

Vendredi 14 Février

10:30 – 11:30

Auditorium 1

Quel parcours de soins face au vieillissement ?

Modérateur(s) : M. COUME (Dakar), A. AVILA-FUNES (Mexico)

- **Projet Village Alzheimer de Martinique : retour d'expérience de l'évaluation du Village Landais Henri Emmanuelli de Dax**
H. AMIEVA (Bordeaux)
- **Expérimentation du dispositif EHPAD hors les murs de la Martinique**
P. HABIB (Le Prêcheur)
- **Vieillesse et enjeux économiques en Afrique subsaharienne**
J. NOUAFO (Douala)



Le projet de Village Alzheimer

Une approche innovante

Sociale plus que médicale

Un projet qui résulte d'un long processus

- **Une large consultation des acteurs
(novembre/décembre 2022)**
- **Une étude populationnelle
(février 2023)**
- **Un Comité de pilotage en
action depuis mars 2023 (2
ans)**



Une approche domiciliaire en réponse aux besoins des martiniquais

- **Le souhait de rester chez soi**
- **Le souhait des aidants de trouver un accompagnement différent des institutions habituelles et auquel ils sont associés**
- **Le besoin d'un nouveau modèle d'accompagnement plus adapté aux attentes : « Vivre comme à la maison »**



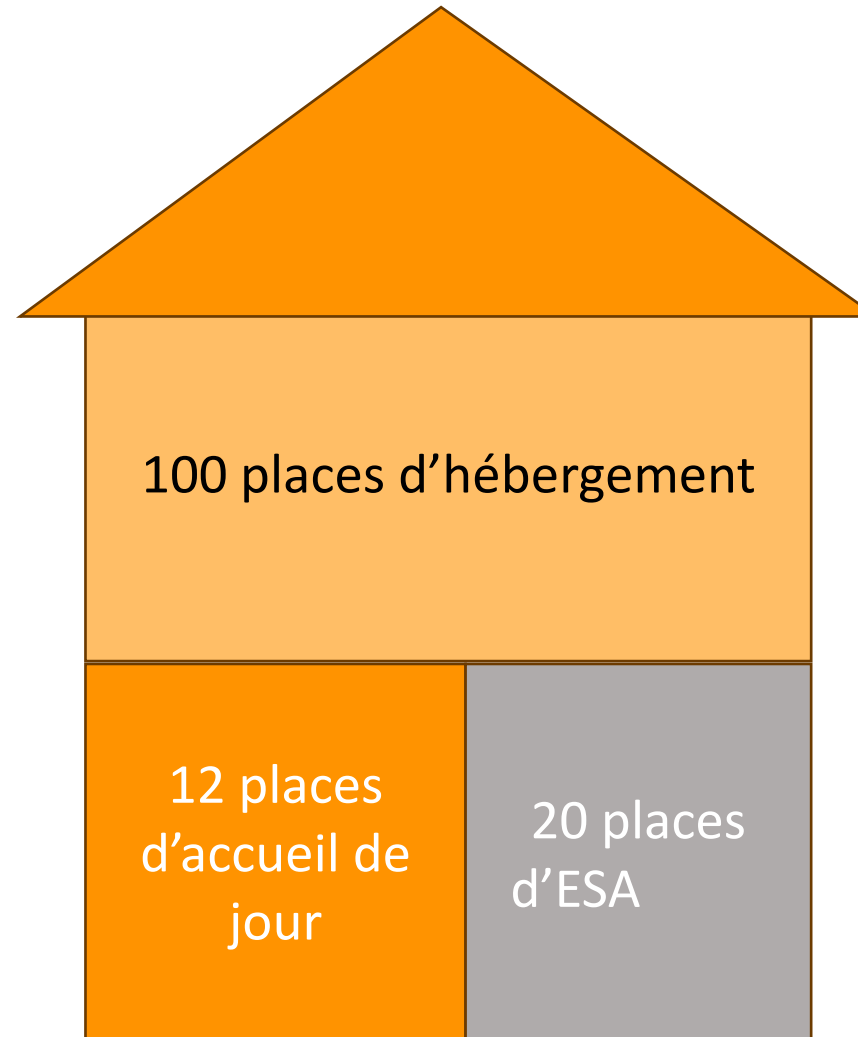


Un village créole, typique, organisé autour des traditions martiniquaises et alliant liberté et sécurité

- ★ **12 maisons créoles (6 à 8 habitants)**
- ★ **1 place centrale avec un grand carbet**
- ★ **Des commerces, un bar restaurant, un marché traditionnel, des activités, etc**

Un accompagnement plurimodal pour offrir un panel de solutions

- 10 places pour les jeunes Alzheimer
- 10 places pour des couples
- 70 places pour les autres personnes souffrant de Maladie d'Alzheimer
- 10 places pour les autres maladies neuro dégénératives





“

**Une implantation choisie
à Fort-de-France pour
rayonner sur l'ensemble
du territoire**

Un gestionnaire associatif pressenti

**202
8**

**« Les Amis du Village Alzheimer et
maladies apparentées »** pour
soutenir le projet, assurer sa
promotion et à terme encadrer les
bénévoles qui rejoindront le projet

lesamisdumamavillage@gmail.com

[Le village Alzheimer Martinique \(Facebook\)](#)



Vendredi 14 Février

10:30 – 11:30

Auditorium 1

Quel parcours de soins face au vieillissement ?

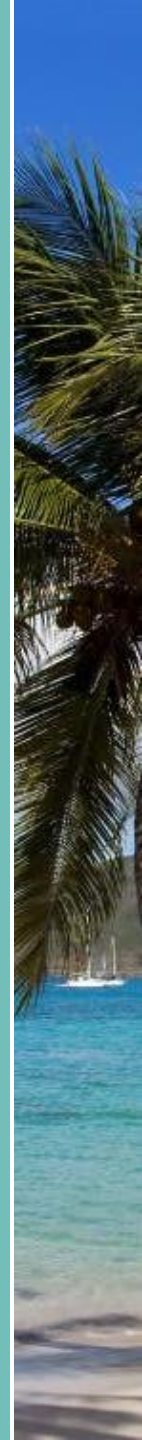
Modérateur(s) : M. COUME (Dakar), A. AVILA-FUNES (Mexico)

- **Projet Village Alzheimer de Martinique : retour d'expérience de l'évaluation du Village Landais Henri Emmanuelli de Dax**
H. AMIEVA (Bordeaux)
- **Expérimentation du dispositif EHPAD hors les murs de la Martinique**
P. HABIB (Le Prêcheur)
- **Vieillesse et enjeux économiques en Afrique subsaharienne**
J. NOUAFO (Douala)

Projet Village Alzheimer de Martinique : retour d'expérience de l'évaluation du Village Landais Henri Emmanuelli de Dax

Hélène Amieva

INSERM ACTIVE TEAM
(AGING, CHRONIC DISEASES, TECHNOLOGY,
DISABILITY, AND ENVIRONMENT)
BPH, UMR 1219





« Je veux rester chez moi »

54% des personnes résidant en établissement sont classées GIR 1 ou 2, un niveau de dépendance qui s'est accru ces dernières années (rapport de la DREES, 2020).

Les résidents arrivent en EHPAD avec des capacités d'adaptation très amoindries, faisant de l'entrée en institution, une rupture, dans le parcours de vie de l'individu, difficile à surmonter.





EHPADs : les limites

L'entrée en EHPAD s'accompagne souvent :

Pour les résidents :

- **Accélération du déclin des fonctions cognitives** (Wilson et coll., 2007; Gonzalez-Colaço et coll., 2014)
- **Dégradation de la qualité de vie** (Villeneuve et coll., 2020; Scocco et coll., 2006; Mjorud et coll., 2014; Olsen et coll., 2016; Hoe et coll., 2009, Castro-Monteiro et coll., 2014)
- **Hausse de la mortalité** (Aneshensel et coll., 2000)

Pour les aidants :

- **Sentiment de perte ou de culpabilité** des aidants qui perdure après l'institutionnalisation de leur proche (Whitlatch et coll., 2001)
- **Sentiment de fardeau « délesté » des tâches quotidiennes, mais « alourdi » par de nouvelles charges et responsabilités** : relation avec les professionnels, soutien affectif et social, inquiétude permanente pour leur bien-être (Chen et coll., 2007; Givens et coll., 2012 ; Keefe & Fancey, 2000; Tornatore & Grant, 2002 ; Schulz et coll., 2014)

Pour les professionnels :

- **Epuisement** (Cocco et coll., 2003 ; White et coll., 2019 ; Decker et coll., 2009; Abrahamson et coll., 2009)
- **Anxiété au travail** (Gallego-Albert et coll., 2018)
- **Turn-over** (Martin et coll., 2017; Donoghue et coll., 2009; Pillermer et coll., 2008)





EHPADs : les limites

Vers un nouveau modèle ? Mais quel modèle ?

Résultats moins négatifs associés aux structures « small-scale homelike residential facility ».

Mais trop peu de recherches, et de qualité méthodologique médiocre.

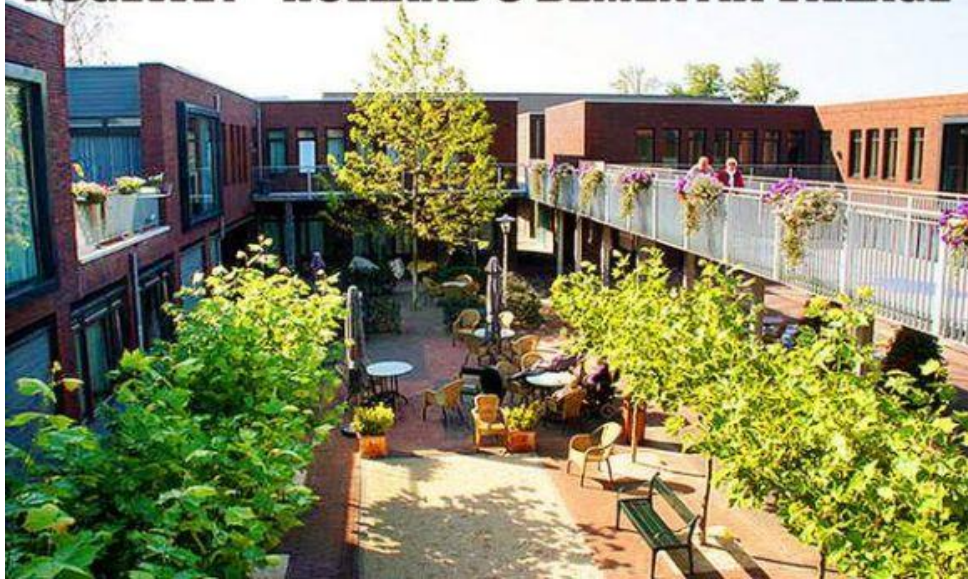
Krier, De Boer, Hiligsmann, Wittwer, Amieva. Evaluation of Dementia-friendly initiatives, small-scale homelike residential care and Dementia village models: a scoping review, JAMDA 2023.



Le modèle « Village »

Hogeweyk (Pays-Bas), le pionnier...

HOGWEYK - HOLLAND'S DEMENTIA VILLAGE



What people want when they age... normal life !

Il paese ritrovato, Monza, Italie



Carpe Diem, Baerum, Norvège





**120 personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et autres syndromes démentiels
accompagnées par 120 professionnels et 40 bénévoles**



Ouvert en juin 2020

- Pas de visuel rappelant que l'on est dans une structure médicalisée
- Respect des habitudes / rythmes de vie
- Bâti sur le plan architectural comme un village traditionnel
- 4 quartiers, chacun composé de 4 maisonnées
- Conçu de manière à ressembler à un environnement de vie "ordinaire"
- ... et à favoriser le lien social, au travers d'activités diverses, en optimisant les rencontres, entre residents, avec les familles, les bénévoles, le public extérieur...



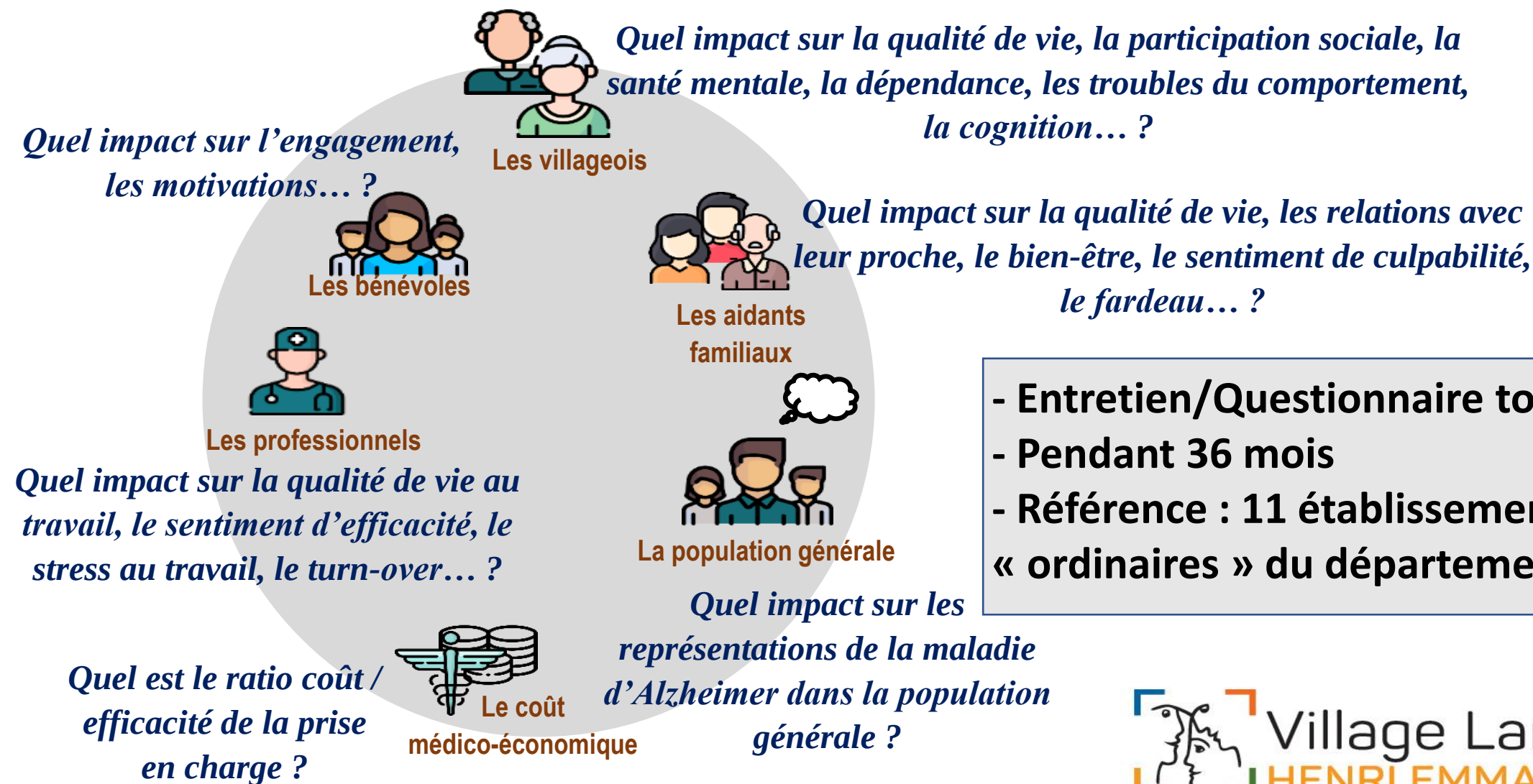


- Lieu d'innovation sociale... mais aussi de Recherche
- Centre de Ressources et de Recherche au sein du Village mis à la disposition des chercheurs
- Conseil scientifique (personnalités du monde scientifique, familles, professionnels)
- Recherche en immersion : *in situ et in itinere*





Un modèle alternatif ? Peut-être ? Encore faut-il le démontrer...



- Entretien/Questionnaire tous les 6 mois
- Pendant 36 mois
- Référence : 11 établissements « ordinaires » du département des Landes



Enquête Grand Public avant/après ouverture du Village

Interview téléphonique de 850 personnes tirées au sort



- Etude des **représentations** (image/perception) et **attitudes** (émotions) au sein du grand public vis-à-vis des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer
- Echantillons représentatifs de la population générale en termes d'âge, sexe, CSP selon statistiques de l'INSEE

⇒ **Perte d'identité + Sentiment de dégoût vis-à-vis des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer moins souvent rapportés** après ouverture du VLHE (aucun changement observé dans la population contrôle)

Pech, Meillon, Marquet, Dartigues & Amieva. The "Alzheimer Village": Assessment of Alzheimer's disease representations in the general population: A cross sectional phone survey. *Alzheimer & Dementia* 2022 Aug 2;8(1):e12328



Inclusions et suivi à ce jour (VLHE)

Villageois							
	Visite initiale	Visite à 6 mois	Visite à 12 mois	Visite à 18 mois	Visite à 24 mois	Visite à 36 mois	
Visite réalisée	188	160	135	102	83	43	
Refus ou arrêt	3	3	3	5	5	1	
Décédé	4	11	19	21	12	20	

Aidants							Visite post décès résident
	Visite initiale	Visite à 6 mois	Visite à 12 mois	Visite à 18 mois	Visite à 24 mois	Visite à 36 mois	
Visite réalisée	176	143	115	86	63	34	18
Refus ou sans réponse	14	12	19	19	20	24	12
Tuteur	4	4	4	4	4	4	3
Décès Villageois	4	11	19	21	12	20	-

Professionnels							
	Visite initiale	Visite à 6 mois	Visite à 12 mois	Visite à 18 mois	Visite à 24 mois	Visite à 36 mois	
Visite réalisée	147	114	79	58	39	24	
Sans réponse	75	77	87	65	55	61	
A quitté le VLHE	2	16	9	22	24	16	

Bénévoles						
	Visite initiale	Visite à 6 mois	Visite à 12 mois	Visite à 18 mois	Visite à 24 mois	
Visite réalisée	80	81	52	46	24	
Refus	4	2	2	2	3	
Sans réponse	83	60	66	77	9	
Retiré de la liste	-	41	32	16	6	

Inclusions et suivi à ce jour (EHPAD)



Résidents							
	Visite initiale	Visite à 6 mois	Visite à 12 mois	Visite à 18 mois	Visite à 24 mois	Visite à 36 mois	
Visite réalisée	104	87	56	24	7	2	
Refus ou arrêt	5	4	1	0	0	0	
Décédé	1	13	10	2	2	1	

Aidants							Visite post décès résident
	Visite initiale	Visite à 6 mois	Visite à 12 mois	Visite à 18 mois	Visite à 24 mois	Visite à 36 mois	
Visite réalisée	83	59	32	9	1	-	4
Refus ou sans réponse	22	13	14	8	6	-	7
Tuteur	2	2	2	2	2	-	-
Décès Villageois	1	13	10	2	2	1	-

Professionnels							
	Visite initiale	Visite à 6 mois	Visite à 12 mois	Visite à 18 mois	Visite à 24 mois	Visite à 36 mois	
Visite réalisée	278	140	84	5	-	-	
Sans réponse	637	665	632	54	-	-	
A quitté l'EHPAD	-	60	54	8	-	-	



Capacités cognitives : Déclin faible et progressif

	V0 n = 157	V6 n = 137	V12 n = 109	V18 n = 86	V24 n = 64
Test de MMSE					
Moyenne (ET)	11,24 (6,82)	10,26 (7,52)	9,39 (7,44)	8,28 (7,31)	7,84 (8,11)
Médiane (IQR)	12 (7 - 16)	10 (3 - 15)	10 (2 - 14)	8 (1 - 13)	6 (0 - 13)
Min - Max	0 - 26	0 - 29	0 - 26	0 - 27	0 - 29

	V0 n = 144	V6 n = 113	V12 n = 85	V18 n = 69	V24 n = 40
Batterie d'évaluation cognitive dans la démence sévère - SIB					
Moyenne (ET)	41,35 (9,50)	40,46 (10,39)	40,04 (10,24)	37,04 (12,42)	41,05 (9,71)
Médiane (IQR)	46 (38 - 48)	45 (37 - 48)	45 (33 - 48)	42 (30 - 47)	45 (37 - 48)
Min - Max	5 - 50	7 - 50	12 - 50	7 - 50	12 - 50





Symptômes psycho-comportementaux : stabilité voire diminution

	V0 n = 171	V6 n = 156	V12 n = 119	V18 n = 93	V24 n = 68
Echelle NPI (Neuropsychiatric Inventory)					
Moyenne (ET)	14,52 (16,92)	12,35 (12,71)	12,76 (10,98)	14,05 (11,48)	11,74 (9,82)
Médiane (IQR)	8 (2 - 21)	9 (4 - 18)	11 (4 - 18)	12 (4 - 20)	11 (4 - 16)
Min - Max	0 - 89	0 - 80	0 - 55	0 - 50	0 - 38





Qualité de vie et santé mentale : absence de dégradation

	V0 n = 172	V6 n = 157	V12 n = 120	V18 n = 95	V24 n = 68
Echelle de CORNELL (symptômes anxieux et dépressifs)					
Moyenne (ET)	6,22 (5,88)	6,04 (5,09)	6,18 (5,09)	5,84 (4,72)	4,50 (4,02)
Médiane (IQR)	5 (2 - 9)	5 (2 - 9)	5 (2 - 10)	5 (3 - 8)	5 (0 - 6)
Min - Max	0 - 26	0 - 24	0 - 20	0 - 23	0 - 14
	V0 n = 163	V6 n = 133	V12 n = 98	V18 n = 74	V24 n = 46
Echelle QoL-AD (Quality of Life – Alzheimer's disease)					
Moyenne (ET)	33,75 (5,38)	33,91 (4,82)	34,15 (4,77)	33,92 (4,90)	34,41 (4,84)
Médiane (IQR)	34 (30 - 37)	34 (32 - 38)	34 (31 - 38)	33 (31 - 37)	35 (32 - 38)
Min - Max	13 - 48	16 - 45	19 - 49	19 - 46	21 - 46





Santé mentale et de qualité de vie des proches aidants : stabilité de tous les indicateurs

	V0	V6	V12	V18	V24
Echelle CESD (symptomatologie dépressive)	n = 161	n = 141	n = 102	n = 76	n = 54
Moyenne (ET)	11,71 (9,89)	11,60 (10,51)	11,25 (9,58)	10,26 (9,72)	11,26 (9,95)
Médiane (IQR)	9 (4 - 17)	8 (3 - 17)	9 (4 - 15)	7 (3 - 14)	9 (4 - 15)
Min - Max	0 - 43	0 - 51	0 - 43	0 - 44	0 - 50
	V0	V6	V12	V18	V24
Echelle STAI (symptomatologie anxieuse)	n = 161	n = 141	n = 102	n = 76	n = 54
Moyenne (ET)	29,17 (9,41)	29,38 (9,45)	29,78 (9,02)	28,53 (7,77)	27,93 (8,25)
Médiane (IQR)	27 (22 - 33)	27 (22 - 33)	28 (24 - 33)	27 (22 - 31)	26 (23 - 32)
Min - Max	19 - 69	20 - 68	20 - 69	20 - 52	20 - 64
	V0	V6	V12	V18	V24
Echelle de soutien social perçu MOS	n = 161	n = 140	n = 102	n = 76	n = 54
Moyenne (ET)	80,12 (15,42)	79,34 (15,73)	79,38 (17,39)	79,16 (16,10)	79,93 (14,67)
Médiane (IQR)	84 (73 - 94)	84 (68 - 95)	86 (68 - 95)	85 (66 - 95)	82 (69 - 94)
Min - Max	24 - 95	36 - 95	32 - 95	33 - 95	43 - 95
	V0	V6	V12	V18	V24
Echelle de qualité de vie WhoQol	n = 161	n = 141	n = 102	n = 76	n = 54
Moyenne (ET)	22,80 (6,56)	20,08 (4,89)	19,78 (4,60)	19,61 (4,52)	19,61 (4,97)
Médiane (IQR)	22 (18 - 27)	20 (17 - 23)	20 (18 - 22)	19 (17 - 22)	19 (16 - 22)
Min - Max	10 - 37	11 - 35	10 - 30	10 - 33	11 - 34





Sentiment de « fardeau » : forte diminution dès les 6 premiers qui se poursuit au-delà des 6 premiers mois

	V0 n = 161	V6 n = 141	V12 n = 103	V18 n = 76	V24 n = 49
Echelle de fardeau de ZARIT					
Moyenne (ET)	41,10 (14,71)	16,16 (10,86)	14,75 (9,08)	12,99 (9,10)	11,43 (9,27)
Médiane (IQR)	44 (31 - 50)	14 (8 - 22)	13 (8 - 19)	12 (5 - 21)	8 (3 - 17)
Min - Max	3 - 73	0 - 50	0 - 44	0 - 36	0 - 36





Indicateurs de santé au travail chez les soignants du VLA versus EHPAD (V0)

	Total N = 228 Moy (ET)	VLHE N = 78 Moy (ET)	EHPAD N = 150 Moy (ET)	p-value
Burnout ^a (DM=15)				0,003
Épuisement émotionnel (DM= 9)	13,73 (10,91)	8,97 (6,29)	16,36 (12,00)	< 0,001
Dépersonnalisation (DM= 7)	3,05 (4,34)	1,18 (1,79)	4,04 (4,93)	< 0,001
Empowerment psychologique ^b (DM=12)	4,82 (0,72)	4,84 (0,54)	4,80 (0,80)	0,685
Ratio Effort-Récompense ^c (DM= 23)	0,55 (0,31)	0,44 (0,20)	0,61 (0,34)	< 0,001
Anxiété ^d (DM= 2)	7,04 (3,49)	6,38 (2,80)	7,39 (3,77)	0,024
Dépression ^d (DM= 2)	3,86 (3,06)	2,65 (2,16)	4,49 (3,26)	< 0,001
Troubles Musculosquelettiques (DM= 1)	21,88 (16,87)	16,93 (13,13)	24,47 (18,03)	< 0,001





Indicateurs de santé au travail chez les soignants du VLA versus EHPAD (V6)

	Total N = 126 Moy (ET)	VLHE N = 61 Moy (ET)	EHPAD N = 65 Moy (ET)	p-value
Burnout ^a (DM=5)				0,05
Épuisement émotionnel (DM= 4)	14,96 (11,33)	12,29 (8,79)	17,38 (12,82)	0,011
Dépersonnalisation (DM= 1)	2,86 (3,90)	1,61 (2,47)	4,06 (4,60)	< 0,001
Empowerment psychologique ^b (DM= 6)	4,68 (0,84)	4,62 (0,82)	4,73 (0,86)	0,465
Ratio Effort-Récompense ^c (DM= 14)	0,60 (0,45)	0,52 (0,25)	0,66 (0,55)	0,068
Anxiété ^d (DM= 3)	6,37 (3,67)	5,39 (2,88)	7,28 (4,08)	0,003
Dépression ^d (DM= 4)	4,00 (3,44)	2,97 (2,48)	4,94 (3,91)	0,001





Impact sur le recours aux soins

Comparaison de la cohorte des Villageois versus un échantillon de résidents avec un diagnostic de démence hébergés en EHPAD construit de manière *ad hoc* à partir du SNDS (accès aux données SNDS par l'accès permanent de l'Inserm)

3 indicateurs considérés :

- (1) Taux d'hospitalisations
- (2) Durée des séjours hospitaliers
- (3) Taux de décès à l'hôpital

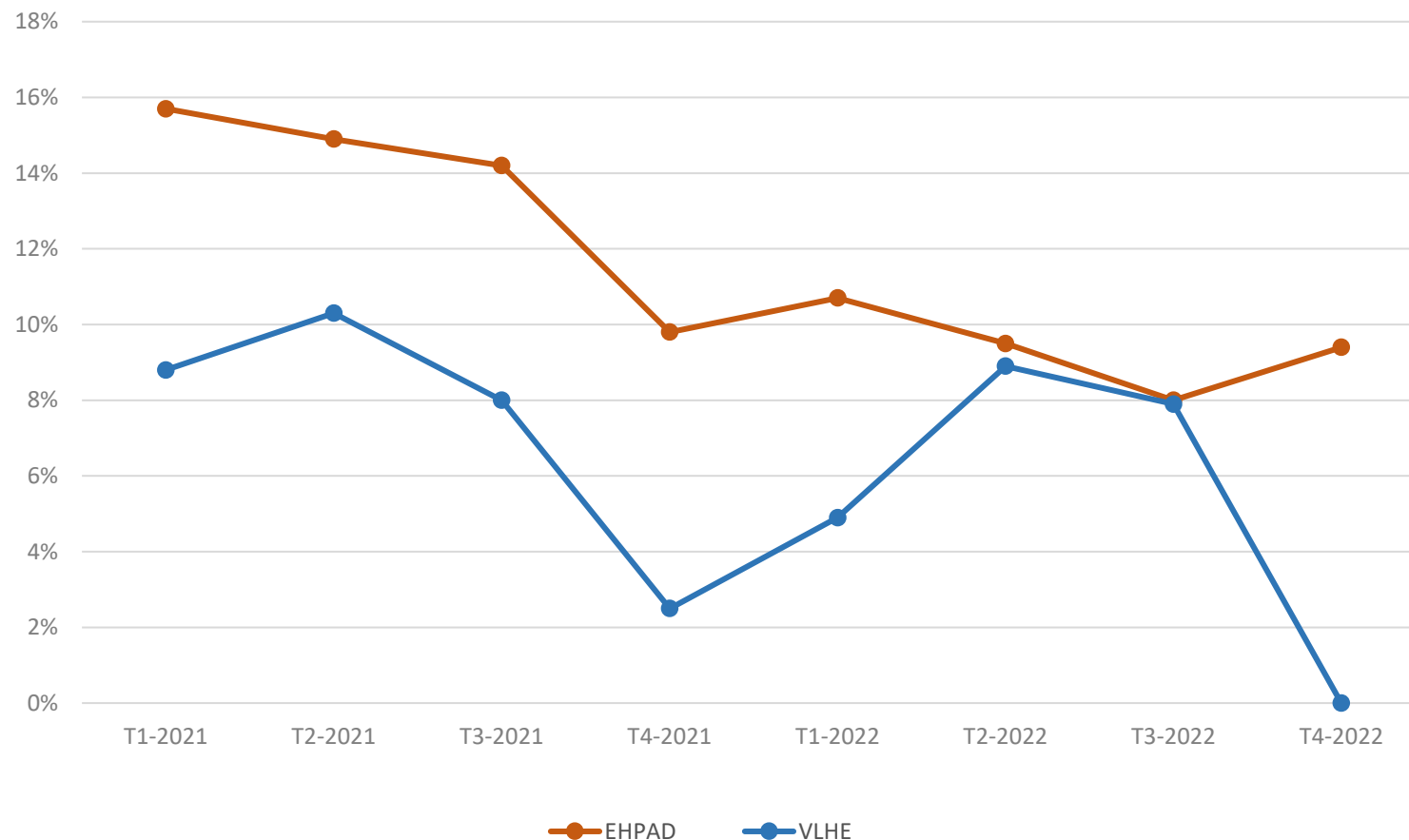
Appariement des 2 cohortes sur l'âge, le sexe et le nombre de comorbidités

Période considérée : 01/01/2021 – 31/12/2022





Moins d'hospitalisations au VLHE



Le groupe EHPAD SNDS a un taux d'hospitalisation plus élevé que le groupe VLHE sur toute la période étudiée.

Le taux moyen d'hospitalisation sur les 2 années observées est de 11,5% pour le groupe EHPAD SNDS contre de 6,4% pour le groupe VLHE.



Moins de décès à l'hôpital au VLHE

	SNDS (n=2396)	VLHE (n=92)	OR (régression logistique)	IC 95% (Wald)
Décès à l'hôpital %	31%	9%	5.75	[1.75 - 18.90]



En résumé



- Au plan social :

Evolution positive des représentations associées à la maladie d'Alzheimer suggérant que l'image de la maladie dans les communes véhiculée par le Village auprès du grand public est moins négative.



En résumé



- Au plan social :

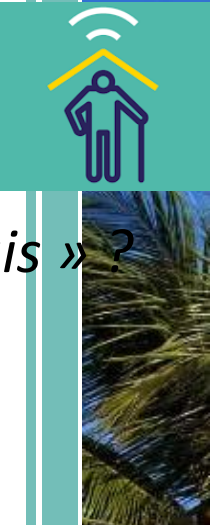
Evolution positive des représentations associées à la maladie d'Alzheimer suggérant que l'image de la maladie dans les communes véhiculée par le Village auprès du grand public est moins négative.

- Au plan clinique :

Pas d'effet « catastrophe » aux plans cognitif, santé mentale, troubles du comportement et qualité de vie.

Ces résultats contrastent avec les nombreuses publications rapportant après l'entrée en Institution une accélération du déclin des fonctions cognitives (Wilson et coll., 2007; Gonzalez-Colaço et coll., 2014) ; une dégradation de la qualité de vie (Villeneuve et coll., 2020; Scocco et coll., 2006; Mjorud et coll., 2014; Olsen et coll., 2016; Hoe et coll., 2009, Castro-Monteiro et coll., 2014) ; une hausse de la mortalité (Aneshensel et coll., 2000)



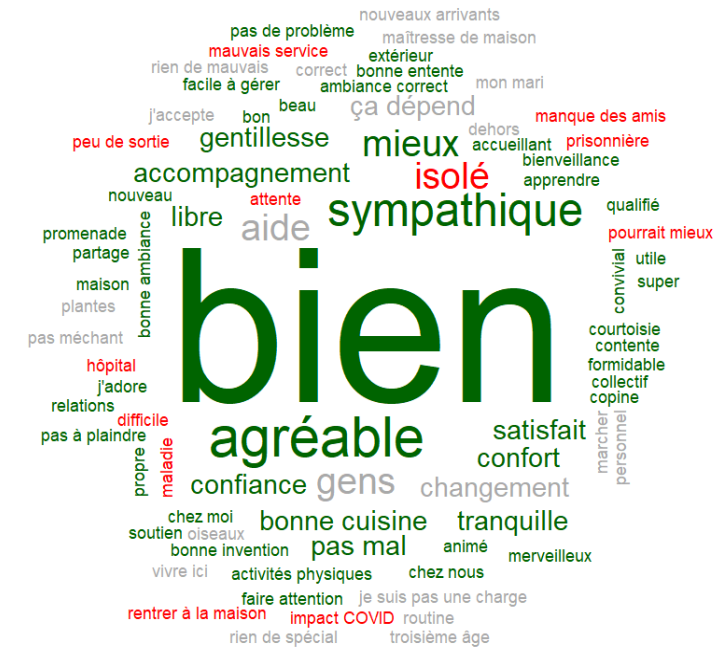


Quels sont les 3 premiers mots qui vous viennent à l'esprit si je vous dis « Village Landais » ?

V0

V6

V12



En résumé



- Au plan social :

Evolution positive des représentations associées à la maladie d'Alzheimer suggérant que l'image de la maladie dans les communes véhiculée par le Village auprès du grand public est moins négative.

- Au plan clinique :

Pas d'effet « catastrophe » aux plans cognitif, santé mentale, troubles du comportement et qualité de vie.

- Sur le vécu des proches aidants :

Pas de dégradation des marqueurs de qualité de vie, d'anxiété et de dépression et une diminution « spectaculaire » du sentiment de fardeau.

Ces résultats contrastent avec les nombreuses publications rapportant après l'entrée en Institution un fardeau « délesté » des tâches quotidiennes mais « alourdi » par de nouvelles charges et responsabilités (relation avec les professionnels, soutien affectif et social, sentiment d'abandon et culpabilité, anxiété, augmentation des anxiolytiques...) (Whitlatch et coll., 2001; Chen et coll., 2007; Givens et coll., 2012 ; Keefe & Fancey, 2000; Tornatore & Grant, 2002 ; Schulz et coll., 2014)





Quels sont les 3 premiers mots qui vous viennent à l'esprit si je vous dis « Village Landais » ?

V0

V6

V12



En résumé



- Au plan social :

Evolution positive des représentations associées à la maladie d'Alzheimer suggérant que l'image de la maladie dans les communes véhiculée par le Village auprès du grand public est moins négative.

- Au plan clinique :

Pas d'effet « catastrophe » aux plans cognitif, santé mentale, troubles du comportement et qualité de vie.

- Sur le vécu des proches aidants :

Pas de dégradation des marqueurs de qualité de vie, d'anxiété et de dépression et une diminution « spectaculaire » du sentiment de fardeau.

- Sur la santé au travail des professionnels :

Indicateurs de santé au travail (épuisement, effort/récompense, anxiété, dépression, TMS) > au VLA comparativement à ceux recueillis dans les EHPADs contrôles.



En résumé



- Au plan sociétal :

Evolution positive des représentations associées à la maladie d'Alzheimer : image de la maladie véhiculée par le Village auprès du grand public moins négative.

- Au plan clinique :

Pas d'effet « catastrophe » associé à l'institutionnalisation sur les fonctions cognitives, la santé mentale, les troubles du comportement et la qualité de vie, résultats contrastant avec la plupart des données de la littérature.

- Sur le vécu des proches aidants :

Pas de dégradation des marqueurs de qualité de vie, d'anxiété et de dépression et une diminution drastique du sentiment de fardeau, résultats contrastant avec la plupart des données de la littérature.

- Sur la santé au travail des professionnels :

Indicateurs de santé au travail (épuisement, effort/récompense, anxiété, dépression, TMS) > au VLA comparativement à ceux recueillis dans les EHPADs contrôles de l'étude.

- Au plan médico-économique :

Moins d'hospitalisations et des durées de séjours plus courtes comparativement à un échantillon SNDS de résidents déments vivant en EHPADs et moins de décès à l'hôpital.



Perspectives

- Poursuivre le suivi au VLHE
- Vers une recherche internationale coordonnée pour étudier le modèle au-delà de l'expérience dacquoise : projet de consortium (projet déposé à l'AAP MSCA Staff Exchange février 2025)
=> Pays-Bas, Italie, Norvège, UK, France, Canada

- Village Alzheimer Martinique ?



Vendredi 14 Février

10:30 – 11:30

Auditorium 1

Quel parcours de soins face au vieillissement ?

Modérateur(s) : M. COUME (Dakar), A. AVILA-FUNES (Mexico)

- Projet Village Alzheimer de Martinique : retour d'expérience de l'évaluation du Village Landais Henri Emmanuelli de Dax
H. AMIEVA (Bordeaux)
- Expérimentation du dispositif EHPAD hors les murs de la Martinique
P. HABIB (Le Prêcheur)
- Vieillesse et enjeux économiques en Afrique subsaharienne
J. NOUAFO (Douala)

Expérimentation de « l'EHPAD hors les murs » en Martinique

- Docteur Patrick Habib, Journées Caraïbéennes Vieillesse et Maintien de l'Autonomie 13 et 14 février 2025



Le contexte

Vieillissement majeur de la population

Un évènement unique dans l'histoire de notre île mais aussi

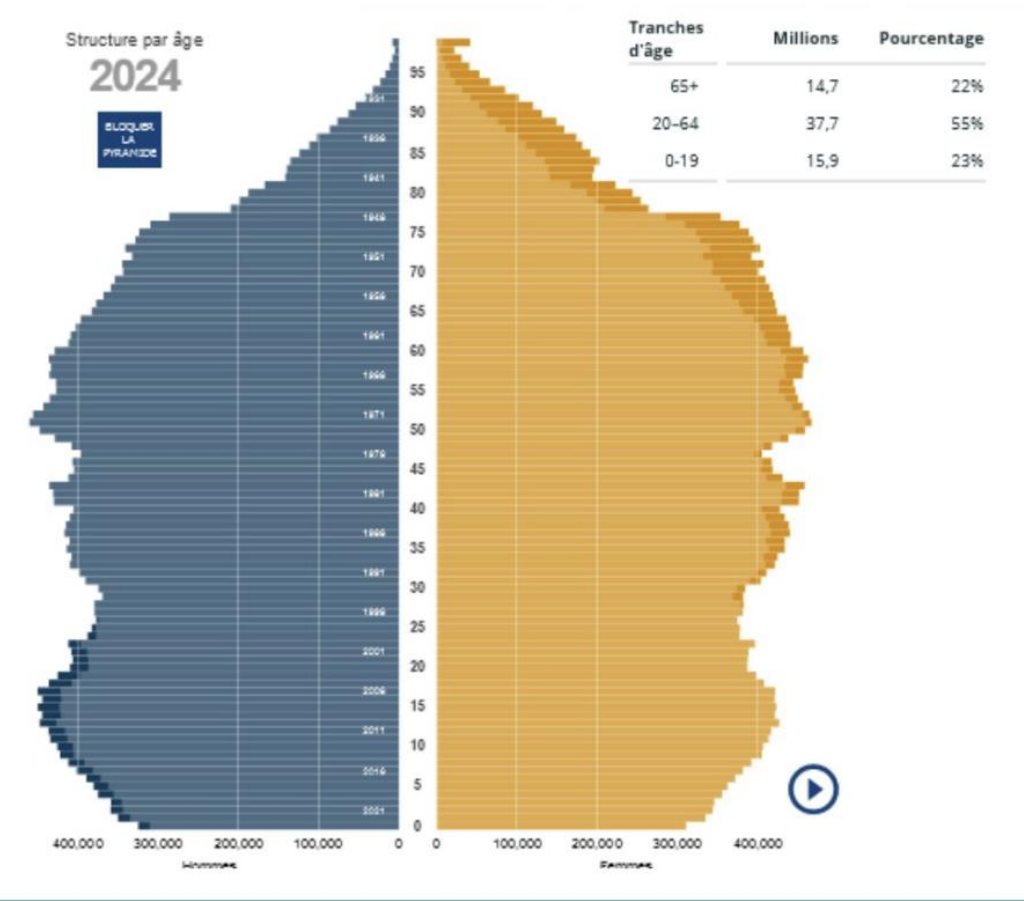
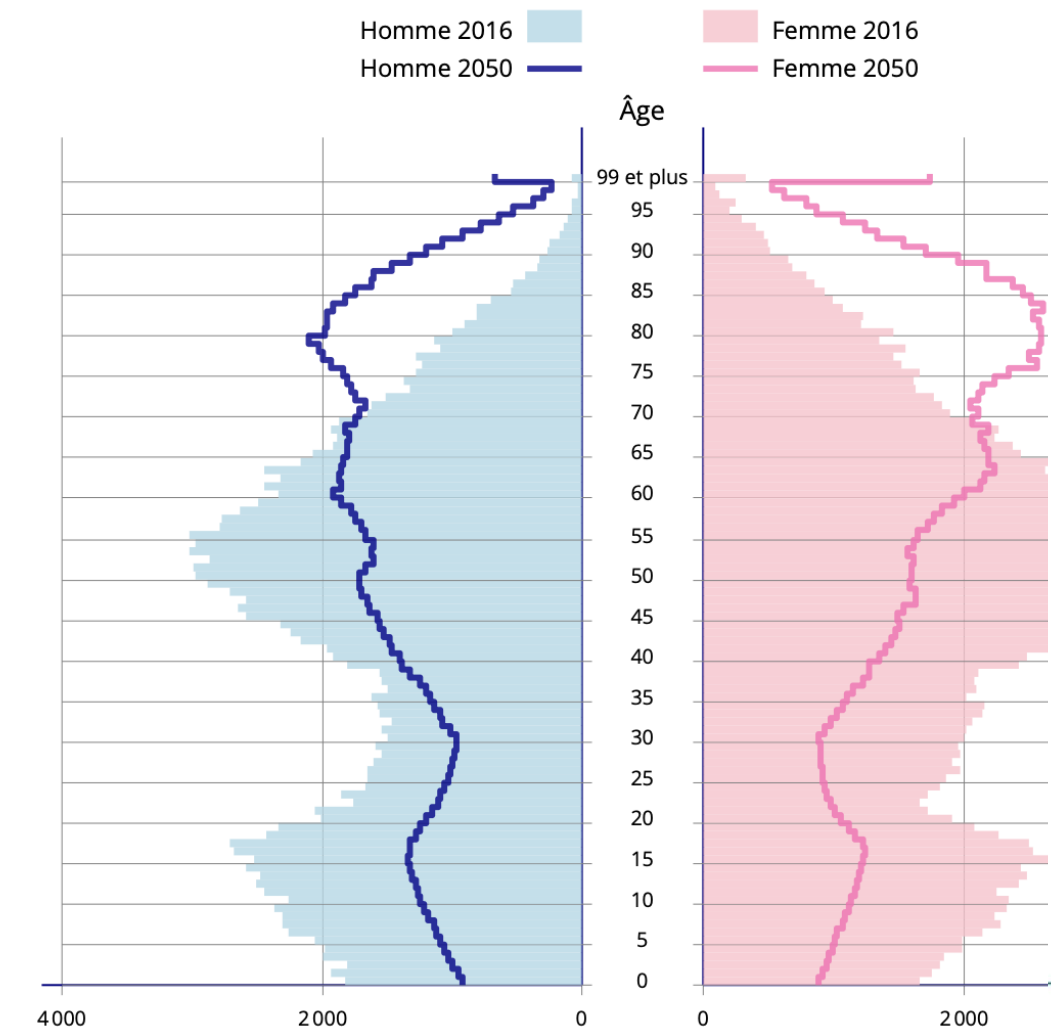
Dans l'histoire de l'humanité.

Deux fois plus de seniors que de jeunes de moins de 20 ans en 2030

Augmentation de 30 % du nombre de seniors en dépendance sévères d'ici 2030



Figure 2 – Un vieillissement marqué de la population martiniquaise
Pyramide des âges en 2016, et en 2050 selon le scénario de référence



Source : estimations localisés de population

insee.fr

Lecture : en 2016, 1 276 hommes de 75 ans habitent en Martinique. En 2050, ils seraient 1 700 selon le scénario de référence.

Source : Insee, Ombale 2017, projections de la population

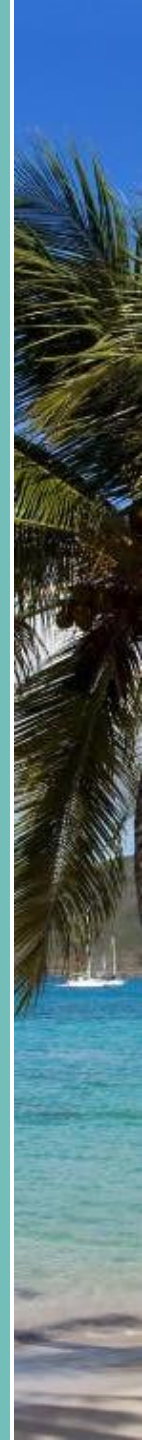


Figure 2 – Évolution de la population entre 2018, 2042 et 2070 selon l'âge

	Population (en milliers)			Part dans la population totale (en %)			Taux de croissance annuel moyen entre 2018 et 2042 (en %)	Taux de croissance annuel moyen entre 2042 et 2070 (en %)
	2018	2042	2070	2018	2042	2070		
Moins de 20 ans	85	45	32	23	16	15	-2,7	-1,1
20 à 39 ans	70	42	31	19	15	15	-2,1	-1,1
40 à 64 ans	139	80	60	38	28	28	-2,3	-1,0
65 ans et plus	75	120	89	20	42	42	1,9	-1,1
Martinique	369	286	212	//	//	//	-1,0	-1,1
France métropolitaine	64 844	66 887	65 322	//	//	//	0,1	-0,1

Source : Insee, Omphale 2022 – scénario central.

Part des seniors dans la population totale en 2016, en 2020 et en 2030 (en %)

	Population	Hommes	Femmes
60-74 ans 2016	15 %	7 %	8 %
75 ans et plus 2016	8 %	3 %	5 %
60 ans et plus 2016	23 %	10 %	13 %
60-74 ans 2020	20 %	9 %	11 %
75 ans et plus 2020	10 %	4 %	6 %
60 ans et plus 2020	20 %	13 %	17 %
60-74 ans 2030	25 %	11 %	14 %
75 ans et plus 2030	15 %	6 %	9 %
60 ans et plus 2030	41 %	18 %	23 %



Dépendance des seniors en Martinique (2020-2030)

Pour les plus de 60 ans (séniors)

- 2020 : 20 140 seniors dépendants (+7 % vs 2016).
- 2030 : 25 650 seniors dépendants (+27 % vs 2020).

Dépendance sévère : 5 880 seniors en 2030 (+20 %) dont 62 % de femmes,

Pour les plus de 75 ans (66 % de femmes):

- 2020 : 13 530 dépendants.
- 2030 : 17 800 dépendants (+31 %).
- Les femmes, vivant plus longtemps, passent plus d'années en mauvaise santé et sont plus souvent seules.
- L'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes se réduit, favorisant un vieillissement en couple.



Maintien à domicile : un choix politique

- En 2030 : 7 160 ETP seront nécessaires pour accompagner les personnes âgées (domicile et institutions).
- Déjà aujourd'hui Prise en charge majoritairement à domicile via :
 - SSIAD, infirmiers libéraux, aides-soignants, familles d'accueil.
 - Offre institutionnelle limitée :
 - 2017 : 94 places (médicalisées ou non) pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus.
 - (France métropolitaine : 228 ‰.)
- SSIAD & SPASAD : 13 places/1 000 personnes (contre 22 ‰ en Guadeloupe et 21 ‰ en métropole).
- Projection 2030 : prévoir 5 890 ETP à domicile, 1 270 ETP en institution
soit +25 % d'emplois nécessaires (+1 420 ETP dont 1 180 à domicile, 240 en institution).



Facteur aggravant la crise démographique

Baisse de la population active

Entre 2020 et 2030, le nombre de personnes en âge de travailler (15-64 ans) chutera de 15 %.

Conséquence directe : Perte de 17 800 emplois sur la période.

Hausse des besoins en professionnels du secteur de la dépendance :

1 420 ETP (Équivalents Temps Plein) nécessaires d'ici 2030.

Sans action sur la formation et l'attractivité des métiers, le manque de main-d'œuvre pourrait compromettre la prise en charge des personnes dépendantes.



EHPAD hors les murs les principes

**Plutôt que d'accueillir les personnes âgées en établissement,
ce sont les services de l'EHPAD qui viennent à leur domicile.**

Principes de l'expérimentation :

- **Prise en charge globale et coordonnée à domicile.**
- **Accompagnement continu pour éviter les ruptures de parcours.**
- **Participation des aidants et adaptation du logement.**



Éléments de cadrage du projet

Capacité d'accueil : 30 places expérimentales d'EHPAD Hors les Murs.

Public cible

- **Personnes âgées en GIR 3 et 4 Exceptionnellement, GIR 1 et 2 si la situation le justifie.**
- **L'orientation se fera après une révision du plan APA.**

**Territoire d'intervention : Centre de la Martinique
(Fort-de-France, Lamentin, Saint-Joseph, Schoëlcher).**

Gouvernance : L'EHPAD support reste responsable de l'ensemble du dispositif.

Durée de l'expérimentation : 3 ans.



L'EHLM repose sur trois objectifs majeurs :

Le maintien à domicile sécurisé des personnes âgées dépendantes

- **Coordination des soins entre infirmiers, aides-soignants, médecins et services sociaux.**
- **Téléassistance 24h/24 et visites à domicile adaptées aux besoins.**

La prévention de l'isolement social et le soutien aux aidants

- **Accompagnement personnalisé et activités sociales adaptées.**
- **Soutien aux aidants familiaux et conseils.**

La réduction des hospitalisations et du placement en établissement

- **Interventions précoces pour éviter les hospitalisations d'urgence.**
- **Facilitation du parcours de soins grâce au médecin coordonnateur.**



Financement

Source de financement	Montant annuel
Dotation soins (ARS)	433 287,00 €
Forfait autonomie (PAERPA)	63 370,00 €
APA à domicile (via CTM)	Variable
Participation de l'utilisateur	150 €/mois



L'EHPAD HORS LES MURS DE L'OMASS

L'Office Municipal d'Action Sociale et de Santé (OMASS) du Lamentin a été créé en 1983

pour gérer la maison de retraite Henri bourgeois.

Association loi de 1901 engagée dans diverses actions sociales en faveur des personnes âgées,

l'OMASS a diversifié ses activités pour répondre aux besoins sanitaires et sociaux de la population

du Lamentin puis de toute la Martinique.

Il constitue aujourd'hui une plate-forme de services destinée aux personnes âgées

- EHPAD Henri bourgeois : 80 places**
- EHPAD hors les murs : 30 places**
- SSIAD : 30 places**
- Service de restauration et portage de repas**
- Un club de 3eme Age de plus de 150 adhérents**

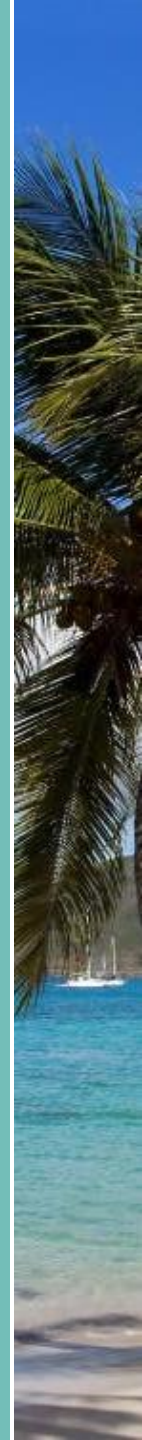


Notre équipe

Poste	ETP réel 2023
Médecin coordonnateur	0.1
Infirmière coordinatrice	1.0
Infirmiers	2.0
Aides-soignants / AMP / ASG	4.0
Secrétaire médico-sociale	1.0
Agent de liaison (portage repas)	0.5



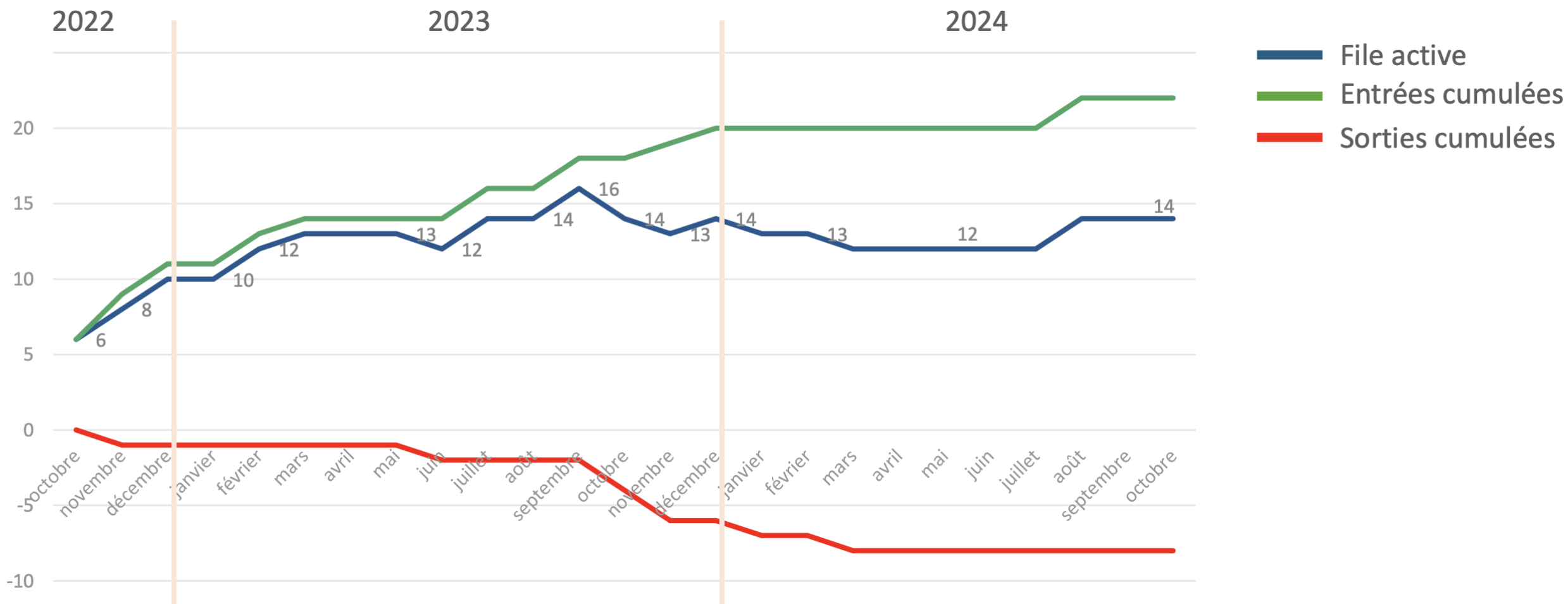
SERVICES	FRÉQUENCE	PRESTATAIRES	ANNÉE DE MISE EN SERVICE
Sécurisation du domicile et de la personne	24H/24	GROUPE AVEC	2023
Aide : ménage, repas, accompagnement...	Selon les besoins	NANNY SERVICES, LES AILES DES ANGES	2022
Soins	1 ou 2 passages par jour selon les besoins	Équipe de soins de l'EHLM OMASS	2022
Astreinte de Nuit		Centrale du service de téléassistance	2023
Animation : collectives et individuelles		Invitations aux animations de l'OMASS	2022
Accompagnement administratif			Courant 2025
Transport	À chaque animation à l'EHPAD Henri Bourgeois	PROXY VOYAGES	2022
Accueil Temporaire	Si besoin	Chambre urgence de l'EHLM OMASS	2022
Suivi Psychologique			Courant 2025
Plateau Technique et Médical	Si besoin	CICADOM (prestataire de santé à domicile)	2024



Analyse du déploiement de l'activité

22 personnes sont entrées et 8 sont sorties

Le dispositif n'a jamais dépassé une capacité de 16 bénéficiaires en même temps



Analyse des données

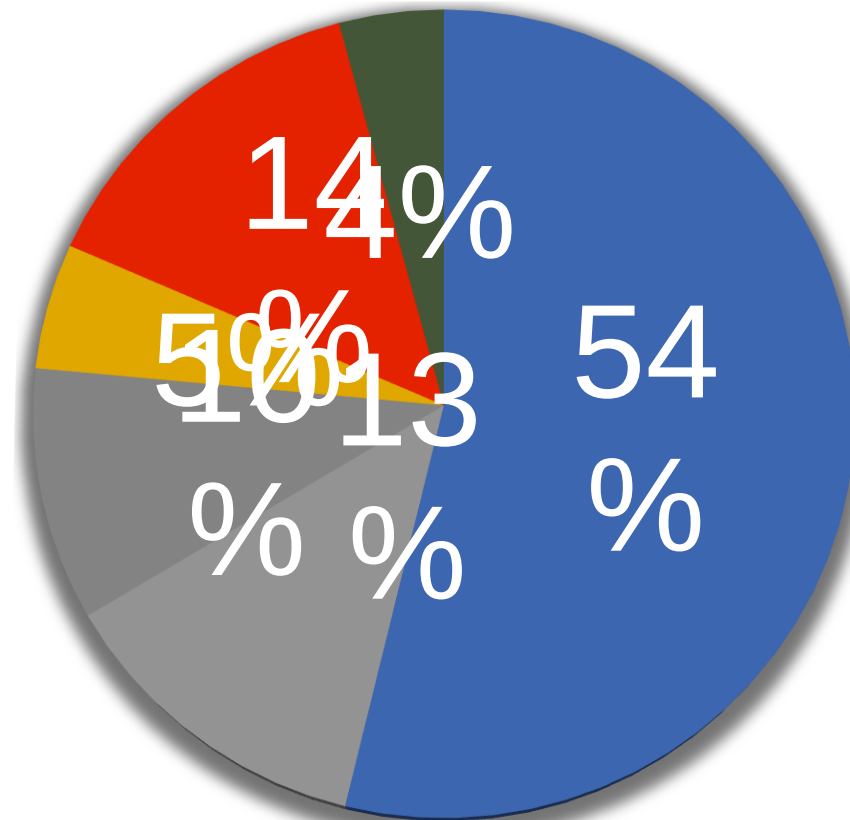
Entre 2022 et 2024

- 141 demandes d'admission ont été traitées dont 119 n'aboutissent pas.
- Le taux d'admission = 16%.

■ Sans suites
■ Refus dispositif

Formalités d'admission trop longues : 82%

- sans suites
- Refus dispositif
- autre dispositif



Analyse des données

1- Le délai de traitement des dossiers de demande d'APA facteur majeur des difficultés d'inclusion dans le dispositif :

32 demandes d'APA

24 demandes abouties

79 jours en moyenne

Délai maximum 160 jours

Délai minimum 34 jours

2 - Les bénéficiaires et leur famille :

- Pas d'anticipation de la perte d'autonomie

- Familles en situation d'urgence en recherche de solutions de maintien à domicile se tournent vers les SSIAD ou les libéraux.



Les sorties du dispositif

Sur la durée de l'expérimentation (octobre 2022 à octobre 2024) 8 personnes sortent du dispositif :

- **3 sont décédées**
- **2 intègrent des petites unités de vie**
- **3 l'EHPAD Henri Bourgeois**

Le dispositif intègre l'accompagnement des familles vers cette nouvelle étape résidentielle et participe à la fluidification du parcours résidentiel des seniors.



L'activité

Professionnels	Interventions réalisées 2022	Interventions réalisées 2023	Interventions réalisées 2024 T3
Aides-Soignantes	881	5963	4094 (du 01/01 au 31/10/2024)
Infirmiers	475	2854	2113 (du 01/01 au 31/10/2024)
IDEC	26	36	23
Médecin Coordonnateur	14	15	9
Aides à Domicile (en heures)	176 heures	1632 heures	2310 heures
SAAD	6	12	6



**En moyenne, en 2023 chaque bénéficiaire reçoit la
visite d'un infirmier OMASS tous les 1,6 jours et
d'une aide-soignante tous les 0,78 jours**

Professionnel	Nombre d'interventions 2023	Ratio / bénéficiaires 2023 (d)
Médecin Coordonnateur	15	1.2
IDEC Care Manager	36	2.8
Infirmiers	2864	220.3
Aides-Soignantes	5963	458.7



	Année 2023 (d)	Ratio / interventions 2023	Ratio / bénéficiaires 2023
Tous véhicules	59 183 km	6,7 km/intervention	4 552 km/bénéficiaire/ an



**2023 : 1632 heures d'aide à domicile (ménage, repas, accompagnement...)
2024 : 2310 heures (+41%).**

**12 interventions ont été réalisées par les responsables de secteur SAAD en 2023
et 6 au troisième trimestre de 2024.**



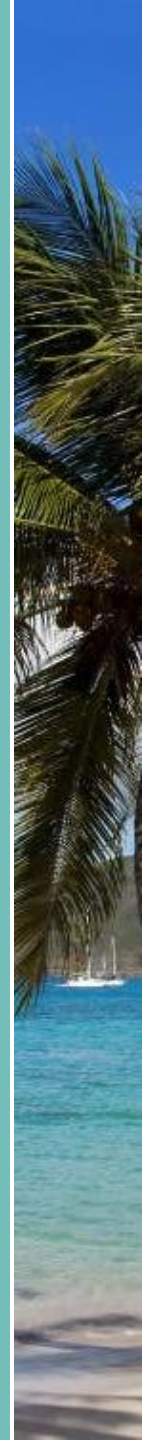
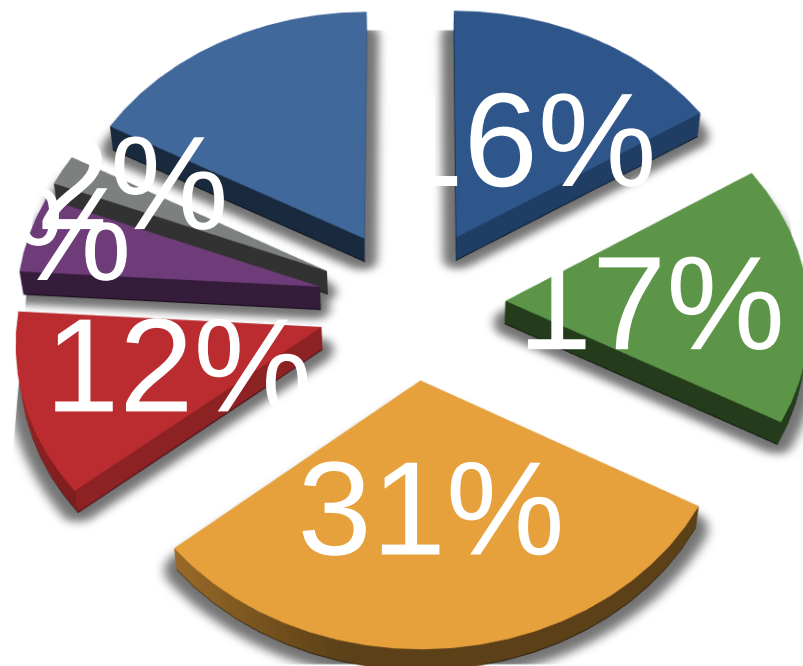
Les bénéficiaires

Caractéristiques générales en 2023

- $\frac{3}{4}$ des bénéficiaires sont des femmes
- Plus de la moitié des usagers ont entre 80 et 89 ans
- $\frac{1}{4}$ des usagers ont plus de 90 ans
- 18 sur 19 usagers sont GIR 3 ou 4
- 1 GIR 2 (glissement)



■ Diabète



Synthèse des Données et Statistiques de Satisfaction des Usagers

Canaux d'information

- **Bouche-à-oreille (45%) et recommandation médicale (33%) sont les principales sources d'information.**

Satisfaction Globale

- **78% des répondants satisfaits ou très satisfaits, en particulier pour l'accueil et l'accessibilité des informations.**

Accueil & Admission

- **89% de satisfaction.**
- **Délai d'admission jugé trop long**

Qualité de l'accompagnement par l'Infirmière Coordinatrice

- **100% de satisfaction sur l'écoute et le respect des habitudes de vie → Point fort du dispositif.**

Prise en charge par l'équipe soignante

- **78% de satisfaction sur la relation soignant-patient.**
- **Améliorations demandées : plus de ponctualité dans les passages**

Qualité des soins

- **Bonne adaptation aux besoins des bénéficiaires.**

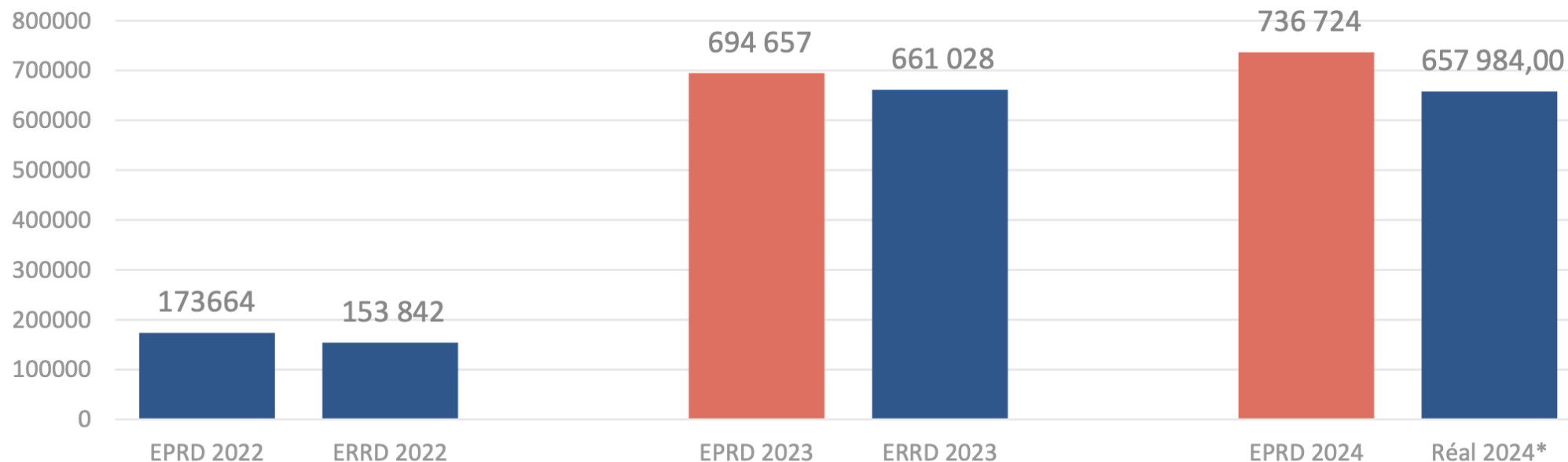


Analyse Financière et Estimation des Coûts

le coût annuel moyen par usager pour la collectivité : 46 066 € soit 127€ par jour .

Extrapolé au taux d'occupation de 100 % (30 Résidents) pour 10950 journées : 85€.

Evolution du total des Charges



Nos forces

- **Un volume très conséquent de prestations de soins.**
- **Une approche par le soin relationnel qui humanise la relation entre professionnels et bénéficiaires et participe à la lutte contre l'isolement des personnes accompagnées.**
- **L'intervention du médecin coordonnateur qui fluidifie le parcours de soin et permet d'éviter un certain nombre d'hospitalisations.**
- **Fluidification du parcours résidentiel avec la facilitation de l'acceptation de l'entrée en EHPAD par l'utilisateur et/ ou la famille.**
- **Mutualisation de ressources au sein de l'écosystème OMASS : (service de portage de repas, animation, organisation de planning, gestion RH).**



Nos faiblesses

- Une file active très en deçà de la capacité autorisée.
- Un projet de vie sociale trop peu développé.
- Couverture territoriale concentrée sur la commune du Lamentin et de Fort-de-France
- Une dispersion géographique trop grande
- Des temps de déplacement significatifs pour les intervenants.
- Des difficultés de recrutement : psychologue ergothérapeute animateur
- (métiers peu attractifs avec des contrats précaires et des salaires peu incitatifs)



Faiblesses financières et administratives

- **L'APA à domicile ne couvre pas suffisamment les coûts du dispositif.**
- **Dotations insuffisantes pour pouvoir recruter tous les professionnels qui complètent l'offre**
- **délai d'obtention de l'APA trop long**



Les axes à développer en 2025

Problème identifié	Solution proposée	Bénéfices attendus
Absence d'astreinte 24/7	Mettre en place une astreinte infirmière et médicale	Sécurisation 24h/24, moins d'hospitalisations
Vie sociale et d'éducation thérapeutique	Activités adaptées et ateliers éducatifs	Lutte contre l'isolement, meilleure gestion des maladies
Suivi psychologique	Recruter un psychologue	Réduction de l'anxiété, soutien aux aidants
Développer l'aide aux aidants	Plateforme d'orientation, répit à domicile	Prévention de l'épuisement des aidants
Création d'un service d'adaptation du logement	Recruter un ergothérapeute, aide aux financements	Sécurisation des domiciles, maintien à domicile prolongé



Les axes à développer en 2025

Augmentation des Ressources Humaines et Renforcement des Équipes

Recrutement : 1 ergothérapeute, 1 animateur, 1 psychologue.

Augmenter les aides-soignants pour réduire la charge de travail.

Mettre en place un système d'astreinte 24h/24 pour prévenir les hospitalisations.

Appui du SSIAD et des infirmiers libéraux pour déléguer certains soins.

Réduire les temps de trajets

→ **Moins de temps perdu sur la route.**

→ **Plus de temps consacré aux soins.**

→ **Augmentation du nombre de bénéficiaires pris en charge.**

Accélération des processus d'admission collaboration avec la CTM



Les axes à développer en 2025

Élargir les critères d'éligibilité

- Actuellement limité aux GIR 3 et 4, l'EHLM pourrait inclure les GIR 2 et 5 pour une prise en charge plus large.

Intégrer de nouvelles technologies

- Domotique et objets connectés pour renforcer la surveillance.
- Télémédecine.



Vendredi 14 Février

10:30 – 11:30

Auditorium 1

Quel parcours de soins face au vieillissement ?

Modérateur(s) : M. COUME (Dakar), A. AVILA-FUNES (Mexico)

- **Projet Village Alzheimer de Martinique : retour d'expérience de l'évaluation du Village Landais Henri Emmanuelli de Dax**
H. AMIEVA (Bordeaux)
- **Expérimentation du dispositif EHPAD hors les murs de la Martinique**
P. HABIB (Le Prêcheur)
- **Vieillesse et enjeux économiques en Afrique subsaharienne**
J. NOUAFO (Douala)

VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET ECONOMIE NATIONALE: regards croisés France/Cameroun



Dr JOUBERT NOUAFO

Banquier d'affaires

Economiste à la Fondation Pierre CROUIGNEAU au Cameroun

Consultant en Finance et Banque



INTRODUCTION

LE DEBAT RECURRENT SUR LES RETRAITES AU SEIN DE L'ASSEMBLEE NATIONALE FRANCAISE POSE INDUBITABLEMENT LA QUESTION DE L'INCIDENCE DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION SUR L'ECONOMIE NATIONALE.



Notre intervention sera illustrée par les données de deux pays.

- La FRANCE pour L'EUROPE
- Le CAMEROUN pour L'AFRIQUE NOIRE FRANCOPHONE

PLAN

➤ **A. ECONOMIE NATIONALE ET DEMOGRAPHIE :**

Nous montrerons le lien qu'établit l'économiste-statisticien entre ces deux sciences

➤ **B. ECONOMIE NATIONALE ET VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION :**

Nous introduirons les principales notions qu'il utilise pour appréhender le vieillissement de la population: taux de vieillissement de la population et la géronto-croissance; puis nous montrerons leurs impacts sur l'économie nationale

➤ **C.VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION : une opportunité économique**

Nous présenterons la Silver Economie, une nouvelle filière économique, ses fondements et les défis qu'elle doit relever.



I. ECONOMIE NATIONALE ET DEMOGRAPHIE



LIENS ENTRE LES DEUX SCIENCES

LA DEMOGRAPHIE: c'est l'étude quantitative des populations humaines et de leurs dynamiques à partir de leurs composantes.

L'ECONOMIE NATIONALE: c'est la synergie de 3 acteurs suivants : les ménages, l'état, et les entreprises pour produire, consommer, répartir et distribuer la richesse nationale.

LA **POPULATION** est donc un des acteurs majeurs de l'économie dont le rôle est non seulement de consommer (**consommateur**) mais de produire (**main d'œuvre**) cf *Adam Smith, le père de l'économie politique in RICHESSE DES NATIONS.*

Dans ses analyses, l'économiste-statisticien segmente la population en 3 tranches d'âge :

0-14 ANS: Population jeune qui ne produit pas, mais qui consomme.

15-64 ANS: Population en âge de travailler, qui est un réservoir de main d'œuvre et qui consomme.

+ de 65 ANS: Population âgée qui a cessé de travailler et qui consomme.



LA POPULATION EN AGE DE TRAVALLER est composée de:

1/ LES ACTIFS (ceux qui sont en activité et qui ont un salaire)

2/ LES CHOMEURS (ceux qui cherchent du travail)

3) LES INACTIFS (ceux qui ne travaillent pas pour toutes raisons: étudiants, femmes au foyer, invalides, prisonniers)

➤ **FRANCE:** cette population est de 40,5M d'habitants en 2023 sur un total de 68,1M, soit un taux de 59,5% (*source: INSEE*)

➤ **CAMEROUN:** Un taux de 55,46% en 2023 (*source: Cameroun pyramide des âges countryeconomy.com*)



- **LA POPULATION ACTIVE** est définie par le bureau international du travail (BIT) comme la somme des actifs et des chômeurs.
- France: LA POPULATION ACTIVE en 2023 est de 30,7 M de personnes sur une population de 68,1M, soit un ratio de 45,37%. Ce ratio oscille depuis 2017 autour de 45%.
- Cameroun: LA POPULATION ACTIVE en 2021 est de 7,4M de personnes sur une population de 27,2M, soit ratio de 27,2%



LE TAUX D'ACTIVITE dans la population en âge de travailler désigne le ratio des actifs à cette population.

- **France:** il est de 73,9% en 2023 et il est en croissance
- **Cameroun:** il est de 50% actuellement.



II. ECONOMIE NATIONALE ET VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION



COMMENT L'ECONOMISTE APPREHENDÉ T IL LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION?

LE SENIOR : une personne âgée de plus de 60 ans. ce seuil est appelé « âge de la retraite ». Il est fixé de manière administrative suivant les impératifs économiques.

LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION: Processus de « production » des seniors qui repose sur le passage annuel d'une partie de la population dans la tranche des seniors. Cette partie est fonction du taux de fécondité d'il y a 60 ans.

Dans cette tranche d'âge, la population des seniors est influencée par le taux de mortalité. Aujourd'hui l'allongement de l'espérance de vie à 60 ans entraine un gonflement de cette population.

La fixation de la tranche d'âge des seniors **(+de 60 ans)** ne tient pas compte du **seuil de vieillesse qui** est conventionnellement fixé à 65 ans.



- **LE TAUX DE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION** est le ratio de la population des seniors à la population totale.
 - **France:** la population des seniors était de 18,3M sur 67,8M d'habitants en 2021, soit un taux de vieillissement de 27%.
 - **Cameroun:** La population des seniors est de 1,075M en 2018 sur une population totale de 25M, soit un taux de vieillissement 4,3% .
- **LA GERONTOCROISSANCE:** la croissance de la population des seniors.
 - **France:** elle est de de 2,5% en 2021.
 - **Cameroun:** elle est de 2,5% en 2018.



IMPACTS DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION SUR L'ECONOMIE NATIONALE

Les conséquences sur l'économie nationale du taux de vieillissement de la population et la géronto croissance sont les suivantes:

1. ***LA MODIFICATION DE LA STRUCTURE DE CONSOMMATION ET LE DEVELOPPEMENT DE NOUVEAUX BESOINS***

- En France, les séniors représentaient 27% de la demande totale en 2021, alors qu'au Cameroun elle est de 4,3%.

Dans ces deux pays, de nouveaux besoins se développent avec une intensité différente.

Ex: les besoins d'autonomie, d'assistance, de sante



- **2. LE BOULEVERSEMENT DU MARCHE DU TRAVAIL**

- L'allongement de la durée de vie suscite des débats incessants sur l'âge de la retraite et le partage du temps de travail.
 - En France, les seniors de plus en plus nombreux continuent de travailler. Leur taux d'activité est de 11, 1% en 2023.
 - Au Cameroun, + de 50% des seniors sont obligés de travailler pour leur survie car la pension retraite n'est perçue que par une minorité.



3. LA DEGRADATION DU RATIO DE DEPENDANCE DEMOGRAPHIQUE DES SENIORS VIS-À-VIS DE LA POPULATION EN AGE DE TRAVAILLER

La dépendance renvoie à une notion de solidarité.

- En France, on compte en 2021, 18 seniors pour 40 personnes d'âge actif.
- Au Cameroun, le ratio de dépendance est de 1 senior pour 15 personnes d'âge actif.



4. L'ACCROISSEMENT DES DEPENSES D'ENTRETIEN

- En France, les dépenses d'entretien de cette population s'élèvent à 34000 euros par personne et par an; soit pour 15M seniors en 2023 environ 510 milliards d'euros.

Ces dépenses vont aller en s'alourdissant de manière mécanique. Elles sont supportées à 97% par le financement public et à 3% par les bénéficiaires : les personnes âgées en perte d'autonomie (4900 EHPAD publics).

- Au Cameroun, il n'y a pas de prise en charge des personnes âgées par l'état. Il y a une solidarité familiale reposant avant tout sur les enfants. Les seniors n'ont ni des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendants (EHPAD), ni assistance à domicile. Cette solidarité tend à s'effriter du fait de l'exode rural, des difficultés financières des enfants.



5. UN POSSIBLE DEFICIT DE LA CAISSE DE RETRAITES

- En France, tous les seniors ont droit obligatoirement à une pension même s'ils n'ont pas travaillé, soit un besoin total minimale actuelle de 380 milliards d'euros.

La couverture de ce besoin est basée sur un mécanisme de solidarité nationale.

Tous les salaires doivent cotiser obligatoirement dans une caisse de retraite environ 24% de leur salaire net.

Tous les employeurs doivent reverser obligatoirement à la caisse de retraite, 42% des salaires nets payés.

Si le nombre de salariés baisse à cause par exemple d'une conjoncture économique défavorable, il y aura un déséquilibre dans la caisse auquel l'état devra faire face. Le déficit actuel est de 55 milliards d'euros (en 2024).

- Au Cameroun, la plus grande caisse de retraite est celle des fonctionnaires, avec un effectif de 160.000 personnes. ceux-ci sont assurés d'une couverture qui peut baisser en fonction de la conjoncture économique. Ex: choc économique de 1985.



III. VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION:UNE OPPORTUNITE ECONOMIQUE



SILVER ECONOMIE

la silver economy ou économie du vieillissement émerge en 2000. c'est la prise de conscience du vaste marché que représente la tranche d'âge des seniors. il s'agit alors de pousser au développement d'une filière d'entreprises destinées à la satisfaction des besoins des personnes âgées. elle naît des constats suivants .

1-UNE FORTE DEMANDE POTENTIELLE DES SENIORS ET UNE POSSIBILITE DE CREATION D'EMPLOIS IMPORTANTE

- En France, la pension minimum d'un retraite est de 1500 euros. Avec 20 M de retraités en 2023, on a une demande potentielle minimum 360 milliards d'euros soit 12,7% du produit intérieur brut (PIB) et un taux de croissance de 2,5%. Pour satisfaire cette demande il faudrait créer 7200 PME de 50M euros de CA , chacune soit une création de $7200 \times 250 = 1812500$ emplois. Seule une partie de cette demande est actuellement satisfaite.
- Au Cameroun, il y a 160.000 retraités de la fonction publique avec un revenu mensuel minimum de 50.000Fcfa. on a donc une demande potentielle de 96 milliards de FCFA. Il y a 35.000 retraites du secteur privé avec un revenu mensuel minimum de 80.000cfa, soit une demande potentielle de 33,6milliards de FCFA.

La demande totale est de 130 milliards de FCFA soit 0,5 milliards d'euros. Il faudrait créer 43 PME d'un CA de 3 Milliards cfa, soit une création de $43 \times 100 = 4300$ emplois



2. *UNE DIVERSIFICATION DES BESOINS*

Les grands besoins qui émergent dans ce marché sont:

1. L'accompagnement des personnes en perte d'autonomie
2. Prévention de la dépendance
3. Service des aidants à domicile
4. Santé
5. Mobilité
6. Habitat et Aménagement
7. Nutrition
8. Sécurité
9. loisirs

l'ordre de ces besoins varie d'un pays à un autre.



3. L'AMÉLIORATION CONSTANTE DES CONDITIONS DE VIE DES SENIORS

En France: Elle est perceptible à travers des indicateurs:

➤ Santé:

encadrement médical : 3,6 gériatres pour 100.000 seniors contre 3,5 médecins pour 1000 habitants en moyenne nationale, en 2022 ([cf fr.statistica.com](https://fr.statistica.com)).

espérance de vie à 60 ans : 88 ans chez les seniors pour une espérance moyenne nationale, à la naissance de 78,7ans.

➤ Niveau de vie:

taux de pauvreté: 8,7% chez les seniors pour une moyenne nationale de 14,6%,

seuil de pauvreté: 1.012 euros chez les seniors pour une moyenne nationale de 812 euros;

revenu moyen du senior: 2128 euros par mois



- Au Cameroun, les conditions des séniors sont mitigées: *(cf situation économique des personnes âgées au Cameroun de Esther C EYINGA DIMI du Bureau Central des Recensements et des Etudes de la Population).*
- Encadrement médical: 6 gériatres pour 1million de séniors contre 0,1 médecins pour 1000 habitants en 2020 *(cf perspective monde).*
- Espérance de vie à 60 ans: 75 ans contre une espérance moyenne à la naissance de 61 ans *(cf countryeconomy.com).*
- Taux de pauvreté: 25% à 30% en situation de vulnérabilité



4. UNE BONNE QUALITE DE VIE

La qualité de vie des seniors est attestée par ***l'indice global age watch*** crée en 2013 par le fonds des nations unies pour la population.

Cette indice classe les pays où il fait bon vivre pour les seniors .

la France y occupe en 2015, le 16° rang sur 96 pays avec un indice de 78,2%.

Aucun pays d'Afrique francophone n'est classe.



5. DES POSSIBILITES DE DEVELOPPEMENT DES ENTREPRISES

la satisfaction des besoins énumérés plus haut offre des possibilités importantes de création de nouveaux produits et de services:

- vidéo vigilance, vidéo surveillance , téléassistance.
- Aides à domicile, plateformes d'intervention.
- Piluliers intelligents, montres tensiomètres.
- Solutions technologiques de mobilité.
- Aménagement de l'habitat,
- Croisières-activités de socialisation
- Jeux vidéos etc...



CONCLUSION:

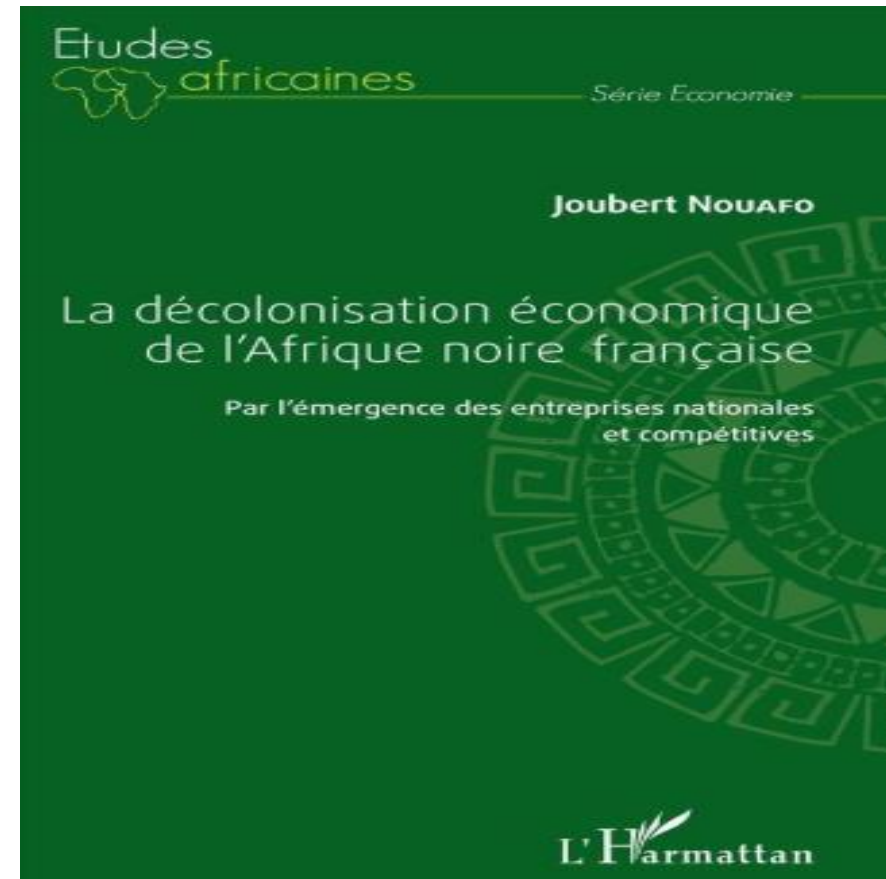
RELEVER LE DEFI DU BIEN VIEILLIR



- le défi du bien vieillir est celui de renforcer les compétences des personnes âgées pour prolonger leur autonomie et soutenir la santé et la qualité de vie à domicile le plus longtemps possible:
- il faut bien vieillir dans sa tête, dans son corps, avec les autres, et bien vieillir chez soi.
- Pour le relever, la France depuis 2013, a créé une filière spéciale SILVER pour profiter de cette opportunité de marché du vieillissement de la population.
- Au Cameroun, l'état n'a pas encore pris conscience de cette opportunité.



MERCI DE VOTRE ATTENTION





Vendredi 14 Février

10:30 – 11:30

Auditorium 1

Quel parcours de soins face au vieillissement ?

Modérateur(s) : M. COUME (Dakar), A. AVILA-FUNES (Mexico)

- Projet Village Alzheimer de Martinique : retour d'expérience de l'évaluation du Village Landais Henri Emmanuelli de Dax
H. AMIEVA (Bordeaux)
- Expérimentation du dispositif EHPAD hors les murs de la Martinique
P. HABIB (Le Prêcheur)
- Vieillesse et enjeux économiques en Afrique subsaharienne
J. NOUAFO (Douala)