



**DEVELOPPER UNE STRATEGIE DE MAINTIEN A DOMICILE
DES PERSONNES AGEES SUR UN TERRITOIRE EN
TRANSITION DEMOGRAPHIQUE**

**CREER ET DEVELOPPER UN CENTRE DE RESSOURCES TERRITORIAL
ADOSSE A UN EHPAD EN MARTINIQUE**

Eric MATHIEU

2024

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier Mme Sonia EDOUARD, Directrice Générale des Centres Hospitaliers du Marin et des Trois Ilets, qui m'a autorisé à effectuer cette formation dans l'espoir de contribuer à l'amélioration des conditions d'accompagnement de nos aînés en Martinique.

A mes collègues, qui m'ont encouragé lors de mes nombreux voyages à ne pas perdre confiance en l'avenir. A l'équipe pédagogique de l'IRTS PARMENTIER et à mes collègues de promotion pour la dynamique collective de travail.

Un remerciement spécial à Mr SYMPHOR, Directeur du Logis Saint Jean en Martinique, qui m'a ouvert avec enthousiasme les portes de son Etablissement, et qui tout au long de nos échanges m'a transmis son esprit d'ouverture, son humilité, son humanité et son savoir être qui j'en suis sûr contribueront à alimenter mon incarnation de la fonction de Directeur.

Une pensée spéciale à mes collègues du Conseil Municipal du Marin qui m'ont encouragé dans ma démarche, et surtout au Maire, Mr José MIRANDE, dont la force de caractère, la vision, et la capacité de travail m'ont démontré que le changement est possible dès lors qu'il y a une volonté.

Un remerciement à Mme PETIT, ma référente mémoire, pour sa patience, sa lucidité, et son extrême exigence qui a permis mon évolution tout au long de la construction de ce travail.

Une pensée spéciale à ma famille, Lisa-Marie, Anthony, Andréa et à ma mère pour sa patience, et la force qu'elle m'a transmise tout au long de ce parcours.

Et enfin, je souhaite transmettre toute ma gratitude à ces personnes âgées et aidants que j'ai rencontrés sur le territoire dont j'ai pu ressentir le besoin d'accompagnement et qui m'ont motivé à persévérer dans ce nouveau choix de vie à leurs côtés dans l'espoir de changer les "choses".

"C'est quoi une vie d'homme ? C'est le combat de l'ombre et de la lumière... C'est une lutte entre l'espoir et le désespoir, entre la lucidité et la ferveur... Je suis du côté de l'espérance, mais d'une espérance conquise, lucide, hors de toute naïveté."

Aimé Césaire - 1913-2008

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
METHODOLOGIE.....	3
1 UN CONTEXTE DE POLITIQUES PUBLIQUES QUI MET EN TENSION LES REALITES D'UN TERRITOIRE	5
1.1 Un contexte confronté au défi démographique et à la prévention de la perte d'autonomie de ses personnes âgées	5
1.1.1 Au niveau Européen:.....	5
1.1.2 Au niveau national.....	7
1.1.3 Définition du concept de l'accompagnement	12
1.2 La Martinique : un territoire vieillissant et en déclin démographique	13
1.2.1 Une population confrontée à une santé fragile	15
1.2.2 Un accompagnement des personnes âgées à adapter.....	20
1.3 Des Autorités publiques qui favorisent le soutien à domicile.....	21
1.3.1 L'ARS Martinique : une ambition domiciliaire.....	22
1.3.2 Une Collectivité Territoriale de la Martinique qui favorise le maintien à domicile.....	23
1.4 Conclusion de la première partie	26
2 L'EHPAD LOGIS SAINT JEAN : UN ETABLISSEMENT REMARQUABLE .	27
2.1 Diagnostic territorial du bassin de vie de l'Espace Sud	27
2.2 L'histoire de l'Etablissement	29
2.3 Une Gouvernance et une Direction engagées sur un socle de valeurs humanistes	29
2.3.1 La stratégie de développement de l'Etablissement.....	30
2.3.2 Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)	31
2.3.3 Une philosophie partagée de la Gouvernance et de la Direction	32
2.4 Le Logis Saint jean.....	33
2.4.1 La configuration.....	33
2.4.2 Le projet architectural.....	34
2.4.3 Une offre de service qui répond au besoin du territoire.....	34

2.5	Une organisation de travail basée sur un mode de management persuasif	39
2.6	Le diagnostic financier de l'Etablissement.....	42
2.7	Le réseau partenarial	44
2.8	Les besoins des personnes âgées et de leur famille.....	46
2.9	Conclusion de la seconde partie.....	47
3	STRATEGIE DE DEVELOPPEMENT ET PLAN D' ACTIONS DU CENTRE DE RESSOURCES TERRITORIAL	48
3.1	Les éléments de cadrage du projet CRT.....	48
3.1.1	Le phasage des actions :	48
3.1.2	Le Centre de Ressources Territorial du Logis Saint Jean : Un projet ambitieux pour le bassin de vie.	50
3.2	Mes enjeux de Direction :	55
3.3	Le plan d'action	55
3.3.1	Axe 1 : Donner du sens au projet :	56
3.3.2	Axe 2 : Construire la coopération avec les partenaires du territoire	59
3.3.3	Axe 3 : Accompagner le changement auprès des équipes	61
3.3.4	Axe 4 : Favoriser l'efficience du dispositif	64
3.3.5	Axe 5 : La stratégie de communication.....	65
3.3.6	L'évaluation du dispositif	67
	Conclusion.....	70
	Bibliographie	71
	Liste des annexes	79

Liste des sigles utilisés

AJ : Accueil de jour

AMP : Aide médico-psychologique

ARS : Agence régionale de santé

ASA : Équipe spécialisée Alzheimer

CAJ : Centre d'Accueil de Jour

CCAS : Centre Communal d'action sociale

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CRT : Centre de Ressources Territorial

COPIL : Comité de Pilotage

CTM : Collectivité territoriale de la Martinique

CVS : Conseil de la vie Sociale

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DUERP : Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

GIR: Groupe iso-ressources

GMP : Groupe iso-ressources moyen pondéré

HAD : Hospitalisation à Domicile

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

PASA : Pôle d'Activité de Soins Adaptés

PFR : Plateforme de Répit

PMND : Plan maladies neurodégénératives

PMP : Pathos moyen pondéré

PRS : Projet Régional de Santé

RPS : Risques Psycho-Sociaux

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

TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

UHR : Unité d'Hébergement Renforcé

Introduction

« Dans l'ensemble des pays développés, la population vieillit inexorablement, créant de nouveaux équilibres auxquels les sociétés doivent s'adapter. » C'est ainsi que l'INED¹ démontre dans le cadre d'une étude menée en 2021, que notre société Française n'échappe pas à ce processus de vieillissement de sa population.

Cet allongement naturel de la vie a également eu pour conséquence, l'apparition de troubles fonctionnels conduisant à une perte d'autonomie d'une frange de la population. Et depuis quelques années nous assistons à un phénomène de ralentissement de création de places au sein des EHPAD notamment au regard des contraintes financières de l'Etat et des collectivités territoriales. Les politiques publiques actuelles s'orientent donc vers le maintien à domicile de nos personnes âgées qui souhaitent dans leur majorité y demeurer. Le territoire de la Martinique, n'échappe pas à cette évolution. La région se caractérise en outre par une diminution constante de sa population et deviendra d'ici 2040 un des départements les plus vieux de France. En outre ce vieillissement accéléré surgit dans un contexte socioéconomique assez sensible où nos personnes âgées sont confrontées à un niveau de vie relativement faible et une perte d'autonomie précoce.

L'EHPAD « Logis Saint Jean », dans lequel j'ai effectué mon stage, reflète véritablement cette évolution sociodémographique, et c'est dans la posture de Directeur de cet établissement que je vais entreprendre de mettre en œuvre une stratégie de maintien à domicile, suite à un appel à projet de l'ARS pour la création d'un Centre de Ressources Territorial.

Le point de départ de mon questionnement se traduit donc par l'ensemble des interrogations suivantes :

Au regard de l'évolution du nombre de personnes âgées sur le territoire, comment l'établissement se positionne t'il en réponse aux besoins de ce public? Et plus encore, dans quelle dynamique d'accompagnement se situe-t-il dans le parcours des personnes âgées du territoire ? Comment accompagner et soutenir des aidants de plus en plus isolés face à des parents atteints de troubles neuro dégénératifs? Comment travailler efficacement avec les acteurs du secteur, et quels sont-ils ? La transformation de l'établissement préconisée par les pouvoirs publics, est-elle suffisante pour mobiliser les acteurs et partenaires du territoire dans l'objectif d'améliorer l'accompagnement des personnes âgées ?

L'ARS Martinique, au regard de l'évolution des politiques publiques visant à désinstitutionnaliser l'accompagnement des personnes âgées dépendantes dans le cadre

¹ Institut Nationale Des études Démographiques (2021) : Le vieillissement de la population s'accélère en France et dans la plupart des pays développés

du virage domiciliaire et des enjeux du territoire a donc décidé de lancer un appel à projet de création de 3 Centres de Ressources de Proximité sur le territoire.

C'est donc à ce titre que l'établissement s'est positionné afin de répondre à cette demande institutionnelle sur le territoire Sud de la Martinique.

L'intérêt de se positionner sur cet appel à projet est d'ordre stratégique pour l'établissement.

En effet il s'agit :

- pour les personnes âgées de continuer à vieillir chez elles le plus longtemps possible,
- de créer au sein de l'établissement un accompagnement renforcé afin de permettre le parcours de vie des personnes âgées ciblées (30),
- d'anticiper une alternative à l'entrée en institution,
- de positionner la structure comme facilitateur du parcours de santé,
- d'être un référent sur le territoire autant pour les personnes âgées que pour les professionnels intervenant dans leur accompagnement,
- de renforcer l'attractivité du secteur, des métiers, et des parcours liés à la prise en charge des personnes âgées.
- de bénéficier de moyens financiers adaptés pour organiser la mutualisation des ressources humaines, techniques et technologiques et de coordination sur le territoire.

Mon mémoire s'articule donc en trois parties :

1. Une présentation du contexte Européen et Français en terme de vieillissement, et la réalisation d'un diagnostic territorial de la Martinique à travers la population et les besoins des personnes âgées dépendantes en terme de santé et d'accompagnement à la vie sociale.
2. Le diagnostic partagé de l'établissement à partir de la base documentaire interne de l'établissement, des différents rapports d'orientation, d'entretiens avec les acteurs internes et externes, d'observation in situ;
3. Mon projet de création d'un Centre de Ressources Territorial à partir de l'EHPAD, visant à mailler les acteurs internes et partenaires externes afin de favoriser le parcours de vie des personnes âgées du bassin de vie.

METHODOLOGIE

Dans le cadre de la réalisation de ce mémoire et afin de circonscrire ma problématique, j'ai utilisé différents outils à ma disposition selon 6 axes:

Axe 1 : Analyse documentaire et outils

Tout d'abord une recherche documentaire m'a permis l'appropriation du sujet à travers des lectures thématiques sur l'orientation générale des politiques publiques du vieillissement au niveau Européen, national et plus sphériquement sur la Martinique.

J'ai également utilisé des outils stratégiques tel que le Diamant de Marchesnay qui m'a permis de définir la stratégie de l'Etablissement, le S.W.O.T pour mon diagnostic interne et la préparation du diagramme de GANTT pour structurer dans le temps la mise en œuvre opérationnelle de mon projet.

Axe 2: Des entretiens pour parfaire mon diagnostic

J'ai conduit des entretiens avec différents acteurs du territoire et des partenaires de l'établissement:

-Acteurs : Il s'agit de 5 familles d'aidants dont 3 fréquentant l'Accueil de jour afin de connaître leurs parcours de vie et d'identifier leurs besoins ; 10 personnes âgées (5 accompagnées au sein de la structure et 5 potentiellement intéressées par le CRT) dans le but d'évaluer leurs besoins et attentes et d'obtenir leur vision dans le cadre d'un accompagnement à domicile. 5 professionnels, pour évaluer la qualité de l'accompagnement et connaître leurs problématiques dans le cadre de la mise en œuvre du CRT. J'ai également eu à m'entretenir avec 4 Directeurs d'EHPAD (2 établissements publics et 2 associatifs) afin de connaître les enjeux de la fonction mais également en vue de parfaire ma connaissance des enjeux du territoire.

-Partenaires: 1 rencontre avec le Dispositif d'Appui à la Coordination pour identifier les difficultés liées à la coordination des interventions des professionnels; 2 rencontres avec des CCAS dans l'intention d'évaluer leur motivation et d'identifier leurs attentes à entrer dans le dispositif. Ces entretiens semi-directifs ont été préparé sur la base d'un guide d'entretien que j'ai développé au fur et à mesure de l'échange et selon les réponses obtenues.

Axe 3: La participation à des réunions et colloques.

J'ai eu l'opportunité d'assister à un colloque de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et Aides à la Personne Privés solidaires (FEHAP) réunissant des directeurs

d'établissements de la région (Martinique –Guadeloupe-Guyane), des cadres ainsi que leurs autorités de tarification sur le thème suivant: « Comment construire aux Antilles-Guyane un parcours de prise en charge de la personne âgée, de la personne en situation de handicap ou atteinte de maladies chroniques, de l'entrée dans les dispositifs jusqu'à la fin de vie ? » Il s'est agi de faire un état des lieux des territoires et d'avoir une réflexion prospective sur les défis à relever et actions à mener pour un accès le plus large et le plus sûr pour la population âgée de ces territoires.

Axe 4 : Diagnostic populationnel

Dans le cadre des travaux menés durant ce CAFDES, j'ai eu à réaliser une Note d'Aide à la Décision en direction des autorités de tarification de la Martinique qui m'a permis de conduire un diagnostic populationnel.

Axe 5: Visites d'établissements

Afin de parfaire ma connaissance des enjeux du territoire et du positionnement des EHPAD en Martinique je me suis entretenu avec la Responsable du Département du Pole Autonomie de l'ARS avec une collègue CAFDES, et me suis entretenu avec 4 Directeurs d'EHPAD (2 publics + 2 Associatifs) après avoir visité leur établissement.

Axe 6: L'observation

Dans le cadre de mon immersion au sein de l'établissement j'ai pu assister à de nombreuses réunions dans l'objectif d'étudier l'organisation interne, de participer à la construction de la réponse à l'appel à projet sur le CRT. Il s'agit:

- De réunions de direction : afin de faire remonter les difficultés dans l'objectif d'harmoniser les réponses et de rechercher le consensus dans l'équipe.
- des réunions d'équipes éducatives : toutes les 2 semaines qui rassemblent les équipes autour de la construction et de l'amélioration du Projet d'accompagnement personnalisé du Résident coordonnée par la psychologue.
- de réunions institutionnelles: centrées sur la communication de la vie de l'établissement et animée par l'équipe de direction avec pour objectif de déployer une information institutionnelle envers les résidents, leurs familles ainsi que vis-à-vis des professionnels.

1 UN CONTEXTE DE POLITIQUES PUBLIQUES QUI MET EN TENSION LES REALITES D'UN TERRITOIRE

1.1 Un contexte confronté au défi démographique et à la prévention de la perte d'autonomie de ses personnes âgées

1.1.1 Au niveau Européen:

Le vieillissement de la population Européenne, est un constat établi par l'ensemble des études. En effet les chiffres de l'Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) sont unanimes: la part des 65 ans ou plus sur un intervalle de 15 ans connaît une nette augmentation de plus de 3 points, pour se situer à près de 20% de la population totale en 2024. Et les projections simulées à terme en 2100 connaîtraient une importante augmentation avec plus de 29.2% de la population qui serait atteint par ce vieillissement. Les Européens vivent donc plus longtemps, en revanche une autre tendance vient amplifier ce phénomène avec la diminution de la part des jeunes de 15-29 ans de 18.1% en 2011 à 16.3% en 2021.

Au regard de l'accélération de cette dynamique de nombreux défis sont à relever pour les Etats Européens :

- Restructurer le marché du travail et permettre l'intégration rapide de plus de personnes mieux formés aux évolutions technologiques afin de soutenir la compétitivité des Etats;
- Améliorer l'accès aux services de soins dans l'objectif de garder les citoyens en meilleure santé et viabiliser les systèmes de protection sociale;
- Maintenir l'équilibre démographique des pays en sachant que la dynamique n'est pas hétérogène au niveau de l'Union Européenne;
- Garantir le positionnement de l'Europe dans le monde grâce à une collaboration plus étroite des Etats et soutenir la compétitivité du marché unique.

Et afin de mobiliser ses Etats membres, Le Comité Economique et Social Européen² (CESE), organe consultatif de l'Union Européenne regroupant les organisations de travailleurs et d'employeurs représentatifs, a émis un avis circonstancié en Janvier 2022, après la crise COVID 19. Cet avis engage les états sur leurs politiques publiques nationales

² Le Comité Economique et Social Européen: permet aux groupes d'intérêts d'exprimer leur avis sur des propositions législatives de l'UE. Disponible sur internet: https://european-union.europa.eu/institutions-law-budget/institutions-and-bodies/search-all-eu-institutions-and-bodies/european-economic-and-social-committee-eesc_fr

à créer les conditions favorables à un meilleur accompagnement des personnes âgées de plus de 65 ans en perte d'autonomie en termes de coordination, de cohérence et d'efficacité³.

- Concernant les modèles de prise en charge.

Cette instance met l'accent sur l'impérieuse nécessité de prendre en considération la prise en charge des personnes âgées dans l'ensemble des politiques publiques nationales comme un élément central. Pour relever ce défi, il devient primordial non seulement d'élaborer un cadre stratégique sur le long terme, mais également d'anticiper les fondements d'une société vivant plus longtemps et en meilleure santé. Ainsi la question de l'accessibilité à une offre de qualité à moindre coût doit aussi être prise en considération.

- Concernant les structures.

Au regard des souhaits des personnes âgées à vouloir vivre le plus longtemps chez eux, le CESE engage les pays à construire les réponses autour de l'accompagnement à domicile. Il s'agit de "desinstitutionnaliser" la prise en charge à partir des établissements et de favoriser la création de dispositifs autour du domicile permettant l'anticipation de la perte d'autonomie. En outre, l'adaptation des logements doit être une priorité favorisant l'expérimentation de nouvelles solutions permettant de "mieux vivre chez soi".

- Concernant les moyens.

La formation des aidants, qu'ils soient professionnels ou familiaux doit être une priorité. La Communauté Européenne, par le biais de financements du Fonds Social Européen, s'engage à mettre en place des "parcours de formation" afin de leur permettre de monter en compétence et d'avoir une expertise sur les parcours des personnes âgées. La digitalisation des dispositifs techniques, quant à elle doit pouvoir bénéficier aux différents diagnostics que peuvent poser les professionnels dans l'accompagnement de ce public.

En somme, pour le CESE, il est impératif d'améliorer le système de soins et d'accompagnement des Etats envers les personnes âgées à partir du domicile car celui-ci *"est non seulement beaucoup plus complet et individualisé, mais aussi moins coûteux que la formule des établissements résidentiels, sauf dans des cas bien précis, comme celui des personnes à l'autonomie très réduite qui sont placées dans ces centres"*.

³ Avis du Comité économique et social européen sur le thème « Vers un nouveau modèle de soins et d'accompagnement pour les personnes âgées: tirer les enseignements de la pandémie de COVID-19 »
Rapporteur : Miguel Angel CABRA DE LUNA- Adoption en séance plénière du 19/01/2022

1.1.2 Au niveau national

A) La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées.

A l'instar de la dynamique Européenne, l'ensemble des études démographiques de l'INSEE, démontrent que la perte d'autonomie en France touchera plus de 4 millions de personnes âgées en 2040 avec une croissance de plus de 46% par rapport à 2020. La part des personnes de plus de 65 ans représentera le quart de la population. Et cette dynamique amplifiera le besoin de ce public en terme d'accompagnement aux actes essentiels de la vie comme se laver, se déplacer et sortir.

Les données sont convergentes, et démontrent à l'appui de nombreux rapports que le vieillissement de la population est inéluctable, avec cependant un choix fort de nos personnes âgées à vieillir le plus longtemps possible à domicile. Par contre, cette politique de prévention de la perte d'autonomie démontre ses limites dans la mesure où un certain nombre d'acteurs sur les territoires sont souvent en concurrence, et souffre d'un manque de lisibilité des dispositifs œuvrant à accompagner ce public.

Ainsi un rapport de la Cour des Comptes de 2021⁴ a recensé une vingtaine de travaux⁵ sur les dix dernières années traitant de cette thématique de la prévention de la perte d'autonomie. Et pour la cour *"malgré cette abondante production assortie de propositions nombreuses, la prévention de la perte d'autonomie occupe toujours une place marginale et en tout état de cause peu lisible dans les politiques publiques"*.⁶

Cette institution, se basant sur l'unanimité des constats, a identifié certains freins devant améliorer l'accompagnement de cette frange de la population.

a) Une multitude d'acteurs malgré un consensus général

Les intervenants contribuant à participer à cette politique de la prévention des personnes âgées sur le territoire, sont multiples (voir annexe 5 : écosystème complexe). Ils relèvent autant d'institutions politiques (Collectivités territoriales), d'organismes de sécurité sociale (Caisse nationale d'assurance vieillesse), d'établissements publics autonomes (ARS) que d'associations d'aide à domicile et de l'ensemble des établissements chargés d'accueillir ce public. Sans omettre les multiples dispositifs de coordination au niveau des territoires (les

⁴ La Prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées -construire une priorité partagée-CRC-Rapport public thématique- Novembre 2021

⁵ Dont Le rapport d'information du Sénat par M. Bernard Bonne et Mme Michelle Meunier sur la prévention de la perte d'autonomie (mars 2021), le rapport de Luc Broussy remis au Gouvernement « *Nous vieillirons ensemble : 80 propositions pour un Pacte entre générations* » et également celui de l'Institut Montaigne « *Bien vieillir : faire mûrir nos ambitions* » (mai 2021).

⁶ Extrait du rapport de la cour des comptes

Dispositifs d'appui à la coordination –DAC-, les PAERPA- parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, les plateformes territoriales d'appui -PTA-, les centres locaux d'information et de coordination-CLIC-...). Mais malgré quelques tentatives d'amélioration du système, afin de permettre aux différents publics et à leur famille de s'y retrouver, on note un risque de "découragement" ⁷. Cependant, Marie- Aline BLOCH⁸, rappelle que *"le déploiement de nouveaux dispositifs prend du temps car il se fait en plusieurs étapes qu'il faut respecter et que l'on ne peut « récolter les fruits (impact sur les usagers) qu'une fois que l'arbre a poussé (phase d'implantation), donné des bourgeons puis des fleurs (mise en place des processus et des outils)»*⁹. En conséquence, ce professeur s'interroge sur l'opportunité de création de ces nouveaux dispositifs alors qu'il aurait peut-être fallu renforcer les plus anciens si bien que cela a contribué à rendre perplexe des acteurs essouffés par l'afflux de dispositifs.

Cependant, il existe tout de même des accords sur certains sujets dans le cadre des recommandations à adopter pour prévenir cette perte d'autonomie. Notamment la promotion de l'activité physique selon l'état de santé de la personne âgée, la prévention des chutes en luttant contre la iatrogénie¹⁰ et en favorisant l'adaptation des logements. De plus le maintien à domicile est encouragé à la condition que les logements soient adaptés et que l'ensemble des dispositifs d'intervention autour de la personne âgée fasse l'objet d'une coordination. Mais ces stratégies se heurtent le plus souvent à l'isolement des aînés et au besoin de formation des professionnels sur les volets de la sensibilisation au dépistage de pathologies du grand âge et aux techniques de conservation des capacités fonctionnelles.

b) Améliorer la structuration du système

Ainsi, afin de favoriser l'amélioration du système de prévention envers les personnes âgées, la Cour des comptes dans son rapport préconise une structuration du système selon 3 niveaux avec plusieurs actions :

Tout d'abord un premier niveau, avec la diffusion d'une information généraliste coordonnée entre les institutions nationales et locales au niveau des territoires. Ensuite, un second

⁷ Terme employé par les auteurs du rapport

⁸ Professeur à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique qui s'est consacrée à l'évolution des organisations et à la dynamique des professionnels dans deux domaines caractérisés par un fort niveau d'expertise que sont le monde de l'enseignement supérieur et de la recherche puis système de santé et d'aide. Extrait du site <https://www.ehesp.fr/annuaire/enseignement-recherche/marie-aline-bloch/>

⁹ Dispositifs de coordination : En finir avec le « mille-feuille à la française » pour la santé des personnes, des professionnels et des territoires- Rapport rédigé dans le cadre de la convention de recherche entre l'EHESP et la CNSA pour 2016 à 2022-Mars 2022

¹⁰ L'iatrogénie médicamenteuse désigne l'ensemble des effets indésirables provoqués par la prise d'un ou plusieurs médicaments. Extrait du site <https://www.ameli.fr/assure/sante/medicaments/medicaments-et-situation-de-vie/iatrogenie-medicamenteuse>

niveau qui prévoit la coordination de professionnels formés aux difficultés de prévention autour de la personne âgée à son domicile. Et Enfin, un troisième niveau orienté vers les plus défavorisés afin de bénéficier de plans d'aide développés par les caisses de retraite

Les actions prônées par la Cour relèvent, dans ce cadre :

- d'une multiplication des opérations visant à améliorer l'adaptation des logements en prenant soin qu'un professionnel aguerri tel l'ergothérapeute, puisse intervenir afin de favoriser le recours à des aides techniques;
- de la prévention des décès induits par les chutes en mobilisant les ARS qui devront amplifier les moyens sur cet axe,
- de la formation des professionnels sur la promotion et la prescription d'activités physiques,
- de la construction d'une graduation de l'offre de prévention au niveau de chaque territoire,
- d'un abondement des crédits à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie chargée de mettre en place cette politique.

B) Les défis du virage domiciliaire

Comme je l'ai déjà évoqué, les projections démographiques sont alarmantes. En effet la perte d'autonomie risque de toucher plus de 4 millions de personnes âgées en 2050 si rien n'est fait. De plus ce virage domiciliaire prôné par les politiques publiques sur la base du souhait des personnes âgées de vieillir chez elles le plus longtemps possible a déjà fait l'objet d'orientations de loi et de bons nombre de travaux. Parmi ceux-ci je relève un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)^{11,12} qui en dénombre au moins 3¹³ et traite le sujet des limites de cette politique publique tout en en faisant des recommandations. Cette mission menée sur le territoire auprès de plus de 400 auditions d'acteurs fait le terrible constat que les conditions ne sont pas remplies pour réussir ce virage en l'état actuel des choses. Ainsi le renforcement du domicile afin de diminuer les entrées en EHPAD n'est pas garanti puisque les moyens accordés à ce secteur sont assez timorés. De plus les EHPAD manquent de moyens humains et financiers pour accompagner ce virage domiciliaire. Dès lors les conséquences pourraient être dramatiques et mener à une *"dégradation des*

¹¹ IGAS: L'Inspection générale des affaires sociales (Igas) joue un rôle essentiel dans l'évaluation et l'amélioration des politiques publiques en matière sociale. Ses missions de contrôle, d'audit, d'évaluation et de conseil visent à garantir l'efficacité et l'équité des politiques publiques.

¹² Rapport intitulé: Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire- *Se sentir chez soi où que l'on soit*-IGAS-Février 2024

¹³Extrait du rapport: " *le « virage ambulatoire » pris depuis une dizaine d'années par le secteur sanitaire, l'avis 128 du Conseil Consultatif National d'Ethique sur les enjeux éthiques du vieillissement qui se prononçait contre la « concentration » des personnes âgées dans des établissements d'hébergement et prônait des « alternatives à l'Ehpad », ou encore les rapports successifs de l'ONU sur les droits des personnes handicapées, très critiques envers la prise en charge en établissement.*

conditions de vie et d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, à la saturation des Ehpad, report de charge vers les familles, pénibilité accrue des métiers du grand âge, développement de modes de prise en charge peu encadrés pour des personnes vulnérables (ex. emploi direct), risques de maltraitance à domicile comme en établissement, risques d'abus de faiblesse, accroissement des inégalités sociales, notamment vis-à-vis des femmes qui sont plus souvent aidantes, mise en tension du système de soin pour tous les patients, âgés ou non, évolution inefficace et non maîtrisée des coûts de prises en charge, risque accru de retrait du marché du travail d'actifs entre 55 et 64 ans par nécessité de s'occuper de leurs parents âgés".¹⁴

Par conséquent, cette mission propose 6 axes pour mettre en œuvre les conditions d'une réussite de l'accompagnement à domicile, et afin de lutter contre la perte d'autonomie des personnes âgées (j'en retiens 3):

Axe 1 : Privilégier la notion de « politique de renforcement du soutien à domicile » à celle de « Virage domiciliaire »: Améliorer le financement et la qualité du soutien à domicile grâce à la réévaluation du plan d'aide à domicile et au renforcement des moyens accordés aux services d'aide. Les actions initiées dans cet axe visent à élargir le plan d'aide financé par l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) à la reconnaissance de l'aide à la vie sociale et à l'aide administrative. En outre le rôle et le financement de la fonction de la coordination des services autour de la personne âgée et de ses aidants au domicile doit être soutenu.

Axe 4 : Engager un plan national de transformation domiciliaire des EHPAD et cibler des plans de construction de places: une trentaine de départements prioritaires est identifiée afin de construire des places d'EHPAD et d'amplifier l'action publique dont celui la Martinique.

Axe 6 – Renforcer la prévention pour assurer une vie durablement de qualité: cette proposition met l'accent sur le volet formation des professionnels (déjà évoqué précédemment) dans l'objectif de les former à l'anticipation des signes d'une probable perte d'autonomie.

C) La loi 2002-2 du 02 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Le secteur social et médico-social, depuis l'avènement de la loi 2002-2, était régi par la loi du 30 juin 1975, qui avait comme principal objectif de fournir aux institutions un cadre législatif légal suite au développement désordonné des établissements du secteur. En effet,

¹⁴ Extrait du rapport

suite au rapport de Pierre LAROQUE¹⁵ en 1962, force est de constater de la nécessité d'une politique à mener en faveur des personnes âgées et de la question du maintien des liens sociaux favorisant leur citoyenneté et leur insertion sociale. Ce rapport met l'accent sur un objectif éthique qui doit permettre aux personnes âgées de garder leur place dans la société. C'est donc la période de l'humanisation des Hospices qui se transforme juridiquement en Maison de Retraite dans le cadre de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Mais cette loi qui tente d'organiser la planification du secteur, ne laisse que très peu de place aux droits et libertés de la personne accueillie en Maison de Retraite. Ainsi, selon Jean Marc LHUILLIER, dans son ouvrage *"Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux"* cite « *l'utilisateur n'était considéré que comme un bénéficiaire muet de prestations offertes généreusement* ». Et il a fallu attendre la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 pour transformer fondamentalement le secteur.

D) Les principes fondamentaux de la loi 2002-2

Cette loi dite de rénovation de l'action sociale et médico-sociale, a pour principal objectif, de replacer l'utilisateur au cœur des dispositifs des interventions sociales et de renforcer leurs droits. Cette loi est d'autant plus remarquable, car elle revisite intégralement les processus d'organisation des établissements en leur donnant les moyens et les outils d'une nécessaire contractualisation entre l'établissement et l'utilisateur. Dorénavant, l'utilisateur qui est mis au centre du dispositif est reconnu en tant qu'acteur. A ce titre, il bénéficie de droits qu'il pourra revendiquer au cours de sa prise en charge. Il s'agit d'une intervention juridiquement définie dans le cadre d'une relation contractualisée avec des engagements réciproques des deux parties. Il est intéressant de noter que la recherche d'une exigence de qualité devient une obligation dont les principes sont notamment cadrés dans cette loi par l'article 311.3.

Ces principes définissent donc les droits de la personne accueillie et mettent l'accent sur la personnalisation de l'accompagnement. Ceci afin de favoriser son développement, son inclusion et la lutte contre la perte de son autonomie.

Ainsi donc cette loi définit sept garanties¹⁶ à la personne âgée accueillie en établissement :

- Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ;

¹⁵ Conseiller d'Etat, considéré comme le père fondateur de la Sécurité Sociale auteur du rapport « Politique de la vieillesse » en 1962.

¹⁶ Article 311-3 du Code de l'action sociale et des familles

- Le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;
- Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité ;
- La confidentialité des informations la concernant ;
- L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge ;
- Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;
- La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.

1.1.3 Définition du concept de l'accompagnement

Cette notion de l'accompagnement résulte d'une obligation réglementaire imposée aux établissements d'établir un projet d'accueil et d'accompagnement dans le respect des droits de l'utilisateur. Il est néanmoins nécessaire de reconnaître que la réglementation n'en donne à cet égard aucune précision ni sur le contenu ni sur la forme.

Le terme même de « projet » relève d'une dimension prospective. Selon la définition d'Olivier MESLY¹⁷ « *Un projet est un effort organisé et concret motivé par une opportunité perçue, basée sur un problème, un besoin, un désir ou une source d'inconfort. Le projet voit la réalisation d'un livrable unique et innovateur, comme un produit, un service, un processus* ».

En effet, ayant comme ambition de personnaliser les prestations délivrées au bénéficiaire, le projet d'accompagnement implique de se projeter, pour et avec la personne âgée. Cette dynamique doit permettre d'envisager son avenir et d'atteindre des objectifs souhaités. Ce processus prend appui sur une évaluation précise de sa situation de départ au regard de sa situation sociale, de son niveau de dépendance et de son diagnostic médical. Ainsi comme le précisent les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) « *les établissements devront mettre en œuvre une politique favorisant une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité, favorisant le développement des résidents à travers son autonomie, et son insertion, adaptés à son âge, et à ses besoins respectant son consentement éclairé qui doit être systématiquement recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision* ». Il est donc important à ce titre de co-construire cet accompagnement avec les résidents.

¹⁷ Olivier Mesly : est professeur à l'université Ste-Anne en Nouvelle Écosse et consultant en marketing et faisabilité de projets

Par ailleurs, même si les divers diagnostics sont posés par les professionnels, il n'en demeure pas moins que cela reste largement insuffisant pour que le projet aboutisse de manière efficiente. Il faut donc rechercher au-delà du consentement, l'adhésion de l'utilisateur qui passe par un échange régulier avec les professionnels. Ce processus permettra de recueillir des informations essentielles sur son histoire de vie, son environnement familial et social, ses habitudes, afin de les confronter avec leurs observations pour vérifier la solidité du diagnostic du besoin. Il s'agit donc pour les équipes pluridisciplinaires d'avoir un questionnement objectif sur leurs observations, de les relayer dans un espace commun interprofessionnel afin de permettre une coordination pour affiner une analyse plus proche de la réalité de la personne accueillie. En effet, selon Richard VERCAUTEREN, sociologue-gerontologue spécialisé dans l'analyse institutionnelle des établissements sanitaires et sociaux, « *la qualité de l'accompagnement réside en majeure partie sur la cohérence de l'équipe* ». Cette confrontation dans l'analyse, qui doit en outre intégrer le représentant légal et la famille, doit permettre de créer « une alliance » par la compréhension, l'écoute de ce que le résident attend de son séjour. La notion du dialogue en devient cruciale, car les attentes des différents acteurs que sont le résident, les professionnels, les intervenants extérieurs, la famille, dans le cadre de ce projet seront nécessairement contradictoires. Les objectifs professionnels de l'équipe institutionnelle venant s'opposer quelquefois aux attentes des familles.

Comme le stipule le Comité Européen pour le développement de l'intégration sociale¹⁸ dans son guide d'élaboration, « *Le Projet d'Accompagnement Individualisé est donc un outil de planification et de coordination des services et des ressources visant à répondre à long terme aux besoins et attentes d'une personne.* »

1.2 La Martinique : un territoire vieillissant et en déclin démographique

Située au centre de l'Arc Antillais et bordée par la mer des Caraïbes et l'océan Atlantique, la Martinique est une île de 1 128 km² également appelée "l'île aux fleurs". Elle se trouve à plus de 8 000 km du territoire national et se caractérise des autres départements Français de par sa forte densité de population qui est de 316 habitants au km² (120 habitants sur le territoire national) sur un territoire assez exigu (60km en longueur et 30km en largeur).

Deux saisons se succèdent pendant l'année, l'une, le carême qui intervient de Décembre à Avril, qui se distingue par un temps sec et chaud et une période extrêmement ensoleillée. Et l'autre, l'hivernage, de Mai à Novembre qui est marquée par une forte humidité et qui

¹⁸ Le CEDIS : est une association militante à but non lucratif créée par des travailleurs sociaux, des universitaires et des représentants de l'administration sanitaire et sociale. L'une de ses valeurs est de favoriser l'autonomie et de défendre les libertés, les droits et les intérêts des personnes en difficulté d'intégration sociale, qu'elles qu'en soient les causes, par la promotion de la Valorisation des Rôles Sociaux

appelée "saison cyclonique" en raison des risques fréquents de survenance de dépressions tropicales voire de cyclones.

Département français depuis 1946, l'île obtient le statut de Région en vertu de la loi de décentralisation de 1982, et se transforme en 2016, dans le cadre d'une évolution institutionnelle, régie par l'article 73 de la Constitution, en Collectivité Unique, appelée Collectivité Territoriale de Martinique, exerçant les mêmes compétences du Conseil Régional et du Conseil Départemental, instituée par la loi organique n°2011-883 du 27 Juillet 2011¹⁹.

Le droit applicable en Martinique est le même que sur le territoire hexagonal à l'exception de quelques adaptations depuis 2003. En effet, la Martinique relève de quelques particularités, et contraintes dans les domaines du droit domanial (acquisition publique des "50 pas géométriques"), droit de la fonction publique (majoration des traitements pour tenir compte de l'éloignement) et en termes de fiscalité, avec l'application d'une taxe supplémentaire sur les produits importés (l'octroi de mer) qui alimente les budgets des collectivités locales.

La Martinique fait face à un phénomène inéluctable de vieillissement de sa population et d'aggravation de la perte d'autonomie liée au grand âge. A ce titre, les études de l'INSEE sont unanimes: la population de la Martinique vieillit. De plus, l'île connaît une nette décroissance de sa population depuis 2008. De ce point de vue démographique l'on assiste à une diminution constante de la population, avec une perte estimée d'habitants de l'ordre de 35 000 habitants sur les 10 dernières années. En 2010, la population était estimée à 394 173 alors qu'en 2020 elle s'établit à pas moins de 358 749, soit – 8.98%. Cette tendance selon l'INSEE²⁰ se poursuivrait à la même cadence entre 2020 et 2030 et ferait de la Martinique le plus vieux Département de France.

Entamée depuis les années 1980, cette décroissance démographique s'accélère sous l'effet conjugué de 2 facteurs. Tout d'abord, une baisse de la natalité et le résultat d'un solde migratoire annuel négatif (-1%),

En effet, en 2020 l'île a enregistré pour la première fois un solde naturel négatif de -57, résultat de la différence entre le nombre de naissances (3 529) et le nombre de décès (3 586).²¹ Cette tendance s'est confirmée par le recul du taux de natalité passant de 12.4 ‰ en 2010 à 9,9‰ en 2020 alors que le nombre de décès depuis 2010 a tendance à croître, passant de 7.2‰ en 2010 à 10‰ en 2020. Cette situation s'expliquant par le départ de

¹⁹ Loi Organique 2011-883 du 27 Juillet 2011, relative aux collectivités relevant de l'article 73 de la Constitution, et la loi n°2011-884 du 27 Juillet 2011, relative à la Collectivité de Martinique.

²⁰ Etude INSEE-Analyse Martinique Octobre 2020

²¹ Selon une étude IEDOM dans son rapport annuel économique de 2021.

jeunes adultes en recherche d'emploi, de formation, et poursuivant leurs études dans l'Hexagone.

Bien que figurant au début des années 2000 parmi les régions françaises les plus jeunes, on observe maintenant un renversement de cette tendance, et les études menées par le démographe Jean Marie VALENTIN²² tendent à le confirmer. La Martinique est désormais le second territoire avec le plus faible taux de jeunes de 0 à 24 ans (suivant la Corse) et précède la Nouvelle Aquitaine en terme de pourcentage de personnes âgées de plus de 60 ans. Population qui continuera de croître dans les années à venir passant de 25% à 40% de la population totale de 2016 à 2030.

En 2030, 25 650 seniors seraient dépendants, soit 27 % de plus qu'en 2020, de même que les plus de 75 ans en situation de dépendance passeraient de 13 530 personnes à 17 800 en 2030. Par ailleurs, on estime à 8 000 le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés. Les projections à 2040 prévoient un triplement de cette population.

1.2.1 Une population confrontée à une santé fragile

A) Des pathologies chroniques

Cette forte progression de l'espérance de vie s'est également accompagnée d'une augmentation de pathologies chroniques. Le nombre de séniors atteint d'une affection longue durée croît à un rythme soutenu. En effet sur les 5 dernières années, 32.6% de personnes âgées supplémentaires bénéficient de cette allocation alors que sur le territoire national cette croissance est plus timorée (+ 24.9%). Cette situation s'explique par une forte prévalence des pathologies chroniques tels que le diabète, les maladies cardiovasculaires et l'hypertension artérielle sévère. Ces maladies étant la conséquence d'une surcharge pondérale due pour la plupart à des comportements nutritionnels déséquilibrés. A cet égard 2 enquêtes menées en 2006 et en 2015, sur l'état de santé et les comportements alimentaires en Martinique a permis de démontrer et d'évaluer l'ampleur de la prévalence du surpoids, de l'obésité, du diabète et de l'hypertension artérielle d'une large frange de la population. La première, *Escal*, a évalué que plus de 53% de la population est jugée en surpoids dont 20% en situation d'obésité et fait le lien entre ce surpoids et les 2 pathologies que sont le diabète et l'hypertension artérielle. Ces données sont corroborées et amplifiées en 2015 par une autre enquête locale, *Kannari*, qui a évalué à 58.8% la part des plus de 16 ans en surpoids. Mais la situation la plus dramatique met en évidence que plus de 31% des

²² Jean-Marie VALENTIN Démographe à l'Institut National des Etudes Démographiques: Vieillesse de la population en Martinique : Une analyse prospective des enjeux sociodémographiques-2015.

femmes de plus de 16 ans sont en surpoids et 33% sont obèses alors que 31 % des hommes sont en surpoids pour 21% d'obèses.

En outre, les cas de diabète de type 2²³ sont beaucoup plus importants en Martinique que sur le territoire national et représente 90% des cas et l'on assiste également à une progression du nombre d'habitants atteints, passant de 3.5% à plus de 10 % des personnes de plus de 16 ans touchés en l'espace de 9 ans.

La prévalence du diabète augmente avec l'âge avec une accélération à compter de 65 ans, dont l'une des spécificités est que la majorité des cas est représentée par une forte majorité des femmes ayant également comme conséquence une prévalence beaucoup plus importante de l'insuffisance rénale chronique terminale traitée. Les diabétiques sont également souvent en surpoids et hypertendus.

Ces maladies sont souvent la conséquence de mauvaises habitudes de vie liées à un manque d'activité physique, une forte sédentarité, une alimentation fortement déséquilibrée, et un surpoids voire des cas d'obésité chroniques. Les conditions socio-économiques de l'île plus défavorables ayant également une incidence sur l'état de santé de la population. (Voir annexe 6 : état de la santé de la population en Martinique)

B) Une dépendance de plus en plus accrue

La dépendance que se définit par une incapacité ou une difficulté par un individu d'effectuer les gestes et actes de la vie courante, ne cesse de s'amplifier.

A cet égard, le rapport de la Cour des Comptes paru en 2016 sur le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie²⁴ définit la dépendance comme étant la conséquence de la combinaison entre l'isolement de la personne et ses diminutions fonctionnelles. Cette difficulté peut alors être comblée par l'apport d'aides techniques, l'amélioration de son environnement, et l'assistance d'aidants professionnels voir familiaux. Le risque de dépendance peut être évaluée selon l'espérance de vie en bonne santé.

Et à ce titre, selon une étude menée par l'INSEE Martinique en 2020, plus de 20 140 personnes âgées de plus de 60 ans étaient en situation de dépendance. Et les projections démontrent qu'une augmentation de 5 500 individus supplémentaires seraient touchés par ce phénomène. La proportion des plus de 75 ans sera également touchée, pour se situer à 17 800 soit plus de 31% sur cette même période. La dépendance sévère affectera pas

²³ Selon l'Institut National de la Santé et de Recherche Médical : *Le diabète correspond à un excès durable de la concentration de glucose dans le sang (hyperglycémie). Dans le cas du diabète de type 2, ce phénomène est provoqué par une perturbation du métabolisme glucidique. Si elle apparaît progressivement et insidieusement, la maladie a des conséquences graves, voire mortelles, à long terme. Les diabétologues tentent de mieux comprendre les mécanismes impliqués pour la prévenir et traiter efficacement, tout en insistant sur l'importance du mode de vie dans sa survenue – et donc dans sa prévention – ainsi que sa prise en charge.*

²⁴ Cour des Comptes : Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie - Une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler - Rapport thématique: Juillet 2016

moins de 5 880 personnes âgées. Par ailleurs, la part représentative des femmes concernée par cette situation de dépendance y est majoritaire à plus de 60%. Cette répartition s'explique par une espérance de vie plus longue des femmes qui vieillissent donc en plus mauvaise santé que les hommes. Cette population verra donc ses besoins en services d'accompagnement aux actes de la vie courante et de soins progresser rapidement.

A titre de comparaison les personnes âgées de plus de 55 ans se déclarent à plus de 24% en situation de handicap alors que sur le territoire national cette proportion atteint 16%. Les difficultés rencontrées par cette population sont d'ordre moteur, des complications au niveau de la vision, des problèmes de concentration, et une peine à la marche.

Néanmoins les personnes âgées résidentes à domicile en Martinique utilisent plus régulièrement une aide que sur le territoire métropolitain. A ce titre, une enquête menée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) qui est le service statistique ministériel dans les domaines de la santé et du social, a comparé la santé perçue et les habitudes de vie relatives à la santé tant au niveau Européen qu'au niveau des Antilles Françaises²⁵. Alors que 16% des personnes âgées vivant sur le territoire national est aidé de manière informelle, ce sont plus de 23.5% des Martiniquais qui sont accompagnés par une aide aux activités quotidiennes qui bénéficient d'un soutien moral, et perçoivent une aide financière de leur entourage. L'apport des proches est considérée comme essentielle et constitue la base du maintien à domicile de nos personnes âgées, cependant il existe un risque d'effondrement de ce système qui est lié à ce phénomène de décohabitation et de départ massif des jeunes. Par contre, l'aide formelle est de plus en plus pratiquée et se traduit par une utilisation plus fréquente des apports techniques tels que les déambulateurs et les fauteuils roulants. L'aménagement du logement est également utilisé à ce titre pour permettre une meilleure évolution des seniors à leur domicile. Quant à l'aide professionnelle, elle demeure la plus employée à plus de 16%

C) Un sous-équipement dans l'accompagnement du grand âge

En effet, la Martinique souffre d'un déficit en termes de places d'hébergement et d'équipements en médicalisation des lits au sein des structures pour ses personnes âgées. À titre de comparaison pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans, le taux d'équipement en place est de 50,8% alors que sur la métropole il est de 122%, quant au taux d'équipement en lits médicalisés il est de 48% pour 93%. C'est pratiquement la moitié de l'offre médicalisée pour nos personnes âgées que nous subissons sur le territoire.

²⁵ Ministère des Solidarités et de la Santé Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)-Les dossiers de la DREES N° 78 • avril 2021-Premiers résultats de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019

De plus l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) qui est versée aux personnes âgées en perte d'autonomie de plus de 60 ans selon leur niveau de dépendance et évaluée par la grille AGGIR²⁶, est nettement plus élevée sur le territoire Martiniquais. Cette aide qui permet à chaque attributaire, selon un plan d'aide particulier, de bénéficier de travaux d'aménagement de son logement, de matériel adapté à sa situation, de l'aide de transport, des prestations d'aide à domicile, de portage de repas, profite à 26% des séniors âgés de plus de 75 ans sur le territoire, soit plus de 6 points qu'en France hexagonale. Ce qui démontre le besoin d'aide des personnes âgées en Martinique, d'autant qu'elle est perçue à 80% à domicile contre 60% sur le territoire national.

D'ailleurs la forte proportion de personnes âgées dépendantes et les risques encourus de perte d'autonomie font de la Martinique l'un des territoires où le niveau d'APA est le plus important.

A titre de comparaison, l'enquête intitulée « Migrations, Famille et Vieillesse » (MFV) menée en 2020 et 2021 par des démographes de l'Institut national d'études démographiques (Ined) et des experts économiques de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)²⁷ sur l'ensemble des régions d'outre-mer, témoigne de l'importance de cette aide sur ces régions et plus spécifiquement en Martinique qui se retrouve à la première place en termes d'utilisation. A ce propos près de 165€ sont dépensés par habitants dans le cadre du versement de cette assistance et pas moins de 6 112€ représentent la moyenne des plans d'aide des attributaires. Ces montants sont relativement importants puisque rapportés au national ils représentent respectivement 90€ et 4 575€. Selon les auteurs, cette situation est amenée à s'accroître au regard de la persistance du vieillissement de la population et devrait même obérer les finances de la collectivité majeure, la CTM, qui verrait la part consacrée au versement de cette aide s'amplifier et de ce fait réduire ses marges de manœuvre quant au financement des autres secteurs d'activités.

D) Un coût de la vie élevé ayant des répercussions sur l'économie Martiniquaise et sa population

Du fait de l'éloignement de l'île d'avec le territoire national où se trouvent les grands centres d'approvisionnement, et l'étroitesse des marchés des Départements et Régions d'outremer

²⁶ La grille AGGIR est utilisée pour évaluer le niveau de perte d'autonomie d'une personne, qui se voit attribuée un GIR afin de bénéficier ou pas de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie). <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/perde-d-autonomie-evaluation-et-droits/comment-fonctionne-la-grille-aggir>

²⁷ Premiers résultats de l'enquête Migrations, Famille et Vieillesse (MFV2) Martinique-INED/INSEE 2020-2021

(qui se trouvent dans le même particularisme) ont un impact considérable sur la cherté de la vie dans nos sociétés.

En effet, le transport des marchandises réalisé par voie maritime sur nos territoires insulaires influence fortement l'application de surcouts sur l'ensemble des prix de nos économies. A ce propos, une commission d'enquête parlementaire²⁸, votée le 09 Février 2023, rassemblant 28 députés de tous les groupes a étudié les effets du cout de la vie et ses conséquences sur les conditions d'évolution dans les territoires ultramarins.

Le constat est unanime, il existe un *effet de ciseaux entre le niveau général élevé des prix et la faiblesse des revenus d'une partie importante de la population des territoires ultramarin*²⁹. Cette réalité indiscutable touche considérablement tous les pans de la société, que ce soit les secteurs, les acteurs, les collectivités et a des conséquences socioéconomiques considérables telles que le maintien dans la précarité d'une frange de la population et un impact fort sur la santé des Martiniquais.

QUELQUES INDICATEURS D'INÉGALITÉS SOCIALES³⁰

	Chômage (en %) en 2018	IDH ³¹ en 2010	Indice de Gini ³² en 2016	Population bénéficiant du RSA (en %) en 2017	Population bénéficiant de la CMU- C (en %) en 2016	PIB/hab. (en euros) en 2018
Guadeloupe	23	0,822	0,42	24	27,1	23 300
Guyane	19	0,740	0,42	25,2	38,5	15 300
Martinique	17,7	0,814	0,41	21,6	24,1	23 300
Hexagone	8,8	0,883	0,29	4,2	7,3	33 000

E) Une prédominance du domicile

97,4% des personnes âgées de 65 ans ou plus vivent à domicile en Martinique contre 94% en France hexagonale, mais ce constat s'accompagne également d'une évolution culturelle très forte. En effet, les ménages d'une personne seule sans famille âgée de 55 à 79 ans

²⁸ Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur le cout de la vie dans les collectivités territoriales régies par les articles 73 et 74 de la Constitution-Juillet 2023

²⁹ Propos tenus par Mr Guillaume VUILLETET Président de la Commission

³⁰ Source : Jean-Christophe Gay, La France d'outre-mer : Terres éparses, sociétés vivantes, Armand Colin, 2021, p. 97, d'après INSEE, ISPF, ISEE, ministère de l'Outre-mer, ministère de la Cohésion des territoires, ministère des Solidarités et de la santé, ministère du Travail et Agence française de développement (AFD).

³¹ L'indice de développement humain (IDH) correspond à un indice composé calculé chaque année par le PNUD afin d'évaluer le niveau de développement des pays en se fondant non pas sur des données strictement économiques, mais sur la qualité de vie de leurs ressortissants. Extrait du site <https://www.vie-publique.fr/fiches/274930-quest-ce-que-lindice-de-developpement-humain-idh-et-autres-indices>

³² L'indice (ou coefficient) de Gini est un indicateur synthétique permettant de rendre compte du niveau d'inégalité pour une variable et sur une population donnée. Il varie entre 0 (égalité parfaite) et 1 (inégalité extrême). Entre 0 et 1, l'inégalité est d'autant plus forte que l'indice de Gini est élevé. Extrait du site <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1551>

ont tendance à s'accroître. Cela s'explique par une tendance de décohabitation massive et rapide des enfants parmi les ménages mono- parentaux en Martinique. Cette transformation de ménages monoparentaux en ménages de personnes seules a pour conséquence un isolement résidentiel précoce des seniors âgés de moins de 80 ans atténué par un phénomène de re-cohabitation partiel avec le retour des enfants lorsque l'état de santé de leur parent se dégrade ou pour des raisons d'entraide familiale et intergénérationnelle.

L'offre d'hébergement intermédiaire telle que les résidences autonomie est pratiquement inexistante, et les EHPAD en nombre limité ne permettent d'accueillir que 2.3% des personnes âgées, à cause de contraintes économiques fortes telles que la paupérisation de la population et un reste à charge important font que les seniors favorisent surtout le recours au domicile.

En outre, au regard des difficultés d'accès aux crédits immobiliers à cause des faibles capacités de remboursement juste un peu plus de 54.6% des Martiniquais se déclarent être propriétaires de leurs biens contre 57.6% des propriétaires en France Hexagonale.

Une étude menée par l'IEDOM Martinique³³ a recensé près de 80 % des ménages martiniquais logés dans une maison contrairement au territoire métropolitain où seulement 2/3 le sont.

1.2.2 Un accompagnement des personnes âgées à adapter.

A) Une intervention à domicile importante mais atypique.

L'offre de Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) sur le territoire est particulièrement dense, mais se singularise par une majorité de petites structures. Une quarantaine de structures privées interviennent sur tout le territoire avec un besoin marqué de professionnalisation des intervenantes à domicile. La majorité connaissant des difficultés financières au regard du faible montant de l'APA depuis plusieurs années (passage en 2020 de 13 à 19€) ce qui les a contraints à compresser leurs coûts, et à maintenir de faibles salaires et à une répercussion sur la qualité de leurs prestations.

Les infirmiers libéraux également en nombre important sont près de 2.5 fois supérieurs à la France hexagonale en terme de densité. Par contre, le taux d'équipement des SSIAD est particulièrement en tension. 11 structures interviennent sur toute l'île pour une moyenne de 12.9 places pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans alors que le territoire national en compte 20.4 places. En outre, selon l'INSEE, ce personnel est confronté à un phénomène de vieillissement de ses effectifs.

³³ IEDOM: Institut d'Emission des Départements d'Outre-Mer est chargé d'assurer la continuité territoriale des missions de banque centrale par délégation de la Banque de France dans les départements et collectivités d'outre-mer dont la monnaie est l'euro:

B) Une offre de soins relativement fragile

Le taux d'accessibilité potentielle localisée (APL) qui permet d'apprécier l'adéquation offre-demande en élargissant les critères retenus dans l'accessibilité est assez limité. Effectivement, l'accès aux médecins généralistes et spécialistes est nettement inférieur au national et repose essentiellement sur des médecins âgés de 55 ans et plus. Ce contexte génère des difficultés d'accès aux soins en terme de disponibilité des médecins, avec un rallongement des délais de rendez-vous et une saturation des services d'urgence. En revanche, les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes sont assez conséquents et comparables aux effectifs du niveau national, contrairement à d'autres professions (en situation de tension sur le territoire)

C) Un besoin de coordination sur le territoire : le cas particulier du DAC

Le besoin de coordination sur le territoire est prégnant. En effet le DAC de Martinique, qui a été créé en 2022 assure le relais de l'ancienne MAIA et couvre l'ensemble du territoire. Ce dispositif a pour vocation d'assurer l'information et l'orientation des professionnels, des usagers, et des aidants en élaborant avec l'utilisateur son plan d'aide en coordination de Santé. Or cette équipe bien qu'investie dans sa mission est confrontée à une forte augmentation des besoins et des demandes sur le territoire sans pour autant avoir les effectifs et les moyens juridiques pour répondre à toutes les situations des professionnels de terrain.

D) Les besoins exprimés par les aidants

Le constat est implacable : il s'agit véritablement de situations très complexes à gérer. En effet, l'ensemble des familles que j'ai rencontrées évoquent très régulièrement la complexité de la relation avec leur parent. Et me font régulièrement remonter :

- Le manque de places en EHPAD sur le territoire et une méconnaissance des dispositifs d'accueil de jour du territoire ;
- Une aide aux aidants qui est non coordonnée et un manque de repérage des professionnels ;
- Un cloisonnement des institutions et des professionnels et un besoin de coordination des équipes sur le terrain, notamment des associations d'aide à domicile ;
- l'importance de procéder à un diagnostic précoce afin d'améliorer les chances de continuité de vie des personnes atteintes ;

1.3 Des Autorités publiques qui favorisent le soutien à domicile.

La Collectivité Territoriale de la Martinique et l'Agence Régionale de Santé, sont les deux autorités de contrôle et de régulation du secteur médico-social. Et à ce titre elles développent au sein de leurs documents programmatiques, respectivement le Projet

Régional de Santé et le Schéma de l'Autonomie, leur vision, leur orientation et leurs projets afin de répondre aux enjeux du territoire.

Se basant sur des constats partagés avec l'ensemble des acteurs intervenants dans l'accompagnement des personnes âgées, ces deux autorités s'emploient à anticiper les effets d'un vieillissement et d'une perte d'autonomie d'une frange de la population qui s'annoncent particulièrement complexes. En outre, leurs préconisations s'inscrivent dans un contexte où *"les établissements de la région présentent des déséquilibres structurels majeurs, à forts retentissements financiers, capables de fragiliser une prise en charge de qualité de la population."*³⁴

Les difficultés financières de la CTM sont un risque important majeur alors que la situation nécessite d'importants investissements que l'ARS ne peut porter seule.

1.3.1 L'ARS Martinique : une ambition domiciliaire

Les constats réalisés dans le cadre des études menées sur le territoire pour bâtir son Projet Régional de Santé 2018-2027 sont convergents et unanimes et viennent confirmer les tendances démographiques réalisés par l'INSEE : les personnes de plus de 60 ans devrait progresser d'ici 2040 et représenteront plus de 40% de la population. L'exode massif des jeunes, lié à ce phénomène de décohabitation contribue fortement à un isolement des personnes âgées à domicile. Et bien que la solidarité familiale sur le territoire existe encore, il n'en demeure pas moins que l'on assiste à un épuisement de ces aidants. C'est pourquoi l'ARS évoque dans son C.O.S³⁵ que : **"De telles évolutions démographiques appellent nécessairement des réponses adaptées aux besoins et aux évolutions sociétales puisqu'elles ne manqueront pas d'avoir d'importantes conséquences pour l'offre sanitaire et médico-sociale ainsi que sur l'évolution des maladies chroniques"**.

Et afin de répondre à ces difficultés sur le secteur des personnes âgées, l'ARS ambitionne un véritable accroissement de l'offre médico-social du territoire en passant par le développement du soutien à domicile. Ces préconisations se traduisent par des actions qui devront nécessairement passer par :

- l'amélioration des conditions d'accès aux soins et à la prévention de la perte d'autonomie, en contribuant à réduire les facteurs d'inégalités sociales et territoriales de la santé, comme : l'accès à une alimentation de qualité, la mobilité des personnes âgées, l'accessibilité aux informations sociales et médico-sociales médicales des institutions et

³⁴ Extrait du Cadre d'orientation stratégique de l'ARS 2018-2027

³⁵ Cadre d'Orientation Stratégique pour le Projet Régional de Santé 2018-2027

services, et le développement d'actions de formations permettant l'employabilité des jeunes dans le secteur gériatrique.

- la construction d'un environnement favorable aux conditions de soutien à domicile des personnes âgées, grâce au développement de dispositifs innovants tels que les "EHPAD hors les murs", et les Centres de Ressources Territoriaux. La professionnalisation des accueillants familiaux qui permettra un développement de solutions intermédiaires entre le domicile et l'institution.

- le décloisonnement des secteurs gériatriques et sanitaires par le renforcement de la coordination territoriale entre les acteurs, afin de permettre une continuité des parcours de santé et de vie des personnes âgées. L'ambition forte est de structurer de véritables filières de d'accompagnement et de prises en charge médicales pour réduire les risques d'hospitalisations et ainsi éviter les conséquences sur la santé et l'autonomie des personnes âgées fragiles et les entrées précoces en établissement médicalisé.

L'impérieuse nécessité de construire une fluidité dans les différents parcours des personnes âgées en Martinique est une volonté affichée très forte de l'ARS. Et les EHPAD à l'avenir, devront s'engager dans une transformation de leur offre notamment à travers leurs réponses aux différents appels à projets sur le territoire portant sur la création d'unité de Pôle d'Activités de Soins Adaptés, d'Unités d'Hébergements Renforcés, de Centres d'Accueils de Jour. Par ailleurs il s'agit surtout de proposer une vision des "EHPAD de demain", ou ces établissements devront participer plus activement au maintien à domicile des personnes âgées en proposant un certain nombre de services facilitant la prévention de la perte d'autonomie, et participant à une meilleure coordination des acteurs de terrain grâce au développement des partenariats entre les structures et entre les secteurs concourant à la prise en charge et à l'accompagnement des personnes âgées.

A cet effet, l'ARS s'engage véritablement dans le soutien à domicile des personnes âgées par le développement de dispositifs innovants tels que les "EHPAD hors les Murs" et les CRT.

1.3.2 Une Collectivité Territoriale de la Martinique qui favorise le maintien à domicile

Erigée depuis 2016 en Collectivité unique, comme précédemment évoqué, la CTM est chargée du développement économique et social de l'île avec un budget d'environ 1 milliard d'euros. Et dans le cadre de son développement, elle a contractualisé en 2019 avec l'Etat et les autres Etablissements Publics de Coopération Intercommunale un Contrat de

Convergence et de Transformation devant permettre le financement d'un programme d'actions structurant de 853 millions. A ce titre, l'une des orientations stratégiques importantes relève de l'épanouissement de la population à travers son bien-être et permet le financement d'action portant sur une meilleure intégration des jeunes dans la société à travers la formation professionnelle. L'accès aux soins et à l'accompagnement médico-social est également une mesure phare portant sur un volume financier de plus de 12 millions et devra permettre une structuration de la filière en améliorant la montée en compétence des professionnels du secteur.

En outre plus spécifiquement sur le volet personnes âgées, la Collectivité "cheffe de fil" de l'action sociale et médico-sociale a fait le choix de développer depuis 2018 un Schéma de l'Autonomie en direction des personnes âgées dans le but d'anticiper leur perte d'autonomie et d'accompagner la dépendance. Ce document de programmation intègre bien les enjeux des orientations préconisées par les politiques publiques nationales tout en s'adaptant aux réalités du territoire. Ce schéma élaboré en co-construction avec l'ensemble des acteurs du champs médico-social est véritablement la feuille de route des professionnels du secteur, et oriente l'action envers les personnes âgées selon 5 enjeux prioritaires établis selon les différents états des lieux

- *Un enjeu d'interconnaissance et de coordination entre les différents acteurs sociaux, sanitaires et médicosociaux pour un meilleur accompagnement des publics vers l'offre existante et l'atténuation des ruptures dans les parcours de vie.*
- *Un enjeu de développement des solutions pour la prévention et le repérage des situations de perte d'autonomie.*
- *Un enjeu de structuration et de développement de l'offre de services et de soutien à domicile (SADD, SAVS-SAMSAH) y compris les offres de répit (accueil de jour, hébergement temporaire, etc.) et pour des publics fortement dépendants (adaptation du logement, articulations des prises en charge médicales et médicosociales...).*
- *Un enjeu de développement de l'offre d'hébergement médicalisé et non médicalisé pour des personnes âgées dépendantes et de plus en plus isolées.*
- *Un enjeu de développement de la filière économique de l'autonomie, secteur en mutations et avec un fort potentiel de croissance et d'innovation³⁶.*

Se basant sur ces enjeux co-élaborés avec les partenaires, la CTM a donc décidé de retenir les modalités d'actions suivantes après une large concertation politique :

³⁶ Extraits du Schéma de l'Autonomie de la CTM

- Préserver et développer l'autonomie de tous afin de rendre la société Martiniquaise plus inclusive.

Dans le cadre cet axe stratégique, il s'agit avant tout de veiller à l'articulation des politiques publiques orientées vers la prévention de la perte d'autonomie en confortant la coordination des acteurs intervenant dans le champ de la prise en charge des aînés. A cette occasion, la Conférence des Financeurs de la prévention et de la perte d'autonomie, instituée par la loi ASV du 28 Décembre 2015, devra coordonner l'ensemble des initiatives locales et établir un financement des actions de prévention de la population.

- Faciliter les parcours de vie pour maintenir l'autonomie.

La CTM à travers cette orientation envisage de s'appuyer très fortement sur les acteurs de proximité que sont les Centres Communaux d'Action Sociale des communes, les Services D'aide à domicile ainsi que les Institutions Sociales afin d'améliorer l'orientation des publics grâce à une meilleure coordination de ces acteurs dans les bassins de vie. Il s'agit surtout de territorialiser l'action publique en termes de prévention de la perte d'autonomie en mettant en cohérence les actions vis-à-vis du soutien aux aidants, et de lutte contre l'isolement des personnes âgées. La notion de parcours de vie est l'axe central de cette orientation et doit permettre aux professionnels de se coordonner avec efficacité pour optimiser l'orientation des publics.

- Renforcer l'accompagnement au domicile et l'aide aux aidants.

La Martinique, je l'ai évoquée, est la Région Française ayant le plus fort taux de vieillissement de sa population. Et se basant sur le choix des personnes âgées de rester vivre le plus longtemps à leur domicile, la CTM a décidé d'encourager le développement d'actions visant à renforcer le maintien à domicile. A cette occasion, l'accompagnement des établissements détenteur d'autorisation sur des dispositifs d'accueil de jour, d'hébergement temporaire, et de plateforme de répit, sera renforcé. Un dispositif innovant d'"EHPAD hors les murs" a également été signé avec un EHPAD au centre de l'île et devra faire l'objet courant 2025 d'une évaluation. Le volet formation des professionnels est une mesure essentielle de cet axe, et doit permettre aux acteurs de proximité d'être des relais ayant une connaissance des publics afin de mieux repérer les difficultés et les fragilités des personnes âgées notamment les plus isolées. Les familles, maillon essentiel de l'accompagnement de leur parent notamment dans les situations de troubles cognitifs devront pouvoir bénéficier de la création d'une Maison des Aidants. Cette volonté de soutenir les familles est fondamentale et permettra de mieux les orienter et les accompagner dans leur fonction d'aide à une meilleure gestion des situations d'urgence.

- Anticiper les évolutions socioéconomiques pour préserver l'autonomie.

L'adaptation du logement des aînés est l'une des conditions essentielles pour la réussite de leur maintien à domicile. Et à ce titre la CTM s'engage à créer les conditions favorables à une meilleure mobilisation des acteurs et des services participant à l'adaptation des logements. Et bien que la précarité en Martinique touche surtout le public âgé, il n'en demeure pas moins que l'institution a la ferme volonté de favoriser l'accès aux financements de ce public pour mieux adapter leur logement notamment sur des dispositifs permettant l'aménagement des salles de bain, et la domotique. A cet effet cette digitalisation des logements doit permettre la sécurisation des personnes âgées avec la mise en œuvre d'un système de télésurveillance qui favorise l'intervention d'un opérateur en cas de situation d'urgence, un suivi plus efficace de la santé des personnes âgées avec des détecteurs lumineux anti-chutes et un système d'alerte interconnecté avec des objets connectés. La sensibilisation des bailleurs sociaux à s'engager dans cette orientation de l'adaptation des logements est également une condition favorable à un maintien à domicile efficient.

1.4 Conclusion de la première partie

L'augmentation des personnes âgées au niveau européen, couplée à un vieillissement des populations est un constat bien établi à travers l'ensemble des études démographiques. Et cet accroissement des personnes âgées dans les territoires, oriente les politiques publiques nationales à lutter contre la perte d'autonomie qui est une conséquence majeure de cette évolution. D'ailleurs, la France qui connaît une tendance similaire, s'engage dans cette lutte à travers le développement des moyens consacrés à cette politique du "virage domiciliaire" qui vise à maintenir à domicile les personnes âgées. Mais la Martinique, territoire distant de plus de 8 000 km, connaît une transition démographique majeure qui risque de fragiliser un tissu économique déjà en difficulté. Le vieillissement de la population se manifeste dans un contexte socioéconomique précaire où les personnes âgées sont confrontées à un faible niveau de vie et à un taux de pauvreté assez important. Et cette politique de maintien à domicile sur le territoire se heurte à une dégradation de l'état de santé de la population notamment âgée. Alors, comment un Ehpad aujourd'hui sur ce territoire, peut-il s'impliquer dans cette transformation voulue par les pouvoirs publics en soutien du domicile ? Et comment peut-il contribuer à prévenir cette perte d'autonomie tout en soulageant des familles fortement exposées ?

C'est donc tout l'enjeu de cette seconde partie que je vais développer, afin de démontrer l'engagement du Logis Saint Jean à travers ses équipes, sa gouvernance et son organisation, qui s'inscrit d'ores et déjà dans cette volonté de répondre aux besoins et attentes des personnes âgées du territoire.

2 L'EHPAD LOGIS SAINT JEAN : UN ETABLISSEMENT REMARQUABLE

Après avoir évoqué les différentes orientations des politiques publiques en matière de prévention de la perte d'autonomie et de renforcement du soutien à domicile, j'aborde dans ce chapitre le positionnement de l'EHPAD Logis Saint-Jean dans son contexte territorial.

2.1 Diagnostic territorial du bassin de vie de l'Espace Sud

Au regard des inégalités territoriales de la Martinique, il est important que je précise plus finement les réalités du bassin de vie dans lequel intervient le Logis Saint-Jean.

L'ARS Martinique, dans le cadre de son projet Régional de Santé, a divisé le territoire en 4 territoires de proximité afin de mieux identifier les difficultés de chaque bassin et d'avoir des actions concrètes par zone géographique. La zone d'intervention du Logis Saint-Jean se situe au Sud de la Martinique sur un territoire qui regroupe 12 communes. Cette zone de 409 km² est habitée par une population de près de 120 268 habitants qui représente 31% de la population totale. Sa densité de 294 habitants au km² la rapproche de la moyenne de l'ensemble du territoire qui est de 344 habitants.

Ce bassin de vie possède une vie économique très dense et est considéré comme le second pôle économique de l'île avec une prédominance du secteur tertiaire³⁷ qui représente 78% des emplois. Près de 21% des emplois du territoire sont localisés dans cette région, ce qui en fait le second bassin d'emploi de l'île.

Contrairement au reste du territoire, cette zone bénéficie d'une attractivité importante au regard de l'augmentation de sa population de près de 0.2% entre 2012 et 2024. Le solde naturel est en augmentation alors que cet indicateur est en baisse sur l'ensemble de l'île. Le vieillissement de sa population connaît la même dynamique que l'ensemble du territoire, même s'il est considéré comme ayant la structure d'âge la plus jeune de la région. Les plus de 75 ans du bassin de vie représentent près 7% de la population alors que cette proportion est aux alentours de 8% sur le reste du territoire.

La taille des ménages est également en diminution, car la moyenne de la composition des habitations est passé en l'espace de 30 ans de 4.6 à 2.4 occupants, alors que la proportion

³⁷ Secteur tertiaire:Wikipédia: Le secteur tertiaire produit des services et fait partie de l'économie avec les activités agricoles et industrielles , et est composé :

-Du tertiaire principalement marchand (commerce, transports, activités financières, services rendus aux entreprises, services rendus aux particuliers, hébergement-restauration, immobilier, information-communication) ;

-du tertiaire principalement non marchand (administration publique, enseignement, santé humaine, action sociale).

des familles monoparentales de 1 personne s'est accrue de plus de 4 points sur une période de 5 ans (passant de 27.4 en 2007 à 31.1% en 2012).

En termes de précarité, ce bassin de vie regroupe près du quart de sa population relevant des allocations de la Caisse d'Allocations Familiales, alors que dans l'Hexagone ce ratio est de 7%.

L'accès aux soins, selon les études de l'INSEE, est assez sensible. En effet, on ne dénombre que 76% des plus de 16 ans qui sont affiliés au régime de sécurité sociale dont 22% en affection longue durée, alors que 15% ne font pas référence à un médecin traitant. L'offre de soins de l'Espace Sud (Source ARS Martinique), est relativement bien étoffée au niveau de la Martinique. On observe qu'il existe une pluralité de professionnels sur le territoire pouvant intervenir dans le diagnostic de santé des personnes âgées et les accompagner dans le cadre d'une admission en EHPAD.

Effectifs et densité pour 100 000 habitants des professionnels de santé libéraux et des pharmacies 2013

	Médecins généralistes		Spécialistes		Infirmiers		Sage-femmes		Masseurs kinésithérapeutes		Chirurgiens dentistes		Pharmacies	
	Effectifs	Densité	Effectifs	Densité	Effectifs	Densité	Effectifs	Densité	Effectifs	Densité	Effectifs	Densité	Effectifs	Densité
Centre	152	93,8	114	70,3	413	254,8	22	13,6	170	104,9	84	51,8	81	50,0
Nord Caraïbe	14	59,8	0	0,0	69	294,7	1	4,3	26	111,1	6	25,6	9	38,4
Nord Atlantique	49	59,3	13	15,7	253	306,4	6	7,3	94	113,8	20	24,2	33	40,0
Sud	79	65,7	19	15,8	336	279,4	13	10,8	124	103,1	41	34,1	48	39,9
Martinique	294	75,7	146	37,6	1 071	275,8	42	10,8	414	106,6	151	38,9	171	44,0

Accueil des personnes âgées

	Nombre d'établissements	Nombre de lits et places	Taux d'équipement pour 1 000 habitants de 75 ans et plus
Centre	19	940	72,5
Nord Caraïbe	3	111	54,1
Nord Atlantique	5	192	26,4
Sud	9	446	53,2
Martinique	36	1 689	55,0

Source : ARS Martinique DOMS – exploitation OSM

Par contre un rapport d'information du Sénat³⁸ réalisé par sa commission des affaires sociales après une mission menée en Martinique a relevé le vieillissement et la vétusté du parc des EHPAD sur place, ainsi que la faiblesse du taux d'équipement en matière de Services de Soins Infirmiers à Domicile. Ce taux représente 13 places pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans alors que dans l'Hexagone il est à plus de 21%. Ces données épidémiologiques ainsi que le taux d'équipement du bassin de vie du sud reflètent un besoin important d'accompagnement à domicile pour les personnes âgées.

³⁸ Rapport d'information sur le vieillissement de la population en Martinique- Sénat- 31 Mai 2023

2.2 L'histoire de l'Etablissement

L' Association « Logis Saint-Jean » a été créée le 4 septembre 1954 à l'initiative du Maire de la commune de Rivière-Salée, Monsieur Alphonse JEAN-JOSEPH également grand précurseur en son temps de la construction des premiers réseaux d'eau et d'assainissement de l'île. Il fut également ancien Président du Conseil Général (1953-1957). Son but était d'aider les personnes âgées nécessiteuses de la commune. L'encadrement de ces personnes âgées était alors assuré par des bénévoles.

Le 25 mai 1960, par arrêté préfectoral, la maison de retraite « Logis Saint-Jean » reçut son agrément, ainsi que l'habilitation à l'Aide Sociale.

En décembre 1992 fut créée une section de cure médicale de 10 lits, ce qui permit d'obtenir des moyens d'encadrement supplémentaires.

En 1996, dans le cadre d'un contrat Plan État-Région relatif à l'humanisation des maisons de retraite, le « Logis Saint-Jean » put s'inscrire dans un projet de rénovation et d'extension de 8 lits supplémentaires. L'effectif de 40 lits est alors réparti en 16 chambres doubles et 8 chambres individuelles.

Le 13 juin 2002, un arrêté conjoint du Conseil Général de l'époque et de l'État, autorise le « Logis Saint-Jean » à assurer la prise en charge des personnes âgées dépendantes. La maison de retraite devient donc un E.H.P.A.D. (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes).

En mai 2012, a eu lieu l'inauguration d'une extension permettant d'héberger 12 résidents supplémentaires, de créer 4 bureaux, et d'ouvrir un Accueil de Jour Thérapeutique « La Perle du Logis » d'une capacité de 4 places.

2.3 Une Gouvernance et une Direction engagées sur un socle de valeurs humanistes

L'association est composée en majorité de cadres retraités de la fonction publique territoriale, ce qui lui permet d'avoir une grande connaissance des enjeux du territoire en matière d'accompagnement des personnes âgées. Certains membres possèdent un mandat électif au niveau municipal et sont engagés dans d'autres associations caritatives, et font bénéficier à l'Institution d'une ouverture sur leurs réseaux respectifs. Il est à noter que l'actuel Maire de la commune a été longtemps membre de l'association et depuis son élection à la tête de l'agglomération de la collectivité Espace Sud, son mandat n'a pas été renouvelé.

Les différentes gouvernances et postes de Direction, ont toujours été stables depuis l'ouverture de l'Etablissement.

L'association ne possède pas de projet associatif, mais se base sur des valeurs de Respect de la personne accompagnée, de Dignité, d'Engagement et d'Ethique dans le but d'aider et d'accompagner les personnes âgées à préserver leur autonomie par la gestion de structures d'hébergement (Voir Diamant de Marchesnay en annexe 2). Ce socle de valeurs construit tout au long des décennies par les différentes gouvernances, permet à l'Institution d'offrir un cadre apaisant pour un accompagnement de qualité des personnes âgées tout en améliorant dans la continuité leur environnement.

L'action du Logis Saint Jean s'inscrit dans :

- L'hébergement permanent à temps complet des personnes âgées autonomes, semi-dépendantes, dépendantes ou en perte d'autonomie du GIR 1 à 6.
- L'accueil de jour thérapeutique de personnes âgées.

L'EHPAD a pour mission de maintenir, d'entretenir et de restaurer les capacités physiques, mentales, sociales des personnes accueillies.

Cette action s'articule autour des 4 axes suivants définies dans le projet d'Etablissement 2018-2022: :

- L'assistance des personnes âgées dans les divers actes de la vie quotidienne,
- Le soutien psychologique, psychique et physique des personnes âgées,
- Les soins médicaux et paramédicaux,
- Un accompagnement dans le maintien de l'autonomie, du confort, du bien-être.

Ces 4 éléments sont également mis en œuvre à titre palliatif.

2.3.1 La stratégie de développement de l'Etablissement

Lors de mes différentes rencontres avec les acteurs du territoire, j'ai pu constater que l'institution jouit d'une excellente réputation. En effet, les interlocuteurs ont plus d'une fois mis en exergue la qualité d'intervention des professionnels, et l'inscription de l'Etablissement dans son environnement. Effectivement, la stabilité du poste de directeur et son positionnement central, au cœur de la Ville, a permis d'inscrire sur la durée l'institution comme une réponse aux besoins d'accompagnement des aînés de son bassin de vie. De plus l'Etablissement s'engage dans une politique de maintien de l'emploi grâce notamment à l'activité de 2 services supports, la restauration et la lingerie, alors que 2 autres EHPAD que j'ai pu visiter ont fait le choix économique de contractualiser ces activités avec des prestataires extérieurs. Ce choix de maintenir la continuité de ces services est une réelle volonté commune de la gouvernance et de la direction de contribuer à maintenir le personnel dans l'emploi, au regard des enjeux territoriaux, tout en garantissant un niveau de qualité des prestations et l'équilibre économique du service rendu.

L'Association gestionnaire du Logis Saint-Jean a fusionné en 2022 avec une autre association en difficultés financières comprenant 2 accueils de jour, un SSIAD, et une plateforme de répit. La délibération du Conseil d'administration traitant de cet objet, précise: *"Cette initiative stratégique a été entreprise dans le but d'optimiser la qualité de services, de rationaliser les opérations et de répondre de manière efficace aux besoins de la population vieillissante du territoire et de leurs aidants"*³⁹. Cette fusion, selon le Directeur, a été opérée dans l'objectif de favoriser une approche plus intégrée de la prise en charge des personnes âgées du territoire et de mettre en œuvre une gestion coordonnée de leur parcours de santé par la structuration de pôles d'accompagnements. Cette fusion a donné lieu à une restructuration organisationnelle en matière de ressources humaines. En effet, le Président a recruté, sur avis du Directeur, une Responsable du Pôle Domicile, adjointe de direction, venant de l'ARS Martinique ancienne chargée de mission pour l'élaboration des Contrats Locaux de Santé⁴⁰ avec les Villes. Cette fonction lui a permis d'avoir une grande connaissance des acteurs du territoire qu'elle met au service de l'Etablissement. Les objectifs qui lui ont été assignés relèvent de la coordination des différents dispositifs (CAJ, PFR et SSIAD) dans le cadre d'une utilisation plus efficiente des ressources dans le but d'améliorer la qualité des services fournis aux différents publics.

2.3.2 Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)

Depuis la loi d'adaptation de la Société au vieillissement⁴¹, la législation prévoit le remplacement des conventions tripartites par la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Ce document stratégique établi sur 5 ans, permet notamment aux EHPAD de mieux structurer leur développement dans l'objectif de répondre aux enjeux d'accompagnement des personnes âgées et de leurs aidants.

Le CPOM de l'établissement prévoit sur la période 2021-2025 suite à un diagnostic partagé, 3 axes opérationnels de développement :

- Adapter l'offre aux besoins des personnes âgées dépendantes dans le cadre de projets de territoire,

³⁹ Propos extrait de la feuille de route du Directeur

⁴⁰ Les Contrats locaux de santé en Martinique ont pour objectif de soutenir des dynamiques locales de santé sur des territoires de proximité urbains ou ruraux. Ils ont pour but de favoriser :

- L'amélioration des contextes environnementaux et sociaux qui déterminent, à plus ou moins long terme, l'état de santé des populations au niveau local ;
- L'accès des personnes, notamment "démunies", aux soins, aux services, et à la prévention ;
- La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

⁴¹ La loi n° 2015-1776 relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 et la loi n° 2015-1702 de financement de la sécurité sociale 2016 du 21 décembre 2015, introduisent l'objectif de généralisation des CPOM sur le secteur médico-social.

- Simplifier le parcours de vie des personnes et faire évoluer l'accompagnement des résidents,
- Rechercher l'efficience et la performance dans la gestion des ressources humaines.

Il est tout de même important de relever que l'association est la première et la seule du territoire à avoir signé un CPOM avec les autorités de tarification. Et cette volonté de contractualiser avec les autorités tarifaires relève d'un choix stratégique partagé entre la Direction et la Gouvernance pour donner un cadre au développement de l'Etablissement. Mais ce CPOM ne prévoit aucun moyens supplémentaires en effectifs ni en volumes financiers et *"les autorités s'engagent à accompagner la réalisation des objectifs définis conjointement dans la limite des enveloppes financières disponibles"*⁴².

Les Directeurs que j'ai rencontrés m'ont tous fait remonter *" l'absence de continuité de vision"* notamment de la CTM, cheffe de file de l'action sociale. Cette assertion est fondée sur le changement de majorité à chaque élection politique au niveau territorial. A ce propos, les premières réunions de concertation pour l'élaboration du nouveau schéma de l'Autonomie font remonter que *" la stratégie territoriale est peu partagée et que le portage politique varie selon les acteurs impliqués et les territoires couverts"*

2.3.3 Une philosophie partagée de la Gouvernance et de la Direction

A défaut de projet associatif, il n'en demeure pas moins que la gouvernance associative s'est véritablement investie dans sa mission en élaborant un document stratégique afin de partager sa vision avec les équipes, les acteurs et les partenaires du territoire.

Ainsi, elle vise à répondre aux besoins des personnes âgées et de leurs aidants au niveau territorial en fournissant des soins et des services de qualité, axés sur la dignité, le bien-être et le respect des droits individuels tout en soutenant activement les aidants dans leur rôle essentiel. Cette mission se réalise à travers la définition d'axes stratégiques qui recherchent l'excellence des soins et l'efficience des services. Il s'agit de renforcer la formation continue du personnel, d'intégrer les nouveaux dispositifs grâce à une meilleure coordination des équipes et d'innover par l'application de nouvelles modalités technologique au sein des services.

La réponse aux enjeux territoriaux par la Gouvernance de l'association se traduit également par une intégration importante de stagiaires et de jeunes de la Mission Locale de l'Espace Sud. Cette action permet de lutter contre le chômage des jeunes et de leur offrir un terrain de stage en lien avec les personnes âgées afin de les accompagner dans la formation, de

⁴² Extrait du CPOM 2021-2025 du Logis Saint Jean prenant effet au 31 Décembre 2021

développer les liens intergénérationnels, et d'anticiper les futures vocations dans le secteur. A ce titre, la Direction bénéficie d'une latitude responsable dans le cadre de sa gestion. Et celle-ci est encadrée par un Document Unique de Délégation⁴³ qui définit précisément le rôle de chaque partie (Directeur et Conseil d'Administration). Cette relation de confiance est assumée par des rencontres régulières et respectueuses entre les acteurs, d'autant plus que le Président est un ancien Directeur d'association de parents à caractère social qui œuvre à proposer des services pour soutenir toute personne porteuse d'un handicap mental.

2.4 Le Logis Saint Jean

L'implantation du Logis Saint Jean en plein bourg de la ville de Rivière-Salée est un atout indéniable qui lui permet de bénéficier d'une attractivité naturelle et d'un rayonnement significatif. En effet cette ville de 11 887 habitants est le siège de la Communauté d'agglomération de l'Espace Sud et est considérée comme le second pôle administratif et économique du sud de la Martinique. D'ailleurs elle accueille une agence de la Caisse Générale de Sécurité Sociale, deux Zones d'activités commerciales, une antenne de la Caisse d'allocation familiale et du Pôle Emploi.

Elle est à la conurbation de 6 villes environnantes pour une population approximative de 52 000 habitants (voir annexe 4 : zone d'influence de l'EHPAD). Ce positionnement central de l'institution au cœur de ville lui permet d'être à proximité de services délocalisés de la C.T.M, de cabinets médicaux spécialisés, de la Mairie, et d'un grand centre commercial.

2.4.1 La configuration

L'établissement le Logis Saint Jean se répartit en 5 blocs de plain-pied totalisant une surface construite de 2 650, 30m² ainsi que d'un jardin et d'espaces verts d'une superficie de 9 600 m². L'ambiance au sein de la structure est apaisante et dynamique, car le carbet central situé au milieu du patio d'entrée permet aux animateurs de développer des séances d'activités physiques régulières et aux résidents de recevoir leur parent hors de leur chambre. Toutes les chambres sont nommées de noms de fleurs et personnalisées selon les envies des personnes âgées. L'établissement est composé de 5 blocs qui favorisent les liens entre les différentes unités :

Le premier bloc abrite : Le service administratif, l'infirmerie, les vestiaires,

⁴³ Document Unique de Délégation : Le DUD précise obligatoirement la nature et l'étendue des compétences et missions du professionnel chargé de la direction dans les quatre domaines suivants :1:- la conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement; 2 - la gestion et animation des ressources humaines; 3 - la gestion budgétaire, financière et comptable; 4 - la coordination avec les institutions et intervenants extérieurs fonction

Le deuxième bloc abrite : La buanderie, la salle de réunion, les bureaux de l'animatrice, du médecin coordinateur et du psychologue.

Le troisième bloc abrite : Le restaurant, la cuisine, le pavillon d'hébergement composé de 8 chambres individuelles.

Le quatrième bloc représente une grande salle polyvalente où se déroulent des activités, et où les résidents se retrouvent pour la détente en toute convivialité.

Le cinquième bloc abrite 2 pavillons comprenant 12 chambres individuelles et 16 chambres doubles reliées par des coursives, ainsi que l'espace d'accueil de jour thérapeutique.

2.4.2 Le projet architectural.

Dans le développement de la structure, figure le projet de reconstruction de L'EHPAD. Ce programme vise à améliorer le confort des résidents avec la création de 28 chambres individuelles telle que le recommande la Haute Autorité de Santé. Une autre circonstance nous amène à revoir les conditions d'hébergement de nos résidents : les problèmes de cohabitation. En effet, le développement de pathologies à caractère démentiel comme la maladie d'ALZHEIMER, nous pose d'énormes difficultés pour faire cohabiter nos résidents. Les chambres individuelles auront une surface de 20 M² permettant aux résidents de bénéficier d'un espace privatif offrant un confort suffisant afin d'accueillir leur famille en toute intimité. Il est important de garder une architecture de plain-pied et revoir les circuits et les aménagements. Elle permet aux résidents en fauteuil de pouvoir aller et venir sans assistance, sans difficultés et en toute sécurité (pas d'escaliers), grâce aux différentes rampes et aides aux déplacements (déambulateur, tripode, etc..).

Cette architecture permet un meilleur entretien des bâtiments puisque à hauteur d'homme et facilite l'exécution des tâches de maintenance par le personnel (réduction des accidents de travail) ou par les entreprises extérieures (réduction des coûts). Elle crée un environnement agréable et apprécié des résidents et des familles car semblable à une architecture familiale.

2.4.3 Une offre de service qui répond au besoin du territoire

L'EHPAD Logis Saint Jean suite à sa fusion, est actuellement composé de :

Activité	Nombre de places
Hébergement permanent classique	54
Dont PASA	14
Dont UHR	14
Hébergement permanent ALZHEIMER	6
Centre accueil de jour ALZHEIMER	41
SSIAD	34

La diversité de l'offre de service et les différents publics.

A) La plateforme de répit (PFR)

Ce service qui vient d'être intégré à l'ensemble des dispositifs portés par l'EHPAD, vise à accompagner les proches aidants des personnes âgées du territoire notamment atteints de troubles cognitifs en terme d'écoute, de conseils, d'informations et de solutions de répit. Les actions mise en œuvre au sein de cette unité permettent le répit de certaines familles en offrant un espace pour accueillir leur parent qui sera pris en charge sur la journée et ainsi leur libérer du temps pour vaquer à leurs occupations. Mais cette PFR, selon les professionnels, connaît un déficit d'attractivité dû à son isolement, et à la méconnaissance de son existence par les acteurs paramédicaux. En effet, cette structure se trouve à plus de 40km de l'EHPAD, en zone rurale, difficile d'accès, et portée par une association en proie à des difficultés économiques. Les professionnels y intervenant sont peu nombreux et n'ont pratiquement pas bénéficié d'actions de formations adaptées à cette prise en charge. De plus, le besoin de coordination se fait ressentir au niveau de l'équipe, car elle n'a pas toujours les bonnes informations à apporter aux bénéficiaires et les interventions ne sont pas toujours cadrées selon les besoins de la personne. C'est donc l'une des missions sur laquelle se penche la responsable du pôle domicile afin d'envisager la pleine intégration de ce dispositif aux autres services de l'Etablissement.

B) Le service d'accueil de jour

L'accueil de jour fait partie du panel de dispositifs permettant le soutien à domicile. En effet, ce dispositif demeure très important dans la stratégie du "virage domiciliaire" prônée par les pouvoirs publics. Effectivement, il permet l'organisation de réponses adaptées pour les personnes âgées ainsi que leurs proches grâce à l'intervention de professionnels pour une durée limitée.

Ainsi, Bernard Ennuyer dans son ouvrage "Repenser le maintien à domicile"⁴⁴ énonce « *L'accueil de jour classique a une approche plus sociale, tenant à la fois du club, pour la sociabilité qu'il procure, mais ayant aussi une visée thérapeutique de rééducation et de réhabilitation pour des gens très isolés par exemple.* ». Au niveau du Logis Saint Jean, l'accueil de jour assure l'accueil séquentiel de personnes âgées isolées et/ou désorientées d'au moins 60 ans atteintes de la maladie d'Alzheimer. Trois objectifs sont assignés dans le projet d'Etablissement 2018-2022, à savoir : l'amélioration de la qualité de vie à domicile, le maintien de la vie sociale et le répit pour les familles.

⁴⁴ Bernard ENNUYER Repenser le maintien à domicile- Enjeux, acteurs, organisation-Avril 2014- Editions DUNOD

Toutes les places sont habilitées à l'aide sociale. Selon les 3 derniers rapports d'activité l'on observe une augmentation de l'activité. En effet, le nombre de journées des bénéficiaires passe de 1134 en 2020, à 1485 en 2021 pour 1501 en 2022. Le dernier taux d'occupation calculé en 2022 est établi à 58%. Le nombre de bénéficiaires accompagnés sur l'année a été de 30 pour 18 arrêts dont 8 décès et 5 pour majoration de la dépendance et 2 entrées à l'EHPAD. La moyenne d'âge des bénéficiaires se situe autour des 85 ans. L'un des constats soulevés par l'équipe est celui de l'augmentation de la dépendance des bénéficiaires qui présentent des troubles du comportement de plus en plus perturbateurs. En effet, ce constat a une incidence sur la limitation des prises en charge à assurer quotidiennement par l'équipe.

Le service est ouvert du lundi au vendredi et l'équipe est composée de 2 AMP sous la responsabilité d'une Psychologue. L'accueil de jour bénéficie en outre de l'apport des autres professionnels⁴⁵ de l'Etablissement en matière de soins et d'animation.

Les évaluations réalisées sur l'année, qui m'ont été remontées par l'équipe, indiquent que la majorité des aidants expriment des difficultés dans l'accompagnement de leur proche avec un score moyen supérieur à 40 sur l'échelle de Zarit. Score qui indique que ces aidants évaluent l'accompagnement de leur parent comme une charge importante, voire sévère. Une AMP m'indique: *"L'année 2022 a été marquée par une augmentation du nombre d'aidant présentant un épuisement physique ou psychologique important, de l'anxiété et des troubles du sommeil. Les confinements répétés ont eu un effet délétère en entraînant une majoration du niveau de dépendance"*.

C) Le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA)

Le PASA du Logis Saint-Jean est un dispositif créé et mis en œuvre dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012 notamment dans sa mesure n°16. Ce service propose durant la journée, à un groupe de 12 à 14 résidents présentant des troubles du comportement modérés (agitation, déambulation mais aussi repli sur soi, apathie, dépression ...) des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé, bénéficiant d'un environnement rassurant et permettant la déambulation. L'équipe est constituée de 2 Aides Médico-Psychologiques et d'un ergothérapeute (0,30 ETP), renforcés par le médecin codonateur, la psychologue de l'établissement et d'une sophrologue non salariée qui intervient de manière hebdomadaire. Cette pluridisciplinarité autour du résident favorise son inscription dans une démarche collaborative visant à réduire sa perte d'autonomie et à augmenter son estime de soi. Une régulation hebdomadaire est réalisée en équipe afin d'évaluer le bilan de la semaine et d'assurer un meilleur suivi des objectifs

⁴⁵ Des autres professionnels : Infirmières Diplômées d'Etat, Aides Soignantes, Médecin Coordonnateur

assignés aux usagers. La capacité de l'unité est de 15 places et la file active annuelle est de 17 personnes âgées dont l'âge moyen est de 83 ans.

D) Données générales sur l'EHPAD

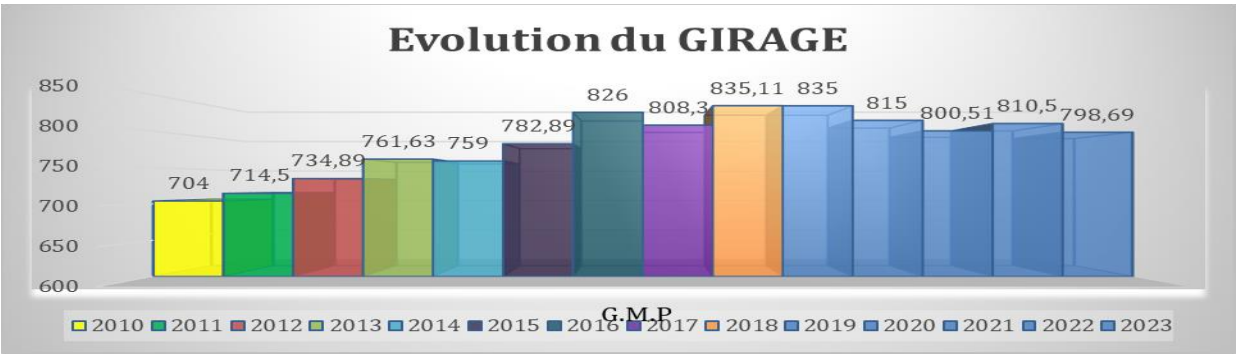
Chaque année, à partir de janvier, j'organise le recueil des informations de chaque service et dispositifs à partir de notre logiciel après avoir rencontré les chefs de services pour en évaluer les résultats. Ces données et indicateurs sont extrêmement importants car ils me permettent de réajuster et de prendre des décisions en matière d'activité. Ces informations figurent dans mon rapport d'activité annuel que je transmets aux autorités de tutelles dans le cadre de la campagne de transmission des comptes administratifs. Ces informations sont validées par le conseil d'administration.

a) Présentation synthétique⁴⁶

Nombre de résidents	File active	Age moyen	Nombre de journées	Taux d'occupation en %	Journées d'hospitalisation	GMP	PMP	Nombre de sorties
60	74	85	21900	99,7	154	800	341	13

Autres données :

- 58 femmes soit 78.38% avec un âge moyen de 85 ans et 9 mois
- 16 hommes soit 26,21% avec un âge moyen de 82 ans et 6 mois
- 41 demandes d'admissions en attente
- 13 Décès : 13 dans l'EHPAD
- Transferts vers centre hospitalier : 8 hospitalisations pour 7 résidents.
- GIR 1: 7378 -GIR 2: 8 506-GIR 3: 2609-GIR 4:3 254-GIR 5: 85-GIR 6:NEANT



On peut conclure à partir de ces données, que l'Etablissement répond aux besoins du territoire en terme d'activité et bénéficie d'une forte attractivité. Car le taux d'occupation frôle les 100%, ce qui signifie que le turn-over des résidents est élevé et qu'à chaque décès, une

⁴⁶ Données issues du rapport d'activité 2023

politique de remplacement est mise en œuvre afin d'occuper la place. En effet, la liste d'attente est conséquente, avec pas moins d'une quarantaine de personnes âgées qui espèrent intégrer l'institution.

Le niveau de dépendance, qui est calculé par le GIR moyen pondéré, dans l'établissement a tendance à augmenter, en effet alors qu'il était de 704 en 2010, il se situe au 31 décembre 2023 à près de 800 avec un pic à 835 en 2018. Ces données concordent avec l'aggravation du niveau de dépendance des personnes âgées du territoire, et est au-dessus de la moyenne nationale qui est de 714.25 pour l'ensemble des EHPAD confondus et de 700 pour le secteur associatif⁴⁷. Quant au Pathos moyen Pondéré, qui est utilisé pour mesurer la charge en soins nécessaire pour prendre en soin les poly pathologies du public, il démontre la complexité de l'accompagnement médical. En effet, le PMP moyen national qui est de 198.5 pour les EHPAD se situe à 341 au Logis Saint-Jean.

b) Le projet d'accompagnement personnalisé (PAP)

Le projet d'accompagnement personnalisé qui est un outil d'accompagnement de la personne accueillie, vise à répondre à ses besoins et à ses envies, conforme à la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002 évoqué en première partie. Il fait partie de la démarche contribuant à l'amélioration de la qualité de vie du résident en EHPAD. C'est également un outil de planification et de coordination des services et des ressources visant à répondre à long terme aux besoins d'une personne. C'est un processus ininterrompu révisé et modifié à intervalles réguliers. Sa co-construction avec l'ensemble des acteurs, (professionnels du service, de l'établissement, et intervenants extérieurs), vise à mettre au cœur des préoccupations, la personne âgée en élaborant un schéma directeur cohérent d'accompagnement basé sur ses envies et ses besoins. La Psychologue, responsable de la coordination, m'a fait remarquer que l'ensemble des résidents de l'EHPAD bénéficie de son PAP qui est élaboré en collectif pluridisciplinaire.

c) Les bases du socle d'intervention

D'ailleurs, j'ai pu vérifier que cette construction se base sur une qualité d'intervention des services et des professionnels à partir des éléments suivants :

- **L'admission** : l'organisation mise en œuvre repose sur l'analyse des informations recueillies par la psychologue lors de l'entretien avec les familles et la personne âgée autour des antécédents du bénéficiaire, de sa situation familiale, de son histoire de vie.

⁴⁷ Données issues du panorama des EHPAS 2023-Quelle est l'offre des EHPAD en France-Etude Uni-Santé 2023

- **Le projet d'animation** : sous la coordination de la responsable des activités socio-éducatives est un axe majeur de l'accompagnement des résidents. Un panel d'activités très diversifié permet aux bénéficiaires de s'intégrer un peu plus et de tisser des liens amicaux avec les autres résidents. Il s'agit en outre de favoriser les liens avec le personnel soignant dans l'objectif d'apaiser les résidents et de faciliter les soins. Par exemples des ateliers thérapeutiques, des activités sensorielles avec l'utilisation de matériel Snozelen, des sorties socio-culturelles, des ateliers spirituels, des ateliers autour de la relaxation...
- **La nutrition** : est un élément fondamental au sein de l'établissement. En effet, les personnes âgées en situation d'ALZHEIMER, connaissent une diminution du goût, de l'odorat, une sensation de perte d'appétit et des difficultés de mastication. Ainsi l'équipe d'AMP veille ainsi à conserver, voire stimuler leur envie de manger.
- **La confection des repas** est donc réalisée au sein de l'établissement par une équipe de cuisiniers qui s'efforce d'adapter les plats aux goûts, aux senteurs, aux couleurs afin de leur permettre de retrouver leurs habitudes alimentaires du passé. L'institution s'appuie sur les désirs des résidents ce qui démontre une véritable volonté d'une démarche éthique.
- **Les actions contribuant au bien-être et à l'estime de soi** : à ce titre un ensemble d'actions est mise en œuvre et adapté selon les capacités des personnes âgées. En outre, des activités pratiques, d'art-thérapie, d'activité culinaires, de jardinage sont réalisées en lien avec les autres services de l'établissement.
- **Le projet de soins** : est coordonné par le médecin coordonnateur et mis en place par l'infirmière coordonnatrice avec l'équipe soignante. Il est construit sur la base d'une optimisation du parcours de soins des résidents et vise à l'amélioration de leur autonomie. La prévention est un axe privilégié du projet pour prévenir l'évolution vers la dépendance.

2.5 Une organisation de travail basée sur un mode de management persuasif

L'équipe pluridisciplinaire de l'établissement est très diversifiée, et permet de répondre à l'objectif qualité assigné dans le projet d'établissement sur les axes des différents projets (vie, soins, et social). L'établissement est organisé sur la base de 4 pôles sous ma responsabilité (voir organigramme annexe 3) :

- Un pôle Hébergement dont je suis le responsable, incluant les unités UHR et PASA avec le Médecin coordonnateur chargé du projet de soins et une IDEC en coordination de l'organisation des équipes.
- Un pôle Accompagnement et qualité sous la responsabilité de la psychologue qui met en œuvre la démarche qualité et qui coordonne l'équipe socio-pédagogique.

- Un pôle techno structure, Administratif et Ressources humaines, qui m'assiste sur les volets comptable, technique et gestion du personnel.

L'effectif de l'établissement est composé de 46.76 équivalents temps plein (ETP), et se réparti ainsi au tableau des effectifs :

EMPLOIS	ETP
Direction	1
Médecin coordonnateur	0,76
Responsable pole domicile	1
IDEC	1
Psychologue	1
Podologue	1
Diététicienne	0,5
Ergothérapeute	0,5
IDE	4,5
AS-AMP	15,5
Administration	4
Technique	3
Educatrice spécialisée	2
AES	11
TOTAL	46,76

Dans ma vision de la fonction de Direction, il est essentiel d'organiser le fonctionnement de l'établissement autour de l'usager et de mettre en place une organisation en capacité de répondre à ses besoins. De plus, j'accorde une grande importance au soutien de mes collaborateurs qui exercent un métier difficile. En effet, selon une étude menée par la DREES en 2016⁴⁸ sur les conditions de travail en EHPAD , *"Les conditions dans lesquelles s'effectue le travail ne sont pas neutres et peuvent faire peser un risque sur la santé ou le bien-être des professionnels. "* A partir de ce constat et afin de délivrer une qualité de service à nos usagers tout en garantissant aux professionnels un cadre propice à leur évolution, j'organise la prise en charge des résidents autour du projet d'accompagnement à travers 4 éléments : Le projet de vie individualisée, le projet de soins, le Projet de service, le projet d'animation. Ma vision se décline selon ce schéma :

⁴⁸ Les dossiers de la DREES: Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés- Directeur de la publication: Franck Von Lennep-Septembre 2016-



Et afin de mettre en place cette organisation de travail, je me base sur un mode de management persuasif, qui selon Rensis Likert⁴⁹ est " *orienté relationnel permet à chaque collaborateur de donner son avis. Toutefois, le manager est le seul à garder le pouvoir décisionnel. Parfois nommé management informatif, il permet maintenir un climat de confiance dans l'équipe. La transmission d'informations entre les services et les différentes hiérarchies est facilitée, les informations sont ainsi accessibles par tous les membres de la société.*"

Ce mode de management me permet donc d'animer et de conduire les équipes pour susciter leur engagement et leur contribution à l'innovation permanente selon 5 principes:

La mobilisation du personnel, une politique active de développement des collaborateurs, la délégation de responsabilités, la formation et la gestion des risques.

- Le travail d'équipe : ce travail s'appuie sur une bonne connaissance des rôles de chacun dans l'établissement à travers la recherche d'une fluidité des échanges d'informations entre les différents professionnels grâce à l'élaboration et à la diffusion des fiches de postes et des plannings annuels de chaque professionnel. De plus sont organisées au sein des services des réunions techniques régulières favorisant la transmission des informations, en plus des réunions de direction par quinzaine où je fais remonter les difficultés rencontrées par l'encadrement afin de les résoudre.

- Les outils de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (G.P.E.C.) :

Afin de favoriser la mobilité interne, j'encourage la création et la mise en place de binômes qui peuvent créer des vocations (A.S./A.S.H.).

-La motivation des personnels : afin de permettre la reconnaissance des compétences particulières des professionnels, et de permettre leur responsabilisation,

⁴⁹ Rensis LIKERT-Psychologue (1903-1981) est un psychologue américain connu pour son apport à la psychométrie et à la mesure des attitudes. Il a aussi atteint la renommée dans les milieux du management pour son travail sur les styles de direction (Le management autoritaire exploiteur-Le management autoritaire paternaliste-Le management consultatif-Le management participatif par groupes)- https://fr.wikipedia.org/wiki/Rensis_Likert

j'associe le personnel à différents comités de pilotage (projet d'établissement, travail sur les plannings). De plus, afin de créer une synergie en interne, je fais appel aux compétences personnelles dans le cadre de spécificités métiers notamment lors d'activités d'animations.

-L'élaboration de notre plan de formation continue témoigne de ma volonté de donner les moyens au personnel de maintenir et d'actualiser des compétences professionnelles. A ce titre, il est défini pour les trois prochaines années, suite aux entretiens annuels d'évaluation et validé par le CSE. Dans le cadre de notre CPOM, il apparaît comme un axe stratégique à améliorer dans le cadre de la fusion avec les autres dispositifs.

-La gestion des risques psychosociaux : le soutien psychologique du personnel : est essentiel pour moi. Afin de lutter contre le risque d'absentéisme, et de permettre aux professionnels de s'adapter à la complexité de l'accompagnement des personnes âgées notamment atteints de troubles ALZHEIMER et de mieux répondre aux familles, un cabinet de développement accompagne les équipes.

-Risques professionnels et le document unique. La qualité de vie au travail résulte de l'ensemble des conditions et du contexte de l'exercice professionnel. Les conditions de travail du personnel en EHPAD sont parfois contraignantes et difficiles. Le document unique a été mis en place, toutefois, une mise à jour est indispensable afin d'améliorer les conditions de travail et de réduire le niveau d'absentéisme qui est en recrudescence. En effet, depuis la pandémie du COVID 19, je constate une forte augmentation des arrêts maladie.

2.6 Le diagnostic financier de l'Etablissement.

Le résultat comptable : Le bilan 2023 fait apparaître un résultat comptable excédentaire de 136 666 euros contre 54 280 en 2022. Ce résultat se répartit de la façon suivante :

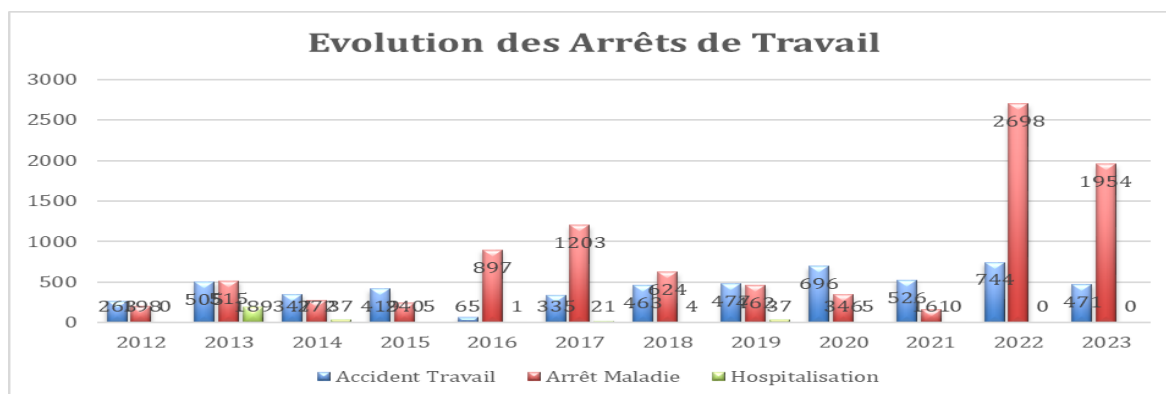
- Hébergement.....Déficit : - 210 046,46 €
- Dépendance.....Excédent : + 58 820,80 €
- Soins.....Excédent : + 287 892,01 €

Ce résultat est principalement dû à 3 facteurs :

- aux surcoûts liés à la variation importante des achats de marchandises et aux augmentations des prix des produits et fournitures diverses,

- à la mise en œuvre et au paiement de la prime SEGUR de la Santé⁵⁰ aux professionnels, alors que cette mesure n'est pas totalement financée par les autorités de tarification,
- au remplacement du personnel absent pour cause d'arrêts maladie et accidents du travail.

A ce propos, il est important de noter que le nombre de jours d'absence a été multiplié par 5 en l'espace de 10 ans. Il est essentiellement dû toujours à un petit nombre de salariés. Cette situation explique également la variation importante de la masse salariale du fait de l'augmentation des remplacements.



Toutefois, la trésorerie nette demeure positive, elle passe de **393 367 euros** à **570 695 euros** au 31 décembre 2023.

A) Analyse des charges:

Les achats : Les charges d'exploitation ont progressé de **528 528 euros**, elles sont passées de **4 769 141 euros** à **5 297 669 euros**.

Les achats et charges externes sont passés de **1 032 986 euros** à **1 103 608 euros**, soit une augmentation de 70 622 euros (+6,84%). Cette hausse est liée principalement à une augmentation des coûts d'achat des denrées alimentaires, des achats de protection et des honoraires des professionnels de santé tels que médecins traitants et masseur-kinésithérapeutes (passage en dotation globale). En effet, le passage en dotation globale a induit la prise en charge de certains frais médicaux par l'établissement en vertu des règles liés à l'application de ce tarif.

Les Charges de personnels, Impôts et taxes : Les salaires sont passés de 2 377 810 euros à 2747 757 euros, soit une augmentation de 238 777 euros. Cette augmentation est liée

⁵⁰ Prime SEGUR de la Santé: La Prime Ségur pour les soignants et professionnels de la santé a été mise en place dans le cadre de l'effort national pour reconnaître et valoriser le travail essentiel des personnels exerçant dans le secteur de la santé. Son objectif principal est de récompenser et d'encourager leur engagement quotidien, en particulier durant des périodes de crise sanitaire, en leur accordant une prime salariale spécifique. Cette prime vise à reconnaître leur dévouement, à renforcer leur motivation et à favoriser l'attractivité des métiers du domaine médical et paramédical. https://www.mes-allocs.fr/guides/aides-sociales/prime-segur/#Quest-ce_que_la_Prime_Segur

aux recrutements opérés dans le cadre de l'ouverture de l'UHR. Il faut également tenir compte des salaires maintenus des personnels en formation dans le cadre de la professionnalisation.

Les autres charges : La dotation aux amortissements ne progresse que de 59 348 euros soit + 33,45%. Cet accroissement des charges d'immobilisations est lié à l'intégration en année pleine des travaux de l'UHR et du SAS de sécurité.

B) Analyse des produits :

Les effets de la tarification différentielle ont toujours un impact important sur nos recettes. En effet, nous devons dorénavant encaisser pour notre compte les pensions des résidents. Or, nous rencontrons des difficultés dans la subrogation de ces pensions avec la Caisse Générale de Sécurité Sociale.

Les produits d'exploitation sont passés de 4 804 069 euros à 5 411 770 euros, soit une progression de 607 701 euros dont 289 000 euros de dotation pour l'Unité d'Hébergement Renforcée. Cette hausse provient également du changement de l'option tarifaire de l'établissement qui passe du tarif partiel au tarif global.

2.7 Le réseau partenarial

Actuellement, l'établissement s'inscrit dans un réseau partenarial solide, sur la base de conventions formalisées. L'intérêt de pouvoir disposer de ressources complémentaires au niveau du territoire pour l'accompagnement de nos personnes âgées est une volonté que je partage avec le Président du Conseil d'administration. Il s'agit en outre d'ouvrir l'établissement sur son environnement proche en permettant l'apport de compétences nouvelles et spécialisées indispensables à la réalisation de nos missions et de favoriser une meilleure intégration de nos publics dans la société. De plus ces conventionnements avec ces partenaires nous permettent d'échanger dans le cadre de nos pratiques professionnels afin d'apporter une réponse adaptée aux besoins et attentes de nos aînés. Cette disposition, notamment celle de la contractualisation avec les acteurs de santé, nous permet de participer et de construire une continuité dans le parcours de nos résidents Enfin dans le cadre d'une meilleure efficacité de nos moyens budgétaires nous privilégions cette contractualisation qui nous revient moins onéreuse que s'il fallait recruter du personnel.

Ces partenariats sont classés selon 3 orientations :

- Des partenariats médicaux et paramédicaux afin d'éviter les situations d'urgence et les passages aux urgences en favorisant des admissions directes avec le CHU de Fort de

France. De plus, nous avons conventionné avec des intervenants libéraux (un kinésithérapeute, un ergothérapeute, un dentiste, un orthophoniste, un audio prothésiste, un opticien, et l'une des pharmacies de la ville) afin que nos usagers bénéficient de spécialistes dans le cadre de leur évolution. Notre participation à la construction de la filière gérontologique est actée dans le cadre de la formalisation de nos rapports avec le Dispositif d'Appui à la coordination qui oriente vers nous les personnes âgées et leurs familles afin d'obtenir des informations quant à l'ouverture de leurs droits ou dans le cadre d'une éventuelle admission. Enfin nous souhaitons favoriser la mise en place de bonnes pratiques pour prévenir les hospitalisations et accompagner les transferts des résidents en milieu hospitalier en développant une culture gériatrique commune (le secteur psychiatrique, et l'ATIR pour le traitement des insuffisants rénaux).

- Des partenariats culturels et de loisirs avec des associations de la ville pour participer à notre programme d'animation et soutenir les personnes âgées tant dans le cadre de la prévention de la perte d'autonomie, ou dans le tissage de liens intergénérationnels avec les jeunes pour favoriser la transmission de leurs savoirs. Nous souhaitons à ce titre, ouvrir l'établissement sur son environnement culturel et nous répondons régulièrement aux appels à projets de la Direction des Affaires Culturelles, après avis du Conseil de Vie Sociale sur la base des besoins de nos bénéficiaires que la commission d'animation aura fait remonter.

- Des partenariats institutionnels qui sont conduits sous ma responsabilité ou de celle du Conseil D'administration car elles ont une portée politique qui nous engage sur la base de nos propres valeurs associatives ou dans le cadre des missions de l'établissement. Il s'agit d'institutions politiques qui participent à la mise en œuvre de la politique sociale au niveau territoriale (3 CCAS, l'Espace Sud avec la mission locale, la Chambre des métiers, France travail, 2 Associations d'aides aux aidants, le Rectorat, 2 Lycées professionnels, et 1 lycée général...)

Mais au-delà de ces conventionnements indispensables qui visent à soutenir les personnes âgées dans leur parcours de vie et de santé, et qui favorisent l'éducation et la formation des professionnels en interne, j'estime que ce n'est pas suffisant. En effet, même si ce conventionnement stipule le cadre d'intervention des acteurs, et les modalités de coopération, le pilotage n'en est pas forcément coordonné et le retour des interventions n'est pas toujours évalué. De même, le passage des professionnels extérieurs n'est pas régulièrement suivi ni tracé dans le dossier informatisé de l'utilisateur.

2.8 Les besoins des personnes âgées et de leur famille

Les familles que j'ai rencontrées, notamment celles dont le parent fréquente l'accueil de jour, évoquent très régulièrement la complexité de la relation avec leur proche. Et à ce titre je me suis rendu compte que chaque situation est unique. Effectivement cette relation dépend de nombreux paramètres, tels l'avancée en âge de la maladie, l'histoire familiale, le cadre de la prise en charge, l'état de santé de l'aidant, et de sa capacité de compréhension vis-à-vis de la maladie. L'aidant se retrouve souvent désespéré devant la lourdeur de la prise en charge au domicile, tant en termes de soins, d'actes de la vie quotidienne, d'attention, que de compréhension. Même les aides à la toilette et aux repas nécessitent une attention particulière. Une sensation d'essoufflement devant la maladie est régulièrement éprouvée par les proches. Et cet accompagnement par les familles a souvent un impact important sur leur propre vie, leur état mental, leurs relations sociales. En effet, les familles se trouvent souvent confrontées voire même dépassées devant les difficultés de l'accompagnement de leur proche, qui ne souhaite pas la plupart du temps quitter leur domicile qui est pourtant mal adapté à leurs troubles, ni recherché par la personne âgée elle-même qui ne veut quitter un environnement empreint de souvenirs qui fondent même leur intimité.

L'évocation du répit sur le long terme revient souvent malgré l'inscription de l'aidé au centre d'accueil de jour. Et au-delà même de cet accompagnement, les familles se retrouvent souvent isolées devant le méandre des démarches administratives à entreprendre, soit pour obtenir une aide financière de la part de la C.T.M, de la sécurité sociale, ou de leur organisme de retraite. De plus, l'analyse des dossiers d'admission sur l'Hébergement classique fait remonter l'insatisfaction croissante des familles qui peinent à trouver d'autres solutions pérennes pour l'accompagnement de leur proche, au-delà des solutions proposées, entre le "tout EHPAD" et le domicile qui n'est pas toujours adapté.

A ce titre, l'EHPAD est considéré comme une réponse par dépit, même s'il y a une intervention d'un professionnel à domicile. Non seulement les aidants sont désespérés la journée, mais la nuit est encore plus critique. Et ils sont obligés d'organiser des périodes de "permanence" et de rotation d'un membre de la famille pour "surveiller" et aider leur parent. Le manque d'information sur la maladie a souvent été évoqué, lors de ma participation silencieuse, à un groupe de paroles d'aidants. Les familles se trouvent vraiment désespérées, souvent le conjoint (ou la conjointe), ou font preuve de déni face à la maladie, alors que les enfants sont plus dans le souhait de l'hospitalisation voire même de l'accompagnement par une structure experte mais au domicile. Domicile, selon certains, qui n'est pas non plus adapté à la situation, par exemple au vu du manque d'aide techniques, de douches non adaptées, ou de configuration architecturale complexe (maison à étage). Et s'agissant de cette réhabilitation que pourrait entreprendre les parents,

ils manquent d'information sur les aides et les organismes professionnels pouvant leur apporter leur soutien.

Il y a aussi la situation des personnes isolées, qui m'a été rapporté par une aidante dont le mari est atteint de troubles cognitifs. En effet, alors qu'elle est inscrite dans un parcours coordonné, il se trouve que d'autres familles de son quartier sont isolées et ne connaissent pas les démarches à entreprendre pour accéder à leurs droits ni même recevoir une information du CCAS de la commune. A ce titre, la Directrice de cet organisme m'a informé de sa méconnaissance du dossier, et s'il s'avère fondé, me fait remonter que le manque de moyens dont dispose sa structure en terme financiers n'est pas suffisant pour former le personnel à l'écoute et à l'orientation vers des structures spécialisées. Et dans le cadre de notre échange, elle évoque le besoin d'une structure légère, financée par des fonds étatiques, indépendante politiquement, car non liée aux orientations d'un programme au niveau communal, ou qui dépend d'une volonté ou pas d'agir, et qui intervient véritablement selon les besoins du territoire.

2.9 Conclusion de la seconde partie

Aujourd'hui l'EHPAD LOGIS SAINT-JEAN dispose d'une organisation interne structurée, composée de compétences fortes, variées et d'un fonctionnement stabilisé. Les valeurs institutionnelles que portent l'Association, depuis 1954, sont la base de son éthique de fonctionnement. L'ambition de porter une politique d'accompagnement de qualité est indéniable au vu de l'engagement des équipes au bénéfice des résidents. Ces conditions opérationnelles acquises offrent à l'établissement la possibilité d'orienter sereinement son développement vers la réalisation de nouveaux projets en faveur des personnes âgées du territoire et de leurs aidants. Territoire, qui bénéficie en outre d'acteurs engagés, et qui fait remonter des besoins prégnants en termes d'accompagnement à domicile.

Cette volonté clairement exprimée et partagée, offre une base solide à l'action collective et constitue sans aucun doute le véritable moteur à la motivation des administrateurs, des professionnels, et des bénévoles intervenant au sein de la structure.

Comment dès lors co-construire avec les acteurs et partenaires du territoire un dispositif efficient et en capacité de répondre et d'anticiper les besoins et attentes des personnes âgées du bassin de vie ?

Il s'agit de modéliser une offre de service à partir de l'Ehpad qui vise à répondre aux enjeux et aux problématiques des personnes âgées à domicile. En filigrane ce projet pourra permettre à la structure d'être un établissement référent, Centre de Ressources Territorial qui lui permettra de pérenniser son attractivité et de s'articuler avec les acteurs du territoire dans une logique de proximité.

3 STRATEGIE DE DEVELOPPEMENT ET PLAN D'ACTIONS DU CENTRE DE RESSOURCES TERRITORIAL

Directeur de l'EHPAD Logis Saint Jean sur le territoire de la Martinique, je suis vraiment imprégné par ce contexte de transition démographique dont les conséquences sont assez sensibles pour nos personnes âgées. En effet, selon un ancien directeur à la retraite *"l'évolution sociodémographique du territoire va s'accélérer pour provoquer dans les dix prochaines années des mutations profondes sur nos façons de vivre."* Au sein de l'EHPAD nous devons nécessairement nous préparer à accompagner un tel mouvement vers cette stratégie de maintien à domicile des personnes âgées. Les compétences sur le territoire existent, et il s'agit donc pour moi dans le cadre de ce projet de mailler les différents acteurs afin de fluidifier le parcours des personnes âgées à partir de leur domicile. L'action collective que je souhaite impulser doit nous permettre de structurer cette organisation centrée sur la qualité de notre accompagnement et de dynamiser un réseau partenarial au sein de ce Centre de Ressource Territorial qui contribue fortement à ce virage domiciliaire.

Dans cette partie je vais donc expliciter les éléments de cadrage du CRT à partir du logis Saint Jean que je dirige, et les principaux axes stratégiques qui participent à la structuration de ce dispositif.

3.1 Les éléments de cadrage du projet CRT

L'amélioration de l'accompagnement des personnes âgées sur notre bassin de vie sud de la Martinique, et la prévention de leur perte d'autonomie s'opposent comme un défi majeur à nous, dirigeants, administrateurs de structures sociales et médico-sociales et autorités de gestion. A ce titre, l'ARS Martinique a organisé un appel à candidature pour la création de 3 Centres de Ressources Territoriaux en Martinique dont les dossiers devaient leur parvenir au plus tard le 15 Mars, avec une mise en œuvre à compter du 01^{er} Octobre 2024.

Suite à une présentation par l'ARS, courant Janvier, des principaux objectifs recherchés par la création de ce CRT et des différentes modalités de mise en œuvre, nous avons décidé d'un commun accord avec le Président de l'association de nous inscrire à la réponse à cet appel à projet. Et suite à cette réunion, celui-ci m'a confié la responsabilité d'en faire la synthèse, sous quinzaine, en Conseil d'administration et de proposer un phasage des actions à mettre en œuvre pour notre réponse.

3.1.1 Le phasage des actions :

Mon plan d'action se déroule en 3 grandes périodes et s'inscrit en 3 phases sur les deux premières années du projet, à savoir :

A) Sur le court terme :

-de Janvier à Mars 2024 :

Il s'est agi sur cette période de rédiger le projet et de constituer le dossier de réponse à l'appel à candidature de l'ARS. Dans une volonté stratégique et afin de ne pas divulguer notre ambition aux autres établissements concurrents, j'ai alors constitué autour de moi un groupe de travail de 4 autres personnes :

- la Responsable du pôle Domicile (responsable des 3 accueils de jour, de la plateforme de répit, et du SSIAD) ayant une parfaite connaissance de notre environnement et chargée de l'élaboration des partenariats et de la coordination de ces dispositifs,
- l'IDEC responsable du pôle soins et en responsabilité des dispositifs internes (l'UHR et le PASA)
- la Responsable du pôle administratif et des ressources humaines en charge de la gestion du plan formation de l'établissement pour le volet compétence et formation du personnel,
- la comptable, que je vais accompagner sur le volet financier du projet.

- D'Avril à Mai 2024 :

En attente de la réponse des autorités, cette phase s'est plus orientée sur le volet opérationnel de la mise en œuvre du CRT et le phasage des actions. Par ailleurs, cette période a été vécue comme une phase attentiste par mes collaborateurs et il a ainsi fallu que je les rassure sur la qualité de notre projet.

B) Sur le moyen terme :

- de Mai à Octobre 2024 :

Suite à la réponse favorable de l'ARS sur notre dossier, je m'inscris véritablement dans la dynamique projet sur le volet opérationnel du CRT. Il s'agit pour moi de donner du sens au projet en structurant les instances de gestion (COPIL et groupes de travail) qui vont devoir intégrer des partenaires et acteurs du territoire tout en faisant participer les professionnels en interne. A cette occasion j'ai fait œuvre d'un management participatif qui a visé à convaincre et à accompagner les équipes au changement tout en étant collaboratif avec les représentants du personnel lors des différents CSE. Néanmoins, à ce stade j'assume mon autorité, je fais des choix dans les mouvements du personnel, je recrute.

C) Sur le long terme :

-d'Octobre 2024 à Décembre 2025 sera la phase d'ouverture avec les derniers réajustements en termes d'organisation de travail, de la mise en œuvre de mon plan de communication et de l'évaluation continue du dispositif.

3.1.2 Le Centre de Ressources Territorial du Logis Saint Jean : Un projet ambitieux pour le bassin de vie.

Dans le cadre de la réponse à l'appel à projet de l'ARS Martinique, il est important pour moi de définir les missions dans lesquelles s'inscrivent notre Centre de Ressources Territorial.

Ainsi la loi de financement de la sécurité sociale 2022⁵¹ dans son article 47 ratifie la mission des CRT envers les personnes âgées qui souhaitent vivre le plus longtemps à domicile en leur apportant un accompagnement renforcé grâce à un ensemble d'actions contenu dans deux volets :

- *Volet 1 : Une mission d'appui aux professionnels du territoire par la formation, la mise à disposition de compétences et ressources gériatologiques et, gériatriques.*
- *Volet 2 : Une mission d'accompagnement renforcé pour des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif, en alternative à l'EHPAD.*

A cet effet, il est crucial de positionner l'établissement dans une dynamique stratégique visant à répondre aux enjeux du territoire dans le cadre des grandes orientations locales telles que l'ont défini l'ARS et la CTM.

A) Les publics du CRT.

Ils sont de deux ordres :

- **Les personnes âgées de notre bassin de vie et leurs aidants**, de plus de 60 ans ayant un GIR allant de 1 à 4 et se trouvant dans les 12 communes limitrophes de l'espace Sud.

Le critère de choix prépondérant, sera porté sur les personnes âgées qui émettent leur décision de rester le plus longtemps à leur domicile et qui nécessitent un niveau de soins et d'accompagnement comparable à celui d'un EHPAD. En outre, grâce à la coordination du réseau partenarial du territoire que nous insufflons, le signalement de situations à risques est rendu possible et permettra l'admission dans le dispositif. Il s'agit en priorité de retours d'hospitalisation de personnes isolées dont le logement n'est plus adapté, et dont l'absence d'aidants à proximité ne permet pas une aide à la vie quotidienne. Nous ciblons une trentaine de personnes agréées.

- **Les professionnels du territoire** sont également concernés grâce la coordination d'actions de formation, orientées vers l'amélioration de leurs pratiques professionnelles. A cette occasion des conventions seront signées avec les EHPAD limitrophes (du Marin, du

⁵¹ Décret n°2022-731 du 27 Avril 2022

Saint-Esprit, du François et des Anses d'Arlets) et les Associations d'aide à domicile afin d'harmoniser les pratiques et de mener des actions de sensibilisation.

B) Notre offre de service à partir du Logis Saint-Jean

a) Les objectifs du projet

- Développer un panel de services à partir de l'EHPAD qui participent au maintien à domicile les personnes âgées,
- Impulser une logique partenariale sur le bassin de vie de l'EHPAD, en coordonnant un ensemble de professionnels intervenant au domicile afin de prévenir la perte d'autonomie,
- Favoriser le soutien des aidants des personnes âgées, en les accompagnant dans leurs démarches administratives et en organisant leur période de répit,
- Fluidifier le parcours de santé des personnes âgées en articulant l'intervention des partenaires en prévention des hospitalisations,
- Impulser une dynamique de réintégration des personnes âgées dans leur environnement.
- Créer une dynamique professionnelle à visée gériatrique des professionnels des établissements avoisinants et du secteur libéral.

b) Les actions mise en œuvre

Au regard des dispositions prévues par le cahier des charges⁵² de l'Ars Martinique, notre CRT prévoit obligatoirement un ensemble d'actions sur les 2 volets selon les axes suivants (définis par l'arrêté):

- Volet 1 : Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées

Pour les personnes âgées du bassin Sud de la Martinique : des ateliers thérapeutiques et de prévention des chutes, des thérapies non médicamenteuses, des repas intergénérationnels au sein de l'EHPAD, la mise en œuvre de la télémédecine, des ateliers de soutien aux aidants.

✓ Axe 1 : Favoriser l'accès aux soins et à la prévention

Notre équipe du CRT propose un panel d'actions ayant pour objectif de repérer et d'évaluer les risques de fragilités et de les orienter vers des médecins. En outre, nous prévoyons l'aménagement d'une salle médicalisée dans l'objectif d'organiser des consultations de spécialistes ayant conventionnés, une fois par semaine, alternativement (Kinésithérapeute,

⁵² Cahier des charges pour la mise en œuvre de trois (3) Centres de Ressources Territoriaux (CRT) Pour les personnes âgées sur le territoire de la Martinique- ARS MARTINIQUE-Décembre 2023

ergothérapeute, psychomotricien, et dentiste). Cette mise à disposition de professionnels permettra la dispensation de soins ainsi que l'évaluation des besoins de la personne âgée et de son environnement en moyens humains, matériel, en termes d'aide technique et d'adaptation de son logement.

✓ *Axe 2 : Lutter contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants*

Notre politique d'animation étant véritablement dynamique nous envisageons d'en faire bénéficier le maximum de bénéficiaires en organisant des activités communes avec nos résidents lors des temps forts sur l'année (Carnaval, paques, abolition de l'esclavage, semaine bleue, Noël...). Par ailleurs nous souhaitons renforcer les liens intergénérationnels avec les plus jeunes en conventionnant avec l'Education Nationale dans le cadre de projets pédagogiques valorisants. De plus, les familles pourront être accueillies au sein de notre plateforme de répit et bénéficier d'un temps de repos. En outre, une fois par mois nous envisageons d'organiser un temps de partage convivial autour d'un repas adapté à la situation de chacun.

✓ *Axe 3 : Contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et au partage des bonnes pratiques*

Ce volet demeure très important car il s'agit d'organiser des sessions de formations avec les partenaires pour les professionnels de la gérontologie du territoire. A titre d'exemple nous souhaitons valoriser les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé afin que les professionnels s'approprient ce cadre réglementaire. A cet effet, nous mettrons en œuvre en temps de travail de notre psychologue qui sera chargé d'adapter les actions de formations aux réalités de terrain envers les professionnels du maintien à domicile (auxiliaires de vie, AS, AMP, aidants...). Par ailleurs nous envisageons à terme de mettre en commun les plans de formations des acteurs (les EHPAD limitrophes, les associations d'aide à domicile et les CCAS) grâce à un travail de mutualisation. Cet axe sera soutenu par des conventions avec des organismes de formations et les partenaires souhaitant y adhérer.

- Volet 2 : Soutenir un accompagnement renforcé à domicile

Sur ce volet nous proposons un accompagnement renforcé, grâce à la coordination des intervenants par notre responsable du pôle domicile lorsque l'accompagnement classique, n'est pas suffisant. L'enjeu de ce volet est de participer à ce virage domiciliaire prôné par les pouvoirs publics à partir de notre EHPAD et de soutenir les actions à domicile et de retarder l'entrée en établissement.

Pour les 30 bénéficiaires ciblés nous notre équipe pluridisciplinaire sera constituée :

De la coordonnatrice du pôle domicile (0.5 ETP), du Médecin coordonnateur (0,20), d'un Ergothérapeute (0,6), d'un Psychologue (0,6), d'une Diététicienne (0,2), d'une Assistante sociale (0,5), d'une Animatrice (0,10), d'une équipe de nuit (IDE/AS/AMP/ 3).

Au regard de la qualification de nos collaborateurs il s'agit surtout de mutualiser les compétences des professionnels avec l'EHPAD, d'utiliser notre plateforme de répit en soutien des aidants et de sécuriser leur intervention à domicile de jour comme de nuit.

✓ *Axe 1 : Sécuriser le domicile et adapter le logement*

L'accompagnement médical et paramédical des personnes âgées à domicile comprises entre les GIR 1 à 4 se déroulera selon une programmation définie par notre SSIAD en cas de besoin dans le cadre d'une prescription médicale. De plus nous assumons la mise en œuvre d'une permanence d'IDE la nuit afin de répondre aux bénéficiaires et à leurs familles en cas de besoin lors de situations à risques (chutes à domicile, soutien psychologique des aidants en cas de crise...). Elle pourra dans ses réponses faire appel au service D'Hospitalisation A domicile, au SAMU du CHU de Fort de France, voire à SOS Médecins. Dans le cadre de l'adaptation des logements nous dédions un temps d'ergothérapeute par conventionnement qui sera chargé d'établir une programmation de la réhabilitation du domicile. En outre, nos conventions avec des opérateurs de solutions numériques nous permettront d'installer un système de téléalarme en lien avec la CTM qui a développé cette solution, et un ensemble d'aides techniques permettant la prévention de la perte d'autonomie (chemin lumineux, rails de transferts, aménagement des salles de bains...)

✓ *Axe 2 : Gestion des situations de crise et soutien des aidants*

Afin de soulager les aidants et nous permettre de répondre dans l'immédiateté aux différentes situations pouvant survenir, nous mettons à disposition une chambre d'accueil d'urgence pour les retours d'hospitalisation assez contraignante pour les familles qui ne pourra être utilisée qu'une fois par an sur une durée de 10 jours. De plus nous assurons un accueil téléphonique de nuit pour l'IDE dans le cadre du SSIAD.

✓ *Axe 3 : Coordination renforcée*

L'aspect fondamental de notre CRT repose sur la coordination des interventions à domicile. Cet axe doit nous permettre de mettre en cohérence l'ensemble des décisions et des actions préconisées par les plans d'interventions à domicile. La coordinatrice devra mettre au centre des préoccupations, la personne âgée, en s'appuyant sur l'environnement familial, la capacité des services d'aide à domicile de répondre aux situations et sur la base de notre CRT qui vient en renforcement des circonstances. Et pour réaliser ce diagnostic,

elle sera aidée par le déploiement d'un système d'information que nous envisageons interopérable avec nos solutions informatiques en interne (tablettes, logiciel de soins, tensiomètres, balances, connecteurs de présence au lit, connectés...). En outre le temps de diététicien en interne sera augmenté pour permettre l'élaboration de plan alimentaire adapté à chaque situation, et le conventionnement avec un psychomotricien intervenant en libéral pour aider les personnes âgées à améliorer leur comportement.

✓ *Axe 4 : Continuité du projet de vie et lutte contre l'isolement des personnes âgées*

Notre plateforme de répit pourra être utilisée pour soutenir les aidants en difficultés et leur apporter une aide en termes d'orientation et de formation à mieux comprendre notamment les personnes atteintes de troubles cognitifs. Les échanges avec les 2 autres CRT de l'île est aussi prévue. En complément des actions menées sur le volet animation, nous nous projetons sur l'organisation d'activités groupées par communes en liens avec les CCAS et les associations de personnes âgées en faisant intervenir les clubs de loisirs et autres professionnels de la culture en répondant aux appels à projets initiés par la Conférence de Financeurs et la Direction des Affaires Culturelles de la Martinique. En termes de personnel nous envisageons d'augmenter le temps de travail de notre Assistante sociale pour aider nos bénéficiaires et leurs familles dans leurs démarches administratives d'accès à leurs droits.

C) Principes d'intervention du CRT Logis Saint Jean

Comme je l'ai évoqué précédemment dans le diagnostic de l'établissement, nous possédons au sein de l'institution une offre de service relativement étoffée avec le PASA, l'UHR, le SSIAD, les accueils de Jour et la plateforme de Répit. Ces dispositifs nous procurent un avantage concurrentiel mais également un panel de service nous permettant de répondre aux besoins des personnes âgées du territoire. Par ailleurs, l'engagement dans la réalisation de conventions avec nos partenaires légitime notre volonté d'être un acteur de la coordination et d'assurer une articulation avec l'offre déjà existante. A ce propos nous avons identifié un service d'aide à domicile ayant une qualité de service reconnue, comme partenaire, avec lequel nous avons déjà signé une convention et que nous proposerons aux personnes âgées n'ayant aucune intervention à domicile.

- Nos principes d'intervention se basent fondamentalement sur la loi 2002-2.

Comme vu dans la première partie, notre base d'intervention est cadrée par la loi 2002-2 qui met l'usager au cœur de notre dispositif. Et à ce titre l'ensemble des professionnels intervenant en accompagnement de nos personnes âgées doivent en être informés et surtout formés. C'est la raison pour laquelle la notion de contractualisation avec les collaborateurs

extérieurs est extrêmement importante. Donc il s'agit de prévoir les engagements de chacune des parties dans le respect d'une exigence de qualité à apporter aux bénéficiaires dans le respect de leurs droits. A ce titre, le projet d'accompagnement de l'usager de notre CRT devient l'élément central autour duquel les interventions viendront se greffer dans le respect de son consentement et de celui de sa famille. D'ailleurs le respect des 7 garanties définies par la loi est une condition que le conseil d'administration et moi-même prônons. Et cette exigence va se contractualiser avec les outils favorisant la reconnaissance des droits des usagers : le livret d'accueil, la charte des droits et libertés, le règlement de fonctionnement, et le contrat de séjour. D'ailleurs afin de nous permettre d'améliorer notre qualité de service et d'écouter leurs remontées collectives nous prévoyons leur participation au Conseil de Vie Sociale de l'Etablissement.

3.2 Mes enjeux de Direction :

Donc en tant que directeur de la structure, et dans le cadre de ce projet, j'ai défini les enjeux de ma fonction et de mon positionnement sur le territoire :

- Renforcer l'attractivité de l'Etablissement en donnant une cohésion et une fluidité au parcours des personnes âgées sur le territoire ;
- Mobiliser les différents acteurs de notre environnement afin de constituer une réponse solide et prévenir l'isolement précoce des personnes âgées en perte d'autonomie et ou atteints de troubles neuro dégénératifs (CCAS, DAC, associations, SSIAD, plateforme de répit, HAD...)
- Renforcer le maintien à domicile en proposant une offre articulée et une réponse adaptée à chaque situation,
- Développer et professionnaliser les interventions des personnels intervenant à domicile,
- Mobiliser la ressource humaine autour de ce changement organisationnel de l'établissement,
- Structurer l'équipe d'encadrement afin de répondre aux éventuelles résistances en interne,
- Maintenir l'équilibre financier de la structure en intégrant ce dispositif à l'établissement.

3.3 Le plan d'action

L'objectif général de cette partie est de structurer un Centre de Ressources Territorial à partir de l'EHPAD pour maintenir les personnes âgées du bassin de vie à domicile.

A cet effet, j'ai identifié 5 axes nécessaires à la réalisation de cette réponse sur le territoire afin de positionner la structure comme une référence sur le parcours de santé et d'accompagnement à la vie sociale des personnes âgées. Cela procède tout d'abord de la structuration des instances du projet et de la construction du partenariat sur le territoire. L'accompagnement des équipes au changement afin de structurer l'intervention des professionnels à domicile est une aussi une condition nécessaire. La communication étant

une fonction transversale à toute cette démarche. Le volet financier sera établi de façon prévisionnelle (et fera l'objet de l'annexe 12).

3.3.1 Axe 1 : Donner du sens au projet :

Il s'agit de structurer les instances du projet.

A) Le Comité de Pilotage (COPIL)

Afin de structurer nos actions et de donner du sens à notre vision du projet j'ai décidé de créer un COPIL (voir annexe 8), dès le retour de l'ARS, qui associe les acteurs internes et les partenaires externes. Je m'engage donc dans la co-construction à travers cette instance stratégique avec ces différents partenaires et acteurs afin de structurer notre vision commune et formaliser nos décisions par des outils.

Cette instance a la responsabilité de valider la démarche, d'arrêter les différentes phases du projet, d'en fixer les principaux objectifs, d'assurer le suivi des actions et de définir les ajustements nécessaires. Ma fonction sera d'animer cette organisation, de procéder aux différents arbitrages et surtout de faire preuve de rigueur méthodologique. Notre calendrier étant contraint par le temps (évoqué dans le diagramme de GANTT en annexe 7), j'ai décidé d'une rencontre mensuelle durant la phase de court et moyen terme et ensuite d'une rencontre chaque trimestre à compter d'Octobre, date de l'ouverture de notre CRT.

Piloter ce projet d'envergure sur le territoire avec ces acteurs et partenaires d'origines diverses nécessite de ma part une adaptation de mon mode de management. En effet, je suis conscient que le déploiement de ce dispositif, à partir de l'EHPAD, sur le territoire viendra bousculer un certain nombre d'habitudes et de réalités auxquelles n'étaient pas habitués ces participants. Notamment les acteurs extérieurs qui sont dans une démarche et une stratégie qui leur sont propres à partir de leur structure. Ma mission consiste donc à fédérer les différentes visions des participants qui ne manquent pas d'émerger pour parvenir à un consensus dans l'intérêt des bénéficiaires. Il m'a fallu également faire référence à la contrainte du cahier des charges et à la réalité de l'Etablissement.

Il s'agit d'un véritable changement de paradigme pour moi, car c'est la première fois que j'ai à mener un projet ayant cette envergure territoriale. Je dois donc m'adapter à chaque interlocuteur tant dans les explications à donner, que dans ma capacité à libérer la parole des uns et des autres. Il s'agit également pour moi de ne pas heurter ces participants ni dans leurs représentations, ni dans leur légitimité institutionnelle et de construire cet engagement dans le projet par la motivation.

Conscient que l'engagement des différents membres à ce COPIL est fluctuant selon leur niveau de motivation, j'ai dû démontrer avec engagement, ma volonté d'être efficace dans

la co-construction de ce partenariat territorial. Les enjeux de santé et de prévention de l'autonomie des personnes âgées de la Martinique, sont des sujets cruciaux que j'ai développé afin de construire une base solide entre les participants en créant une dynamique solidaire à partir de notre EHPAD. Le positionnement légitime du Logis Saint Jean à travers son offre de service et de la qualité de son accompagnement doit nous permettre d'aller au-delà de nos frontières institutionnelles. Il s'agit de se positionner en complémentarité des autres dispositifs et structures sans pour autant les concurrencer. Pour réussir cette implication participative je mets à profit les compétences, et les qualités des participants tout autant que leur réseau et leur expérience.

Il s'agit pour moi en tant que Directeur de créer du lien entre toutes les personnes afin que les prises de décision soient partagées et que chacun soit au même niveau d'expression et d'informations. Je suis conscient que cette nouvelle méthode de construction du projet peut questionner ces acteurs, mais il est vraiment question de mutualiser la connaissance du territoire et de rompre cette vision autocentrée que chacun pourrait avoir dans l'opportunité des objectifs du projet.

Pour la constitution du COPIL j'ai organisé une séance de travail avec le Président du Conseil d'Administration, avec lequel je travaille en parfaite harmonie, dans la mesure où les responsabilités⁵³ sont partagées et afin d'anticiper tout risque de refus de sa part.

Afin de parfaire notre démarche et de compléter techniquement notre volet opérationnel nous avons acté au sein du COPIL, lors de notre première réunion en Mai 2024, le principe de la constitution de 3 groupes de travail composé de 6 personnes. Il est ressorti des débats que chaque groupe doit être constitué paritairement entre les collaborateurs internes et les intervenants extérieurs en plus du référent. A cette occasion j'ai donc lancé un appel à candidatures tant au niveau interne qu'externe en explicitant l'intérêt de la démarche et les objectifs de notre projet. Cet appel a suscité un vif intérêt et j'ai arrêté mes choix sur la base des critères d'engagement de service et d'intérêt pour le projet.

B) Les groupes de travail

-Groupe de travail 1 : **Orientation générale du Centre de Ressources et définition des axes stratégiques** : La Responsable du pôle domicile. Ce groupe a eu la tâche de définir les axes stratégiques du projet tout en intégrant les outils de la loi 2002-2, à savoir: le livret d'accueil- la charte des droits et libertés- le règlement de fonctionnement du CRT-le contrat d'accompagnement individuel –et le projet de service.

⁵³ Responsabilités partagées dans le cadre notamment de la participation aux politiques publiques
Signées dans mon Document Unique de Délégation

Il est composé de la psychologue, d'une infirmière du SSIAD, d'un aide-soignant de l'un des accueils de jour, d'un membre du conseil d'administration, de la Responsable du CCAS de Rivière Salée, et d'un collaborateur du Dispositif d'appui à la coordination du territoire.

-Groupe de travail 2 : **Développement des partenariats sur le territoire** : Le Directeur. Ce groupe a été chargé d'identifier sur le territoire tous les acteurs intervenants dans le cadre du maintien à domicile mais également l'ensemble des partenariats que l'établissement pourra mettre en œuvre afin de participer à l'accompagnement à la vie sociale des personnes âgées fréquentant le CRT, selon les axes suivants :

- Partenariats médicaux et paramédicaux permettant de concourir à une meilleure prise en charge médicale de nos personnes âgées, (Médecine libérale, orthophoniste, podologue, Hospitalisation à domicile, Centres hospitaliers voisins, Equipe spécialisée Alzheimer...)
- Partenariats culturels et de loisirs afin de faire participer le plus grand nombre aux activités d'inclusion dans la vie sociale (Associations de personnes âgées du bassin de vie, associations sportives et culturelles de la Ville, CCAS des villes avoisinantes, ...)
- Partenariats institutionnels avec les chambres consulaires et acteurs institutionnels qui participent à une meilleure intégration sociale et professionnelle de nos jeunes dans le monde du travail (Chambre des métiers, Chambre de commerce, Mission locale de l'Espace Sud, Associations de parole et d'écoute de la maladie Alzheimer...)

Ce groupe est composé d'un membre du Conseil d'administration (autre que celui participant au groupe précédent), du Médecin coordonnateur, de la Présidente du Conseil à la vie Sociale, un membre d'une association culturelle de la ville, d'un élu de la ville de Rivière Salée, et de la représentante des aidants.

- Groupe de travail 3 : **Déploiement du numérique à partir du domicile** : la responsable du pôle domicile. Ce groupe a permis de faire émerger les actions techniques à mener dans le cadre du déploiement de la digitalisation du domicile. Afin de donner la vision du COPIL à ce groupe de travail, notre ambition s'est portée sur la nécessaire coordination, et la facilitation des équipes à travailler avec des outils leur permettant :

- de rendre accessible les informations délivrées aux publics,
- de suivre et gérer les situations à risques,
- d'accompagner les publics dans leur parcours de vie.

Pour appliquer ces orientations générales au niveau du domicile, nous nous sommes faits accompagner par un opérateur spécialiste du numérique qui participe déjà au niveau régional à la mise en œuvre du Dossier Médical Partagé diligenté par l'ARS. La notion de l'interopérabilité des systèmes d'informations a été portée. Les résultats du groupe ont porté sur :

- un projet de plateforme téléphonique et de portail numérique permettant l'accès à notre dispositif depuis un seul numéro, et l'élaboration d'un recueil internet de l'ensemble de nos prestataires. Les partenaires pourront également nous fournir leurs activités que nous diffuserons. Un volet beaucoup plus opérationnel sera déployé vers nos professionnels afin de géolocaliser les plannings d'interventions mensuels.
- l'utilisation d'un logiciel adapté à l'accompagnement de nos bénéficiaires recueillant leurs habitudes de vie, leur parcours de santé, et permettant un relais des informations à nos interlocuteurs ;
- le déploiement de la téléassistance en lien avec la CTM qui développe déjà ce service avec une société privée. Ce dispositif sécurisera le domicile et favorisera l'assistance en cas de difficulté majeure grâce à l'installation d'éléments techniques (bracelets, boîtiers)

3.3.2 Axe 2 : Construire la coopération avec les partenaires du territoire

Nous possédions actuellement un ensemble de dispositifs en interne, tel que les CAJ et la PFR, en plus différents professionnels interdisciplinaires, à mon sens ce n'est pas suffisant pour construire une réponse adaptée aux besoins du territoire. Et bien que nous ayons conventionné avec une association d'aide à domicile pour les interventions des auxiliaires de vie, il m'a semblé impératif de co-construire ce dispositif innovant à l'échelle du territoire avec nos partenaires. L'intérêt a été de démontrer aux autorités notre volonté de cohérence d'intervention et notre engagement à fédérer ces acteurs dans l'intérêt des personnes âgées du territoire. De plus je m'appuie sur la qualité des relations professionnelles que j'ai pu construire depuis des années avec les acteurs du médico-social et sur la notoriété dont bénéficie l'Etablissement pour aller à leur rencontre. Et à ce titre, il m'a fallu leur expliquer la finalité de notre projet pour favoriser leur engagement au sein de ce COPIL. Mais lors des premières réunions j'ai pu détecter quelques freins importants qu'il m'a fallu désamorcer. En effet, certains professionnels ont évoqué le manque de temps pour participer à nos réunions et se montre peu enclin à accepter cette coordination venant d'une autre structure au domicile. En outre, la question du financement de leurs interventions suscite bien des interrogations. Et il m'est apparu également que ces professionnels tenaient véritablement à garder leur autonomie d'intervention dans la mesure où leur fonctionnement était déjà assez rigide et tendu.

L'un de mes enjeux de direction étant de faire converger ces partenaires vers des objectifs communs qui soient bénéfiques au public accompagné, et afin de répondre aux interrogations tout en suscitant la motivation des partenaires, j'ai alors procédé ainsi de manière générale :

- Tout d'abord suite aux premiers travaux menés par le groupe " d'identification partenarial" j'ai contacté avec la responsable du pôle domicile les partenaires identifiés afin de leur présenter le projet de CRT et leur soumettre une proposition de collaboration sous forme de convention. Et afin de susciter leur adhésion et de démontrer notre dynamique collaborative nous nous sommes adjoints un participant du COPIL du secteur pour chacun des groupes.

Cette action a été menée dans les 4 directions suivantes :

- des partenariats médicaux : en tout premier lieu l'HAD qui bénéficie d'un déploiement très dynamique sur le territoire et dont les prestations sont valorisées par l'ARS. A cet égard la mission de cette structure qui est de maintenir le patient à domicile en lui apportant des soins adaptés à son état nous permettra d'éviter le passage aux urgences du CHUM et de bénéficier d'une structure légère en cas d'hospitalisation.

Ensuite nous avons organisé une réunion en interne avec le médecin coordonnateur de l'établissement réunissant une dizaine d'acteurs libéraux (Médecins généralistes, kinésithérapeutes, orthophoniste, podologue...) dans le but de construire cette collaboration et de définir le cadre d'intervention de chacun des professionnels. A ce titre, je me dois d'évoquer la participation de l'ARS et la CTM qui ont encouragé les acteurs à s'inscrire dans cette dynamique. Cette marque a donné un caractère solennel à cette réunion et démontré leur engagement dans le projet et permis de rassurer les premiers questionnements.

- des partenariats avec les autres acteurs du domicile.

S'agissant du DAC, qui permet la continuité du parcours des personnes âgées et participant à notre COPIL, nos relations sont déjà très abouties. Et nous avons dès l'origine du projet signé cette convention de partenariat. Elle nous permettra de valoriser notre nouveau dispositif au niveau du territoire et permettra surtout l'orientation des seniors.

S'agissant des autres acteurs du secteur (Associations de personnes âgées, CCAS des 12 communes avoisinantes, associations d'aide aux aidants, les Centres Hospitaliers) nous les avons réunis à l'amphithéâtre de la Communauté d'Agglomération où je leur ai présenté sous forme de diaporama le diagnostic territorial (évoqué dans la seconde partie) et notre solution pour y répondre.

Cette présentation a suscité une forte émotion dans l'assemblée et le côté novateur du projet a été relevé.

Suite à cette réunion (d'une trentaine de participants) nous avons d'ores et déjà formalisé 10 conventions supplémentaires.

Nous allons renouveler cette opération dès la rentrée prochaine afin d'en informer les absents.

-S'agissant des partenariats culturels et de loisirs nous avons programmé de les rencontrer courant Octobre 2024 selon le même principe que précédemment. Nous envisageons de débiter notre CRT avec nos partenariats déjà existants.

- Quant aux partenariats avec les Institutionnels, nous avons conforté le formalisme en signant une convention avec la Mission locale de l'Espace Sud afin de favoriser l'intégration de jeunes en formation et de permettre la réalisation de leur stage en entreprise. Quant aux autres partenaires identifiés par le groupe de travail, j'ai décidé de les rencontrer individuellement.

S'engager dans ce processus de développement de notre dispositif encore méconnu des professionnels de terrain m'a nécessité un travail de persuasion de nos interlocuteurs et à cet effet, il m'a fallu être :

- Rassurant sur notre volonté de pas être concurrent des acteurs déjà présents ;
- Motivant pour engager les partenaires dans un projet à la dimension du territoire qui répond surtout aux enjeux des personnes âgées de rester à leur domicile
- Impulsant pour dynamiser une culture collaborative visant à mieux structurer le parcours de vie des bénéficiaires de notre CRT.
- Valorisant pour mettre en exergue le travail déjà accompli par nos prédécesseurs mais qui nécessite une transformation vers une orientation sur le domicile, nouvelle réalité des politiques publiques.

3.3.3 Axe 3 : Accompagner le changement auprès des équipes

Tout projet, d'autant plus innovant, est source de frustration et de résistance au changement au sein des organisations. Mais au niveau du Logis Saint Jean, après l'intégration des différents dispositifs (CAJ et PFR) les équipes sont déjà sensibilisées à la dynamique de développement sur le territoire dans laquelle nous nous sommes engagés. Aujourd'hui il s'agit surtout de les impliquer dans la continuité de ce développement et de garantir leur cadre professionnel et leur épanouissement. Cela va donc passer par la mise en œuvre de la Qualité de Vie au travail au sein du CRT et d'une politique de Gestion prévisionnelle des emplois et de compétences.

A) La promotion de la Qualité de Vie et des Conditions de Travail (QVCT).

Je suis particulièrement attaché en tant que Directeur à porter une attention particulière au cadre d'évolution de mes collaborateurs dans l'exercice de leurs fonctions. C'est la raison pour laquelle j'ai décidé d'emblée d'inscrire la qualité de vie au travail dans le

fonctionnement du CRT dès les premières séances de travail du COPIL. Car je suis convaincu que des professionnels exerçant dans un cadre sécurisé ayant de bonnes relations de travail dans un climat apaisé seront plus en capacité d'apporter une qualité de service à nos bénéficiaires dans une organisation efficiente. A ce propos nous nous sommes basés sur le guide Démarche qualité de vie au travail dans les établissements médico-sociaux⁵⁴ qui préconise les 5 objectifs suivants à rechercher dans le cadre de cette démarche :

- *Répondre au besoin de sens au travail,*
- *Favoriser la motivation des agents et leur engagement,*
- *Mieux prévenir les risques professionnels,*
- *Favoriser l'accompagnement des transformations,*
- *Favoriser la conciliation des temps et la conciliation des temps,*

B) La valorisation de groupe d'analyse des pratiques.

En effet, notre CRT faisant intervenir des professionnels d'origines diverses et de fonctionnement différentes notre volonté est de créer une culture commune en permettant l'analyse technique des interventions des différents professionnels. La responsable du pôle domicile sera chargée d'animer cet espace de prise de paroles dans l'objectif d'harmoniser et d'arbitrer les positions de chacun. Elle devra amener chacun à se questionner sur ses habitudes de travail et arrêter collectivement des principes d'interventions.

C) Revisiter notre Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC).

Axe essentiel à travailler dans le cadre de notre CPOM, je vais saisir cette opportunité de la création de notre CRT pour mettre en œuvre courant 2025 une véritable démarche de GPEC. Toutefois je considère qu'il est indispensable de nous inscrire dans une dynamique de développement des compétences des professionnels dans l'objectif de répondre aux besoins des usagers par l'adaptation des métiers aux compétences requises. Et pour répondre à cet objectif, je prévois un plan de formation spécifique pour le CRT qui viendra s'intégrer à celui de l'établissement. Pour le construire, je vais mandater la responsable de la gestion administrative sur cette mission. Elle devra pour piloter cette mission œuvrer étroitement avec la responsable du pôle domicile mais également s'ouvrir sur l'extérieur en menant des séances de travail avec les partenaires qui interviennent au plus près des personnes âgées. A cette fin, elle devra se baser sur les entretiens professionnels qui font remonter obligatoirement les besoins en formation, les souhaits d'évolution des

⁵⁴ Guide de la Démarche qualité de vie au travail dans les établissements médico-sociaux-le Réseau ANACT- ARACT-Mars 2021

collaborateurs et les besoins en compétences du dispositif. Ce document programmatique sera établi sur les 3 premières années du dispositif. Ce travail fera l'objet d'une information en Comité Social et Economique, puis sera amendé après débats avec les organisations syndicales, et je le présenterais en Conseil d'Administration. J'accorde une importance particulière à ce travail car il s'agit pour moi de veiller à l'épanouissement des professionnels et de poser les premiers jalons d'une GPEC territoriale mutualisée avec d'autres établissements.

D) Créer un espace dialogique pour favoriser les échanges de l'équipe.

L'ambition de ce CRT repose bien évidemment sur l'accompagnement des personnes âgées à leur domicile et s'appuie sur une intervention pluridisciplinaire les mettant au centre du dispositif. J'ai évoqué précédemment (dans la première partie) la notion de projet d'accompagnement personnalisé (PAP). A cet effet, nous souhaitons mettre en œuvre des réunions pluridisciplinaires sur l'accompagnement de nos usagers qui vont regrouper tous les intervenants autour du bénéficiaire et de sa famille. Je considère cette action comme fondamentale car elle viendra soutenir la qualité des prestations que nous souhaitons réaliser en questionnant le parcours de vie de la personne âgée qui fera remonter ses besoins et attentes. L'aspect de la coordination de l'équipe doit être à ce niveau identifié et fera l'objet d'une attention précise. Chaque usager devra avoir son PAP dans le mois qui suit son admission au sein du dispositif. Et chaque partenaire sera formé dans l'utilisation de la solution informatique que nous mettrons en place afin d'impulser cette dynamique collective.

E) Impulser des rencontres régulières avec les aidants des personnes âgées.

Je l'ai souligné dans mon second chapitre, les aidants en Martinique éprouvent énormément de difficultés dans la prise en charge et l'accompagnement de leur parent surtout lorsqu'ils sont atteints de troubles dégénératifs. Non seulement notre plateforme de répit ainsi que nos accueils de jour sont souvent limités dans leurs réponses à un accompagnement global des usagers mais éprouvent également des difficultés à soutenir des aidants isolés. Il est donc important d'avoir une action spécifique envers ces partenaires. C'est la raison pour laquelle nous prévoyons de structurer des temps d'échanges avec les familles sur des thématiques spécifiques. Ces rencontres seront organisées dans un premier temps au sein de l'Etablissement dans l'objectif de renforcer l'image de l'Institution puis dans un second temps, lors de la stabilisation du dispositif, nous mettrons en place des séances par secteur de communes afin d'éviter les longs trajets aux aidants. Les thématiques abordées seront spécifiées par les familles après remontées au niveau de l'équipe. Il y aura également la possibilité d'inviter des spécialistes de l'accompagnement des aidants afin de leur permettre par exemple de libérer la parole. Le

personnel et les partenaires pourront y participer. La psychologue de l'établissement sera chargée de la mise en œuvre de ces rencontres trimestrielles.

3.3.4 Axe 4 : Favoriser l'efficience du dispositif

Le point central de notre projet est de créer les conditions favorables à un maintien à domicile de nos personnes âgées du territoire, et cela doit effectivement passer par la coordination des interventions à domicile, la sécurisation des personnels dans leur cadre de travail et la mise en œuvre de moyens technologiques adaptés.

- La coordination des interventions à domicile est fondamentale et s'inscrit dans le partage de culture entre les différents intervenants. En effet, la cohérence de nos interventions doit mettre la personne âgée au centre de nos préoccupations et l'émergence de cette culture commune est induite par des échanges réguliers entre les différents professionnels lors de réunions de transmissions et la mise en œuvre d'outils. Je souhaite également que l'analyse des pratiques professionnelles soit un axe important de ce travail collectif. Le Projet d'accompagnement individualisé est le centre du dispositif. Il sera mis en œuvre par la coordinatrice. Le DUERP sera revu et corrigé et étendu aux actions de prévention des RPS, des TMS, et troubles psycho-sociaux.

- L'utilisation des outils technologiques doit nous permettre une amélioration de la circulation des informations, une confidentialité et une inscription dans l'innovation. Ces éléments s'inscrivent dans le système d'information que je souhaite mettre en place. Il s'agit véritablement de rendre efficace et efficient l'ensemble des interventions des prestations des professionnels. A cet égard le groupe de travail a expérimenté la consultation médicale à distance avec un médecin conventionné. La téléassistance a été préconisée pour intervenir en cas de chutes à domicile.

- Mettre à jour le Document Unique d'évaluation des Risques professionnels (DUERP). Véritable obligation qui s'oppose à moi en tant que Directeur de la structure, j'accorde une importance particulière au recensement et à l'évaluation des risques professionnels au sein de ce nouveau dispositif. Car il s'agit pour moi de sécuriser le cadre d'intervention des collaborateurs mais également des intervenants extérieurs. Possédant déjà ce document mise à jour et réévalué annuellement sur l'établissement central, je vais missionner le référent hygiène et sécurité qui se fera accompagner par une entreprise ayant l'expertise localement car étant spécialisée sur les ESMS. Ce travail devant aboutir à l'évaluation des risques et des actions correctrices à mettre en place; à l'adaptation des conditions de travail; à la planification des mesures collectives au-delà des équipements de protection

individuelles; et la programmation d'actions de formation et d'information sur la prévention au travail.

3.3.5 Axe 5 : La stratégie de communication

A mon sens, la valorisation de ce projet de CRT passe fondamentalement par une démarche de communication que je structure tant sur le volet interne qu'externe.

A) Ma communication interne.

Il est donc indispensable pour moi de structurer ma démarche de communication vis-à-vis des collaborateurs Et à cet effet j'ai décidé de procéder en 3 temps, d'abord ma rencontre avec les administrateurs qui ont validé leur adhésion au projet, ensuite vis-à-vis des résidents de l'Etablissement dans le cadre du CVS. Puis vis-à-vis des professionnels lors d'un CSE exceptionnel. De plus j'ai communiqué en assemblée générale du personnel qui a réuni l'ensemble des professionnels des structures après la réponse positive de l'ARS pour les informer de notre dynamique de création d'un dispositif complémentaire.

Ma communication lors de ces temps a été axée sur 3 points :

- les valeurs et les missions du Logis Saint Jean qui nous poussent à répondre aux besoins du territoire, aux attentes de nos personnes âgées et en ouvrant sur l'aspect économique de notre projet qui créera de l'activité et de la valeur ajoutée sur notre bassin de vie;

- ensuite de façon plus opérationnelle, j'ai présenté le diagnostic de l'établissement en valorisant les collaborateurs qui effectuent un travail difficile mais o combien nécessaire pour nos personnes âgées, et sur les opportunités que nous offre ce nouveau dispositif sur l'aspect de la diversification de notre offre et la dimension financière qui nous permet de mutualiser certains postes en augmentant leur temps de travail.

- enfin ma communication a mis en exergue l'aspect innovation, car nous serons l'un des 3 premiers établissements à porter ce dispositif et nous bénéficierons d'une reconnaissance légitime du travail accompli depuis plusieurs années.

- Le volet professionnel

A cette occasion je choisis de communiquer lors de réunions dites "Assemblées Générales du personnel" tous les deux mois afin de les informer de l'évolution du projet. Et à ce titre ma communication fait une synthèse de plusieurs éléments que j'estime cruciaux afin de motiver les collaborateurs.

En premier lieu il s'agit de poser le diagnostic de territoire en exposant la réalité des situations que vivent nos personnes âgées dans notre environnement, et d'expliquer comment au niveau du Logis Saint Jean nous y répondons. Actuellement le sens des politiques publiques s'oriente vers le maintien à domicile à partir des EHPAD, donc l'intérêt est de leur démontrer comment avec notre nouvelle offre de service nous contribuons à mener cette action tout en apportant de la valeur ajoutée tant à notre établissement qu'à notre territoire. Ensuite, je souhaite vraiment mettre en exergue les missions et les valeurs de l'Etablissement qui ont contribué à asseoir la légitimité de l'institution dans le paysage médico-social Martiniquais et de valoriser l'investissement de tous les collaborateurs qui de par leur engagement participent à changer l'image des Ehpads en Martinique. Il est extrêmement important de valoriser notre action sur le terrain et d'afficher une image de concorde. A ce titre je propose au Président du conseil d'administration de m'accompagner lors de la première présentation sur la base d'un support visuel qui a définit notre champ d'intervention sur le territoire, les objectifs et la temporalité de notre projet.

En outre, ma communication vis à vis des salariés passe impérativement par le CSE, où je réponds aux attentes des organisations syndicales tout en démontrant l'intérêt collectif de s'inscrire dans ce projet. Mais avant d'échanger avec eux dans ce cadre institutionnel, à mon initiative, j'ai rencontré les 2 organisations représentatives séparément avec leur représentant départemental afin de désamorcer toute ambiguïté sur les difficultés que pourraient rencontrer leurs mandants, et répondre à leurs interrogations sur ma volonté de mettre en œuvre la qualité de vie au travail pour un épanouissement des collaborateurs.

Ce choix de les rencontrer individuellement s'est basé sur l'anticipation de la tension qui règne au niveau du dialogue social en Martinique⁵⁵. Bien que je sois dans un échange continue avec ces organisations syndicales, il me paraît opportun et important d'éviter les postures que pourraient avoir ces représentants dans le cadre collectif du CSE. J'accorde un vif intérêt à soigner la qualité des rencontres que je peux avoir avec ces organisations afin de répondre en toute franchise à leurs doléances et de lever toutes difficultés que pourraient soulever ce projet. A ce titre je me fais accompagner de la responsable du Pôle domicile et de la Responsable ressource Humaine de l'établissement qui seront chargées d'en établir un relevé de conclusion signées par les 2 parties. Pour chaque rencontre, j'informerais le Président du Conseil d'Administration et lui rendrais compte des audiences.

B) Ma communication externe.

Le second volet de ma communication sera dirigé vers les partenaires, la population âgée et leur famille. En plus des différentes réunions que nous avons organisées et des

⁵⁵ Conflictualité et dialogue social à la Martinique : paroles d'acteurs-Philippe Auvergnon, Patrick Le Moal-25janvier 2007

nombreux déplacements afin d'expliciter notre projet aux différents partenaires, je projette la création d'outils spécifiques ayant comme objectif de valoriser notre dispositif. Ainsi il s'agira en premier de créer une plaquette d'information présentant les axes stratégiques, le public concerné, et les conditions pour bénéficier de notre accompagnement que je vais diffuser par le canal de l'internet, et par le biais des CCAS. En second lieu je prévois que la signature de nos conventions se réalisent de manière groupée selon les axes définis en présence de la presse généraliste et spécialisée. En troisième lieu je prévois une interview dans le quotidien local qui est très prisé afin de valoriser notre CRT. En outre, dans le cadre des colloques et des rencontres professionnelles dans lesquelles je suis amené à participer je vais développer l'intérêt de notre dispositif pour le territoire afin de sensibiliser les professionnels du secteur à s'engager dans cette voie de la coopération dans l'intérêt de nos personnes âgées. Enfin, j'aurai une attention particulière envers les autorités de tarification, ARS et CTM, que j'informerai tout au long du processus de création de notre dispositif sous la forme de compte rendu d'étapes.

3.3.6 L'évaluation du dispositif

Depuis la loi 2002-2 rénovant l'action médico-sociale, obligation est faite aux établissements de procéder régulièrement à l'évaluation de leurs activités. Et cette injonction réglementaire, à mon sens, découle d'une politique d'amélioration continue de la qualité qu'il est indéniable de mettre en œuvre. Notamment dans un contexte de création de dispositif nouveau afin de prévenir les nombreux risques auxquels sont soumis les professionnels tout autant que les publics qui sont en attente d'une qualité de service irréprochable.

A) La démarche qualité

Dès mes premières présentations lors des COPIIL que lors de mes réunions avec les publics concernés, j'ai fait de la qualité une notion indispensable au déploiement de notre dispositif dans une dynamique d'amélioration continue du service rendu. Et à ce titre je vais pouvoir élargir les missions de notre psychologue sur qui est chargée de ce volet dans l'établissement principal au niveau du CRT. Cette démarche permettra d'impulser dès l'ouverture du dispositif les fondamentaux de la culture commune que nous souhaitons mettre en œuvre avec les partenaires dans l'intérêt de nos publics. Et dans cet objectif, nous souhaitons nous rapprocher d'un autre établissement, qui est situé au centre de l'île, et qui est labellisé "HUMANITUDE"⁵⁶. En effet, cette institution qui développe un hébergement permanent avec un service de portage de repas est attributaire d'une autorisation à titre expérimental de développement d'un

⁵⁶ Humanitude:<https://www.humanitude.fr/l-humanitude/>

"EHPAD HORS LES MURS". Et lors d'un échange avec le Directeur de cette institution nous avons convenu qu'ils nous fassent de bénéficier de leur expérience en la matière, car les principes mêmes de cette labellisation correspondent à nos valeurs associatives de respect de la personne accompagnée et à notre humanisme (voir diamant de Marchesnay en annexe 2).

Ce label reconnu par la Haute Autorité de Santé permet de *professionnaliser la relation et le lien soignant-soigné notamment par l'utilisation des 4 piliers fondamentaux (le regard, la parole, le toucher, la verticalité). Elle outille les soignants pour garantir une qualité de prendre soin. Les concepteurs de cette méthodologie ont conçu et déployé plus de 150 techniques de soin pour renforcer la relation entre la personne soignée et le soignant et apaiser les soins complexes. Plus de 8 soins complexes sur 10 sont ainsi apaisés avant/après formation-action. Les professionnels se sentent moins seuls face aux troubles de comportements. L'Humanitude outille les établissements sanitaires, sociaux et Médicaux Sociaux (ESMS) sur les volets du pilotage de la démarche, des soins, de la vie sociale et de la restauration. Ces formations sont proposées par le réseau des Instituts Gineste-Marescotti et leurs 80 formateurs salariés habilités*⁵⁷.

Cette démarche nous permettra de mettre en œuvre des actions de formations ciblées et d'évaluer nos prestations sur la base des 9 thématiques du Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux de la HAS. Ces thématiques sont :

*La bientraitance et l'éthique, les droits de la personne accompagnée, l'expression et la participation de la personne accompagnée, la co-construction et la personnalisation du projet d'accompagnement, l'accompagnement à l'autonomie, l'accompagnement à la santé, la continuité et la fluidité des parcours, la politique des ressources humaines, la démarche qualité et gestion des risques*⁵⁸.

B) Les critères d'évaluation du projet

Ce projet de CRT nécessite, au-delà de la démarche continue d'amélioration de la qualité, d'avoir des outils d'évaluation qui me permettront de vérifier la pleine inscription des acteurs dans le processus et l'engagement des partenaires dans cette dynamique projet. La participation des publics étant recherché, je propose également au COPIL de l'évaluer avec un certain nombre d'indicateurs.

⁵⁷ Extrait du site de présentation du label Humanitude

⁵⁸ Extrait du référentiel HAS d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et medico-sociaux- Mesurer et améliorer la qualité-2022

- Publics : Enquêtes de satisfaction annuelle auprès des bénéficiaires et de leur familles, nombre d'entrées et de sorties mensuels selon la cause, nombre de projets d'accompagnement personnalisés formalisés, Nombre de personnes hospitalisées, Nombre de chutes mensuelles, nombre d'appels au sein du dispositif, nombre de journées de répits pour les familles
- Professionnels : Enquêtes de satisfaction sur la qualité de vie et des conditions de travail, nombre de journées de formation, nombre de protocoles d'interventions signés, nombre d'actions de préventions réalisées, évaluation des conditions de travail : Nombre d'arrêt maladie et leur durée, taux d'absentéisme, évaluation des actions de formation, évolution du DUERP.
- Copil : Nombre de séances de travail et leur compte rendu, présence des partenaires, nombre de prises de paroles par intervenants.
- Partenaires : Enquêtes de satisfaction annuelle, nombre de partenariats contactés et nombre de conventions signées.
- Evaluation du dispositif CRT : nombres de formations collective, Nombre de conventions signées, Nombre d'échanges interinstitutionnel.

Conclusion

La société française d'aujourd'hui subit un certain nombre de contraintes et de tensions dans les réponses à apporter aux personnes âgées. Néanmoins l'orientation des politiques publiques vers le maintien à domicile et l'aide à apporter aux aidants sont des pistes envisageables pour améliorer l'accompagnement vers le grand Age. Les réalités territoriales bien que différentes, risquent de différencier l'évolution des citoyens, comme la Martinique qui connaît des enjeux très importants en terme démographique impactant déjà économiquement et socialement ce territoire. Ce projet de Centre de Ressources Territorial adossé à l'EHPAD s'inscrit dans le cadre du passage d'une logique de « structures » à une logique de « prestations ». Ce modèle de décroisement cohérent et souple, qui s'inspire de "l'EHPAD plateforme" développé par Luc BROUSSY et Jérôme GUEDJ (annexe 9) prend appui sur la graduation de l'offre en fonction de l'évolution de la dépendance des personnes âgées vivant à domicile. Adapté au territoire de la Martinique, ce modèle représente une véritable opportunité dans la mesure où il structure le parcours des personnes âgées, grâce au maillage des acteurs et partenaires tout en bénéficiant de moyens financiers complémentaires. Néanmoins, ce modèle n'est réalisable que si l'établissement s'est déjà engagé dans cette dynamique du virage domiciliaire. Et le LOGIS SAINT-JEAN a pu très tôt se démarquer des autres établissements de l'île en s'inscrivant depuis quelques années dans le développement de dispositifs permettant de répondre à une partie des besoins des personnes âgées du territoire. D'ailleurs, ce développement a pu se concrétiser grâce à la collaboration étroite entre la gouvernance et la direction de l'établissement qui a permis une véritable émulation et mobilisation des équipes en interne. Dès lors, mon ambition en tant que Directeur de cet établissement est de poursuivre cette dynamique de transformation en structurant un maillage fort des acteurs et partenaires Et cette opportunité m'a été offerte dans le cadre de la co-construction de ce CRT. Les premiers retours, avant l'ouverture officielle, sont favorables. Car l'intérêt de construire une réponse adaptée aux réalités locales des personnes âgées, a été un élément déclencheur qui a permis la mobilisation du réseau. En outre, en termes de management, la création de ce pôle de ressources a été un véritable atout pour mobiliser le personnel autour des enjeux du public (aidants et aînés). **Par contre, qu'advient-il des Ehpads n'ayant pas été retenus dans le cadre de cet appel à projet? Les collectivités locales n'ont-elles pas une place plus importante à investir dans l'intérêt des personnes âgées du territoire? Et dans quel cadre ?** La création de ce CRT, sous le prisme du maillage des acteurs du territoire, doit donc être envisagé comme les prémices des jalons posés pour la construction d'un "Service Public Territorial de l'Autonomie des personnes âgées" tel que préconisé par le rapport de Dominique LIBAULT en 2022

Bibliographie

TEXTES JURIDIQUES

-Circulaire DGCS 2011-261 du 30 juin 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico- sociales du plan Alzheimer 2008-2012

-Circulaire DHOS n°2002-222 du 16 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées

-Instruction DGCS/CNSA 2016-58 du 22 janvier 2016 relative à la déclinaison régionale du plan maladies neurodégénératives 2014-2019

-MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Arrêté du 27 Avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour les personnes âgées

-MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel

-MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, journal officiel

-MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, journal officiel

RAPPORTS-ETUDES

- AGENCE FRANCAISE DE DEVELOPPEMENT (2021): *Observatoire des communes de la Martinique: L'évolution de la situation financière entre 2014 et 2019*

- ALOGIA GROUP (2021), *La Martinique face à une transition démographique sans précédent : Fatalité ou opportunité à agir collectivement*, disponible sur internet <https://alogiagroupe.com>

- ARS MARTINIQUE (2016) *Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019 - État des lieux et Plan d'action Martinique*,

- ARS MARTINIQUE (2018) *Schéma Régional de Santé 2018-2022, PRS 2*, disponible sur internet <https://www.martinique.ars.sante.fr/prs-2018-2022>

- ASSEMBLEE NATIONALE (2020) : RAPPORT D'INFORMATION : par Mmes Stéphanie ATGER et Ericka BAREIGTS : *sur le grand Age dans les outre-mer* disponible sur internet <https://www.assemblee-nationale.fr › dyn ›>

- ASSEMBLEE NATIONALE (2023): *RAPPORT FAIT AU NOM DE LA COMMISSION D'ENQUETE SUR LE COUT DE LA VIE DANS LES COLLECTIVITES TERRITORIALES REGIES PAR LES ARTICLES 73 et 74 de la CONSTITUTION* – Président VUILLETET.G- Rapporteur HAJJAR.J, disponible sur internet <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/organes/autres-commissions/commissions-enquete/ce-cout-vie-collectivites>

- BANQUE DES TERRITOIRES/CAISSE DES DEPOTS (2019): *Maintien à domicile: vers des plateformes numériques de services*

- CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE/ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SANTE PUBLIQUE-BLOCH.M-A.(2022) : *Dispositifs de coordination :En finir avec le « mille-feuille à la française » pour la santé des personnes, des professionnels et des territoires-Mars 2022*, disponible sur internet <https://www.cnsa.fr › sites › default › files › bloch...>

- CAISSE NATIONALE SOLIDARITE POUR l'AUTONOMIE : Rapport (2018) : *Et nos voisins européens, comment font-ils? Etudes des pratiques d'accompagnement des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie*

- CENTRE REGIONAL D'ETUDES D'ACTIONS ET D'INFORMATION PAYS DE LA LOIRE-ARS PAYS DE LA LOIRE (2018) : *L'ehpad de demain vers la création de pôles ressources gérontologiques locaux*, disponible sur internet <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr › ehpad-de-demain>

- Conférence des financeurs de la prévention et de la perte d'autonomie de la Martinique (2018), *Diagnostic territorial des besoins des personnes âgées en matière de prévention de la perte d'autonomie et recensement des initiatives en Martinique*

- CONSEIL ECONOMIQUE SOCIAL ENVIRONNEMENTAL DE LA CULTURE ET DE L'EDUCATION DE MARTINIQUE (2023): *Le dialogue social à la Martinique état des lieux et perspectives- Novembre 2023*, disponible sur internet <https://www.industrie.mq/nos-publications/le-dialogue-social-a-la-martinique-etat-des-lieux-et-perspectives/>

- COUR DES COMPTES (2016) : *Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie : Une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler*, disponible sur internet <https://www.ccomptes.fr/publications/le-maintien-do...>

- COUR DES COMPTES (2021) Rapport public thématique : *La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées : Construire une priorité partagée*, disponible sur internet <https://www.ccomptes.fr/system/files/2021-12>

- COUR DES COMPTES (2022) –*Communication à la commission des affaires sociales du Sénat : La prise en charge médicale des personnes âgées en ehpad: Un nouveau modèle à construire*

- CTM MARTINIQUE (2018) *Schéma de l'autonomie 2018-2023*

- DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES : Etude (2019) : *Un senior sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien*, disponible sur internet <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-resultats>

- DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES : Etude (2016) : *Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés*- Septembre 2016, disponible sur internet <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/des-conditions-de-travail-en-ehpad-vecues-comme-difficiles>

- HAUT CONSEIL DE LA FAMILLE, DE L'ENFANCE ET DE L'AGE (2017) : *Rapport sur les politiques de soutien à l'autonomie et son incidence sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches aidants*

- HAUT CONSEIL DE LA FAMILLE, DE L'ENFANCE ET DE L'AGE (2019) : *Rapport sur les politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées : quelques comparaisons internationales*

- HAUT CONSEIL DE LA FAMILLE, DE L'ENFANCE ET DE L'AGE (2021) : Rapport final ENEIS BY kpmg : *Etude sur les politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées Vulnérables en Martinique, en Guadeloupe et à la Réunion*, disponible sur internet <https://www.hcfea.fr/IMG>

- IEDOM MARTINIQUE (2021) : *Rapport annuel économique Martinique 2021*, disponible sur internet <https://www.iedom.fr/rapports-annuels>

- INSTITUT NATIONAL D'ETUDES DEMOGRAPHIQUES Éditions « Population & Sociétés » (2009), Breton, Stéphanie Condon, Claude-Valentin Marie, Franck Temporal, *Les Départements d'outre-mer face aux défis du vieillissement démographique et des migrations*, disponible sur internet <https://www.ined.fr> › fichier › pop.soc_460.fr.fr.pdf
- INSEE (2020) Analyses n°40, *Hausse importante du nombre de seniors dépendants à l'horizon 2030, La Martinique face au vieillissement de la population*,
- INSEE DOSSIER MARTINIQUE (2023) *Panorama de la pauvreté en Martinique une diversité de situations individuelles et territoriales*-n°10-Octobre 2023, disponible sur internet <https://www.insee.fr> › statistiques
- INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES (2022) -Rapport : *Soutenir les aidants en levant les freins au développement de solutions de répit*, disponible sur internet <https://igas.gouv.fr> › Soutenir-les-aidants-en-levant-les-...
- INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES (2024): *Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie: les défis de la politique domiciliaire – Se sentir chez soi où que l'on soit*, disponible sur internet <https://igas.gouv.fr> › Lieux-de-vie-et-accompagnement-..
- LES ECHOS ETUDES (2018): *Les stratégies digitales des ehpad: Le numérique au service de l'efficience des ehpad*
- LES ETUDES DE MATIERES GRISES-BROUSSY.L/GUEDJ.J/KHUN-LAFONT.A (2021): *L'ehpad du futur commence aujourd'hui : Propositions pour un changement radical de modèle*, disponible sur internet <https://matieres-grises.fr> › nos_publication › lehpard-du-futur
- OBSERVATOIRE DES TERRITOIRES (2017), *Rapport sur le vieillissement de la population et ses enjeux* disponible sur internet <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr> ›
- OBSERVATOIRE DES TERRITOIRES (2017): *Le vieillissement de la population et ses enjeux*
- RAPPORT LIBAULT.D (2019) sur la concertation Grand âge et autonomie, p 69 ; *aider les proches aidants et lutter contre l'isolement de la personne âgée : pour un modèle d'accompagnement et de soin intégré associant démarche citoyennes et professionnelles pour et avec les personnes*, disponible sur internet <https://sante.gouv.fr/archives/consultation-place-des-personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie/article/rapport-de-la-concertation-grand-age-et-autonomie>

- RAPPORT LIBAULT.D (2022): *Vers un service public territorial de l'autonomie-Mars 2022*, disponible sur internet <https://handicap.gouv.fr/vers-un-service-public-territorial-de-lautonomie-dominique-libault-remet-son-rapport-au>

- UNI SANTE (2023): *Panorama des EHPAD 2023-Quelle est l'offre en 2023 en France ?*, disponible sur internet <https://www.conseildependance.fr> › 2023/02 › 2...

-COMMISSARIAT A LA STRATEGIE ET A LA PROSPECTIVE : *Les DOM à l'horizon 2030: Entre migrations, vieillesse et précarité : Quel projet de société ? Note de travail pour le Commissariat à la stratégie et à la prospective* ; Claude Valentin Marie ;

-INSEE (2021): *Un tiers des Martiniquais sont limités dans leurs activités pour raison de santé en 2019*, INSEE analyse Martinique n°46-Septembre 2021, disponible sur internet <https://www.insee.fr> › statistiques

OUVRAGES

-ENNUYER B, (2006), *Repenser le maintien à domicile. Enjeux, acteurs organisation*. Edition Dunod

-ANESM, février (2009), *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*.

-FONDATION MEDERIC ALZHEIMER, (2013), *Aide et soins professionnels au domicile des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer*

-BELLENGER.L (2004), *Piloter une équipe projet-Des outils pour anticiper l'action et le futur*. ESF éditeur

- GACOIN.D (2006), *Conduire des projets en action sociale*. Edition DUNOD

-BATIFOULIER.F (2019), *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*, Edition DUNOD

- CROZIER. M, FRIEDBERG. E (1977) :*L'acteur et le système* ; Edition du Seuil

DOCUMENTS INTERNES

CPOM 2021-2025

DOSSIER DE CANDIDATURE CRT 2024

NEWSLETTER QUALITE

PRIORITES INSTITUTIONNELLES ET STRATEGIQUES DU C.A 2023-2024

PROJET D'ETABLISSEMENT 2018-2022

RAPPORT DE VISITE D'EVALUATION 2024

RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE 2014

RAPPORTS D'ACTIVITES 2021-2022-2023

TRAVAUX PERSONNELS

NOTE D'AIDE A LA DECISION A L'ATTENTION DES AUTORITES DE TARIFICATION DE LA MARTINIQUE : « *LE DISPOSITIF D'ACCUEIL DE JOUR AU SEIN D'UN EHPAD EN MARTINIQUE : LE MAILLAGE DU TERRITOIRE AU SERVICE D'UNE POLITIQUE DE MAINTIEN A DOMICILE -- Comment pérenniser et rendre attractif ce dispositif ?* – Mars 2023

DOSSIER STRATEGIQUE : « *DEVELOPPER UNE STRATEGIE DE MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES SUR UN TERRITOIRE EN TRANSITION DEMOGRAPHIQUE - Créer et développer un Centre de Ressources Territorial à partir d'un EHPAD, pour maintenir à domicile les personnes âgées en Martinique* »-Février 2024

GUIDES-RECOMMANDATIONS

- ANAP (2011): *Les parcours des personnes âgées sur un territoire : retours d'expérience*
- HAS (2018): Recommandations de bonnes pratiques : *Volet 1 : De l'accueil de la personne à son accompagnement- Volet 2 : Le cadre de vie et la vie quotidienne- Volet 3 : La vie sociale des résidents en Ehpads- Volet 4 : L'impact des éléments de santé sur la qualité de vie*, disponible sur internet https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835485/fr/programme-qualite-de-vie-en-ehpad
- MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE-LE RESEAU ANACT-ARACT (2021) : *Guide pratique : Démarche qualité de vie au travail dans les établissements médico-sociaux -mars 2021*

- UNIFAF POITOU-CHARENTES (2008) : *Guide Gestion Prévisionnelle des Emplois, des Compétences et des Qualifications : Ensemble, anticiper et se préparer à l'avenir ! –*
- FUTURAGE Pole Charles Foix (2016) : *GUIDE CONCERNANT LES ENJEUX DU VIEILLISSEMENT DANS LE VAL DE MARNE : Anticiper, adapter, accompagner : les clés du bien vieillir-Mai 2016*
- CAISSE NATIONALE SOLIDARITE POUR l'AUTONOMIE (2019) : *Outils d'analyse multidimensionnelle d'un dispositif renforcé pour le soutien à domicile de personnes âgées en perte d'autonomie-Guide d'utilisation n° 1 : Outil d'analyse d'un dispositif en projet-Mai 2019*

SITES INTERNET

www.anap.fr

www.cairn.info

www.ccomptes.fr

www.cnsa.fr

www.has-sante.fr

www.igas.gouv.fr

www.insee.fr

www.legifrance.fr

www.martinique.ars.sante.fr

www.vie-publique.fr

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Swot de l'Etablissement

ANNEXE 2 : Diamant de Marchesnay

ANNEXE 3 : Organigramme du Logis Saint-Jean

ANNEXE 4 : Carte de la Martinique, et zone d'influence de l'EHPAD

ANNEXE 5 : Ecosystème complexe des ressources à disposition des personnes en perte d'autonomie

ANNEXE 6 : Etat de santé de la population en Martinique

ANNEXE 7 : Diagramme de GANTT de réalisation du projet Centre de Ressources Territorial

ANNEXE 8 : COPIL du projet Centre de Ressources Territorial

ANNEXE 9 : Schéma de l'EHPAD plateforme

ANNEXE 10 : Extrait article " Evaluations anticipées au LOGIS SAINT-JEAN

ANNEXE 11 : Schéma cible "Pour un service public territorial de santé des personnes âgées"

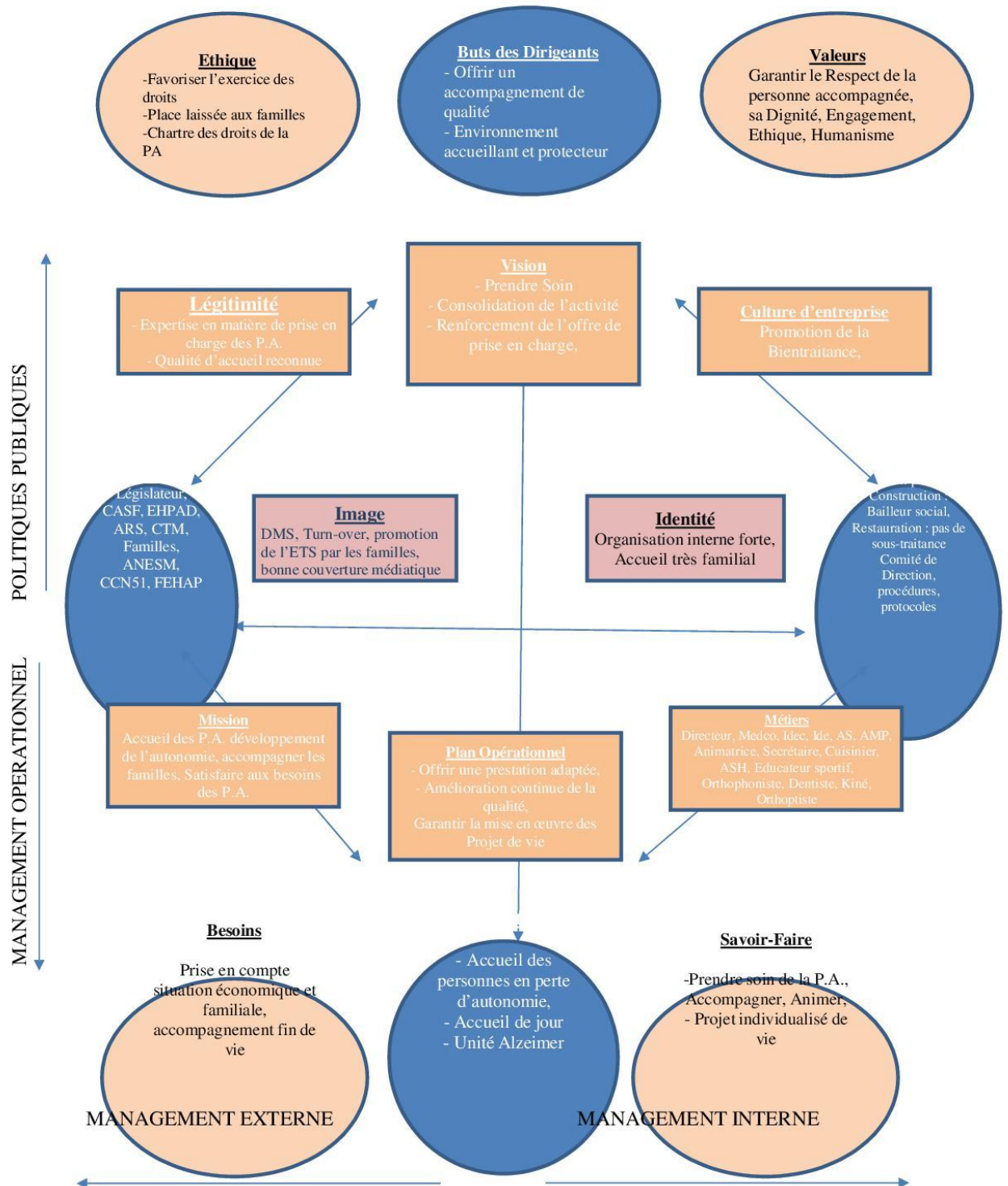
ANNEXE 12 : Plan de financement du projet Centre de Ressources Territorial

ANNEXE 1 : SWOT DE L'ETABLISSEMENT

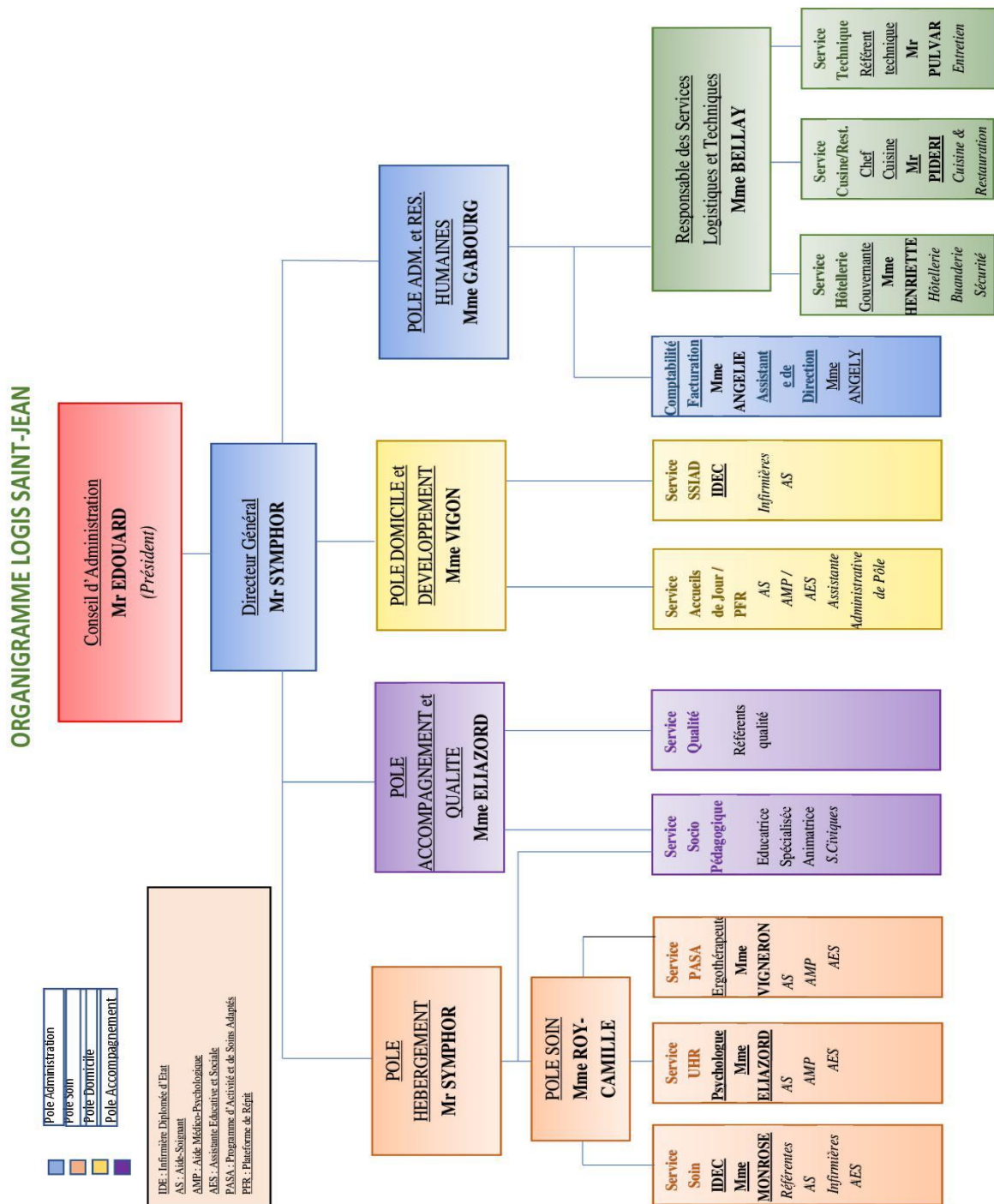
FORCES	POINTS DE VIGILANCE
Equipe professionnelle pluridisciplinaire (Médecin-Educ.Spé-Psychologue-Ergothérapeute-AS-AMP-Animatrice-...)	Personnes âgées de plus en plus grabataires-Dépendance accrue du public-GMP de plus en plus lourd-
Implication des équipes	Exiguïté du budget (budget de moins en moins adapté à la très grande dépendance des usagers)
Mise en œuvre des outils de la loi 2002-2	Absence de projet spécifique sur l'hébergement temporaire
Existence d'un CPOM	
Forte implication des familles	Absence de GPEC intégrant les différents dispositifs
Nombreux partenariats formalisés (DAC-HAD-Centre Hospitalier-Clubs loisirs-CCAS-Association personnes âgées-Plateforme de répit..)	Projets de mutualisation de la RH à construire entre les établissements
Gestion des RH Structurée (fiches de fonctions-entretien annuel- Evaluation...)	Fragilités dans la communication avec les familles (Absences de retours des évènements indésirables...)
Etablissement très sécurisé (Barrières- DUERP-Référent sécurité)	Retour à une situation post-COVID en terme d'animation assez lente (surcharge du personnel et absences de bénévoles)
Climat social serein	Personnel administratif surchargé d'où le rallongement des délais de réponses vis-à-vis des familles en terme de facturation et de paiement
Valeurs fortes de l'institution	
Etablissement ouvert sur son environnement	
Très bonne réputation	
Implication dans la vie locale	
Projet d'extension de la structure par appel à projets	
OPPORTUNITES	MENACES
Vieillesse de la population	Très forte dépendance des personnes âgées du territoire
Schémas locaux valorisant la désinstitutionalisation et la transformation de l'offre médico-sociale	Vieillissement de la population
Situation géographique permettant d'intervenir rapidement sur le territoire Sud	Age d'entre tardif en EHPAD
Etablissement reconnu sur le territoire	Paupérisation de la population

Filière ALZHEIMER reconnue- Nombreux professionnels médicaux et paramédicaux sur le bassin de vie)	Logements très souvent vétustes et non adaptés à l'évolution de la dépendance des personnes âgées
Nombreux appels à projets extérieurs (CNSA-PAI-Fondations...)	

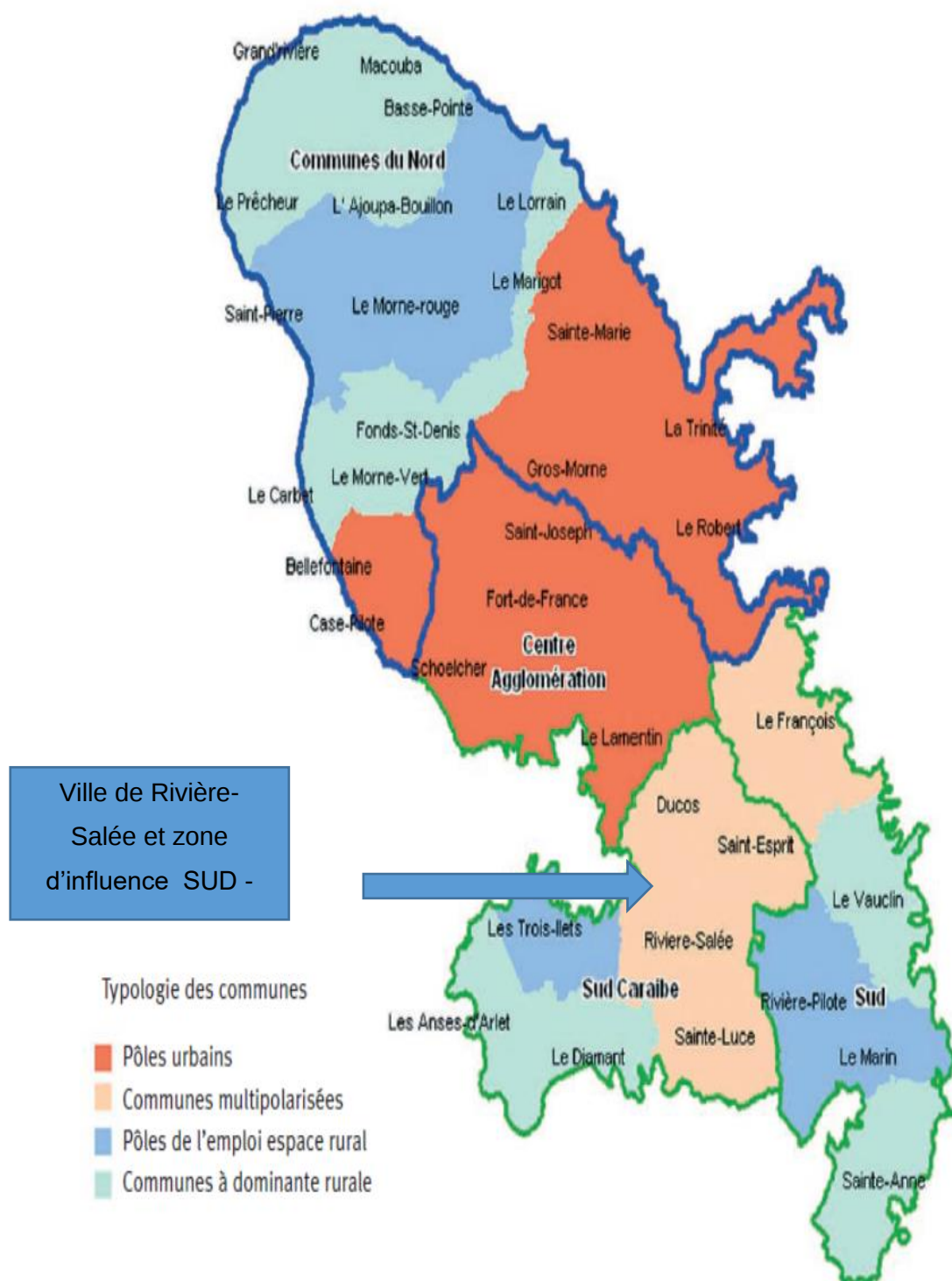
ANNEXE 2 : DIAMANT DE MARCHESNAY



ANNEXE 3 : ORGANIGRAMME DU LOGIS SAINT JEAN

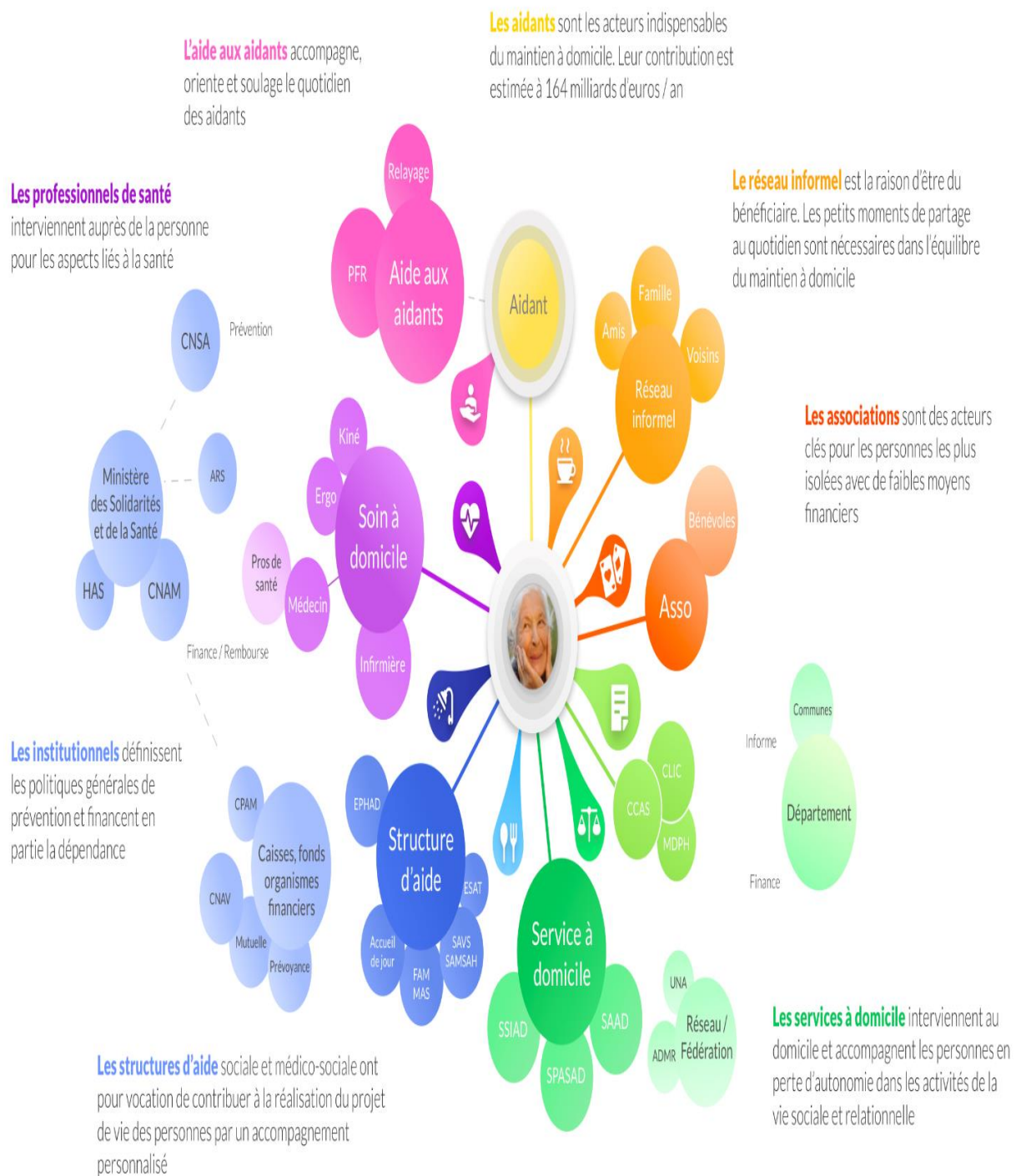


ANNEXE 4 : CARTE DE LA MARTINIQUE ET ZONE D'INFLUENCE DE L'EHPAD



ANNEXE 5 : ECOSYSTEME COMPLEXE DES RESSOURCES A

DISPOSITION DES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE



ANNEXE 6 : ETAT DE SANTE DE LA POPULATION EN **MARTINIQUE**

La population martiniquaise demeure en moins bonne santé que la population hexagonale. Cette situation s'explique par une situation géographique spécifique (impact de l'insularité y compris sur la précarité économique, climat) et des difficultés d'appropriation et d'adoption de comportements de santé plus favorables.

L'état de santé de la population martiniquaise : les points positifs et négatifs

POINTS POSITIFS	POINTS NÉGATIFS
Une espérance de vie à 60 ans relativement élevée → L'espérance de vie à 60 ans des femmes s'élevait à 27,7 ans en Martinique contre 27,8 ans en France en 2018 → L'espérance de vie à 60 ans des hommes s'élevait à 23,8 ans en Martinique contre 23,4 ans en France en 2018 Une mortalité standardisée des 65 ans ou plus relativement faible → La mortalité standardisée des personnes âgées de 65 ans ou plus atteignait 33,9 pour 1 000 individus en Martinique contre 36,7 en France en 2018 Une diminution de la mortalité cardiovasculaire depuis 2010 notamment liée à une consommation de tabac faible → Une meilleure information et une meilleure prise en charge → La prévalence tabagique de fumeurs quotidiens parmi les 15-75 ans s'élevait à 14,7% en Martinique contre 28,1% en France hexagonale en 2014 Une intégration accrue de la dimension « prévention santé » dans les orientations politiques → Une prise de conscience des acteurs publics Une préoccupation croissante des citoyens pour leur santé → Une prise de conscience progressive de la population et notamment des personnes issues de la génération « baby-boom » âgées aujourd'hui de 56 à 74 ans Une solidarité intergénérationnelle et familiale forte → L'aide informelle au cœur de l'accompagnement des seniors et recohébergement partielle des enfants aux âges avancés → Mais un affaiblissement attendu de cette aide dans les années à venir	Une espérance de vie à la naissance relativement faible → L'espérance de vie à la naissance des femmes s'élevait à 84,7 ans en Martinique contre 85,3 ans en France en 2018 → L'espérance de vie à la naissance des hommes s'élevait à 78,6 ans en Martinique contre 79,4 ans en France en 2018 Une mortalité prématurée standardisée relativement élevée et en progression depuis 2015 → La mortalité prématurée standardisée des personnes âgées de moins de 65 ans atteignait 2 pour 1 000 individus en Martinique contre 1,8 en France en 2018 Des risques liés à la situation géographique → L'insularité comme obstacle à l'accès à des filières de prise en charge spécialisées (taille critique insuffisante) → Un climat qui favorise certaines maladies et leur vecteur (aggravation des maladies respiratoires, maladies tropicales comme les teignes ou le chikungunya) et accroît la vulnérabilité des personnes âgées (chaleur) → L'impact (cancers, allergies, infections...) de certains facteurs pathogènes liés à l'environnement et au cadre de vie sur la santé (agriculture intensive et utilisation du chlordécone, déchets, insalubrité des logements, etc.) Une partie importante de la population confrontée à la précarité économique → Un taux de pauvreté qui s'élevait à 29,8% en 2018 en Martinique contre 14,6% en France hexagonale Une prévalence forte de l'obésité et de ses conséquences sur les maladies chroniques → 34% des Martiniquais âgés de 15 à 75 ans étaient en sur-poids et 17% obèses en 2014 contre respectivement 29% et 12% pour la France hexagonale → Un impact fort sur la prévalence des ALD relatives au diabète, à l'hypertension artérielle ou à l'insuffisance rénale chronique Des difficultés d'appropriation et d'adoption de comportements favorables à la santé → Exemple des mauvais comportements et pratiques bucco-dentaires ou nutritionnels Une progression continue du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie ou dépendantes → De 22 437 en 2020 à 30 517 en 2030 Des enjeux liés aux addictions → Fréquence de consommation d'alcool élevée et consommation importante de crack et de cannabis

Sources : ARS Martinique, COS PRS 2 (2018-2027), INSEE, État civil, estimations de population 2018, Projections séries 2013-2050, Enquête VQS 2014, Enquête Baromètre santé DOM 2014, Inpes, Fichier localisé social et fiscal (Filosophi) 2018

La Martinique, une transition démographique sans précédent, un intérêt à agir collectivement

ANNEXE 7 : DIAGRAMME DE GANTT DE REALISATION DU PROJET CENTRE DE RESSOURCES TERRITORIAL

ETAPES	2023	2024												2025											
	DEC	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Publication de l'AAP ARS																									
Constitution du Groupe de travail de réponse à l'AAP ARS																									
Réunion des groupes de travail																									
Identifier les acteurs du territoire																									
Constituer le dossier de réponse à l'AAP ARS																									
Reponse de l'ARS																									
Reunion COFIL																									
Communication interne et externe sur le projet																									
Réunions de travail avec les partenaires extérieurs																									
Recrutement de l'équipe CRT																									
Elaborer les Projets d'accompagnements Personnalisés																									
Déterminer la file active																									
Organiser l'équipe du CRT																									
Visites des domiciles																									
Ouverture du CRT																									
Mise en œuvre des fiches actions (en projets)																									
Essais des projets technologiques																									
Mise en œuvre de la démarche qualité																									
Reunions groupe analyse des pratiques																									
Evaluation du projet et réajustements																									

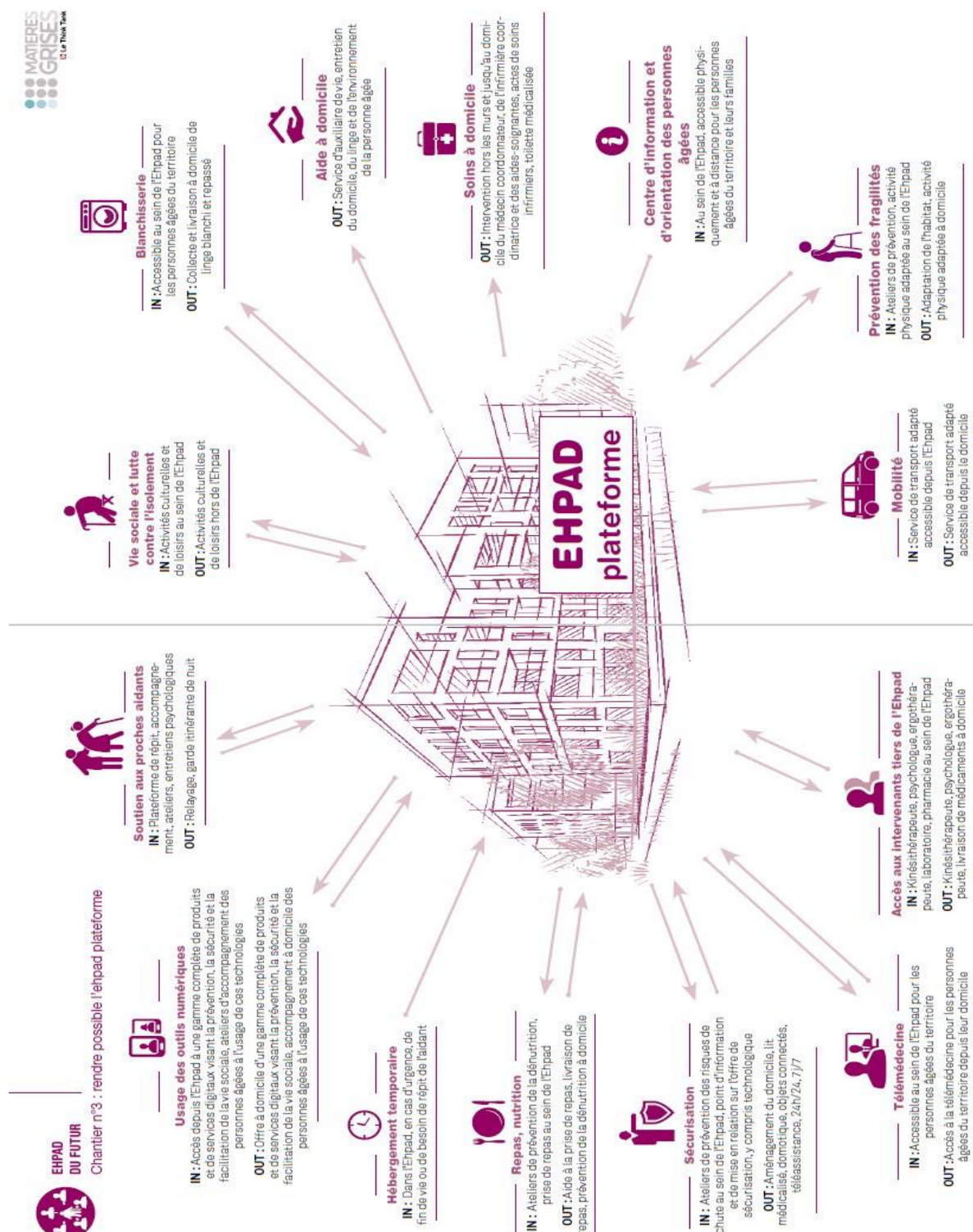
ANNEXE 8 : COPIL DU PROJET CENTRE DE RESSOURCES

TERRITORIAL

	ACTEURS	FONCTION	INTERET	CRITERES DE CHOIX
	Mr S.	Directeur	Pilote et garant du projet	Définition stratégique de l'orientation de l'EHPAD
PARTENAIRES EXTERIEURS-MARGINAUX SECANTS	Mr L.	Membre du Conseil d'administration	Relayer les informations au sein du C.A	Retraité élu au sein de la Ville ayant une grande connaissance des enjeux du territoire
	Mme C.	Référente usager sur le territoire	Représentante des usagers	Garantir les droits des usagers
	Mme G.	Directrice du DAC	Partenaire technique	Connaissance des acteurs en santé du territoire
	Mme R.	Directrice du CCAS de Rivière salée	Représentante des familles au CVS	Mobiliser les familles + Répondre aux besoins du bassin de vie
	Mme T.	Présidente de l'association des aidants du François	Représentante des aidants familiaux	Mobiliser et informer les aidants + faire remonter les besoins des familles
ACTEURS INTERNES	Mme V.	Coordinatrice du pole maintien à domicile	Missionnée sur le CRT	Déployer le CRT sur le territoire
	Mme A.	Cadre de santé- Référent de l'organisation du travail	Animatrice de groupe de travail	Amélioration des conditions de prise en charge + conditions de travail du personnel
	Dr B.	Médecin coordonnateur	Référent Médical	Amélioration de la prestation médicale
	Mme G.	IDE-Secrétaire du CSE	Représentante du personnel	Relayer les besoins et attentes du personnel
	Mme P.	Référente du SSIAD	Représentante des IDE libérales	Mobiliser les professionnels libéraux
	Mme E	Psychologue	Représentante des professionnels paramédicaux	Mobiliser les professionnels paramédicaux
	Mr G.	Responsable RH	Référente technique RH	Garantir les conditions de travail du personnel+ droits

ANNEXE 9 : SCHEMA DE L'EHPAD PLATEFORME

Extrait de l'étude " L'EHPAD du futur commence aujourd'hui"- Luc BROUSSY-Jérôme GUEDJ-Matières Grises-Mai 2021



ANNEXE 10 : EXTRAIT ARTICLE "EVALUATIONS ANTICIPEES AU LOGIS SAINT-JEAN"

Extrait du site: <https://rci.fm/martinique/infos/Sante/EHPAD-Des-evaluations-anticipees-pour-une-meilleure-prise-en-charge-des-residents>

EHPAD : Des évaluations anticipées pour une meilleure prise en charge des résidents

Par RCI Web et Clara Vincent 24/08/2024 - 08:00 • Mis à jour le 24/08/2024 - 08:39

Cela fait plus d'un mois que l'expérimentation d'évaluations anticipées dans les EHPAD a été lancée. Portée par l'Agence régionale de santé de Martinique, l'Hospitalisation à domicile Clinique de la Tour et les EHPAD du sud, cette expérimentation vise à mettre en place l'hospitalisation à domicile.

Partager l'article sur :



Depuis juillet dernier, des évaluations anticipées ont été lancées dans les EHPAD en Martinique. L'expérimentation a démarré dans le sud, avec le Logis Saint-Jean à Rivière-Salée.

Ce projet est porté par l'Agence régionale de santé de Martinique, l'Hospitalisation à domicile Clinique de la Tour et les EHPAD du sud.

« Anticiper au maximum »

Pour **Cécile Maréchal, directrice déléguée à l'offre de soins à l'ARS Martinique**, l'intérêt des évaluations anticipées en EHPAD réside dans le fait que « cela permet d'éviter des prises en charge un peu trop tardives et des transferts en service d'urgence pour les résidents »

L'objectif, avec ces évaluations anticipées, c'est de pouvoir définir un protocole de soins qui va permettre de prendre en charge le résident au sein de l'EHPAD avec l'appui des professionnels. Ainsi, ça permettra au résident de continuer sa prise en charge dans l'EHPAD et d'éviter de se retrouver en hospitalisation avec hébergement ou aux urgences

Ce projet qui a démarré il y a plusieurs années dans le cadre de la consultation nationale sur la refondation qui avait été lancée par Emmanuel Macron, explique **Nathalie Battisti, directrice d'exploitation de la Clinique de la tour**.

L'idée, c'était de pouvoir anticiper au maximum les problématiques que ces personnes pouvaient rencontrer pour pouvoir se mettre en place rapidement, apporter une solution rapide et éviter le passage aux urgences de la personne âgée pour laquelle on sait que ça pose toujours un problème

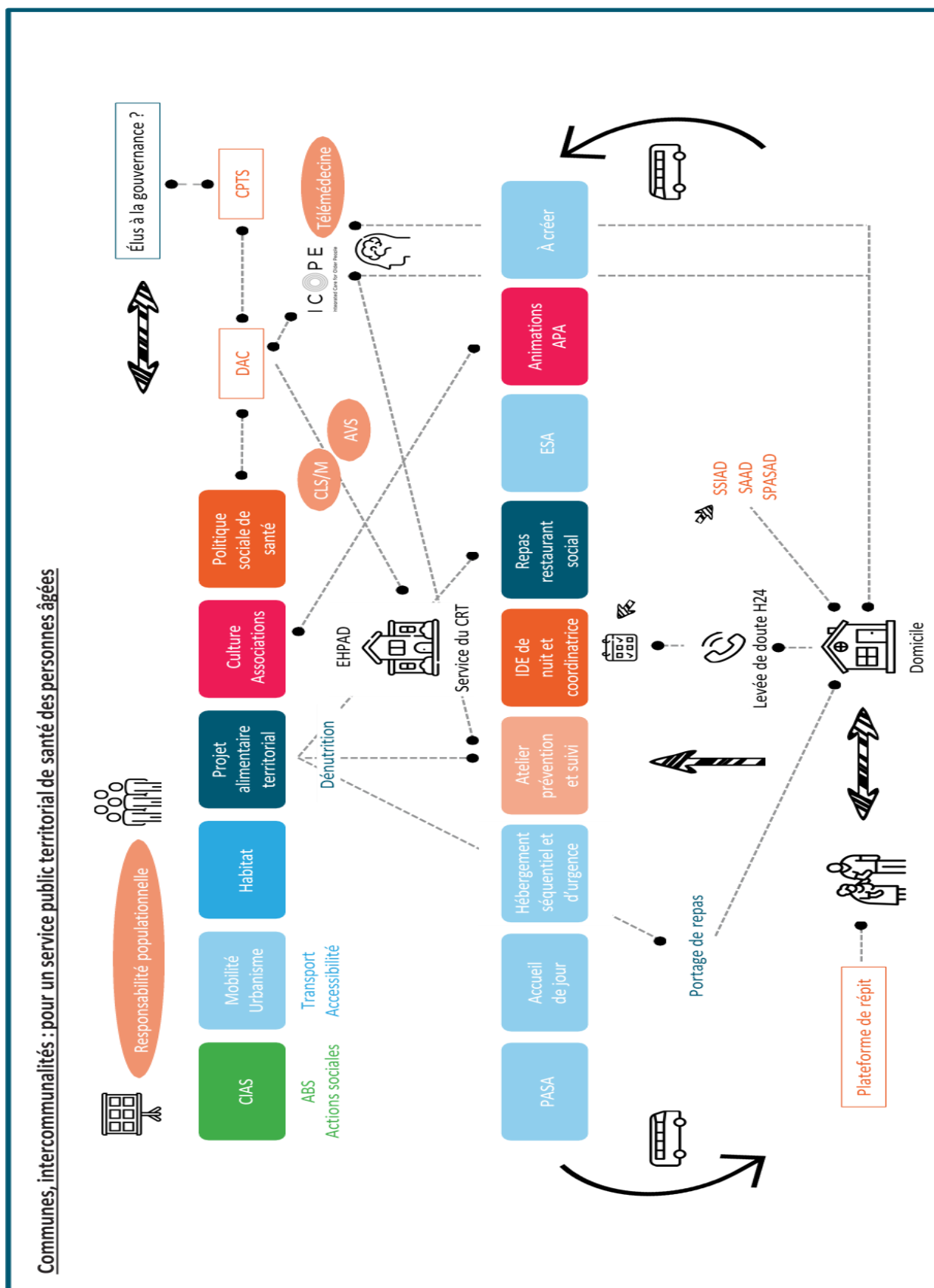
Des objectifs sur le long terme

Les objectifs sont plutôt à voir sur le long terme selon **Amed Diakité, médecin chef de service à la Clinique de la tour**.

Il ne s'agit pas juste de faire des soins libéraux, mais d'amener une façon de travailler qu'on trouve habituellement dans des établissements. C'est vraiment la spécificité de l'hospitalisation à domicile.

Après le Logis de Saint-Jean, les évaluations anticipées vont se poursuivre au mois d'août à l'EHPAD les Gliricidias du François. L'expérimentation doit durer un an dans 7 EHPAD du sud de l'île. Si le bilan est positif, elle pourrait s'étendre sur l'ensemble du territoire

ANNEXE 11 : SCHEMA CIBLE "POUR UN SERVICE PUBLIC TERRITORIAL DE SANTE DES PERSONNES AGEES"



ANNEXE 12: PLAN DE FINANCEMENT DU PROJET CENTRE DE RESSOURCES TERRITORIAL

a) EVALUATION FINANCIERE DES DIFFERENTS POSTES

	Quantité (A)	Temps de travail (B)	Salaire brut mensuel ©	Total annuel (AxBxC)	OBSERVATIONS
Direction	1	0,1	5800	6 960,00	Cout annuel évalué selon la convention collective du 31 Octobre 1951 à laquelle adhère l'EHPAD. Le total annuel englobe le montant chargé des salaires y compris les charges sociales de 30%
Coordonnatrice	1	0,5	4100	24 600,00	
Médecin coordonnateur	1	0,2	6400	15 360,00	
Ergothérapeute	1	0,6	3640	26 208,00	
Psychologue	1	0,6	3650	26 280,00	
Diététicien	1	0,2	2860	6 864,00	
Assistante sociale	1	0,5	2850	17 100,00	
Animatrice	1	0,3	2600	9 360,00	
AS	2	1	3250	78 000,00	
IDE	1	1	3640	43 680,00	
Assistant RH	1	0,3	2600	9 360,00	
Comptable	1	0,2	2990	7 176,00	
Intervenant extérieur SI	1	1	1000	12 000,00	Contractualisation de l'intervention avec une entreprise extérieure
Plan de formation	1	1	1000	12 000,00	Plan de formation annualisé et mutualisé avec les autres dispositifs
Intervenants extérieurs	1	1	2000	24 000,00	Facturation des interventions des professionnels extérieurs
TOTAL 1				318 948,00	

	Montant	Nombre		TOTAL	
Programme animation	1030	12		12 360,00	Animations annuelles sur la base d'un budget prévisionnel de 1000€ mensuel
Ateliers thérapeutiques	200	36		7 200,00	Ateliers thérapeutiques prévoyant le cout de l'organisation administrative, technique et logistique
Amortissements aménagement des locaux	4000	1		4 000,00	Aménagement de 2 salles dédiées au CRT-20 000€ de dépenses prévues avec un amortissement sur 5 ans
Amortissements flotte véhicule	11000	1		11 000,00	Acquisition d'un véhicule aménagé type TPMR de 35 000€ + une voiture de service de 20 000€ amortissables sur 5 ans
Licence informatique	3000	1		3 000,00	Amortissement des licences sur 5 ans sur la base d'une acquisition de 15 000€
Charges de fonctionnement Equipement personnel-	2000	1		2 000,00	Equipement de protection individuelle +
Amortissement matériel (Salle télémedecine médicalisée)	39 200	1		40 000,00	Acquisition de matériel et d'équipement de la salle de télémedecine et de tablettes individuelles pour un cout de 200 000€ amortissables sur 5 ans
Achats fournitures administratives	1492	1		1 492,00	Achats diverses de fournitures administratives
TOTAL 2				81 052,00	

b) BUDGET PREVISIONNEL

PRESENTATION DES CHARGES			PRESENTATION DES PRODUITS		
GROUPE I : CHARGES AFFERENTES A L'EXPLOITATION COURANTE		MONTANT	GROUPE I : PRODUITS DE LA TARIFICATION		MONTANT
60	Achats et variation de stocks	3 492,00 €			
SERVICES EXTERIEURS					
6112	Sous-traitance : prestations à caractère médico-social	24 000,00 €		Produits à la charge de l'assurance maladie	400 000,00 €
AUTRES SERVICES EXTERIEURS				Produits à la charge de l'Etat	
				Produits à la charge du département (hors EHPAD)	
628	Prestations de services à caractère non médical	19 560,00 €		Dont produits à la charge de l'assurance maladie	
	TOTAL GROUPE I	47 052,00 €		Dont produits à la charge du département	
GROUPE II : CHARGES AFFERENTES AU PERSONNEL		MONTANT		Dont produits à la charge de l'usager	
622	Rémunérations d'intermédiaires et honoraires			TOTAL GROUPE I	400 000,00 €
631	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (administration des impôts)	81 284,40 €			
633	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (autres organismes)	12 000,00 €			
641	Rémunérations du personnel non médical	189 663,60 €			
	TOTAL GROUPE II	282 948,00 €			
GROUPE III : CHARGES AFFERENTES A LA STRUCTURE		MONTANT	GROUPE II : AUTRES PRODUITS RELATIFS A L'EXPLOITATION		MONTANT
				-	
			7328	Autres participations forfaitaires des usagers	
				TOTAL GROUPE II	0,00 €
			GROUPE III : PRODUITS FINANCIERS ET PRODUITS NON ENCAISSABLES		MONTANT
			76	Produits financiers	
			PRODUITS EXCEPTIONNELS		
				Dont reprises sur provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations	
			78742		
651	Redevances pour concessions, brevets, licences, marques, procédés, droits et valeurs similaires	12 000,00 €	79	Transferts de charges	
653	Contribution versée au groupement hospitalier de territoire				
654	Pertes sur créances irrécouvrables				
657	Subventions				
				TOTAL GROUPE III	0,00 €

658	Charges diverses de gestion courante		TOTAL DES PRODUITS	400 000,00 €
CHARGES FINANCIERES				
66	Charges financières		DEFICIT PREVISIONNEL	0,00 €
CHARGES EXCEPTIONNELLES				
671	Charges exceptionnelles sur opérations de gestion		TOTAL EQUILIBRE DU COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL ANNEXE	400 000,00 €
672	Charges sur exercices antérieurs			
678	Autres charges exceptionnelles			
DOTATIONS AUX AMORTISSEMENTS, AUX DEPRECIATIONS, AUX PROVISIONS ET ENGAGEMENTS				
6811	Dotations aux amortissements des immobilisations incorporelles et corporelles	58 000,00 €		
6812	Dotations aux amortissements des charges d'exploitation à répartir			
6815	Dotations aux provisions pour risques et charges d'exploitation			
	TOTAL GROUPE III	70 000,00 €		
	TOTAL DES CHARGES	400 000,00 €		
	EXCEDENT PREVISIONNEL	0,00 €		
	TOTAL EQUILIBRE DU COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL ANNEXE	400 000,00 €		

MATHIEU	Eric	NOVEMBRE 2024
Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS PARMENTIER		
DEVELOPPER UNE STRATEGIE DE MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES SUR UN TERRITOIRE EN TRANSITION DEMOGRAPHIQUE CREER ET DEVELOPPER UN CENTRE DE RESSOURCES TERRITORIAL ADOSSE A UN EHPAD EN MARTINIQUE		
Résumé : L'ensemble des politiques publiques Nationales et Européennes liées au vieillissement de la population, se dirigent aujourd'hui vers le maintien à domicile de ce public. Néanmoins, malgré l'engagement de différents acteurs dans cette lutte contre la perte d'autonomie, le système montre ses limites. C'est le cas notamment de la Martinique, qui fait face à une vague de transition démographique et de vieillissement de sa population. L'EHPAD Logis Saint-Jean, confronté à ce phénomène, a saisi l'opportunité d'un appel à projet lancé par l'ARS pour construire et développer un Centre de Ressources Territorial ayant pour ambition de répondre aux besoins et attentes des personnes âgées de ce territoire. En s'appuyant sur ses équipes et l'ensemble des dispositifs développés, l'EHPAD construit sa réponse à partir du maillage des acteurs du territoire dans une dynamique de co-construction. Cette transformation de l'offre vise à coordonner les différents partenaires autour de l'accompagnement de la personne âgée et de ses aidants en soutien du domicile.		
Mots clés : CO-CONSTRUCTION-PARCOURS-PREVENTION-PERTE D'AUTONOMIE- TERRITOIRE-MAINTIEN A DOMICILE-MUTUALISER-MARTINIQUE		