



SCHÉMA DÉPARTEMENTAL DE L'AUTONOMIE

POUR LES PERSONNES ÂGÉES ET
LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP





Le mot du Président

J'ai le plaisir de remercier, pour leur partenariat actif, l'ensemble des comités de pilotage et technique ad hoc de l'élaboration du 1^{er} schéma départemental de l'autonomie, déclinaison populationnelle du schéma départemental d'organisation médicosociale 2016-2020.

La nouvelle majorité départementale est très sensible à l'implication de chacun dans ces travaux, ce qui permettra à faire en sorte que ce schéma départemental, de la responsabilité du Département, soit

co-porté par tous, l'Etat, à travers ses administrations déconcentrées et ses agences régionales (*ainsi que la CNSA [Caisse nationale de la Solidarité pour l'Autonomie]*), la Sécurité sociale, les opérateurs de la société civile, les structures représentantes des usagers, les personnes âgées et/ou en situation de handicap elles-mêmes et leur famille, etc.

Ce schéma du Département, centré sur les compétences de celui-ci, sera donc complémentaire du futur Projet de santé de La Réunion et de Mayotte (*PRS*), plus territorialisé (*article 38 de la loi Santé en discussion à ce jour*), et, pour en finir avec « l'approche segmentée de l'organisation régionale » (*schéma régional de prévention, schéma régional d'organisation des soins [SROS] et schéma régional d'organisation médico-social [SROMS]*) en les fusionnant dans un seul et unique schéma d'organisation pour « faciliter les parcours des patients ».

L'objectif des élus du Département est bien que ce schéma réaffirme la place centrale des personnes âgées dans la société mahoraise, dans un contrat social entre les générations revisité, dans un contexte d'évolution rapide de la famille mahoraise. Que les familles soient soutenues pour rester présentes auprès de leurs membres les plus âgées. Mais aussi que les plus âgés de nos concitoyens nous aident à gérer l'extrême jeunesse de notre population, dont certains de nos membres plus jeunes ont besoin d'être contenus pour ne pas remettre en cause notre cohésion sociale.

De la même façon, si la création de la Maison des personnes handicapées (*MPH*) en 2010 a été une avancée incontestable, grâce à l'action de l'Etat, il nous reste à développer, outre de mieux appréhender les besoins en termes de handicap, d'apporter des réponses sociales médicosociales, comme de faciliter l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap, l'accessibilité des voiries et des bâtiments recevant du public, etc.

Les besoins de notre territoire sont immenses, dans les champs du vieillissement et du handicap, comme dans tant d'autres, par ailleurs. Aussi, je renouvelle nos remerciements pour l'implication de chacun dans les politiques du vieillissement et du handicap.

Encore merci à tous !

M. Soibahadine IBRAHIM RAMADANI,
Président du Conseil Départemental de Mayotte

Sommaire

Le mot du président du Département	page 2
Sommaire	page 3
Partie 1 : Le contexte territorial	page 5
1 : Contexte géographique	page 6
2 : Contexte démographique	page 6
3 : Contexte historique	page 7
4 : Contexte institutionnel	page 8
5 : Contexte juridique	page 8
6 : Contexte sociologique	page 8
7 : Contexte législatif et règlementaire dans le champ de l'autonomie	page 9
 Partie 2 : Versant vieillissement : « un nouveau contrat social entre les générations à Mayotte »	page 10
1 : La démarche méthodologique	page 11
2 : Finalité de la démarche	page 13
3 : Analyse démographique de la vieillesse et du vieillissement de Mayotte	page 13
4 : Les actions volontaristes du Département	page 15
5 : Synthèse de l'état des lieux	page 16
6 : Détail des fiches-actions	page 17
Action n°1.1 : Développer une politique familiale du vieillissement, pour que les personnes âgées puissent rester dans leur milieu de vie naturel	page 17
Action n°2.1 : Exploiter le capital socioculturel des personnes âgées pour le maintien du contrat social entre les générations à Mayotte	page 19
Action n°2.2 : Développer les lieux d'accueil, d'animation et de rencontres intergénérationnelles pour lutter contre l'isolement géographique et le sentiment de solitude	page 21
Action n°3.1 : Renforcer la prise en charge de leur maladie chronique par les personnes âgées et leur entourage	page 22
Action n°3.2 : Installer une cohérence dans l'évaluation médicosociale à travers les dispositifs existants et à venir	page 23
Action n°3.3 : Professionnaliser l'accompagnement social médicosocial des personnes âgées en perte d'autonomie au sein de leur milieu de vie naturel	page 25
Déclinaison 3.3.1 de la fiche-action 3.3 : Développement effectif du dispositif d'accueillants familiaux	page 26
Déclinaison 3.3.2 de la fiche-action 3.3 : Création d'un service polyvalent d'aide et de soins à domicile	page 26
Déclinaison 3.3.3 de la fiche-action 3.3 : Création d'un « réseau gérontologique de bangas »	page 27
Action n°3.4 : Développer une culture de respect des droits de la personne âgée fragilisée à Mayotte	page 28
Action n°3.5 : Animer régulièrement des caravanes d'accès aux droits dans les villages, afin de sensibiliser les personnes âgées et leur famille aux dispositifs existants	page 29
Action n°4.1 : Réfléchir sur un concept de places de type « résidence autonomie » réparties sur l'ensemble de Mayotte	page 30
Action n°5.1 : Contribuer à la revalorisation des revenus des personnes âgées à Mayotte	page 31
Action n°6.1 : Instituer une charte de coopération entre les acteurs institutionnels et de terrain du champ du social et du médicosocial versant personnes âgées	page 32
Action n°6.2 : Assurer le suivi de la mise en place du schéma versant personnes âgées	page 33

Action n°6.3 : Affirmer que Mayotte est une communauté-amie des aînés de l'OMS	page 34
Action n°6.4 : Renforcer une coopération régionale autour des problématiques des personnes âgées	page 36
7 : Récapitulatif des besoins à prendre en compte pour la totalité de la période 2016-2020	page 37

Partie 3 : Versant handicap : « vers un accompagnement de droit commun » page 38

1 : Démarche méthodologique	page 39
2 : Contexte sociologique	page 39
3 : La population en situation de handicap	page 41
4 : Les actions volontaristes du Département	page 48
5 : Bilan des réalisations du schéma d'orientation en faveur des personnes handicapées 2008-2012	page 49
6 : Synthèse de l'état des lieux des besoins	page 51
7 : Les orientations du schéma 2016-2020	page 51
8 : Détail des fiches-actions	page 52
Action n°1.1 : Renforcer le rôle de la MPH dans l'accueil et l'orientation du public en situation de handicap	page 52
Action n°2.1 : Développer la prévention du handicap	page 54
Action n°2.2 : Généraliser le diagnostic précoce du handicap	page 55
Action n°3.1 : Déterminer les perspectives de développement des établissements et services existants et proposer des créations selon les besoins	page 56
Action n°3.2 : Sensibiliser les acteurs et accompagner les parents sur la scolarisation des enfants en situation de handicap	page 56
Action n°4.1 : Créer des structures d'accompagnement des adultes adaptées aux besoins actuels	page 58
Action n°4.2 : Soutenir la création d'une MAS supplémentaire pour les personnes lourdement handicapées avec perte d'autonomie	page 59
Action n°5.1 : Orienter les formations professionnelles dans le secteur social et médico-social	page 60
Action n°5.2 : Accompagner les jeunes à la préparation des concours et examens sociaux et médico-sociaux	page 62
Action n°6.1 : Accompagner les parents dans le suivi scolaire de leurs enfants	page 63
Action n°6.2 : Développer l'offre de formation en faveur des personnes en situation de handicap	page 63
Action n°7.1 : Organiser une campagne de communication et de sensibilisation territoriale sur l'offre de service existant et les démarches à suivre	page 65
Action n°8.1 : Favoriser l'installation durable des professionnels de santé sur le territoire	page 66
Action n°8.2 : Lutter contre les turn-over des professionnels de santé	page 67
Action n°9.1 : Sensibiliser les autorités locales sur la question de l'accessibilité des personnes en situation de handicap	page 68
Action n°9.2 : Accroître l'accessibilité de l'habitat	page 69
Action n°10.1 : Développer la prévention de la maltraitance et l'éducation à la bientraitance	page 70
9 : Récapitulatif des besoins à prendre en compte pour la totalité de la période 2016-2020	page 71

Annexes page 72

- **Annexe 1**
- **Annexe 2**



Partie 1

Le contexte territorial



1) Contexte géographique

L'île Mayotte est située dans l'océan Indien, à quelque 400 km au nord-ouest de l'île de Madagascar, de 1500 km de La Réunion et à 300 km des côtes africaines, à l'entrée du canal de Mozambique.

De superficie de 375 km², elle est composée de deux îles principales, la Grande-Terre (360 km²) et la Petite-Terre (13 km²) ainsi que d'une vingtaine d'îlots épars dans le lagon.

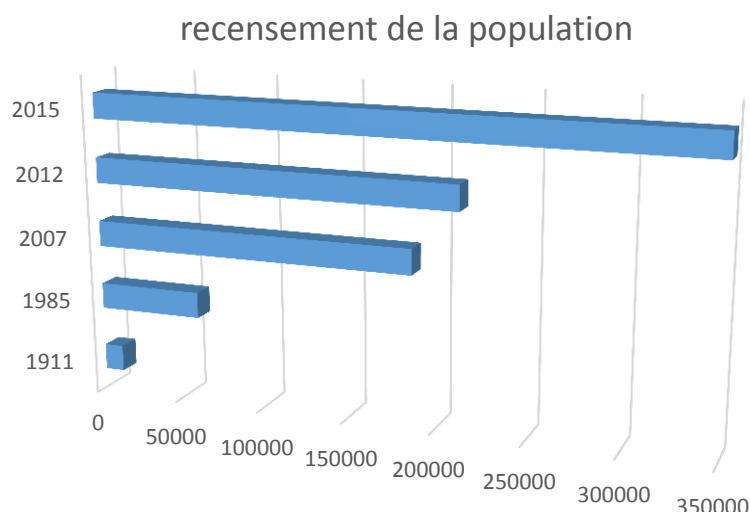
Le lagon est nourricier pour les poissons, les mangroves jouent un rôle de nettoyage écologique, entravant l'écoulement des sédiments, augmentant la densité animale et végétale, notamment des espèces piscicoles au stade juvénile. Il existe une centaine d'espèces d'oiseaux, la plupart typiques des terres africaines et malgaches voisines.



2) Contexte démographique

Au recensement de 2012, l'INSEE recensait 212.000 habitants, avec 566 habitants au km², 70% de cette population ont moins de 25 ans. Mais tout le monde convient que ce chiffre est sous-évalué du fait des personnes en situation irrégulière non comptabilisées. Un habitant de

l'île de Mayotte sur trois est un étranger en situation irrégulière.



Répartition de la population selon la nationalité

	2002		2007		Évolution annuelle moyenne (%)
	nombre	en %	nombre	en %	
Française	105 001	65,5	110 579	59,3	1,1
Comorienne	52 851	33	72 039	38,7	6,3
Malgache	2 267	1,4	3 168	1,7	6,8
Autre	182	0,1	601	0,3	27
Total	160 301		186 387		3,1

Bantous, Austronésiens, Arabo-Shiraziens, Malgaches, plus récemment Réunionnais, ont peuplé Mayotte tout le long des siècles depuis le VII^{ème} siècle. Ce qui explique que la langue maternelle soit le shimaoré (ou des langues bantoues proches) pour 71% des habitants de Mayotte, le malgache pour 22% d'entre eux. 95% des Mahorais pratiquent un Islam animiste, proche du Soufisme, pratiqué au Sénégal et au Maroc...

3) Contexte historique

Mayotte est vendue à la France en 1841. En 1886, le reste de l'archipel composé de la Grande Comore, Mohéli et Anjouan forme un protectorat sous la direction du gouverneur de Mayotte. En 1958, l'administration quitte Dzaoudzi (à Mayotte) pour Moroni (Grande Comore), ce qui a provoqué le soulèvement des Mahorais. Le Congrès des notables se réunit et réclame la départementalisation. Dans les années 1960 et 1970, Zéna M'Déré et le mouvement des Chatouilleuses militent pour l'arrimage définitif de Mayotte à la République française.

En 1974, la France organise sur l'ensemble de l'archipel des Comores un référendum pour plébisciter l'indépendance mais les Mahorais votent pour le maintien au sein de la

République française. Un 2ème référendum est organisé uniquement à Mayotte en 1976, qui confirme ce choix. Néanmoins l'Union des Comores revendique toujours Mayotte.

4) Contexte institutionnel

À la suite du référendum local de 2009, Mayotte est devenue département et région d'outre-mer (*DROM*) à assemblée délibérante unique en 2011. En 2014, Mayotte change également de statut au niveau européen, devenant une région ultrapériphérique, et fait, depuis, partie de l'Union européenne.

5) Contexte juridique

Avant le passage en Département d'outre-mer, les Mahorais pouvaient choisir entre :

- le statut de droit commun, identique à la métropole (*notaires, administrations, tribunaux, etc.*),
- un statut personnel dérogatoire au code civil et à la laïcité, réservé aux musulmans originaires de Mayotte (*ou éventuellement d'autres îles des Comores ou du nord-ouest de Madagascar*). Ils peuvent renoncer à ce statut et choisir le statut de droit commun.

Le statut personnel peut toucher l'état des personnes mais aussi le droit des successions (*discriminations selon la religion des héritiers*) ou le droit foncier.

La loi d'orientation pour l'outre-mer n°2003-660 du 21 juillet 2003 a aboli la polygamie pour les nouvelles générations en déclarant : « Nul ne peut contracter un nouveau mariage avant la dissolution du ou des précédents. Le présent article n'est applicable qu'aux personnes accédant à l'âge requis pour se marier au 1^{er} janvier 2005 ». Traditionnellement, la maison appartient à la femme à Mayotte et la répudiation ou le divorce représente donc essentiellement la perte d'un compagnon plutôt que la perte d'un statut social ou économique (*les foundis et les aînés veillaient à la bonne tenue de la situation économique de la femme même après le départ du mari*). Toutefois, la répudiation unilatérale a été abolie pour les personnes qui accèdent à l'âge du mariage à partir de 2005. En outre, un décret du 1^{er} juin 1939 interdit la lapidation des humains.

La justice touchant le statut personnel était rendue par des juges musulmans, les cadis. Ces juridictions ont été supprimées par l'ordonnance du 3 juin 2010, mais les juges ont toujours la faculté de consulter les cadis sur l'application du droit local ; mais ce sont les juges qui tranchent le litige.

6) Contexte sociologique

Si de nouvelles unions polygames sont maintenant interdites par la loi, la pratique reste encore usitée pour un certain nombre de jeunes hommes mais de moins en moins tolérée par les jeunes femmes mahoraises.

L'encadrement « paternel » des jeunes dans les villages (*dans une société matriarcale*) est assuré par les hommes (*oncles*) de la famille de la mère, sur une toile de fond d'une société basée sur des préceptes et des pratiques de la religion musulmane (*écoles coraniques, cadis qui géraient le droit coutumier jusqu'en 2004*). Ce modèle encadrant est aujourd'hui, petit-à-petit, remis en cause, de par le modèle de la famille « nucléaire » qui se développe, déstructurant les jeunes, perdant leurs repères et leurs repaires. Des familles monoparentales apparaissent là où il y avait l'autorité « paternelle » du clan familial...

7) Contexte législatif et réglementaire dans le champ de l'autonomie

Le cadre juridique et les moyens d'action applicables aujourd'hui permettent d'intervenir dans le cadre de l'accompagnement des personnes âgées et/ou en situation de handicap.

Les textes juridiques de référence :

- la loi organique n°2007-224 du 21 février 2007, relative à l'outre-mer, permet l'extension, avec les adaptations nécessaires ou l'adaptation par décret, du droit commun à Mayotte,
- l'ordonnance n°2008-858 du 28 août 2008 fixe les règles d'adaptation outre-mer de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées,
- le décret n°2012-1148 du 28 septembre 2010 relatif à diverses mesures bénéficiant aux personnes handicapées à Mayotte, permet la création de la MPH et la mise en place de l'AAEH (*Allocation d'éducation de l'enfant handicapé*),
- l'ordonnance n°2011-1929 du 22 décembre 2011 portant adaptation à Mayotte des modalités de tarification des établissements et services médico-sociaux qui accueillent les personnes âgées et/ou handicapées. Elle permet la procédure d'appel à projet et la création des établissements et services médicosociaux,
- l'ordonnance n°2011-1923 du 22 décembre 2011 relative à l'évolution de la sécurité sociale à Mayotte dans le cadre de la départementalisation,
- l'ordonnance n°2014-463 du 7 mai 2014 portant extension et adaptation à Mayotte des dispositions du code de l'action sociale et des familles relatives à l'adoption, à l'allocation personnalisée d'autonomie et à la prestation de compensation du handicap,
- le décret n°2015-1280 du 13 octobre 2015 portant extension et adaptation à Mayotte des dispositions du code de l'action sociale et des familles (*partie réglementaire*) relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie et à la prestation de compensation du handicap,
- la loi d'orientation n°2015-1776 du 28 décembre 2015, relative à l'adaptation de la société au vieillissement.



Partie 2

Versant vieillissement
« Un nouveau contrat social
entre les générations à Mayotte »

1) Démarche méthodologique

Le Département de Mayotte a lancé officiellement l'élaboration du schéma gérontologique départemental en instaurant, le 23 janvier 2015, un comité de pilotage et un comité technique, avec le soutien de l'ARS qui a participé à la démarche en s'appuyant sur les compétences de l'Etat (*sanitaire, médicosocial, prévention*), en cohérence avec le Plan régional de santé et le schéma d'organisation médicosociale 2016-2020 du Département.

Outre une analyse démographique de la vieillesse et du vieillissement de Mayotte, ainsi que des rapports ad hoc (« *Mission exploratoire en vue de développer les politiques sociales des communes de Mayotte* », réalisé en août 2008 par le cabinet, pour l'Association des maires de Mayotte, « *Préfiguration d'un plan d'action gérontologique pour le Schéma régional d'organisation médicosociale La Réunion/Mayotte* », réalisé par l'URIOPSS La Réunion/Mayotte, en juillet 2011, les comptes rendus des commissions du tout nouveau CODERPA, etc.), le cabinet d'Ingénierie sociale, qui a été mandaté pour accompagner la démarche :

- a pu interviewer les différents acteurs institutionnels et de terrain, afin de recueillir auprès d'eux leur perception des besoins des personnes âgées et de leur famille,
- a rencontré des représentants des associations locales des personnes âgées (*mobilisées par la FMAPAR*), des communes et des CCAS déjà créés (*à l'instar des débats de proximité de la Semaine sociale du Département*), afin de permettre l'expression des uns et des autres quant aux besoins dans la commune,
- a échangé avec des personnes âgées sur la barge ou sur le marché.

L'ensemble des participants au comité de pilotage du 23 janvier 2015 ont validé et apprécié cette démarche partagée, pour un travail de proximité.

De même, le fait de ne pas plaquer des concepts inadaptés au contexte local est jugé plus que pertinent.

Parmi les échanges avec les participants de la réunion du 23 janvier 2015 :

- les constats :
 - la société mahoraise est en mutation, rattrapée par la « modernité », la famille mahoraise se transformant, vers le modèle nucléaire, pouvant être éclatée géographiquement (*une partie de celle-ci partie vers La Réunion et/ou la métropole*), voire usée dans l'accompagnement du parent âgé,
 - toutes les personnes âgées mahoraises et leur famille n'ont pas les moyens de se financer elles-mêmes des accompagnements de qualité, d'autant que nombre d'entre elles peuvent loger dans des habitats indignes,
 - dans les réponses à mettre en place, il ne faut pas oublier que des personnes âgées peuvent être sans famille,
 - la FMAPAR assure un vrai lobbying de la fédé, grâce à un réseau de 20 associations locales,
 - etc.
- des suggestions :
 - il serait nécessaire de changer l'image du vieillissement, souvent négative sur Mayotte, entre autres par le renforcement des liens entre les générations,
 - des solutions de répit permettraient aux familles de souffler tout en restant proches de leurs parents âgés, entre autres grâce à une médiation au sein de la famille,
 - il est nécessaire de renforcer la professionnalisation des intervenants,
 - des personnes âgées n'acceptent pas de se faire aider et de se soigner, alors qu'elles auraient besoin d'être accompagnées par un professionnel,

- il serait pertinent de faciliter l'accès au droit commun, entre autres par un référent « attentionné »,
- si tous les participants réfutent des maisons de retraite qui seraient des hospices, un certain nombre de participants (*dont le président de la FMAPAR*) pensent qu'un concept de « maison de repos » (*où la personne âgée pourrait aller se reposer*) serait pertinent,
- etc.

Les participants du comité de pilotage du 23 janvier 2015 ont validé la démarche méthodologique proposée par le consultant ainsi que la composition des comités de pilotage et technique qui se décline de la façon suivante :

- comité de pilotage :
 - le Président du Département ou son représentant, qui préside ce comité de pilotage,
 - le Préfet de Mayotte ou son représentant,
 - la Directrice de l'ARS ou son représentant,
 - le Directeur de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale (*DJSCS*) ou son représentant,
 - le Directeur de la CSSM ou son représentant,
 - le Directeur général adjoint chargé de la solidarité et du développement social du Département ou son équipe de direction,
 - le Président de la FMAPAR ou son représentant,
 - le Président de l'Association des Maires ou son représentant,
 - le Président de l'UDAF ou son représentant,
 - le Président de l'Ordre des médecins ou son représentant,
 - le Président du Conseil économique, social et environnemental ou son représentant,
 - un représentant du CODERPA,
- comité technique :
 - pour le Département :
 - le Directeur général adjoint chargé de la Solidarité et du Développement social (*DGA SDS*),
 - la Directrice générale adjointe chargée de la Formation, de l'Enseignement et de la Recherche,
 - le Directeur général adjoint chargé des services à la population,
 - la Conseillère technique départementale,
 - le Directeur de la DPAPH,
 - le Directeur de l'Aide sociale générale,
 - le Directeur de la DASTI,
 - la Directrice de la MPH,
 - la Directrice de l'ASE,
 - le Directeur de la PMI,
 - la Directrice de l'habitat et de logement (*DHL*),
 - la Directrice de la Mission RSA,
 - le Responsable d'unité de gestion,
 - un représentant de l'ARS,
 - un représentant de la Direction de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale (*DJSCS*),
 - un représentant de la CSSM,
 - un représentant de la DIECCTE,
 - un représentant de la DEAL,
 - le Directeur du CHM,
 - un représentant des CCAS,

- un représentant de la FMAPAR,
- un représentant des médecins,
- un représentant des masseurs-kinésithérapeutes,
- un représentant des infirmiers libéraux,
- un représentant des pharmaciens,
- un représentant de Rediab-Ylang,
- un représentant du CISS Océan indien,
- un représentant de l'Association des travailleurs sociaux de Mayotte,
- un représentant de la Croix Rouge française,
- un représentant de la Solidarité Mayotte,
- un représentant de l'ACFAV,
- un représentant de la MGEN,
- des représentants syndicaux,
- un représentant d'un syndicat de retraités,
- l'aumônier musulman du Centre hospitalier,
- un représentant du Conseil représentatif des Musulmans de Mayotte.

2) Finalité de la démarche choisie

Le schéma départemental de l'autonomie versant personnes âgées, même s'il est porté politiquement par le Département, doit être partagé et mis en place par tous les acteurs...

La finalité de la démarche étant d'appliquer le droit commun sans vouloir plaquer des concepts non adaptés au contexte culturel local, voire quasiment dépassés même en métropole...

Tous les acteurs mobilisés ont pointé la nécessité de penser ensemble « Un nouveau contrat social entre les générations à Mayotte »...

En effet, Mayotte est à un tournant de son histoire, tant dans l'évolution de sa structure familiale, que dans l'extension des politiques publiques françaises du vieillissement au territoire. Comment trouver une 3^{ème} voie, entre l'Etat-providence (*concept remis en question, déjà financièrement*) et la Famille-providence (*concept attaqué par le monde « moderne »*), où la solidarité familiale et la musada villageoise resteraient de mise (*avec le garde-fou de la bénédiction parentale de la religion musulmane qui « contraint » l'enfant d'aider ses parents pour garder cette bénédiction*), mais avec le filet social affirmé de la communauté nationale (*lequel filet social [aide sociale] n'intervenant que par subsidiarité, après les responsabilités de la personne et de ses obligés alimentaires*) ?

Peu de territoires au monde ont cette chance de posséder des politiques publiques du vieillissement dès le départ du processus de transition démographique. Que l'ensemble des acteurs (*Etat, Département, CSSM, communes, opérateurs professionnels, société civile, retraités et personnes âgées*) s'en saisissent pour maintenir et consolider la solidarité familiale et la musada villageoise en appliquant les principes républicains de la solidarité nationale tout en adaptant les réponses en termes d'actions et de services au contexte mahorais.

3) Analyse démographique de la vieillesse et du vieillissement de Mayotte

Mayotte est actuellement très jeune, au regard de l'ensemble du territoire français, mais le vieillissement de la population a commencé, surtout en valeurs absolues, ce qui nécessite le renforcement de la politique volontariste du vieillissement du Département, avec ses partenaires (*analyse à partir des données brutes de l'INSEE*) :

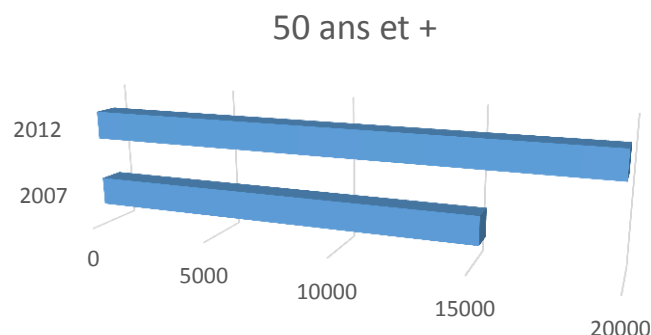
- augmentation d'environ 30% selon les tranches d'âges de 50 ans et +, de 60 ans et + et de 75 ans et +, entre 2007 et 2012, pour « seulement » 14,1% d'augmentation de l'ensemble de la population de Mayotte,
- le nombre des 90 ans et + a même augmenté de plus de 40% pendant cette période.

En outre, la très grande jeunesse de la population nécessite une attention particulière auprès des générations plus âgées, pour que celles-ci ne se sentent pas dépasser et gardent une place de centralité dans les relations entre les générations, de manière à maintenir une cohésion sociale.

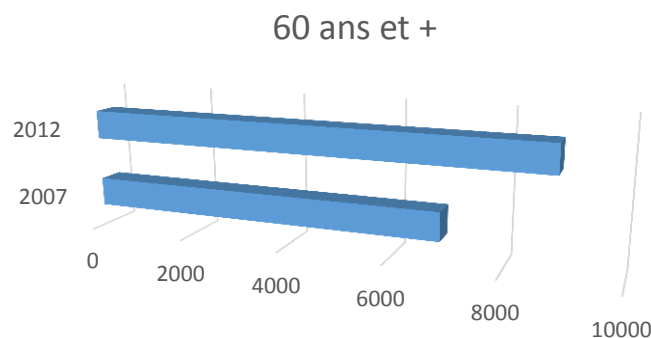
Le schéma d'organisation médicosociale 2016-2020 du Département indique qu'il faudrait plus envisager 350.000 habitants au lieu de 212.645 recensés en 2012, du fait de personnes sans papiers absentes au moment du recensement.

Pour une population totale de 186.387 personnes en 2007 et de 212.645 personnes en 2012, soit 14,1% d'augmentation (*sous réserve de la fiabilité des recensements*), Mayotte compte :

- 50 ans et + :
 - 2007 :
 - 15.247 personnes, soit 8,2% de la population (*pour l'ensemble de la France : 34,4%*),
 - 2012 :
 - 19.877 personnes, soit 9,3% de la population et 30,4% d'augmentation du nombre de personnes de cette tranche d'âge,

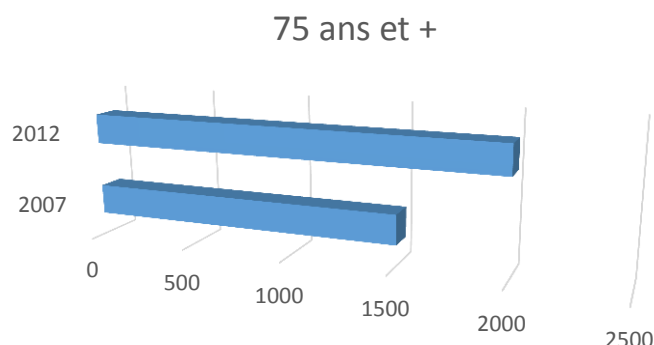


- 60 ans et + :
 - 2007 :
 - 6.918 personnes, soit 3,7% de la population (*pour l'ensemble de la France : 21,1%*),
 - 2012 :
 - 8.874 personnes, soit 4,2% de la population et 28,3% d'augmentation du nombre de personnes de cette tranche d'âge,

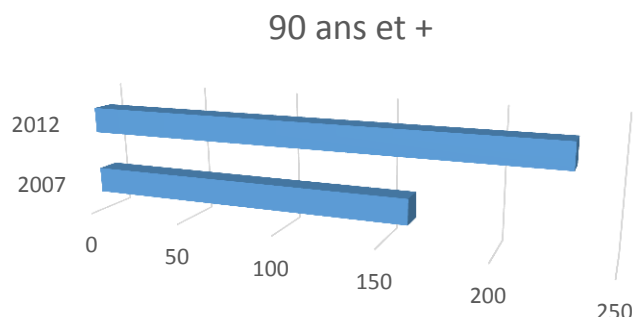


- 75 ans et + :
 - 2007 :

- 1.509 personnes, soit 0,8% de la population (*pour l'ensemble de la France : 8,2%*),
- 2012 :
 - 2.002 personnes de 75 ans et +, soit 0,9% de la population et 32,7% d'augmentation du nombre de personnes de cette tranche d'âge,



- 90 ans et + :
 - 2007 :
 - 162 personnes de 90 ans et +, soit 0,08% de la population (*pour l'ensemble de la France en 2007 : 0,8%*),
 - 2012 :
 - 231 personnes de 90 ans et +, soit 0,11% de la population et 42,6% d'augmentation du nombre de personnes de cette tranche d'âge.



Comparaison Mayotte et La Réunion

	Mayotte	Réunion
Moins de 20 ans	53%	25%
20 – 74 ans	46%	67%
+ de 75 ans	1 %	8%
<i>Espérance de vie des hommes</i>	72 ans	77 ans
<i>Espérance de vie des femmes</i>	76 ans	84 ans

En 2006 (*données des analyses démographiques de l'INSEE*) :

- Espérance de vie à la naissance :
 - 73 ans à Mayotte (*idem femmes/hommes*),
 - pour 80 ans sur l'ensemble de la France (*84,0 ans femmes/77,1 ans hommes*).
- Il ne semble pas y avoir de différences pour l'espérance de vie à la naissance à Mayotte entre hommes et femmes (*difficulté d'avoir des sources fiables*), alors que cette différence est de 7,7 ans à la Réunion (*à l'avantage des femmes : 80,9 ans /73,2 ans pour les hommes*) et de 6,9 ans pour l'ensemble de la France.
- Les hommes mahorais vivent aussi vieux que les hommes réunionnais (*moins d'addiction*).

- Les femmes mahoraises vivent 8 ans de moins que les femmes réunionnaises (*grossesses multiples*).

4) Les actions volontaristes du Département

Depuis la création du service puis de la direction personnes âgées (*aujourd'hui DPAPH*) à la Direction de la solidarité et du développement social du Département, la collectivité départementale a développé une politique volontariste (*pour près de 2.500.000€ en 2014, pour ce qui serait du ressort de l'APA*).

L'instauration de l'APA au 1^{er} janvier 2015 permettra de reventiler chaque année 28% de l'enveloppe utilisée actuellement par le Département (*montant moyen de la contribution de la CNSA au budget APA d'un conseil départemental*) dans le développement des actions et services retenus dans le cadre du schéma.

Dans un 1^{er} temps, l'APA devait être activée dès le 1^{er} janvier 2014, l'objectif est de pouvoir récupérer d'une façon ou d'une autre le manque à gagner du Département en 2014 (*comme financement exceptionnel*), pour l'investir aussi dans la mise en œuvre du schéma.

Par ailleurs (*en prévoyant déjà la sortie de financements exceptionnels qui pourraient être trouvés*), le Département va se mobiliser techniquement et politiquement pour rechercher les financements auprès de ses partenaires de droit commun (*ARS, DJSCS et CNSA*), mais aussi en interpellant le Contrat de Projet Etat-Mayotte, le Fonds exceptionnel d'investissement (*FEI*), le Fonds social européen (*FSE*), le Fonds de coopération régionale (*en vue d'échanges de pratiques « inspirantes » et de co-développement*) pour la mise en œuvre du présent schéma.

Données au 31 décembre 2014 transmises à la CNSA pour l'APA :

- **Total dépenses équivalentes à l'APA :**
 - allocation dépendance : 1.990.647,60€ en 2014 (*465 bénéficiaires, forcément en situation régulière puisque c'est une mesure d'aide sociale facultative ; à noter qu'au 31 juillet 2015, il y a déjà 612 bénéficiaires*),
 - TP (*tierce personne*) ASPA (*allocation simple personnes âgées*) : 39.900,00€ en 2014 (*24 bénéficiaires*),
 - FASUL (*fonds d'aide sociale d'urgence pour le logement*) : 423.217,59€ en 2014 (*36 dossiers de personnes âgées en GIR 1 à 4*) dans le cadre d'un accompagnement global de la dépendance,
 - **soit un total de 2.453.765,19€.**

En attendant une coordination renforcée entre les acteurs institutionnels, grâce à la Conférence des financeurs prévue par la future loi d'adaptation de la société française au vieillissement, **à noter, à côté de l'effort volontariste du Département, l'effort important, aussi, de la Caisse de Sécurité sociale de Mayotte, dans le champ de ses compétences propres.**

5) Synthèse de l'état des lieux : 14 problématiques principales

Après les rencontres ou les entretiens téléphoniques avec l'ensemble des acteurs institutionnels, de terrain concernés, ressortent 14 problématiques principales suivantes (*classées selon les 5 piliers de la définition du projet de vie d'une personne [pilier psychoaffectif, pilier vie sociale, pilier santé au sens bien-être, pilier habitat, pilier*

ressources], auxquels s'ajoutent un axe transversal) qui déterminent 14 fiches-actions du schéma gérontologique du Département de Mayotte, compte tenu de l'évolution rapide de la société mahoraise et du cadre familial mahorais, ainsi que de la nouvelle loi, d'adaptation de la société française au vieillissement, publiée le 28 décembre 2015 (loi n°2015-1176).

6) Détail des 14 fiches-actions

Action n°1.1 : Développer une politique familiale du vieillissement, pour que les personnes âgées puissent rester dans leur milieu de vie naturel

Thématique : Pilier psychoaffectif

Rôle du Département pour la mise en place de l'action :

Chef de file

Les enjeux de l'action :

Nécessité de soutenir les familles (*au sens villageois du terme, dans une société matrilineaire*), pour qu'elles restent dans la solidarité (*musada*) et l'accompagnement psychoaffectif des plus âgés de ses membres, permettant à ceux-ci de rester dans leur milieu de vie naturel, ainsi qu'aux enfants de ces plus âgés de ne pas perdre la bénédiction parentale, un des liants religieux de la cohésion familiale et sociétale à Mayotte.

Objectif de l'action :

Développer des solutions de répit (*accueil de jour [au sens médicosocial], de soirée, de nuit, gardes itinérantes de jour et de nuit, baluchonnage, etc., qui pourraient être portés par des plateformes de répit et de services*) et des dispositifs de médiation familiale (*grâce à des professionnels compétents*), facilitant le maintien des personnes âgées au sein de leur milieu familial.

Ce développement devra se faire dans une approche interculturelle, entre la culture traditionnelle et la « modernisation » de la société mahoraise, avec, comme toile de fond, le développement de politiques publiques du vieillissement, qui doivent rester subsidiaires à la solidarité familiale et villageoise.

Ses étapes de mise en place :

6 axes semblent nécessaires, à mener en parallèle :

- Reconnaissance des compétences des familles et prise de conscience de la nécessité qu'elles pourraient avoir de prendre du répit grâce à des temps d'information sur les ressources à leur disposition et de sensibilisation aux phénomènes du vieillissement et à leurs conséquences, des sessions de formations, des groupes de parole et des réseaux d'entraide (*à l'instar des groupes d'entraide mutuelle dans le champ du handicap*), etc., grâce à l'animation de professionnels compétents en approche systémique et interculturelle :
 - sensibilisation des familles lors des caravanes des droits (*fiche 3.5*) dans chaque village,
 - puis organisation de sessions de formation pour les familles,
 - puis, en fonction des conclusions des séances de formation :

- conception d'un cahier des charges de « groupes d'entraide mutuelle entre familles » et des modalités de financement (*un par territoire d'UTAS ?*),
- lancement d'un appel à projet,
- sélection des opérateurs,
- accompagnement des 1^{ers} pas des « groupes d'entraide mutuelle entre familles »,
- 1^{ère} évaluation.
- Réflexion pour valoriser d'un statut des « aidants proches » en reventilant une partie de l'enveloppe de la « politique volontariste » du Département par :
 - une indemnisation du congé familial pour parent dépendant,
 - des compensations financières (*sous forme d'aide sociale*) des frais que les familles auraient pour activer différentes aides que le Département et ses partenaires institutionnels mettront en place suite à l'adoption du schéma.
- Renforcement des dispositifs de médiation familiale, en s'appuyant, entre autres, sur le service que met en place l'UDAF en cas de médiation simple, grâce à une approche systémique de la structure familiale :
 - calage des procédures et des modalités de financement avec l'UDAF et ses partenaires financiers pour ce service,
 - 1^{er} évaluation.
- Accroissement des compétences des familles en créant un service d'accompagnement « bio-psycho-social » renforcé de la famille (*la personne âgée incluse*) en cas de troubles de comportements difficilement gérables de celle-ci :
 - conception d'un cahier des charges d'un service d'accompagnement « bio-psycho-social » renforcé de la famille (*un pour l'ensemble de Mayotte*), en s'inspirant du métier d'Alzami, conçu par Ologi, avec le Département de la Seine-Maritime et l'ARS de Haute-Normandie, métier qui commence à s'essaimer dans le reste de la Métropole,
 - lancement d'un appel à projet,
 - sélection de l'opérateur,
 - accompagnement des 1^{ers} pas du service,
 - 1^{ère} évaluation.
- Installation des plateformes de répit et de services de proximité (*financements section V CNSA*) :
 - réflexion sur l'organisation de plateformes de répit et de services de proximité de façon adaptée à Mayotte (*entre autres sur la base des zonages des UTAS du Département et des intercommunalités en construction*),
 - mobilisation des acteurs concernés pour rédiger les cahiers des charges des plateformes de répit et de services de proximité qui seront retenus, en fonction du contexte de Mayotte et des financements mobilisables, afin de lancer les appels à projets ad hoc,
 - diffusion des appels à projets et choix des structures retenues pour les porter (*qui devront être différentes des opérateurs gestionnaires de service*),
 - supervision des plateformes pendant leurs premiers pas, puis évaluation de leurs pratiques.
- Garder dans un environnement de solidarité de proximité les personnes âgées qui seraient sans famille ou abandonnées par la leur, en s'appuyant sur l'ensemble des dispositifs qui découleront du schéma, tout en étant vigilant de ne pas stigmatiser ces personnes :
 - déclinaison avec, entre autres, les fiches 3.3, 4.1, etc

Responsable de l'action :

DPAPH.

Ses partenaires potentiels :

CSSM, ARS, CNSA, CCAS, UDAF, services sociaux médicosociaux, FMAPAR, CODERPA, etc.

Délai de mise en place :

Dès la validation du schéma.

Résultats attendus et critères d'évaluation :

L'objectif étant le maintien et le renforcement de la musada, cette fiche sera évaluée en fonction de la quantité et de la qualité des dispositifs mis en place et/ou renforcés sur tout le territoire mahorais.

Action n°2.1 : Exploiter le capital socioculturel des personnes âgées pour le maintien du contrat social entre les générations à Mayotte

Thématique : Pilier vie sociale

Rôle du Département pour la mise en place de l'action :

Soutien aux acteurs de la société civile, en lien avec les autres acteurs institutionnels.

Les enjeux de l'action :

L'encadrement « paternel » des jeunes dans les villages (*dans une société matriarcale*) est assuré par les hommes (*oncles*) de la famille de la mère, sur une toile de fond d'une société basée sur des préceptes et des pratiques de la religion musulmane (*écoles coraniques, cadis qui géraient le droit coutumier jusqu'en 2004*).

Ce modèle encadrant est aujourd'hui, petit-à-petit, remis en cause, de par le modèle de la famille « nucléaire » qui se développe, déstructurant les jeunes, perdant leurs repères et leurs repaires, leurs pères biologiques respectifs pouvant avoir du mal à remplacer auprès d'eux l'encadrement « paternel » du village.

De plus, un nombre non négligeable de jeunes habitant Mayotte, mais d'origine des Comores, sont sans leur mère (*celle-ci ayant dû repartir au pays*), avec des liens d'encadrement familial souvent évanescents à Mayotte, voire avec aucun lien. Ils sont alors livrés à eux-mêmes, dans la rue, avec tous les risques pour eux... et pour les autres habitants de Mayotte.

Objectif de l'action :

Les personnes âgées, à travers leurs associations locales et/ou de conseils des sages des CCAS, pourraient, en groupe, reprendre une place centrale dans les villages et les communes, grâce à la transmission de leur capital social et culturel aux générations plus jeunes :

Les personnes âgées, à travers leurs associations locales et/ou de conseils des sages des CCAS, pourraient, en groupe, reprendre une place centrale dans les villages et les communes, grâce à la transmission de leur capital social et culturel aux générations plus jeunes :

- au cœur des villages en réinstallant systématiquement des « arbres à palabre » sur les places publiques, ce qu'ont commencé à faire certains villages (« *L'Arbre de la place publique* », « *Le Sénat* », « *La Place des Sages* », etc.),
- au sein des écoles :
 - publiques (*ce qui pourrait permettre aux jeunes d'accroître leur réussite scolaire en valorisant leur culture maternelle et son interaction avec celle, de culture française, qu'ils découvrent à l'école, et qu'ils peuvent avoir du mal à appréhender s'ils ont l'impression que leur culture maternelle n'est pas reconnue par l'Education nationale et par « le monde moderne » — la MGEN pourrait être partenaire, en 2017, après la fin de la gestion des inscriptions des enseignants auprès de ses services —*) :
 - dans le cadre des activités périscolaires,
 - grâce à la constitution de la Réserve citoyenne voulue par le Président de la République,
 - et coraniques (*transmissions de valeurs traditionnelles, de pratiques d'agriculture vivrière et de pêche traditionnelle, de vie en harmonie avec la nature mahoraise, etc.*),
- lors de matches de football annoncés un peu « chauds », etc.

A noter qu'à Mayotte, les associations locales de personnes âgées ne sont pas exclusivement des clubs de loisirs comme en Métropole, mais d'abord des groupes de lobbying, pour faire avancer le respect des droits pour les personnes âgées, mais aussi pour développer le lien entre les générations (*d'autant que le liant social et solidaire est traditionnellement plus centré au sein d'une même génération qu'entre les générations*).

Ses étapes de mise en place :

Un groupe de travail associant la DJSCS, le Vice-Rectorat, la MGEN, l'Association des Maires de Mayotte, le Grand Cadi, des représentants des CCAS, des représentants des chargés de mission Politique de la ville, la FMAPAR, le CODERPA, l'UDAF, l'Association des travailleurs sociaux de Mayotte, etc., devra réfléchir sur le développement d'actions au sein de l'école et dans la vie de la cité, puis servir de groupe de suivi départemental de ces actions.

Parmi les actions à dérouler :

- lancement de la dynamique par une conférence de sensibilisation aux actions intergénérationnelles organisée, en présence de la chargée de mission projets intergénérationnels du Ministère de l'Education nationale, par le vice-Rectorat, la MGEN et le Département,
- puis organisation de « cafés du vivre ensemble à travers nos âges et nos cultures » au sein des écoles, dans chaque village, avec la FMAPAR et ses associations locales et/ou les conseils des sages déjà existants,
- puis installation :
 - d'une Réserve citoyenne d'adultes âgés prêts à parler de leurs expériences de vie dans les écoles, sous la responsabilité des enseignants,
 - des formules actualisées des « arbres à palabre » dans chaque village et/ou de conseils des sages dans chaque commune,
 - d'un conseil des sages dans chaque commune, avec une dotation pour porter un contrat social entre les générations, avec l'ensemble des partenaires mobilisables, sur la base d'un cahier des charges précis, qui rendra « gardien » de la musada traditionnelle chaque conseil des sages,
- remise officielle de « brevet de service civique » aux personnes âgées actives auprès des jeunes et des enfants permettrait de valoriser le capital social et culturel qu'elles apportent aux générations plus jeunes.

Responsable de l'action :

DPAPH.

Ses partenaires potentiels :

CSSM, DJSCS, Vice-Rectorat, Ministère de l'Education nationale (*chargée de mission projets intergénérationnels*), MGEN, Association des Maires de Mayotte, Grand Cadi, CCAS, FMAPAR, CODERPA, UDAF, chargés de mission Politique de la ville, Association des travailleurs sociaux de Mayotte, etc.

Délai de mise en place :

Dès la validation du schéma.

Résultats attendus et critères d'évaluation :

L'objectif étant le maintien et le renforcement du contrat social entre les générations, cette fiche sera évaluée en fonction de la quantité et de la qualité des actions mises en place et/ou renforcées sur tout le territoire mahorais.

Action n°2.2 : Développer les lieux d'accueil, d'animation et de rencontres intergénérationnelles pour lutter contre l'isolement géographique et le sentiment de solitude

Thématique : Pilier vie sociale

Rôle du Département pour la mise en place de l'action :

Soutien aux acteurs de la société civile, en lien avec les autres acteurs institutionnels.

Les enjeux de l'action :

Les femmes occupant de plus en plus un emploi salarié, les personnes âgées peuvent se retrouver seules dans les maisons, voire enfermées (*avec des WC à l'extérieur de la maison*) quand elles sont un peu perdues dans l'espace et dans le temps.

D'autres personnes âgées peuvent souffrir de l'éloignement géographique de leurs enfants (*à La Réunion ou en Métropole*) ou n'ont pas de famille.

Objectif de l'action :

Des lieux (*fixes, voire itinérants*) d'accueil, d'animation et de rencontres intergénérationnelles pourraient être envisagées dans chaque village et/ou chaque commune (*« Maison des Cocos et des Bacocos », « Maisons seniors », comme le foyer « occupationnel » de Dzaoudzi-Pamandzi*), en occupant, par exemple, les MJC, vides en journée (*des financements de droit commun devront être trouvés pour faire fonctionner ces lieux d'accueil et d'animation, qui ne sont pas des accueils de jour au sens médicosocial*).

Ses étapes de mise en place :

Un groupe de travail associant la DJSCS, la CSSM, l'Association des Maires de Mayotte, des représentants des CCAS, des représentants des chargés de mission Politique de la ville, des

représentants des MJC, la FMAPAR, le CODERPA, l'UDAF, l'Association des travailleurs sociaux de Mayotte, etc., devra réfléchir sur :

- un concept de lieu d'accueil, d'animation et de rencontres intergénérationnelles de proximité :
 - autour duquel des équipes de volontaires MONALISA (*Mobilisation nationale contre l'isolement des personnes âgées*) pourraient rayonner,
 - avec l'organisation d'un ramassage car, aujourd'hui, l'accès à la vie sociale peut être rendu ardu du fait du manque de solutions en termes de transport,
- les modalités de financement du fonctionnement de ce concept, sur la base d'un cahier des charges afin de l'implémenter dans tout le territoire mahorais (*en analysant les expériences déjà existantes*).

Puis, un appel à projet pourrait être lancé, auquel pourraient répondre les associations, les CCAS, les MJC, etc.

Un réseau mahorais de ces lieux de proximité sera instauré, afin de faciliter des échanges de pratiques « inspirantes » et une supervision de ceux-ci.

Responsable de l'action :

DPAPH.

Ses partenaires potentiels :

CSSM, DJSCS, Association des Maires de Mayotte, CCAS, chargés de mission Politique de la ville, MJC, FMAPAR, CODERPA, UDAF, Association des travailleurs sociaux de Mayotte, etc.

Délai de mise en place :

Dès la validation du schéma.

Résultats attendus et critères d'évaluation :

L'objectif étant le maintien et le renforcement du lien social autour des personnes âgées, cette fiche sera évaluée en fonction de la quantité et de la qualité de lieux d'accueil, d'animation et de rencontres intergénérationnelles mis en place et/ou renforcés sur tout le territoire mahorais.

Action n°3.1 : Renforcer la prise en charge de leur maladie chronique par les personnes âgées et leur entourage

Thématique : Pilier santé/bien-être

Rôle du Département pour la mise en place de l'action :

Accompagnement du rôle de chef de file de l'ARS.

Les enjeux de l'action :

Le schéma départemental d'organisation médicosociale 2016-2020 a montré qu'il y a un nombre important de personnes atteintes de maladies chroniques, entre autres par un taux

de prévalence important au niveau diabète, et le constat est que peu d'entre elles gèrent la chronicité de leur maladie, étant, de plus, peu soutenues dans cette gestion par leur famille.

Objectif de l'action :

Les actions collectives de sensibilisation à la prévention santé, comme des campagnes de prévention ciblées doivent être développées (*mais le manque de transport en commun ou de transport accompagné réduit les capacités des personnes concernées à se déplacer*).

Par le renforcement d'une approche de santé communautaire (*en sensibilisant l'ensemble des acteurs sociaux et sanitaires à cette pratique*), une éducation à la santé doit permettre à chaque malade et à son environnement de se prendre en charge, pour gérer au mieux le traitement et les conséquences de la maladie chronique.

Ses étapes de mise en place :

Un groupe de suivi, composé de l'ARS, du Département, de représentants des CCAS, de l'UDAF, des associations de prévention et/ou de patients/usagers de la santé, de la FMAPAR, etc., sera chargé de faciliter la cohérence et trouver les moyens pour un plan de prévention ambitieux autour des maladies chroniques.

En prémices de la Conférence des financeurs prévue par la future loi d'adaptation de la société française au vieillissement, le Département, pour sa part, réfléchira à une enveloppe de soutien de ce plan de prévention (*aide au transport pour accéder aux actions de sensibilisation, prise en charge d'une partie des frais d'organisation des actions, etc.*).

Une étude-action sociologique sera menée pour être vraiment efficient en termes de prévention, avec l'objectif de trouver et de tester les arguments qui permettraient de raisonner les gens de manière à ce qu'ils évitent les conduites à risque et se soignent (*surtout en cas de maladie chronique*), en expliquant que la religion musulmane n'a pas demandé de subir avec fatalisme sa maladie, mais les principes du livre saint sont bien d'agir pour garder toutes les capacités de son corps et de son esprit afin d'être en état de pouvoir aider les autres.

Responsable de l'action :

La DPAPH, en lien avec l'ARS.

Ses partenaires potentiels :

ARS, CNSA, CSSM, CCAS, UDAF, associations de prévention et/ou de patients/usagers de la santé, FMAPAR, CODERPA, etc.

Délai de mise en place :

Dès la validation du schéma.

Résultats attendus et critères d'évaluation :

L'objectif étant le maintien et le renforcement de la prise en charge de leur maladie chronique par les personnes âgées et leur entourage, cette fiche sera évaluée en fonction de la quantité et de la qualité des actions mises en place et/ou renforcées sur tout le territoire mahorais.

Action n°3.2 : Installer une cohérence dans l'évaluation médicosociale à travers les dispositifs existants et à venir

Thématique : Pilier santé/bien-être

Rôle du Département pour la mise en place de l'action :

Chef de file.

Les enjeux de l'action :

Le décret instaurant l'APA et la PCH à Mayotte n'a été publié que le 13 octobre 2015.

Par ailleurs, il n'y a toujours pas de CLIC à Mayotte, encore moins de MAIA ou de programme PAERPA (*Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie*) ou de réseaux de santé gériatologiques.

Objectif de l'action :

Renforcer le rôle de la DPAPH du Département comme carrefour de tous les services d'évaluation et d'accompagnement des parcours de vie des personnes en risque de perte d'autonomie, mobilisant des compétences aigues en cas de situation complexe (*coordonnateurs de CLIC, « gestionnaire de cas » de MAIA [méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie], parcours PAERPA, médiation familiale et autres plateformes de répit pour les proches aidants, etc.*).

Ses étapes de mise en place :

- Accompagnement logistique et méthodologique de l'équipe médicosociale de la DPAPH en vue de l'installation de l'APA :
 - état des besoins de l'équipe pour être pleinement opérationnelle en termes de :
 - personnel, tant en quantité qu'en compétences,
 - professionnalisation et organisation,
 - échanges de pratiques avec des équipes de Métropole et d'autres territoires ultramarins (*La Réunion, etc.*),
 - locaux,
 - véhicule,
 - matériel bureautique,
 - téléphonie et internet, voire de visioconférence,
 - outils de promotion,
 - outils d'évaluation, d'orientation, de suivi des situations, etc.,
- Réfléchir, en lien avec l'ARS, sur :
 - une structuration (*à installer*) de CLIC de proximité et d'une MAIA, en interaction étroite avec l'équipe médicosociale de la DPAPH du Département,
 - la complémentarité avec la médiation familiale et autres plateformes de répit pour les proches aidants,
 - la synergie avec les associations locales de personnes âgées qui ont un rôle de repérage de personnes âgées en situation très difficile, comme d'observatoire de situations difficiles récurrentes, rôle qu'il conviendrait de valoriser et de formaliser,
 - etc.

Responsable de l'action :

DPAPH.

Ses partenaires potentiels :

CNSA, CCAS, UDAF, associations de prévention et/ou de patients/usagers de la santé, FMAPAR, etc.

Délai de mise en place :

Dès la validation du schéma.

Résultats attendus et critères d'évaluation :

L'objectif étant le maintien et le renforcement d'une cohérence dans l'évaluation médicosociale, cette fiche sera évaluée en fonction de la quantité et de la qualité des interactions entre les services et les équipes.

Action n°3.3 : Professionnaliser l'accompagnement social médicosocial des personnes âgées en perte d'autonomie au sein de leur milieu de vie naturel

Thématique : Pilier santé/bien-être

Rôle du Département pour la mise en place de l'action :

Chef de file, en lien avec l'ARS.

Les enjeux de l'action :

Peu de services sociaux médicosociaux sur Mayotte, avec peu d'opérateurs installés.

Les personnes grabataires ayant besoin des soins de nursing à domicile ont peu de réponses aujourd'hui, ne pouvant pas se rendre au dispensaire pour recevoir ces soins de nursing.

Les familles ont besoin d'être soutenues, voire d'être remplacées par des services professionnels.

La filière gériatrique est inexistante au sein du Centre hospitalier.

Objectif de l'action :

Pour favoriser le maintien à domicile, sont donc nécessaires des réponses professionnelles de qualité au sein de leur milieu de vie naturel en termes :

- de services s'appuyant sur les dispensaires et les centres de références du centre hospitalier, services développés de façon adaptée au contexte de Mayotte, sans casser la musada, mais en la renforçant (*explorer la possibilité d'imaginer des « quartiers de santé » où tous ces services sociaux, médicosociaux et sanitaires seraient rassemblés, d'autant que la baisse de la densité médicale pose problème*) :
 - de téléassistance,
 - d'aide, d'accompagnement et de soins infirmiers à domicile,
 - d'accueillants familiaux,
 - d'accueil de jour, d'hébergement temporaire et de petites unités de vie.

Ses étapes de mise en place :

- Mobilisation, autour du Département et de l'ARS, des acteurs concernés pour rédiger les cahiers des charges des services qui seront retenus, en fonction du contexte de Mayotte et des financements mobilisables, afin de lancer les appels à projets ad hoc.
- Diffusion des appels à projets et choix des structures retenues pour les porter par le Département et/ou l'ARS.
- Organisation de formations adaptées de professionnalisation auprès :
 - des accueillants familiaux (*familles d'accueil*), ce qui permet d'optimiser la mise en place du dispositif « accueil familial pour personnes âgées et pour personnes en situation de handicap » à Mayotte,
 - des accompagnants sociaux médicosociaux de la DPAPH (*« aides à domicile » hérités lors de la décentralisation de 2004, qui pourront être externalisés à la suite à cette formation soit vers un des CLIC que le Département va installer, soit vers un service d'aide et d'accompagnement à domicile*).

Responsable de l'action :

DPAPH.

Ses partenaires potentiels :

ARS, CNSA, CSSM, CCAS, Centre hospitalier, UDAF, services sociaux médicosociaux, associations de prévention et/ou de patients/usagers de la santé, FMAPAR, CODERPA, etc.

Délai de mise en place :

Dès la validation du schéma (*sauf les déclinaisons 3.3.1 et 3.3.2 de la fiche 3.3*).

Résultats attendus et critères d'évaluation :

L'objectif étant le maintien et le renforcement d'une cohérence dans les réponses sociales médicosociales à apporter aux personnes âgées en perte d'autonomie, cette fiche sera évaluée en fonction de la quantité et de la qualité des réponses sociales médicosociales mises en place ou développées.

Déclinaison 3.3.1 de la fiche-action 3.3 : Développement effectif du dispositif d'accueillants familiaux

Objectif

Grâce à la délibération n°1436/2014/CP prise en commission permanente du 13 février 2014, le dispositif d'accueillants familiaux sera mis en place, car il pourra apporter une vraie plus-value, si nous nous référons à son développement important à La Réunion.

Mise en œuvre

Sans attendre l'adoption du schéma, un groupe de travail interne à la DPAPH doit évaluer les freins au développement de ce dispositif et déterminer une stratégie adaptée au contexte de Mayotte.

Déclinaison 3.3.2 de la fiche-action 3.3 : Création d'un service polyvalent d'aide et de soins à domicile

Objectif

Comme il n'existe pas de SSIAD (*service de soins infirmiers à domicile*) aujourd'hui à Mayotte et que les pouvoirs publics soutiennent, en métropole, la fusion ou, pour le moins, une coopération accrue de ceux-ci avec les SAAD (*service d'aide et d'accompagnement à domicile*), l'objectif est de mettre de suite en place un SPASAD (*service polyvalent d'aide et de soins à domicile*) autorisé par le Département et l'ARS pour couvrir le territoire mahorais, ce qui permettra des interventions en binôme d'une aide soignante et d'une auxiliaire de vie sociale pour les personnes en GIR 1 à 2 (*le personnel le plus formé réservé en priorité pour intervenir auprès de personnes en GIR 1*).

Celui-ci pourrait gérer, entre autres, un service de gardes itinérantes de jour et de nuit, un service de baluchonnage, une ESA (*équipe spécialisée Alzheimer*), etc.

Les SAAD déjà existants à Mayotte, autorisés par le Département et dont les agents ne peuvent qu'aider à la toilette et non en faire (*attention au glissement de tâches indues*) seraient alors centrés auprès des personnes en GIR 3 à 6.

Mise en œuvre

Sans attendre l'adoption du schéma, un groupe de travail associant l'ARS et la CSSM réfléchit sur un concept de SPASAD adapté à Mayotte et sur un cahier des charges afin de l'implémenter dans tout le territoire mahorais. Puis, un appel à projet est lancé, pour 40 places « personnes âgées » (*et 17 pour les personnes en situation de handicap, par ailleurs*) auquel pourraient répondre les acteurs compétents.

Déclinaison 3.3.3 de la fiche-action 3.3 : Création d'un « réseau gérontologique de « villas mahoraises » »

Objectif

Le concept d'EHPAD n'est pas encore rentré dans la culture mahoraise.

Néanmoins, pour soulager les familles, mais aussi pour que la personne âgée puisse se reposer, émerge l'intérêt d'un « réseau gérontologique de « villas mahoraises » » multi-sites, qui pourrait comporter, par site dans une commune, hébergement durable social (*équivalent de places de résidences autonomie*), hébergement durable médicosocial (*places d'EHPAD de petite unité de vie*), accueil de jour, de soirée, de nuit, hébergement temporaire, etc.

Ce réseau serait diffus sur l'ensemble de Mayotte, coordonnées par une équipe de coordonnateurs prévention, s'appuyant sur du personnel dédié et mutualisé du futur SPASAD (*collectivisation des enveloppes APA à domicile/PAP/caisses de retraite complémentaires/aide sociale à domicile au sein d'un budget « prévention de la perte d'autonomie »*).

Le fonctionnement serait basé sur celui des MARPA (*maison d'accueil en milieu rural pour personnes âgées*), c'est-à-dire que les résidents seraient invités à participer, chacun selon son choix, à la vie collective quotidienne du site.

Chaque site serait imaginé avec une conception architecturale adaptée au mode de vie de Mayotte.

Le site pourrait, quand cela s'avérerait pertinent, accueillir le lieu d'accueil et d'animation de la commune (*fiche-action 2.2*).

Enfin, ce « réseau gérontologique de « villas mahoraises » » pourrait être, sur la proximité de chacun de ses sites :

- le carrefour de services d'évaluation et d'accompagnement des parcours de vie des personnes risque de perte d'autonomie (*PAERPA*),
- la plateforme de coopération de services sociaux médicosociaux,
- la tête de réseau des dynamiques facilitant le « vivre ensemble à travers nos âges », à travers une revalorisation de la place des plus âgés dans la vie de la cité, entre autres à travers une dynamique « MONALISA », qui serait aussi un mouvement de troc social et d'entraide entre toutes les générations d'habitants de Mayotte.

Mise en œuvre

Dès l'adoption du schéma, un groupe de travail associant l'ARS, la CSSM, les CCAS, le Centre hospitalier, l'UDAF, les services sociaux médicosociaux, les associations de prévention et/ou de patients/usagers de la santé, la FMAPAR, le CODERPA, etc., devra réfléchir au concept de « réseau gérontologique de « villas mahoraises » » et sur un cahier des charges afin de l'implémenter dans tout le territoire mahorais.

Puis, un appel à projet conjoint Département-ARS pourrait être lancé, auquel pourraient répondre les acteurs compétents.

Action n°3.4 : Développer une culture de respect des droits de la personne âgée fragilisée à Mayotte

Thématique : Pilier santé/bien-être

Rôle du Département pour la mise en place de l'action :

Chef de file.

Les enjeux de l'action :

Le phénomène de vieillissement d'un grand nombre de personnes, dont un certain nombre sont en perte d'autonomie, est nouveau à Mayotte et les pratiques familiales n'ont pas encore toujours intégré ce que cela peut entraîner auprès des personnes qui seraient fragilisées. Ainsi, pour le protéger, des familles peuvent enfermer dans la maison, durant la journée de travail, leur parent désorienté, avec les toilettes à l'extérieur.

Les services sociaux médicosociaux au sens de la loi du 2 janvier 2002 déjà existants ne sont pas encore à jour quant à l'effectivité des 7 outils de cette loi, dont l'objectif est le respect des droits des personnes accompagnées par ces services.

Objectif de l'action :

- Organiser sur tout le territoire des actions de sensibilisation autour des droits des personnes auprès de la population dans chaque village, par des saynètes s'appuyant sur le projet de convention internationale que la FIAPA porte devant l'ONU pour faciliter l'accès au droit commun pour les personnes âgées.
- Installer un dispositif de traitement des signalements de suspicion de maltraitance, ainsi qu'une antenne locale du dispositif 3977 (*Allo maltraitance*).

- Publier, entre le Département, l'ARS et la DJSCS, la liste des personnes qualifiées, médiatrices au sens de la loi du 2 janvier 2002.
- Sensibiliser les services sociaux médicosociaux à leurs obligations quant au respect des droits des personnes âgées et contrôler, avec l'ARS et la DJSCS, selon les services, la concrétisation de ces obligations (*à côté du rôle d'inspection de ces services que peuvent avoir l'ARS et la DJSCS*).

Ses étapes de mise en place :

- Concevoir, lors de formations adaptées, des saynètes de sensibilisation sur les pratiques familiales qui permettent le respect des droits des personnes âgées, en mobilisant, à côté des travailleurs sociaux et des aides à domicile de la DPAPH, des étudiants en travail sanitaire (*infirmiers, aides soignantes*) et social (*assistants en service social, etc.*), lesquelles saynètes seront jouées lors des caravanes d'accès aux droits présentés dans la fiche 3.4.
- Organiser :
 - un dispositif de traitement des signalements de suspicion de maltraitance, avec la DJSCS (*chargée de la gestion des cas de maltraitance*), l'ARS (*chargée de la bientraitance et de l'inspection des services sociaux médicosociaux*), les services de la justice, de la police, des pompiers, etc.,
 - une antenne locale du dispositif 3977 (*Allo maltraitance*), avec la DJSCS et la Fédération nationale 3977,
- Etablir et diffuser, avec l'ARS et la DJSCS, la liste des personnes qualifiées pour l'ensemble des publics couverts par la loi du 2 janvier 2002.
- Proposer aux services sociaux médicosociaux des formations sur leurs obligations pour respecter leurs obligations quant au respect des droits des personnes âgées.

Responsable de l'action :

DPAPH, en lien avec l'ARS et la DJSCS.

Ses partenaires potentiels :

CSSM, DJSCS, services de la justice, de la police, des pompiers, etc., IFSI du Centre hospitalier, IRTS de La Réunion, CNFPT, OPCA, etc.

Délai de mise en place :

Dès la validation du schéma.

Résultats attendus et critères d'évaluation :

L'objectif étant le maintien et le renforcement du respect des droits des personnes âgées, cette fiche sera évaluée en fonction de la quantité et de la qualité des réponses mises en place ou développées.

Action n°3.5 : Animer régulièrement des caravanes d'accès aux droits dans les villages, afin de sensibiliser les personnes âgées et leur famille aux dispositifs existants

Thématique : Pilier santé/bien-être

Rôle du Département pour la mise en place de l'action :

Chef de file.

Les enjeux de l'action :

Un nombre non négligeable de personnes âgées qui en auraient besoin ne recourent pas aux dispositifs existants par ignorance de leur existence, lesquels sont nouveaux à Mayotte.

De même, leurs enfants et le reste du village ne connaissent pas ou pas précisément ces dispositifs et ne peuvent pas les conseiller.

Objectif de l'action :

Afin de faire connaître les dispositifs existants, mais aussi pour faire repérer les besoins récurrents non couverts (*comme un observatoire de proximité*), concevoir et animer chaque année une caravane d'accès aux droits dans chaque village.

Ses étapes de mise en place :

- A l'instar des Semaines sociales de la DPAPH des années précédentes, organiser, avec l'ARS, la CSSM, les CCAS, la FMAPAR, l'UDAF et les associations locales de personnes âgées, ainsi qu'avec les partenaires institutionnels concernés (ARS, DJSCS, CSSM, etc.) des caravanes d'accès aux droits annuelles dans chaque village (*financements « section IV CNSA », « politique volontariste » du Département, contrats « politique de la ville », etc.*).
- Après chaque déplacement de la caravane, organiser des temps d'évaluation afin d'améliorer le dispositif et analyser les besoins, récurrents ou pas, qui ressortiraient des échanges avec la population.

Responsable de l'action :

DPAPH, en lien avec l'ARS, la DJSCS et la CSSM.

Ses partenaires potentiels :

DJSCS, CSSM, CCAS, la FMAPAR, l'UDAF et les associations locales de personnes âgées, etc.

Délai de mise en place :

Dès la validation du schéma.

Résultats attendus et critères d'évaluation :

L'objectif étant le maintien et le renforcement de l'accès aux droits des personnes âgées, cette fiche sera évaluée en fonction de la quantité et de la qualité des réponses mises en place ou développées.

Action n°4.1 : Réfléchir sur un concept de places de type « résidence autonomie » réparties sur l'ensemble de Mayotte

Thématique : Pilier habitat

Rôle du Département pour la mise en place de l'action :

Soutien aux acteurs de la société civile, en lien avec les autres acteurs institutionnels.

Les enjeux de l'action :

De nombreuses personnes âgées logent dans des logements insalubres et indignes, d'autant leur accès au logement peut être difficile.

Un accompagnement adapté à domicile est alors rendu difficile.

Objectif de l'action :

Il semble nécessaire de renforcer les aides financières pour l'amélioration de ces logements (*cf. les aides à l'habitat du Conseil départemental et de la CSSM*), mais aussi de développer, avec la SIM, des réponses en termes de logements très sociaux, pour répondre à la problématique de logement insalubre et indigne.

Des logements sociaux d'hébergement temporaire et d'urgence pourraient être prévus en cœur des villages et des communes pour les personnes qui seraient dans des logements les plus indignes, avec une coordination de ces logements sociaux via le concept de « réseau gérontologique de « villas mahoraises » » (*cf. déclinaison 3.3.3 de la fiche-action 3.3*).

Ce concept de « réseau gérontologique de « villas mahoraises » » pourrait être une réponse pour les personnes sans famille ou éloignées de leur famille, ou, pour le moins, souffrant de solitude.

De même, ce concept permettrait un soutien à domicile rapproché avec un habitat adapté.

En outre, face au désert médical, il faciliterait un accompagnement en termes de santé.

Ses étapes de mise en place :

La loi 2015-1776 ne permet pas, actuellement, la création de résidences autonomie à Mayotte, mais des places de type « résidence autonomie » seraient insérées sur chacun des sites du « réseau gérontologique de « villas mahoraises » » (*cf. déclinaison 3.3.3 de la fiche-action 3.3*).

Responsable de l'action :

DPAPH.

Ses partenaires potentiels :

CSSM, DEAL, ARS, DJSCS, CNSA, Association des Maires de Mayotte, CCAS, chargés de mission Politique de la ville, FMAPAR, CODERPA, UDAF, Association des travailleurs sociaux de Mayotte, etc.

Délai de mise en place :

Dès la validation du schéma.

Résultats attendus et critères d'évaluation :

L'objectif étant le maintien et le renforcement du lien social autour des personnes âgées, cette fiche sera évaluée en fonction de la quantité et de la qualité des places de type résidences autonomie « éclatées » mises en place sur tout le territoire mahorais.

Action n°5.1 : Contribuer à la revalorisation des revenus des personnes âgées à Mayotte

Thématique : Pilier ressources

Rôle du Département pour la mise en place de l'action :

Assurer un lobbying auprès des acteurs institutionnels concernés et soutenir les acteurs de la société civile qui feraient le même type de démarche.

Les enjeux de l'action :

La grande majorité des personnes âgées mahoraises ont des très faibles revenus. Ceci est causé par plusieurs phénomènes. Ils ont peu travaillé dans le secteur formel, ce qui entraîne des retraites basses. Ou ils n'ont travaillé que dans le secteur informel. Ou ils ont peu travaillé.

L'ASPA qu'ils touchent, pour assurer le minimum vieillesse, est d'un niveau bas. Le décret du 22 décembre 2010 relatif à la revalorisation de l'ASPA dans le régime de retraite de Mayotte précise que l'allocation versée à Mayotte pour les personnes âgées de 65 ans et + doit être valorisée de la même façon qu'en Métropole. Ce décret ne prévoit en aucun moment un rattrapage particulier de cette allocation pour Mayotte.

La problématique de la vie chère concerne à Mayotte, en premier lieu, les personnes âgées de 65 ans et + qui vivent désormais dans une très grande précarité.

Objectif de l'action :

Assurer une pression politique forte auprès de l'Etat et des organismes sociaux afin que ceux-ci revalorisent les revenus des personnes âgées à Mayotte, tant sur le niveau de retraite que sur celui de l'ASPA.

Ses étapes de mise en place :

En lien étroit avec la CSSM, interpellier (*par des missions en métropole ou d'officiels à Mayotte, l'organisation d'événements, associant les élus nationaux de Mayotte, etc.*) le Gouvernement, la CDC, la CNAV, le Défenseur des droits, etc., afin que les revenus des personnes âgées à Mayotte sont augmentés.

Responsable de l'action :

Exécutif du Département.

Ses partenaires potentiels :

ARS, DJSCS, FMAPAR, CODERPA, UDAF, etc.

Délai de mise en place :

Dès la validation du schéma.

Résultats attendus et critères d'évaluation :

L'objectif étant l'augmentation des revenus des personnes âgées à Mayotte, cette fiche sera évaluée en fonction de cette augmentation.

Action n°6.1 : Instituer une charte de coopération entre les acteurs institutionnels et de terrain du champ du social et du médicosocial versant personnes âgées

Thématique : Axe transversal

Rôle du Département pour la mise en place de l'action :

Soutien aux acteurs sociaux et de la société civile, en lien avec les autres acteurs institutionnels.

Les enjeux de l'action :

Jusqu'à ces derniers temps quasi inexistantes sur Mayotte, les structures sociales se développent, en nombre et en qualité (CCAS, associations de personnes âgées, FMAPAR, CODERPA, UDAF, UDPARM [association de gestion des fonds du CODERPA], etc.), entraînant la nécessité de mieux cadrer qui fait quoi entre tous les acteurs, afin d'optimiser et éviter les doubles emplois, voire les concurrences stériles.

Objectif de l'action :

Au-delà de conventions duelles entre les acteurs concernés, un cadrage entre tous ces acteurs semble devoir être formalisé par un document contractualisant l'interaction entre tous les acteurs, une charte de coopération, notamment sur les droits et des devoirs de chacun, tant pour les acteurs institutionnels que pour les acteurs de terrain.

Le suivi des Etats généraux du social, du 30 septembre 2015, coordonnés par l'antenne mahoraise du CNFPT, pourrait être l'occasion de cette réflexion.

De même, l'Association des travailleurs sociaux de Mayotte, par son rôle transversal entre les services sociaux, pourrait faciliter celle-ci.

Ses étapes de mise en place :

Un groupe de travail associant l'ARS, la DJSCS, l'Association des Maires de Mayotte, des représentants des CCAS, des représentants des chargés de mission Politique de la ville, FMAPAR, le CODERPA, l'UDAF, l'Association des travailleurs sociaux de Mayotte, etc., devra réfléchir sur une charte de coopération dans les champs du social et du médicosocial versant personnes âgées, ainsi que sur les modalités de suivi de cette charte.

Responsable de l'action :

DPAPH.

Ses partenaires potentiels :

CSSM, ARS, DJSCS, Association des Maires de Mayotte, CCAS, chargés de mission Politique de la ville, FMAPAR, CODERPA, UDAF, Association des travailleurs sociaux de Mayotte, etc.

Délai de mise en place :

Dès la validation du schéma.

Résultats attendus et critères d'évaluation :

L'objectif étant le maintien et le renforcement de la coopération, cette fiche sera évaluée en fonction de la quantité des signataires de la charte et de la qualité du suivi de son exécution.

Action n°6.2 : Assurer le suivi de la mise en place du schéma versant personnes âgées

Thématique : Axe transversal

Rôle du Département pour la mise en place de l'action :

Chef de file.

Les enjeux de l'action :

Nombre de schémas d'organisation sociale médicosociale manquent de concrétisation, in fine, du fait d'un déficit de suivi en termes de pilotage institutionnel et de suivi inter-partenarial.

Objectif de l'action :

Sont donc nécessaires 2 instances de suivi du schéma :

- une équipe d'animation, entre le Département, l'ARS, la DJSCS et la CSSM, supervisant méthodologiquement et institutionnellement la réalisation du schéma et facilitant la recherche de financements d'investissement et de financement des actions indiquées dans les fiches-actions du schéma,
- un comité de pilotage (*composé largement des acteurs associés au comité de pilotage qui aura permis la conception du schéma*) assurant le suivi général et inter-partenarial du schéma lors d'une réunion annuelle.

Ses étapes de mise en place :

Mise en place et animation des 2 instances.

Responsable de l'action :

DPAPH, en lien avec l'ARS.

Ses partenaires potentiels :

ARS, CNSA, CCAS, UDAF, services sociaux médicosociaux, associations de prévention et/ou de patients/usagers de la santé, FMAPAR, CODERPA, etc.

Délai de mise en place :

Dès la validation du schéma.

Résultats attendus et critères d'évaluation :

L'objectif étant le maintien et le renforcement du schéma, cette fiche sera évaluée en fonction de la quantité des fiches-actions et de la qualité des réponses sociales médicosociales mises en place ou développées.

Action n°6.3 : Affirmer que Mayotte est une communauté-amie des aînés de l'OMS

Thématique : Axe transversal

Rôle du Département pour la mise en place de l'action :

Soutien aux communes, aux futures intercommunalités et aux acteurs de la société civile, en lien avec les autres acteurs institutionnels.

Les enjeux de l'action :

Aucune commune de Mayotte n'a reçu pour l'instant la reconnaissance Ville-amies des Aînés de l'OMS.

Objectif de l'action :

Obtenir la reconnaissance Communautés-amies des Aînés de l'OMS pour l'ensemble du territoire de Mayotte, afin d'accompagner les communes et les futures intercommunalités dans l'obtention de leur propre reconnaissance Villes-amies des Aînés de l'OMS, en profitant des nouveaux contrats Politique de la Ville (*dans lesquels un axe « personnes âgées » doit forcément exister*).

Ses étapes de mise en place :

En lien avec la Commission Cohésion sociale mise en place dans le cadre des nouveaux contrats Politique de la ville, un groupe de travail associant l'ARS, la DJSCS, l'Association des Maires de Mayotte, des représentants des CCAS, des représentants des chargés de mission Politique de la ville, la FMAPAR, le CODERPA, l'UDAF, l'Association des travailleurs sociaux de Mayotte, etc., devra réfléchir pour déposer une demande de reconnaissance de l'OMS (*via le Réseau francophone des Villes-amies des Aînés*) puis étudiera sur la méthodologie adaptée à Mayotte (*et en lien avec les autres fiches-actions du schéma*) pour travailler sur les 8 axes qu'entraîne cette reconnaissance (*protocole de Vancouver*) pour l'ensemble des communes de Mayotte (*financements « politique volontariste » du Département, contrats « politique de la ville », etc.*) :

- espaces extérieurs et bâtiments,
- transports,
- logement,
- participation au tissu social,
- respect et inclusion sociale,
- participation citoyenne et emploi,
- communication et information,
- soutien communautaire et services.

Responsable de l'action :

DPAPH.

Ses partenaires potentiels :

ARS, DJSCS, Association des Maires de Mayotte, CCAS, Réseau francophone des Villes-amies des Aînés, FMAPAR, CODERPA, UDAF, chargés de mission Politique de la ville, Association des travailleurs sociaux de Mayotte, etc.

Délai de mise en place :

Sans attendre la validation du schéma.

Résultats attendus et critères d'évaluation :

L'objectif étant l'accueil des personnes âgées dans la ville, cette fiche sera évaluée en fonction de la quantité et de la qualité des actions mises en place et/ou renforcées sur tout le territoire mahorais.

Action n°6.4 : Renforcer une coopération régionale autour des problématiques des personnes âgées

Thématique : Axe transversal

Rôle du Département pour la mise en place de l'action :

Chef de file pour Mayotte.

Les enjeux de l'action :

Des échanges de pratiques « inspirantes » en termes de politiques publiques du vieillissement existent depuis quelques temps avec l'autre île française de l'Océan indien, Mayotte, ainsi qu'avec Maurice depuis peu (*suite à un colloque de la FIAPA fin 2014 à Maurice*).

Mais il n'en existe pas avec les autres îles, que cela soit les Seychelles, Madagascar, etc.

Et surtout pas avec les Comores, alors que nombre habitants de Mayotte sont Comoriens, avec les générations âgées restées au pays ou celles-ci sont à Mayotte, leurs enfants aux Comores.

Objectif de l'action :

Une coopération régionale de l'Océan indien permettrait :

- d'une part, un échange de pratiques « inspirantes » entre les politiques publiques du vieillissement des différentes îles, en tenant compte du contexte de chacune,
- d'autre part, de tenir compte des familles comoriennes dont les générations seraient éclatées entre les Comores et Mayotte, en termes de politiques d'« aide aux aidants ».

A noter que le prochain Sommet de la Francophonie aura lieu à Madagascar fin 2016 et qu'il pourrait être intéressant de profiter de cet événement international.

Ses étapes de mise en place :

Le Département pourrait prendre l'initiative de proposer aux autres îles de l'Océan indien une journée d'étude qui permettrait de poser les bases d'une collaboration régionale.

Responsable de l'action :

DPAPH.

Ses partenaires potentiels :

ARS, Réseau francophone des Villes-amies des Aînés, FMAPAR, CODERPA, UDAF, FIAPA, etc.

Délai de mise en place :

Dès la validation du schéma.

Résultats attendus et critères d'évaluation :

L'objectif étant le développement d'une coopération régionale, cette fiche sera évaluée en fonction de la quantité et de la qualité des échanges mis en place et/ou renforcés.

7) Récapitulatif des besoins à prendre en compte pour la totalité de la période 2016-2020

<i>Actions</i>	<i>Estimation Coûts</i>
<i>Axe psychoaffectif</i>	<i>1.500.000€</i>
<i>Axe vie sociale</i>	<i>7.810.000€</i>
<i>Axe soins/bien-être</i>	<i>3.510.000€</i>
<i>Axe habitat</i>	<i>20.000€</i>
<i>Axe ressources</i>	<i>15.000€</i>
<i>Axe transversal</i>	<i>20.000€</i>
<i>Total</i>	<i>12.875.000€</i>



Partie 3

Versant personnes
en situation de handicap
**« Vers un accompagnement de
droit commun »**

1) Démarche méthodologique

Le bilan du 1^{er} schéma et la préparation du présent schéma ont nécessité d'engager un travail de concertation étroite avec les organismes institutionnels et les associations qui œuvrent dans le secteur du handicap.

L'objectif étant de mettre en place un travail partenarial afin de prendre en compte tous les besoins exprimés sur le terrain et produire, ainsi, un document conforme aux attentes du territoire de Mayotte et aux besoins de sa population.

Pour atteindre cet objectif, l'organisation des travaux s'est déroulée en plusieurs étapes :

- une étape de bilan et d'état des lieux a consisté à rencontrer individuellement tous les acteurs de terrain et les partenaires institutionnels pour faire un bilan et une évaluation des besoins au niveau de compétences de chacun. En plus des rencontres physiques, de nombreux échanges électroniques ont été effectués pour confirmer et compléter le recueil des besoins,
- une étape de synthèse a permis de réunir tous les comptes rendus d'entretiens pour dégager des orientations et, donc, des axes de travail pour le projet de schéma avec l'envoi à tous les partenaires des orientations retenues pour le projet de schéma,
- partant des orientations, des axes de travail déclinés en fiches-actions ont été dégagés. Ces fiches-actions ont été transmises à tous les partenaires pour échange. Une réunion collective de travail le vendredi 30 octobre 2015 a eu lieu pour valider les fiches-actions,
- enfin, suite à la validation des fiches-actions, le projet de schéma a été rédigé avec la continuité des échanges partenariaux lors de diverses réunions (*groupe de réflexion de l'ADAPEI, schéma départemental des services aux familles*).

Les partenaires rencontrés dans le cadre du schéma :

- la MPH,
- l'ARS,
- la DJSCS,
- l'UDAF Mayotte,
- l'Association pour les déficients sensoriels de Mayotte,
- l'Association Toioussi,
- l'ITEP Mar'ylang,
- l'APAJH Mayotte,
- l'ADAPEI Mayotte,
- ACE Msaidihe,
- Pôle Emploi,
- Opcalia Mayotte.

2) Contexte sociologique du handicap

La société mahoraise connaît des mutations sociales importantes dans ces différentes phases de transformation juridique.

Elle est en phase de transition, passant d'une société traditionnellement coutumière à une société moderne. Le droit religieux traditionnellement appliqué, notamment, dans la sphère familiale (*pour tout ce qui concerne le cadre matrimonial*) avec des représentants que sont les cadis et les foundis (*maîtres religieux*) a été remplacé par la norme législative et le système qui y est afférent, avec un cadre réglementaire écrit.

Ces mutations rapides sont l'objet de changements sociaux profonds qui bouleversent l'organisation et la conception familiale d'origine. Il s'en suit un affaiblissement des structures

familiales, sociales au sens traditionnel des solidarités, « la musada », et un changement dans le mode de vie des personnes.

Le but, pour le Département, est de réussir à concilier les deux, l'application de la loi stricto-sensu et le respect des pratiques traditionnelles et culturelles. Ces dernières, d'ailleurs, ne sont pas incompatibles avec la conception républicaine.

Cependant, on constate que l'évolution de la société mahoraise, en particulier l'immigration massive, le retard de développement économique, le taux de chômage élevé, la cherté de la vie sur le territoire, le montant des prestations sociales deux à trois fois inférieures à la Métropole, exposent aujourd'hui les personnes vulnérables notamment les personnes en situation de handicap à une situation de marginalisation sociale.

En effet, tous ces éléments font que les solidarités traditionnelles ne suffisent plus pour vivre décemment. Les contraintes et les exigences de cette société moderne marginalisent d'autant plus les personnes en situation de handicap.

2.1) L'évolution de l'approche du handicap à Mayotte

Il y a beaucoup de croyances parallèles (*mystiques*) à Mayotte qui considèrent certaines maladies, dont les maladies mentales et les handicaps, comme l'expression d'un mauvais sort, d'un mauvais œil ou d'un châtement divin. Le handicap a mis du temps à avoir une visibilité sociale et médicale en termes d'accompagnement à Mayotte. Dans les années 1980, les actions sanitaires du territoire, notamment au titre de la protection maternelle et infantile, étaient centrées sur l'aspect « protection de la mère et de l'enfant », car, à l'époque, l'objectif était d'éradiquer les maladies transmissibles de la mère à l'enfant (*rubéoles, rougeole, syphilis, etc.*), maladies étant souvent à l'origine de handicap. Le handicap, à proprement dit, n'était pas une priorité au vu des fléaux auxquels le territoire devait faire face.

Le handicap est longtemps resté invisible, parce que le système médical n'offrait pas d'accompagnement spécialisé. Vécu comme une honte, il était tabou. On cache par honte et par peur du rejet vis-à-vis de la communauté de proximité. L'approche du handicap est encore fataliste. On accepte le handicap et on assume sans plus de recherche, notamment en termes de soins. Les manquements du système sanitaire est un facteur très décourageant pour les familles concernés, comme, par exemple, l'absence d'un centre de rééducation (*en dehors du CHM*) jusqu'à aujourd'hui.

Les personnes handicapées ont été et sont encore aujourd'hui mise à l'écart de la société, considérées comme inaptes, voire folles en fonction des manifestations physiques du handicap, mental notamment. Seul existait un système d'aide associative et d'entraide sociale villageoise, de solidarité traditionnelle dit « musada ». Il n'existait pas d'accompagnement spécialisé vis-à-vis de ce public jusqu'à la fin des années 1980 ou des associations comme l'APROSASOMA (*association pour la promotion sanitaire et sociale de Mayotte*) ont commencé à voir le jour.

Au fil des évolutions juridiques et sociales, l'accompagnement des personnes en situation de handicap s'est organisé.

2.2) L'évolution de l'accompagnement des personnes en situation de handicap à Mayotte

En 1996, un recensement des personnes en situation de handicap comptait 600 personnes (*organisation d'une mission de recensement avec des spécialistes réunionnais, en orthopédie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, psychiatrie*). Seules des initiatives associatives accompagnaient ce public. En effet, le territoire était dépourvu de toute structure

spécialisée et était accaparé par des problèmes sanitaires qui monopolisaient tous ses moyens. La loi n°75-534 du 30 juin 1975 n'était pas applicable.

En 1992, la collectivité territoriale s'est dotée d'un règlement territorial d'aide sociale qui a permis entre autre d'attribuer des prestations aux personnes.

Mais il n'existait pas de moyens spécialisés, médicaux et médico-sociaux. Le milieu associatif a été le premier à prendre des initiatives pour accompagner les personnes en situation de handicap.

L'APROSASOMA, créée en 1982, avait développé plusieurs activités dans un cadre de processus d'aide aux personnes en situation de handicap.

L'APROSASOMA travaillait en étroite collaboration avec la DASS (*Direction des affaires sanitaires et sociales*) et la Direction de l'Enseignement.

L'association avait mis en place un centre d'appareillage destiné à fabriquer des prothèses pour répondre aux besoins des handicapés moteurs (*amputés, séquelles de poliomyélite, malformation congénitales*). L'association avait également un kinésithérapeute pour encadrer l'équipe du centre d'appareillage et pour la prise en charge des personnes handicapées avant et après l'appareillage.

Ces interventions avaient révélé les besoins dans ce domaine et la nécessité d'organiser un véritable service d'aide à domicile, chargé d'organiser la prise en charge médico-sociale des personnes handicapées (*assistance sociale, aide dans les actes de la vie quotidienne, soins d'hygiène et séances de rééducation*).

L'accompagnement de ce public a été assuré par la DASS jusqu'à la décentralisation en direction de la Collectivité de Mayotte, en 2004, toujours avec un cadre juridique spécifique, en dehors, notamment, des lois régissant le secteur du handicap.

Aujourd'hui, la reconnaissance juridique du handicap et la mise en place d'un accompagnement en direction de ce public permettent de briser les tabous autour du handicap et d'offrir un accompagnement conforme aux législations en vigueur dans ce secteur. Elle permet également de valoriser les personnes et leurs compétences. On passe ainsi d'un système d'aide associative et d'entraide villageoise traditionnelle à un système de reconnaissance de droits existants en conséquence de la situation de handicap.

3) La population en situation de handicap

Avant la création de la MPH en 2010, il était impossible d'avoir un dénombrement des personnes en situation de handicap. En effet, il n'existait aucun établissement, ni de réseau. Des associations de parents œuvraient pour accompagner, modestement, les enfants en situation de handicap. La création de la MPH donne une réelle visibilité sur les données en termes de handicap.

3.1) Les enfants en situation de handicap :

- 526 dossiers traités par la Commission des personnes handicapées en 2014,
- 2.327 dossiers traités depuis la création de la MPH en 2010.

➤ Les données de l'Education Nationale :

Le Vice Rectorat de Mayotte a consenti depuis 2000, un effort important en matière d'intégration scolaire. En 2006, le territoire comptait déjà 25 classes spécialisées (*18 CLIS [classe pour l'inclusion scolaire], 4 UPI [unités pédagogiques d'intégration], 4 PPF [classes*

pré professionnelles de formation] ASH [*adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés*] et 1 classe pour les Enfants de la Lune). S'ajoute à ce dispositif l'accueil d'élèves en intégration individuelle (*environ 200 en 2013*), une aide au projet personnalisé de scolarisation avec les auxiliaires de vie scolaire (AVS).

Avec 790 élèves avec handicap accueillis, dont 599 en 1er degré et 191 en 2ème degré, l'école constitue la 1ère réponse aux besoins des enfants et adolescents en situation de handicap à Mayotte.

En 2014, début d'année scolaire, soit fin août 2014, 777 jeunes faisaient l'objet d'un PPS (*classes pré professionnelles de formation*). En fin d'année scolaire, soit, en juin 2015, 900 jeunes sont concernés par le PPS. Actuellement il y a 16 ULIS (*classes pré professionnelles de formation*) collège. Il est prévu l'ouverture de 3 nouvelles classes à la rentrée 2015. Soit 17 ULIS collège et 2 ULIS lycée pro. Chaque classe contient 13 élèves maximum.

Il y aurait au moins 93 jeunes scolarisés en CLIS qui relèveraient d'IME (*institut médico-éducatif*), mais faute de places, ils restent en inclusion scolaire.

Les troubles des fonctions cognitives sont largement majoritaires. Ils représentent un peu plus des 2/3 de l'ensemble des troubles. La proportion est un peu plus forte dans le 1er degré (70%) que dans le 2nd degré (62%).

Répartition des élèves handicapés selon le type de troubles et l'âge à Mayotte au 31/12/2013		
Troubles	Nombre	Pourcentage
Troubles des fonctions cognitives	526	67%
Plusieurs troubles associés	91	12%
Trouble du psychisme	50	6%
Troubles des fonctions motrices	38	5%
Troubles des fonctions auditives	30	4%
Troubles des fonctions du langage et de la parole	91	6%
Troubles des fonctions viscérales	2	0%
TOTAL	790	100% dont 70% dans le 1 ^{er} degré

Source : IEN-ASH Mayotte (*inspecteur de l'Education nationale chargé de l'adaptation et la scolarisation des élèves en situation de handicap*)

3.2 : Les adultes en situation de handicap :

- 359 dossiers vus en CPH (*commission des personnes handicapées*) en 2014,
- 1.334 dossiers passés en commission depuis la création de la MPH en 2010.

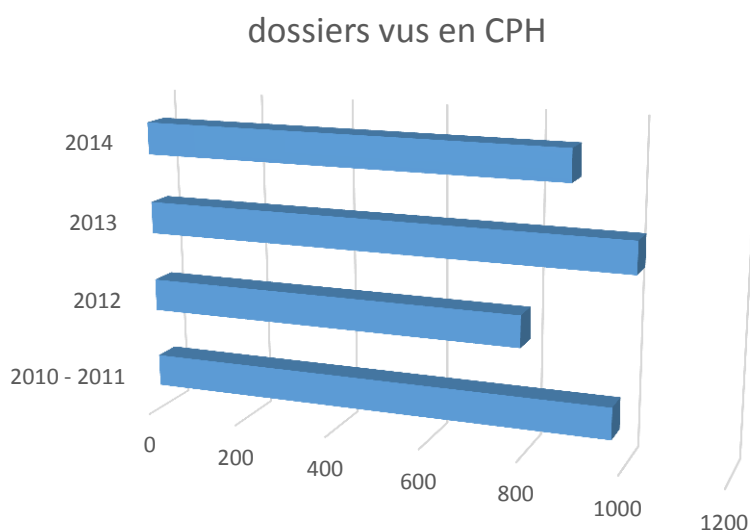
➤ Les données de la MPH

Depuis sa création en octobre 2010, la MPH de Mayotte développe une mission d'observatoire du handicap par le recensement de tous les besoins :

- au 31 décembre 2014, elle comptabilisait 3.661 dossiers dont 562 nouveaux dossiers, avec plus de demandes enfants, la population mahoraise étant très jeune.

Les données de la MPH montrent que la majorité des enfants n'ont pas fait l'objet de diagnostic précoce et, par conséquent, n'ont pas bénéficié d'accompagnement précoce, ni d'accompagnement adaptée. La précarité dans laquelle vivent les familles aggrave la situation des enfants. De plus, un phénomène de « sur-handicap » dû à l'absence de diagnostic précoce systématique et d'une prise en charge précoce adaptée apparaît de plus en plus :

- en 2010-2011 : 973 dossiers vus en CPH,
- en 2012 : 790 dossiers vus en CPH,
- en 2013 : 1.013 dossiers vus en CPH,
- en 2014 : 885 dossiers vus en CPH.

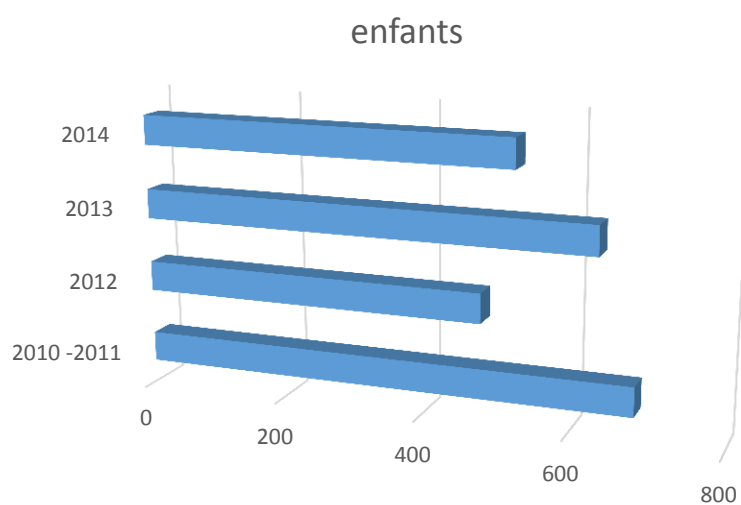
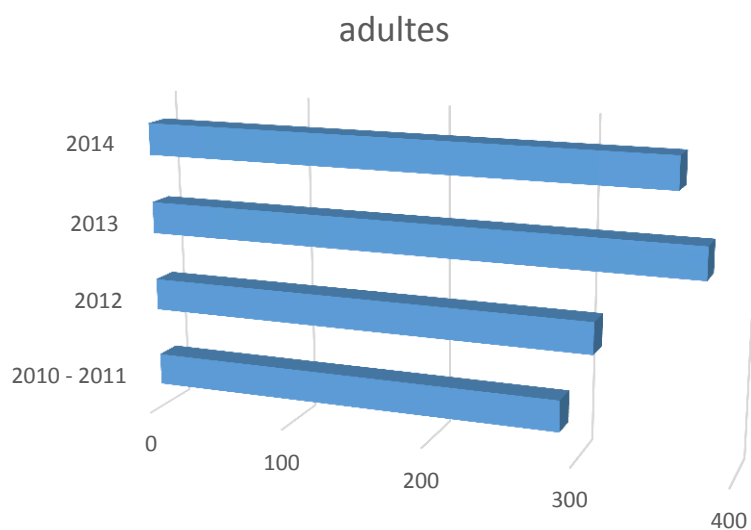


On observe un pic important en 2013, après deux ans de fonctionnement de l'institution. Ceci est dû principalement aux campagnes d'information à l'égard de la population, notamment pendant la semaine pour l'emploi des personnes handicapées.

Les dossiers passés en commission par pôle depuis l'ouverture de la MPH de 2010/2011 à 2014 :

- adultes : 288 309 378 359,
- enfants : 685 481 635 526,
- total : 973 790 1013 885.

Dossiers passés en commission par pôle depuis l'ouverture de la MPH de 2010/2011 à 2014



Répartition des enfants handicapés pris en charge en ESMS par type de déficiences et âge 2013

Trouble	Nombre	Pourcentage
Déficiences intellectuelles	120	47%
Déficiences sensorielles dont	58	23%
Déficiences auditives	42	16%
Déficiences visuelles	14	5%

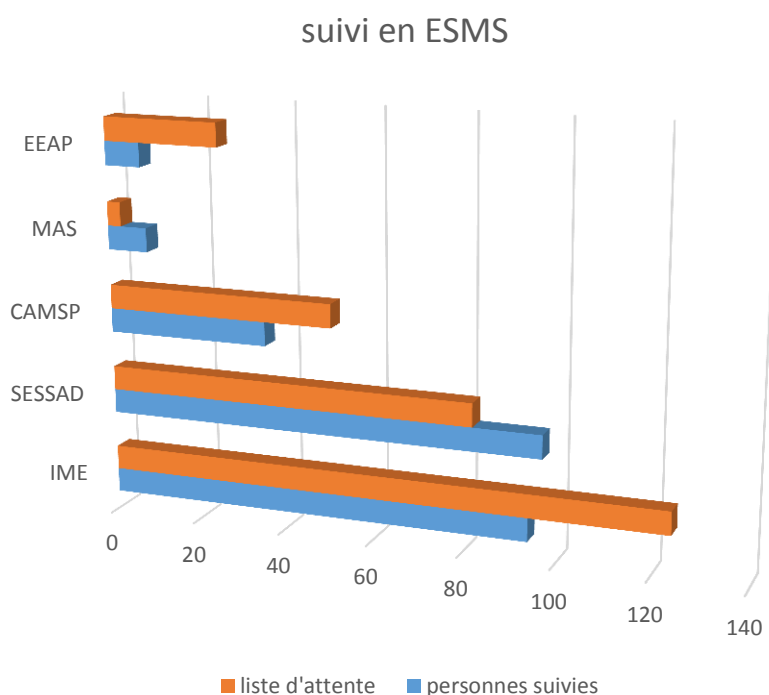
Déficiences psychiques	1	0%
Plusieurs déficiences associées (polyhandicaps ou pluri-handicaps)	49	19%
Troubles du comportement	21	8%
Troubles envahissants du développement	8	3%
TOTAL	257	100%

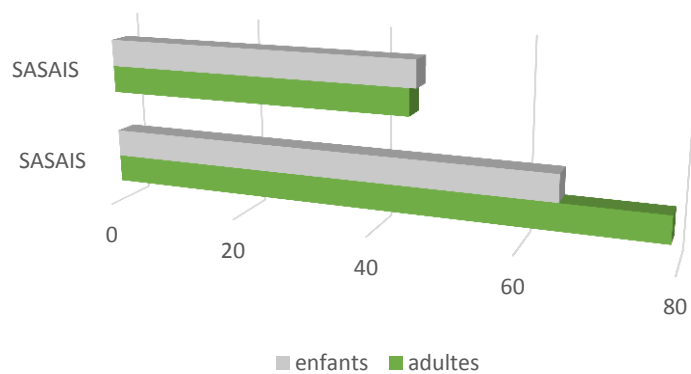
Source : IEN-ASH Mayotte

En 2015 :

- l'IME : 94 personnes suivies, 124 sur liste d'attente,
- le SESSAD (*service d'éducation spéciale et de soins à domicile*) : 97 personnes suivies, 82 sur liste d'attente,
- le CAMSP (*centre d'action médico-sociale précoce*) : 36 personnes suivies, 51 sur liste d'attente,
- la MAS (*maison d'accueil spécialisée*) : 9 adultes suivies, 3 sur liste d'attente,
- l'EEAP (*établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés*) : 8 personnes suivies, 26 sur liste d'attente,
- l'ITEP (*institut thérapeutique éducatif et pédagogique*) : 12 personnes et 3 en SESSAD (*service d'éducation spéciale et de soins à domicile*) : il reste 17 places à pourvoir,
- le SASAIS (*service d'aides spécialisées à l'adaptation et à l'intégration scolaire*) : 79 enfants et adolescents de 2 à 20 ans dont 45 sur liste d'attente ; 65 adultes déficients sensoriels dont 46 sur liste d'attente.

➤ Les données des établissements et services médico sociaux :





➤ Les prestations

Mayotte est marquée par un taux de chômage très élevé, des prestations sociales limitées, en nombre comme en montant, un système d'indemnités de chômage en court de développement avec un SMIG (*salaire minimum interprofessionnel garanti*) horaire à 7,26€ depuis janvier 2015.

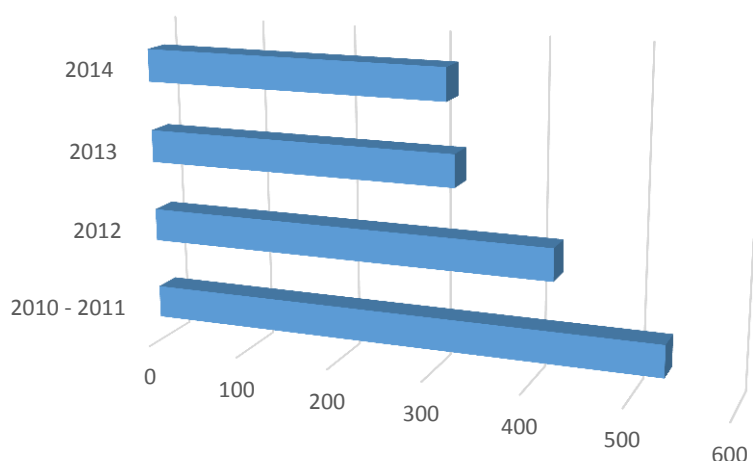
Le rapport-diagnostic effectué par le sociologue David Guyot en 2009 précise ainsi que, 1 habitant sur 5 gagne moins de 100€/mois sur le territoire.

Or, les critères d'éligibilité aux prestations en direction des personnes en situation de handicap sont plus stricts à Mayotte. En effet, pour le bénéfice de ces prestations, il n'est tenu compte que d'un taux de handicap égal ou supérieur à 80%. Par ailleurs, les personnes en situation régulière doivent justifier d'une résidence de 10 ans sur le territoire de Mayotte.

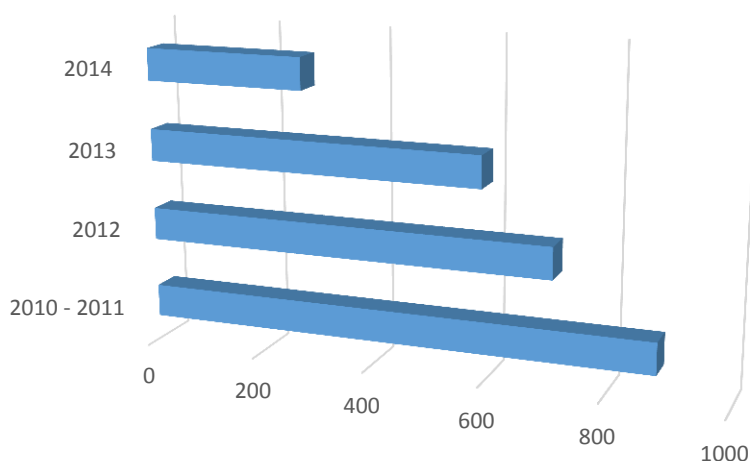
Le montant de l'AAH (*allocation adulte handicapé*) est de 352€. Et l'AEEH (*allocation d'éducation de l'enfant handicapé*) est de 129€ sans les compléments, inapplicables sur Mayotte.

482 adultes perçoivent l'AAH et 282 enfants perçoivent l'AEEH.

demande de compensation adultes

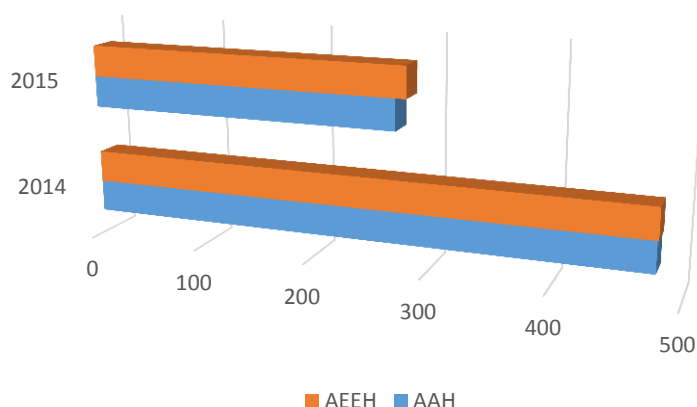


demande de compensation enfants



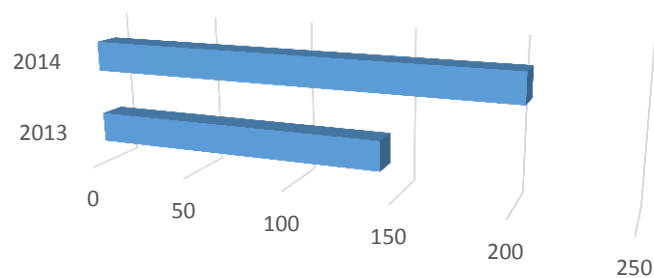
En 2014, il y a eu 281 demandes de compensation enfant. De 2011 à 2013, la CPH a accordé 1048 demandes d'AEEH, soit 1.329 accord au 31/12/2014. Au 31/12/2015, on compte 273 enfants bénéficiaires de l'AEEH. Les conditions administratives supplémentaires (*condition de titre de résidence de 10 ans sur le territoire*) spécifiques à Mayotte expliquent cet écart.

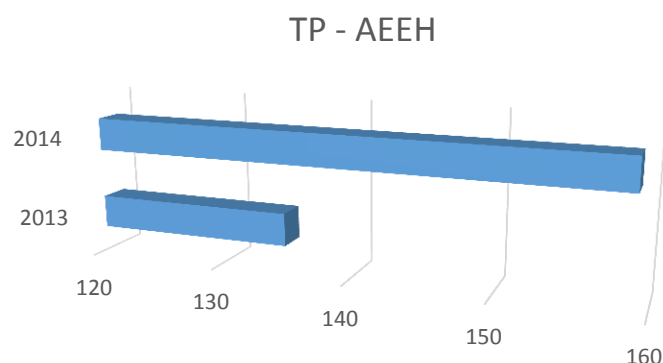
prestations



Les bénéficiaires de ces prestations peuvent également bénéficier d'allocation tierce personne TP, (ACTP) payé par le Département.

TP - AAH





4) Les actions volontaristes du Département

Les dispositions réglementaires relatives aux différentes aides et prestations en direction des personnes en situation de handicap sont transposées à Mayotte avec des spécificités non négligeables pour les usagers.

Pour exemple, l'allocation adulte handicapé (AAH) ne tient compte que d'un taux supérieur ou égal à 80%, et le montant à taux plein n'est que de 352,00€ sans les compléments de ressources, inapplicables actuellement à Mayotte, quand il est de 800,45€ sur le territoire métropolitain avec les compléments de ressources.

Afin d'offrir une aide aux usagers en situation de handicap dont le taux d'incapacité est inférieur au seuil des 80% requis, le Département a mis en place l'allocation spécifique personnes handicapées (ASPH), qui prend en compte les taux d'incapacité compris entre 50% et 80%.

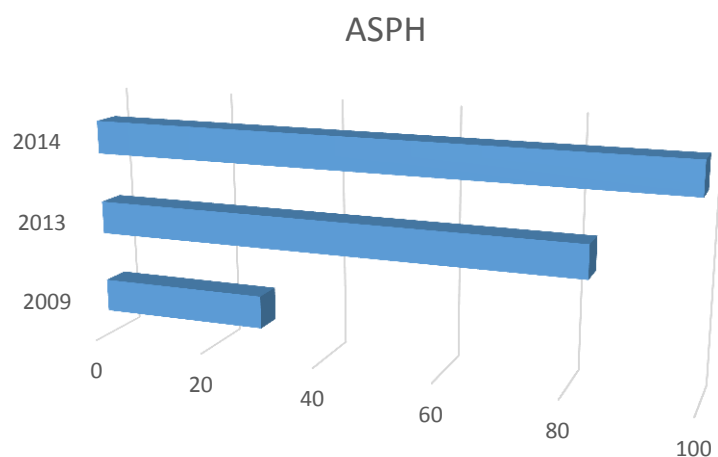
Au 31 décembre 2014, on comptabilisait 99 bénéficiaires pour un montant de 222.711,00€. Ce dispositif a été mis en place par le Département depuis 2008 et il concernait au 31 décembre 2009, 29 bénéficiaires pour un montant total de 39.731,00 euros. L'augmentation du nombre de bénéficiaires est donc constante.

Le montant de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est de 129 euros sans les compléments.

Pour pallier à ce manque, le Département a mis aussi en place une allocation tierce personne (ATP, basée sur l'ACTP) pour les bénéficiaires de l'AAH et de l'AEEH. Au 31 décembre 2014, les dépenses au titre de l'allocation tierce personne AAH s'élevaient à 307.350,00 euros pour 204 bénéficiaires et 302.550,00€ pour l'allocation tierce personne AEEH pour 159 bénéficiaires.

Soit un total de 832.611€, sans compter les dépenses liées à l'aménagement et l'amélioration de l'habitat relevant du dispositif FASUL (*Fonds d'aide social urgence logement*) mis en place par le Département.

La volonté du Département sera, une fois la compensation de la prestation de compensation du handicap (PCH) par la CNSA, de réinvestir l'argent utilisé aujourd'hui dans le cadre de sa politique volontariste dans l'application des orientations du présent schéma départemental d'orientation en direction des personnes en situation de handicap.



5) Bilan des réalisations du schéma d'orientation en faveur des personnes handicapée 2008-2012

5.1) Le contexte de réalisation du schéma 2008-2012

Le schéma 2008-2012, premier du genre sur le territoire de Mayotte, avait comme principal objectif d'établir un état des lieux quantitatif et qualitatif du handicap sur Mayotte compte tenu à l'époque de la spécificité juridique inhérente au statut du territoire comme « collectivité départementale ».

En effet, Mayotte était sous un statut législatif spécifique et le handicap ne pouvait alors être regardé et abordé avec le cadre de référence classique de type départemental.

A cette époque, la loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées et la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, rénovée par la loi du 2 janvier 2002, n'étaient pas étendues à Mayotte.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, prévoyait dans son article 92 que « le gouvernement est autorisé à prendre, par ordonnance les mesures de nature législative permettant de rendre applicables à Mayotte, avec les adaptations nécessaires, les dispositions de la présente loi relevant, sur ce territoire, de la compétence de l'Etat ».

Dans l'attente de l'extension et de l'application de la loi par l'ordonnance du 28 août 2008 sur le territoire, le choix a été fait de s'appuyer sur les axes de propositions contenues dans le projet d'ordonnance pour conduire la réflexion sur un schéma pour les personnes handicapées.

Ce premier schéma a été conduit sous l'égide de l'Etat, qui en avait alors les compétences.

5.2) Les constats du schéma

Le 1^{er} schéma a révélé un grand vide sur des points essentiels dans la prise en charge du handicap à Mayotte :

- l'absence de diagnostic du handicap,
- l'absence de procédure encadrant les orientations,
- l'absence de guichet unique d'accès aux droits,
- l'absence de cadre réglementant le partenariat,
- la confusion des missions entre le Département et l'Etat.

Le schéma incombe cette carence au statut particulier du territoire qui était « collectivité départementale » (*Collectivité d'outre-mer : COM*), l'absence claire d'une répartition des compétences et la spécialité législative qui était applicable sur le territoire.

Un vide dans l'accueil du public, l'accompagnement du handicap. En effet, lors de la réalisation du schéma, on ne dénombrait aucun établissement et service médico-social dans le secteur.

Les orientations du schéma ont anticipé l'application de l'ordonnance du 28 août 2008 relative à l'extension et l'adaptation outre-mer de diverses mesures bénéficiant aux personnes handicapées et en matière d'action sociale et médico-sociale.

5.3) Les préconisations du schéma 2008-2012

Face à ce constat, des orientations prioritaires prenant en compte les besoins primaires en termes d'accompagnement ont été mis en avant : la création d'établissements et services médico-sociaux au premier rang desquels un guichet unique du handicap, un CAMSP, un SESSAD, SSIAD, SAMSAH et un centre de ressources.

5.4) Bilan des réalisations du schéma 2008-2012

Mayotte a connu une évolution législative marquante avec, tout d'abord, l'extension et l'adaptation de l'ordonnance du 28 août 2008 susvisée sur son territoire et, ensuite, la Départementalisation de l'île en 2011 et sa Rupéisation, en 2014, même si des spécificités subsistent encore, puisque le code du travail y est toujours spécifique.

Le schéma d'orientation en faveur des personnes handicapées 2008-2012 a mis en évidence le vide dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap à Mayotte. Ce qui a favorisé l'extension des dispositions du CASF, engendré par la nécessité de la création d'un guichet unique pour ce public, d'où la création de la Maison des personnes handicapées (MPH) en 2010, équivalent d'une Maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Elle sert de guichet unique d'accueil, d'information et d'orientation du public en situation de handicap. Une commission des droits des personnes handicapées est chargée des orientations. Avec la départementalisation et l'entrée du territoire dans le droit commun depuis janvier 2014, la MPH va évoluer vers le statut de MDPH au 1^{er} janvier 2016.

Aujourd'hui, l'évolution juridique du territoire donne le cadre nécessaire pour aborder et traiter les besoins liés au secteur conformément aux textes de référence susvisés.

5.5) La répartition des compétences dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap

	Etat/ARS	Département
Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)	✓	✓
Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)		✓
Service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)		✓
Foyers d'hébergement		✓
Foyers de vie/Foyers occupationnels		✓

Foyer d'accueil médicalisé (FAM)	✓	✓
Service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (SAMSAH)	✓	✓
Centre médico-psychopédagogiques (CMPP)	✓	
Instituts médico-éducatifs (IME)	✓	
Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP)	✓	
Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)	✓	
Maison d'accueil spécialisée (MAS)	✓	
Etablissement et services d'aide par le travail (ESAT)	✓	
Etablissement pour enfant et adolescent polyhandicapé (EEAP)	✓	
Centre de rééducation professionnelle (CRP)	✓	

6) Synthèse de l'état des lieux des besoins

L'état des lieux des besoins a fait ressortir la nécessité de création à court terme de plusieurs établissements et services médico-sociaux.

En effet, on ne dispose actuellement sur le territoire que de 6 ESMS, créés dans le cadre du PRIAC 2012-2016 :

- un IME,
- un SESSAD,
- un SASAIS,
- un ITEP,
- une MAS,
- un CAMSP, pour un diagnostic du handicap des enfants de 0 à 6 ans et un suivi.

Le centre est fonctionnel depuis début 2015.

Ces établissements sont gérés par des associations qui œuvrent depuis plusieurs années dans le champ du handicap à Mayotte. Les autorisations, accordées par l'ARS grâce au PRIAC, ont conféré aux associations la base juridique nécessaire à leurs actions et leur développement à l'échelle territoriale.

Les orientations effectuées par la MPH confirment ces besoins. Ceux-ci sont importants, de plus en plus nombreux, et beaucoup d'orientations restent sans effet, du fait de l'absence de places. Il y a des besoins de création d'IME, de SESSAD, d'ESAT, de SAVS, de SAMSAH et d'autres modes alternatifs d'accueil.

7) Les orientations du schéma 2016 2020

La première phase du schéma, l'état des lieux et la concertation des acteurs institutionnels et associatifs, a permis à chacun de faire un état des lieux à son niveau de compétence et d'avancer les problématiques et les besoins à court, moyen et long terme. Tous les besoins ont été synthétisés sous forme d'orientation et d'axes de travail pour ce document stratégique.

Le Département a tracé le cadre général de sa politique en matière de handicap dans le schéma départemental d'organisation médico-social 2016-2020.

Partant de ce cadre général, le Département définit, dans le présent schéma, les orientations et axes de travail qui serviront de base dans la conduite de sa politique dans l'accompagnement et la prise en charge des personnes en situation de handicap pour les cinq prochaines années.

Conformément à l'état des lieux, le plan d'actions du schéma se construit ainsi sur les 10 axes suivants :

- Axe n°1 : Les indicateurs du handicap
- Axe n°2 : Le diagnostic du handicap
- Axe n°3 : La poursuite de réponses en termes de places « enfants en situation de handicap »
- Axe n°4 : L'accompagnement des adultes en situation de handicap
- Axe n°5 : La formation du personnel intervenant dans le champ du handicap
- Axe n°6 : L'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap
- Axe n°7 : L'accès aux droits
- Axe n°8 : L'attractivité du territoire
- Axe n°9 : L'accessibilité générale
- Axe n°10 : Le respect des personnes

8) Le détail des fiches-actions

Action n°1.1 : Renforcer le rôle de la MPH dans l'accueil et l'orientation du public en situation de handicap.

Thématique : Les indicateurs du handicap

Rôle du Département pour la mise en place de l'action :

Chef de file

Les enjeux de l'action :

La création récente de la MPH et les conditions particulières internes au territoire de Mayotte rendent difficile une estimation fiable de la part de la population touchée par un handicap.

Les délais de traitement des dossiers sont souvent longs, dus, notamment, à l'absence de certains professionnels médicaux et paramédicaux nécessaires dans le processus d'évaluation et de la reconnaissance du handicap.

Dans le cadre du processus de transformation juridique de la MPH en une MDPH (*maison départementale des personnes handicapées*) au 1er janvier 2016, il est primordial de s'assurer que la composition de l'équipe et les moyens matériels et logistiques répondent aux exigences.

Compléter l'équipe pluridisciplinaire de la MPH, future MDPH, et doter celle-ci de matériel adéquat pour améliorer les conditions de travail et renforcer les orientations et fiabiliser les données.

Objectif de l'action :

Il s'agit de donner à la future MDPH les moyens nécessaires pour qu'elle prenne pleinement sa place de guichet unique d'accueil, d'information et d'orientation du public en situation de handicap.

Ses étapes de mise en place :

Travailler en interne avec les différentes Directions de la DGA-SDS et les partenaires directs que sont l'Etat et l'Education nationale pour être opérationnel dès 2016.

Responsable de l'action :

Le Département (DPAPH, MPH)

Ses partenaires potentiels :

MPH, Etat, Education nationale, établissements et services médico-sociaux

Délai de mise en place :

Au 1er janvier 2016, date de la transformation juridique de la MPH en MDPH.

Résultats attendus et critères d'évaluation :

Un traitement rapide et efficace des dossiers et une visibilité assez claire sur les chiffres du handicap sur le territoire de Mayotte.

Le délai de traitement des dossiers (*initial et renouvellement*), la communication des chiffres de manière régulière par la MDPH.

Action n°2.1 : La prévention du handicap

Thématique : Le diagnostic du handicap

Rôle du Département pour la mise en place de l'action :

Chef de file

Les enjeux de l'action :

Bien qu'il y ait une évolution non négligeable de la reconnaissance et la prise en charge du handicap, il règne encore à Mayotte un grand tabou, voire un sentiment de honte dans la perception du handicap. Les croyances religieuses, les pratiques culturelles, les comportements culturels, renforcent ce sentiment.

Beaucoup de grossesses sont encore déclarées très tardivement. La population méconnaît les risques des handicaps. Elle méconnaît l'existant concernant l'accompagnement des handicaps.

Le manque d'information, de communication sur les différents risques et le tabou accroissent les risques des naissances d'enfants atteints de handicap et les risques de dégradation de l'état de santé de ceux qui vivent avec un handicap.

D'où la nécessité d'organiser la prévention auprès des usagers.

Objectif de l'action :

Informar massivamente la population sur les handicaps, les risques liés.

Communiquer sur l'existant en termes d'accompagnement et les procédures à suivre pour se faire reconnaître.

Bénéficier des conclusions de l'étude-action sociologique qui sera menée, dans le cadre du versant vieillissement du schéma de l'autonomie, pour être vraiment efficace en termes de prévention, avec l'objectif de trouver et de tester les arguments qui permettraient de raisonner les gens de manière à ce qu'ils évitent les conduites à risque et se soignent (*surtout en cas de maladie chronique*), en expliquant que la religion musulmane n'a pas demandé de subir avec fatalisme sa maladie, mais les principes du livre saint sont bien d'agir pour garder toutes les capacités de son corps et de son esprit afin d'être en état de pouvoir aider les autres.

Accentuer la prévention dans les PMI (*protection maternelle et infantile*) sur les risques lors de la grossesse.

Informar les usagers et les professionnels sur l'aspect diagnostique du CAMSP.

Organiser une opération de communication, d'information auprès de la population dans les villages éloignés de Mamoudzou.

Communiquer sur les risques liés aux handicaps (*biologiques, bactériologiques, environnementaux et autres*) et sensibiliser la population vers une autre approche des handicaps.

Mettre en place des « ateliers d'échange parents et enfants » avec les travailleurs sociaux au sein des UTAS, au sein des mairies et dans les villages éloignés. Comme des ateliers de sensibilisation sur la santé et l'apprentissage vers l'autonomie.

Ses étapes de mise en place :

Durant toute la première année du schéma et au-delà, organiser une tournée en bus sur toute l'île, sous forme de « caravane des droits », en particulier dans les villages éloignés de Mamoudzou, avec les travailleurs sociaux des UTAS et d'autres partenaires pour tenir des stands d'information dans les villages. Caravane à répéter annuellement si nécessaire.

Organiser une journée d'information et de communication dans toutes les mairies de l'île. Mettre à disposition du public toutes les informations relatives aux handicaps (*les brochures d'information et les dossiers de demande d'aide dans les mairies*).

Responsable de l'action :

DPAPH, UTAS, PMI

Ses partenaires potentiels :

CAMSP, Education nationale, CHM, mairies et CCAS

Délai de mise en place :

La première année du schéma

Résultats attendus et critères d'évaluation :

La connaissance et la reconnaissance des usagers sur les différents types de handicap, l'accompagnement, la prise en charge et le suivi. Une approche différente du handicap aux yeux du public.

Nombre de dossiers traités par la MPH, enquêtes auprès du public dans les CCAS, UTAS, PMI, MPH et CAMSP.

Action n°2.2 : Généraliser le diagnostic précoce du handicap

Thématique : Le diagnostic du handicap

Rôle du Département pour la mise en place de l'action :

Chef de file

Les enjeux de l'action :

Il y a une cruelle absence de spécialistes libéraux sur le territoire de Mayotte, comme d'établissements spécialisés dans le diagnostic précoce du handicap, l'ouverture du CAMSP étant très récente. Celui-ci fonctionne depuis janvier 2015.

En relation avec le CAMSP et les PMI, sensibiliser les travailleurs sociaux des secteurs au diagnostic précoce pour qu'ils puissent communiquer et informer le public suivi par les UTAS. Informer et expliquer le volet « diagnostic » du CAMSP et renforcer le diagnostic dans les PMI.

Organiser des journées d'information et d'échanges entre le CAMSP et les travailleurs sociaux, ainsi que les professionnels libéraux pour que tous les partenaires soient informés des modalités de fonctionnement du CAMSP et permettre, ainsi, d'organiser un filtrage.

Objectif de l'action :

Permettre à chaque fois qu'un doute ou une suspicion existe, qu'un suivi systématique soit assuré par le centre d'action médico-sociale précoce de manière qu'un diagnostic soit établi.

Avoir une évaluation du déficit de diagnostic précoce et une évaluation du taux de déclaration tardive des grossesses notamment auprès des PMI pour centrer les actions à mener.

Ses étapes de mise en place :

Toute la durée du schéma et au-delà, tenir compte du fonctionnement du CAMSP qui a été autorisé fin 2013.

Responsable de l'action :

PMI, DPAPH

Ses partenaires potentiels :

CAMSP, CHM, l'Education nationale, professionnels libéraux

Délai de mise en place :

Résultat attendus et critères d'évaluation :

Une sensibilisation des professionnels au diagnostic précoce (*travailleurs sociaux et professionnels libéraux*) et une meilleure orientation des usagers. Fonctionnement régulier du CAMSP.

Action n°3.1 : Déterminer les perspectives de développement des établissements et services existants et proposer des créations selon les besoins

Thématique : La poursuite de réponses en termes de places pour enfants en situation de handicap

Rôle du Département pour la mise en place de l'action :

Le Département est partenaire de l'ARS : il n'y aura pas de fiche-action sur cette problématique, car l'action est de la compétence de l'ARS (*juste les enjeux de cette problématique sont posés*).

Les enjeux de l'action :

On constate actuellement une saturation en termes de places et d'espace des établissements et services autorisés, à savoir un IME, un SESSAD, un ITEP, une MAS, un SASAIS et le CAMSP.

Les services et établissements existants se retrouvent aujourd'hui avec des listes d'attente très importantes, qui font que trop d'orientations de la MPH restent sans réalisation. Pourtant, les orientations de la MPH nous donnent une idée générale des besoins en termes de création et d'autorisation. Il y a un besoin de création à court terme de nombreuses places au niveau de l'IME et de SESSAD.

On constate, d'après les chiffres de la MPH, que le besoin vers ces établissements est de plus en plus croissant avec une forte pression sur les listes d'attente pour ceux existants à Mayotte. Les élèves relevant d'IME sont déscolarisés faute de place.

Lister les besoins en termes de places par catégorie conformément aux orientations de la MPH.

Evaluer les capacités d'extension des établissements et services médico-sociaux existants.

Réévaluer les coûts appliqués à Mayotte qui sont trois fois moins chers qu'en Métropole et qui pénalisent financièrement les structures.

Proposer à court terme des créations de place dans l'IME et le SESSAD.

Action n°3.2 : Sensibiliser les acteurs et accompagner les parents sur la scolarisation des enfants en situation de handicap

Thématique : La poursuite de réponses en termes de places pour enfants en situation de handicap

Rôle du Département pour la mise en place de l'action :

Chef de file

Les enjeux de l'action :

La reconnaissance du handicap est récente et le diagnostic précoce est encore embryonnaire.

Beaucoup trop de handicaps sont décelés tardivement. Des enfants sont scolarisés en milieu ordinaire faute de diagnostic précoce.

D'autres ne sont pas scolarisés du fait de leur handicap. Les parents sont confrontés aux regards et aux refus des services administratifs pour inscrire leurs enfants à l'école, par méconnaissance du droit.

Le projet personnalisé de scolarisation n'est pas réalisé en amont, ce qui a, souvent, comme conséquence l'échec scolaire des enfants. Les parents ne sont pas accompagnés dans ce parcours difficile.

Planifier des actions d'information et de sensibilisation auprès des « services scolaires » des mairies.

Quand l'évaluation des besoins de l'enfant le permet, privilégier la scolarisation individuelle en classe ordinaire (*loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République du 8 juillet 2013*).

Sensibiliser tous les acteurs (*équipe pluridisciplinaire de la MPH, les enseignants-référents, les ESMS*) sur le projet personnalisé de scolarisation.

Sensibiliser les agents communaux sur « l'obligation scolaire » de tous les enfants.

Sensibiliser également les familles sur le droit des enfants à la scolarité et les accompagner dans leurs démarches.

Renforcer le rôle des parents sur le suivi scolaire des enfants, les impliquer pleinement dans la réalisation du projet personnalisé de scolarisation.

Valoriser la scolarisation spécifique.

Accompagner les parents rencontrant des difficultés dans l'éducation des enfants en situation de handicap par la création d'un groupe d'entraide et d'échange mutuelle.

Augmenter le nombre d'auxiliaires de vie scolaire pour renforcer l'inclusion en milieu ordinaire.

Objectif de l'action :

Garantir l'accès à l'éducation et le respect de l'obligation scolaire au bénéfice de tous les enfants en situation de handicap du territoire, quelle que soit leur situation administrative ou sociale. Mettre en œuvre pour chaque enfant un projet personnalisé de scolarisation.

Ses étapes de mise en place :

Mettre en place durant toute la première année de mise en œuvre du schéma (*2016-2017*) des actions de sensibilisation et d'information auprès des mairies dans les « services scolaires » en incluant tous les acteurs.

Mettre en place des ateliers éducatifs portant sur « la scolarisation des enfants en situation de handicap » au bénéfice des parents pour les accompagner dans la participation à la réalisation du PPS de leur enfant.

Responsable de l'action :

Département (PMI, UTAS, ASE)

Ses partenaires potentiels :

L'Education nationale, les mairies, les CCAS, les associations

Délai de mise en œuvre :

Dès la première année du schéma

Résultats attendus et critères d'évaluation :

Une meilleure scolarisation des enfants en situation de handicap. Un suivi du projet personnalisé de scolarisation. Un accompagnement des parents. Enquêtes auprès des institutions (MPH, Education nationale), les mairies, les associations de parents, UTAS, PMI.

Action n°4.1 : Créer des structures d'accompagnement des adultes adaptées aux besoins actuels

Thématique : L'accompagnement des adultes en situation de handicap

Rôle du Département pour la mise en place de l'action :

Chef de file pour le volet accompagnement

Les enjeux de l'action :

Il n'existe quasiment pas d'accompagnement proposé aux adultes handicapés.

Mise à part la MAS, il n'existe aucune autre structure.

A partir de 16 ans, il n'y a pas de structure spécialisée pour le suivi à l'insertion professionnelle des adultes en situation de handicap.

Les orientations effectuées par la MPH ne sont pas suivies d'effet.

L'état des lieux fait ressortir des besoins essentiels de création d'un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), d'un service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (SAMSAH), d'un établissement et service d'aide par le travail. Mais également de mode d'accompagnements alternatifs, tels un accueil de jour et l'accueil familial pour adultes handicapés.

Objectif de l'action :

Offrir un accompagnement global aux adultes en situation de handicap, en prenant en compte tous les aspects de la vie.

Ses étapes de mise en place :

Travailler sur un appel à projet SAVS-SAMSAH (volet accompagnement d'au moins 50 places, volet soins à déterminer) en mettant en place un groupe de travail paritaire (Département, ARS) pour réfléchir sur la mise en œuvre et définir les modalités de fonctionnement (type de public, etc.).

Un projet de SPASAD (*SAAD + SSIAD = service polyvalent d'aide et de soins à domicile*) est en cours d'élaboration, avec 17 places pour personnes en situation de handicap.

En effet, la majorité des familles préfèrent le maintien à domicile de leurs proches avec une prise en charge adaptée, notamment avec l'aide d'un binôme aide-soignante/auxiliaire de vie sociale. Pour favoriser cette solution, il s'avère important de créer des structures pour donner à ces aidants familiaux des temps de répit et, ainsi, éviter l'épuisement des familles.

Définir les modalités (*indemnisation, salariat, prestataire*) de mise en œuvre sur le territoire de « l'accueil familial pour adultes handicapés ». Expérimenter le dispositif avec 5 familles via une indemnisation pour un accueil à titre onéreux.

Avant la validation du schéma pour lancer les premiers appels à projets début 2016.

Responsable de l'action :

Département et ARS

Ses partenaires potentiels :

L'assurance maladie (CSSM), la DIECCTE.

Délai de mise en place :

La durée du schéma.

Résultats attendus et critères d'évaluation :

Une couverture des besoins adultes sur le territoire. Création des structures d'ici 2020, à la fin du schéma.

Action n°4.2 : Soutenir la création d'une MAS supplémentaire pour les personnes lourdement handicapées avec perte d'autonomie

Thématique : L'accompagnement des adultes en situation de handicap

Rôle du Département pour la mise en place de l'action :

Partenaire

Les enjeux de l'action :

Il existe une MAS actuellement, géré par l'APAJH Mayotte.

On constate que le polyhandicap avec perte d'autonomie touche un nombre de personnes assez important sur le territoire.

Les difficultés sanitaires particulières au territoire compliquent l'accompagnement de ces personnes.

L'état des lieux du secteur fait ressortir un besoin de création supplémentaire. Le polyhandicap lourd avec perte d'autonomie est particulièrement complexe, l'on doit développer plus cet accompagnement. La MAS a une autorisation de 24 places, pour 12 consommées.

Objectif de l'action :

Offrir un accompagnement aux personnes lourdement polyhandicapées.

Conforter les 12 places supplémentaires et soutenir la création d'une nouvelle structure, si nécessaire. Expérimenter l'accueil de jour temporaire des polyhandicapés.

Responsable de l'action :

ARS.

Ses partenaires potentiels :

Département, CSSM.

Délai de mise en place :

2016-2020

Résultats attendus et critères d'évaluation :

Une couverture des besoins dans l'accompagnement des personnes polyhandicapées lourds.

Nombre d'orientations de la MPH, réponse à ces orientations, absorption de la liste d'attente de la MAS.

Action n°5.1 : Orienter les formations professionnelles dans le secteur social et médicosocial

Thématique : La formation du personnel

Rôle du Département pour la mise en place de l'action :

Chef de file

Les enjeux de l'action :

L'accompagnement du handicap est récent et en constante évolution pour être conforme au droit commun.

Le personnel qui intervient dans ce secteur ne dispose pas d'assez de réponses et ne dispose pas des formations sur le territoire.

Le Département doit orienter sa politique de formation dans ce secteur et permettre aux personnels dans le cadre de la formation continue de se former régulièrement et faire évoluer leurs méthodes et pratiques.

Le Département, au titre de ses compétences régionales, est compétent pour l'organisation et la mise en place de la formation professionnelle.

Orienter les projets de formation professionnelle dans le domaine social et médicosocial.

Accompagner la formation continue du personnel intervenant dans le secteur du handicap, en partenariat avec les organismes de formation et l'Université de Mayotte pour respecter les niveaux de qualification exigées.

Réfléchir sur les modalités d'un appel à projet pour la formation et la professionnalisation du personnel intervenant dans le secteur médicosocial.

Objectif de l'action :

Améliorer la connaissance pratique et technique des professionnels sur les handicaps.

Leur permettre d'appréhender de manière régulière les nouvelles méthodes et pratiques professionnelles.

Répondre aux exigences légales de niveau de qualification (*fonction de direction des services et établissements*).

Ses étapes de mise en place :

Réunir dès le lancement du schéma les partenaires pour réfléchir à un appel à projet.

Responsable de l'action :

Le Département

Ses partenaires potentiels :

Organismes collecteurs de fonds de formation continue, Université de Mayotte, Pole Emploi.

Délai de mise en place :

2016-2020

Résultats attendus et critères d'évaluation :

Un personnel de base et un personnel encadrant formés.

Réponse aux besoins du territoire.

Action n°5.2 : Accompagner les jeunes à la préparation des concours et examens sociaux et médicosociaux

Thématique : La formation du personnel

Rôle du Département pour la mise en place de l'action :

Chef de file

Les enjeux de l'action :

Le manque de personnel qualifié dans le secteur social et médicosocial pose des difficultés aux établissements et services qui ont beaucoup de mal à recruter dans ces cadres d'emploi. Ce qui impacte directement au niveau de la qualité du service proposé aux usagers.

Il existe déjà actuellement dans le département des préparations spécifiques et des sessions à certains concours et examens tels que ceux de l'IFSI (*institut de formation en soins infirmiers*), une préparation pour les concours d'assistants de service sociaux, d'éducateurs spécialisés et éducateurs de jeunes enfants, avec l'IRDTS (*institut régional du travail social*).

Une aide financière sous forme de bourse pour la durée de la formation payée par le Département est proposée aux candidats admis. L'action consiste à diversifier l'offre existant pour répondre aux besoins.

Proposer des préparations pour les concours de moniteur-éducateur et d'aide médico psychologique sur le territoire de Mayotte.

Proposer un accompagnement au titre de la formation initiale aux candidats souhaitant se spécialiser en pédopsychiatrie, en ergothérapie, en psychomotricité, en orthophonie, etc., conformément aux besoins du territoire.

Sensibiliser les lycéens aux métiers sociaux, médicaux et paramédicaux.

Proposer un accompagnement pour les spécialités répondant aux besoins du territoire. Les besoins du territoire sont connus, puisque beaucoup de postes ne sont pas pourvus du fait du manque de professionnels sociaux et médicosociaux.

Suivre les étudiants mahorais, leur proposer une bourse spécifique et complémentaire afin de les inciter à orienter leurs thèses sur le social et le médico-social à Mayotte dans le but de faire ressortir les problématiques du territoire dans ce domaine.

Inciter les diplômés mahorais dans le domaine social et médico-social à revenir exercer à sur le territoire en leur accordant des avantages.

Objectif de l'action :

Répondre aux besoins en compétences du territoire sur le long terme.

Ses étapes de mise en place :

Mettre en place un groupe de réflexion pour réfléchir et étudier les modalités d'une proposition en ce sens (*besoins, organisation, coût, etc.*).

Responsable de l'action :

Le Département (DPAPH, DFPI [*Direction de la formation professionnelle et de l'insertion*])

Ses partenaires potentiels :

Education nationale, organismes collecteurs de fonds de formation continue, Pole Emploi, Université de Mayotte.

Délai de mise en œuvre :

2016-2020

Résultats attendus et critères d'évaluation :

Une plus grande couverture en compétences du secteur médicosocial.

Nombre de jeunes s'orientant dans le secteur médicosocial et paramédical.

Action n°6.1 : Accompagner les parents dans le suivi scolaire de leurs enfants

Thématique : L'insertion professionnelle des travailleurs handicapés

Rôle du Département pour la mise en place de l'action :

Chef de file

Les enjeux de l'action :

Les enfants en situation de handicap à Mayotte rencontrent beaucoup de difficultés le long de leur parcours scolaire, lesquelles conduisent, dans la majorité des cas, à l'échec scolaire. Beaucoup d'enfants ne sont pas ou plus scolarisés alors qu'ils sont encore mineurs. Le parcours scolaire n'est pas toujours adapté au handicap, or la réussite scolaire préfigure la réussite professionnelle.

Objectifs de l'action :

Aider les parents et les conforter dans leur rôle éducatif. Accompagner les parents à adapter leur éducation aux capacités de leur enfant. Valoriser les talents de l'enfant.

Ses étapes de mise en place :

Organiser au sein de chaque UTAS des ateliers « accompagnement des parents dans la scolarité de leurs enfants », avec les travailleurs sociaux du « service personnes handicapées », les moniteurs-éducateurs, les assistants sociaux et les aides médico-psychologiques, en collaboration avec les référents enseignement.

Mettre en place des « ateliers » pour offrir aux parents une écoute, un dialogue et leur proposer un accompagnement personnalisé au suivi scolaire en fonction des difficultés rencontrées (*sociales, éducatives, financières, etc.*). Avec l'objectif qu'ils s'impliquent pleinement dans le suivi scolaire de leur enfant.

Organiser, dans le même esprit, des ateliers « socioéducatifs » avec les enfants. Toujours avec les travailleurs sociaux du service, faire des matinées socio-éducatives permettant à l'enfant d'ouvrir son esprit de curiosité et de s'ouvrir au monde. Valoriser les enfants en mettant en avant leurs points fort et en les accompagnants à vaincre les difficultés.

Commencer dès le lancement du schéma en janvier 2016.

Responsable de l'action :

Département (PMI, UTAS)

Ses partenaires potentiels :

L'Education nationale, associations, les communes, etc.

Délai de mise en place :

2016-2020

Résultats attendus et critères d'évaluation :

La réussite scolaire des enfants en situation de handicap.

Action n°6.2 : Développer l'offre de formation en faveur des personnes en situation de handicap

Thématique : L'insertion professionnelle des travailleurs handicapés

Rôle du Département pour la mise en place de l'action :

Chef de file

Les enjeux de l'action :

Le niveau de formation et de qualification du public en situation de handicap sur le territoire est faible.

Pendant longtemps les personnes en situation de handicap n'ont pas bénéficié d'un accompagnement scolaire adapté, ni de formation.

Les besoins de formation de remise à niveau sont importants.

Il faut combler les besoins en remise à niveau pour pouvoir proposer des formations de niveau supérieur.

Objectifs de l'action :

Offrir aux personnes en situation de handicap une offre de formation adaptée, qui leur permettra de faire reconnaître leurs compétences et d'augmenter leur chance d'insertion dans le milieu professionnel.

Ses étapes de mise en place :

Faire une évaluation des besoins en formation au niveau du public en situation de handicap (*niveau de compétences, besoins en formation, coût*).

Proposer des formations adaptées à tous les niveaux.

Développer le répertoire de formation destiné aux personnes en situation de handicap.

Réunir les partenaires dans le cadre de groupe de réflexion dès le début de l'année 2016.

Responsable de l'action :

Le Département (DFPI)

Ses partenaires potentiels :

AGEFIPH (*Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées*), les organismes de formation, l'Université de Mayotte, Pôle Emploi.

Délai de mise en place :

2016-2020

Résultats attendus et critères d'évaluation :

Une meilleure qualification du public en situation de handicap et une meilleure insertion professionnelle.

Données Pôle Emploi, organismes de formation, Université de Mayotte.

Action n°7.1 : Organiser une campagne de communication et de sensibilisation territoriale sur l'offre de service existant et les démarches à suivre

Thématique : L'accès aux droits

Rôle du Département pour la mise en place de l'action :

Chef de file

Les enjeux de l'action :

L'accompagnement des personnes en situation de handicap est récent et bien que l'on constate une avancée importante, beaucoup de gens méconnaissent encore le droit et les structures existantes.

La localisation de la MPH à Mamoudzou, mais également les difficultés de déplacement internes au territoire sont de nature à amplifier ce constat.

Objectifs de l'action :

Informers massivement les usagers sur le droit et l'existant. Leur expliquer les procédures administratives et les démarches liées.

Ses étapes de mise en place :

Relancer la communication radio et télé sur l'accompagnement du handicap. Diffuser de manière régulière sur toute la première année de mise en œuvre du schéma des spots télévisés et radio.

Préparer des affiches et des brochures à destination du public (*dans les UTAS, dans la MPH et dans toutes les structures*).

Planifier une tournée en bus « caravane des droits », pour communiquer et informer sur l'accompagnement des handicaps. En collaboration avec les mairies et les CCAS, se rendre dans les villages éloignés de l'île pour tenir des « stands d'informations » auprès des usagers.

Sensibiliser les institutions à l'accueil du public en situation de handicap.

Préparer les éléments techniques pour la réalisation de la campagne début 2016 pour un commencement fin d'année

Délai de mise en place :

2016-2020

Résultats attendus et critères d'évaluation :

Connaissance de la population sur l'accompagnement des handicaps.

Enquête auprès des usagers.

Action n°7.2 : Favoriser une politique de proximité dans l'accès aux droits des personnes en situation de handicap

Thématique : L'accès aux droits

Rôle du Département pour la mise en place de l'action :

Chef de file

Les enjeux de l'action :

Mayotte est un petit territoire mais le retard de développement, l'état du réseau routier et l'absence de transports publics, compliquent d'autant plus le déplacement des usagers ayant un handicap.

En plus de l'action des UTAS, planifier des permanences dans les mairies et mairies-annexes, au sein des associations villageoises et toutes les structures proches des villages. Permanence des travailleurs sociaux du « service personnes handicapées » sur l'accès aux droits des usagers en situation de handicap. Les accompagner dans leur démarche.

Objectifs de l'action :

Permettre à tous les usagers de bénéficier d'un accompagnement répondant à leurs besoins.

Ses étapes de mise en place :

Réunir les travailleurs sociaux du service et planifier la programmation annuelle des permanences de proximités.

Responsable de l'action :

La DPAPH (UTAS)

Ses partenaires potentiels :

CCAS, établissements et services, CSSM.

Délai de mise en œuvre :

2016-2020

Résultats attendus et critères d'évaluation :

Une connaissance du public sur tous les dispositifs existants et les démarches à suivre pour y accéder. Enquête auprès des usagers.

Action n°8.1 : Favoriser l'installation durable des professionnels de santé sur le territoire

Thématique : L'attractivité du territoire aux professionnels médico-sociaux et paramédicaux

Rôle du Département pour la mise en place de l'action :

Chef de file

Les enjeux de l'action :

Mayotte connaît une situation très préoccupante de désert médical. Le territoire manque cruellement de professionnels de santé libéraux. Les besoins de spécialistes médicaux et paramédicaux sont importants. Le Centre hospitalier de Mayotte est saturé en raison de ce manque de praticiens privés. Les structures ont du mal à recruter du personnel sur place et arrivent difficilement à les faire venir de la Métropole.

L'absence de spécialistes tels des orthophonistes, des pédopsychiatres, etc., cause des retards dans le traitement des dossiers de la MPH, car les délais de rendez-vous sont longs.

Faciliter les secrétariats médicaux grâce aux dispositifs des contrats aidés et autres contrats d'avenir. Financer des locaux destinés à accueillir des professionnels de santé dans « des maisons de santé ».

Objectifs de l'action :

Attirer les professionnels de santé dans le département, leur donner envie de s'installer sur Mayotte.

Ses étapes de mise en place :

Réunir les Directions du Département concernées pour une réflexion afin de faire des propositions :

- d'aides à l'installation dans le cadre des compétences régionales de la Collectivité locale de Mayotte au titre des aides au développement économique,
- d'aides à l'investissement aux professionnels de santé libéraux qui souhaitent s'installer à Mayotte (*investissement dans des locaux pour une mise aux normes, équipement en moyens matériels*),
- d'accompagnement pour le recrutement du personnel administratif.

Responsable de l'action :

Département

Ses partenaires potentiels :

Etat, ARS.

Délai de mise en place :

2016-2020

Résultats attendus et critères d'évaluation :

Installation durable de professionnels de santé sur le territoire. Réponse aux besoins.

Action n°8.2 : Lutter contre les turn-over des professionnels de santé

Thématique : L'attractivité du territoire aux professionnels médico-sociaux et paramédicaux

Rôle du Département pour la mise en place de l'action :

Chef de file

Les enjeux de l'action :

Le turnover des professionnels de santé sur le département est très important. Il ne permet pas aux spécialistes de prendre pleinement connaissance et conscience des problématiques intrinsèques au territoire. Les fréquences des entrées et sorties des professionnels ne permettent pas de trouver des solutions adéquates aux problématiques du territoire. Or, la superposition d'une vision de la Métropole à Mayotte ne fonctionne pas, car le niveau de développement économique, structurel, social et professionnel est très loin d'être équivalent.

Objectif :

Mettre en place un système qui retienne les professionnels pour une certaine durée, permettant à chacun d'y trouver sa part.

Inciter les professionnels libéraux à s'engager sur le long terme.

Ses étapes de mise en place :

Réunir les partenaires pour mener une réflexion sur le système d'attraction qui pourrait être mis en place.

Responsable de l'action :

Département

Ses partenaires potentiels :

Etat, ARS.

Délai de mise en place :

2016-2020

Résultats attendus et critères d'évaluation :

Plus de couverture en termes de professionnels libéraux sur le département.

Action n°9.1 : Sensibiliser les autorités locales sur la question de l'accessibilité des personnes en situation de handicap

Thématique : L'accessibilité générale

Rôle du Département pour la mise en place de l'action :

Chef de file

Les enjeux de l'action :

Le territoire de Mayotte enregistre un retard certain en termes d'aménagements infrastructurels. L'état du réseau routier, l'absence de transports publics compliquent le

déplacement des usagers, encore plus quand ils ont un handicap. Les difficultés d'accès concernent toute « la chaîne du déplacement » (*voiries, transports, espaces publics*).

L'ordonnance de 2008 n'a étendu qu'en partie et avec des spécificités la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, laquelle introduit l'obligation de mise en accessibilité du cadre bâti et des transports publics.

Objectif de l'action :

Sensibiliser les autorités locales sur la loi de 2005 et ses conséquences.

Ses étapes de mise en place :

Réunir les partenaires pour réfléchir sur les modalités d'application de la loi sur le territoire. Présenter ce travail sous forme de séminaire sur « l'accessibilité générale », la loi du 11 février 2005. Rappeler l'obligation des communes de + 5.000 habitants de faire un diagnostic de déplacement et d'avoir une commission d'accessibilité.

Responsable de l'action :

Département

Les partenaires potentiels :

Les mairies, les CCAS, l'Etat.

Délai de mise en place :

2016-2020

Résultats attendus et critères d'évaluation :

Connaissance et conscience des autorités locales sur l'obligation d'accessibilité et la loi du 11 février 2005 en général.

Action n°9.2 : L'accessibilité de l'habitat

Thématique : L'accessibilité générale

Rôle du Département pour la mise en place de l'action :

Chef de file

Les enjeux de l'action :

Les personnes en situation de handicap sont confrontées aux difficultés de déplacement en premier lieu dans leur habitat, le logement et les alentours.

Les maisons ne sont pas naturellement aménagées en fonction de leurs difficultés.

Or, le Département, via le « service accès et aides au logement », offre plusieurs dispositifs permettant de réhabiliter, d'adapter le logement de la personne en situation de handicap.

Ces possibilités sont confortées par la prestation de compensation du handicap.

Objectif de l'action :

Permettre aux personnes en situation de handicap de vivre dans un habitat adapté à leur situation.

Ses étapes de mise en place :

Faire connaître les dispositifs d'aides existants proposés par le Département : FSL (*Fonds solidarité logement*), FASUL (*Fonds d'aide social urgence logement*), l'aide à la pierre, etc.

Pour le public accompagné par le service « personnes handicapées » de la DPAPH, recenser le nombre de personnes qui sont éligibles aux dispositifs proposés et monter des demandes d'aménagement, d'accès ou de maintien au logement en fonction des situations.

Pour le public suivi par les autres structures, informer les partenaires sur les dispositifs et les démarches à suivre. Sensibiliser également les usagers sur les dispositifs.

Responsable de l'action :

Département (DGA-SDS)

Ses partenaires potentiels :

Mairies, CCAS, CSSM.

Délai de mise en place :

2016-2020

Résultats attendus et critères d'évaluation :

Amélioration et accessibilité de l'habitat des personnes.

Nombre de dossiers reçu au titre du FASUL et FSL.

Action n°10.1 : Développer prévention de la maltraitance et l'éducation à la bientraitance

Thématique : Le respect des personnes en situation de handicap

Rôle du Département pour la mise en place de l'action :

Chef de file

Les enjeux de l'action :

Il y a à Mayotte beaucoup de familles qui supportent seules une situation de handicap, parfois avec perte d'autonomie totale de la personne.

Des familles ne bénéficiant pas d'accompagnement et n'ont donc pas de répit. Les situations d'épuisement sont propices à la maltraitance. Or le risque est important sur le territoire car l'accompagnement auprès des familles, même quand il existe, est moindre qu'en Métropole.

Objectif de l'action :

Sensibiliser les parents et les usagers à la bientraitance, attirer leur vigilance face aux situations de maltraitance.

Ses étapes de mise en place :

Mettre en place des formations au bénéfice des familles ayant en charge une personne en situation de handicap.

Mettre en place au sein des UTAS des ateliers « bientraitance », organiser des groupes « de parole avec les parents » pour l'échange entre les usagers vivant les mêmes difficultés.

Responsable de l'action :

Département (DPAPH, UTAS)

Ses partenaires potentiels :

Etablissements et services sociaux médico-sociaux, CSSM, associations.

Délai de mise en place :

2016-2020

Résultats attendus et critères d'évaluation :

Vigilance des parents et des usagers. Enquêtes auprès des familles, des établissements et services.

9) Récapitulatif des besoins à prendre en compte pour la totalité de la période 2016-2020

Axes	Estimation Coûts
<i>Les indicateurs du handicap</i>	300.000€
<i>Le diagnostic du handicap</i>	276.000€
<i>La poursuite de réponse « enfants »</i>	100.000€
<i>L'accompagnement des adultes</i>	4.350.000€
<i>La formation du personnel</i>	400.000€
<i>L'insertion professionnelle</i>	100.000€
<i>L'accès aux droits</i>	100.000€
<i>L'attractivité du territoire</i>	500.000€
<i>L'accessibilité générale</i>	70.000€
Total	6.196.000€

ANNEXES

ANNEXE 1 : Avis issus de la consultation réglementaire (Art L.312-5 du CASF)

➤ Avis de l'ARS

- **Avis du CODERPA**
- **Avis de la DJSCS**
- **Avis de la CSSM**

ANNEXE 2 : Glossaire

AAH : Allocation pour adulte handicapé

AEEH : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

ACFAV : Association pour la condition féminine et aide aux victimes

ADSM : Association pour les déficients sensoriels de Mayotte

ARS : Agence régionale de santé

APROSASOMA : Association pour la promotion sanitaire et sociale de Mayotte

ADAPEI : Association départementale des amis et parents des personnes handicapées

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

AGEFIPH : Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées
 ASPA : allocation simple personnes âgées
 ASPH : Allocation spécifique personnes handicapées
 ASH : Adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés
 AME : Aide médicale d'Etat
 CCAS : Centre communal d'action sociale
 CHM : Centre hospitalier de Mayotte
 CNSA : Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie
 CPH : Commission des personnes handicapées
 CSSM : Caisse de sécurité sociale de Mayotte
 CODERPA : Comité départemental des retraités et personnes âgées
 CLIS : Classe d'inclusion scolaire
 CNFPT : Centre national de la fonction publique territoriale
 CNAV : Caisse nationale d'assurance vieillesse
 CMU : Couverture maladie universelle
 CISS : Collectif inter associatif sur la santé
 CLIC : Centre local d'information et de coordination
 DASS : Direction des affaires sanitaires et sociales
 DHL : Direction de l'habitat et de logement
 DFPI : Direction de la formation professionnelle et de l'insertion
 DPAPH : Direction des personnes âgées et personnes handicapées
 DIECCTE : Direction des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
 DJSCS : Direction de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
 DROM : Département et Région d'outre-mer
 DEAL : Direction de l'environnement, de l'aménagement et du logement
 ESAT : Etablissements et services d'aide par le travail
 ESMS : Etablissements et services médico- sociaux
 EEAP : Etablissement pour enfants et adolescents polyhandicapés
 FASUL : Fonds d'aide sociale d'urgence logement
 FMAPAR : Fédération mahoraise des associations des personnes âgées et retraitées
 FSL : Fonds solidarité logement
 FMDESC : Fonds mahorais de développement économique, social et culturel
 FEI : Fonds exceptionnel d'investissement
 FSE : Fonds social européen
 FIAPA : Fédération internationale des associations de personnes âgées
 GIP : Groupement d'intérêt public
 GIR : Groupes iso-ressources (*classement stades perte d'autonomie*)
 HAD : Service d'hospitalisation à domicile
 IFSI : Institut de formation en soins infirmiers
 INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
 IEN : Inspecteur de l'Education nationale
 IME : Institut médico-éducatif
 ITEP : Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
 IRTS : Institut régional du travail social
 MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
 MAS : Maison d'accueil spécialisée
 MGEN : Mutuelle générale de l'Education nationale
 MONALISA : Mobilisation nationale contre l'isolement des personnes âgées
 MPH : Maison des personnes handicapées
 OMS : Organisation mondiale de la santé
 ONU : Organisation des Nations-unies

PAERPA : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PCH : Prestation de compensation du handicap
PMI : Protection maternelle et infantile
PPS : Projet personnalisé de scolarisation
PRS : Projet de santé de La Réunion et de Mayotte
PRIAC : Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PPF : Classe préprofessionnelle de formation
RSA : Revenu de solidarité active
SAAD : Service d'aide à domicile
SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé
SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale
SASAIS : Service d'aides spécialisées à l'adaptation et à l'intégration scolaire
SAFEF : Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce
SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SIM : Société immobilière de Mayotte
SMIG : Salaire minimum interprofessionnel garanti
SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
SROS : Schéma régional d'organisation des soins
SROMS : Schéma régional d'organisation médico-social
TP AAH : Tierce personne à l'allocation adulte handicapé
TP AEEH : Tierce personne à l'allocation d'éducation d'enfant handicapé
UDPARM : Union départementale des personnes âgées et retraités de Mayotte
UDAF : Union départementale des associations familiales
UTAS : Unité territorialisée de l'action sociale
UPI : Unités pédagogiques d'intégration
ULIS : Unité localisée pour l'inclusion scolaire