

**FAVORISER LE MAINTIEN À DOMICILE
DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES
AU REGARD DE LA SINGULARITÉ DE LA COLLECTIVITÉ
D'OUTRE-MER DE L'ÎLE DE SAINT-MARTIN**

**CONSTRUIRE UN DISPOSITIF DÉCLOISONNÉ ET INTERDISCIPLINAIRE
ADOSSÉ À L'EHPAD**

Françoise Annie MENDY

Remerciements

Je tiens à adresser ma plus profonde gratitude à mon guidant, Monsieur Stéphane Caron, pour son accompagnement et son soutien sans faille dans l'élaboration de mon mémoire. Ses retours détaillés et percutants m'ont souvent permis d'y voir plus clair dans ma réflexion.

Ce travail a été réalisé dans des conditions particulières dans le contexte de la pandémie du COVID19. C'est la raison pour laquelle, je suis particulièrement reconnaissante envers les professionnels de santé et du champ gérontologique de Saint-Martin qui ont accepté de m'accorder un peu de leur temps si précieux et leur confiance.

Je remercie également toutes les personnes ayant également contribué de près ou de loin à la réalisation de cet écrit, tout particulièrement mes formateurs de l'ETSUP, pour leur bienveillance, et leur extrême disponibilité, en dépit du décalage horaire avec Saint-Martin.

J'adresse en outre un grand merci à tous mes camarades de promotion, engagés avec moi dans cette riche aventure humaine et professionnelle, pour leurs retours, dans les moments difficiles.

Je n'oublie pas les amis qui m'ont généreusement apporté leurs compétences professionnelles afin d'enrichir ce mémoire.

Enfin, je tiens tout particulièrement à exprimer ma gratitude infinie à ma famille pour son soutien, sa patience, et son accompagnement.

Sommaire

Introduction	1
1 Saint-Martin, un territoire atypique contexte au départ du projet.....	3
1.1 Un contexte géographique, démographique et socioculturel singulier	3
1.1.1 Une géographie singulière source de fragilités	3
1.1.2 L'incidence des aléas climatiques et sismiques sur la vie des Saint-Martinois..	4
1.1.3 D'incessants mouvements migratoires, source de métissage culturel et d'une pluralité de fonctionnements sociaux.....	5
1.2 La population dépendante	6
1.2.1 La dépendance des personnes âgées en général	6
1.2.2 Le public âgé dépendant de Saint-Martin	7
1.3 Le contexte politico-administratif de la prise en charge de la dépendance à Saint-Martin.....	9
1.3.1 La singularité administrative Saint-Martinoise : l'organisation en collectivité.....	9
1.3.2 Le cadre légal.....	10
1.3.3 Le GHT le centre hospitalier Louis Constant Flemming et ses perspectives...	12
1.3.4 Les différents établissements et modalités de prise en charge des personnes âgées dépendantes.....	13
2 Un territoire en quête d'une nouvelle impulsion à donner au maintien à domicile	19
2.1 État des lieux des constats problématiques autour des personnes âgées dépendantes	19
2.1.1 Une part importante de la population âgée dépendante dont les besoins ne sont pas (ou pas suffisamment) pris en charge.....	19
2.1.2 Des réponses insuffisamment adaptées aux besoins du public dépendant	22
2.2 Des décalages entre les discours volontaristes en faveur des aînés et le sous-développement du champ gérontologique à Saint-Martin.....	24
2.2.1 Une politique étatique volontariste versus la réalité gérontologique à Saint-Martin.....	24
2.2.2 Un système complexe de prise en charge des personnes âgées, difficile d'accès pour les potentiels bénéficiaires	31
2.2.3 Les risques encourus par la population des personnes âgées, du fait de l'insuffisance des réponses institutionnelles	35

2.3	Ma marge de manœuvre pour mettre un projet de décroisement améliorant la prise en charge des aînés dépendants	37
2.3.1	Le SWOT : un contexte à présent mûr pour le développement de réponses coordonnées à la perte d'autonomie au domicile	37
2.3.2	Ma capacité d'entraînement en tant que porteur de projet.....	41
3	Construire un dispositif décroisé interdisciplinaire de maintien à domicile adossé à Bethany Home	45
3.1	Présentation générale du projet.....	45
3.1.1	Les objectifs du dispositif envisagé.....	45
3.1.2	Philosophie, principes de gouvernance et approche stratégique de ma conduite du projet.....	47
3.1.3	La constitution du public cible.....	53
3.2	Mise en œuvre opérationnelle	54
3.2.1	Créer une synergie afin de mobiliser toutes les parties prenantes vers le partenariat.....	54
3.2.2	La planification du projet.....	56
3.2.3	Les instruments financiers et budgétaires du projet.....	57
3.3	Détails des dépenses à engager au démarrage de l'action :.....	58
3.4	Le déploiement des réponses proposées par le dispositif	60
3.4.1	La veille sanitaire suivie d'une réorientation pour un suivi médico-psychosocial	60
3.4.2	Axe central du dispositif : la confection de repas adaptés.....	66
3.5	La démarche d'évaluation.....	68
3.5.1	Intégrer la démarche évaluation au cœur du projet à l'échelon inter- partenarial	68
3.5.2	Une évaluation ayant pour objectif de mesurer la couverture des besoins quantitativement et qualitativement	69
	Conclusion.....	73
	Bibliographie	77
	Liste des annexes	I
	Annexe 1 - Les Sigles	I
	Annexe 2 – Plaquette présentant le dispositif aux personnes âgées dépendantes aux aidants et aux professionnels	II
	Annexe 3 - Organigramme stratégique et opérationnel	IV

Annexe 4 - Organigramme stratégique et opérationnel	V
Annexe 5 – Budget Primitif.....	VI
Annexe 6 – Bilan des évaluations médico-sociales post Irma	VII

Liste des sigles utilisés

APA : allocation personnalisée d'autonomie.

ARS : agences régionales de santé. Le rôle est de décliner et de piloter les politiques nationales de santé du ministère de la santé à l'échelle des régions.

ASPA : allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) versées aux retraités ayant des ressources insuffisantes pour vivre décemment.

CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Cette caisse contribue aux politiques publiques en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie des personnes âgées, des personnes handicapées.

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

HAD : hospitalisation à domicile.

MAIA : méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie. Il s'agit d'un dispositif constitué d'un réseau ayant vocation à faciliter l'intervention des soignants, travailleurs sociaux et professionnels de l'aide à domicile auprès de personnes âgées en situation de perte d'autonomie.

NTIC : nouvelles technologies de l'information et de la communication.

SSAD : service de Soins et d'Aide à Domicile.

SSIAD : service de Soins Infirmiers à Domicile.

SSR : les Soins de Suite et de réadaptation (SSR) font office de Maison de repos et dispensent des soins de rééducation préparant le retour au domicile.

Introduction

Les enjeux du Schéma Régional de Santé de Saint-Martin et de Saint Barthélemy sont d'agir directement sur le parcours individualisé des personnes âgées suivant le triptyque : ANTICIPER – DÉCLOISONNER – COORDONNER.

Dans cette optique, le schéma préconise la création d'une plateforme de ressources et d'une filière gériatrique à Saint-Martin, en raison d'un manque criant de structures et de réponses suffisantes, pour couvrir les besoins des personnes très dépendantes sur le territoire. Dans cette perspective, préfigurant un dispositif de maintien à domicile « hors les murs », en plein essor depuis quelques années, le dispositif décroisonné présenté dans ce mémoire aura pour objectif principal de prévenir une dégradation psychocorporelle de personnes âgées dépendantes les plus vulnérables. Et ce, par un repérage précoce des fragilités et de leur progression.

La situation gérontologique à Saint-Martin est d'autant plus critique que le public âgé dépendant - surtout parmi les personnes isolées - a été le plus impacté par deux crises d'ampleur successives (ouragan en 2017 puis crise Covid depuis mars 2020). En effet, ces deux catastrophes ont cruellement mis en lumière les multiples fragilités du territoire précarisant le grand âge : bâti problématique, multilinguisme, retard de développement pris par le territoire en matière d'action sociale gérontologique, exode des aidants.

Pilote MAIA* et Directrice de l'EHPAD BETHANY HOME de Saint-Martin, je suis bien placée pour positionner cette structure, en tant que pivot organisationnel de la prise en charge expérimentale de personnes âgées dépendantes souhaitant rester à domicile, en l'absence de soins suffisants et/ou en raison de leur isolement.

La finalité de la commande institutionnelle est de fluidifier leur parcours de soins et de prise en charge, notamment par le biais d'une externalisation et de la mutualisation de certaines prestations entre les différentes structures concourant au maintien de la santé et à la vie quotidienne. Cette première réponse constituerait l'émergence de la filière gériatrique du territoire.

Cette expérimentation s'inscrit donc dans le cadre du passage d'une logique de « structures » à une logique de « prestations ». Il s'agira d'un dispositif décroisonné conjuguant financement ARS, mise à disposition de moyens logistiques de la collectivité d'outre-mer (COM) et optimisation/ mutualisation/mise en synergie des ressources existantes.

Il est question d'offrir à un public cible le plus vulnérable et ses familles, une plate-forme de services avec des interventions au domicile, quelle que soit l'heure ou le jour. Cela donnerait lieu alors à une prévention plus efficiente et *in fine*, à un parcours de la personne âgée avec des réponses graduées en fonction des besoins. Cette expérimentation est élaborée comme une plus-value apportée au parcours de soin de la personne âgée dépendante au domicile : écouter, rassurer, apporter une assistance quotidienne, soigner, et limiter le phénomène de ré-hospitalisation. Elle poursuit également l'objectif d'une meilleure coordination/circulation de l'information entre les acteurs opérant auprès d'une même personne, et par-là même, une meilleure mise en cohérence de leurs interventions.

L'enjeu et le défi pour moi en tant que directrice d'EHPAD, sont d'être capable d'impulser aussi bien auprès des deux tutelles ARS / COM, qu'auprès du réseau de partenaires une dynamique convergente tenant réellement compte des besoins et attentes des personnes âgées dépendantes et de leurs aidants, mais aussi d'un contexte contraint sur le plan des moyens financiers, humains et matériels.

Il y a aussi l'épineuse question de la conjugaison de la prise en charge institutionnelle avec les aidants naturels et secondaires opérant déjà au domicile : comment organiser les deux systèmes au bénéfice de la personne âgée en complémentarité, sans heurts et sans invalider les solidarités déjà existantes ?

L'innovation de la réponse à cette veille sanitaire, vient de la déclinaison de l'offre en fonction de chaque bénéficiaire dans sa singularité : via une offre modulable, les attentes et les besoins du public seront au cœur de la construction des réponses, réajustées au cas par cas. Une personne âgée se verra par exemple accompagnée sur la prévention et bénéficiera (ou non) d'une confection de repas en fonction de ses besoins.

Dans cette perspective, le fil conducteur de mon action sera d'apporter une réponse efficiente et humaine à la question centrale suivante :

Afin d'améliorer les chances de survie des personnes âgées dépendantes au domicile à Saint-Martin, comment coconstruire avec les aidants professionnels, les aidants informels, les familles et les bénéficiaires eux-mêmes un dispositif qui soit efficient face à leurs besoins ?

La présentation du projet répondant à cette problématique centrale se déclinera en trois parties : la première contextualisant, la seconde de diagnostic-analyse, et la troisième centrée sur la mise en œuvre du projet.

1 Saint-Martin, un territoire atypique contexte au départ du projet

Le projet présenté s'inscrit dans un contexte géographique, socioculturel, politique et économique qui détermineront mes marges de manœuvre pour créer et développer mon projet.

1.1 Un contexte géographique, démographique et socioculturel singulier

1.1.1 Une géographie singulière source de fragilités

Située à 250 km au nord de la Guadeloupe, et à environ 25 kilomètres de Saint Barthélemy, l'île de Saint-Martin, d'origine volcanique est bordée par la mer des Caraïbes et l'océan Atlantique, avec deux parties, Grande Terre et Terres Basses, reliées par un cordon littoral contournant un étang salé. Dotée de cinq îlets, l'île est aussi montagneuse, sous un climat tropical très sec.

Il s'agit d'une île binationale :

- Sint Maarten, territoire du Royaume des Pays-Bas, au sud (37 % du territoire).
- Saint-Martin territoire français la partie nord de l'île.

D'une superficie de 87 km², les deux entités totalisent 75 000 habitants à parts à peu près égales.

La partie Néerlandaise est un pays autonome de la fédération des Antilles néerlandaises¹, dont les langues officielles sont le néerlandais et l'anglais. Cette partie hollandaise de l'île se caractérise par un dynamisme économique particulièrement marqué.

La partie française (52 km²) est marquée par une double insularité. En effet, Saint-Martin est une île qui dépend de la Guadeloupe, une île plus importante, qui elle-même dépend de la métropole. Cette localisation, à proximité des États-Unis, couplée à son appartenance au territoire français et à l'Union Européenne, en fait un territoire attractif à tous égards.

Mais cette partition de l'île sur deux nations génère d'importants déséquilibres et disparités / concurrences sur le plan économique et de politique sociale ou fiscale.

Le contrôle des flux migratoires y est aussi rendu plus difficile, ce qui crée d'importantes porosités de frontières, et par conséquent, une très forte proportion d'immigrants, en situation irrégulière (4 habitants sur 10 ne sont pas de nationalité française). 77 % de cette

¹ Ensemble de six puis cinq îles principales situées dans la mer des Caraïbes : Bonaire, Curaçao, Saba, Saint-Eustache ; Sint Maarten.

population étrangère est constitué de personnes issues des Caraïbes (principalement d'Haïti et de République dominicaine, Dominique, Jamaïque, autres Antilles néerlandaises). Le reste des immigrants provient d'Europe, d'Amérique latine, de Chine ou d'Inde, ce qui contribue à un rajeunissement particulièrement marqué de la pyramide des âges, renforçant la part minoritaire des aînés (7 % de personnes de plus de 60 ans contre 22 % en France métropolitaine).

La partie française accuse un sous-développement économique notable avec un marché de l'emploi essentiellement tourné vers le tourisme. Cela se traduit par une relative précarité salariale et des niveaux de vie modestes pour la majorité de la population. À titre indicatif pour l'année 2015, le taux de chômage côté français était de 34,2 % versus 8,9 % pour la partie hollandaise². La pratique extrêmement répandue des « jobs » à Saint-Martin (travail non déclaré) renforce cette précarité.

Nous verrons plus tard que le secteur de l'aide à domicile aux personnes dépendantes n'échappe pas à cette composante quasi culturelle à Saint-Martin de l'emploi informel.

1.1.2 L'incidence des aléas climatiques et sismiques sur la vie des Saint-Martinois

L'île de Saint-Martin est soumise à six risques majeurs : sismique, cyclonique, volcanique, la submersion, les glissements de terrain, et les tsunamis. L'île est régulièrement victime de cyclones et d'ouragans à l'instar d'Irma en 2017 : « *pour Saint-Martin, les études d'endommagements et de destructions réalisées dans les semaines et mois après la catastrophe ont abouti au chiffre – très médiatisé – de 95 % des bâtiments et infrastructures sinistrés*³. » Cela a entraîné une diminution de l'offre de logements décents (pourvus de raccordement à l'eau et l'électricité) et aussi une cherté.

Mais Irma a surtout entraîné onze morts et deux personnes disparues, parmi lesquelles quatre de 60 ans, et une handicapée. Cet ouragan a été particulièrement traumatisant pour les personnes âgées dépendantes, car de par sa violence, il impliquait des déplacements rapides dans des refuges difficilement accessibles aux personnes à mobilité réduite. Les psychotraumatismes des ne sont toujours pas cicatrisés, parce qu'ils se sont vécus comme particulièrement vulnérables, surtout les personnes très isolées et excentrées qui n'ont pu accéder à l'un des 15 abris de l'île.

2 Insee, résultats statistiques du recensement de la population en 2015, exploitation principale in Panorama de Saint-Martin https://www.iedom.fr/IMG/pdf/panorama_2017_-_edition_2019_-_saint-martin.pdf

3 Annabelle Moatty, Delphine Grancher, Clément Virmoux and Julien Cavero

Bilan humain de l'ouragan Irma à Saint-Martin : la rumeur post-catastrophe comme révélateur des disparités socio-territoriales https://tirex.univ-montp3.fr/publi/geocarrefour-12918_rumeur.pdf

Quatre ans après, la population ne s'est toujours pas remise du cyclone, notamment en raison de la lenteur des travaux de reconstruction. Et ce, en partie en raison des conflits entre les pouvoirs publics prévoyant un Plan de prévention des risques naturels (PPRn), et nombre de Saint-Martinois contestant la redéfinition des zones non constructibles pour rebâtir leurs habitations sur leurs terres. La situation est encore compliquée par l'ampleur des propriétés informelles (occupation de terrains sans titre de propriété légal) sur l'île.

La violence des cataclysmes climatiques et sismiques impacte fortement la manière d'y vivre et d'y habiter. Par exemple, des normes spécifiques appelées normes Irma ont été conçues par le secrétariat d'État à la cohésion des territoires après les catastrophes naturelles de 2017 (trois ouragans en dix jours). Les logements aux normes anti-aléas climatiques et sécurisés sont trop chers, et en nombre insuffisants pour faire face à la demande.

Les conséquences des aléas climatiques et sismiques sont donc aggravées par la précarité locative avec un bâti non sécurisé, une majorité de locations au sein desquelles les logements sociaux occupent une très faible part.

Fautes de sources naturelles, un déficit chronique en eau potable altère également la vie quotidienne des habitants.

La sécurisation du travail partenarial est forcément impactée par ce type d'obstacles, comme en témoigne l'insuffisance de locaux permettant le travail de concertation collective en présentiel. Ainsi, les salles de réunion dans des locaux aux normes antisismiques ne sont disponibles, hormis les salles religieuses. La Chambre Consulaire Interprofessionnelle de Saint-Martin (CCISM), lieu habituel de réunion et d'évènements, pourvu de plusieurs salles de conférences aux normes, restant en cours de rénovation, depuis l'ouragan Irma.

1.1.3 D'incessants mouvements migratoires, source de métissage culturel et d'une pluralité de fonctionnements sociaux.

En fonction des besoins de l'île en main d'œuvre et/ou spécialistes, des vagues migratoires issues du monde entier ont peuplé Saint-Martin (134 nationalités se côtoyant). La population de Saint-Martin est donc diverse par son origine et le statut social.

Et ce, avec peu ou pas de politique d'intégration. Raison pour laquelle, il n'est pas rare qu'après une vingtaine d'années sur le sol Saint-Martinois, ces immigrés s'expriment exclusivement dans leur langue d'origine et ne comprennent pas le français.

Néanmoins, la proximité de Saint-Martin avec les îles voisines anglophones, son caractère cosmopolite, très imprégné de culture nord-américaine et la volonté partagée d'une langue

commune avec la partie néerlandaise, ont imposé l'anglais sur l'ensemble de l'île⁴. Toutefois, ce cosmopolitisme n'est pas sans heurts ni profonds bouleversements sociaux, *comme en témoigne la virulence de l'analyse produite par l'historienne Saint-Martinoise Daniella Jeffry*⁵ : « l'île est devenue un Eldorado où le monde des affaires, de la drogue, de l'illégalité, de la criminalité et des trafics de tous genres ont pris le dessus. Les natifs ont été pratiquement éliminés de la structure sociale et économique et leur culture caribéenne a été étouffée par l'application de politiques et de pratiques discriminatoires qui ont abouti à l'exclusion et au chômage chronique de cette partie de la population. »

Nonobstant ce choc culturel, Saint-Martin comme ses voisines caribéennes se caractérise par un fort attachement aux valeurs de solidarité intrafamiliale, empreint de religiosité communautaire, fonctionnement renforcé par une forte imprégnation anglo-saxonne : « les quartiers de Saint-Martin recouvrent des réalités socio-économiques, voire ethniques et culturelles, très différentes qui s'ignorent largement les unes les autres. [Mais] les populations immigrées sont structurées en communautés, prenant parfois la forme d'associations, comme c'est par exemple le cas pour les Indiens et les Haïtiens, et la solidarité est très active pour accueillir les nouveaux venus⁶. »

Mais depuis une vingtaine d'années, cette solidarité intrafamiliale est mise à mal par l'exode de la population active. En effet, ces dernières décennies la tendance migratoire s'est inversée : les jeunes partent étudier en dehors de l'île, pour la plupart aux États-Unis ou tout autre pays anglophone / hispanophone accessible. Une fois leurs études terminées, ils s'y stabilisent professionnellement. Moins de 10 % d'entre eux reviennent vivre sur le territoire Saint-Martinois.

1.2 La population dépendante

1.2.1 La dépendance des personnes âgées en général

Selon Cédric DELBES, chercheur à la Fondation Nationale de Gérontologie, « la vieillesse est associée à l'âge ou apparaissent des limitations de l'autonomie⁷ » Certes, la dépendance n'est pas une fatalité pour toute personne vieillissante. Cependant, sur la courbe du handicap de la population française corrélée à l'âge⁸, la dépendance n'augmente fortement qu'à partir de 75-80 ans, car les maladies chroniques, les fragilités

4 [https://fr.wikipedia.org/wiki/Saint-Martin_\(Antilles_fran_%C3%A7aises\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/Saint-Martin_(Antilles_fran_%C3%A7aises))

5 Jeffry, D. *Saint-Martin, Déstabilisation sociétale dans la Caraïbe française* Editions L'Harmattan, 2010

6 Annabelle Moatty, Delphine Grancher, Clément Virmoux and Julien Cavero

Bilan humain de l'ouragan Irma à Saint-Martin : la rumeur post-catastrophe comme révélateur des disparités socio-territoriales https://tirex.univ-montp3.fr/publi/geocarrefour-12918_rumeur.pdf

7 Aider nos parents âgés. 60 millions de consommateurs. hors-série expert. Janvier-février 2006, n° 91 p129

8 Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance réalisée par l'INSEE en 2011

psychosociales, les troubles mentaux, les risques et les incapacités physiques, ont une prévalence marquée à partir de cette tranche d'âge. Les personnes concernées deviennent alors dépendantes et doivent être prises en charge pour compenser leur perte d'autonomie, et préserver leurs chances de survie (et en bonne santé).

Or, la dépendance ne se confond pas avec la perte d'autonomie existentielle, au sens de capacité à s'autodéterminer dans la conduite de sa vie, au niveau décisionnel. Cette dernière englobe les capacités cognitives, la liberté et la capacité d'agir, de choisir en fonction de son jugement.

L'autonomie fonctionnelle renvoie à la dépendance dans le champ gérontologique, dans la mesure où la personne peut être entravée dans ses capacités (déplacements, gestes du quotidien).

Pour sa part, le Code de l'action sociale et des familles définit ainsi la dépendance comme « l'état d'une personne qui, pour accomplir les actes de la vie quotidienne, a besoin d'être aidée, accompagnée et/ou surveillée ».⁹

Dans un rapport de la Cour des comptes sur le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie¹⁰, la dépendance est définie comme la résultante de l'interaction entre des limitations fonctionnelles et un isolement de la personne. Ces limitations peuvent être compensées partiellement par des aides techniques, l'aménagement de l'environnement ou le soutien apporté par des aidants professionnels ou informels.

1.2.2 Le public âgé dépendant de Saint-Martin

La part des habitants plus de 75 ans (qui concentre les aînés dépendants) est six fois moins élevée à Saint-Martin qu'en France métropolitaine (1,4 % contre 8,5 %)¹¹.

La proportion des femmes âgées de plus de 60 ans y est notablement inférieure à celle des hommes, contrairement à la répartition en vigueur en métropole, car à Saint-Martin, la surmortalité naturelle des hommes, ne s'applique pas. Et ce, du fait de l'épuisement particulièrement intense des femmes aidantes septuagénaires à Saint-Martin par, conduisant à leur décès prématuré. En effet, ceux-ci surviennent sous le poids d'un dévouement sans limite à leurs compagnons plus âgés (octogénaires) générant une charge mentale et physique non compensée par une aide au répit.

Ce différentiel d'espérance de vie entre hommes et femmes est également dû à des conditions de vie plus défavorables pour les femmes sur l'île.

9 https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000027037614/

10 Cour des comptes <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-maintien-domicile-des-personnes-agees-en-perte-dautonomie-juillet-2016-p-20>

11 Enquête Handicaps--Incapacités--Dépendance INSEE, 2011

Le public âgé dépendant, qu'il soit français ou étranger se caractérise essentiellement à Saint-Martin par une forte proportion de personnes ayant toujours vécu leur vie active dans l'informel et la défiance vis-à-vis des institutions. Un tiers, issue de l'immigration ne connaît donc pas les mécanismes d'assistance français. La population issue de métropole se heurte quant à elle à la perte de ses repères liée à la particularité administrative de l'île, organisée en collectivité d'outre-mer (COM). Il s'agit pour la plupart de personnes ayant travaillé dans le domaine du tourisme, sur les bateaux de croisières ou sur les yachts, hors des circuits administratifs français. Et ce, quels que soient les niveaux de revenus et catégories socioprofessionnelles.

La dépendance dans le grand âge frappe dans les mêmes proportions les aînés de nationalité française et la population étrangère. Mais il est à noter que comparativement à la métropole, elle intervient plus précocement, et ce dès, la soixantaine, du fait d'un vieillissement accéléré, consécutif à l'insuffisance de suivi médical, conjugué à une alimentation de mauvaise qualité, riche en graisses saturées et hydrates de carbones. Ce qui explique que les files actives de la MAIA et de l'EHPAD sont beaucoup plus jeunes à Saint-Martin que celles rencontrées en métropoles (avec davantage de septuagénaires que d'octogénaires).

Autre accélérateur de pathologies, les addictions à des produits stupéfiants, très prisés sur l'île.

Il en résulte un état de santé plus fragile chez les séniors Saint-Martinois que chez la population métropolitaine du même âge. Particulièrement touchés, entre autres, par le diabète, les maladies cardiovasculaires, les cancers digestifs, leur état de santé est aggravé par le manque de confiance dans la médecine allopathique à laquelle sont préférés les soins magico-religieux¹².

La moitié de la population a en effet grandi dans une culture anglo-saxonne pétrie de religiosité. Ce qui la conduit à se tourner vers l'église comme premier recours face aux accidents de la vie, et notamment la maladie ou le handicap.

Les personnes âgées viennent donc tardivement consulter pour leur santé, de préférence en urgence et à l'hôpital.

Enfin, à Saint-Martin, un tiers des personnes de 80 ans et plus vit seul (environ 300 individus). Mais l'isolement des personnes âgées y est moins fréquent dans les DOM et qu'en France métropolitaine.

Certes, un nombre important des seniors masculins dépendants, du fait de vie professionnelles hachées n'ont pas constitué de foyer stable et de ce fait, n'ont pas de descendance, mais la plupart ont pu adopter de manière informelle les beaux-enfants de

12 https://www.fabula.org/actualité/anthropologie-de-la-medecine-creole-haitienne_82610.php

leur compagne plus jeunes, et ceux-ci se positionnent en véritables aidants, en fonction de leurs possibilités financières ou concrètes à compenser les pertes d'autonomie au domicile. Ainsi, qu'il s'agisse des enfants ou des beaux-enfants, les aînés de Saint-Martin vivant seuls communiquent très fréquemment en visio avec eux.

Le lien social reste en outre maintenu grâce au maillage religieux beaucoup plus présent qu'en métropole, les paroisses apportant une aide conséquente, aussi bien morale, spirituelle, que matérielle à leurs paroissiens âgés dépendants. En particulier dans la vie quotidienne. D'une part pour des raisons spirituelles (fatalisme, idée que Dieu pourvoira aux besoins par la prière) et d'autre part, parce qu'ils ne redoutent pas de leurs pourvoyeurs d'aide religieux qu'ils questionnent des sujets tabous, tels que leurs droits de propriété ou une vie de travail irrégulière. Et ce, contrairement aux institutionnels conditionnant l'octroi des aides, à la fourniture de justificatifs en bonne et due forme, ce qui est anxiogène pour les personnes qui ne peuvent les fournir et peut conduire au non-recours aux droits, comme nous l'expliquerons plus avant dans la partie analyse-diagnostic.

1.3 Le contexte politico-administratif de la prise en charge de la dépendance à Saint-Martin

Saint-Martin est un territoire accusant un certain retard dans la mise en œuvre des politiques sociales, notamment dans le champ gérontologique. En partie, pour des raisons liées à son organisation administrative passée et aux mutations statutaires récentes.

1.3.1 La singularité administrative Saint-Martinoise : l'organisation en collectivité

Depuis 1947, Saint-Martin était rattaché administrativement au département de la Guadeloupe en tant que commune. En 2007, à la suite des résultats du référendum de 2003, l'île accède au statut de collectivité d'outre-mer (COM). Saint-Martin exerce depuis toutes les compétences relevant de la commune, du département et à de la région, ainsi que celles que l'État lui a transférées. La collectivité d'outre-mer est administrée par un conseil territorial de vingt-trois membres élus au suffrage universel, d'un conseil exécutif de sept membres du conseil territorial, conduit par le président de la collectivité et d'un conseil économique social et culturel à vocation consultative.

La COM relève du régime de spécialité législative de l'article 74 de la constitution française. Les lois et règlements ne s'y appliquent que sur mention expresse¹³. La collectivité de Saint-Martin peut aussi adapter les lois et règlements notamment en matière d'urbanisme, ou de

13 <https://www.collectivites-locales.gouv.fr/institutions/le-cadre-constitutionnel-general-issu-des-articles-72-73-et-74-de-la-constitution>.

logement, sous réserve de validation des autorités étatiques. Elle dispose de son propre régime fiscal.

L'État à Saint-Martin est représenté par le préfet de la Guadeloupe, avec l'aide d'un préfet délégué présent à plein temps, à Saint-Martin. Il existe également sur l'île voisine de Saint-Barthélemy une antenne de la préfecture, interlocutrice de Saint-Martin. L'hôtel de la collectivité, les représentants de l'État ainsi que la plupart des administrations et services sont localisés dans le chef-lieu Marigot.

Mais de fait, malgré le détachement statutaire vis-à-vis de La Guadeloupe, nombre de services publics et des fonctionnaires se partageant entre Saint-Martin et la Guadeloupe.

Il existe à Saint-Martin pour les fonctionnaires arrivant une prime spécifique : l'indemnité de sujétion pour leur affectation en outre-mer¹⁴ +40 % de bonification salariale pour cherté de la vie.

Cet ensemble rend l'île attractive mais est aussi source d'un turn-over qui met à mal la continuité de fonctionnement des institutions. Les fonctionnaires ultra marins choisissent bien souvent la proximité de leur île d'origine, en partant dès qu'une place se libère, y compris en milieu d'année.

1.3.2 Le cadre légal

En France, les personnes âgées peuvent se maintenir à domicile grâce à leur entourage et aux aides (financières, matérielles, humaines) disponibles dans le cadre légal du droit commun. La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) assure ainsi le financement global des aides aux personnes dépendantes, et assure une mission d'expertise.

Parmi les prestations facilitant le maintien à domicile, citons l'APA, allocation personnalisée d'Autonomie destinée aux personnes âgées, en perte d'autonomie, pour financer leurs besoins liés à la dépendance, au domicile ou en institution. Cette allocation repose sur l'évaluation du niveau de dépendance via la grille AGGIR¹⁵. Seuls les GIR 1 à 4 ouvrent droit à l'APA. Les GIR 1 et 2 regroupent les personnes les plus dépendantes.

La loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV), privilégie le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie. Et ce, dans une volonté d'équilibrer les responsabilités autour de la prise en charge de la personne âgée entre les professionnels et les proches aidants.

¹⁴ <https://www.emploi-collectivites.fr/sujetion-geographique-isg-dom-tom-blog-territorial>.

¹⁵ Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources

Pour cela, l'APA à domicile est réformée. Les plafonds d'aide sont augmentés, permettant ainsi d'accroître le nombre d'heures d'aide à domicile. Depuis cette loi, l'ensemble des structures d'aide à domicile est passé au régime de l'autorisation, visant à permettre ainsi aux conseils départementaux une meilleure maîtrise de l'offre des Service d'Aide à Domicile (SAAD) sur leur territoire¹⁶. La loi ASV prévoit également de :

- renforcer l'anticipation de la perte d'autonomie à travers des programmes de prévention individuels et collectifs, ainsi qu'un meilleur accès aux aides techniques,
- d'accompagner des personnes âgées en perte d'autonomie dans leur parcours de vie,
- de soutenir les aidants par la reconnaissance du statut de proche aidant.

Quant aux EHPAD, ils sont régis par un cadre réglementaire dépendant de plusieurs lois : « la loi du 24 janvier 1997, complétée par les décrets et arrêtés d'avril 1999 et de mai 2001. Ces textes, conformes à la tarification, ont également pour objectif le renforcement des moyens médicaux et de la qualité des prestations¹⁷. » Formalisant les missions et les conditions de fonctionnement des EHPAD, l'article 312-155-0 du Code de l'action sociale et des familles précise leurs missions : l'hébergement, la dispensation des soins médicaux et paramédicaux, la mise en place de projets d'accompagnement personnalisés.

En outre, l'EHPAD, comme le dispositif décloisonné projeté de maintien à domicile relève du secteur social et médico-social instauré par la loi du 2 janvier 2002, rénovant le secteur médico-social, et de la loi HPST du 21 juillet 2009¹⁸ en son article L. 6111-1. : « *Les établissements de santé publics, privés, d'intérêt collectif assurent, dans les conditions prévues par le présent code, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes. Ils délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles. Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et service médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils généraux pour les compétences qui les concernent. Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire. Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée et à la prise en charge médicale.* »

La notion de dignité est particulièrement réaffirmée par la loi de 2002 comme un impératif désormais central dans les évaluations internes et externes de ces structures.

16 FEHAP, « Note sur le bilan de la première génération des SROMS 2012-2016 »

17 Fiche de soins infirmiers en gériatrie et gérontologie, p. 72

18 Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 « portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires »

Les EHPAD sont régis par des autorités de tutelle qui sont : l'agence régionale de santé (ARS) et les Conseils Départementaux (ou COM) qui fixent les tarifs, règlent un tiers de la facture et contrôlent les établissements quant à leur obligation du respect des droits humains légaux et sociaux de la personne âgée.

Pour attribuer l'autorisation de prise en charge des personnes âgées dépendantes en EHPAD, l'Agence Régional de Santé vérifie au préalable que la structure candidate remplit toutes conditions nécessaires, pour accueillir le public dépendant : « l'obtention du statut d'EHPAD passe par la signature d'une convention pluriannuelle tripartite d'une durée de cinq ans. Cette convention, signée entre le représentant légal de l'établissement, et le président du conseil général et le directeur de l'ARS, définit les conditions de fonctionnement de l'EHPAD sur le plan financier et formalise l'engagement de l'établissement dans une démarche qualité en termes de la prise en charge des résidents et de qualité de soins.¹⁹ »

1.3.3 Le GHT le centre hospitalier Louis Constant Fleming et ses perspectives

Depuis une trentaine d'années, les pouvoirs publics cherchent à rationaliser les enveloppes budgétaires des établissements médico-sociaux en réformant ceux-ci, pour réaliser des économies sur des dépenses de fonctionnement évitables, liées aux soins. C'est dans cette perspective que la plupart des EHPAD publics ont été réunis au sein de Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) pour favoriser une dynamique de mutualisation et de diminution des coûts à l'échelle des territoires. Le GHT des îles du nord regroupe dans ce contexte les deux centres hospitaliers LOUIS CONSTANT FLEMING de Saint-Martin et IRÉNÉE DE BRUYN, de Saint Barthélemy.

Avec 80 lits de médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie et d'un service d'urgence, l'institution hospitalière FLEMING connaît de graves difficultés financières depuis 2012, avec un déficit structurel estimé actuellement à 6 millions d'euros. Selon l'administrateur provisoire, Juliette Napol, chargée par l'ARS d'un diagnostic et d'un plan de redressement en 2019²⁰, la dégradation financière était due à une « *mauvaise gestion* », une « *organisation approximative* », un « *management inefficace* » et à l'absence de « *stratégie de territoire* ». Or, le centre hospitalier Louis Constant Fleming, le GHT est appelé par les pouvoirs publics à porter la filière gériatrique à Saint-Martin, notamment par le biais de la télémédecine qui devrait y prendre une importance capitale dans un avenir proche. Et ce, grâce à une nouvelle équipe en 2020, chapeauté par un directeur récemment nommé

19 Tristan Cudennec, Christophe Guénot Fiche de soins infirmiers en gériatrie et gérontologie, Masson 2017 p.72

20 BILAN DE L'ADMINISTRATION PROVISoire DU C.H. LOUIS CONSTANT FLEMING
<https://www.stmartinweek.fr/2019/10/04/bilan-de-ladministration-provisoire-du-c-h-louis-constant-fleming/74127>

« pour un meilleur fonctionnement et une meilleure prise en charge des demandes de la population²¹. »

1.3.4 Les différents établissements et modalités de prise en charge des personnes âgées dépendantes

La collectivité de Saint-Martin dispose :

- de services décentralisés composés de deux MASP²²,
- d'un service autonomie de la personne en charge de l'instruction des dossiers APA²³,
- d'une MTA²⁴,
- d'un service de protection de majeurs qui prend en charge 29 personnes âgées,
- d'un service social polyvalent de secteur.

À noter que les travailleurs sociaux de la collectivité (de même que les assistants sociaux hospitaliers) ont vocation à aider les personnes âgées et / ou leurs proches à mettre en place les aides nécessaires quand la dépendance survient, et à leur fournir les informations concernant les dispositifs et les aides financières existants pour être pris en charge, ou encore les démarches administratives / juridiques à effectuer si nécessaire. Le travailleur social conseille, accompagne, oriente et joue un rôle essentiel dans la lutte contre l'isolement ou la maltraitance des personnes âgées. Il évalue les besoins puis élabore son plan d'aide personnalisé en prenant en compte le soutien possible (famille, amis, voisins). Il est souvent en lien avec les aidants pour organiser le retour à domicile après une hospitalisation. Sa mission est donc, fondée « *sur des rôles multiples axés autour de l'information. Ainsi, dans l'accompagnement de la personne âgée, le travailleur social est amené à jouer plusieurs rôles : rôle pédagogique, de médiation, de référent, d'écoute, pour l'essentiel*²⁵. »

L'EHPAD Bethany HOME

Auparavant autonome, l'établissement sous son statut hospitalier actuel a été créé en 2020, à la suite d'une convention tripartite : la COM, ARS, EHPAD.

21 BILAN DE L'ADMINISTRATION PROVISOIRE DU C.H. LOUIS CONSTANT FLEMING
<https://www.stmartinweek.fr/2019/10/04/bilan-de-ladministration-provisoire-du-c-h-louis-constant-fleming/74127>

22 Maison de services au public créées en 2020

23 Allocation personnalisée autonomie.

24 Maison territoriale de l'autonomie.

25 Vercauteren R. et Latouche A. *Assistante sociale auprès des personnes âgées*, éd. ERES, 1997, p. 112.

Dotée de 40 places installées initialement, depuis 2017, suite à l'avis négatif de la commission de sécurité des bâtiments, la structure est limitée à 28 places installées, suite à décision de l'ARS, en accord avec la collectivité de Saint-Martin en raison des dégâts causés par l'ouragan IRMA et au regard de l'inadaptation des locaux à une activité d'accueil de personnes âgées dépendantes. De même, la MAIA et le SSIAD, dont les bureaux ont été dévastés ont intégré une chambre non occupée de l'établissement.

La capacité d'accueil de la structure sera augmentée de 4 lits seulement, une fois effectués les travaux de réhabilitation et d'adaptation des locaux, travaux dont l'objectif sera d'une part d'améliorer la qualité d'hébergement et de prise en charge des résidents et d'autre part de fournir de meilleures conditions de travail aux agents. D'où des perspectives budgétaires inquiétantes, avec un déficit prévisionnel important, qui se creusera tant que la capacité n'augmentera pas, sachant que, d'après les experts, pour être viable économiquement de façon pérenne, un EHPAD doit accueillir au minimum 60 résidents.

La structure est composée de :

- 1 cadre de santé, 3 IDE, 5 aides-soignantes,
- 3 ASH,
- 7 ouvriers de cuisine, 3 ouvriers techniques, 2 lingères,
- 1 animatrice faisant fonction de maîtresse de maison,
- 1 agent en charge des RH, 1 agent en charge de la comptabilité, 1 secrétaire, 1 agent administratif polyvalent et 1 directrice.

L'établissement est doté de 2 véhicules.

L'ancrage au Centre hospitalier Fleming et l'intégration au GHT représentent un changement complet de culture pour le personnel de Bethany Home.

Le taux d'occupation de l'établissement est de 100 % sur les 12 derniers mois. Lors d'un décès la chambre est de nouveau occupée dans la journée. Le GIR Moyen Pondéré fin 2010 était de 760²⁶. Ce chiffre est à ce jour encore plus élevé car 75 % des résidents ont des troubles cognitifs sévères et un état de santé général dégradé. La moyenne d'âge est de 72 ans. Toutefois, il convient de noter la présence depuis le cyclone de deux résidents de moins de 50 ans admis sur dérogation. Un jeune homme atteint de trisomie et une adulte qui ne s'est pas remise d'un AVC massif qui a eu lieu pendant le cyclone.

L'établissement a la possibilité d'accueillir de manière temporaire, mais cet accueil n'est pas couvert par l'aide sociale, avec un reste à charge pour les résidents de 247 euros/jour.

Rappelons que les EHPAD sont cofinancés par :

26 Rapport d'activité de l'EHPAD Béthany Home, 2020

- L'Assurance Maladie pour les soins.
- Les Départements pour le budget « dépendance », via l'APA servant à financer l'aide aux gestes du quotidien et à la surveillance des résidents.
- Les résidents sur leurs fonds propres ou, en fonction de leurs ressources, par des aides sociales²⁷, pour financer l'hôtellerie, la restauration, les animations en 2007.

La totalité des résidents de Bethany Home relève de l'aide sociale.

Les médecins et paramédicaux du territoire

L'île compte :

- 15 médecins généralistes, 3 ophtalmologues et 15 IDE libérales
- 7 kinésithérapeutes, et 3 orthophonistes,
- 1 scanner, 2 centres de radiologie, 1 laboratoire privé avec deux antennes,
- 2 services d'ambulances ; 1 VSL.

Le médecin traitant est le pivot du maintien à domicile. Il exerce un rôle d'évaluation des besoins dans les différents domaines : pathologies, fonctions cognitives, degré d'autonomie, environnement humain et matériel. Il peut coordonner les actions des différents intervenants et travaille en réseau pluridisciplinaire. Il a aussi un rôle de prévention : de la perte d'autonomie, de la maltraitance, l'anticipation des difficultés et épuisement de l'aidant, la sécurisation du malade au domicile. Il joue enfin un rôle de suivi évolutif, par une évaluation régulière du plan d'aide et des réajustements si nécessaire de celui-ci.

Le kinésithérapeute libéral effectue des actes de rééducation, de mobilisation active et passive, de prévention d'escarres, de lutte contre les rétractions.

L'ergothérapeute et le psychomotricien ont une action d'éducation thérapeutique. Ils réalisent le bilan d'adaptation du logement, et permettent des prises en charge de réhabilitation et de stimulation cognitive.

L'orthophoniste joue un rôle clé dans la prévention des ruptures de communication entre la personne âgée en déclin cognitif et son environnement, lors de troubles de la parole (aphasie, problème d'élocution, perte du langage).

Toutes les autres spécialités concourant à la prise en charge sanitaire ne sont pas présentes en continu sur le territoire. À tour de rôle ou concomitamment, les professionnels

27 APL : Allocation Personnalisée au Logement ou ALS : Allocation de Logement Social - <http://www.ehpad-fr.org/apl-ehpad/>

extérieurs à l'île se rendent à Saint-Martin et y effectuent des consultations de manière groupée, sur plusieurs jours. En général, ces professionnels viennent du centre hospitalier de la Guadeloupe. Car la capacité d'accueil limitée du GHT en fait une « filiale » du CHU de Pointe à Pitre. C'est l'hôpital de référence au niveau régional. Excepté pour les examens ambulatoires légers de cardiologie qui relèvent de la seule compétence du CHU de la Martinique.

L'HAD*

Un service de 50 places est présent sur le territoire. Il est géré par un groupe privé à but lucratif, la clinique de Choisy. Cette hospitalisation permet d'assurer au domicile de la personne âgée malade des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile, par la complexité et la fréquence des actes.

SSR*

Les SSR gériatriques accueillent un public âgé souffrant de plusieurs pathologies chroniques ou invalidantes, en situation de dépendance ou à risque de dépendance. Ces personnes sont orientées dans ce type de structure suite à une hospitalisation pour une intervention médicale aiguë (durée d'hospitalisation en aigu : en moyenne trois semaines). La possibilité d'entrer en SSR permet de « gagner du temps » afin que la personne continue d'être prise en charge en fonction de ses besoins et ainsi différer une entrée en EHPAD. Cependant il arrive que la personne refuse la proposition du SSR et s'obstine à retourner chez elle absolument.

À Saint-Martin, l'unique entité assurant ce type de soins est portée par un groupe privé de Guadeloupe : le groupe Maniokani. L'établissement actuel est situé au second étage d'un immeuble non pourvu d'ascenseur et ne peut donc prendre en charge des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle. Pour l'instant la structure ne prend en charge que 5 personnes sur les 30 prévues. Un SSR dans un bâtiment adapté est en cours de construction.

La MAIA*

La MAIA accompagne 50 personnes âgées et 7 adultes handicapés et un bébé. Créée en 2016, elle couvre le territoire de Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Elle est composée d'une pilote et d'une gestionnaire de cas une pour chaque île.

La structure dispose de 2 véhicules de service et d'un 1 véhicule de fonction pour la direction.

Le service coordonne le maintien à domicile de 50 personnes âgées et de 7 adultes handicapés de moins de 60 ans à Saint-Martin, et de 20 personnes âgées à Saint-Barthélemy. La moyenne d'âge est de 68 ans avec un GIR 3 le plus fréquent. Nous avons dérogé à la règle des plus de 60 ans pour les patients atteints de troubles cognitifs sévères, afin d'offrir des périodes de répit aux aidants familiaux épuisés.

Il s'agit d'un dispositif clé dans la mise en œuvre du maintien à domicile à l'échelon local. Le service de gestion de cas répond aux demandes des familles de personnes âgées dépendantes. Il a pour mission d'évaluer les besoins de la personne en perte d'autonomie, de coordonner les services impliqués dans sa prise en charge et de soutenir les aidants. Il intervient pour favoriser le maintien à domicile et améliorer la continuité, l'accessibilité des interventions²⁸.

Les gestionnaires de cas ont en charge le suivi intensif au long cours (y compris lors des périodes d'hospitalisation) de personnes âgées vivant à domicile, en situation dite complexe. Des critères d'évaluation de cette complexité ont été définis au niveau national pour déterminer si la personne relève ou non du service de gestion de cas. Ces professionnels sont sollicités par les différents partenaires de proximité (médecins traitants, infirmiers, travailleurs sociaux, CLIC...) et établissements de santé travaillant auprès du public des personnes âgées. Particularité de Saint-Martin, le gestionnaire de cas est l'interlocuteur direct et unique de la personne malade et de son entourage, du médecin traitant et des autres acteurs.

Le SSIAD Claire Arondelle

Service de soins infirmiers à domicile créé en 2009, le SSIAD est rattaché à l'EHPAD Bethany Home, en tant que service intégré (budget annexe de l'EHPAD). Il est localisé dans la chambre 18 de Bethany Home depuis 2017 en raison d'une impossibilité d'utiliser leurs locaux dévastés. Il prend en charge sanitaire 30 personnes âgées et 5 adultes handicapés. Il est composé :

- d'1 IDEC (infirmière coordonnatrice), de 2 IDE, de 5 Aide soignantes.

Les infirmiers (libéraux ou du SSIAD) et les services de soins à domicile interviennent pour réaliser les soins prescrits par le médecin : des soins techniques, d'hygiène, et relationnels. Leurs interventions ont pour objectifs d'éviter une hospitalisation, de faciliter le retour à domicile après une hospitalisation, ou de retarder l'entrée dans un établissement gérontologiques. Cinq véhicules sont utilisés pour les tournées de 5h du matin à 19h.

²⁸ <https://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maia>

À noter que pour le SSIAD Claire Arondelle comme pour la MAIA, les fonctions support (RH, direction, ouvrier technique, achat, comptabilité) sont mutualisées avec l'EHPAD.

SSAD

Trois prestataires d'aides à domicile couvrent chacun 50 places d'accompagnement pour les personnes âgées et 5 places dédiées à des adultes handicapés.

Les interventions des SAAD ont pour objectif de maintenir ou de favoriser l'autonomie des personnes âgées et leur permettre de continuer à vivre chez elles le plus longtemps possible. Ils assurent au domicile des personnes des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires et les actes essentiels de la vie quotidienne (l'entretien du logement, l'entretien du linge, la préparation des repas, les courses, l'aide à la toilette, l'aide à l'habillage et au déshabillage). Ils interviennent dans les activités de la vie sociale et ainsi contribuent à la maintenir le lien social et l'équilibre psycho-affectif des personnes âgées (accompagnement dans les activités de loisirs, aide à la gestion des documents familiaux et dans les démarches administratives). Certains SAAD proposent également les prestations de portage de repas à domicile et de bricolage.

Cette première partie souligne la singularité du territoire de Saint-Martin, aussi bien sur le plan géographique, climatique que sur le plan social, économique et politico-administratif. Il s'agit certes d'une île ayant connu de nombreux bouleversements et événements traumatisants ces 10 dernières années, mais qui connaît actuellement un élan prometteur, à travers une dynamique de résilience solidaire, et de construction d'une collectivité en devenir. Or, nous verrons dans la partie suivante que si le champ gériatrique a longtemps pâti d'un certain sous-développement, en raison de la double insularité propre au territoire, il existe un réseau de partenaires et des conditions à présent favorables à la structuration d'un réseau de maintien à domicile se rapprochant de ceux mis en place en métropole.

2 Un territoire en quête d'une nouvelle impulsion à donner au maintien à domicile

Pour appréhender au mieux les marges de manœuvre et les conditions de mise en œuvre d'un projet de maintien à domicile, à partir de la structure EHPAD, de la place de directrice de cette structure, il convient tout d'abord de présenter l'état des lieux des constats de départ problématiques, qui en sont la genèse. Puis, dans un second temps, seront évoqués les causes à la source de ces constats problématiques, les risques et les conséquences en découlant.

In fine, seront abordés les forces et faiblesses de ce contexte initial, permettant de projeter une marge de manœuvre à la directrice d'EHPAD que je suis, en termes de construction d'un partenariat, et des changements à impulser au sein de l'EHPAD, en faveur d'un dispositif expérimental décloisonné de maintien à domicile, adossé à Bethany Home.

2.1 État des lieux des constats problématiques autour des personnes âgées dépendantes

2.1.1 Une part importante de la population âgée dépendante dont les besoins ne sont pas (ou pas suffisamment) pris en charge

Ce qui ressort de mes constats, mon expérience sur le terrain, et de divers rapports d'évaluation ou d'activité du champ gérontologiques de l'île de Saint-Martin ainsi que de multiples entretiens menés avec les futures parties prenantes du projet, me permet de dresser un tableau des constats problématiques relatifs à la prise en charge des personnes âgées dépendantes sur le territoire

L'absence de réponses aux besoins des Saint-Martinois âgés dépendants est une réelle problématique sur le territoire : il n'y a pas suffisamment de structures adaptées pour les aînés atteignant les limites du maintien à domicile, que ce soit en termes d'intervenants à domicile ou de lieux d'hébergement médicalisés²⁹.

La part des personnes âgées dépendantes prises en charge par une structure gérontologique relevant du secteur public sur le territoire de Saint-Martin est en effet inférieure à 1 %, en recoupant le nombre de places occupées en EHPAD, les bénéficiaires de l'APA, de la retraite de la sécurité sociale tous régimes confondus, des minimums vieillesse et le nombre estimé de personnes âgées dépendantes. Et ce, alors que la

29 Rapport d'évaluation externe en date du 16/04/2021 Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) "Claire Arrondell" de Saint-Martin.

proportion en métropole des séniors dépendants prise en charge par les pouvoirs publics pour compenser leur dépendance est de 9,5 %³⁰.

Et dans un contexte culturel où le désir de finir ses jours au domicile est particulièrement vif, les trois services d'aide à domicile présents sur le territoire ne couvrent qu'une infime partie des besoins liés à la dépendance d'une population vieillissante, dont le poids démographique ne cesse de s'alourdir. En effet, les projections démographiques annoncent « *une forte augmentation des plus de 65 ans (10,3 % en 2030, contre 7 % en 2015)*³¹. » Par ailleurs, il n'y a pas de relevé statistique récent de la population de Saint-Martin car du fait de sa particularité administrative (Collectivité d'outre-mer), le territoire ne bénéficie plus de la collecte et analyse de données démographiques de l'INSEE. Les études les plus récentes datent de 2013.

Les manques ne concernent pas seulement l'insuffisance du nombre de structures, mais également la présence de personnel qualifié en nombre suffisant.

Ainsi relève la dernière évaluation externe³², les moyens humains du SSIAD n'ont pas été « *réévalués depuis la dernière augmentation de capacité autorisée du SSIAD* ».

Il convient de noter aussi la carence en neuropsychologues, psychologues, neurologues et ergothérapeutes, autant de professionnels qui permettraient « *de mieux adapter les prises en charge aux besoins des bénéficiaires* ». C'est ainsi qu'à Saint-Martin, un certain nombre de personnes souffrant de troubles cognitifs ne sont pas diagnostiquées ni pris en charge, à l'instar de l'EHPAD, où moins de 1 % des résidents ont pu bénéficier de ce type de diagnostic, alors que les dégénérescences intellectuelles sont patentées. De fait, ces pathologies sont repérées uniquement à l'occasion de symptômes somatiques, le plus souvent lors d'une fracture.

Il n'y a pas non plus de consultations mémoire à Saint-Martin, et pour ce type de prestations, les personnes sont orientées sur la consultation la plus proche, à savoir en Guadeloupe, à Basse-Terre. Ce qui occasionne un coût total d'environ quatre cents euros, entre les frais d'avion et de taxi (pris en charge de 35 à 65 % par la sécurité sociale selon les pathologies). Ce type de déplacement ne débouche qu'une fois sur deux sur une consultation effective, du fait de la désorientation des consultants, qui peinent à prendre le taxi, trouver le lieu de consultation et se retrouvent donc fréquemment à errer dans la zone aéroportuaire ou dans la ville.

30 Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance, INSEE, 2011

31 Panorama de Saint-Martin https://www.iedom.fr/IMG/pdf/panorama_2017_-_edition_2019_-_saint-martin.pdf

32 Rapport d'évaluation externe en date du 16/04/2021 Service de Soins Infirmiers à domicile (SSIAD) "Claire Arrondell" de Saint-Martin

Quant au service d'hospitalisation à domicile (HAD) qui fonctionne relativement bien, il ne peut couvrir un certain nombre de besoins non détectés. Le lien ville-hôpital n'est pas construit.

Or, jusqu'à très récemment, une des portes d'entrées d'un suivi socio-médical, était l'admission aux urgences pour des problèmes de santé chroniques, ou une chute pouvant mettre la personne en difficulté au quotidien à son domicile, sans forcément relever de l'urgence. Mais désormais, depuis la pandémie, les personnes âgées ne sont plus admises aux urgences pour des maladies chroniques, sauf risque vital. En ce qui concerne les professionnels libéraux médicaux ou paramédicaux (kinésithérapeutes, infirmières libérales, ergothérapeutes...), leur nombre est insuffisant pour couvrir l'étendue des besoins du champ gérontologique. Seuls deux médecins traitants libéraux acceptent de se déplacer au domicile, et ils sont déjà fortement mobilisés auprès des patients résidents de l'EHPAD Bethany Home.

Ce manque de structures gérontologiques se traduit à Saint-Martin par des listes d'attente pléthoriques, et des délais d'attente pour une entrée en EHPAD en moyenne de deux années, et d'une année et demie pour la mise en place d'un plan d'aide au domicile.

En outre, du fait de l'absence importante de proches partis travailler en métropole ou à l'étranger³³, le territoire accuse un déficit d'aidants familiaux disponibles sur place. Dans le même temps, se posent les difficultés de l'aide à distance des aidants de Saint-Martin exilés, dont le soutien essentiellement financier ne parvient pas toujours à destination, et n'est souvent pas affecté à la compensation de la perte d'autonomie de la personne dépendante concernée (détournement partiel ou total par de pseudos aidants informels). Je peux ici citer l'exemple récurrent de personnes âgées qui, ne pouvant se déplacer, envoient leurs voisins ou toute personne à proximité effectuer des retraits munis de leur carte bancaire, courant le risque d'un vol.

En dépit du fort ancrage communautaire donnant lieu à des solidarités de proximité de nature informelle, le territoire de Saint-Martin manque cruellement d'un tissu associatif local, et de porteurs de projet fiables ainsi que de bénévoles du champ gérontologique, pouvant suppléer aux insuffisances des pouvoirs publics, comme c'est le cas en métropole. Par exemple, il n'existe pas d'équivalent Saint-Martinois de structures du type « Petits frères des pauvres ».

Force est de constater que les aidants informels du réseau secondaire et les structures religieuses caritatives couvrent l'essentiel des besoins non couverts par les pouvoirs publics.

33 Insee dossier Guyane Antilles, Saint-Martin : Terre d'accueil et de contrastes 2016

À savoir principalement des acteurs appartenant aux congrégations des Témoins de Jéhovah, de l'Église du 7^e jour, les Rastas du cœur, les églises Adventistes et Pentecôtistes, qui proposent tout l'éventail des soins du *Care**, un soutien psychologique et une aide spirituelle. Une offre pseudo-gratuite et globale qui rend le public captif et dépendant d'intervenants le plus souvent prosélytes.

2.1.2 Des réponses insuffisamment adaptées aux besoins du public dépendant

Hormis l'insuffisance des réponses aux besoins gérontologiques sur le plan quantitatif, des manques sont aussi à relever en termes d'adaptation des réponses.

Le dernier rapport d'évaluation externe portant sur l'acteur pivot qu'est le SSIAD dans le champ gérontologique pointe « *une inaccessibilité des locaux du SSIAD au public en général et aux personnes à mobilité réduite en particulier* »³⁴. Le même constat peut être fait pour la MAIA. Cette problématique est d'autant plus d'actualité avec la fermeture de l'EHPAD aux publics extérieurs en raison de la pandémie. Ce qui empêche toute visite d'aidant ou de personne âgée qui envisagerait une entrée à l'EHPAD, lorsque survient la limite du maintien à domicile.

En outre, alors que la loi de 2002 renforçant les droits des usagers des établissements sociaux et médico-sociaux institue leur participation et leur association à leur accompagnement, dans un souci de bienveillance et de respect de leurs besoins personnalisés, à Saint-Martin « *les usagers et/ou les aidants n'ont pas été associés directement à l'élaboration du projet de service du SSIAD. Le recueil des souhaits des bénéficiaires n'a pas été directement réalisé lors de l'élaboration du projet de service du SSIAD. [...] Une absence de projet personnalisé qui ne permet pas au service de porter une analyse précise sur l'évolution des besoins des usagers du service* »³⁵.

Par ailleurs, en tant que Pilote MAIA puis directrice de l'EHPAD, j'ai été fréquemment confrontée au morcellement et aux doublons des prises en charge publiques et privées, ce qui met à mal la qualité de la prise en charge, en générant des incohérences et des surcoûts évitables, pour la collectivité comme pour les personnes âgées et leurs familles.

Il n'est pas rare par exemple, que les personnes prises en charge au sein du SSIAD ne bénéficient pas de suivi social, car on estime que le service établit une prise en charge globale. L'absence de réponses qui s'ensuit génère un glissement des tâches : les services de prise en charge sanitaire sont amenés alors à organiser le suivi social, afin d'ouvrir /pérenniser les droits des usagers (carte de séjour, sécurité sociale, retraite, complémentaire santé solidaire...). Or, ce type d'accompagnement à la marge du sanitaire

34 Rapport d'évaluation externe en date du 16/04/2021 Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) "Claire Arrondell" de Saint-Martin

35 idem

dont c'est le cœur de métier, ne se déroule pas sans heurts ni ratés, entraînant des ruptures des droits, qui de fait, empêchent la prise en charge de la personne dépendante : plus de droits donc plus de suivi possible.

En interne, au sein de l'EHPAD, je suis également confrontée à des difficultés pour redéployer le personnel de l'EHPAD en sureffectifs, depuis 2017, notamment les équipes de cuisine vers des missions permettant de satisfaire des besoins non couverts, hors les murs. En effet, la confection des repas de l'établissement est descendue à 28 par service à la suite du gel du nombre de résidents après les dégâts générés par le cyclone Irma, décidé par la commission de sécurité de l'ARS. Et ce, sans que cela n'entraîne une réduction horaire ou la suppression de postes au sein de l'établissement, de par la volonté des financeurs de maintenir sur le territoire les emplois et la vie économique.

Or, des refus et des doléances de la part des personnels concernés empêchent un certain nombre de repas d'être réalisés en direction du public à domicile. En effet, les cuisiniers estiment que ce n'est pas leur rôle d'assumer ce qu'ils considèrent comme un travail supplémentaire, pour un public extérieur à l'EHPAD. Ils considèrent, qu'en dépit de la suppression de 12 places au sein de la structure, leur charge de travail pour réaliser les repas à l'EHPAD reste la même. De fait, depuis cette suppression, ces salariés ont pris l'habitude de voir leur charge de travail réduite et selon eux, le rajout de 12 repas justifierait une augmentation de salaire, en conséquence.

L'offre institutionnelle de l'aide médico-sociale gérontologiques à domicile avec son coût, ses critères d'éligibilité et ses procédures pour y accéder, apparaît également bien souvent inadaptée.

La non-conformité du logement aux normes d'intervention des services à domicile empêche un grand nombre de personnes âgées de pouvoir bénéficier d'aidants professionnels au domicile. Environ 10 % d'entre elles ne disposent ainsi pas d'eau courante ; et 5 % n'ont pas une installation électrique sécurisée (le courant est fourni grâce à une addition de rallonges et multiprises à partir du voisinage...).

Enfin, reconnaît le schéma territorial d'aide sociale et médico-sociale de la COM de Saint-Martin « *il existe actuellement peu d'outils d'information adaptés aux caractéristiques de la population âgée ou handicapée et de leurs aidants, dont une importante partie ne maîtrise pas le français et/ou l'écrit*³⁶. »

Effectivement, j'ai moi-même été confrontée à l'insuffisante prise en compte de la spécificité culturelles et sociale de ce public vulnérable, très éloigné des structures administratives et

36 Schéma territorial d'aide social et médico-sociale de la COM de Saint-Martin 2011 (COM)

médico-sociales avec une rupture ou un non-recours aux droits dans plus de 50 % des dossiers transmis, du fait d'une méconnaissance et de l'inadaptation linguistique des supports de communication : journaux, affiches, dépliants en langue française. Par exemple, en pleine pandémie, les messages d'encouragement à la vaccination se font en français, langue minoritairement utilisée. Alors même que les plus vulnérables économiquement (situation administrative non réglée) sont des personnes pour lesquelles la survie passe par une multitude d'interactions journalières (jobs, prières, distribution de repas...)

À cette inadéquation sociolinguistique des supports institutionnels de communication, s'ajoute la méconnaissance des spécificités du public âgé Saint-Martinois chez les travailleurs sociaux et les professionnels du soin, venus de métropole ou de Guadeloupe, très peu aux faits de ses besoins propres. Cette méconnaissance les amène à ne pas trop aller au-devant des personnes isolées rencontrant des problèmes de dépendance importants. En effet, la dynamique pro-active de « l'aller vers » les publics les plus éloignés des institutions, recommandée par les nouvelles normes de gouvernance d'action sociale, n'est pas encore activée à Saint-Martin.

2.2 Des décalages entre les discours volontaristes en faveur des aînés et le sous-développement du champ gérontologique à Saint-Martin

2.2.1 Une politique étatique volontariste versus la réalité gérontologique à Saint-Martin

Il y a une volonté nationale en faveur de la fin de vie à domicile, dans le cadre de la maîtrise des dépenses de santé et du bien vieillir chez soi. Les pouvoirs publics français ont ainsi fait de la dépendance une priorité nationale (notamment via la suppression d'un jour férié chômé).

La rationalisation budgétaire et le principe de subsidiarité de la gestion des établissements médico-sociaux s'est récemment précisée par une forte demande des autorités d'impulser localement des filières de maintien à domicile, à constituer entre structures complémentaires. Ce qui préfigure l'émergence de la notion de parcours individualisé de la personne âgée au domicile.

Ce faisant, comme le souligne Pascal Jacob, « *il ne s'agissait pas uniquement de réguler les dépenses mais de mettre en cohérence des soins et la qualité, en favorisant une répartition harmonieuse des structures de production de soins sur le territoire*³⁷. »

37 Pascal Jacob L'inexorable convergence du sanitaire et du médico-social. Les cahiers de l'actif numéro 438 /439

Parallèlement, les pouvoirs publics ont beaucoup contribué à renforcer les solidarités familiales naturelles, face à la crise de « l'État-providence », renforcées depuis une vingtaine d'années, en raison du coût croissant de la dépendance. D'où toute la politique d'aide aux aidants et de complémentarité avec les aidants professionnels.

Le maintien à domicile est aussi valorisé par les politiques de la vieillesse pour respecter les vœux des personnes âgées de « mourir chez elles ».

En 2004, le plan BORLOO, dans le cadre de différentes mesures en faveur de la cohésion sociale, marquera le développement des services de maintien à domicile des personnes âgées. La loi sur les services à la personne instituant des dispositifs dédiés, tels que l'allègement des charges patronales, le Chèque Emploi Service Universel (CESU).

La Loi HPST du 21 juillet 2009 « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST) contribue aussi à cet objectif. Les agences régionales de santé (ARS) ont été créées pour réguler l'offre de santé au niveau des régions, tout en renforçant la qualité et la sécurité des soins, notamment auprès du public âgé dépendant.

C'est la raison pour laquelle, les économies et les améliorations réalisées intéressent au premier lieu les deux autorités de tutelle sous lesquelles sont placés les EHPAD : l'agence régionale de santé (ARS) et les conseils départementaux (ou les COM) décisionnaires en matière de tarification, financeurs et évaluateurs de la conformité aux droits légaux et humains des personnes âgées des territoires.

C'est dans ce contexte, qu'a émergé ces dernières années une commande publique encourageant le développement des EHPAD, hors les murs³⁸, comme alternative innovante à l'institutionnalisation pour répondre à l'aggravation de la dépendance. Au niveau de la Collectivité de Saint-Martin, cette volonté politique se traduit depuis 2011, par une orientation ayant pour objectif la mise en place d'un réseau de santé gériatrique, en lien avec l'EHPAD local³⁹.

L'État comme la collectivité locale convergent à Saint-Martin pour optimiser l'articulation entre acteurs paramédicaux et médicaux- sociaux libéraux, services publics de maintien à domicile et hôpital, en dégagant des marges de manœuvre partenariales et institutionnelles.

Logique se déclinant par exemple dans le développement des prises en charge ambulatoires et de l'hospitalisation à domicile (HAD) en plus d'une demande de régulation tarifaire du secteur.

C'est dans cette perspective, que la plupart des EHPAD publics ont été réunis au sein de Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) pour favoriser une dynamique de

38https://www.isere.fr/mda38/Lists/DocumentaryResources/Attachments/7300/181129_MF_Etude%20EHM_DM_Version%20Finale.pdf

39 Schéma territorial d'aide social et médico-sociale de la COM de Saint-Martin 2011 (COM)

mutualisation et de diminution des coûts à l'échelle des territoires. Dans cette configuration, les EHPAD sont invités à se transformer en profondeur, pour s'ouvrir sur la cité et faire passer la prise en charge de la dépendance « de l'EHPADocentrisme au domicilocentrisme⁴⁰ ». Cette dynamique s'inscrit dans le développement de filières d'offres de services médico-sociale gériatriques déployées « hors les murs ».

Il s'agit de « structurer l'offre autour du domicile, d'individualiser les propositions de prise en charge, de réformer le financement, de laisser un reste à charge aux personnes âgées qui en ont les moyens, de tenir compte du patrimoine pour évaluer l'aide⁴¹. »

Il y a une véritable prise de conscience de l'État, du retard à rattraper à Saint-Martin dans le champ gériatrique, comme en atteste l'augmentation de l'enveloppe budgétaire dédiée, à hauteur de 6 millions. Pour Annick Pétrus, vice-présidente de la Collectivité en charge du Pôle Solidarité et Familles, « *le maintien à domicile des personnes âgées est un enjeu fondamental, raison pour laquelle la Collectivité accompagne les aidants familiaux dans cette démarche d'autonomie.* »

Mais, au niveau national, et plus encore à Saint-Martin, les dispositifs et les solutions décloisonnées transversales mises en avant par les pouvoirs publics, sont considérés par les spécialistes, comme insuffisamment développées pour permettre une qualité globale de prise en charge optimale⁴² : « *L'État n'a plus les moyens, ni financiers ni cognitifs, de définir une ligne politique claire*⁴³. », estime ainsi Dominique Argoud.

Allant dans le même sens, pour le spécialiste en politique sociale Jean-Pierre Hardy, que ce soit à l'échelon national ou territorial, « *la bataille pour que le social ne soit pas séparé du médico-social et de l'hospitalier a été perdue. Malgré la mobilisation exemplaire des élus, beaucoup considèrent que la seule mobilisation des collectivités territoriales ne suffira pas à corriger les inégalités entre les territoires au niveau de la santé*⁴⁴. »

La plupart des spécialistes en politique sociale gériatriques estiment pour expliquer cet état de fait, que les logiques d'optimisation, de mutualisation des moyens et de coordination, promues par l'État ne sont pas déclinées, au niveau des chefs de file de l'action sociale que sont les collectivités locales départementales car « *ils restent largement prisonniers des nouveaux circuits décisionnels issus de la loi HSPT et de leurs propres*

40 De l'EHPADocentrisme au domicilo-centrisme. ASH du 07.12.2018

41 idem

42 MIRE- DREES-CNSA- Mesure de la qualité et qualité de la mesure de l'aide au domicile 2013-<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2016-3-page-101.htm>

43 Dominique Argoud Nouveaux acteurs, nouveaux enjeux : quel avenir pour l'action sociale vieillesse ? Vie sociale 2016/3 (n° 15), pages 101 à 115

44 Jean-Pierre Hardy L'inexorable convergence du sanitaire et du médico-social. L'avenir du sanitaire est dans le social et le médico-social, Les cahiers de l'actif numéro 438 /439 p. 143

*contraintes budgétaires pour parvenir à orienter une dynamique gérontologique nouvelle*⁴⁵. »

La littérature relative aux politiques sociales gérontologiques met ainsi particulièrement en cause les mécanismes de gestion bureaucratique, la verticalité décisionnelle et l'impact négatif de ces deux facteurs, sur la capacité des acteurs du champ de la dépendance à l'innovation sociale et à la coordination. Pour Jean-Pierre Hardy, la régulation des tutelles et de l'appareil bureaucratique étatique-départemental montre ainsi ses limites⁴⁶. Selon Dominique Argoud⁴⁷, en raison du fait que les nouveaux cadres de l'action publique sociale et gérontologique, depuis une vingtaine d'années, frais émoulus de formations en management, déploient une approche gestionnaire déconnectée du terrain, et sont moins aptes à impulser des coopérations entre les politiques, les intervenants professionnels et les acteurs associatifs : *« ce changement de culture professionnelle, voire institutionnelle, contribue à une technicisation de l'action sociale vieillesse et à un éloignement à l'égard du "terrain", rendant secondaires les espaces de coopération et d'échanges où se mêlaient précédemment élus, professionnels, militants. »* Il s'ensuit de nouveaux circuits décisionnels et institutionnels sans doute insuffisamment en phase avec les besoins locaux. À Saint-Martin, en dépit du volontarisme politique fortement affiché en faveur du développement d'une offre de service gérontologique couvrant les besoins croissants du public âgé dépendant, le décalage entre les objectifs affichés de la COM pour promouvoir le maintien à domicile des personnes dépendantes, et l'insuffisance des moyens réellement mis en œuvre localement pour appliquer cette politique volontariste est encore plus criant. En effet, dès mon arrivée à Saint-Martin en tant que Pilote MAIA, en 2017, j'ai été fortement interpellée par ce décalage.

Ces orientations politiques gérontologiques non suivies d'effet au niveau local, sont manifestes dans le schéma territorial d'aide sociale et médico-sociale de la collectivité de Saint-Martin de 2011, où il apparaît clairement que la place consacrée au champ gérontologique au regard des autres domaines de l'action sociale occupe la portion congrue. Cela s'explique sans doute par le faible poids démographique des aînés dépendant sur l'île de Saint-Martin, et que de ce fait, les priorités des pouvoirs publics locaux jusque très récemment ont été de se concentrer sur l'éducation, l'insertion d'une population jeune connaissant un taux de chômage explosif, au détriment du secteur gérontologique, en termes de moyens alloués au maintien à domicile.

45 Dominique Argoud Nouveaux acteurs, nouveaux enjeux : quel avenir pour l'action sociale vieillesse ? Vie sociale 2016/3 (n° 15), pages 101 à 115

46 Jean-Pierre Hardy L'inexorable convergence du sanitaire et du médico-social. L'avenir du sanitaire est dans le social et le médico-social, Les cahiers de l'actif numéro 438 /439 p. 143

47 Dominique Argoud Nouveaux acteurs, nouveaux enjeux : quel avenir pour l'action sociale vieillesse ? Vie sociale 2016/3 (n° 15), pages 101 à 115

Fatalisme ? Résignation devant l'ampleur des besoins ? Public subissant qui ne revendique pas, ne met pas en péril l'ordre social, par des poussées de violence ni des troubles sociaux ? Représentation que les dépenses du champ de la dépendance sont plus un coût prohibitif (gouffre sans fond) qu'un investissement ?

Les années qui ont précédé le cyclone et la crise Covid ont ainsi vu se multiplier un certain attentisme et des relations erratiques entre les élus et le réseau médico-social, comme en atteste le fait qu'entre 2011 et aujourd'hui, les lenteurs, retards et faible déploiement de moyens ont caractérisé l'action publique de la COM de Saint-Martin au niveau gérontologique, en dépit des discours officiels. Ce qui s'est manifesté par d'importantes difficultés d'articulation entre les services de maintien à domicile et les structures de ville et long séjour. Ainsi, très rapidement, je me suis heurtée en tant que Pilote MAIA, puis directrice d'EHPAD, à des interlocuteurs ouverts et intéressés par mes propositions, mais globalement frileux et peu engagés en termes d'actions concrètes, lorsque j'ai essayé d'impulser des dynamiques partenariales de décloisonnement, de coordination et d'articulation, au bénéfice de la population âgée dépendante et vulnérable.

En effet, dès 2011, le schéma gérontologique pointait un manque de « *structures d'accueil d'information et d'orientation (type CLIC) pour les personnages et leurs familles, l'insuffisante structuration de la coordination gérontologique, les importantes carences en terme « de repérage des personnes âgées en difficulté, de relais auprès des professionnels compétents* ».

Le rapport de 2011 relevait en outre des dysfonctionnements dans la circulation des informations entre les services de la collectivité et le service d'aide à domicile, reconnaissant de ce fait, des plans d'aide APA pas toujours adaptés. L'absence de réunions entre les intervenants au domicile (infirmiers du SSIAD, aides à domicile du service prestataire...), étaient présentée comme palliée par des initiatives individuelles et non des pratiques institutionnalisées. Avec tout ce que cela peut entraîner comme dysfonctionnements, doublons, fonctionnements anarchiques, angles morts, et carences de repérage, notamment en termes de coordination autour des sorties d'hospitalisation, qui constituent pourtant un précieux espace-temps pour favoriser une porte d'entrée vers un plan d'aide, dans le cadre du maintien à domicile.

Cette absence de réunions s'explique sans doute par le fait que tous les partenaires, du fait de l'absence de structures en nombre suffisant sur le territoire, sont tous soumis à la même pression d'un fonctionnement en flux tendu, de par la limitation des financements d'une part, et de l'autre, par la triple pression famille/usagers, personnel et organismes de tutelle à satisfaire en même temps (ARS-COM).

Les professionnels de l'unique SSIAD doivent ainsi tendre vers l'équilibre financier et la viabilité de la structure et dans le même temps, ils sont particulièrement attendus en matière de qualité des soins, de respect de l'éthique de la mission de service public, auprès des

aînés et des personnes handicapées, du fait leur financement par des fonds publics. Ce qui laisse peu de temps pour ce qui est considéré à leurs yeux comme secondaire, à savoir la construction du partenariat et la mise en cohérence d'interventions, objectifs considérés comme des prescriptions « venues d'en haut », sans rapport avec la réalité de terrain.

En amont de ce déficit d'action publique, à noter que les ressources disponibles à Saint-Martin n'ont pas été cartographiées de manière systématique et globale, alors que ce type d'outils existe ailleurs. Ce qui a empêché jusqu'à maintenant le SSIAD relié à Bethany Home ainsi que les autres parties prenantes territoriales du secteur gérontologique de pouvoir développer des partenariats et des passerelles formalisées.

Autre exemple du décalage entre le volontarisme /optimisme affiché par les politiques sociales locales d'un côté, et de l'autre côté, la réalité Saint-Martinoise de décideurs /financeurs du territoire, peu enclins à se mobiliser sur la question de l'aide à domicile, à savoir la difficulté du cadre d'intervention pour les soignants les moins qualifiés : « *pour répondre au mieux aux besoins des usagers, et pour créer de la cohérence dans les dispositifs de prises en charge, le SSIAD a déposé en novembre 2016 un dossier de candidature pour créer un SPASAD (Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile) en partenariat avec un SAAD (Service d'Aide A Domicile). Ce dossier de SPASAD n'a pas fait l'objet d'une autorisation de la part des autorités de tarification*⁴⁸. »

Pour saisir l'origine de cet attentisme et de cette difficulté à faire avancer une politique de réponses à la dépendance des aînés, à la hauteur des besoins, nous pouvons évoquer les retards structurels historiques du territoire. En 2016, le rapport de la chambre territoriale des comptes⁴⁹ expliquait ainsi ce cadrage institutionnel encore balbutiant dans tous les domaines, par des difficultés autant liées à la défaillance de certains services (sur-effectif, sous-encadrement, dépenses indues...) qu'au désengagement de l'État sur ce territoire.

Ces carences se sont particulièrement révélées lors de l'ouragan Irma et de la crise sanitaire, mettant en lumière des dysfonctionnements nombreux au niveau administratif, fiscal, aussi bien du côté de la collectivité d'outre-mer que des services de l'État⁵⁰.

Nous pouvons également reprendre à notre compte pour la réalité de Saint-Martin, une analyse plusieurs fois mise en avant par les spécialistes du secteur gérontologiques, également valable pour cette petite île des Caraïbes : des acteurs institutionnels cloisonnés, collectivité, ARS et représentants État ne s'articulant pas, enfermés dans des

48 Rapport P Gustin rapport d'observation définitive sur la gestion de la collectivité de Saint-Martin sur la période 2007-2016 CTC Saint-Martin 201

49 <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-maintien-domicile-des-personnes-agees-en-perte-dautonomie>

50 Annabelle Moatty, Delphine Grancher, Clément Virmoux et Julien Caverio
<https://journals.openedition.org/geocarrefour/12918> Bilan humain de l'ouragan Irma à Saint-Martin : la rumeur post-catastrophe comme révélateur des disparités socio-territoriales

logiques contradictoires, d'où une absence d'homogénéité des réponses, une absence de globalité de l'offre, voire de pertinence de l'offre et donc de son efficacité.

Ici, se renforcent mutuellement les insuffisances et les maillons manquants, parmi lesquels, en termes d'économie de solidarité autour de la personne âgée, l'exode massif des aidants naturels qui génère un manque criant sur le plan des ressources essentielles, compte tenu de leur investissement dans les soins concrets au quotidien.

Cette contribution s'élabore généralement de façon informelle, mais elle s'évalue également par certains spécialistes en économie de la santé, en équivalence « *charge de travail de l'aidant à partir du coût de remplacement de tous ces professionnels*⁵¹. »

En effet, en soulageant le personnel dans le nursing, et en palliant le manque de ressources humaines professionnelles mises à disposition par les institutions au domicile des personnes âgées du territoire Saint-Martinois, la contribution des aidants (quoiqu'informelle) représente une économie substantielle en termes d'équivalents temps plein, que les rares structures existantes ne pourraient tous financer. À titre indicatif, selon la Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES)⁵², le travail informel des 3,9 millions de proches aidants auprès des personnes âgées, se valorise monétairement entre 7 à 18 milliards d'euros tandis que les dépenses d'hébergement et restauration en établissement, s'élèvent à 11,5 milliards d'euros pour le public âgé dépendant.

Il convient de noter en outre l'absence de porteurs de projets dans le champ médico-social gérontologique à Saint-Martin jusqu'à présent.

L'absence ou l'insuffisance d'évaluation et de plan d'action coordonné en faveur des aînés à Saint-Martin au niveau de la politique locale traduit ainsi bien le fait que la gérontologie reste depuis une dizaine d'années, le parent pauvre de la gouvernance locale (comparativement aux autres volets des politiques publiques).

Il en résulte une économie sociale d'aide aux aînés dépendants qui s'inscrit dans une culture de l'informel, héritée d'un cadre institutionnel absent ou sous-développé. Cela conduit à la banalisation de cette économie souterraine qui renforce probablement à son tour l'immobilisme et les lenteurs qui ont prévalu à Saint-Martin jusqu'à très récemment, dans le secteur de l'aide aux aînés. Nous pouvons également évoquer un système complexe de prise en charge des personnes âgées dépendantes, amplifiant l'impact du manque de moyens institutionnels et du déficit d'articulation entre les acteurs de terrain.

51 <https://www.proximologie.com/proximologie/contexte/contexte-socio-economique/>

52 Les proches aidants des personnes âgées, les chiffres-clés Édition 2019 Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/infographie-video/les-proches-aidants-des-personnes-agees-les-chiffres-cles-edition-20>

2.2.2 Un système complexe de prise en charge des personnes âgées, difficile d'accès pour les potentiels bénéficiaires

De nombreux spécialistes en gérontologie et de l'accès aux droits sociaux en général, pointent la difficulté d'accès aux droits des personnes âgées dépendantes vivant seules au domicile, qui selon eux, serait d'abord due à la complexité du système social et institutionnel. En effet, souligne Warin, « *la complexité des démarches peut décourager certains bénéficiaires potentiels, surtout chez ceux qui subissent le plus violemment les inégalités sociales*⁵³ », ce qui se traduit notamment, d'abord par la multiplication des prestations et des dispositifs, qui ne prendraient pas suffisamment en compte la diversité et la singularité des situations.

Ainsi sont d'abord mis en cause les nombreux contrôles de la CNAV pour l'ASPA (minimum vieillesse) qui obligent les personnes à répondre dans des délais précis. Or, en cas de non-réponse dans le temps imparti, les droits sont suspendus, ce qui compromet le plan d'aide au maintien à domicile, basé sur un co-financement entre l'APA et la participation des bénéficiaires.

Il n'est donc pas rare que les aînés les plus vulnérables (surtout les immigrés d'origine haïtienne ou de la Caraïbe, aux parcours chaotiques et informels à Saint-Martin) finissent par renoncer à l'obtention de certains de leurs droits, devant la complexité des démarches et/ou des recours à effectuer.

Ces renoncements s'expliquent selon plusieurs auteurs, par le stress qui envahit ces personnes à chaque courrier ou demande qu'ils ne comprennent pas, les guichets et les accueils téléphoniques des administrations confrontant les personnes à des procédures et formulaires compliqués, voire incompréhensibles.

À plus forte raison, pour une personne ne maîtrisant pas la langue française. En effet, selon Warin, pour un certain nombre de personnes n'ayant pu accéder à leurs droits sociaux, il peut s'agir de difficultés, à « *exprimer des besoins* », plus ou moins en lien avec la non-maîtrise du langage, des situations d'illettrisme.

De fait, la population concernée par la prise en charge de la dépendance (en général les plus de 75 ans) n'est pas francophone sur le territoire de Saint-Martin. Car, même pour les personnes parlant le français, 40 % n'en maîtrisent pas les subtilités. La majorité des personnes âgées ne maîtrisant pas la langue française, elles rencontrent dès lors d'importantes difficultés pour solliciter les aides dont elles relèvent, car elles font souvent face à des interlocuteurs sociaux et administratifs ne maîtrisant pas leur langue usuelle.

53 Philippe Warin, *Le non-recours : définition et typologie*, observatoire des non-recours aux droits et services. <https://odenore.msh-alpes.fr>

Le frein linguistique est corrélé à un frein culturel, entraînant également une difficulté à appréhender les réponses et les consignes des administrations, car il s'agit de personnes (pour la partie migrante du public) issues de contrées où n'existent pas les mêmes systèmes d'aide institutionnelle aux aînés, en termes de maintien à domicile, mais où traditionnellement, la prise en charge des anciens est plutôt dévolue à la famille et aux églises ou groupes religieux. Ce qui dans une moindre mesure, est encore largement le modèle référentiel également à Saint-Martin chez les aînés.

Ces difficultés sociolinguistiques entraînent un problème d'intégration au tissu social / administratif et français, qui se cumule aux conséquences d'un parcours de vie dans l'informel, pour une large part de la population âgée isolée, ayant longtemps vécu en marge du système.

L'absence de droits ouverts à la retraite se double alors parfois d'un non-recours au droit. Très peu habituées à solliciter les services sociaux, polarisées sur le traitement en urgence de leurs problèmes de santé, les personnes âgées dépendantes de Saint-Martin les plus vulnérables ont d'importantes difficultés à anticiper, projeter les démarches, faire valoir leurs droits et assumer seules les courriers administratifs. Cet écueil ne leur posa pas trop de difficultés durant leur vie active en bonne santé, car il s'agit de personnes débrouillardes, ayant toujours travaillé, mais ayant accumulé dans l'informel, sur plusieurs décennies, des « loupés » dans la compréhension des démarches administratives. D'où la méconnaissance des dispositifs administratifs français, tel que l'affiliation à la sécurité sociale, la demande de liquidation des droits à la retraite, les mécanismes de compensation comme l'AAH⁵⁴.

Au moment du grand âge, puis de la perte d'autonomie, cette méconnaissance des droits et leur dépendance permanente envers autrui dans leurs interactions avec le système médico-social et administratif, en décourage dès lors un certain nombre, d'où le non-recours massif aux droits freinant le maintien à domicile des aînés à Saint-Martin dans de bonnes conditions.

Ainsi, 80 % de la file active des personnes accompagnées dans le cadre de la MAIA ne sont pas affiliés à la sécurité sociale, à leur entrée dans le dispositif. Il arrive aussi par exemple, que lors d'une demande d'admission à l'EHPAD, lors de l'instruction du dossier administratif, on constate une absence d'affiliation à la sécurité sociale, la liquidation des droits à la retraite n'ayant pas été faite, alors que la personne concernée a plus de soixante-quinze ans.

54 Allocation adulte handicapé

Une partie des personnes âgées parmi les plus vulnérables n'a ainsi pas accès au service de soins ou d'aide à domicile, parce qu'elles n'ont pas de droits ouverts sur le plan administratif, ce qui génère une insuffisance de ressources.

L'absence de solutions d'aide et de soins au domicile conduit, par exemple, au moindre « pépin », au transfert des personnes âgées très dépendantes vers l'hôpital - alors que leur 'état de santé ne le justifie pas forcément et que le service des urgences ne peut plus les prendre en charge - ce qui est problématique, et constitue l'angle mort de la prise en charge gériatrique.

Ce type de difficulté est renforcé par le fait que le public âgé Saint-Martinois, en particulier les immigrés précarisés, ne possède pas cet habitus du médecin traitant, de suivi régulier ou de dépistages systématiques à échéance annuelle ou à certaines étapes anniversaire. De plus, les « lits halte santé » n'ont pas été mis en place sur le territoire⁵⁵.

In fine, les interlocuteurs en amont de l'intervention à domicile pour repérer les besoins et constituer les dossiers ne sont pas présents ou disponibles, ce qui crée des difficultés massives dans l'obtention des prestations. Et ce, alors que constituer un dossier administratif APA est complexe, car il nécessite une évaluation fine des besoins concrets liés à la perte d'autonomie. Or, compte tenu de l'ampleur des besoins à Saint-Martin, les opérateurs administratifs de la collectivité ont choisi de ne développer qu'une partie des volets de l'aide personnalisée en faveur des personnes âgées dépendantes, et qui ne s'adaptent pas au rythme de personnes ayant des difficultés à s'exprimer ou à saisir les enjeux des questions posées. Ce qui augmente le risque de rejet des demandes présentées.

La prestation APA est également compliquée à mettre en place, parce que le logement n'est souvent pas adapté à l'intervention d'aide à la personne à Saint-Martin. Et ce, d'autant plus qu'après les catastrophes naturelles de 2017, 95 % du bâti a été impacté, ce qui a entraîné une raréfaction des logements décentes disponibles, conformes aux normes d'intervention des professionnels à domicile : à la suite des nouveaux plans d'occupation des sols en lien avec les risques naturels (PPRN), les organismes de logements sociaux, n'ont plus (dans certaines zones assez denses) l'autorisation de loger au RDC (logement accessible) des personnes.

Se pose également un problème d'accessibilité aux institutions dédiées, dû à la problématique santé ou de l'insuffisance des transports publics à Saint-Martin, ce qui place les personnes âgées dépendantes en situation de double handicap : problème de locomotion et problème d'enclavement. Difficulté majorée par le fait que, limités aux axes principaux, les taxis à Saint-Martin sont collectifs, inadaptés aux fauteuils roulants,

55 Structure ayant pour objet des soins médicaux et paramédicaux aux personnes vulnérables accueillies.

d'amplitude horaire limités, et inopérants le week-end et les jours fériés. Ce à quoi il convient d'ajouter la dispersion des équipements administratifs et médico-sociaux sur le territoire.

Ces freins entravent l'accessibilité des services aux usagers très âgés les plus pauvres et vulnérables, éloignés des institutions (par la distance spatiale et les codes) et suscitent depuis quelques années des réflexions : « la pertinence et la légitimité des actions d'accompagnement social destinées à des individus ou à des groupes particuliers est inséparable des questions relatives aux contraintes de toute nature qui entravent l'accès insuffisant de certains usagers aux dispositifs de droit commun. Les dispositifs de droit commun n'intègrent pas toujours des caractéristiques propres à des profils de personnes ou à des groupes spécifiques, soit à cause des handicaps sociaux, soit en raison de leur appartenance culturelle⁵⁶. »

Pour Philippe Warin⁵⁷, le non-recours à l'APA (Aide personnalisée d'autonomie) chez les personnes âgées peut dépendre de « l'activation des facteurs sociaux, culturels psychologiques et physiologiques tels que la possibilité de l'aide des proches, l'habitude de faire par soi-même, la déprise (au sens d'un rétrécissement des besoins exprimés etc.) »

Warin explique également que la non-demande des usagers éligibles à certaines prestations provient souvent de conflit « de normes et de pratiques », en raison du fossé existant entre l'offre de prestations et ses conditions d'une part, et d'autre part ce que vivent et souhaitent les personnes, très éloignées de ce qui leur apparaît comme des exigences inacceptables.

Par exemple, le refus de certaines conditions de réalisation des aides humaines à domicile, chez les personnes âgées, à fonctionner d'une certaine façon (comme faire le vide dans un logement surencombré pour permettre aux intervenants sociaux d'intervenir de manière satisfaisante et sécurisée auprès du patient). C'est sans compter les peurs et les limites liées aux fonctionnements passés dans l'informel (travail non déclaré, occupation de terrains ou logements sans titres).

C'est en raison de la somme de ces facteurs conjugués - en partie ou totalement - que l'on observe à Saint-Martin une forte tendance, chez nombre de personnes âgées arrivées aux limites du maintien à domicile et en grande difficulté pour satisfaire leurs besoins quotidiens, notamment leur sécurité, d'essayer de conserver le maximum d'autonomie, le plus

56 R. Benattig – L'accompagnement social, éléments d'analyse sur les réalités et le devenir des pratiques professionnelles sociales actuelles – Migrations études n° 89 Juillet/Août/Sep.1999 – p. 2.

57 Philippe Warin : Le non-recours, définition et typologie, observatoire des non recours au droit et services. https://odenore.msh-alpes.fr/documents/WP1definition_typologies_non_recours.pdf

longtemps possible, en se débrouillant seules ou en « se bricolant » autour d'elles un réseau d'intervenants informels plus ou moins fiables.

Au prix d'une diminution certaine des chances de survie, entre autres risques encourus.

2.2.3 Les risques encourus par la population des personnes âgées, du fait de l'insuffisance des réponses institutionnelles

Tout d'abord, le non-recours au droit au maintien à domicile constitue une faille importante dans l'égalité de tous les citoyens vis-à-vis des droits sociaux sur l'ensemble du territoire français. D'après Warin, « *la question du non-recours permet d'interroger la possibilité de "rupture de citoyenneté" dans la mise en œuvre de l'offre publique.* »

En outre, le recours massif aux aidants informels de proximité n'est pas sans impacts négatifs, ni risques pour la qualité de la prise en charge des personnes âgées au domicile, comme le reconnaît du reste, le schéma territorial d'aide sociale et médico-social de la collectivité de Saint-Martin : « *sur le terrain, on observe que les personnes employées en tant qu'aide à domicile sont souvent des membres de la famille. Le recours à un emploi direct n'est pas sans poser un certain nombre de limites :*

- *le niveau de professionnalisation de la personne employée qui n'a pas forcément les compétences requises pour l'accompagnement d'une personne dépendante,*
- *la non-mise en œuvre du plan d'aide, qui sert comme complément de revenus pour la personne âgée ou pour son aidant, la collectivité n'ayant pour l'heure pas les moyens suffisants pour réaliser un contrôle d'effectivité des heures payées,*
- *le recours à des personnes en situation irrégulière, avec parfois des abus dans les conditions de travail (nombre d'heures travaillées, congés, niveau de rémunération...)⁵⁸ »*

Quant au réseau secondaire de l'aide informelle, il ouvre la porte plus facilement à la maltraitance de l'environnement, notamment via des groupes sectaires au rôle très important à Saint-Martin, pour pallier le déficit de l'intervention publique (emprise, spoliation etc.)

Car l'absence ou l'insuffisance de réponses aux besoins des personnes âgées dépendantes, entraîne mécaniquement l'irruption et l'essor d'acteurs du champ caritatif religieux de différentes obédiences sectaires (essentiellement catholiques et protestantes) auprès du public isolé, non pris en charge au niveau des soins du corps, et de la vie quotidienne (courses, entretien du logement, fournitures de repas, démarches

58 Schéma territorial d'aide social et médico-sociale de la COM de Saint-Martin 2011 (COM)

administratives). Or, la vulnérabilité de ce public conduit inévitablement ces organisations sectaires à occuper une position de pouvoir qui génère fréquemment une emprise psychoreligieuse débouchant sur de la captation d'héritage (logement, économies), des ressources des personnes (pension de retraite, ASPA) ou des conversions forcées.

J'ai ainsi été amenée plusieurs fois à signaler des abus financiers, sur fond d'emprise sectaire ayant conduit à des conversions, suivies de procuration et de spoliations. J'ai alors été confrontée au fait que ce type de pratiques relativement répandues font l'objet d'un véritable tabou à Saint-Martin, parce qu'elles sont profondément ancrées dans les mentalités, dans un contexte de forte religiosité de la population et de l'assise territoriale puissante de ces organisations religieuses sectaires.

Par ailleurs, l'abandon de la population à son sort, avec l'aggravation des dégradations psychocorporelles (solitude, maltraitance, isolement) risque de générer de la souffrance chez des personnes privées de soins vitaux de base mais aussi d'attention, de liens sociaux, d'humanité.

Depuis la pandémie de coronavirus, les paroisses implantées ne peuvent plus poursuivre le maillage territorial de la veille sociale au domicile qu'elles accomplissaient traditionnellement jusqu'alors, ce qui s'est traduit par un accroissement de la mortalité des aînés les plus vulnérables.

Sans insinuer de la maltraitance délibérée, le manque de ressources humaines ou de financement suffisant génère aussi un impact sur la qualité d'accompagnement par les professionnels, auprès de personnes lourdement dépendantes.

Cette insuffisance peut engendrer des difficultés dans l'exécution des soins dans la bientraitance. Il s'ensuit en effet dans certains cas, des formes de maltraitance (négligences), car les équipes ne peuvent pas répondre exhaustivement aux besoins inscrits dans le plan d'aide, notamment les besoins considérés comme non essentiels (par exemple les soins relationnels), n'étant pas en nombre suffisants pour proposer un accompagnement plus individualisé : elles atteignent leurs limites.

Dans les cas les plus graves, non rares, les aidants informels en situation de surcharge mentale et physique, voire de burn-out, sont auteurs de maltraitance, rapporte Hugonot⁵⁹, spécialiste de la maltraitance envers les personnes âgées.

59 Robert Hugonot, le r. seau Alma all. maltraitance in Yves Gineste Silence, on frappe, de la maltraitance. la maltraitance des personnes âgées

Au final, le risque de morts prématurées évitables d'aînés dépendants est majoré par l'absence de prise en charge ou d'intervention satisfaisante/ suffisante.

Les personnes âgées de Saint-Martin, dès lors qu'elles sont trop diminuées pour confectionner et prendre leur repas de manière autonome, glissent par exemple dans la dénutrition. Cette carence conduit à une faiblesse généralisée qui induit des chutes.

Avec pour conséquence un passage aux urgences et/ou un traumatisme osseux ou ligamentaire (fracture, fissure, entorses...) qui peut être répétitif sur de courtes périodes.

Cette répétition constitue une perte de chance de survie, de repères et par là, accentue la détérioration générale de l'état d'une personne âgée.

Cette dégradation est particulièrement patente en ce qui concerne l'évolution des suites d'hospitalisation, pour lesquelles en l'absence de suivi (SSR notamment), on déplore une absence de rétablissement complet, avec son cortège de non-consolidations, rechutes et sinistrose de la personne âgée, qui se voit décliner chroniquement.

2.3 Ma marge de manœuvre pour mettre un projet de décloisonnement améliorant la prise en charge des aînés dépendants

Ma marge de manœuvre pour réaliser le projet pour lequel j'ai été missionnée, va dépendre tout autant de paramètres systémiques (éco-politiques, humains et institutionnels), qui ne dépendent pas de moi, que de facteurs liés à ma personne, à mon positionnement et à ma place stratégique.

2.3.1 Le SWOT : un contexte à présent mûr pour le développement de réponses coordonnées à la perte d'autonomie au domicile

La matrice SWOT, qui suit, synthétise les freins et leviers d'action déterminant ma marge de manœuvre de ma place de directrice d'EHPAD, à partir du contexte initial présenté dans la première partie, les constats problématiques présentés et l'analyse qui en a découlé.

Forces	Faiblesse
<ul style="list-style-type: none"> - Excellente coopération à l'échelon inter-individuel entre acteurs sanitaires du maintien à domicile (SSIAD, MAIA, HAD, médecins de ville, et professionnels de santé libéraux). - Réforme des urgences : fin du soin systématique aux urgences, d'où nécessité d'organiser rapprochement étroit avec hospitalisation à domicile. - Noyau dur performant des 3 associations d'aide à domicile locales. - Organisation territoriale originale, rendant possible des synergies qui ne demandent qu'à être impulsées, - Des solidarités communautaires, - Bon fonctionnement de l'HAD, - Lien déjà existant entre l'EHPAD et le domicile, via un SSIAD performant et réactif, - Bon réseau de professionnels libéraux. - Les acquis capitalisables des crises successives cyclone IRMA + Covid-19 au sein de l'EHPAD (Plan bleu, capacité d'adaptation) 	<ul style="list-style-type: none"> - L'insuffisance globale des fonds publics alloués à la dépendance. - L'attentisme des pouvoirs publics locaux dans le domaine gériatrique et les retards pris. - L'insuffisance de structures de soins et d'aide à domicile. - Déficit massif en professionnels de spécialités médicales et paramédicales. - L'absence ou l'insuffisance de la connectivité Internet pour installer les géronto-technologies propices au maintien à domicile connecté. - Importance du public insolvable à Saint-Martin. - La bonne assise et l'emprise des intervenants informels sectaires, peu enclins à la transparence et à une collaboration saine avec le réseau gériatrique.
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> - Poids démographique des séniors grandissant à Saint-Martin / Accroissement des besoins liés à la dépendance, obligeant les élus à passer des bonnes intentions aux actes. - Aide logistique COM et financements État budgétés via la CNAV - Politiques sanitaires et sociales promouvant offre de service public hospitalier en lien avec partenaires locaux. - Volonté de la direction de l'EHPAD d'initier et développer la filière gériatrique à Saint-Martin, - Changement de direction hospitalière (commune avec l'hôpital de Saint Barthélemy) propice à nouvelle organisation et pilotage plus efficient - En l'absence de réseau gériatrique, il est possible de l'impulser sur des bases saines : fondées sur la mise en cohérence des plans d'aide, la mutualisation des moyens et la logique de parcours amont/aval de l'EHPAD. - Des dispositifs de formation locaux à l'aide et aux soins à domicile 	<ul style="list-style-type: none"> - Faiblesse des heures d'aide à domicile financées au tarif horaire du service à la personne - Les stratégies des organisations sectaires visant à maintenir captives les personnes âgées et les communautés auprès desquelles elles sont devenues indispensables - Le poids des représentations des acteurs du soin technicisant/protocolisant toutes les aides quotidiennes au domicile - Les difficultés d'adaptation des intervenants sociaux et des soignants venus de Guadeloupe et de métropole, aux spécificités locales + peurs des événements indésirables et des risques juridiques - Freins linguistiques et culturels, - Non-recours au droit - Problème d'accessibilité des structures médico-sociales - Inadaptation des logements pour l'intervention à domicile (problème de bâti, syndrome de Diogène*)

Comme nous pouvons le constater, à la lumière de la matrice SWOT ci-dessus présentée, le territoire de Saint-Martin est sous-équipé, sur le plan gérontologique, et entravé par de multiples freins, de nature différente. Mais pour autant, il n'est pas dénué de potentialités favorables au maintien à domicile.

Les leviers d'actions repérés pour mobiliser les ressources insuffisamment exploitées de Saint-Martin se déclinent à différents niveaux.

Tout d'abord, dans un contexte où la demande d'accompagnement gérontologique va croissant, du fait du vieillissement de la population, l'augmentation inéluctable des besoins liés à la dépendance lourde, constitue également un fait porteur d'avenir prometteur pour la constitution d'un réseau coordonné.

La pression des familles (présente et exilée) en attente de réponses dignes en faveur de leurs aînés esseulés et vulnérables, devient alors un aiguillon de plus en plus opérant auprès des décideurs locaux, jusqu'à présent attentistes ou insuffisamment engagés, en termes de déploiement de moyens concrets dans le champ du maintien à domicile.

Et le fait que tout soit à créer en matière de réseau de maintien à domicile structuré constitue un levier d'opportunités, pour un nouvel acteur motivé et impliqué.

Certes, nous sommes face à un contexte qui n'a pu déployer les axes de développement du réseau gérontologique, tels qu'ils figurent dans le schéma départemental de 2011, car il a subi, coup sur coup, l'impact de deux crises majeures qui ont fortement retardé la mise en place de nouvelles réponses au maintien à domicile, jusqu'alors parent pauvre de la gouvernance Saint-Martinoise.

Néanmoins, je peux avancer que paradoxalement, dans le même temps, les solidarités sociales, interprofessionnelles, intergénérationnelles et intercommunautaires de Saint-Martin se sont trouvées renforcées à différents niveaux, propices au développement du partenariat gérontologique naissant, auquel ont donné lieu ces deux crises majeures.

Avec le cyclone et la Covid, la réactivation de solidarités traditionnelles, apparaît donc un point d'appui central dans le présent projet.

En particulier au sein de l'EHPAD, l'équipe a montré une capacité d'adaptation exemplaire, ainsi qu'un dévouement sans faille, se solidarisant avec d'autres intervenants au domicile au-delà de leurs missions propres. La Commission des chefs de service a, quelques mois plus tard, capitalisé sur ce déploiement de solidarité intense, via le Plan Bleu (plan de fonctionnement en mode dégradé) qui a son tour a préparé en quelque sorte le décroisement à venir.

Mais surtout, la configuration SSIAD adossé à Bethany Home et la qualité des liens déjà tissés entre l'Ehpad et le domicile autour de la livraison de repas constitue un atout phare dans la logique de décroisement envisagée :

« en fonction des partenariats sollicités, des conventions sont élaborées lors des prises en charge des usagers, afin de favoriser la coordination de toutes les actions.

Le SSIAD répond aux besoins des usagers des différents services et conduit à une réelle recherche de réactivité dans les actions déployées⁶⁰. »

La nomination récente d'un Directeur référent, dans le sillage de la direction commune, entre les deux centres hospitaliers de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy en fait l'interface privilégiée, entre l'EHPAD et les établissements médico-sociaux. Changement de pilotage propice à l'évolution de l'organisation : *« l'établissement est engagé dans une mutation importante. L'ancrage au CHLCF⁶¹ et bientôt l'intégration dans le GHT sont en cours et représentent un changement complet de culture pour le personnel de Bethany Home.⁶² »*

Autour de l'EHPAD et du SSIAD, un début d'organisation territorialisée des différents acteurs privés lucratifs, et non lucratifs (hôpital public /associations /CCAS) ne demande donc qu'à être développé dans le champ du maintien à domicile. Et ce, en particulier grâce à *« l'impulsion dynamique de bonnes pratiques professionnelles tournées vers la bientraitance et la qualité des soins données par l'Infirmière Coordinatrice du SSIAD et la forte mobilisation des professionnels⁶³. »*

La réciprocity des interventions partenaires /SSIAD, déjà fortement ancrée dans les pratiques, ne demande qu'à être institutionnalisée, en termes de mutualisation et de mise en commun élargie des moyens ou la création d'outils de coordination communs.

Comme le suggère Jeandel⁶⁴, une HAD relativement bien organisée - ce qui est le cas à Saint-Martin - a déjà démontré qu'il est possible de fixer la personne chez elle, préfigurant en cela *« l'EHPAD du futur »*. En cela, l'HAD peut véritablement y constituer un *« levier de décroisement des acteurs de soins et de fluidité des parcours de soins⁶⁵ »*.

Ce partenariat balbutiant autour du domicile peut d'ores et déjà s'appuyer sur un certain nombre d'aidants familiaux informels pouvant être rémunérés. Des acteurs de terrain de bonne volonté et bienveillants (culture traditionnelle de soutien aux aînés) naturellement présents à Saint-Martin, permet de s'appuyer sur un vivier d'aidants informels relayés par

60 Rapport d'évaluation externe en date du 16/04/2021 Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) "Claire Arrondell" de Saint-Martin

61 Centre Hospitalier LC Fleming de Saint-Martin

62 Note de présentation de l'établissement Bethany Home.

63 Rapport d'évaluation externe en date du 16/04/2021 Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) "Claire Arrondell" de Saint-Martin

64 Jeandel et Guérin Unités de Soins de Longue Durée Et EHPAD RAPPORT de MISSION 25 recommandations

65 Pascal Jacob L'inexorable convergence du sanitaire et du médico-social. L'avenir du sanitaire est dans le social et le médico-social. Les cahiers de l'actif numéro 438 /439

des aidants du réseau secondaire hors proches (voisinage, etc.). Et ce, bien sûr, à condition de mettre en place les conditions d'un contrôle et de prévention des abus toujours possibles.

Des dispositifs de formation locaux peuvent également accompagner la professionnalisation d'aidants informels, ce qui constitue également un levier précieux pour répondre aux besoins non couverts.

Toutefois, les faiblesses déjà mentionnées plus haut devront être prises en compte, car elles peuvent freiner et rendre difficile la mise en œuvre d'un projet d'évolution de l'offre de services décloisonnés.

Parmi l'ensemble des freins présents, demeure majeur le problème de solvabilisation de besoins massifs, en matière de maintien à domicile d'un public particulièrement vulnérable et souvent désargenté.

Dans une moindre mesure, le manque d'habitude des professionnels du domicile et de l'institution hospitalière à travailler ensemble peut également produire des blocages du fait de la culture des protocoles et de l'hygiénisme, de la prévention des risques, la sécurité fortement ancrée chez les hospitaliers, en décalage avec l'*habitus* des aidants au domicile (professionnels comme aidants naturels) plus informel. Et ce, y compris pour des soins de nursing habituellement assurés par la famille, lorsque celle-ci est présente (toilettes, soins de confort, soins d'alimentation etc.).

2.3.2 Ma capacité d'entraînement en tant que porteur de projet

En tant que porteuse du projet de dispositif décloisonné d'aide à domicile, à partir des constats et analyses prospectives précédentes, je suis en mesure d'esquisser une réflexion, quant à mes atouts, points faibles, et mon positionnement stratégique, de la place de directrice d'EHPAD qui est la mienne, afin de mener à bien ce projet adossé à l'EHPAD Bethany Home. Qui lui-même fait partie d'un GHT.

D'ores et déjà, je bénéficierai du fait que l'EHPAD de Saint-Martin est l'acteur le mieux placé pour porter un dispositif centralisé de maintien à domicile. Car l'EHPAD, avec son organisation du travail qui fonctionne, est porteur certes de freins, mais aussi d'atouts (base structurée et structurante, savoirs-faire gérontologiques sécurés, expertise technique et humaine etc.).

En outre, la structure hospitalière qui encadre l'EHPAD est connue et reconnue par l'ensemble des acteurs. De même, il s'agit d'une institution globalement appréciée par la population (gage de confiance).

Au sein de cette institution, je peux en outre m'appuyer sur ma légitimité à la fois formelle et informelle. En effet, je suis d'abord reconnue en tant que porteur de projet missionné,

mais j'ai également acquis une légitimité sur le terrain, auprès de l'ensemble des acteurs et des relais d'influence parmi les personnes âgées et les aidants (efficacité reconnue de la MAIA/ action logistique et de soutien menée pendant le cyclone + COVID, etc.)

Mes fonctions de pilote MAIA ont particulièrement contribué à me doter d'une solide expertise sur le plan méthodologique, notamment dans la mise en œuvre structurée de la gestion de cas gérontologiques complexes à l'échelle de Saint-Martin.

En effet, mon profil et mon expérience de travailleur social, ma sensibilité à la souffrance et à la fragilité humaine, mon sens de la justice sociale, mon souci de lutter contre l'exclusion, en tant qu'acteur impliqué dans le réseau local gérontologie/handicap, avec tous mes partenaires médico-sociaux du soin et de l'aide à domicile, jouent un rôle dans le fait que je me suis fortement impliquée dans la mise en œuvre des solidarités qui se sont spontanément organisées lors des deux crises qui ont frappé l'île de Saint-Martin, en l'espace de quatre ans, et en particulier pour le public âgé le plus vulnérable.

Dans cette dynamique, mon éthique de conviction et de responsabilité sociale se confondent avec ma propre identité de directrice d'EHPAD en devenir.

Identifiée dans cette dualité par l'ensemble de mes interlocuteurs locaux, aussi bien appartenant à la technostructure institutionnelle que sur le terrain, auprès des professionnels de proximité et les personnes âgées ainsi que de leurs proches, j'apparais comme une actrice relativement autonome, marquée par un engagement personnel, et non enfermée dans l'institution EHPAD ou hospitalière. Entretenant de bonnes relations avec mes interlocuteurs de l'ARS, dont je suis proche statutairement, car missionnée comme eux, par une institution de l'État régalien, j'entretiens tout autant d'excellentes relations avec les décideurs et les opérateurs de la collectivité locale (COM). Ce qui est un point extrêmement important, lorsqu'on connaît les résistances et les tiraillements État /collectivités territoriales depuis la mise en place de la loi HSPT sur les territoires, à l'occasion des politiques de décroissement et de rapprochement entre le sanitaire (essentiellement porté par l'État), le social, et le médico-social (dont le chef de file est la collectivité d'outre- mer)⁶⁶.

Par ailleurs, à la fois intégrée dans le réseau d'influence institutionnel et la culture locale, mais arrivée récemment, je ne suis donc pas prise dans les jeux de pouvoirs et les raideurs locales. Mes fonctions EHPAD/MAIA m'amènent à maîtriser les déterminants liés à l'EHPAD mais je suis reconnue également comme un acteur clé du maintien à domicile auprès des aidants informels.

66 Les cahiers de l'actif numéro 438 /439

Cette transversalité fait de moi une sorte de « *marginal-sécante* » au sens conceptualisé par Crozier, « *un acteur qui est partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres et qui peut, de ce fait, jouer un rôle indispensable d'intermédiaire et d'interprète entre des logiques d'actions différentes, voire contradictoires*⁶⁷. »

Il est frappant de constater à quel point cette définition correspond totalement à mon positionnement d'entre-deux de responsable, prise entre logique techno-gestionnaire et approche médico-sociale qui ne convergent pas toujours.

À cet égard, l'endroit où je me situe, me positionne à la périphérie et à la jonction des univers (intérieur EHPAD/extérieur auprès des partenaires du soin à domicile) et de référentiels professionnels d'ordre à la fois culturels (*care*, rationalisation budgétaire) et stratégiques.

Issue du travail social, et vivant actuellement une acculturation professionnelle (management/ savoir-faire gestionnaire), je suis capable d'aider à faire ce pas de côté, qui exige de prendre de la distance afin de réussir à faire coexister ces univers et ces logiques souvent en tension.

Or, dans l'évaluation fine des besoins gérontologiques que je mène au quotidien, je suis en mesure d'inclure à ma réflexion les difficultés de positionnement éthiques (bienveillance/ maltraitance), les réajustements pratiques possibles, ainsi que les problèmes d'inadaptations systémiques, institutionnelles : « *autant de principes hétérogènes qui se juxtaposent et forment un tissu de normes et de "conventions" à concilier*⁶⁸ ».

Ainsi le défi directorial sera par exemple pour moi, à l'extérieur de l'EHPAD d'arriver à faire fonctionner en synergie, deux dynamiques de travail distinctes, une professionnelle et une informelle (famille, réseau secondaire bénévole), tout en allongeant les temps de travail de l'équipe de cuisine à l'intérieur de l'établissement.

Or, cette position d'entre-deux peut faire de moi une médiatrice assumée, contribuant à une synthèse la plus acceptable possible pour l'ensemble des parties, via une meilleure reconnaissance par les différents interlocuteurs, du bien-fondé de certains éléments de chacune des deux conceptions du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Et ce, car, pour reprendre la théorie des marges de manœuvres des marginaux sécants, de par *mes multiples déterminations, je suis une actrice hybride, augmentée dans mon pouvoir d'action* et d'influence autour des zones d'incertitudes inhérentes au champ partenarial gérontologique de Saint-Martin : « *[via] leurs appartenances multiples, leur capital de relations dans tel ou tel segment de l'environnement, [ils] seront capables de maîtriser, tout au moins en partie, cette zone d'incertitude, de la domestiquer au profit de*

67 Crozier M., Friedberg E., (1977), « L'acteur et le système », p86, Seuil, Paris.

68 P. Bernoux, Sociologie des organisations, nouvelles approches, 2005, Édition Sciences humaines, p. 32.

l'organisation (ils), disposeront tout naturellement d'un pouvoir considérable au sein de celle-ci. C'est le pouvoir dit du « marginal sécant⁶⁹. »

Insuffisante tant quantitativement que qualitativement, l'offre institutionnelle de l'aide médico-sociale gérontologiques à domicile souffre, certes du retard historique structurel qu'accuse le territoire sur le plan de la gouvernance étatique et décentralisée. Néanmoins, l'île de Saint-Martin peut s'appuyer sur des solidarités traditionnelles soucieuse des aînés et des atouts convergents, favorables à un partenariat décloisonnant les interventions au domicile auprès des personnes âgées dépendantes. Incarnée par de nouveaux acteurs au sein de l'État et de la COM, portant une logique de mutualisation et de réduction des risques, cette politique de décloisonnement se déclinera donc dans un projet se voulant à la fois la fois réaliste et bientraitant, pour toutes les parties prenantes.

C'est pour l'ensemble des raisons et enjeux présentés ci-dessus, que je pense être à même de pouvoir porter et mener à bien le projet de dispositif décloisonné de maintien à domicile, que je vais présenter dans la partie suivante.

69 Michel Crozier & Erhard Friedberg, op. cit., p. 86.

3 Construire un dispositif décloisonné interdisciplinaire de maintien à domicile adossé à Bethany Home

Le projet que je présente découle tout à la fois d'une commande institutionnelle du Schéma Régional de Santé via l'ARS, et d'un état des lieux, de constats et d'analyses que j'ai pu produire et synthétiser dans les deux parties précédentes.

La finalité étant la construction d'un parcours de soins et d'autonomie, avec pour objectif de promouvoir une fin digne, sécurisée et sereine aux personnes âgées à risque ou en détresse psychocorporelle.

3.1 Présentation générale du projet

Il s'agit de mettre en place une pluralité de réponses multidisciplinaires autour de la personne âgée dépendante, avec une double dimension sanitaire et médico-sociale, permettant de renforcer et d'optimiser l'offre de services au domicile, sur le territoire de Saint-Martin.

La mise en place d'un dispositif expérimental décloisonné de prise en charge d'un maximum de 36 aînés au domicile (12 maximum par prestation repérage /repas /veille et suivi médico-sociaux, cumulables ou non) est projetée à partir d'une série d'objectifs généraux et opérationnels, que j'envisage de mettre en œuvre, selon une approche et une planification adaptée au contexte, la faisabilité concrète, et en tenant compte du facteur humain.

Précisons toutefois, que pour nous positionner en continuité avec les orientations de la COM ne cloisonnant pas l'enveloppe globale handicap et autonomie, et le fait que le public MAIA soit constitué pour 10 % de bénéficiaires adultes handicapés, (et 5 % pour le SSIAD), le dispositif décloisonné de maintien à domicile prévoira trois places pour des personnes de moins de 60 ans en perte d'autonomie.

3.1.1 Les objectifs du dispositif envisagé

Créer un dispositif de maintien à domicile à partir de l'EHPAD, se décline en objectifs généraux visant tant la structure porteuse EHPAD, que les partenaires et le public cible, ainsi que leurs aidants.

Projet de dispositif décloisonné de maintien à domicile

Objectifs généraux

Créer et structurer une offre de services de maintien à domicile, et financièrement accessible, coordonnée à partir de l'EHPAD

Créer et organiser l'articulation entre l'EHPAD/l'HAD et les acteurs locaux (médicaux, paramédicaux et sociaux) du maintien à domicile

Impulser une meilleure lisibilité et cohérence de l'intervention des institutions autour de la personne âgée dépendante (éviter les doublons, notions de parcours et de projet d'accompagnement concerté)

Fédérer les partenaires impliqués dans le champ gérontologique, autour de projets communs, afin de co-construire des réponses adaptées, contribuant à pallier les manques existants

Au-delà des logiques propres à chaque structure, développer un socle commun référentiel de la prise en charge de la personne âgée dépendante à domicile

Lancer et développer une expérimentation autour de la prise en charge de 36 personnes âgées, maximum (12 pour chacun des 3 axes) pour tester et ajuster un dispositif évolutif, en fonction des résultats

Après évaluation de l'expérimentation, selon les résultats et les réajustements nécessaires éventuels, faire évoluer, étendre, et pérenniser le dispositif au public dépendant le plus large possible

Soulager et répondre à la demande des aidants : organiser l'intervention de professionnels fiables et coordonnés entre eux, pour répondre au domicile aux besoins des proches dépendants

Rechercher ensemble et mettre en œuvre des solutions les plus respectueuses de la dignité et de la qualité de service dues aux personnes âgées dépendantes (individualisation, prise en compte des aspirations)

Objectifs opérationnels

Impulser une dynamique partenariale entre le réseau médical et paramédical de ville, les 3 associations de service d'aide à domicile, le SSIAD, les représentants des aidants (familiaux, informels du réseau secondaire) et les acteurs de l'EHPAD

Créer une plate-forme de coordination gérontologique et de ressources communes, pour faciliter la réalisation du parcours de vie et de soin cohérent, des personnes prises en charge

Mutualiser des services complémentaires

Organiser des formations communes, mettre en place des espaces de réflexion, de synthèse ou des événements susceptibles d'essaimer de nouvelles pratiques professionnelles de coopération entre acteurs du champ gérontologiques privé (associatif, lucratif non lucratif) et public (Etat /collectivités territoriales)

1-Elaborer des outils de repérage et d'évaluation à expérimenter

2-Développer une prestation de délivrance de repas à un public isolé et très vulnérable

3-Créer et optimiser une veille sanitaire et sociale par le partage de moyens (faciliter la continuité des soins et suivi médical /paramédical) afin de garantir une mise en œuvre cohérente du projet personnalisé et de soins

Impulser les labellisations ARS /COM / encadrant à minima et validant les co-prises en charge, garantissant la qualité et la sécurité pour les personnes accompagnées

3.1.2 Philosophie, principes de gouvernance et approche stratégique de ma conduite du projet

Il s'agit pour moi de relever l'immense défi d'un projet, centré à la fois sur l'EHPAD (leadership formel) et sur l'environnement extérieur (sur lequel mon leadership n'est qu'informel).

Dans ce contexte de gouvernance, à la fois « intra » et « extra », il me faudra tirer ma légitimité d'un socle beaucoup plus large que celui de la commande institutionnelle ARS /COM.

Certes, dans l'esprit de la loi HSPT et en conformité avec le plan « Ma Santé 2022 », en vue de décloisonner handicap/dépendance, et entre les réponses médicales et l'accompagnement social, je serai naturellement animée par une logique de rationalisation de l'offre de service globale médico-sociale, orientée « *cohérence, efficacité efficience*⁷⁰ » pour reprendre les termes de Pierre Savignat, évoquant la nécessaire « *hybridation entre approche sanitaire et approche sociale* ».

Mais, rattachée à une institution médicale (hôpital) et directrice d'une organisation médico-sociale, il s'agira en effet pour moi, de rappeler à tous mes interlocuteurs en intra institution hospitalière /EHPAD, comme à l'extérieur, ma conviction qu'une meilleure organisation du schéma sanitaire et social dans le champ gérontologique est à rechercher ensemble, non seulement pour répondre à la demande institutionnelle et à l'ARS, mais avant tout pour répondre aux besoins non couverts de personnes âgées dépendantes et de leurs proches. Une conception de ma mission qui me mènera à privilégier tout à la fois une communication descendante et ascendante des tutelles vers les opérateurs de terrain et vice versa. Ce qui impliquera, à certains moments de négocier, lorsque les remontées du terrain justifieront des ajustements, une prise en compte des freins et difficultés des opérateurs et du public concerné.

Je me positionnerai en outre dans une coordination fonctionnelle, reposant sur la transversalité du champ gérontologique, à la fois sanitaire et social, en ajustant la gouvernance de mon projet à l'impératif de rester à ma place, et non pas en me substituant aux autorités de la COM. En effet, je ne devrai jamais perdre de vue, dans ma manière d'impulser et d'animer le réseau gérontologique de maintien à domicile adossé à l'EHPAD Bethany Home, le fait que je suis un acteur ÉTAT et que c'est la collectivité saint-martinoise qui reste le « *chef de file* » de la prise en charge de la dépendance des aînés. C'est la raison pour laquelle, je serai vigilante à ne pas heurter, ni par ma méthode ni par mes positions, les autres légitimités institutionnelles que celle de ma structure porteuse.

Je veillerai ainsi à toujours me situer dans un rôle de facilitatrice-coordinatrice, même si le mandat confié par l'ARS me confère plus ou moins un leadership formel. Dans cette

70 Pierre Savignat Action sociale et loi HPST convergence ou incohérence ? Les cahiers de l'actif numéro 438 /439

perspective, je rechercherai « *des régulations fines au plus bas niveau des activités*⁷¹ », toujours dans cette logique de ne pas me situer dans une dynamique d'injonction étatique descendante.

Pour y parvenir, il me faudra impulser une motivation commune à s'engager dans des temps de travail concertés, car au-delà des affichages institutionnels de volonté de coopération transverse, le partenariat ne va pas de soi au quotidien : il ne se décrète pas.

Ainsi, je devrais prendre en compte le fait que le temps de partenariat peut être perçu comme chronophage par les acteurs sur le terrain. Il me faudra donc désamorcer les freins à la coopération d'ordre concret (pénurie de personnel, travail en flux tendu). J'expliquerai ainsi en quoi le temps de construction du partenariat ne sera pas qu'une contrainte pesant sur leur organisation, mais avant tout une chance à saisir en termes de qualité de prise en charge pour les personnes accompagnées, et de satisfaction au travail pour les intervenants sur le terrain.

J'argumenterai notamment à partir de l'idée que le temps investi, pour co-construire une organisation et des outils communs, sera compensé par une diminution au moins équivalente, du temps passé à rechercher de l'information, ou à tâtonner dans la recherche de solutions, notamment dans le cas de situations complexes ou paraissant insolubles.

Cette recherche d'une dynamique collective à l'échelle du territoire en faveur des aînés dépendants, isolés et vulnérables, passera sans doute par un ciment fédérateur initial, notamment le renforcement des solidarités trans-institutionnelles auprès des aînés vulnérables, après les catastrophes COVID/IRMA. Car outre la bonne qualité des liens interpersonnels tissés depuis mon arrivée en 2016, j'appuierai mon leadership informel sur la reconnaissance de mon engagement professionnel et personnel, au plus fort des ces deux crises majeures. Cette confiance et la légitimité acquise durablement, à la fois au sein de la population et chez les professionnels concernés (vis-à-vis des institutions hospitalières/EHPAD, et vis-à-vis de ma personne) m'aideront à transcender les frontières inter-institutions et les éventuelles luttes d'influence ÉTAT /COM.

J'utiliserai notamment ma posture de marginal-sécant évoquée plus haut, pour œuvrer au dépassement de difficultés de communication liées à des clivages d'intérêts catégoriels, ou de pratiques professionnelles, notamment entre les acteurs de l'EHPAD et les intervenants au domicile. Je suis consciente que les consensus à créer dépendent du temps long, car ici s'opposent des aspects techniques importants de la prise en charge de la dépendance au domicile, hérités de deux visions très différentes entre l'intra et l'extra institutionnel. Pour lever ce type de freins, mon approche sera de valoriser l'expertise et la complémentarité entre les deux types d'opérateurs. Il s'agirait pour moi d'apporter aux uns et aux autres, une information et des connaissances mutuelles permettant de modifier et d'influer de façon

71 Robert Lafore Les cahiers de l'actif numéro 438 /439

positive les représentations réciproques et de développer les interrelations et des échanges d'intérêts communs. L'objectif serait de favoriser un meilleur décodage des décalages (notamment sur les protocoles, la gestion des risques et la sécurité hôpital versus domicile), permettant l'accroissement des rapprochements.

Au sein de l'EHPAD, en tant que directrice, mon positionnement managérial sera adapté aux difficultés et résistances présentes.

Dans le contexte ambivalent et immobiliste décrit, suivant ma personnalité empathique mais ferme, façonnant un leadership faisant autorité sans être autoritariste, je m'inscrirai dans un management participatif, nuancé de directivité lorsque nécessaire (négociation sur l'organisation, mais détermination quant à l'obligation d'ouvrir l'EHPAD sur des tâches dédiées aux domiciles des personnes âgées dépendantes, conformément à la commande ARS).

Ici, je m'appuierai ainsi sur toutes les dimensions inhérentes à la notion de conduite des hommes et du changement, à savoir, l'exercice d'une influence, d'une autorité et d'une fermeté⁷² poussées vers une mise en mouvement, en direction d'une finalité à réaliser, quand bien même les complications de mise en application seront discutées et feront l'objet de négociations. Il sera donc impératif de fixer le cap, définir des objectifs pour la phase de passage d'un schéma organisationnel tourné vers l'intra aux solutions finales « hors les murs », discutées et retenues.

En assumant la directivité liée à ma fonction de directrice d'EHPAD, et via une méthodologie de la concertation (groupes de travail etc.), je travaillerai auprès des cadres et des soignants, l'adhésion à l'objectif d'ouvrir l'institution, et de partager avec les partenaires extérieurs et les aidants, la mise en œuvre de la prise en charge au domicile. Et ce, via les chefs de service, et en particulier la cadre de santé favorable à l'externalisation des missions de l'EHPAD (les repas pour commencer, puis le repérage, la veille sociale, et les réponses médico-sociales dans un second temps). Ce management « raisonné » directif /participatif, d'après les spécialistes, stimule l'engagement et la responsabilité des individus et des équipes, vis-à-vis des changements inéluctables⁷³.

Pour susciter l'appropriation du changement par les acteurs de l'EHPAD, je m'appuierai sur le modèle formalisé par le psychosociologue Lewin quant à la conduite du changement :

- Dans la phase, de « dégel » ou prise de conscience de la nécessité du changement, le renforcement positif par des signes de reconnaissance, est nécessaire ainsi qu'un

72 Trembley M., « La mobilisation des personnes au travail, collection « racines du savoir », 2006

73 Nioche J.-P., « L'éducation au management face aux défis du XXIe siècle », Revue française de gestion, article volume 33/178-179 - p. 13-23, 2007

engagement fort de l'encadrement de proximité (la cadre de santé de l'EHPAD) pour créer la motivation à changer.

- La phase de déplacement ou de transition, qui peut être plus ou moins longue, doit se faire, de façon structurée, organisée, par étapes successives et accompagnée du soutien nécessaire, en termes de logistique et de formation pour maintenir la motivation à l'égard des nouvelles tâches.

- Durant la phase de « regel », il faudra alors s'appuyer sur le bilan positif du maintien à domicile obtenu, grâce à l'engagement des personnels de l'EHPAD, les mettre en valeur, vérifier que le changement fonctionne bien comme prévu, sans trop de problèmes, et que les collaborateurs accomplissant les nouvelles tâches auprès des personnes vivant à domicile, ne les vivent plus comme imposées.

Pour ma part, l'objectif étant d'obtenir l'engagement de tous sur un projet fédérateur, je suis convaincue que la responsabilisation du collectif, le processus décisionnel par consensus à chaque fois que cela est possible et la fixation d'objectifs négociés avec les professionnels, devraient parvenir à débloquer la situation de résistance actuelle, notamment vis-à-vis de la confection des repas.

Toutefois, compte tenu de la culture de la sanctuarisation de l'institution, opposée à celle du domicile (protocolisation et hygiénisme versus une vision d'un environnement vécu comme insuffisamment cadré hors institution), je devrai mobiliser l'encadrement et les salariés de l'EHPAD dans un processus d'envergure, d'adaptations majeures aux changements induits par l'ouverture de l'EHPAD au domicile.

Mais, pour moi, directrice d'EHPAD issue du secteur social et non pas du sanitaire, impulser une telle démarche dans une situation de résistance au changement des soignants et des opérateurs logistiques (en particulier concernant la confection des repas), ne sera pas aisé car, ces derniers se trouvent partagés entre le désir de préserver leurs habitudes de travail intra-centrées, jugées satisfaisantes durant de nombreuses années, et la nécessité, venue de l'extérieur (prescription des tutelles et de la Direction), d'adopter un nouveau mode de fonctionnement, tourné vers les spécificités des besoins et contraintes au domicile.

Je pense qu'il me faudra, avant tout, et durant toute cette réorganisation, veiller à motiver les professionnels de l'EHPAD aux « bénéfices » qu'ils pourront en retirer, notamment au niveau de l'enrichissement de leurs pratiques professionnelles, en les adaptant au maintien à domicile.

Je m'appuierai sur une double dynamique mise en évidence par nombre de spécialistes en management⁷⁴ et en sociologie /psychologie du travail⁷⁵ : certes une nouvelle organisation générant de nouvelles contraintes et de nouvelles tâches, mais aussi le rôle moteur du leader porteur de projet dans la remise en question des routines, l'ouverture à d'autres pratiques enrichissantes y compris pour l'approche du *Care* dans l'institution (par exemple, assouplissement des limites entre aidants naturels et professionnels). Notamment en levant les défiances et préjugés vis-à-vis des *habitus* des opérateurs libéraux ou associatifs au domicile.

Pour y parvenir, la littérature managériale développe largement l'idée qu'un accompagnement participatif au changement est partie prenante du rôle du manager-leader au développement professionnel de ses collaborateurs, pour qu'ils expriment leurs craintes, leurs objections, ou leur contre-proposition et à partir de là, les aider collectivement à se décentrer de leurs « allants de soi », tout en prenant en compte leurs idées constructives. Surtout, quand cela touche les valeurs profondes de leur rapport à leur profession car, il y a dans le soin, particulièrement en gérontologie, d'importants enjeux d'identité professionnelle, faits de limites/distance avec l'extérieur, ainsi que de pouvoir, voire de rapports de force en particulier chez nombre de professionnels d'EHPAD, dans la relation avec les personnes âgées et les familles. Et à cet égard, les professionnels du soin ont besoin d'être pris en compte pour la continuité de leur identité professionnelle et de leurs valeurs éthiques soignantes.

Or, d'après Henry MINTZBERG,⁷⁶ pour dépasser ce type de difficulté, le leadership se caractérise par la capacité du leader à donner confiance à ses collaborateurs dans leur capacité créative, et en leur fournissant des solutions concrètes pour dépasser les blocages et prendre de la hauteur. Pour ce spécialiste en management, ce positionnement combinant directivité et concertation s'impose dans toute conduite de changement, mais il explique que celui-ci nécessite avant tout, la stabilité de l'institution ; ce qui n'est pas le cas pour l'EHPAD, avec une crise financière, climatique et sanitaire raidissant le climat social. Contexte qui conduit plutôt au repli frileux sur l'interne, et qui nécessitera de ma part, une mobilisation importante pour susciter la confiance et la coopération envers les familles et partenaires extérieurs du réseau gérontologique et de ville.

Le challenge, sera donc de parvenir à rendre compatibles, et à équilibrer « *les forces de la stabilité et celles du changement* » (les fondamentaux du soin et la nécessité d'ouvrir l'institution pour répondre aux besoins de la population âgée dépendante en lien avec le réseau partenarial). Concrètement, cela passera par la reconnaissance et la valorisation de

74 MINTZBERG H., Ce que font vraiment les managers 17 mai 2011 Éditions Vuibert

75 CLOT, Yves. Le travail à cœur ; Pour en finir avec les risques psychosociaux. Paris : Édition La Découverte, 2015. 3975 emplacements numériques.

76 Ce que font vraiment les managers de Henry MINTZBERG 17 mai 2011 Editions Vuibert

l'expertise, du rôle coordonnateur fonctionnel des opérateurs de l'EHPAD, générateur de polyvalence et de compétences, nouvelles, levier de mobilité professionnelle, pour les salariés de l'EHPAD.

Il m'appartient notamment d'expliquer à l'équipe de l'EHPAD que, même s'ils n'assureront pas l'entièreté de l'opérationnalité du dispositif décloisonné, ils seront des parties prenantes impliquées, à différents niveaux, au fur et à mesure du développement du projet. Je négocierai avec eux cette implication aux différentes étapes du projet : décliner, en fonction du résultat attendu de l'expérimentation, les objectifs opérationnels, les moyens utilisés (le redéploiement des ressources humaines disponibles à l'EHPAD mobilisables sur les actions au domicile, les marges de manœuvre en termes d'espace et de temps, les supports logistiques et de communication aux personnes âgées et à leurs proches, en interne et à l'extérieur).

Cette implication nécessite bien évidemment de dégager du temps au niveau des équipes de l'EHPAD, pour les instances de concertation avec les partenaires.

Cependant, pour prévenir et répondre aux résistances au changement, inévitable dans le contexte actuel, il me faudra faire miennes les préconisations de Peggy BOZZETTI : « *[l'encadrement] en EHPAD doit être équitable, savoir prendre du recul, aimer la relation à l'autre, faire preuve d'empathie, mais aussi de leadership, ne pas confondre rigueur et rigidité, savoir gérer les conflits, faire preuve d'adaptabilité et de réactivité⁷⁷...* »

La concertation et la négociation seront centrées ainsi sur les solutions que les membres de l'équipe de confection de repas envisagent pour des bénéficiaires à l'extérieur, la participation à la veille sociale et aux évaluations ; elles porteront aussi sur les changements facultatifs mais souhaitables (réalisation de soins externalisés si nécessaires, intégrables dans les plannings de travail). Mon objectif est ainsi l'appropriation des solutions auxquelles ils auront eux-mêmes contribué, et pour lesquelles ils auront pesé les contraintes ainsi que les conséquences, dans une balance « inconvénients/bénéfices » plutôt positives pour eux.

En ce qui concerne le fond du projet, il s'agira pour moi, de déployer une dynamique inclusive où c'est le « *domicile qui choisit de s'ouvrir sur l'Ehpad et non l'inverse* », comme le suggère une étude de la Fédération Nationale de la Mutualité française sur « l'EHPAD hors les murs⁷⁸. » Dans cette perspective, le principe phare de mon projet sera de placer la personne âgée et sa famille au cœur du réseau partenarial, dans une logique de co-construction. Ce qui se traduira entre autres, par la recherche du plus juste équilibre entre

77 <https://www.cadredesante.com/spip/emploi/article/directeur-d-ehpad-un-metier-tres-porteur-de-sens>

78 https://www.isere.fr/mda38/Lists/DocumentaryResources/Attachments/7300/181129_MF_Etude%20EHM_DM_Version%20Finale.pdf

la dimension informelle déjà présente au niveau de l'aide apportée par les différents aidants, et la formalisation des pratiques professionnelles et non professionnelles, autour de la personne âgée.

Basé sur la complémentarité des ressources professionnelles et informelles sur le territoire, le dispositif projeté sera également porté par la volonté de « l'aller vers » les personnes âgées les plus isolées, vulnérables et les plus à risque de subir un décès prématuré, une dégradation de leur état psychocorporel, ou des abus /maltraitements de la part de leur environnement. En visant à intervenir aussi bien en amont qu'en aval de toute institutionnalisation, que ce soit au service des urgences, en aigu, en long séjour ou à l'EHPAD.

Il s'agit bien ici de faire coïncider tout à la fois le désir des personnes de se maintenir le plus possible dans leur lieu de vie naturelle, de prévenir le traumatisme de placements évitables et dans le même temps, de faire face à la limitation des moyens du soin ou médico-sociaux.

3.1.3 La constitution du public cible

La commande institutionnelle pour l'expérimentation projetée, étant, rappelons-le, de 36 bénéficiaires maximum, il s'agira en amont de sa mise en œuvre, de constituer ce public cible de la manière la plus pertinente et équitable possible, compte tenu de l'ampleur des besoins non couverts sur le territoire.

Les critères d'inclusion au démarrage du projet seront donc co-définis en toute transparence avec les partenaires, sur la base des publics les plus à risque de glissement. La liste d'attente des personnes ayant demandé une admission à l'EHPAD Bethany et celle de ceux qui ont été orientés à la MAIA et/ou bénéficiant des services du SSIAD constituera le vivier initial dans lequel le dispositif pourra puiser les premières personnes accompagnées, à condition qu'elles satisfassent aux critères de compatibilité logement avec l'intervention à domicile, et que leurs droits sociaux soient ouverts, ou régularisables à court terme, dans le cadre d'un accompagnement social.

À éligibilité égale au regard des critères d'inclusion et des risques en présence, les personnes sur liste d'attente seront priorisées.

Dans l'hypothèse où cela ne suffirait pas pour constituer le groupe de 12 personnes x 3, (qu'ils soient hors critères d'inclusion ou dans le refus de bénéficier du dispositif), il s'agira d'impulser des actions de repérage précoce et d'« aller vers » les personnes âgées les plus vulnérables /aidants.

Un repérage précoce, et une évaluation des besoins médico-sociaux seront donc initiés en sollicitant la remontée d'informations et ou le relais d'informations en direction de potentiels bénéficiaires : auprès de l'institution hospitalière, du service d'hospitalisation à domicile, du

service social de la COM, du CCAS, des divers services institutionnels locaux ainsi que des réseaux d'aide secondaires (commerçants, représentants de riverains, gardiennes d'immeubles etc.) Les personnes susceptibles de correspondre au profil des bénéficiaires de l'expérimentation pourront se situer également en amont d'une demande d'entrée en EHPAD, ou par suite d'un séjour hospitalier ayant donné lieu à un repérage précoce des besoins médico-sociaux liés à un haut niveau de dépendance et d'isolement (chutes, retours au domicile sans solutions d'accompagnement après un passage aux urgences ou en hospitalisation en aigu) ou en sortie d'hébergement temporaire. Les critères ultimes décisifs d'inclusion seront le fait pour la personne âgée d'être à la fois en danger au domicile et non connue, et pas ou insuffisamment prise en charge.

Le dispositif pourra enfin également être proposé en aval de l'EHPAD, à des personnes pour lequel ce type de structure ne convient pas, soit parce qu'elles ne s'y adaptent pas, soit parce qu'elles l'ont intégré à défaut d'une offre de service satisfaisante au domicile.

Une communication sera également déployée sur les segments du territoire où sont concentrés les aînés les plus isolés et vulnérables, en vue de les informer de la possibilité d'être pris en charge au domicile (acteurs confessionnels, chefs de quartier, amicale de locataires, leaders relais etc.)

Le lancement des démarches sociales concernera l'accès aux droits (minimum vieillesse, aide sociale,) ou de légères adaptations du logement conditionnant l'éligibilité au service.

3.2 Mise en œuvre opérationnelle

3.2.1 Créer une synergie afin de mobiliser toutes les parties prenantes vers le partenariat

Le défi pour moi, en tant que coordinatrice en chef du dispositif décloisonné de maintien à domicile, sera de conjuguer la dynamique, aussi bien en interne à l'EHPAD avec ma casquette de directrice, qu'à l'extérieur auprès de tous les partenaires impliqués.

Mon objectif en tant que porteuse de projet, coordinatrice en chef du dispositif décloisonné est de modéliser ensemble avec les partenaires du territoire, une offre médico-sociale à la fois cohérente et souple, évolutive en fonction de l'évolution de la dépendance des personnes âgées vivant au domicile. Offre qui n'exclut pas l'entrée à l'EHPAD si nécessaire un jour, mais envisage toutes les combinaisons en amont, des plus légères aux plus soutenantes, dans le but d'offrir une réponse graduée. Mais pour susciter le désir de créer ensemble un réseau gérontologique de maintien à domicile adossé à l'EHPAD physique, il me faudra tout d'abord désamorcer les défiances d'ordre culturel qui peuvent freiner la coopération avec cette institution hospitalière, auprès notamment :

- des para médicaux libéraux qui tiennent à leur autonomie, et ont du mal avec un mode de fonctionnement de l'hôpital, jugé moins réactif, rigide et peu enclin à transmettre les informations à l'extérieur :
- les services d'aide à domicile, fonctionnant déjà en flux tendu, peu disponibles pour construire le partenariat.

Le nombre et la fréquence des réunions de partenariat seront modérés pour ne pas peser sur les plannings des différents partenaires et prévenir un épuisement de l'élan initial.

Dès les premières réunions de partenariat, je rassurerai les partenaires inquiets de perdre leur autonomie d'action, en rentrant dans un réseau coordonné par l'EHPAD. Pour motiver des opérateurs aux intérêts parfois divergents à coopérer, il me faudra aussi désamorcer les concurrences contre-productives, en œuvrant à équilibrer l'offre de service à l'échelle du territoire, en fonction de la proximité entre les acteurs les mieux placés par rapport aux bénéficiaires. J'impulserai aussi le développement des complémentarités entre ces partenaires à but lucratif / non lucratif sur la base de leurs intérêts communs : la continuité des soins auprès de la personne âgée, la fluidité et la traçabilité des informations pour un maximum d'efficacité et de gain de temps pour chacun des intervenants. Ce travail de médiation de ma part devrait pouvoir aboutir à l'émergence d'une culture collaborative commune. Cette co-construction d'une culture partenariale mixte ne se décrète pas et ne sera pas facile, mais pourra être valorisée par les bénéfices concrets attendus, accompagnée pas à pas, à travers la mise à disposition d'outils communs pratiques, facilitant la gestion des prises en charge au quotidien. Cette construction d'un socle commun partenarial s'appuiera concrètement par un travail initial de co-définition :

- de ce que recouvre le terme « décloisonnement » entre acteurs du maintien à domicile et l'EHPAD :
- des spécificités de l'intervention à domicile (en formalisant et en protocolisant la complémentarité et la délégation aux aidants informels des soins) auxquelles seront sensibilisés les professionnels de l'EHPAD
- de la différence entre maintien à domicile classique et maintien à domicile porté par l'EHPAD
- du périmètre de l'offre de service et les indications, le rôle exact de chaque opérateur (Hôpital/EHPAD/HAD/SSIAD/libéraux/SAAD/aidants non professionnels)
- du nom du dispositif que je désignerai temporairement dans l'attente d'un choix concerté, par l'appellation suivante « coordination Saint-Martinoise de maintien à domicile des aînés ».

En outre, compte tenu de l'ampleur des pathologies et déficiences cognitives, je m'investirai tout particulièrement à promouvoir la coopération entre le secteur de la psychiatrie et les

opérateurs de services à domicile, démunis face aux troubles mentaux, ainsi que les proches aidants.

Enfin, l'adaptation de l'habitat étant un facteur clé de la réussite du dispositif décloisonné projeté, je mobiliserai les ressources du service d'urbanisme en invitant leurs représentants à certaines réunions du partenariat médico-social, en formalisant avec eux une procédure accélérée de traitement des demandes concernant les bénéficiaires du dispositif (mise aux normes, hygiène et sécurité).

3.2.2 La planification du projet

La mise en œuvre du projet se déroulera en plusieurs phases comme présenté ci-après :

Le dispositif décloisonné est prévu pour entrer en phase opérationnelle d'expérimentation au premier trimestre 2022.

Début 2021, s'est tenu un comité de pilotage avec l'ensemble des institutions impliquées, afin d'acter les objectifs généraux et opérationnels élaborés en concertation, lors de groupes de travail. L'étape suivante, courant 2021 a été de convaincre et d'impliquer le conseil d'administration de l'EHPAD au niveau de la mise en œuvre du dispositif décidé en amont, tout en co-élaborant /affinant avec les partenaires les grandes lignes du fonctionnement partenarial à venir. Toujours en cours, cette phase visera notamment à élaborer une convention de groupement de coopération sociale et médico-sociale entre l'hôpital Fleming, via la structure porteuse EHPAD, et tous les établissements, professionnels libéraux volontaires, pour offrir un cadre juridique à la mutualisation des moyens et à la construction d'un parcours permettant la continuité de la prise en charge et la sécurisation des personnes âgées incluses dans l'expérimentation.

L'étape 3 consolidera /impulsera la mobilisation des acteurs et précisera :

- la construction du partenariat autour des objectifs du projet,
- la négociation et la mise en œuvre des leviers financiers ainsi que la planification budgétaire.

La quatrième étape sera celle du pilotage opérationnel au sein de de l'EHPAD en intra, la mise en place des circuits de repérage et de dépistage des situations devenant à risque, et la mise en place concertée (aidants /professionnels) d'un plan d'aide individualisé incluant réorientation, veille sociale et organisation des réponses médico-sociales *ad hoc*

La dernière étape de mise en œuvre du dispositif expérimental consistera en son évaluation avec les bénéficiaires, les aidants et l'ensemble des partenaires, dans l'objectif de le

pérenniser ainsi que de l'étendre, après les réajustements induits par les résultats obtenus et les freins rencontrés.

3.2.3 Les instruments financiers et budgétaires du projet

Le développement et l'articulation des instruments financiers : un financement partiel acquis et pérenne

Actions :

- Assurer une veille sur les financements possibles
- Impulser la solvabilité des seniors
- Demander une participation financière aux bénéficiaires et à leurs proches notamment
- Monter des dossiers de réponse à des appels à projets dans lesquels pourraient s'inscrire les projets développés dans le cadre du dispositif décloisonné
- Contacter des entreprises ou organisations du territoire (ou au-delà) sur du sponsoring ou du mécénat
- Délibérer au besoin sur les tarifs des prestations

Il ne s'agit pas d'un projet à moyens constants, mais de la création d'un véritable dispositif qui, certes, vise à optimiser l'existant, mais pourra bénéficier d'un financement conséquent, permettant de commencer à pallier substantiellement les besoins non couverts. En effet, sur une enveloppe budgétaire CNSA* de 6 millions d'euros, accordée à la collectivité de Saint-Martin pour pallier la dépendance personnes âgées et le handicap, une ligne budgétaire de 300 000 € a été votée pour le dispositif décloisonné dont j'assurerai la direction.

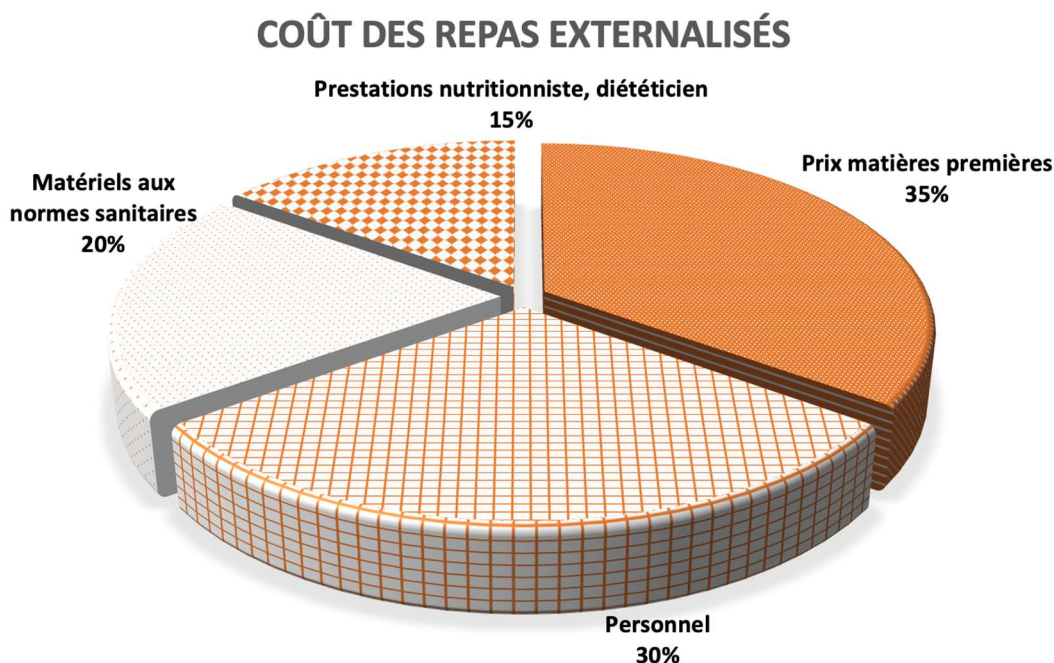
Ce qui me permettra de disposer d'une manne financière suffisante pour financer le démarrage du noyau dur de la coordination, et la mise en œuvre opérationnelle du projet, à savoir les charges des professionnels permettant de faire fonctionner le dispositif décloisonné.

Les moyens humains et matériels du GHT Fleming sont également mobilisables (les 2 véhicules MAIA la nuit les week-ends et jours fériés, et celui de l'EHPAD du lundi au vendredi).

Sur le plan logistique, je sais pouvoir aussi m'appuyer sur des moyens de la COM, qu'il s'agisse de financement APA des services d'aide à domicile pour la livraison des repas, la mise à disposition d'une assistante sociale un jour par mois, ou de la possibilité d'utiliser les véhicules de la COM.

Enfin, différentes conventions de mise à disposition de personnel, en cours de négociation permettent d'espérer une mise en synergie et une complémentarité avec les ressources humaines impulsées via recrutement au sein du dispositif créé (avec la sécurité sociale, la CAF, la MDPH).

En ce qui concerne le financement des repas (avec un coût de revient à l'unité de 17,50 € pour l'EHPAD), il sera constitué à part variable modulable, d'une prise en charge APA et d'un reste à charge pour les bénéficiaires, en fonction de leurs ressources. Le coût de revient sera constitué des différents facteurs de production synthétisés dans le tableau ci-après :



3.3 Détails des dépenses à engager au démarrage de l'action :

Repas ; $(17.5 \times 3) \times 365 \times 12 = 229\,950$ €

Prestations paramédicales ; 1 IDEC + 3 IDE = 175 000 €

Prestations médicales : vacation gériatre, médecin coordonnateur, gérontopsychiatre, ergothérapeute, orthophoniste 70 000 €

Matériel et personnels mutualisés

Direction

Secrétariat

Gestion des RH

Standard

Mise à disposition de temps d'assistante sociale en alternance par l'hôpital et le service de l'autonomie des personnes l'objectif étant une meilleure connaissance du dispositif par ces partenaires.

Mutualisation du personnel de cuisine, de la nutritionniste, de la diététicienne, des locaux, du spécialiste des normes sanitaires, des voitures du SSIAD pour les nuits et du SUV de l'EHPAD pour la journée.

Investissements

Matériel de bureau : 5 000 €

Matériel informatique, licence logiciel métier, téléphonique ; 20 000 € amortissables en 4 ans

Carburant : 7 000 €

Création et édition plaquettes de présentation multilingue : 20 000 €

Abonnement : 5 000 €

Matériel de protection sanitaire : 7 500 €

La partie veille sanitaire et les vacations des professionnels ayant pour objectif la prévention relèvent des financements FIR⁷⁹ de l'ARS.

Le but est d'équilibrer au mieux la section recettes au regard de la section d'exploitation des charges.

La gestion des coûts et des ressources

Pour l'année 2022 nous avons prévu un budget de fonctionnement prévisionnel 476 450 €.

Pour l'année 2023 nous avons prévu un budget de fonctionnement prévisionnel en fonction de l'évaluation des besoins réactualisée et de la concertation avec les financeurs.

Section charges RH

Les charges RH 2022 favoriseront le plan de formation des agents de l'EHPAD et en les accompagnant dans le cadre de la gestion des emplois prévisionnels et des compétences (GEPEC)

Les locaux situés au sein de l'EHPAD, seront constitués de deux chambres contiguës inoccupées par des résidents et mises aux normes par les services techniques.

79 Fond d'intervention Régional

3.4 Le déploiement des réponses proposées par le dispositif

3.4.1 La veille sanitaire suivie d'une réorientation pour un suivi médico-psychosocial

La prise en charge expérimentale globale prendra forme à travers un continuum repérage /évaluation /orientation et/ou réponses soignantes-sociales au domicile. À noter toutefois que les 12 personnes bénéficiaires du portage des repas ne seront pas forcément les mêmes personnes (également au maximum de 12) ciblées par le repérage ou la veille sanitaire.

Le repérage des personnes à risque ou en situation de détresse au domicile, tous les acteurs des champs sanitaires, social ou administratif en interaction avec celles-ci pourront opérer un signalement à la plate-forme de coordination, quel que soit leur degré d'engagement dans le réseau. Ainsi par exemple, le service préfectoral de prévention des expulsions peut tout à fait être une porte d'entrée dans le dispositif, par le signal d'alerte que constitue, chez une personne âgée, le non-paiement prolongé des loyers, suite à une dégradation cognitive notamment.

De même, pour le service des tutelles ou tout médecin de ville, généraliste comme spécialiste, confronté à une situation d'ainé préoccupante au domicile.

La mise en œuvre d'un réseau polyvalent de proximité s'appuiera sur l'intervention de nouveaux professionnels missionnés au sein du dispositif décloisonné, mais également sur la mutualisation et l'optimisation des ressources humaines existantes au sein de l'EHPAD et du réseau partenarial. L'objectif est ici tout d'abord de tisser un noyau de prescripteurs d'orientations auprès des professionnels médicaux et paramédicaux libéraux, puis de modéliser un projet de soins sur-mesure, articulant volet médicalisé, soignant et social autour de la notion de projet de vie digne et sécuritaire, répondant aux besoins de personnes âgées dépendantes particulièrement vulnérables ou isolées. En interne de l'EHPAD, par le redéploiement des EQTP et plus largement, via la mise en complémentarité des différents types de prestations disponibles sur le territoire, dans le champ médical, paramédical, social et gérontologique.

Il s'agira pour moi de créer et d'organiser une coordination de maintien à domicile gérontologique, à partir de l'EHPAD. L'administration et l'opérationnalité de ce dispositif aura pour cadre une des chambres déclassées de Bethany Home, transformée en bureau après les travaux nécessaires.

Cette structure aura pour fonction d'impulser un repérage et/ou une veille sociale puis après évaluation, si nécessaire, un accompagnement médico-social auprès des personnes âgées ciblées. À cet effet, je mettrai en place une instance type cellule inter-partenariale. Mon rôle

sera, entre autres, d'y faciliter la mise en cohérence des interventions via la co-construction et le développement de protocoles et procédures de prise en charge ainsi que d'outils de repérage.

Pour assurer les tâches de repérage, veille sociale et prise en charge au domicile, je constituerai une équipe mobile opérationnelle pluridisciplinaire. À cet effet, je procéderai sur fonds ARS⁸⁰ (reconductibles) au recrutement de trois infirmières diplômées d'État. Je recourrai également à des vacations de gériatre, de psychiatre, d'ergothérapeute, et d'un psychomotricien. Le médecin coordinateur de l'EHPAD verra également augmenter son nombre d'heures de travail, au profit du nouveau dispositif. Celui-ci aura pour mission de faire le lien, si nécessaire, entre l'ensemble des médecins intervenant auprès de la personne âgée et l'infirmière coordonnatrice, pour relayer et évaluer ensemble les besoins détectés. Il aura aussi pour rôle en tant que coordonnateur de l'EHPAD d'analyser le risque iatrogénique* des traitements, diminuer le cas échéant le nombre de prises, améliorer la qualité de vie des personnes âgées dépendantes et favoriser les thérapies non médicamenteuses, en lien avec le médecin traitant et le gériatre.

D'ores et déjà, j'ai pris attache avec une des trois candidates infirmières, pressentie pour occuper le poste d'infirmière coordonnatrice. Gestionnaire de cas MAIA, celle-ci est titulaire d'un diplôme universitaire de gestion de cas complexes et d'un Master en gérontologie. Elle basculerait sur le dispositif.

Cette infirmière coordonnatrice sera missionnée au sein du dispositif décloisonné pour évaluer, orienter et bâtir un plan d'action adapté, aussi bien sur le plan sanitaire que social, pour chaque personne de la file active des bénéficiaires. À partir de différentes portes d'entrées (urgences, aigu, HAD, demande sociale, post-accueil temporaire en EHPAD, etc.), elle sera notamment mandatée pour prescrire l'intervention des nouveaux professionnels du dispositif, ou plus largement du réseau partenarial plus ancien, susceptible d'apporter des réponses sur le plan de la vie quotidienne ou des soins. Et ce, en structurant une dynamique de parcours individualisé. Elle fera également le lien entre tous les intervenants la personne âgée, la famille, le médecin traitant, l'équipe hospitalière gériatrique ou d'aigu, et les intervenants médico-sociaux extrahospitaliers.

À la suite de l'évaluation des besoins, si nécessaire, seront mis en place des passages programmés systématiques d'intervenants (paramédicaux, *Care*, intervenant sociaux ou associatifs).

80 Fonds d'Intervention Régional (FIR)

Au sein du réseau d'intervenants auprès de la personne âgée, sur la base du volontariat, sera désigné un référent du projet de prise en charge médico-sociale. Cette personne sera l'intervenant le mieux placé pour communiquer avec la coordinatrice, et les différents opérateurs du dispositif. Cela pourra être un professionnel ou un proche aidant.

Sur le plan de l'accompagnement social, si une intervention pointue techniquement est nécessaire, son action pourra être complétée par une assistante sociale, via une convention de partenariat avec la COM.

Le fonctionnement de ce réseau partenarial de repérage/veille et de prise en charge médico-social sera formalisé par un document de type charte, que je chercherai à faire émerger en lançant un groupe de travail restreint, puis à faire valider par un large consensus des membres impliqués.

J'organiserai des réunions de partenariat pour co-construire des outils communs à ce réseau naissant de structuration du maintien à domicile (protocole de fonctionnement, fiches de liaison, réunions de synthèse, etc.) Il est prévu d'utiliser le même logiciel métier, Titan, en fonction à l'EHPAD, au SSIAD et à l'hôpital.

Je proposerai également à la réflexion des partenaires, la faisabilité, dans le cadre de la coordination du dispositif, d'un dossier informatisé commun du maintien à domicile, avec l'accord des bénéficiaires et/ou des proches. Ce recueil de données, essentiel au partenariat, facilitera la transmission des informations entre intervenants auprès d'une même personne, et notamment la collaboration ville-hôpital /intervenants médicaux, paramédicaux et sociaux. L'importance des transmissions est telle pour assurer la qualité d'un accompagnement gérontologique par nature complexe et multidimensionnel, qu'un logiciel partageable sur le CLOUD (avec accès restreint de certaines sections selon le niveau d'informations non partageables et couvertes par le secret médical ou professionnel) entre les différents intervenants, pourrait être acquis. Ce qui permettrait de mettre en place un suivi rigoureux des projets individualisés et des soins, une lisibilité et la traçabilité, afin de sécuriser au mieux les personnes âgées au domicile.

Je pourrais en cela m'inspirer d'expériences très encourageantes d'outils collaboratifs de maintien à domicile, « *à l'instar du système d'information partagé E-TICCS en Bourgogne-Franche-Comté ; [...] au service de la coordination de proximité, clinique ou d'appui. Il permet un partage immédiat de l'information et du suivi de la prise en charge du patient en étant accessible à l'ensemble des acteurs des secteurs sanitaire (hospitalier et ambulatoire), social et médicosocial. De la demande d'appui, en sortie d'hôpital ou autre, à l'élaboration du plan personnalisé de santé et à l'affichage de l'agenda patient, son*

alimentation est multi-sources et les échanges entre professionnels facilités par des outils de type "tchat".⁸¹ »

Le plan d'aide sur-mesure prendra aussi en compte les ressources familiales et du réseau de solidarité secondaire, la configuration de l'habitat, les compensations techniques possibles et les possibilités d'autonomie existentielle de la personne. La mise en place des aides proposées sera négociée par l'infirmière coordinatrice en lien avec la famille, et les intervenants envisagés.

Pour les situations les plus préoccupantes, en cas de risques majeurs et de danger, surtout si la personne âgée vit seule et est très isolée, une veille sociale sanitaire et sociale sera mise en place, via la planification de visites à domicile à un rythme suffisant. Si nécessité d'une veille de nuit, celle-ci se concrétisera par passage à horaire programmé (tourné de visite toutes les deux heures de 21h00 à 7h00 en semaine, week-end et jours fériés) d'une infirmière qui pourra mettre en place les mesures appropriées (appel HAD, SAMU, SMUR, POMPIERS, ambulances privées...).

Pour les personnes ne recevant pas de soins ou d'aides à domicile, elles recevront une visite à domicile au moins une fois par semaine. Ces visites permettront d'évaluer dans le temps la réalité et la fiabilité des solidarités dont peut bénéficier ou pas la personne âgée au sein de la famille et du voisinage, ainsi que du réseau de proximité élargi dans l'environnement du domicile (voisinage, commerçants, paroisse, etc.). Le but étant non pas de les remplacer lorsqu'elles sont satisfaisantes, mais de suppléer aux manques et incapacités des aidants non professionnels.

La mission du dispositif décloisonné sera donc également de maintenir/soutenir le rôle des familles et de formaliser les complémentarités /et coopérations avec les professionnels. Ce qui se traduira par une large intégration des aidants présents dans la prise en soins globale. Les plans d'aide seront ainsi co-élaborés avec les proches auprès desquels seront recueillies les informations importantes à connaître pour les soignants et les aidants professionnels.

En outre, les réunions de partenariat devront notamment préciser les complémentarités /frontières entre les soins apportés par les professionnels et ceux dispensés par les aidants reconnus ou réalisés conjointement (toilettes, préparation de piluliers, mesure de la

81 Ministère des solidarités et de la santé Le grand âge et autonomie ATELIER « PARCOURS DES PERSONNES AGEES »
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_atelier_4_parours_des_pa.pdf

glycémie, injections d'anticoagulants préremplis, soins de nursing, administration de médicaments, des repas).

Au cœur du réseau partenarial et du parcours de prise en charge médico-sociale, la liaison avec la filière de soins hospitalière et l'HAD jouera un rôle central. Concernant cette dernière, je la mobiliserai d'autant plus qu'avec la refonte des urgences, les personnes âgées dépendantes n'étant plus admises aux urgences, sauf accident ou symptômes à enjeu vital, il n'y aura guère d'autres alternatives en cas de maladies chroniques ne nécessitant pas d'hospitalisation en aigu.

Je travaillerai tout particulièrement cette question avec les partenaires, et je missionnerai l'infirmière de coordination, pour recueillir et faire circuler tous les éléments d'information favorisant au fil des évolutions, les réajustements du plan d'aide. Que ce soit pour éviter une hospitalisation /institutionnalisation, actualiser auprès des aidants et des intervenants soignants /sociaux à domicile les nouveaux besoins après une hospitalisation /un séjour temporaire à l'EHPAD, ou avant ceux-ci, la transmission d'éléments permettant de prévenir un syndrome de glissement.

Ce recueil d'informations permettra de repérer les situations les plus préoccupantes et par exemple, de prescrire des visites précoces de post-sortie, pour s'assurer de conditions de retour au domicile, suffisantes pour sécuriser la personne et satisfaire ses besoins de base. Des visites à domicile et des mises en situation seront par exemple programmées avec l'ergothérapeute, afin de vérifier si le retour au domicile comporte des risques, (notamment de chutes), si l'environnement matériel est adapté ou non. Dans l'affirmative, l'ergothérapeute proposera l'adaptation de l'environnement si nécessaire, propositions de réaménagements des espaces ou acquisition de matériels qui seront discutées puis validées ou non par la coordinatrice infirmière et moi-même.

Si le plan d'aide doit être réajusté, les modifications de l'organisation du maintien à domicile seront négociées et formalisées par l'infirmière de coordination, avec la famille et les intervenants envisagés.

Tous les un mois et demi (pour ne pas surcharger les partenaires), j'organiserai des réunions de synthèse pour faire le point sur les situations complexes ou particulièrement critiques /préoccupantes, avec les parties prenantes impliquées. Ce type de réunion favorisera une meilleure vision globale des situations, lorsque certains partenaires se trouveront confrontés à des impasses soignantes et/ou sociales : disparition ou épuisement de l'aidants principal, questionnement sur l'opportunité d'une entrée en institution, une HAD ou un accueil temporaire à l'EHPAD.

Sur ce dernier point, est prévu la mise à disposition d'une chambre d'urgence à durée limitée au sein de Bethany Home : il s'agit d'une chambre identifiée et destinée à l'accueil des personnes âgées dépendantes et prises en charge au domicile (dans la limite de la capacité autorisée de l'EHPAD). Les bénéficiaires seront les personnes âgées dépendantes inscrites dans le dispositif et ayant besoin d'un accueil d'urgence.

Enfin, en tant que directrice de l'EHPAD, structure porteuse du dispositif décloisonné, je devrai prendre en compte la responsabilité juridique et le risque moral pour l'institution, entité hospitalière au même titre que les autres responsables des activités portées. Il m'incombera donc de prévenir, autant qu'il est possible, les événements indésirables pouvant survenir dans la réalisation des soins et intervention au domicile, comme cela peut se faire à l'hôpital, en impulsant une démarche de co-élaboration des indicateurs de qualité et de sécurité des actes adaptés au domicile. De même, un protocole de signalement et de traitement des événements indésirables (accidents, incidents, erreurs, etc.) devra être travaillé avec l'ensemble des partenaires impliqués et inclus dans la charte du partenariat.

Les actes de maltraitance exercé par des proches sur une personne âgées peuvent aussi être repérés par les professionnels intervenant auprès de la personne âgée, de diverses manières, via un repérage donnant lieu au croisement des informations recueillies. Les intervenants du réseau décloisonné disposent de plusieurs portes d'entrées pour prévenir et repérer des situations (à risque) de maltraitance sur personnes âgées (épuisement ou sentiment d'impuissance d'un aidant dépassé). Les professionnels peuvent être mis au courant par la personne âgée elle-même, par le partenariat, suite à des observations directes lors de visite à domicile, ou suite à des marques/séquelles physiques ayant donné lieu à soins ou même hospitalisation.

La méthodologie à mettre en place pour aider une personne âgée à se soustraire à la maltraitance au domicile et les différentes étapes d'accompagnement en amont de la judiciarisation se déclineront selon les axes de travail suivants :

En amont de la judiciarisation, l'approche des partenaires intervenant pour aider la personne victime à se soustraire à la maltraitance :

- la veille sociale,
- le travail de liaisons avec les partenaires intervenant au domicile,
- le travail d'accompagnement auprès de l'aidant pour faire cesser les maltraitements et/ou ses facteurs de survenue,
- le rôle clé de l'infirmière de coordination et des services sociaux.

Si la maltraitance perdure, sera formalisé un passage au judiciaire après concertation en synthèse hospitalisation. L'activation d'un signalement aux autorités judiciaires doit être

discutée de manière collégiale en croisant les informations objectives et les analyses. Car la solution, pour les spécialistes, ne réside pas nécessairement dans la voie judiciaire, mais souvent dans l'écoute et la médiation, pour apporter aux aidants des solutions pratiques ou relationnelles aux difficultés ayant généré les maltraitances, la plupart du temps non intentionnelle.

3.4.2 Axe central du dispositif : la confection de repas adaptés

La préparation et la livraison des repas constituera le pivot de l'action et la porte d'entrée pour répondre à d'autres besoins médicaux, paramédicaux et sociaux. Réalisés par le personnel de l'EHPAD, ils seront livrés par les services d'aide à domicile, sur le financement de la collectivité de Saint-Martin (fonds APA).

Cette centralité de l'alimentation des bénéficiaires de l'expérimentation se justifie au regard de la hiérarchisation des besoins, tel que la pyramide des besoins de Maslow⁸² le conceptualise, en plaçant au sommet des besoins primaires : manger, boire, dormir. Ici l'alimentation est un besoin vital supérieur aux besoins de satisfaire les papilles gustatives (le besoin d'épanouissement et de plaisir par la nourriture) et les besoins psychosociaux.

Pour les personnes âgées en perte d'autonomie, cette priorisation de l'alimentation gouteuse en tant que soin, garantit leur longévité et la préservation de leurs habilités sociales. À défaut, amaigrissement, risque de dénutrition, malnutrition, syndrome de glissement* liés au dégoût mettent en péril les chances de survie de la personne âgée.

Dans cette perspective, il s'agira d'éviter à tout prix les repas standardisés mais à l'inverse, de promouvoir la mise en place de menus individualisés tenant compte des goûts, attentes des bénéficiaires et de leurs limitations physiologiques impactant leur alimentation (problème d'appétit, déglutition difficile, difficultés pour mâcher liées à des problèmes de dentition, fausses routes, problèmes digestifs, régimes alimentaires, etc.)

Et ce, d'autant plus que l'administration des repas délivrés ne se fera pas la plupart du temps dans le cadre d'un accompagnement, mais seule au domicile, pour une personne âgée particulièrement encline à ne pas le consommer si celui-ci ne lui paraît pas appétissant, ni à son goût.

L'offre de repas sera donc modulable selon les besoins et les attentes. Pour y parvenir, tout un travail sera à mener avec le personnel de l'EHPAD en charge de la confection des repas. Tout d'abord, en ce qui concerne cette nouvelle tâche en elle-même, je devrais, lors d'une réunion de concertation informer et expliquer aux personnels concernés le transfert des repas supprimés consécutivement à la suppression de 12 places au sein de l'EHPAD, au

⁸² Maslow, A. *Devenir le meilleur de soi : Besoins fondamentaux, motivation et personnalité*, Eyrolles, 2013

bénéfice de personnes accompagnées hors les murs. Il me faudra déconstruire les arguments invoqués relatifs à l'impossibilité matérielle de consacrer du temps supplémentaire pour des personnes extérieures à l'établissement, compte tenu du fait qu'ils sont déjà assez occupés avec la confection des repas en interne. Il me faudra faire preuve de fermeté en démontrant chiffres à l'appui (avant/après la réduction du nombre de places) la sous-activité réelle au-delà du sentiment subjectif d'occupation à temps plein.

Sur le plan qualitatif de l'impulsion des changements nécessaires à l'élaboration de repas co-élaboré avec les usagers extérieurs à l'établissement, avec l'aide du responsable concerné, j'œuvrerai à faire évoluer les représentations et le niveau de connaissances du personnel, quant au bien-fondé de la prise en compte des goûts et des besoins spécifiques aux personnes très âgées isolées et vulnérables, dont la psychophysiologie de l'alimentation requiert du sur-mesure.

Pour ce faire, je mobiliserai également (signature d'une convention de fonctionnement) le diététicien de l'hôpital de Saint-Martin ou de Guadeloupe, spécialisé dans l'utilisation de produits locaux compatibles avec les problèmes de glycémie du public de gériatrie.

Ce diététicien aura pour mission d'accompagner la mise en place de menus adaptés, mais aussi de contribuer à l'adhésion à une nouvelle approche de maintien et de stimulation de l'appétit des aînés au domicile, particulièrement à risque de perte d'appétit et de dénutrition. L'objectif étant de modifier les pratiques sur les menus, et que les personnels chargés de la préparation des repas adhèrent à... et s'approprient l'impératif de stimuler l'appétence de la personne âgée par des aliments diversifiés, locaux autant que possible (car c'est ceux auxquels elle est habituée), relevés, et bien présentés pour éviter la monotonie, ou le dégoût.

Pour motiver les salariés vivant ces modifications comme des contraintes chronophages et/ou énergétivores, cette dimension pourra faire l'objet de formations dédiées, valorisables en termes d'élargissement du portefeuille de compétences, communicables aux collègues et statutairement gratifiante (symboliquement et sur le plan concret via promotions et/ou primes, rôle formel de référent « adaptation des menus hors les murs »).

3.5 La démarche d'évaluation

Cette évaluation s'intéressera aussi bien aux critères et indicateurs objectifs concernant les bénéficiaires, qu'à la démarche qualitative d'ensemble du fonctionnement dispositif.

3.5.1 Intégrer la démarche évaluation au cœur du projet à l'échelon inter-partenarial

Ma démarche évaluative s'inscrira dans la démarche qualité inhérente à l'intervention médico-sociale, dans le sillage de la loi de 2002 (obligation réglementaire pour l'évaluation interne et externe de l'EHPAD).

La co-évaluation du dispositif décloisonné s'imposera aussi à moi sur le plan éthique, et sera proposée à chaque membre de l'équipe : placer dès le départ l'ensemble des membres du réseau en position d'acteurs de l'évaluation (initiale et continue) constituera en effet un levier pour obtenir leur adhésion/ participation aux actions partenariales menées. Cela se traduira par la création et l'adoption d'outils communs de suivi (grilles d'évaluation initiale concertée et grilles d'évaluation semestrielles des situations et des besoins) au niveau de la mise en œuvre des projets personnalisés, auprès des bénéficiaires et de leurs aidants.

Il s'agira aussi pour moi d'une évaluation permanente des prestations au regard des objectifs fixés, en mesurant les écarts entre prévu et réalisé, ou entre deux étapes du processus.

Enfin, sera également au cœur de l'évaluation du dispositif, la progression du partenariat entre acteurs du soin, du secteur social, et des personnels de l'aide à domicile. Les comptes-rendus écrits des réunions et la traçabilité de tous les échanges permettront de connaître le sens de cette progression.

Des bilans annuels seront en ce sens organisés en réunion de partenariat.

L'intensification et l'amélioration de la coopération entre les professionnels /institutions impliquées sera évaluée à travers des éléments précis suivants :

Actions évaluées	Critères	Indicateurs	Outils
Construction du partenariat	<p>Fonctionnement sur le terrain des conventions de partenariat : difficultés, succès et freins</p> <p>Évolution de la participation des acteurs du soin aux réunions, synthèses, formations etc.</p> <p>Implication des partenaires.</p>	<p>Présence des acteurs concernés</p> <p>Effectivité de la mutualisation et des collaborations acteurs COM/ÉTAT/libéraux/associatifs</p> <p>Respect du calendrier des actions conventionnées</p> <p>Fréquence, professionnels présents.</p> <p>Nombre de demandes individuels et collectives de formation, et formations effectives</p> <p>Prises de parole en réunion.</p> <p>Prises en compte des besoins et des freins relevés</p> <p>Propositions de solutions et de mises à disposition en faveur de la synergie des actions.</p>	<p>Feuilles d'émergence</p> <p>Compte rendus de réunion de cadrage.</p> <p>Nombre de projets personnalisés formalisés.</p> <p>Tableau de suivi des formations</p> <p>Comptes-rendu de réunion</p> <p>Nombre de professionnels se portant volontaires pour être référents de parcours.</p> <p>Bilan d'activité des membres actifs du dispositif</p>
Coordination opérationnelle entre intervenants	<p>Évolution qualitative et quantitative des liaisons et collaborations, entre les professionnels hospitaliers, du médico-social, du soin, de ville, de l'HAD et les aidants.</p>	<p>Fréquence et qualité des liaisons.</p> <p>Procédures et protocoles élaborés.</p>	<p>Fiches de liaison (quantitativement et pertinence, utilité des contenus).</p> <p>Grilles et outils de coordination créés par le réseau.</p>

3.5.2 Une évaluation ayant pour objectif de mesurer la couverture des besoins quantitativement et qualitativement

Il m'appartiendra de proposer des critères et des indicateurs d'évaluation de la dynamique de maillage territorial des besoins au domicile des personnes âgées dépendantes, et de les réajuster le cas échéant, suite aux réunions de concertation dédiées.

Actions évaluées	Critères	Indicateurs	Outils
<p>Efficience de la prescription</p> <p>Ciblage du public âgé dépendant le plus vulnérable</p>	<p>Modalité d'entrée dans le dispositif</p> <p>Respect des critères d'inclusion dans le dispositif.</p>	<p>Répartition des entrées selon prescripteur</p> <p>Effectifs et caractéristiques des bénéficiaires du dispositif (socio-géo-démographiques et médico-sociales) du public accompagné.</p>	<p>Fiche de liaisons et tableaux récapitulatifs</p> <p>Tableaux Excel de présentation des personnes accompagnées dans le cadre du dispositif.</p> <p>Grilles de dénombrement et répartition des différentes prestations initiées à partir du dispositif.</p> <p>Comptes-rendu de réunion.</p>
<p>Effectivité des réponses programmées pour répondre aux besoins du public cible</p> <p>• Axe repérage • Axe repas • Axe veille sociale</p> <p>Le niveau d'adéquation entre l'orientation/prescription et l'indication du dispositif et performance des réponses</p>	<p>Évolution qualitative et quantitative des liaisons et collaborations, entre les professionnels hospitaliers, du médico-social, du soin, de ville, de l'HAD et les aidants.</p> <p>Délivrance des opérations et prestations projetées</p> <p>• quantitativement</p> <p>• qualitativement</p> <p>Modalités de sortie du dispositif</p>	<p>Nombre, qualité, et appropriation des procédures et protocoles élaborés.</p> <p>Effectivité de la livraison de repas, repérage et volume volume des prestations medico-sociales/ veille sociale.</p> <p>Nombre de bénéficiaires par semestre pour chaque type de prestations.</p> <p>Qualité des interventions.</p> <p>Bienveillance et impact positif sur les personnes accompagnées.</p> <p>Sécurisation des interventions professionnelles</p> <p>Répartition des sorties selon cause (décès, institutionnalisation, hospitalisations, pourcentage des hospitalisations non programmées)</p>	<p>Nombre et contenu des informations renseignées dans les outils numériques communs (nombre d'utilisateurs, volume des mails et des transmissions ciblées).</p> <p>Tableaux Excel de présentation du nombre de soins infirmiers effectués, bilans d'ergothérapie, de psychomotricité, consultations du psychiatre, gériatre, médecin coordonnateur, nombre d'interventions d'aide à domicile, d'entretiens sociaux etc.).</p> <p>Fiches d'incidents et tableaux récapitulatifs</p> <p>Bilans avant / après de la situation psycho sociale des bénéficiaires.</p> <p>Nombre d'événements traumatogènes au domicile avant / après interventions dans le cadre du dispositif.</p> <p>Questionnaires de d'évaluation destinés aux bénéficiaires</p> <p>Fiches d'incidents liées aux interventions des opérateurs</p>

Cette évaluation sera effectuée via des grilles de suivi⁸³, puis co-finalisée en réunion de concertation, à partir d'outils pré-renseignés en amont par l'infirmière coordinatrice et moi-même.

Les bénéficiaires et leurs familles seront associés au processus d'évaluation via des questionnaires de satisfaction ainsi que des entretiens ciblés, afin de mesurer individuellement la totalité des effets de la sécurisation et/ou amélioration de la situation globale et la personnalisation de l'accompagnement.

Enfin, l'évaluation du dispositif décloisonné ne serait pas complète si je n'y incluais pas également une évaluation de ma propre gouvernance en tant que chef de projet.

Cette (auto) évaluation guidera mon action tout au long du déroulement de la mise en œuvre du projet, et fera partie de mon entretien annuel avec ma hiérarchie hospitalière, à partir de la confirmation ou de l'infirmité des résultats escomptés suivants :

- La balance temps-énergie / résultats consacrée au projet est positive.
- Mon engagement personnel et professionnel a permis d'initier une dynamique de mobilisation et de confiance réciproque au sein du réseau partenarial, qui perdure dans le temps.
- Ma fonction de directrice d'EHPAD a été celle d'une facilitatrice du fonctionnement partenarial, ayant favorisé une harmonisation des réponses apportées aux bénéficiaires du projet expérimental, et impulsé la mise en synergie et la mutualisation des ressources sur le territoire, dans le champ du maintien à domicile.
- La prise en compte des difficultés des salariés de l'EHPAD face à l'accompagnement des bénéficiaires hors les murs a permis de lever les résistances de départ (adhésion au principe d'une structure ouverte au-delà des seuls résidents).
- Mon leadership a permis au personnel de l'EHPAD de gagner en compétences partenariales, et polyvalence.
- Ma communication efficiente m'a permis de jouer un rôle de médiatrice parvenant à rapprocher des acteurs antérieurement peu enclins à coopérer (hôpital /HAD, acteurs de ville et acteurs associatifs, COM et ARS...)

83 Voir fiches annexes

Conclusion

Ma volonté et ma conviction à travers le projet déployé dans ce mémoire, et ses prémices sur le terrain, est de m'appuyer sur la commande institutionnelle pour en faire un levier éthique de bienveillance, au service d'une population âgée vulnérable, aux besoins jusqu'à présent non pris en charge ou de manière insuffisante sur le territoire de Saint-Martin.

À travers le dispositif expérimental présenté, au service d'un public cible quantitativement limité initialement, il s'agit de démontrer la faisabilité d'une prise en charge de qualité, au service des aînés très dépendants et/ou isolés, dans un contexte contraint financièrement, mais non dépourvu de moyens et de ressources à optimiser.

Le développement d'une culture du décloisonnement, de mutualisation et de coopération entre acteurs d'EHPAD, de l'hospitalisation classique à domicile et du maintien à domicile ou encore de ville, va de pair avec une approche de parcours personnalisé, respectueuse des choix de vie des personnes accompagnées et de l'engagement auprès d'elle et de leurs aidants.

C'est dans cette perspective, que je suis avant tout comme une facilitatrice d'un réseau naissant de proximité, à structurer et à animer, dans une synergie opérationnelle, mais en conservant à chacun des acteurs ses prérogatives, son périmètre propre d'intervention et ses méthodologies singulières issues de son identité professionnelle.

Bien évidemment, je m'attends, comme dans tout partenariat, à des limites, freins et difficultés, qui comme nous l'avons compris tout au long de ce mémoire, ne manqueront pas de survenir dans la mise en œuvre concrète des objectifs projetés. En particulier sur un territoire comme Saint-Martin, fragilisé par des crises successives renforçant le manque criant de moyens matériels et de structures.

Mais je pense pouvoir m'appuyer sur des bonnes volontés locales, qui ont permis d'ores et déjà de faire face à des catastrophes naturelles d'ampleur, en transcendant auprès des aînés en péril, des cloisonnements qui paraissaient auparavant indépassables.

Ce volontarisme est aussi le mien, et cette convergence me porte à poursuivre avec détermination dans la voie de l'« aller vers » la population âgée la plus à risque de mort prématurée, pour défaut de soins. Il y va de nos principes humanistes et républicains de tout mettre en œuvre pour ne laisser aucune personne de côté, dans l'accès à une fin de vie digne et conforme à son projet de parcours de vie.

L'enjeu est de taille, car ce projet expérimental a également vocation à démontrer aux tutelles (État/COM) non seulement la faisabilité du projet mais aussi la performance à la fois financière et sociale, transposable à l'échelle de la population concernée dans son exhaustivité. Je mesure à cet égard la responsabilité qui est la mienne, en termes de

capacité à générer cette valeur ajoutée du dispositif décloisonné pour l'extension et la pérennisation du projet.

Cette quête de la dignité due aux aînés les plus fragiles va aussi de pair avec le souci de prendre soin des aidants investis au quotidien aux côtés de leurs proches se maintenant difficilement à domicile, lorsque la dépendance les submerge tous au quotidien.

Pour prévenir les risques de burn-out de l'aidant, ou la maltraitance de l'ainé, faute de relais professionnels suffisants, je souhaite promouvoir des solutions alternatives complémentaires dans un deuxième temps du projet, notamment à travers le « baluchonnage ». Il s'agit d'une aide de remplacement aux aidants naturels de personnes dépendantes afin que les « baluchonneurs » recrutés leur permettent de souffler quelques heures, plusieurs jours ou plusieurs semaines, en s'installant au domicile de la personne aidée pour relayer l'aidant. S'inscrivant dans l'« aide au répit » recommandée par les pouvoirs publics, ce baluchonnage m'apparaît comme tout à fait en continuité avec l'élan spontané de solidarité imprégnant les mentalités Saint-Martinoises à l'égard des grands aînés dépendants.

Je suis également de près les progrès de la couverture du réseau Internet à haut débit sur l'île de Saint-Martin, car en me projetant à moyen terme, j'envisage, dès que cela sera possible techniquement, de proposer aux tutelles la mise en place également de solutions relevant des géronto-technologies.

Qu'il s'agisse de téléalarme, de consultations télé-médecine, d'équipements ou outils numériques introduits au domicile, je suis profondément convaincue que les technologies NTIC* constitueront dans un proche avenir un outil clé, non seulement de la maîtrise des dépenses du risque dépendance, mais surtout de la sécurisation exhaustive des aînés grands dépendants à haut risque au domicile.

Que cela soit les réponses envisagées concernant le baluchonnage, des technologies numériques, ou toute autre solution innovante, à moyen terme, ces solutions font naître l'espoir de l'allongement et de l'amélioration de la vie de personnes âgées en danger ou en détresse au domicile.

J'espère ainsi pouvoir intégrer ce type de solutions au dispositif décloisonné de maintien à domicile des aînés de Saint-Martin, à moyen terme.

Pour y parvenir, il me faudra bien sûr renforcer ou initier de nouveaux moyens (financiers, humains) pour compenser la faiblesse des enveloppes budgétaires, entre autres, à la manière des réseaux de soins locaux en vigueur aux États-Unis (cf. « Preferred Provider Organizations » (PPO) ou « Health Maintenance Organizations (HMO). » Compte tenu de la proximité culturelle et géographique avec les États-Unis et les îles voisines anglo-saxonnes, pour accompagner cette recherche innovante de crédits, l'objectif pourrait être

de créer une dynamique générée par les opérateurs de santé trans-îles et non uniquement par les autorités de tutelle : à savoir « *faire adhérer le plus grand nombre au dispositif* ».

En effet, dans un contexte où le financement du 5^e risque de la dépendance est en cours de construction, l'innovation et la créativité sont plus que jamais de mise pour répondre à des besoins exponentiels dans les années à venir dans le champ gérontologique : sur le plan des financements manquants à trouver, de solidarités à impulser et à structurer, d'optimisation des moyens existants : toutes les voies seront à développer pour les dirigeants du champ gérontologique.

Tel est le défi qui est le mien, à partir de ce modeste projet mais bien au-delà...

Bibliographie

Ouvrages

Bernoux, P. *Sociologie des organisations, nouvelles approches*, Édition Sciences humaines, 2005

Clot, Y. *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, Édition La Découverte, 2015, 200 p.

Crozier M., Friedberg. E. *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, 1977, 436 p.

Cudennec, T. Guénot, C. *Fiche de soins infirmiers en gériatrie et gérontologie*, Masson 2017, 734.p

Robert, H. *Le réseau Alma all. maltraitance* in Yves Gineste Silence, On frappe, de la maltraitance. La maltraitance des personnes âgées, 2004, 328 p.

Jeffry, D. *Saint-Martin, Déstabilisation sociétale dans la Caraïbe française* Éditions L'Harmattan, 2010, 252 p.

Maslow, A *Devenir le meilleur de soi : Besoins fondamentaux, motivation et personnalité*, Eyrolles, 2013, 384 p.

Mintzberg, H. *Ce que font vraiment les managers*, Éditions Vuibert, 2011, 350 p.

Trembley, M. *La mobilisation des personnes au travail*, collection « racines du savoir », 2006

Vercauteren, R. et Latouche, A. *Assistante sociale auprès des personnes âgées*, éd. ERES, 1997, 152 p.

Rapports

Insee, *résultats statistiques du recensement de la population en 2015, exploitation principale* in Panorama de Saint-Martin

https://www.iedom.fr/IMG/pdf/panorama_2017_-_edition_2019_-_saint-martin.pdf

Cour des comptes,

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-maintien-domicile-des-personnes-agees-en-perte-dautonomie-juillet-2016>

Enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance INSEE, 2011

Insee dossier Guyane Antilles, *Saint-Martin : Terre d'accueil et de contrastes* 2016

FEHAP, « *Note sur le bilan de la première génération des SROMS 2012-2016* »

Rapport d'évaluation externe en date du 16/04/2021 Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) "Claire Arrondell" de Saint-Martin

Schéma territorial d'aide social et médico-sociale de la COM de Saint-Martin 2011 (COM)

MIRE- DREES-CNSA- *Mesure de la qualité et qualité de la mesure de l'aide au domicile 2013*-<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2016-3-page-101.htm>

Rapport P Gustin *rapport d'observation définitive sur la gestion de la collectivité de Saint-Martin sur la période 2007-2016* CTC Saint-Martin,

Note de présentation de l'établissement Bethany Home,

Rapport d'activité de l'EHPAD Béthany Home, 2020

Jeandel et Guérin RAPPORT de MISSION 25 recommandations Unités de Soins de Longue Durée Et EHPAD,

Textes de loi

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000027037614/

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 « portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires »,

Magazines/ revues

Aider nos parents âgés. 60 millions de consommateurs. Hors-série expert. Janvier--février 2006, n° 91, 130 p.

Jacob, P. L'inexorable convergence du sanitaire et du médico-social. L'avenir du sanitaire est dans le social et le médico-social, (p. 127-137)

Argoud, D. Nouveaux acteurs, nouveaux enjeux : quel avenir pour l'action sociale vieillisse ? Vie sociale 2016/3 (n° 15), p. 101-115

Hardy, J.-P. L'inexorable convergence du sanitaire et du médico-social. L'avenir du sanitaire est dans le social et le médico-social Les cahiers de l'actif (numéro 438 /439) (p. 143-154)

Lafore, R. L'inexorable convergence du sanitaire et du médico-social. Les cahiers de l'actif numéro 438 /439 (p. 31-44)

Benattig, R. *L'accompagnement social, éléments d'analyse sur les réalités et le devenir des pratiques professionnelles sociales actuelles* – Migrations études (n° 89 Juillet/Août/Sept.1999) (p. 1-12)

Savignat, P. *Action sociale et loi HPST convergence ou incohérence ?* Les cahiers de l'actif (numéro 438 /439), (p. 31-44)

Nioche J.-P., *L'éducation au management face aux défis du XXI^e siècle*, Revue française de gestion, (volume 33/178-179), (p. 13-23)

De l'EHPADocentrisme au domicile-centrisme. ASH du 07.12.2018

Sitographie

Moatty, A, Grancher, D, Virmoux, C & Caverio, J. *Bilan humain de l'ouragan Irma à Saint-Martin : la rumeur post-catastrophe comme révélateur des disparités socio-territoriales*

https://tirex.univ-montp3.fr/publi/geocarrefour-12918_rumeur.pdf,

[https://fr.wikipedia.org/wiki/Saint-Martin_\(Antilles_fran % C3 % A7aises\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/Saint-Martin_(Antilles_fran%C3%A7aises)),

https://www.fabula.org/actualit%C3%A9/anthropologie-de-la-m%C3%A9decine-creole-ha%C3%AFtienne_82610.php,

<https://www.collectivites-locales.gouv.fr/institutions/le-cadre-constitutionnel-general-issu-des-articles-72-73-et-74-de-la-constitution>,

<https://www.emploi-collectivites.fr/sujetion-geographique-isg-dom-tom-blog-territorial>,

Bilan de l'administration provisoire du CH Louis Constant Fleming,

<https://www.stmartinweek.fr/2019/10/04/bilan-de-ladministration-provisoire-du-c-h-louis-constant-fleming/74127>,

<http://www.ehpad-fr.org/apl-ehpad/>,

<https://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maia>,

Panorama de Saint-Martin https://www.iedom.fr/IMG/pdf/panorama_2017_-_edition_2019_-_saint-martin.pdf,

https://www.isere.fr/mda38/Lists/DocumentaryResources/Attachments/7300/181129_MF_Etude%20EHM_DM_Version%20Finale.pdf,

<https://www.cadredesante.com/spip/emploi/article/directeur-d-ehpad-un-metier-tres-porteur-de-sens>,

<https://www.proximologie.com/proximologie/contexte/contexte-socio-economique/>,

https://www.isere.fr/mda38/Lists/DocumentaryResources/Attachments/7300/181129_MF_Etude%20EHM_DM_Version%20Finale.pdf,

Les proches aidants des personnes âgées, les chiffres-clés Edition 2019 Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES)
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/infographie-video/les-proches-aidants-des-personnes-agees-les-chiffres-cles-edition>,

Warin, P. *Le non-recours, définition et typologie*, observatoire des non recours au droit et services.

https://odenore.msh-alpes.fr/documents/WP1definition_typologies_non_recours.pdf,

Ministère des solidarités et de la santé *Le grand âge et autonomie : atelier parcours des personnes âgées*

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_atelier_4_parcours_des_pa.pdf,

Conférences

F. BALTA-intervention Dasy 2004

Liste des annexes

Annexe 1 - Les Sigles

APA : allocation personnalisée d'autonomie.

ARS : agences régionales de santé. Le rôle est de décliner et de piloter les politiques nationales de santé du ministère de la santé à l'échelle des régions.

ASPA : allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) versées aux retraités ayant des ressources insuffisantes pour vivre décemment.

CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Cette caisse contribue aux politiques publiques en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie des personnes âgées, des personnes handicapées.

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

HAD : hospitalisation à domicile.

MAIA : méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie. Il s'agit d'un dispositif constitué d'un réseau ayant vocation à faciliter l'intervention des soignants, travailleurs sociaux et professionnels de l'aide à domicile auprès de personnes âgées en situation de perte d'autonomie.

NTIC : nouvelles technologies de l'information et de la communication.

SSAD : service de Soins et d'Aide à Domicile.

SSIAD : service de Soins Infirmiers à Domicile.

SSR : les Soins de Suite et de réadaptation (SSR) font office de Maison de repos et dispensent des soins de rééducation préparant le retour au domicile.

Annexe 2 – Plaquette présentant le dispositif aux personnes âgées dépendantes aux aidants et aux professionnels

EHPAD Bethany Home

15 Route du Grand Saint Martin
Galisbay
97150 SAINT MARTIN

Tel: 05 90 87 84 02

Fax: 05 90 87 15 68

Mail: Contact-CSMDA@bethanyhome.com

Contact personne âgée/ aidant:

Infirmière de coordination: Mme XXXXX

Tel:

Mail:

Contact réservé professionnels:

Mail:

**Quand la dépendance....
me concerne, moi
ou
une personne dont je prend soin...**

Qui pour aider?

Coordination Saint-Martinoise de
maintien à domicile des aînés (CSMDA)



Je sors de l'hôpital,
après une chute à la maison.
Je n'y arrive plus toute seule
à la maison

Des solutions existent sur orientation de mon médecin et de mon assistante sociale ou de mon infirmière:



Une étude puis une aide pour accéder aux droits pour un soutien (ménage, toilette, écoute, etc) ou des soins, au domicile par un ou plusieurs professionnels



L'aide actuelle ne suffit plus. La révision du plan APA peut être nécessaire. Il permettra d'obtenir plus d'aides humaines et/ou techniques



Des prestations proposées par des services d'aide à domicile peuvent vous faciliter la vie à la maison :



Il existe aussi des équipements/adaptations du domicile pour compenser la perte d'autonomie, en cas de maladie ou de handicap, et/ou à faciliter les soins



Médecin, infirmière ou aide
à domicile, j'interviens auprès
d'une personne âgée,
et ce ce n'est pas suffisant.
Sa situation m'inquiète:
Je ne sais pas vers qui me tourner.

La Coordination Saint-Martinoise de Maintien à domicile des aînés (CSMDA) propose :

- ✓ un repérage
- ✓ une évaluation et un aiguillage vers les partenaires indiqués
- ✓ de la livraison de repas si nécessaire
- ✓ des visites à domicile, des appels téléphoniques et une surveillance (veille sociale)

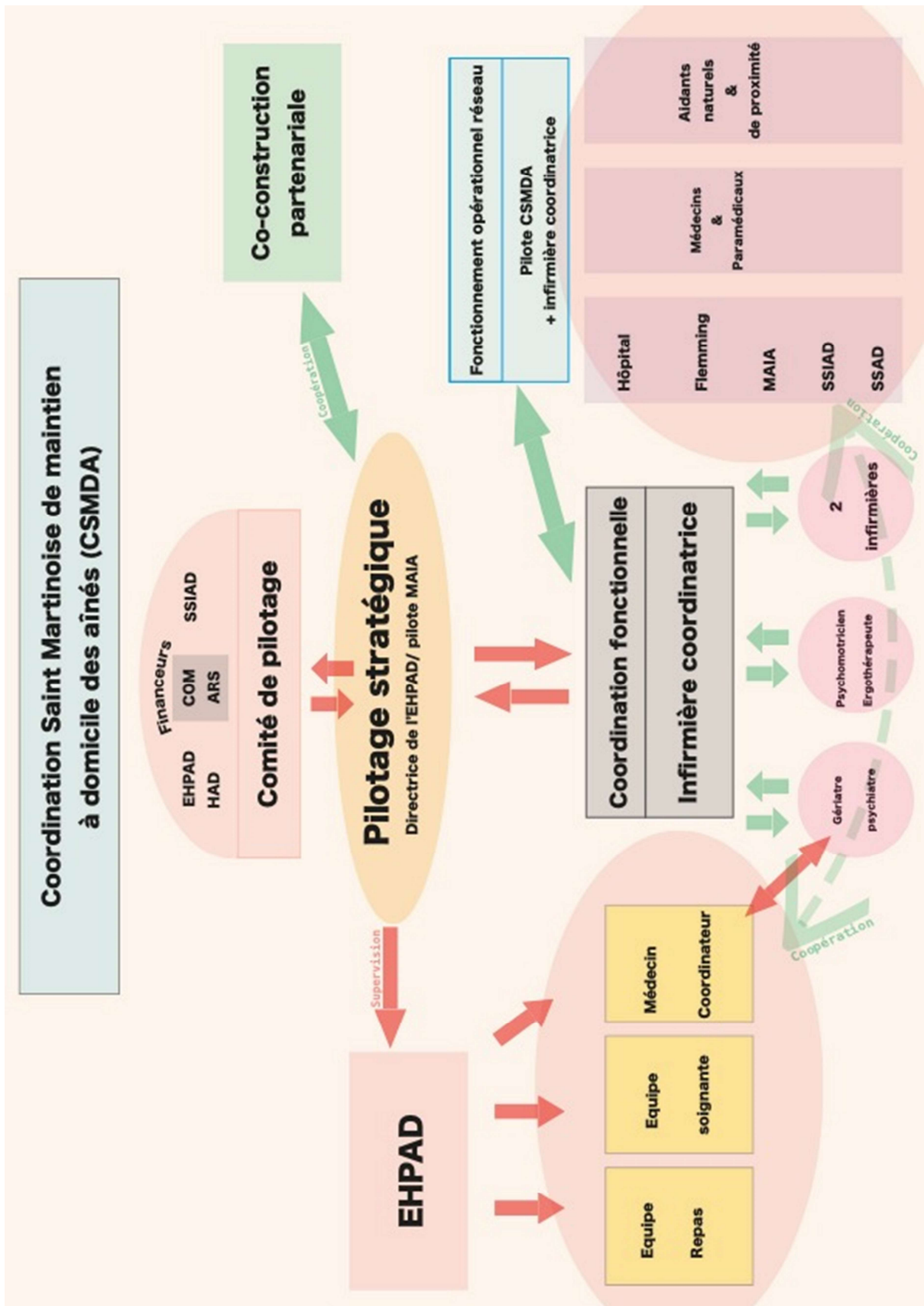
Un partenariat réunissant

- Hôpital/EHPAD/HAD
- Professionnels de santé privés et publics, assistantes sociales
- Services de soins infirmiers (SSIAD) et d'aide à domicile (SSAD), pour un accompagnement de qualité ainsi qu'un soutien à l'aidant principal

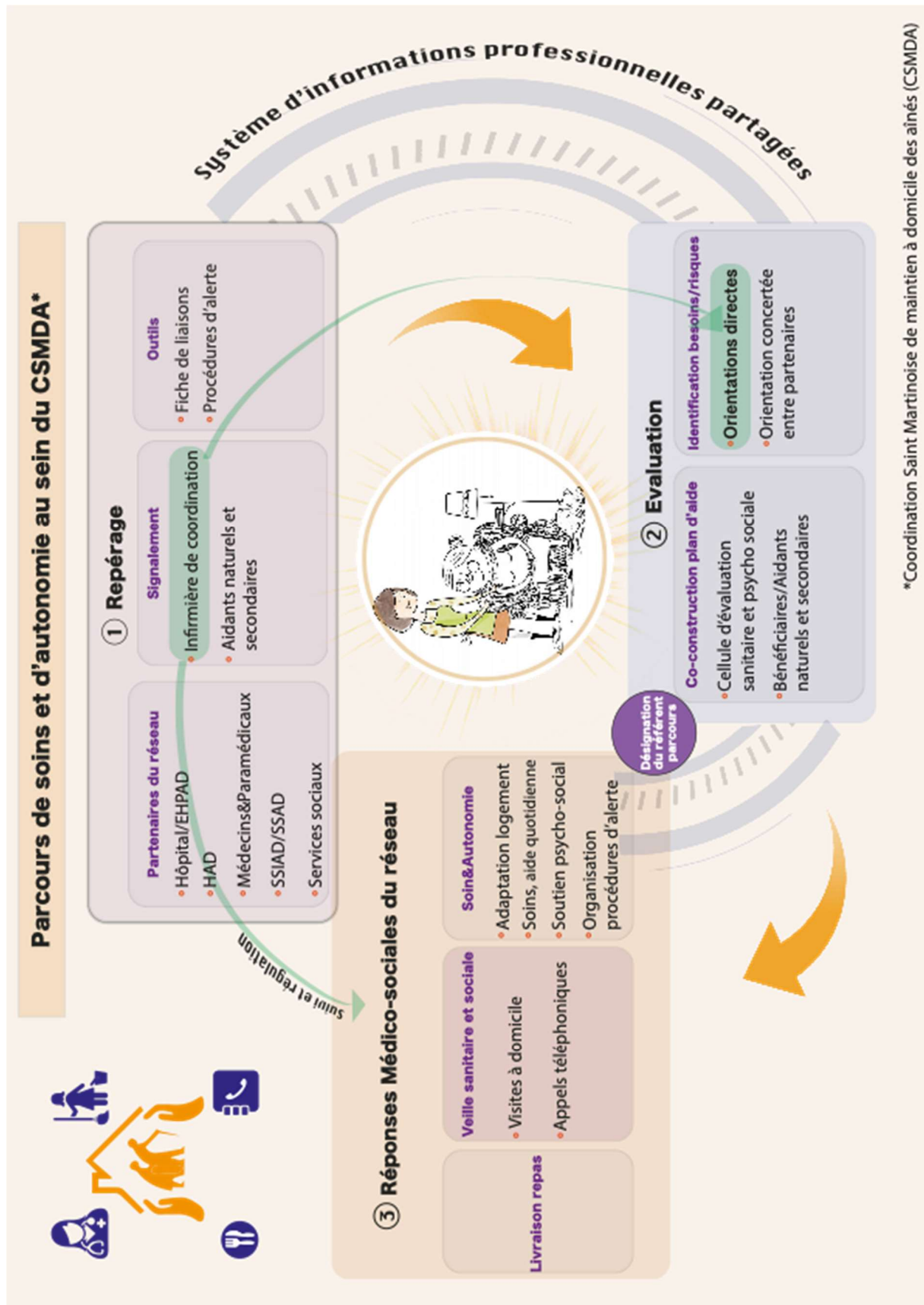
La perte d'autonomie de
ma mère s'aggrave.
Le reste de la famille vit loin et
je crains de devoir faire face seule
alors que je suis déjà épuisée.



Annexe 3 - Organigramme stratégique et opérationnel



Annexe 4 - Organigramme stratégique et opérationnel

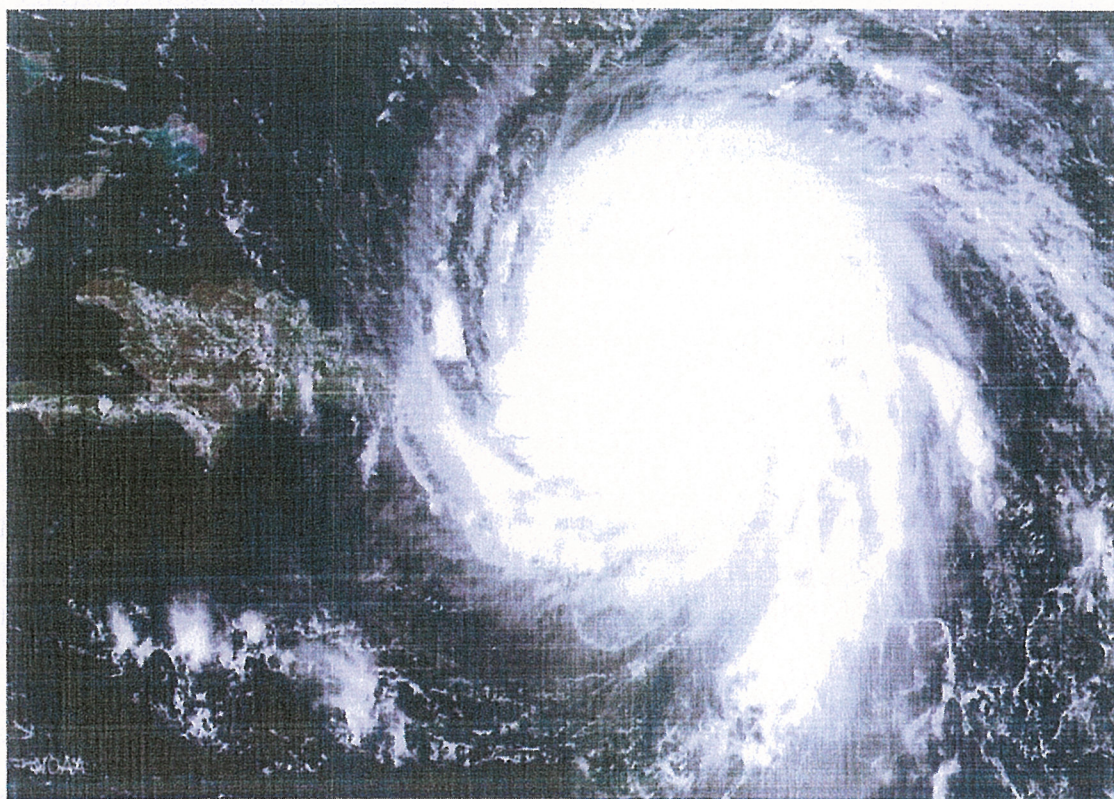


Annexe 5 – Budget Primitif

BUDGET PREVISIONNEL SUR 3 ANS

CHARGES	N	N+1	N+2	PRODUITS	N	N+1	N+2
60 - Achat	271 450 €	345 262 €	441 075 €		259 202,00 €	355 120,00 €	712 037,00 €
Achats d'études et de prestations services							
prestations repas	229 950 €	325 762 €	421 575 €	ARS	29000	29000	290 000
prestations transports	7 000 €	7 000 €	7 000 €	CNSA via la Com	216810	307148	397 485
Achats				Contribution des usagers	13392	18972	24 552
<i>Fourniture /petit équipement : Téléphones portable et tablettes</i>	2 000 €						
<i>équipement bureautique : ordinateur, scans, sac ,ordinateur, logiciel métier, édition plaquette de présentation multilingue)</i>	5 000 €						
<i>Materiel de soin (masques, gel, sur-blouses, gants)</i>	20 000 €	5 000 €	5 000 €				
	7 500 €	7 500 €	7 500 €				
61 - Services extérieurs	5 000 €	5 000 €	5 000 €				
connexion internet	1 000 €	1 000 €	1 000 €				
Assurance responsabilité civile	2 000 €	2 000 €	2 000 €				
abonnements	2 000 €	2 000 €	2 000 €				
62 - Autres services extérieurs	280 €	250 €	200 €				
Honoraires comptables							
Publicité, publication							
Frais postaux et de télécommunications : ouverture de ligne et abonnements	280 €	250 €	200 €				
Services bancaires, autres							
64- Charges de personnel	290 000 €	290 000 €	290 000 €				
Paramédicales							
IDE coordinatrice	45 000 €	45 000 €	45 000 €				
AS	20 000 €	20 000 €	20 000 €				
IDE de nuit x 2	110 000 €	110 000 €	110 000 €				
Médicales							
Ergotherapeute	15 000 €	15 000 €	15 000 €				
Ortophoniste	15 000 €	15 000 €	15 000 €				
Psychomotricien	15 000 €	15 000 €	15 000 €				
Gérialre et gérontopsy	70 000 €	70 000 €	70 000 €				
Administratif							
Secretariat adm et comptable (gestion de planning...etc) Temps de direction							
65- Autres charges de gestion courante				75 - Autres produits de gestion courante			
66- Charges financières				76 - Produits financiers			
67- Charges exceptionnelles							
68- Dotation aux amortissements							
69- Impôts sur les bénéfices N/A	- €	- €	- €				
TOTAL DES CHARGES PREVISIONNELLES	566 730 €	640 512 €	736 275 €	TOTAL DES PRODUITS PREVISIONNELS	259 202,00 €	355 120,00 €	712 037,00 €

Annexe 6 – Bilan des évaluations médico-sociales post Irma



**BILAN DES EVALUATIONS MEDICO-SOCIALES
POST IRMA
Collectivité de Saint-Martin**



REMERCIEMENTS

Tout d'abord, j'adresse mes remerciements à toutes les personnes qui ont bien voulu consacrer de leur temps pour les entretiens et les évaluations.

- les 173 personnes âgées et 27 personnes en situation de handicap ;
- le personnel missionné par le conseil départemental de la Guadeloupe ;
- le personnel de la Collectivité de Saint-Martin ;
- l'EHPAD Bethany Home -la MAIA ;
- le personnel de la Direction de l'Autonomie des Personnes.

Une pensée, pour ceux qui nous ont quitté Mme ARRONDELL et M RACON.

INTRODUCTION

Le territoire de Saint-Martin a été lourdement affecté par le passage du Cyclone Irma, le 6 septembre 2017. Dans les jours qui ont suivi l'ouragan, par solidarité avec la COM de Saint-Martin, le Département de la Guadeloupe, membre de la plateforme d'accueil instituée par l'État à l'aéroport Pôle Caraïbes, a mis en place un dispositif d'accueil, d'évaluation, d'orientation et de prise en charge en urgence de mineurs non accompagnés, de mineurs isolés étrangers, de femmes enceintes, de personnes âgées et des personnes handicapées évacués de Saint-Martin.

Un diagnostic partagé entre différents acteurs institutionnels, médicaux ou associatifs a mis en évidence le besoin d'évaluer la situation et les conditions de maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et de personnes en situation de handicap mis à mal par la dégradation de leur habitat et du fait des modifications de leur maillage social habituel, de l'absence de leurs aidants ou de la baisse d'activité des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

Afin de réaliser cette action d'envergure qui concernait plus de 140 situations au regard des moyens humains du Pôle Solidarité et Familles, la collectivité a décidé d'accepter la proposition du Département de la Guadeloupe de mettre à disposition une équipe pluridisciplinaire. Une convention a été signée le 06/11/2017 entre la Collectivité de Saint-Martin et le Conseil départemental de Guadeloupe.

La démarche visait à :

- Identifier des besoins dits « sociaux » des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap suite au passage du cyclone IRMA, le 6 septembre 2017.
- Favoriser une connaissance partagée des problématiques observées pour ces publics.
- S'appuyer sur ces connaissances pour la définition d'axes d'intervention pertinents.

Tous les éléments issus de ce travail sont présentés dans ce rapport.

Il s'articule en trois grandes parties : la première présente la méthodologie employée pour effectuer ce travail. La seconde s'intéresse aux besoins des

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	p3
INTRODUCTION	p4
I - METHODOLOGIE	p5
1/Collecte des informations	p6
2/Moyens humains.....	p6
3/Moyens matériels/ coût	p6
II -LES BESOINS DES PERSONNES AGEES EN PERTE D'AUTONOMIE ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP SUR LE TERRITOIRE SUITE AU PASSAGE DU CYCLONE IRMA, LE 6 SEPTEMBRE 2017 résultats des entretiens.....	p6
1 - Zoom sur les besoins des personnes âgées en perte d'autonomie	p7
2 - Zoom sur les besoins des personnes en situation de handicap.....	p8
III - LES PISTES DE REFLEXION	p9
1/Le logement	p9
2/Les services	p10
3/Les besoins d'information	p11
CONCLUSION.....	p13

INTRODUCTION

Le territoire de Saint-Martin a été lourdement affecté par le passage du Cyclone Irma, le 6 septembre 2017. Dans les jours qui ont suivi l'ouragan, par solidarité avec la COM de Saint-Martin, le Département de la Guadeloupe, membre de la plateforme d'accueil instituée par l'Etat à l'aéroport Pôle Caraïbes, a mis en place un dispositif d'accueil, d'évaluation, d'orientation et de prise en charge en urgence de mineurs non accompagnés, de mineurs isolés étrangers, de femmes enceintes, de personnes âgées et des personnes handicapées évacués de Saint-Martin.

Un diagnostic partagé entre différents acteurs institutionnels, médicaux ou associatifs a mis en évidence le besoin d'évaluer la situation et les conditions de maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et de personnes en situation de handicap mis à mal par la dégradation de leur habitat et du fait des modifications de leur maillage social habituel, de l'absence de leurs aidants ou de la baisse d'activité des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

Afin de réaliser cette action d'envergure qui concernait plus de 140 situations au regard des moyens humains du Pôle Solidarité et Familles, la collectivité a décidé d'accepter la proposition du Département de la Guadeloupe de mettre à disposition une équipe pluridisciplinaire. Une convention a été signée le 06/11/2017 entre la Collectivité de Saint-Martin et le Conseil départemental de Guadeloupe.

La démarche visait à :

- Identifier des besoins dits « sociaux » des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap suite au passage du cyclone IRMA, le 6 septembre 2017.
- Favoriser une connaissance partagée des problématiques observées pour ces publics.
- S'appuyer sur ces connaissances pour la définition d'axes d'intervention pertinents.

Tous les éléments issus de ce travail sont présentés dans ce rapport.

Il s'articule en trois grandes parties : la première présente la méthodologie employée pour effectuer ce travail. La seconde s'intéresse aux besoins des

personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation d'handicap et enfin la troisième partie fait état des pistes de réflexion.

I - METHODOLOGIE

1/Collecte des informations

Les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes en situation de handicap ont été consultées à l'aide :

- « support pour évaluation de la situation et des besoins de la personne âgée et des proches aidants » (CNSA),
- d'un test IES-R 3 Symptômes du trouble de stress post traumatique selon le DSM-IV
- de questionnaire GDS (Gériatric Depression Scale) à 30 questions.

Les entretiens d'une durée d'1h30 à 2h ont été réalisés en face à face au domicile des personnes.

La sélection des personnes âgées en perte d'autonomie et personnes en situation de handicap a été effectuée à l'aide du logiciel CRM (Fiches sinistrées), les données de la Direction de l'autonomie des personnes et des fiches de signalement.

Nous avons pris soin d'assurer une grande diversité des profils interrogés en termes :

- d'âge (interrogation de personnes âgées de 60 ans et plus) ;
- de type de dépendance (personnes en situation de dépendance physique, d'autres ayant des difficultés psychiques...)

De même, il était important de rencontrer des aidants.

A ce titre, une diversité des situations a été assurée sur les critères suivants :

- âge de l'aidant,
- lien de parenté (rencontres d'enfants, petits-enfants, conjoints mais aussi de voisins et d'amis),

-173 entretiens ont été faits avec des personnes âgées en situation de perte d'autonomie vivant à domicile,

-24 entretiens ont été faits avec des personnes en situation de handicap vivant à domicile et 1 entretien avec les parents concernant 3 enfants en situation de handicap.

-20 entretiens ont été faits avec des aidants,

2/Moyens humains

Un chef de projet

26 professionnels (infirmiers, psychologues, assistantes sociales,)

2 chauffeurs

Partenaires mobilisés :

Collectivité de Saint-Martin ;

Conseil départemental ;

EPHAD Bethany Home - MAIA ;

2 réunions de synthèses ;

10 réunions hebdomadaires.

3/Moyens matériels/ coût

1 mois d'intervention soit du 6 novembre 2017 au 2 décembre 2017 ;

1 voiture de location soit 1120 Euros ;

5 nuitées par personne (x 4) par semaine sur 4 semaines, soit 6000 Euros.

Les repas par personne (x 4) par semaine sur 4 semaines soit 2000 Euros.

1 billet d'avion (A/R Guadeloupe-Saint-Martin) par personne (x 4) par semaine sur 4 semaines soit 4800 Euros.

II -LES BESOINS DES PERSONNES AGEES EN PERTE D'AUTONOMIE ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP SUR LE TERRITOIRE SUITE AU PASSAGE DU CYCLONE IRMA, LE 6 SEPTEMBRE 2017 résultats des entretiens

Les problématiques post cycloniques Irma se dégagent comme suit :

-Dégradations matérielles par les cyclones ;

-Problématiques sociales générés par Irma ;

-Conséquences psychologiques post cyclonique ;

-24 entretiens ont été faits avec des personnes en situation de handicap vivant à domicile et 1 entretien avec les parents concernant 3 enfants en situation de handicap.

-20 entretiens ont été faits avec des aidants,

2/Moyens humains

Un chef de projet

26 professionnels (infirmiers, psychologues, assistantes sociales,)

2 chauffeurs

Partenaires mobilisés :

Collectivité de Saint-Martin ;

Conseil départemental ;

EPHAD Bethany Home - MAIA ;

2 réunions de synthèses ;

10 réunions hebdomadaires.

3/Moyens matériels/ coût

1 mois d'intervention soit du 6 novembre 2017 au 2 décembre 2017 ;

1 voiture de location soit 1120 Euros ;

5 nuitées par personne (x 4) par semaine sur 4 semaines, soit 6000 Euros.

Les repas par personne (x 4) par semaine sur 4 semaines soit 2000 Euros.

1 billet d'avion (A/R Guadeloupe-Saint-Martin) par personne (x 4) par semaine sur 4 semaines soit 4800 Euros.

II -LES BESOINS DES PERSONNES AGEES EN PERTE D'AUTONOMIE ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP SUR LE TERRITOIRE SUITE AU PASSAGE DU CYCLONE IRMA, LE 6 SEPTEMBRE 2017 résultats des entretiens

Les problématiques post cycloniques Irma se dégagent comme suit :

-Dégradations matérielles par les cyclones ;

-Problématiques sociales générés par Irma ;

-Conséquences psychologiques post cyclonique ;

1 - Zoom sur les besoins des personnes âgées en perte d'autonomie

Des problèmes matériels générés par le cyclone IRMA

- 133 personnes âgées interrogées sont propriétaires ou usufruitiers ou en succession et souhaitent rester dans le logement qu'ils occupent, la plupart y réside depuis plusieurs années et il s'agit souvent de maisons anciennes et de grande taille. Malheureusement, la majorité de logement endommagé n'était pas assuré soit 154.
- 100 personnes âgées vivent en couple ou en ménage avec d'autres personnes et généralement leurs enfants.
- 144 personnes âgées demandent une aide à l'amélioration de l'habitat (toitures, portes, fenêtres...), en effet les dégâts mériteraient d'être réparés dès que possible car il y a une dégradation évolutive.
- 100 personnes âgées se retrouvent avec des équipements électroménagers et/ou mobiliers endommagés (lits, gazinière, réfrigérateur..).
- 04 personnes âgées nécessitent un relogement dans le secteur privé ou public.
- 35 personnes âgées mériteraient une adaptation du logement (sanitaire..).
- 04 personnes âgées en situation d'incurie dans le logement.

Des problèmes sociaux générés par le cyclone IRMA

- 01 personne particulièrement atteinte sur tous les points par le cyclone, elle symbolise la conjugaison de multiples séquelles (affective, matérielle, existentielle, psychologique.....).
- 40 situations d'isolement et de perte d'autonomie antérieures à IRMA.
- 65 personnes entourées mais isolées d'accompagnement social et d'accès aux droits (ASPA, CMU, ...).

Les problèmes psychologiques post traumatiques

On observe une capacité de résilience chez nos personnes âgées.

- 02 situations nécessitant un accompagnement psychologique indispensable.
- 10 personnes nécessitant un accompagnement psychologique.

Les aidants familiaux

Deux populations d'aidants se distinguent :

- les 40 ans et moins aidant un parent ou un grand parent ;
- les conjoints âgés.

19 aidants familiaux souhaitent bénéficier d'un accompagnement administratif et de soi. Dans de nombreux cas, les aidants ne savent pas où s'adresser, mener une recherche d'information est difficile (manque de temps pour les actifs, fatigue, problème de mobilité pour les conjoints âgés).

20 aidants familiaux semblent épuisés et isolés et mériteraient de bénéficier du module répit.

2 - Zoom sur les besoins des personnes en situation de handicap

Des problèmes matériels générés par le cyclone IRMA

- 18 personnes *en situation de handicap* résident dans un logement familial à titre gratuit, 6 personnes handicapées étaient locataires et les 3 mineurs en situation de handicap vivent au domicile des parents.
- Malheureusement, la majorité de logement endommagé n'était pas assuré soit 19.
- 19 personnes *en situation de handicap* demandent une aide à l'amélioration de l'habitat (toitures, portes, fenêtres...).
- 8 personnes *en situation de handicap* se retrouvent avec des équipements électroménagers et/ou mobiliers endommagés.
- 04 personnes en situation de handicap nécessitent un relogement.
- 05 personnes en situation de handicap mériteraient une adaptation du logement (Les sanitaires sont évoqués, l'agrandissement de portes, l'adaptation des cuisines, installation électrique, douche inadaptée)

Des problèmes sociaux générés par le cyclone IRMA

- 02 situations nécessitant un accompagnement psychologique indispensable.
- 10 personnes nécessitant un accompagnement psychologique.

Les aidants familiaux

Deux populations d'aidants se distinguent :

- les 40 ans et moins aidant un parent ou un grand parent ;
- les conjoints âgés.

19 aidants familiaux souhaitent bénéficier d'un accompagnement administratif et de soi. Dans de nombreux cas, les aidants ne savent pas où s'adresser, mener une recherche d'information est difficile (manque de temps pour les actifs, fatigue, problème de mobilité pour les conjoints âgés).

20 aidants familiaux semblent épuisés et isolés et mériteraient de bénéficier du module répit.

2 - Zoom sur les besoins des personnes en situation de handicap

Des problèmes matériels générés par le cyclone IRMA

- 18 personnes en situation de handicap résident dans un logement familial à titre gratuit, 6 personnes handicapées étaient locataires et les 3 mineurs en situation de handicap vivent au domicile des parents.
- Malheureusement, la majorité de logement endommagé n'était pas assuré soit 19.
- 19 personnes en situation de handicap demandent une aide à l'amélioration de l'habitat (toitures, portes, fenêtres...).
- 8 personnes en situation de handicap se retrouvent avec des équipements électroménagers et/ou mobiliers endommagés.
- 04 personnes en situation de handicap nécessitent un relogement.
- 05 personnes en situation de handicap mériteraient une adaptation du logement (Les sanitaires sont évoqués, l'agrandissement de portes, l'adaptation des cuisines, installation électrique, douche inadaptée)

Des problèmes sociaux générés par le cyclone IRMA

- 10 situations d'isolement antérieures à IRMA.
- 02 personnes isolées d'accompagnement social et d'accès aux droits (AAH, CMU, ...).

Les problèmes psychologiques post traumatiques

Aucune situation, observée.

Une personne repérée, nécessitant une évaluation.

Les aidants familiaux

L'entourage joue un rôle primordial en matière d'aide humaine, les parents, sœurs, frères ou amis interviennent au quotidien.

- des besoins en matière d'information et de soutien aux aidants familiaux,
- 20 aidants familiaux semblent épuisés et isolés, mériteraient de bénéficier du module répit.

III - LES PISTES DE REFLEXION

Malgré le passage du cyclone Irma, de manière générale les familles saint-Martinoises souhaitent maintenir leur parent âgé ou en situation de handicap le plus longtemps possible au domicile, quitte à retarder l'entrée en institution.

Il s'agit donc d'identifier les leviers d'action en direction des aidés et aidants, des professionnels et des pouvoirs publics pour accompagner au mieux ce choix de vie.

1/Le logement

PRECONISATION 1: Une aide à l'amélioration de l'habitat.

Partenaires (CGSS, COM, Caisse de retraite, CAF...)

PRECONISATION 2: Le relogement dans un logement adapté

Partenaires (Bailleurs privés et sociaux...)

PRECONISATION 3: Une aide à l'adaptation du logement.

Partenaires (CGSS, COM, Caisse de retraite...)

PRECONISATION 4: Une aide à l'achat des équipements endommagés.

Partenaires (CGSS, COM, Caisse de retraite, CAF...)

PRECONISATION 5: Une campagne de sensibilisation « assurance habitation »

Partenaires (CGSS, COM, Compagnie d'assurance.)

PRECONISATION 6: Actualisation des listings des personnes âgées et personnes en situation de handicap en zone à risque.

Partenaires (COM)

PRECONISATION 7: Sensibiliser les bailleurs sociaux et privés au vieillissement des locataires

Partenaires (CGSS, COM, Bailleurs sociaux et privés...)

PRECONISATION 8: Actualisation des listings des abris avec équipements répondant aux attentes de ce public spécifique.

Partenaires (CGSS, COM, ...)

2/ Les services

Un besoin d'aide important mais différents selon les situations pour prolonger le maintien à domicile dans de bonnes conditions.

Nous observons une méconnaissance des services proposés sur le territoire.

PRECONISATION 1: Développer des services d'aide à domicile:

Les soins à domicile ;

La garde de nuit ;

Partenaires (CGSS, COM, Association...)

PRECONISATION 3: Une aide à l'adaptation du logement.

Partenaires (CGSS, COM, Caisse de retraite...)

PRECONISATION 4: Une aide à l'achat des équipements endommagés.

Partenaires (CGSS, COM, Caisse de retraite, CAF...)

PRECONISATION 5: Une campagne de sensibilisation « assurance habitation »

Partenaires (CGSS, COM, Compagnie d'assurance.)

PRECONISATION 6: Actualisation des listings des personnes âgées et personnes en situation de handicap en zone à risque.

Partenaires (COM)

PRECONISATION 7: Sensibiliser les bailleurs sociaux et privés au vieillissement des locataires

Partenaires (CGSS, COM, Bailleurs sociaux et privés...)

PRECONISATION 8: Actualisation des listings des abris avec équipements répondant aux attentes de ce public spécifique.

Partenaires (CGSS, COM, ...)

2/ Les services

Un besoin d'aide important mais différents selon les situations pour prolonger le maintien à domicile dans de bonnes conditions.

Nous observons une méconnaissance des services proposés sur le territoire.

PRECONISATION 1: Développer des services d'aide à domicile:

Les soins à domicile ;

La garde de nuit ;

Partenaires (CGSS, COM, Association...)

PRECONISATION 2: Développer l'aide à l'accompagnement de la famille car elle est très impliquée dans la prise en charge de la personne âgée et de la personne en situation de handicap.

Partenaires (CGSS, COM, ...)

PRECONISATION 3: Créer des structures de répit (la mise en place de solutions de soutien aux aidants est nécessaire afin d'éviter l'épuisement des aidants, les risques de maltraitance et les ruptures de prise en charge).

Accueil familial

Accueil de jour

Partenaires (CGSS, ARS, COM, ...)

PRECONISATION 5: Réfléchir aux personnes handicapées vieillissantes, pour une prise en charge de ce public par la mise en place de places dédiées à ce public.

Partenaires (ARS, CGSS, COM, ...)

3/ Les Besoins d'information

Le repérage est difficile dans le monde administratif (acteurs multiples, se déplacer, le savoir ou aller, le savoir à qui s'adresser et comprendre, et faire les démarches).

PRECONISATION 1: Mettre en place des journées d'information à destination des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des aidants familiaux.

Partenaires (CGSS, COM, Association...)

PRECONISATION 1: Développer des services de soutien administratif aux personnes âgées , aux personnes en situation de handicap et aux aidants familiaux.

Partenaires (COM, Association...)

PRECONISATION 2: Mise en place de permanence d'accueil des aidants familiaux

Partenaires (CGSS, COM, Association...)

PRECONISATION 3: Organiser des séances de soutien psychologique individuel ou en groupe pour les aidants familiaux

Partenaires (CGSS, COM, Association...)

PRECONISATION 4: Prévenir la maltraitance en mettant en place des formations pour les aidants familiaux

Partenaires (COM, Association ...)

PRECONISATION 5: Informer et sensibiliser la population pour prévenir la maltraitance

Partenaires (COM, Association ...)

PRECONISATION 1: Développer des services de soutien administratif aux personnes âgées , aux personnes en situation de handicap et aux aidants familiaux.

Partenaires (COM, Association...)

PRECONISATION 2: Mise en place de permanence d'accueil des aidants familiaux

Partenaires (CGSS, COM, Association...)

PRECONISATION 3: Organiser des séances de soutien psychologique individuel ou en groupe pour les aidants familiaux

Partenaires (CGSS, COM, Association...)

PRECONISATION 4: Prévenir la maltraitance en mettant en place des formations pour les aidants familiaux

Partenaires (COM, Association ...)

PRECONISATION 5: Informer et sensibiliser la population pour prévenir la maltraitance

Partenaires (COM, Association ...)

CONCLUSION

Les évaluations ont fait ressortir plusieurs besoins et différentes problématiques.

Suite au passage du cyclone IRMA, cette population se trouve confrontée à un risque d'isolement et de maintien au domicile inadapté.

Mais ce que l'on doit retenir est la volonté des personnes interrogées de rester à domicile donc il est important de répondre à ce besoin légitime en permettant à ces dernières d'y vivre dans de bonnes conditions.

La question de l'isolement doit être approfondie et interrogée ?

Qu'est-ce que l'isolement, comment repérer les personnes qui rencontrent réellement cette problématique ?

Autrement dit, une réflexion doit être menée afin de créer une réponse qui corresponde aux attentes.

MENDY

Françoise Annie

Septembre 2021

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement
ou de service d'intervention sociale**

ETABLISSEMENT DE FORMATION : ARIF

**FAVORISER LE MAINTIEN À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES
DÉPENDANTES AU REGARD DE LA SINGULARITÉ
DE LA COLLECTIVITÉ D'OUTRE-MER DE L'ÎLE DE SAINT-MARTIN**

Résumé :

Ce projet s'initie à la suite du diagnostic territorial faisant apparaître à Saint-Martin une absence de coordination et de cohérence dans les interventions, mais surtout une insuffisance de réponses médico-sociales aux détresses à domicile des aînés. Il s'ensuit une commande de l'ARS et de la collectivité d'outre-mer préconisant l'expérimentation d'un dispositif décloisonné de prise en charge de 12 à 36 personnes âgées au domicile, à partir de la livraison de repas. Mais le projet va plus loin, en proposant la co-construction avec l'ensemble des parties prenantes du territoire, d'un partenariat permettant la mutualisation des moyens et une logique de parcours personnalisé, incluant repérage des besoins, soins, aide quotidienne et veille sociale.

Adossée à l'EHPAD, structure porteuse facilitatrice fonctionnelle, la mise en œuvre du projet s'appuiera également sur l'optimisation des moyens existants, notamment via le redéploiement de salariés en interne, mais aussi sur les solidarités communautaires et les aidants naturels.

En tant que première réponse coordonnée, en amont et en aval de l'institutionnalisation, ce dispositif décloisonné constituerait l'émergence de la filière gériatrique du territoire de Saint-Martin.

Mots clés :

**EHPAD – MAINTIEN À DOMICILE – SAINT-MARTIN – DÉCLOISONNEMENT –
TRANSVERSALITÉ – PARTENARIAT - GÉRONTOLOGIE**

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.