2 Foyers de vie

Les foyers occupationnels (ou foyers de vie) sont destinés à des personnes handicapées ne pouvant pas travailler mais qui ont une certaine autonomie physique ou intellectuelle.

#### FOYER DE VIE OU SERVICE D'ACTIVITES DE JOUR ET D'HEBERGEMENT LE MORNE ROUGE

### 3.2.3.1.3 SAVS ET SAMSAH

Le Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ainsi que le Service d'accompagnement medico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) sont deux types de services qui proposent des modes de prise en charge diversifiés selon chaque situation.

L'accompagnement que ces structures délivrent peut être permanent, temporaire ou séquentiel.

L'ensemble de leurs prestations peut être réalisé en milieu ordinaire ou protégé, à domicile, sur les lieux où s'exercent les activités sociales, scolaires ou professionnelles de la personne handicapée, ou le cas échéant, dans les locaux mêmes de ces services.

#### 3.2.3.1.3.1 LE SAVS

Le Service d'accompagnement à la vie sociale propose un accompagnement adapté dont l'objectif est le maintien ou la restauration des liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels de la personne handicapée.

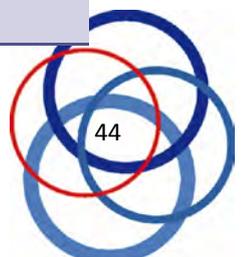
Il a été créé pour favoriser un maintien de la personne en milieu ouvert ainsi qu'un apprentissage de l'autonomie.

Il offre plusieurs prestations parmi lesquelles l'assistance, le suivi éducatif et psychologique, ou encore l'aide dans la réalisation des actes quotidiens et l'accomplissement des activités de la vie domestique et sociale.

#### 3.2.3.1.3.2 LE SAMSAH

En plus des prestations du SAVS, le Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) propose des soins, réguliers et coordonnés, ainsi qu'un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert.

Etablissement	Capacité installée
SAMSAH Pour adultes handicapés cérébraux-lésés Ass. AARPHA FDF	25





### 3.2.3.1.4 Foyers D'ACCUEIL MEDICALISES (FAM)

Les foyers d'accueil médicalisé (FAM) (anciennement « foyers à double tarification ») ont pour vocation d'accueillir des personnes lourdement handicapées voire des polyhandicapés, qui ne peuvent exercer une activité professionnelle.

L'objectif de ce foyer est de donner à ces personnes une ouverture à la vie sociale, dans un cadre ayant un caractère familial, donc rassurant.

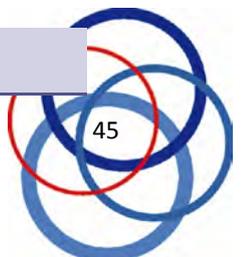
Etablissement	Capacité installée
FAM «LE SURCOUF» Pour adultes handicapés psychiques c.h. Spécialisé de Colson SAINT PIERRE	60
FAM « BEL AIR » Pour adultes handicapés psychiques stabilisés c.h. Spécialisé de Colson MORNE VERT	44
FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE Pour traumatisés crâniens Ass. a.f.t.c.m. FDF	20
CENT RE D'ACCUEIL DE JOUR Pour traumatisés crâniens Ass. a.f.t.c.m. FDF	10
Centre d'accueil de jour pour traumatisés crâniens Dillon - Valmenière	30

### 3.2.3.1.5 MAISONS D'ACCUEIL SPECIALISEES (MAS)

Les maisons d'accueil spécialisé (MAS) ont été créées pour accueillir des adultes handicapés nécessitant une surveillance médicale et des soins constants, notamment avec la poursuite de traitements et de rééducation d'entretien.

Les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) reçoivent des personnes adultes atteintes d'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave, ou gravement polyhandicapées, n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie. Leur état doit nécessiter en outre le recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante, une surveillance médicale et des soins constants.

Etablissement	Capacité installée
Maison d'Accueil Spécialisée de Saint Pierre Centre Hospitalier de Colson route de Balata	50
Maison d'Accueil Spécialisée Arc en Ciel Martinique Autisme Ex-Hôtel de Ville Le Lamentin	35 places autistes
Maison d'Accueil Spécialisée Rivière Salée	40 places dont 1 place d'accueil temporaire





### 3.2.3.1.6 LES SERVICES DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE

Les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) constituent un élément important de la prise en charge infirmière à domicile de personnes handicapées pour la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne.

L'objectif des SSIAD est d'assurer, sur prescription médicale aux personnes handicapées les soins infirmiers et d'hygiène générale, l'aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou d'autres soins relevant d'autres auxiliaires médicaux.

ETABLISSEMENT	ACCUEIL
SSIAD de l'ASAMAD Fort de France	16 places pour Personnes Handicapées
SSIAD Association pour la PROMotion et la QUALité de VIE Le Lorrain	20 places pour Personnes Handicapées
SSIAD ASAAD Le François	10 places pour Personnes Handicapées
SSIAD du CH de Saint Esprit Saint Esprit	5 places pour Personnes Handicapées

### 3.2.3.2 HÉBERGEMENT ET PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES

Au 1er février 2014, 1 634 places réparties dans 35 maisons de retraite sont proposées aux personnes âgées en Martinique<sup>26</sup>.

#### Accueil des personnes âgées

Taux d'équipement au 1.01.2013 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus  
Sources : DREES - ARS - FINES

Equipement	ANTELLES- GUYANE	Guadeloupe	Martinique	Guyane	France métropolitaine
Taux d'équipement en structures d'hébergement permanent pour personnes âgées (lits maison de retraite, logements de logements-foyers, lits USLD)	47,3	37,5	51,9	78,6	124,1
Taux d'équipement en places de services de soins à domicile (SSIAD + SPASAD)	20,5	26,1	14,1	29,9	19,7
Taux d'équipement en lits médicalisés (lits d'EHPAD, lits d'USLD)	36,3	26,8	42,0	57,3	99,5

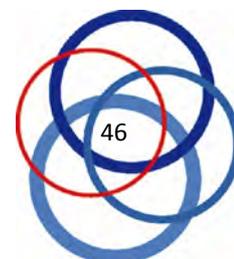
#### Mode de cohabitation des personnes âgées de 75 ans et plus en 2010

Sources : INSEE, Recensement de la population, exploitation complémentaire

Mode de cohabitation	ANTELLES- GUYANE	Guadeloupe	Martinique	Guyane	France métropolitaine
Vivant en couple, en couple ou seules avec leur(s) enfant(s) (%) (1)	47,9	47,0	49,4	42,3	46,7
Vivant en institution (%) (1)	3,5	1,8	4,7	6,2	9,6
Ne vivant pas seules : autres cas (%) (1)	13,3	12,6	12,9	20,9	5,0
Vivant seules (%) (1)	35,3	38,6	33,0	30,7	38,7

(1) Indicateurs sociaux Départementaux, structure RP 2009

<sup>26</sup> Conseil Général, Guide Seniors et Handicap





### 3.2.3.2.1 LES MAISONS DE RETRAITE PUBLIQUES

Maison de retraite "Les Madrépores" Les Anses d'Arlet	42 places
Maison de retraite "Les Filaos" Le Robert	75 places
Maison de retraite du Prêcheur Le Prêcheur	40 places
Centre Emma VENTURA Fort de France	256 places
Maison de retraite de l'Hôpital de Saint Esprit Saint-Esprit	33 places
Maison de retraite de l'Hôpital du Marin Le Marin	88 places
Maison de retraite de l'Hôpital Romain BONDET Saint Joseph	16 places
Maison de retraite de l'Hôpital des Trois Ilets Les Trois Ilets	24 places
Maison de retraite de l'Hôpital du François Le François	20 places
Hospice du Centre hospitalier Intercommunal Lorrain/Basse-Pointe Joseph SALLER Le Lorrain	6 places

### 3.2.3.2.2 MAISONS DE RETRAITES PRIVEES (EHPAD)

Maison de retraite Bethléem Schoelcher	39 places
Maison de retraite du Lamentin le Lamentin	80 places
Maison de retraite "Les Gliricidias" Le François	80 places
Maison de retraite "Le Logis Saint jean" Rivière Salée	40 places
Résidence le Beau Séjour La Trinité	63 places
EHPAD Terrevillage Schoelcher	84 places



### 3.2.3.2.3 MAISONS DE RETRAITE PRIVEES (NON EHPAD)

	<b>39 places</b>
Maison de retraite l'Oasis Fort de France	
Maison de retraite "Le temps de vivre" Le Carbet	40 places
Maison de retraite "La Joie de vivre" Fort de France	13 places
Maison de retraite MANINO Fort de France	7 places
Maison de retraite "Résidence le flamboyant" Fort de France	8 places
Maison de retraite "Family Home Domaine Les Poiriers" Fort de France	8 places
Maison de retraite "Foyer Tabitha" Le Lamentin	15 places
Le Poto Mitan Les Trois Ilets	

### 3.2.3.2.4 LES FOYERS LOGEMENTS

Foyer logement "Fleur des Pitons" Le Carbet	<b>42 places</b>
Foyer "Douceur des Ages" Le Lamentin	(Site internet ARS)
Résidence "La Yole Grand Moun" CCAS de Fort de France Fort de France	52 places

### 3.2.3.2.5 L'OFFRE AMBULATOIRE POUR PERSONNES AGEES

Les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) constituent un élément important de la prise en charge infirmière à domicile de personnes âgées voire très âgées, malade et le plus souvent dépendantes pour la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne.



L'objectif des SSIAD est d'assurer, sur prescription médicale aux personnes âgées malades ou dépendantes les soins infirmiers et d'hygiène générale, l'aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou d'autres soins relevant d'autres auxiliaires médicaux.

SSIAD Pierre BLANCHARD Fort de France	54 places pour Personnes Agées
SSIAD de l'OMASS Le Lamentin	39 places pour Personnes Agées
SSIAD Jules SAUPHANOR Le Marin	39 places pour Personnes Agées
SSIAD Mont Joly Le Morne Rouge	32 places pour Personnes Agées
SSIAD de l'ASADEC La Trinité	32 places pour Personnes Agées
SSIAD de l'ASAMAD Fort de France	55 places pour Personnes Agées
SSIAD Association pour la PROMotion et la QUALité de VIE Le Lorrain	30 places pour Personnes Agées
SSIAD ASAAD Le François	20 places pour Personnes Agées
SSIAD ASSCAM Sainte Luce	34 places pour Personnes Agées
SSIAD du CH de Saint Esprit Saint Esprit	35 places pour Personnes Agées

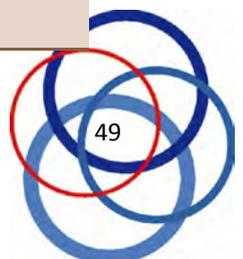
### 3.2.3.2.6 DISPOSITIFS ALZHEIMER

#### 3.2.3.2.6.1 UNITÉ D'HÉBERGEMENT RENFORCÉ

	14
Terrevillage Ozanam Alzheimer Schoelcher	

#### 3.2.3.2.6.2 POLE D'ACTIVITE ET DE SOINS ADAPTES

Les Gliricidias Association des anciennes et anciens élèves du lycée Le François	14
Oasis SARL Caribis groupe UFR Fort de France	14





### 3.2.3.2.7 LES AUTRES OFFRES

#### Accueil de jour

Les Gliricidias Association des anciennes et anciens élèves du lycée Le François	6
--	---

La Goutt' d'Elixir Case Gran Moun Saint Joseph	12
--	----

#### Hébergement temporaire

Les Gliricidias Association des anciennes et anciens élèves du lycée Le François	6
--	---

La Yole Gran Moun CCAS de Fort de France Fort de France	4
---	---

Le Prêcheur Commune du Prêcheur	5
------------------------------------	---

Les Filaos Commune du Robert	5
---------------------------------	---

Le Beauséjour Fondation Caisse d'épargne Trinité	3
--	---

Résidence Marie Olga Ancet Fondation Caisse d'épargne Ducos	5
---	---

## 3.2.4 L'OFFRE D'HEBERGEMENT

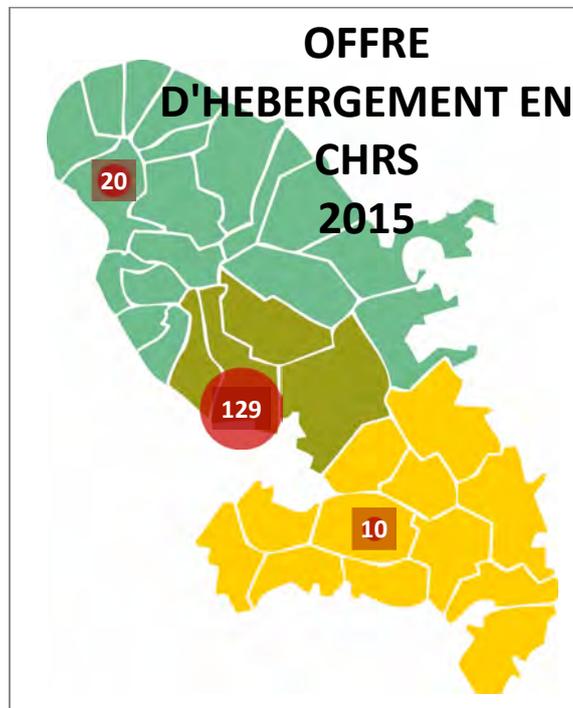
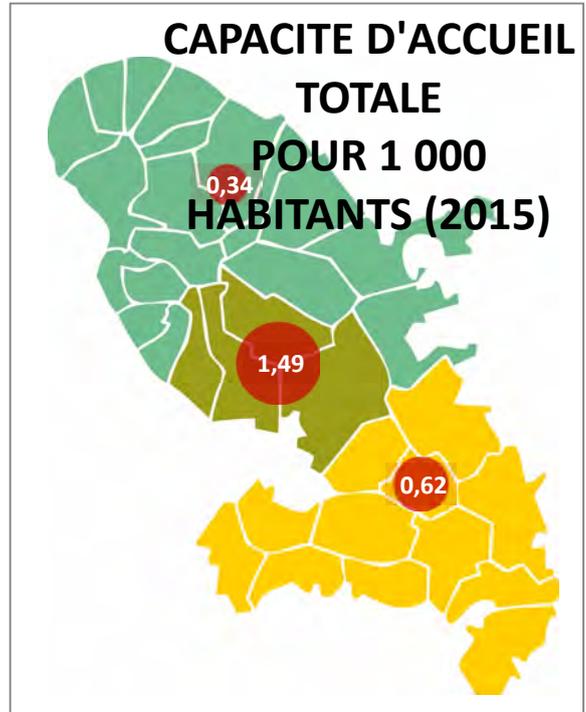
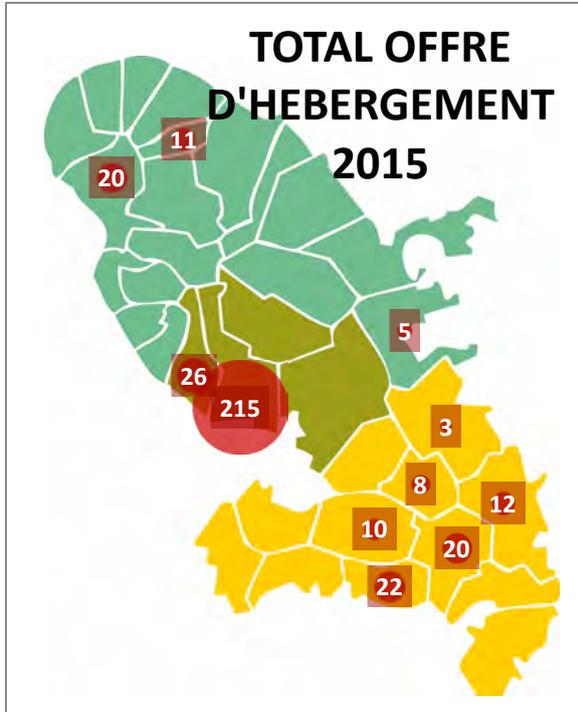
Au 1er janvier 2015<sup>27</sup>, le parc d'hébergement et de logement adapté compte :

- ④ 159 places en CHRS ;
- ④ 83 places en maisons relais ;
- ④ 20 places en résidence d'accueil,
- ④ 30 appartements en intermédiation locative (en mandat de gestion) ;
- ④ 3 appartements en intermédiation locative (sous-location).

<sup>27</sup> DJSCS: Présentation du dispositif AHI



L'offre d'hébergement est située majoritairement sur le centre de la Martinique. Si on rapporte le nombre de places disponibles au nombre d'habitants, on obtient un ratio de 1,49 pour le centre, 0,62 pour le sud, et 0,34 pour le nord.





Le principe de l'HU est celui de la mise à l'abri, l'accueil doit être de courte durée. Les situations sont évaluées, les personnes accompagnées dans leurs démarches d'accès aux droits et orientées vers un hébergement ou un logement adapté à leur situation.

#### 3.2.4.1.1 L'URGENCE

Mise à l'abri de personnes errantes (femmes et hommes)

- ACISE : 20 places

#### 3.2.4.1.2 L'URGENCE ACCOMPAGNEE

Femmes en difficultés sociales et femmes victimes de violences conjugales, Familles avec ou sans enfants

- ALEFPA : 7 places
- ALLO HEBERGE MOI : 5 places

#### 3.2.4.1.3 LA STABILISATION

Hébergement permettant à des hommes éloignés de l'insertion, de se stabiliser et de favoriser leur orientation ultérieure vers des structures adaptées à leur situation

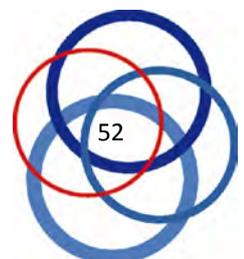
- ACISE : 34 places

### 3.2.4.2 L'HEBERGEMENT D'INSERTION ( CHRS)

L'hébergement d'insertion (Centre D'Hébergement et de Réinsertion Sociale) propose une prise en charge individualisée et globale par le biais d'un projet d'insertion, visant l'autonomie du ménage.

Les prestations fournies sont les suivantes :

-  l'accueil, l'écoute, l'information et l'orientation ;





- l'hébergement ;
- des actions permettant l'adaptation à la vie sociale ;
- des actions permettant un accès au logement autonome ;
- des actions concernant la formation professionnelle et l'emploi.

Etablissements :

- LA CROIX ROUGE FRANÇAISE : 30 places
- ALEFPA : 28 places
- CHRS LES FIGUIERS de ALLO HEBERGE MOI : 30 places

### 3.2.4.3 LE LOGEMENT ADAPTE

Les ménages ont des conditions de logement autonome, tout en bénéficiant d'un accompagnement adapté à leur situation. On distingue :

#### 3.2.4.3.1 LES MAISONS RELAIS ET LES RESIDENCES D'ACCUEIL

Offrent une alternative au logement à des personnes en situation de grande exclusion, trop fragilisées pour vivre de façon autonome dans un logement individuel. Elles ont vocation à accueillir des personnes dont les perspectives d'insertion et de retour à l'autonomie sont très faibles :

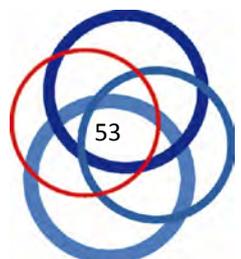
- ALLO HEBERGE MOI : 52 Places
- ALEFPA ROSANNIE SOLEIL : 26 places
- ACISE : 15 Places

#### 3.2.4.3.2 L'INTERMEDIATION LOCATIVE

Propose des solutions d'accueil dans le parc privé aux ménages à faibles ressources, tout en offrant des garanties aux propriétaires. L'intermédiation locative peut prendre deux formes, Le mandat de gestion et La location / sous location.

Gestion locative adaptée (GLA), le bail lie directement le locataire au propriétaire.

- SIRES : Les appartements sont mobilisés sur l'ensemble du territoire par L'AIS





### 3.2.4.3.3 L'ALLOCATION DE LOGEMENT TEMPORAIRE (ALT)

Accueil temporaire de personnes ou familles sans abri, orientés par le SIAO (environ 6 mois)

- ALEFPA ROSANNIE SOLEIL : 21 places
- AADPAS : 13 places
- SIRES : 41 places

## 3.2.5 L'OFFRE DE SERVICES AMBULATOIRE

### 3.2.5.1 ACCUEIL DES PERSONNES AGEES OU EN SITUATION DE HANDICAP

#### 3.2.5.1.1 LE CLIC « ESPACE SENIORS » DU CONSEIL GENERAL <sup>28</sup>

Le Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique est un dispositif d'accueil, d'information et de coordination qui offre des réponses de proximité adaptées à chaque situation.

Il s'adresse aux personnes âgées de plus de 60 ans, à leurs familles ainsi qu'à l'ensemble des professionnels de la gérontologie.

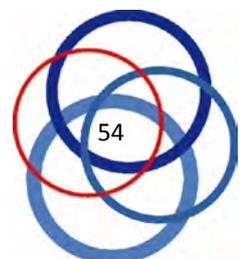
#### 3.2.5.1.2 LA MAISON DE L'AUTONOMIE ET DE L'INTEGRATION DES MALADES ALZHEIMER (MAIA)

La MAIA est un dispositif qui coordonne plusieurs partenaires du champ sanitaire, social et médico-social en vue d'améliorer la prise en charge des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, et plus généralement en perte d'autonomie.

#### 3.2.5.1.3 LE CENTRE D'ECOUTE ALLO MALTRAITANCE PERSONNES AGEES DE LA MARTINIQUE

Afin de prévenir et combattre la maltraitance des personnes âgées, le Conseil Général s'est doté d'un centre d'appel téléphonique

<sup>28</sup> Conseil Général, Guide Seniors et Handicap





### 3.2.5.1.4 LA MAISON DEPARTEMENTALE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP (MDPH)

La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) est une institution au service des personnes en situation de handicap et de leur famille.

Mise en place et animée par le Conseil Général, la MDPH associe les services de l'État, les organismes de protection sociale (CAF, CGSS) et des représentants d'associations représentatives des personnes en situation de handicap dans le département.

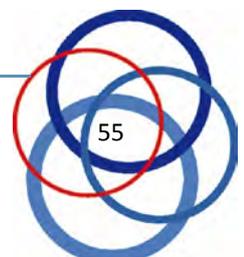
### 3.2.5.2 PORTAGE DE REPAS, ASSISTANCE A DOMICILE, GARDE DE PERSONNES

Une cinquantaine de structures d'assistance à domicile et de portage de repas interviennent en Martinique.

Leurs services s'adressent à toutes les personnes qui se trouvent dans l'incapacité d'accomplir certaines tâches de la vie courante.

Ces prestations permettent le maintien à domicile le plus longtemps et dans les meilleures conditions possibles, des personnes dépendantes.

VILLE	ETABLISSEMENT
<b>FORT-DE-FRANCE (20)</b>	Adhap Services Antilles-Guyane Nanny Services Mamie Services Service D'aide Et D'accompagnement A Domicile Acn2s Maison Et Services Association Matinik Services Ad Seniors Martinique Age D'or Services Antilles Aides Et Services Aux Séniors Umassad Service Mandataire D'aide A Domicile 3domservices Mille Et Un Services Association D'aide A Domicile Aide A Domicile Accueil Providence Asp Chez Vous.Com Association Adicehl Association Joelly Assistance Association Départementale D'aide Aux Retraités Et Personnes Agées
<b>BASSE-POINTE (1)</b>	Volonterre





VILLE	ETABLISSEMENT
LE LORRAIN (1)	Nord Services
LE LAMENTIN (6)	Office Des Missions D'action Sociale Et De Santé Asd Assistance Seniors Dépendances Coup D'main D'ailleurs Coviva Jc Services Présence Assistance Sécurité Nounou Express
SCHOELCHER(4)	Presta Services Dom Mesone Services Centre Cad'home (Coordination D'aide A Domicile) Association Biguine
LA TRINITE (2)	Association De Soins A Domicile De L'est-Centre Nor A Dom Services
LE ROBERT (2)	L'ile Aux Services Association Bien-Etre
SAINTE-LUCE (2)	Domidom Martinique C services Centre D'aide, De Dialogue Et D'écoute Le Cade
LE VAUCLIN (1)	Association Man Kreol
LE FRANCOIS (3)	Asaad Association De Soins D'aide Et D'accompagnement A Domicile Tm3 Services
LE MARIN (1)	Asep Assistance Et Service Plus
SAINT-JOSEPH (1)	Association Des Professionnels Du Bien Vivre
DUCOS (1)	Ai Services Plus Assistance Intermédiaire
RIVIERE-PILOTE (2)	Association Alliance Cathy Services
GROS-MORNE (2)	Visual Impact Antilles Association Aliad
SAINTE-ANNE (1)	Aide Plus



### 3.2.5.3 L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET PROFESSIONNEL

#### 3.2.5.3.1 ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

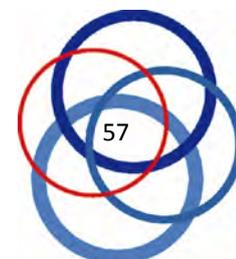
<b>Association d'Aide à la réinsertion des personnes handicapées suite à des accidents et traumatisés crâniens</b>	<b>20 places</b>
--	------------------

#### 3.2.5.3.2 ETABLISSEMENTS ET SERVICES D'AIDE PAR LE TRAVAIL<sup>29</sup>

Les Etablissements et Service d'Aide par le Travail (ESAT), anciennement Centres d'Aide par le Travail (CAT), sont des organismes chargés de la mise au travail, accompagnée d'un soutien médical et social, des personnes handicapées dans l'impossibilité de travailler dans un autre cadre.

<b>Centre d'Aide par le Travail Bellefontaine</b>	<b>102 places</b>
<b>CAT Karaïba Rivière Pilote 05 96 62 61 98</b>	<b>55 places</b>
<b>CAT Rivière l'Or Saint Joseph</b>	<b>50 places</b>
<b>CAT du Lamentin Le Lamentin</b>	<b>75 places</b>
<b>CAT du Morne Rouge Le Morne Rouge</b>	<b>66 places</b>
<b>CAT APPAHM Le Lamentin</b>	<b>25 places</b>
<b>CAT Orchidée</b>	<b>26 places (traumatisés crâniens)</b>

<sup>29</sup> Source : ARS





### 3.2.5.4 LES AUTRES RESEAUX

#### 3.2.5.4.1 RESEAU DE PREVENTION SECONDAIRE DES ACCIDENTES VASCULAIRES CEREBRAUX EN MARTINIQUE (ERMANCIA)

Optimiser la prévention des récurrences d'AVC et des autres événements vasculaires.

Centre de l'Anse Colas –  
SCHOELCHER

#### 3.2.5.4.2 RESEAU GERONTOLOGIQUE DE LA MARTINIQUE

Répondre aux besoins des personnes âgées.  
Fort-de-France

#### 3.2.5.4.3 RESEAU DE READAPTATION A L'AUTONOMIE DE LA PERSONNE HANDICAPEE (RESEAU HANDICAP MARTINIQUE RRAP972)

Favoriser le maintien à domicile des personnes en situation de handicap.

Fort-de-France



## 3.2.6 L'OFFRE EN MATIERE DE PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS

### 3.2.6.1 LES TUTEURS FAMILIAUX

Ils sont désignés par les juges des tutelles : La protection d'une personne vulnérable est un « devoir des familles ». Ce principe est posé par la loi. Ce principe impose au juge ou au conseil des familles (s'il est constitué), un ordre de priorité dans le choix du tuteur :

- la personne choisie par la personne à protéger,
- le conjoint, le partenaire lié par un PACS ou le concubin, s'il y a communauté de vie,
- un parent, un allié, une personne résidant avec la personne à protéger ou entretenant avec elle des liens étroits et stables.

Le juge prend en compte les souhaits exprimés par la personne à protéger, ses relations avec la personne choisie, sauf :

- si cette désignation est contraire à ses intérêts,
- si la personne désignée refuse sa mission ou est dans l'impossibilité de l'exercer.

**En dernier recours**, lorsqu'aucun membre de l'entourage ne peut exercer la mesure, le juge nomme un Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs.

Le juge des tutelles peut désigner, s'il l'estime opportun, plusieurs curateurs ou tuteurs.

Si nécessaire, il peut aussi nommer une personne chargée de surveiller les actes passés par le curateur ou le tuteur, appelée « subrogé curateur » ou « subrogé tuteur ».

Lorsqu'il y a conflit d'intérêt entre la personne protégée et son curateur ou tuteur, le subrogé se substitue à ce dernier dans l'accomplissement de l'acte. En l'absence de subrogé, le juge nomme un curateur ou tuteur ad hoc.

Les Juges n'ont pas tenu de statistiques sur les tuteurs familiaux. Cependant le constat a priori est que les tuteurs familiaux sont vieillissants, et qu'il y en a de moins en moins.

Outre le rôle de tuteur familial, la famille, joue un rôle particulier dans le cadre d'une mesure de protection : entourer, aider et accompagner le majeur dans la vie courante et notamment sur le plan affectif. Pourtant, bien que son rôle ne soit pas modifié, la famille est souvent perturbée par la mise en place d'une mesure de protection. L'organisation de la communication entre le tuteur et la famille est un sujet souvent défaillant. Thème sensible, compliqué, et sujet à divergence de vues ou d'intérêts, c'est une des raisons pouvant conduire



le juge des tutelles à confier la mesure à un professionnel. C'est aussi un des points les plus fréquemment reprochés aux professionnels : communiquer insuffisamment avec la famille...

### 3.2.6.2 LES MANDATAIRES JUDICIAIRES À LA PROTECTION DES MAJEURS

#### I. LE METIER<sup>30</sup>

Lorsque le juge ne peut désigner une personne figurant parmi les membres de la famille ou les proches de la personne à protéger ou protégée, il désigne un mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM).

Cette dénomination regroupe désormais l'ensemble des personnes qui exercent les mesures de protection des majeurs que le juge des tutelles leur confie un mandat spécial dans le cadre de :

- la sauvegarde de justice ou au titre de la curatelle, de la tutelle, mesures qui consistent à assister, voire suppléer une personne majeure dans l'incapacité partielle ou totale, de gérer son quotidien, ses biens ou de prendre des décisions importantes ayant trait à sa vie et à son patrimoine. Cette incapacité doit être confirmée médicalement,
- la mesure d'accompagnement judiciaire, mesure prononcée lorsqu'une mesure administrative, gérée par le conseil général, a échoué et que l'aide à la gestion budgétaire demeure impérative et incontournable.

Ces mandataires sont inscrits sur une liste unique, dressée et tenue à jour par le préfet du département, après avis conforme du procureur de la République.

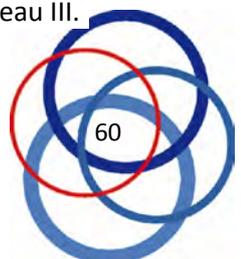
#### II. LA FORMATION

Elle comprend deux mentions correspondant chacune à un type particulier de mesure de protection.

Les MJPM sont chargés d'exercer les mesures confiées par le juge soit dans le cadre de la sauvegarde de justice, de la curatelle ou de la tutelle, soit dans le cadre de la mesure d'accompagnement judiciaire (MAJ).

Il s'agit dans les deux cas d'une formation complémentaire à une qualification préalable de niveau III.

<sup>30</sup> <http://www.social-sante.gouv.fr/>





Les candidats à la formation doivent être âgés au minimum de 25 ans et justifier d'une expérience professionnelle d'au moins trois ans. La formation comporte des enseignements théoriques organisés sous forme de modules et un stage pratique. Des dispenses et des allègements peuvent être accordés en fonction de la qualification et de l'expérience professionnelle pour l'exercice des différentes mesures par un même professionnel.

**Un certificat national de compétence (CNC) est délivré à l'issue de chacune des formations validées.**

### **1. Formation MJPM, mention "Mesure judiciaire à la protection des majeurs"**

300 heures d'enseignements théoriques, dont 66 heures obligatoires (1) composées de 4 domaines de formation - 350 heures (10 semaines consécutives) de stage pratique.

#### **a. Domaine de formation 1 (84 h) : JURIDIQUE**

Module 1.1 : droits et procédures (48 h)

Module 1.2 : le champ médico-social (36 h)

#### **b. Domaine de formation 2 (78h) : GESTION**

Module 2.1 : gestion administrative et budgétaire (48 h)

Module 2.2 : gestion fiscale et patrimoniale (30 h)

#### **c. Domaine de formation 3 (72h) : PROTECTION DE LA PERSONNE**

Module 3.1 : connaissance des publics, des pathologies liées à la dépendance (24 h)

Module 3.2 : relation, intervention et aide à la personne (48 h)

#### **d. Domaine de formation 4 (66h) : LE MANDATAIRE JUDICIAIRE A LA PROTECTION DES MAJEURS**

Module 4.1 : les contours de l'intervention et ses limites (18 h)

Module 4.2 : les relations avec le juge et avec l'autorité judiciaire (12 h)

### **2. Formation MJPM, mention "mesure d'accompagnement judiciaire"**

Durée totale de la formation : 180 heures d'enseignements théoriques, dont 78 heures obligatoires (1) 350 heures (10 semaines consécutives) de stage pratique

#### **a. Domaine de formation 1 (102h) : MESURE D'ACCOMPAGNEMENT JUDICIAIRE (MAJ)**

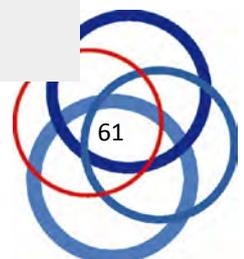
Module 1.1 : le cadre juridique (24 h)

Module 1.2 : la connaissance du public (36 h)

Module 1.3 : l'action éducative et budgétaire (42 h)

#### **b. Domaine de formation 2 (78h) : LE MANDATAIRE en charge de la MESURE d'ACCOMPAGNEMENT JUDICIAIRE**

Module 2.1 : les contours de l'intervention et ses imites (18 h)





Module 2.2 : les relations avec le juge et avec le Conseil Général (12 h)

Module 2.3 : action éducative et accompagnement vers l'autonomie de gestion budgétaire (30 h)

Module 2.4 : déontologie et analyse des pratiques (18 h)

Les mandataires judiciaires à la protection des majeurs sollicitent l'agrément de la Direction de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale, afin d'être inscrits sur une liste départementale.

Ils peuvent ensuite exercer leurs fonctions dans une association tutélaire dans un établissement ou à titre libéral selon les agréments délivrés.

### 3.2.6.3 LES SERVICES MANDATAIRES JUDICIAIRES A LA PROTECTION DES MAJEURS

MYRIAM (360 mesures, 5 MJPM)

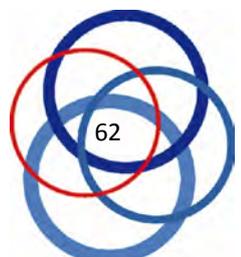
- 👤 Mme Nathalie Gilles –Chef de service
- 👤 Mme BOURGEOIS Présidente

UDAF (540 mesures, 8 MJPM)

- 👤 Directrice M. POLETTI
- 👤 Président: Erick VALERE

### 3.2.6.4 LES PRÉPOSÉS D'ÉTABLISSEMENTS

- 👤 Mme Laure SEGUIN-CADICHE (EPDSM Maurice Despinoy, une centaine de mesures, 1 MJPM)





### 3.2.6.5 LES MANDATAIRES EXERÇANT À TITRE INDIVIDUEL

Ils sont rémunérés à la mesure

- ⊗ Mme Danièle BERFROI DOUBET ( 92 mesures, Personnes Agées)
  
- ⊗ M Olivier DELANAY ( 90 mesures, Toxicomanes, Handicapés, )

### 3.2.6.6 LES DÉLÉGUÉS AUX PRESTATIONS FAMILIALES

Ce dispositif n'a pas été activé par le conseil Général à la Martinique, et n'a pas été intégré au précédent schéma.

#### LE METIER

La loi 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs prévoit une mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial (MJAGBF).

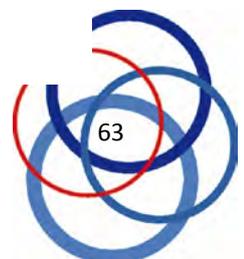
Lorsque les prestations familiales ne sont pas employées pour les besoins liés au logement, à l'entretien, à la santé et à l'éducation des enfants et que l'accompagnement en économie sociale familiale n'apparaît pas suffisant, le juge des enfants peut ordonner qu'ils soient, en tout ou partie, versés à une personne physique ou morale qualifiée, dite "délégué aux prestations familiales".

Ce délégué exerce auprès de la famille une action éducative visant à rétablir les conditions d'une gestion autonome des prestations ; il prend toutes décisions, en s'efforçant de recueillir l'adhésion des bénéficiaires des prestations familiales.

#### LA FORMATION

Elle est accessible aux personnes titulaires d'un diplôme de travail social de niveau III et âgées au moins de 21 ans

Sa durée totale est de :





- 🕒 180 heures d'enseignements théoriques
- 🕒 350 heures (10 semaines consécutives) de stage pratique

Certains de ces enseignements peuvent faire l'objet de dispense ou d'allègement (dans la limite d'un minimum de 54h d'enseignement théorique obligatoire).

**a. Domaine de Formation 1** (126 heures) : La mesure judiciaire d'Aide à la gestion du budget familial (MJAGBF)

Module 1.1 (24h)	le cadre juridique
Module 1.2 (48h)	la connaissance du public
Module 1.3 (54h)	l'accompagnement éducatif et budgétaire

**b. Domaine de formation 2** (54 heures) : Le délégué aux prestations familiales

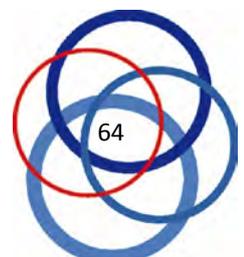
Module 2.1 (24h)	les contours de l'intervention et ses limites
Module 2.2 (12h)	les relations avec le juge et avec les autres partenaires
Module 2.3 (18h)	déontologie et analyse des pratiques

***Un certificat national de compétence (CNC) est délivré à l'issue de la formation validée.***

**LES EMPLOYEURS ET LES LIEUX D'EXERCICE**

Les délégués aux prestations familiales sont inscrits sur une liste unique, dressée et tenue à jour par le préfet du département, après avis conforme du procureur de la République.

Ils exercent leurs fonctions dans les structures (services, établissements, associations). Ils peuvent aussi exercer à titre privé ou en activité libérale selon l'agrément.





En fonction de leur statut (personne physique ou morale), ils sont agréés, déclarés ou autorisés par le préfet de département.

Pour l'exercice libéral, il faut être âgés au minimum de 25 ans et justifier d'une expérience professionnelle d'au moins trois ans dans un domaine nécessaire à l'exercice des fonctions de mandataire et être autorisé.



### 3.3 ENJEUX ET PERSPECTIVES / ORIENTATIONS ET PROPOSITIONS D'AXES DE TRAVAIL 2016-2020

#### 3.3.1 ELEMENTS REMONTES DES ENQUETES AUPRES DES PARTENAIRES

Les résultats des actions menées dans la période du précédent schéma sont globalement positifs :

- Concernant la restructuration de l'offre en services mandataires ; on est passé de 5 services éclatés à 2 services
- La qualité de l'offre a été améliorée considérablement : 100% des mandataires ont validé la CNC.
- L'injonction faite à l'UDAF a porté des fruits : la structure a réagi par une réorganisation de son fonctionnement.

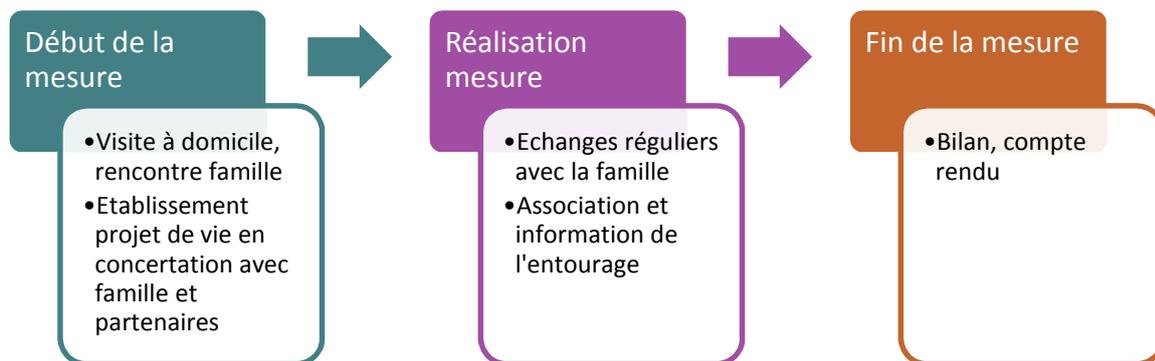
Pourtant, de nombreux points d'insatisfaction sont toujours bel et bien présents :

Les MJPM évoluent dans une « bulle » peu connectée au secteur médico—social et aux familles.

Le constat qui est fait est qu'une fois le tuteur désigné, on constate une prise de distance de la famille, et une baisse significative de son implication aux côtés du majeur protégé. La famille se désengage, laissant le tuteur en prise avec une charge augmentant constamment et dépassant sa capacité d'action. Une des solutions serait de renforcer les moyens des tuteurs.

Les contraintes financières limitent fortement l'action dans ce sens, d'autant que la loi met en avant la clarification du rôle du tuteur, et met en avant l'implication des familles.

La réponse est humaine, avant d'être financière. Il faut faire preuve de créativité dans la mise en place des mesures. Il faut valoriser la relation de solidarité intra-familiale, et s'appuyer sur celle-ci pour reconstruire le lien social, fragilisé lors de la décision de mise sous tutelle ou curatelle doit être préservé et continuellement renforcé lors de la mise en œuvre de la mesure, et pendant toute la durée de celle-ci.



L'entourage du majeur protégé doit jouer son rôle de relais de proximité, et ainsi être l'élément d'ancrage micro-territorial. Sa déresponsabilisation n'est dans l'intérêt de personne. Sa prise en compte et sa valorisation dans la prise en charge du majeur protégé permettront de réduire la pression exercée sur les tuteurs.



Une troisième structure serait la bienvenue, permettant de désengorger les structures existantes et de diversifier l'offre.

Certains MJPM devraient s'orienter vers une spécialisation sur les questions patrimoniales et de succession, afin de répondre aux attentes des juges des tutelles.

Enfin, l'orientation vers un travail en réseau permettrait de créer une synergie, permettant les échanges de bonnes pratiques, et l'amélioration globale de la qualité des prises en charges.

### 3.3.2 CONTRAINTES DE CONTEXTE

#### 3.3.2.1 LE POIDS DE LA DEPENDANCE PESERA DE PLUS EN PLUS SUR LES FINANCES PUBLIQUES<sup>31</sup>

Le coût de la dépendance, supporté à la fois par l'Etat, les départements, la sécurité sociale et la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) représente en 2011 près de 25 milliards d'euros, en termes financiers et en nombre d'emplois et de main d'œuvre à mettre à disposition de cette population.

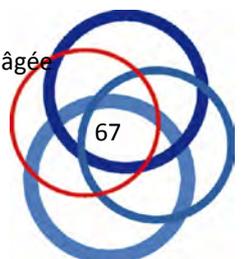
Parallèlement, on doit s'attendre à la diminution des aidants naturels, de moins en moins nombreux à envisager par exemple une retraite anticipée. Le nombre des professionnels formés dans le secteur de la dépendance devrait augmenter de manière importante dans les prochaines années, avec comme corollaire, un doublement voire un triplement d'ici 2050 des dépenses consacrées aux services de prise en charge de la dépendance.

Or, la population en Martinique vieillit plus vite que la population française. L'INSEE a ainsi privilégié comme hypothèse centrale l'hypothèse pessimiste, dans le modèle de projection des personnes âgées dépendantes en Martinique à l'horizon 2030. Toujours selon cette étude, les personnes âgées en Martinique sont d'autant plus pauvres qu'elles sont âgées : les octogénaires ont des revenus 2 fois plus faibles que les sexagénaires.

Le système de protection de l'individu par l'Etat demande une dépense publique conséquente. Pour assurer une prestation de qualité et la garantie du respect des obligations posées par les Lois 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et 2007-308 du 5 mars 2007 relative à la protection juridique des personnes, il s'agira de mener l'action publique en tenant compte de cet alourdissement, et des orientations budgétaires.

#### 3.3.2.2 LA REDUCTION DES DEFICITS PUBLICS EST UNE DONNEE FORTE.

<sup>31</sup> DEPAMAR. Analyse de la réponse du dispositif sanitaire et médico-social aux besoins de la population âgée dépendante en Martinique -2012





La loi de programmation des finances publiques pour 2014-2019 et la loi de finances pour 2015, publiées le 30 décembre 2014 au Journal officiel, mettent en œuvre les engagements pris dans le cadre du programme de stabilité

La France se retrouve aujourd'hui dans la situation dramatique de surendettement. La dette publique (20 % du PIB en 1980) va dépasser dès 2015, les 100 %, soit plus de 2000 milliards d'euros.

La loi de finances pour 2015 s'inscrit dans un programme d'économies de 50 milliards d'euros pour la période 2015-2017.

La réduction du déficit structurel repose quasi exclusivement sur des économies demandées à l'ensemble des administrations publiques. Sur les 21 milliards d'euros d'économies prévues en 2015, 7,7 milliards seront imputés à l'État et à ses opérateurs, 3,7 milliards aux collectivités locales et 9,6 milliards à la Sécurité sociale.

---

### 3.3.2.3 LA SOLIDARITE INTERGENERATIONNELLE EN MARTINIQUE

En Martinique, la notion de famille est toujours bien présente dans les esprits, mais l'évolution de la société martiniquaise n'échappera pas longtemps aux réalités économiques.

Faire reposer le système de prise en charge de la dépendance sur le socle des aidants naturels et/ou familiaux serait dangereux, et nierait les prévisibles évolutions sociétales.

Les aidants naturels, vieillissent aussi, et il faut se préparer à une augmentation du taux de mesures confiées aux MJPM.

---

### 3.3.2.4 LA DEPENDANCE<sup>32</sup>

La diminution de la dépendance est liée à l'augmentation du niveau de vie, un meilleur accès aux soins et à la prévention des maladies liées à l'âge.

En Martinique, la population des personnes âgées de 80 ans et plus, population la plus concernée par la dépendance, sera multipliée par 3,5 en 2040.

En 2040, on comptera 18000 personnes vivant seules en Martinique.

La forte prévalence de certaines pathologies pourvoyeuses de dépendance, un système de santé moins performant dans notre île pourraient, dans les prochaines années, favoriser l'augmentation de la dépendance, contrairement à ce qui est observé en France.

La démence de type Alzheimer est une des causes « les plus fréquentes de dépendance et constitue un enjeu de santé publique absolument considérable ». Il y a en Martinique près de 7500 malades et si aucun progrès n'est réalisé dans le traitement de cette maladie, on pourrait s'attendre à près de 20 000 déments en 2040.

---

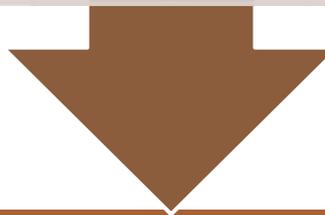
<sup>32</sup> DEPAMAR. Analyse de la réponse du dispositif sanitaire et médico-social aux besoins de la population âgée dépendante en Martinique - 2012



3.3.3 ORIENTATIONS ET PROPOSITIONS D' AXES DE TRAVAIL 2016-2020

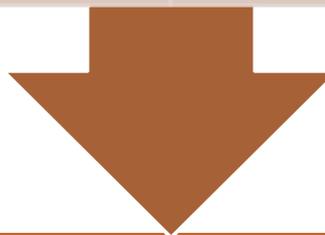
# ATTENTES

ADMINISTRATION	MJPM	JUGES	MAJEURS & FAMILLES	PARTENAIRES
<ul style="list-style-type: none"> <li>Maintenir la diversité des opérateurs</li> <li>Maintenir une prise en charge de qualité</li> <li>Soutenir l'information aux tuteurs familiaux</li> <li>Développer les contrôles et l'évaluation des opérateurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Désengorgement par plus de moyens ou moins de mesures</li> <li>Travail en réseau</li> <li>Communication partenaires et grand public</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plus de réactivité</li> <li>Remontées d'informations des MJPM</li> <li>Troisième service spécialisé successions et patrimoine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plus grande transparence</li> <li>Participation aux décisions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Travail en réseau</li> <li>Contribution par les TS au projet de vie</li> </ul>



# CONTRAINTES

FINANCEMENTS CONTRAINTS	TAILLE CRITIQUE POUR PERTINENCE ÉCONOMIQUE DES MJPM	LOI: MAINTENIR LA QUALITE ET EN RENDRE COMPTE	DES DELEGUES A LA TUTELLE RECONVERTIS EN MANDATAIRES PROFESSIONNELS
-------------------------	---	---	---



# ORIENTATIONS

MAINTENIR LA DIVERSITÉ DES OPÉRATEURS	MAINTENIR UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITÉ	SOUTENIR L'INFORMATION AUX TUTEURS FAMILIAUX	DÉVELOPPER LES CONTRÔLES ET L'ÉVALUATION DES OPÉRATEURS	L'INFORMATION DU GRAND PUBLIC DES PARTENAIRES ET DES USAGERS : DEVELOPPER LA COMMUNICATION EN DIRECTION DES PUBLICS ET DE LA FAMILLE	L'ACTION DE LA FAMILLE DANS LA PRISE EN CHARGE : STRUCTURER L'IMPLICATION DE LA FAMILLE DANS LA PRISE EN CHARGE	L'USAGER AVEC SA PROBLEMATIQUE DE SANTE : EXERCER LA MESURE DANS LE CADRE D'UN RESEAU DE PRISE EN CHARGE GLOBALE AUTOUR DE L'USAGER	LA COOPERATION INTER SERVICES - L'OFFRE : DEVELOPPER LES OUTILS DE COOPERATION ET DE MUTUALISATION
---------------------------------------	--	--	---	--	---	---	--



## 4 AXES DU SCHEMA REGIONAL DES MJPM ET DES DPF POUR LA PERIODE 2016-2020

Les axes du schéma régional des mandataires judiciaires à la protection juridique des majeurs et des délégués aux prestations familiales pour la période 2016-2020 se déclinent de la manière suivante :

### 4.1 AXE 1 : « COOPERATION INTER-SERVICE – L’OFFRE : DEVELOPPER LES OUTILS DE COOPERATION ET DE MUTUALISATION

Il ressort de l'évaluation du précédent schéma régional des avancées significatives dans la structuration de l'offre régionale des mandataires judiciaires à la protection juridique des majeurs. Les objectifs fixés dans l'axe 1 du premier schéma ont été atteints notamment en faisant évoluer l'offre de 5 associations tutélaires, très fragiles et manifestement en incapacité à relever les défis et enjeux posés par la réforme de 2007, à deux associations consolidées.

Toutefois, la coopération interservices et notamment des services avec les mandataires individuels, des services avec la justice, des services et mandataires individuels avec les différents partenaires malgré des progrès relevés, doit être encore développée.

Par ailleurs, l'analyse et la quantification des besoins à couvrir sur les cinq prochaines années posent l'indispensable extension de l'offre dans un cadre garantissant la bonne gestion des deniers publics, la qualité des prises en charge et des conditions de travail satisfaisantes pour les mandataires.

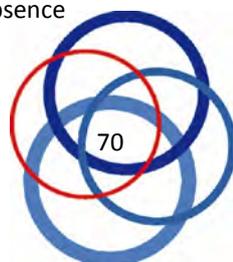
- En conséquence l'axe « Coopération interservices – l'offre : Développer les outils de coopération et de mutualisation du précédent schéma est reconduit selon les termes et objectifs suivants :

Détermination de l'offre opposable :

- 2 services tutélaires de 400 mesures chacune
- 1 service tutélaire de 540 mesures
- Deux mandataires individuels pour un portefeuille maximum de 140 mesures.

La coopération interservices :

- Réfléchir à l'instauration d'une cellule mutualisée au service de tous les acteurs pour le traitement des situations complexes de nature : juridique, patrimoniale, financière, assurances-vie, successions, contentieux etc.
- Créer les conditions de la continuité de l'activité des mandataires à titre individuel en cas d'absence prolongée





## 4.2 AXE 2 : L'INFORMATION DU GRAND PUBLIC DES PARTENAIRES ET DES USAGERS : DEVELOPPER LA COMMUNICATION EN DIRECTION DES PUBLICS ET DE LA FAMILLE

Il existe une forte asymétrie d'information entre le grand public et les acteurs tutélaires sur le périmètre d'action et logique d'intervention de l'offre tutélaire.

De nombreuses insatisfactions, souvent médiatisées, accentuent une défiance générale à l'encontre des acteurs tutélaires.

Les attentes insatisfaites, les frustrations et même les colères générées peuvent être évitées par une information claire à l'ensemble de la population sur le périmètre exact du champ d'intervention du mandataire judiciaire.

Les responsabilités de chacun sur l'approche et les réponses à apporter devraient favoriser un traitement serein et partagé de cette problématique complexe et difficile qu'est la protection juridique des majeurs.

Les insatisfactions et les incompréhensions sont également récurrentes entre les acteurs de l'offre tutélaire et les nombreux partenaires qui interviennent auprès des personnes majeures placées sous protection juridique.

- En conséquence, l'axe - « l'information du grand public, des partenaires et des usagers : Développer la communication en direction des publics et de la famille » du précédent schéma est reconduit.

Objectifs à atteindre :

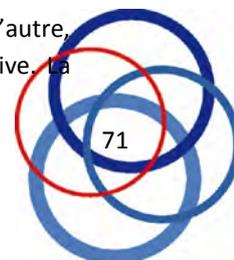
- Réaliser selon le mode approprié et en fonction des moyens disponibles, des actions d'information ciblant :
  - Les familles,
  - Le grand public
  - Les partenaires d'intervention (banques, travailleurs sociaux, institutions publiques etc)

## 4.3 AXE 3 : L'USAGER AVEC SA PROBLEMATIQUE DE SANTE : EXERCER LA MESURE DANS LE CADRE D'UN RESEAU DE PRISE EN CHARGE GLOBALE AUTOUR DE L'USAGER.

Quoique pas structurée officiellement, la prise en compte de la problématique de santé de l'utilisateur dans un protocole de prise en charge semble être assurée.

C'est une avancée significative car la continuité des soins et les réponses médicales ciblées constituent les conditions préalables indispensables à la poursuite dans de meilleures conditions de la mesure de protection. La coopération avec les CMP et les hôpitaux s'améliore à travers un réseau plus ou moins formel qui se rend de plus en plus disponible notamment le week-end.

Toutefois, les partenaires de santé et les acteurs de l'offre tutélaire évoquent une faiblesse, de part et d'autre, de la coopération dans la gestion des situations de crise ou encore dans la coordination administrative. La





synchronisation de ces acteurs dans la gestion des admissions et des sorties n'est pas optimisée au regard des contraintes de chacun.

Il est noté également des insuffisances voire absence de temps de synthèse partagés

- En conséquence, l'axe : « l'utilisateur avec sa problématique de santé : Exercer la mesure dans le cadre d'un réseau de prise en charge globale autour de l'utilisateur » est reconduit.

Objectifs à atteindre :

- Consolider et garantir, selon leur pertinence, la pérennité des réseaux opérationnels propres à chacun des acteurs ou territoriaux
- Structurer la coopération administrative facilitatrice de l'entrée et de la sortie d'hospitalisation y compris sous l'angle d'un « sas d'hébergement »
- Etablir une fréquence de « réunions de synthèse partagées » de traitement et de suivi des situations difficiles et ou complexes
- Construire un langage et un socle de procédures communs sur la base de valeurs professionnelles partagées notamment en matière de secret professionnel

#### 4.4 AXE 4 : QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE : DEVELOPPER LA PROFESSIONNALISATION DES ACTEURS DU SECTEUR

Tous les acteurs intervenant dans l'offre régionale sont détenteurs du Certificat National de Compétence obligatoire.

Ce titre qui sanctionne une formation d'au moins 8 semaines ne permet pas toutefois aux acteurs de déployer de façon optimum les nombreux outils professionnels pour la plupart nouveaux pour eux.

La charge de travail de chacun à laquelle s'ajoutent la complexité des situations des majeurs et aussi des partenariats tendus, ne favorise pas une appropriation satisfaisante du nouveau cadre d'intervention imposé par la réforme de 2007.

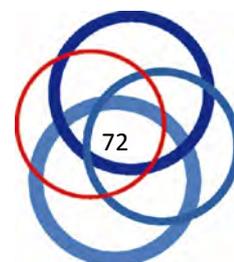
En outre, les petites échelles des structures ainsi que leur éloignement géographique du territoire national ne permettent pas les échanges de bonnes pratiques pour le traitement de cas lourds et difficiles. Cet isolement et cette maîtrise des outils sont de véritables défis pour les cinq prochaines années.

Enfin, les professionnels notamment les femmes sont confrontés à de l'insécurité par rapport à certains majeurs protégés parfois agressifs.

- En conséquence, l'axe 4 : « Qualité de la prise en charge : Développer la professionnalisation des acteurs du secteur » est reconduit.

Objectifs à atteindre :

- Etablir et mettre en œuvre un programme de formation continue au bénéfice des MJPM
- Favoriser la capitalisation et échanges de bonnes pratiques
- Renforcer la coordination des interventions des MJPM
- Développer la supervision et l'évaluation de l'activité





## 4.5 AXE N° 5 : DROIT DE LA PERSONNE PROTEGEE : GARANTIR LE RESPECT DES DROITS DU MAJEUR PROTEGE

Les mandataires sont sensibilisés à leur obligation de respecter les droits des usagers. Les structures affichent et rendent accessibles les outils prévus en ce sens par la loi de 2002 de rénovation de l'action sociale et médicosociale.

Toutefois, il est observé une inadaptation de ces outils à la situation d'altération des facultés d'un bon nombre de majeurs.

Sous un autre angle, il peut être observé que la démarche demeure purement symbolique et n'établit réellement une dynamique d'échange y compris de la part du MJPM.

La situation de grande fragilité, vulnérabilité et isolement de ces publics induit un engagement plus fort et plus constant des différents acteurs pour garantir l'effectivité de leurs droits.

- En conséquence, l'axe 5 : « Garantir le respect des droits du majeur protégé » est reconduit avec les objectifs suivants

Objectifs à atteindre :

- Etablir un protocole partagé avec la justice d'inspection, de contrôle et d'évaluation de l'activité tutélaire
- Etablir un programme d'inspection, de contrôle et d'évaluation de l'activité tutélaire
- Favoriser et rendre effective la participation et l'expression des usagers sur leur propre prise en charge
- Réfléchir et identifier les bonnes pratiques en matière d'implication de la personne protégée à l'évaluation à sa prise en charge

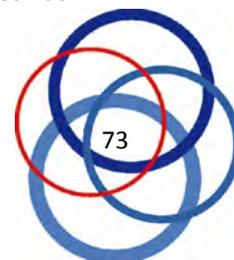
## 4.6 AXE 6 : L'ACTION DE LA FAMILLE DANS LA PRISE EN CHARGE : STRUCTURER L'IMPLICATION DE LA FAMILLE DANS LA PRISE EN CHARGE.

La relation des acteurs tutélaire avec la famille est globalement très insatisfaisante. Cette qualité relationnelle très variable a une incidence très forte sur la réactivité et la qualité des réponses attendues de la personne protégée. Il est très fréquent que des situations de rupture voire de conflits s'instaurent au gré des frustrations des uns et des autres. La défiance d'un côté et les blocages de l'autre constituent des freins importants à la bonne prise en charge de ces majeurs.

La méconnaissance du cadre d'intervention du MJPM notamment sur son devoir de réserve accentue les suspicions et les frustrations.

Quand le contact est établi entre le MJPM et la famille, demeure néanmoins un flou dans la place que doit occuper la famille dans la prise en charge de la mesure.

Par ailleurs, se pose la délicate question de la personne idoine de la famille à même d'être l'interlocuteur du MJPM pour le compte de toute la famille.





Au-delà des quelques cas positifs engrangés par l'action de certains acteurs de l'offre tutélaire, il s'avère indispensable de reconduire l'axe 6 – « l'action de la famille dans la prise en charge : Structurer l'implication de la famille dans la prise en charge ».

Objectifs à atteindre :

- Réfléchir sur une structuration de l'implication de la famille à tous les stades de la mesure en lien avec les juges
- Créer et mettre à disposition de la famille des plaquettes d'information et de contacts
- Etendre la possibilité d'une reprise de la mesure par la famille
- Identifier en lien avec le juge, un référent familial de proximité pour favoriser la réactivité aux besoins exprimés



## 5 LEXIQUE - SIGLES ET TERMES TECHNIQUES UTILISES

### 5.1 SIGLES

**AAH:** Allocation Adultes Handicapés

**ACTP:** Allocation Compensatrice Tierce Personne

**AEEH:** Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé

**ALS:** Allocation Logement Social

**APA:** Allocation Personnalisée d'Autonomie

**APL:** Aide Personnalisée au Logement

**ARS:** Agence Régionale de Santé

**ATMP:** Association Tutélaire de Majeurs Protégés

**ANESM:** Agence Nationale de l'Evolution et de la qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux

**AVS:** Auxiliaire de Vie Scolaire

**DGAS:** Direction Générale de l'Action Sociale

**DIPM:** Document Individuel de Protection des Majeurs

**DJSCS:** Direction de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale

**ESAT:** Etablissement Social d'Aide au Travail

**FAM:** Foyer d'Accueil Médicalisé

**FNAT:** Fédération Nationale des Associations Tutélaire

**FOA:** Foyer Occupationnel d'Accueil

**FSV:** Fonds de Solidarité Vieillesse

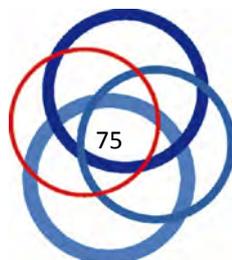
**GRPH:** Garantie de Ressources pour Personnes Handicapées

**PAP:** Plan d'Action Personnalisé

**PCH:** Prestation de Compensation du Handicap

**RIB:** Relevé d'Identité Bancaire

**REQUÊTE:** Demande écrite à un magistrat





**RSA:** Revenu de Solidarité Active

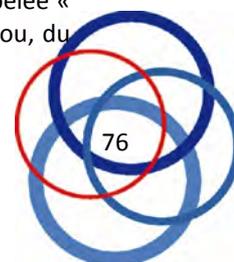
**SAUVEGARDE DE JUSTICE:** mesure de protection provisoire

**SAVS:** Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

## 5.2 TERMES TECHNIQUES<sup>33</sup>

- ▶ **Administrateur judiciaire :** Personne choisie par un tribunal sur une liste officielle pour gérer les biens d'autrui.
- ▶ **Administrateur légal :** Personne désignée par la loi pour procéder à l'administration d'un patrimoine ou de biens dévolus à une autre personne.
- ▶ **Alliés :** Parents par alliance.
- ▶ **Arrêt :** décision de justice rendue, soit par une Cour d'appel, soit par la Cour de cassation, soit par les juridictions administratives excepté les tribunaux administratifs.
- ▶ **Ascendant :** personne dont un individu est juridiquement issu.
- ▶ **Ayant cause ou Ayant droit :** personne qui tient son droit d'une autre appelée auteur.
- ▶ **Capacité :** on distingue la capacité de jouissance (aptitude à avoir des droits et des obligations) détenue en principe par toute personne physique et la capacité d'exercice (pouvoir de mettre en œuvre ses droits et obligations).
- ▶ **Collatéral :** lien de parenté existant entre un individu et une ou plusieurs autres personnes descendant d'un auteur commun mais ne descendant pas les uns des autres.
- ▶ **Conseil de famille :** assemblée de parents ou de personnes qualifiées, chargée sous la présidence du juge des tutelles d'autoriser certains actes graves accomplis au nom du majeur en tutelle, et de contrôler la gestion du tuteur.
- ▶ **Consentement :** dans la création d'un acte juridique, adhésion d'une partie à la proposition faite par l'autre (échange des consentements entraînant l'accord des volontés liant les parties).
- ▶ **Curatelle :** régime de protection permettant d'assister, de conseiller ou de contrôler certains majeurs protégés par la loi en raison de déficiences physiques ou psychiques.
- ▶ **Curateur :** personne désignée pour assister un majeur placé sous le régime de la curatelle.
- ▶ **Débours :** dépenses avancées par un avocat, un officier ministériel ou public ou un gérant de tutelle au profit d'une personne et qui doivent lui être remboursées.
- ▶ **Degré de parenté :** tout intervalle entre les générations qui sépare, dans une ligne, deux parents.
- ▶ **Délibération :** décision prise par un organe collectif, par exemple, un Conseil de famille.
- ▶ **De plein droit :** automatiquement, sans condition.
- ▶ **Émoluments :** rémunération tarifée des actes effectués par les officiers ministériels, les avocats ou les gérants de tutelle.
- ▶ **Gérant de tutelle :** personne extérieure à la famille désignée par le juge des tutelles lorsque la constitution complète d'une tutelle est inutile au regard de la consistance des biens à gérer.
- ▶ **Gestion d'affaires :** Acte d'immixtion dans les affaires d'autrui accompli par une personne, appelée « gérant », en dehors de tout pouvoir légal, judiciaire ou conventionnel dans l'intérêt et à l'insu ou, du

<sup>33</sup> Source principale: [www.tutelleauquotidien.fr](http://www.tutelleauquotidien.fr)





moins, sans opposition du « maître » de l'affaire qui oblige celui-ci, lorsque l'initiative était utile, à remplir les engagements pris par le gérant et à lui rembourser ses dépenses.

- ▶ **Incapacité** : état d'une personne privée par la loi de la jouissance ou de l'exercice de ses droits.
- ▶ **Intempérance** : Manque de sobriété, vie désordonnée qui pouvait justifier, pour un majeur, l'ouverture d'une curatelle s'il s'exposait à tomber dans le besoin ou compromettrait l'exécution de ses obligations familiales. Suite à la loi du 5 mars 2007 réformant les tutelles, la prodigalité n'est plus un motif d'ouverture d'une curatelle.
- ▶ **Internement** : placement d'un aliéné dont l'état nécessite une protection dans un établissement de soins par l'autorité administrative éclairée par un avis médical.
- ▶ **Irrecevabilité** : action à laquelle il n'est pas possible de donner suite parce qu'elle n'a pas été formulée dans les règles ou dans les délais.
- ▶ **Juge des tutelles** : magistrat du tribunal d'instance chargé d'organiser et de faire fonctionner la tutelle des mineurs et des régimes aménagés en faveur des majeurs protégés.
- ▶ **Mainlevée** : jugement par lequel le juge des tutelles arrête les effets d'une mesure de protection.
- ▶ **Mandat** : contrat par lequel une personne charge une autre de la représenter pour l'accomplissement d'acte(s) juridique(s).
- ▶ **Mandat de protection future** : Contrat créé par la loi du 5 mars 2007 permettant à un majeur ou à un mineur émancipé de charger une ou plusieurs personnes de le représenter ou de représenter son enfant pour le cas où lui-même ou son enfant ne pourrait plus pourvoir seul à ses intérêts en raison d'une altération de ses facultés personnelles.
  - Un mandat notarié peut inclure tous les actes que le tuteur a le pouvoir d'accomplir seul ou avec une autorisation, donc y compris des actes de disposition.
  - Un mandat sous seing privé est limité, quant à la gestion du patrimoine, aux actes qu'un tuteur peut faire sans autorisation, donc les seuls actes conservatoires et d'administration.
- ▶ **Mandataire judiciaire à la protection des majeurs** : Catégorie créée par la loi du 5 mars 2007. Personne exerçant à titre habituel les mesures de protection des majeurs confiées par le juge des tutelles au titre du mandat spécial dans le cadre de la sauvegarde de justice, de la curatelle, de la tutelle ou de la mesure d'accompagnement judiciaire.
- ▶ **Mesure d'accompagnement judiciaire** : Mesure de protection créée par la loi du 5 mars 2007, ordonnée par le juge des tutelles et destinée à rétablir l'autonomie de l'intéressé dans la gestion de ses prestations sociales lorsque les actions mises en place dans le cadre de la mesure d'accompagnement social personnalisé ont échoué.
- ▶ **Mesure d'accompagnement social personnalisé** : Mesure créée par la loi du 5 mars 2007, mise à la charge du département, dotée d'un volet contractuel et d'un volet contraignant, comportant des actions en faveur de l'insertion sociale et tendant à rétablir les conditions d'une gestion autonome des prestations sociales des personnes dont la santé ou la sécurité est menacée par les difficultés qu'elles éprouvent à gérer leurs ressources.
- ▶ **Non-lieu** : jugement par lequel le juge des tutelles se basant, soit sur un motif de droit, soit sur une absence de constatation de l'altération des capacités psychiques ou corporelles de l'intéressé, dit n'y avoir lieu à ouvrir une tutelle ou une curatelle.
- ▶ **Notification** : Formalité par laquelle un jugement est porté à la connaissance des intéressés par voie postale ou par un huissier de justice.
- ▶ **Nullité** : disparition rétroactive d'un acte juridique.
- ▶ **Oisiveté** : Fait de vivre sans travailler qui, pour un majeur, pouvait justifier l'ouverture d'une curatelle s'il s'exposait à tomber dans le besoin ou compromettrait l'exécution de ses obligations familiales. Suite à la loi du 5 mars 2007 réformant les tutelles, l'oisiveté n'est plus un motif d'ouverture d'une curatelle.



- ▶ **Opposable au tiers** : jugement qui doit être respecté par tous y compris ceux qui ne sont pas directement visés.
- ▶ **Patrimoine** : ensemble de biens et des obligations d'une personne.
- ▶ **Procuration** : pouvoir qu'une personne donne à une autre d'agir en son nom.
- ▶ **Prodigalité** : tendance à dépenser exagérément, à dissiper ses revenus et à dilapider ses biens sans utilité ni raison qui, pour un majeur, pouvait justifier l'ouverture d'une curatelle s'il s'exposait à tomber dans le besoin ou compromettrait l'exécution de ses obligations familiales. Suite à la loi du 5 mars 2007 réformant les tutelles, la prodigalité n'est plus un motif d'ouverture d'une curatelle.
- ▶ **Qualité pour agir** : tout intéressé sauf lorsque le pouvoir d'agir a été réservé par la loi à certaines personnes.
- ▶ **Réduction pour cause d'excès** : action par laquelle une personne placée sous un régime de protection demande en justice de ramener à de justes limites un acte excessif par rapport à sa fortune.
- ▶ **Représentation** : action consistant, pour une personne investie à cet effet d'un pouvoir légal, judiciaire ou conventionnel, d'accomplir au nom et pour le compte d'un autre un acte juridique.
- ▶ **Requête** : demande écrite et non contradictoire adressée directement à un magistrat par une partie.
- ▶ **Saisine** : formalité par laquelle une partie porte une demande à la connaissance d'une juridiction (laquelle peut également se saisir d'office) en lui demandant de rendre une décision.
- ▶ **Sauvegarde de justice** : régime de protection provisoire applicable aux majeurs atteints d'une altération de leurs facultés mentales ou corporelles conservant aux intéressés l'exercice de leurs droits, mais justifiant la rescision pour lésion, ou la réduction pour excès, des actes qu'ils ont passés et des engagements qu'ils ont contractés.
- ▶ **Subrogé tuteur - Subrogé curateur** : personne chargée de la surveillance, et éventuellement de la suppléance du tuteur ou du curateur.
- ▶ **Tutelle** : institution permettant de protéger par voie de représentation, les mineurs ou les majeurs hors d'état d'exercer leurs droits par eux-mêmes.
- ▶ **Tutelle aux prestations sociales** : désignation d'un tiers pour recevoir les prestations sociales lorsque l'attributaire normal ne les utilise pas conformément à leur fin. Cette mesure disparaît à compter du 1er janvier 2009, remplacée par les Mesures d'Accompagnement (MASP et MAJ) créées par la loi du 5 mars 2007 réformant les tutelles.
- ▶ **Tuteur** : personne chargée de représenter et de protéger les intérêts d'un mineur ou d'un majeur placé sous un régime de tutelle.
- ▶ **Tuteur "ad hoc"** : personne spécialement chargée d'un acte déterminé pour le compte d'un mineur ou d'un majeur protégé, lorsque le tuteur ne peut agir du fait de l'existence d'un intérêt personnel dans l'affaire en cause.
- ▶ **Vacance** : en l'absence de famille auprès du majeur protégé, le juge constate la vacance et défère la tutelle ou la curatelle à l'État.
- ▶ **Voie de recours** : Voies de droit ayant pour objet de remettre en cause une décision de justice.



Ce document a été réalisé par:

Monsieur Hervé NORTON : Direction de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale  
Madame Marie-Yolande MACABRE : Direction de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale  
Monsieur Gaston LEULY-JONCART : Chargé de mission Direction de la Jeunesse, des Sports  
et de la Cohésion sociale

Avec les contributions des personnes et des structures suivantes :

- ▶ LES DEUX MJPM PERSONNES MORALES
- ▶ LE MJPM PREPOSE ETABLISSEMENT
- ▶ LES DEUX MJPM PERSONNES PHYSIQUES
- ▶ L'EPDSM MAURICE DESPINOY
- ▶ LES JUGES DES TUTELLES
- ▶ LA DJSCS
- ▶ L'ARS
- ▶ LE CHUM
- ▶ LE CONSEIL GENERAL DE LA MARTINIQUE
- ▶ LA CAF DE LA MARTINIQUE
- ▶ LE CCAS DE CASE-PILOTE
- ▶ LE CCAS DE FORT DE FRANCE
- ▶ L'ACISE
- ▶ LA CROIX ROUGE
- ▶ LE CHRS LES FIGUIERS
- ▶ M X , MAJEUR PROTEGE
- ▶ DEUX PARENTS DE MAJEURS PROTEGES