

Retour d'Expériences sur l'accompagnement aux structures handicap d'Ile de France au cours de la crise sanitaire COVID 19 par l'équipe de la STARAQS

(RETEX COVID)

C'est la première fois que nous sommes collectivement confrontés à un évènement qui impacte de la même manière et dans la même temporalité tous les secteurs de santé que ce soient les établissements sanitaires, les établissements médico-sociaux, aussi bien ceux accueillant des personnes âgées que ceux accueillant des personnes en situation de handicap, sans oublier le secteur des soins primaires et ceci sur l'ensemble du territoire national, même si certaines régions ont été plus impactées que d'autres.

Cette situation inédite de crise sanitaire « au long cours » a permis à chacun des acteurs de santé de mettre en lumière des forces et des faiblesses et d'en tirer des enseignements.

Basée sur l'accompagnement à l'analyse des Evénements Indésirables Graves aux Soins ainsi que sur les nombreux appuis réalisés auprès des directions des établissements accueillant des personnes en situation de handicap, la STARAQS a réalisé une analyse qualitative de cette crise sanitaire en matière de :

- Culture sécurité,
- Appropriation des recommandations et bonnes pratiques,
- Pratiques managériales,
- Capacité à faire face à la crise,
- Prise en charge des résidents,
- Collaboration territoriale.

1 - La Culture sécurité

▶ La démarche qualité et sécurité

Elle s'est installée très progressivement, dans le cadre de l'évaluation externe. Un certain nombre de structures en particulier les petites structures ne disposaient pas de politique qualité sécurité avant la crise, mais des politiques davantage orientées vers l'accompagnement et la démarche éducative. Avec la contamination par le coronavirus, les structures ont pris conscience de l'existence du risque sanitaire et de la nécessité d'une démarche orientée vers la sécurité des prises en charge (risque infectieux, hygiène, isolement, médicament...).

▶ **Le signalement et l'analyse des événements indésirables**

Cette culture était peu développée avant la crise : peu ou pas de sensibilisation à la détection des EI, peu ou pas d'utilisation de méthode d'analyse approfondie des causes. La culture positive de l'erreur n'était pas une pratique habituelle.

L'arrivée de l'épidémie a sensibilisé les professionnels à la notion d'événement grave et à son caractère inévitable ou probablement inévitable, ainsi qu'à la déclaration notamment par le fait de renseigner chaque jour les indicateurs destinés aux directions départementales.

L'analyse des causes des EIGS a mis en évidence :

- Des ressources insuffisantes en effectifs et en compétences pour évaluer correctement les risques (chutes, dénutrition, fausses routes, ...) et pour assurer la vigilance dans les prises en charge. L'analyse systémique est peu réalisée
- Des retards de prise en charge médicale et thérapeutique
- Des process non maîtrisés (circuit du médicament par exemple)
- Un manque de communication entre les professionnels générant des retards dans le signalement des aggravations de l'état clinique des patients
- Des situations de maltraitance institutionnelle sous-jacentes et peu conscientisées
- Des situations conflictuelles entre le personnel et le management dans certains cas.

▶ **La réponse non punitive à l'erreur**

Depuis l'arrivée de cette crise, les notions d'événement indésirable et d'erreur ont été mieux identifiées et davantage discutées en équipe.

La réflexion s'est engagée également sur les notions de faute et d'erreur et ces concepts semblent devenus moins ambigus pour certains directeurs. La culture positive de l'erreur, principe clé du développement de la culture sécurité, se développe ainsi progressivement auprès des managers du secteur du handicap. Elle s'est ainsi traduite concrètement par une augmentation du nombre d'EIGS et d'EIAS déclarés et par la participation de directeurs à la formation sur les EIGS / Handicap organisée par la STARAQS.

▶ **Les actions de la direction et de l'encadrement concernant la sécurité des soins**

Dans l'ensemble, la situation de crise a rapproché les directeurs et l'encadrement des professionnels du terrain autour de la sécurité des prises en charge. Même si des tensions sont apparues ou ont été exacerbées, les différents partenaires se sont accordés sur les priorités en termes de sécurité sanitaire. Cependant, on a noté que dans des contextes de rachat de structures avec des mouvements importants des organigrammes, les professionnels du terrain estimaient que les mesures imposées étaient difficilement applicables.

▶ **Les structures se sont mises en « organisation apprenante »**

Cette situation épidémique a été nouvelle pour tous les professionnels. Il n'y avait pas de « sachants » sur le terrain d'où la nécessité d'une mobilisation de tous les professionnels, quel que soit leurs statuts. Chacun dans son domaine a été associé à cette démarche auto-apprenante : toutes les initiatives étaient les bienvenues, l'information a bien circulé afin d'apporter des améliorations et s'adapter aux changements le plus souvent très rapidement nécessaires et profonds.

A titre d'illustration : les modalités d'intervention de certains professionnels ont été modifiées pour continuer d'apporter une réponse aux besoins des résidents. Ainsi par exemple, pendant la première vague, certains professionnels se sont rendus au domicile des résidents habituellement suivis en structure.

▶ **Le travail en équipe**

Au sein des structures : les équipes qui ont surmonté ces différentes vagues de l'épidémie sont celles qui ont fait preuve de solidarité, de soutien mutuel et qui ont su valoriser tous les personnels même ceux qui habituellement le sont moins comme par exemple, le personnel de nettoyage, les professionnels en charge de la logistique, les transporteurs...

La période de crise a été une opportunité pour certaines équipes de s'interroger sur leur fonctionnement en équipe et ainsi de répondre aux enjeux de sécurité des soins et d'accompagnement des résidents.

Le travail en équipe a été rendu plus difficile dans les équipes fragilisées par des tensions pré-existantes et/ ou confrontées à des dysfonctionnements dans les organisations et les modes de communication.

Le travail d'équipe entre les services de l'établissement s'en est trouvé également modifié, obligeant à créer de nouveaux modes de collaboration, de communication, d'échanges...

Les équipes ont dû s'adapter et renforcer leur travail en équipe, notamment lors de la création d'unité Covid et de la ré-organisation des accueils selon les services (IME, internat...)

▶ **La liberté d'expression**

La crise sanitaire a été une opportunité pour les professionnels de prendre la parole, de s'exprimer, de questionner la hiérarchie, favorisant le rattrapage des erreurs potentielles. La liberté d'expression a également permis aux soignants et aux directions d'exprimer leur épuisement, leur anxiété ou parfois un sentiment d'incompréhension, de colère.

La liberté d'expression s'est également manifestée dans les médias mettant en lumière des professionnels habituellement peu valorisés.

▶ **Les ressources humaines**

Les structures ont rencontré de nombreux moments de tension. Les difficultés en ressources humaines nécessitant des modes dégradés ont fragilisé la sécurité des soins au-delà de la première vague.

Les points de difficulté :

- L'absence de professionnels à des postes clés comme celui de directeurs, de médecins coordonnateurs, de médecins généralistes, de cadres de santé, de référents d'encadrement : postes souvent non remplacés
- Le recours fréquent aux vacataires et le turn-over des infirmier(e)s, aides soignant(e)
- L'absence de ressources dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques
- Des temps de convivialité perdus entre les professionnels ayant un fort impact psychologique
- Une réticence des professionnels à la vaccination
- L'impact de la crise sur la santé au travail : impact psychologique, impact physique, freins au dépistage et à la vaccination.

En points positifs, on peut noter que :

- Le recours aux vacataires sur la plateforme Ressources Humaines « renfort COVID » de l'ARS a été très apprécié du fait d'une réponse opérationnelle rapide pour gérer l'absence de personnels.
- Malgré les effectifs souvent au minimum, les soignants ont assuré au mieux la réorganisation des prises en charge, développé leur solidarité, mobilisant leur créativité pour accompagner au mieux au quotidien les résidents et leurs proches. Leur vision de l'accompagnement, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des résidents s'est transformée.

▶ **Le soutien du management pour la sécurité des soins**

Certains directeurs ont pris conscience de l'importance du nécessaire travail de collaboration, que ce soit avec les médecins coordonnateurs, les chefs de service éducatif, l'encadrement de proximité et même de s'appuyer sur des professionnels ayant une activité transversale comme les psychologues, les psychomotriciens, les ergothérapeutes... pour la sécurité des prises en charge des résidents.

En parallèle, les directeurs ont dû également assurer la sécurité de leur personnel face au risque de contamination.

Dans les établissements où existaient précédemment des fragilités du management, ceux-ci ont été vite confrontés à des situations difficilement gérables. Les appuis proposés par les délégations départementales et les différentes structures (CPIAS, CREAI, STARAQS...) ont été très bénéfiques.

2 – L'appropriation des Bonnes Pratiques par les professionnels

Face à cette situation d'urgence et inédite et compte tenu du manque d'expérience des équipes sur les pratiques d'hygiène, de soins, la mise en isolement... les équipes se sont senties désemparées.

Elles ont exprimé le besoin d'être (ré)assurées, d'avoir des conseils, de disposer de « conduites à tenir » opérationnelles pour respecter les mesures barrières, gérer le confinement, le déconfinement, les dépistages, les vaccinations.

Lors de la première vague, les équipes ont fait face à une explosion de recommandations provenant de deux ministères (santé et éducation nationale), des sociétés savantes, des agences de santé, pas toujours dans la même temporalité et parfois contradictoires. Elles étaient confrontées à un manque de temps et de disponibilité pour en prendre seulement connaissance, les comprendre, suivre les alertes MARS et les discours très médiatisés. La prise de connaissance et la compréhension des différents supports était très chronophage et à l'origine actuelle d'une lassitude des directions et des soignantes.

Les doctrines ont été considérées comme des documents très aidants mais dont l'arrivée a été jugée tardive. L'appui du CPIAS (interventions, conseils, documents...) a permis une grande avancée dans l'appropriation des bonnes pratiques en hygiène ; « le COVID a appris à se laver les mains ». Par ailleurs, les webinaires (de la STARAQS) sur le confinement, le déconfinement, la mise en place d'une unité Covid, les vaccinations ont été jugées très utiles de par leur format adapté à cette situation de crise avec la possibilité de visionner les replays à sa convenance et de disposer des supports de présentation.

Globalement, nous avons noté une assez bonne acceptation des changements rapides dans les recommandations : peu de plaintes. L'acquisition expresse des notions d'hygiène et de mise en confinement a permis aux professionnels de les transmettre aux résidents et aux familles en associant parfois ces dernières au cœur de la prise en charge de certaines personnes particulièrement vulnérables ou peu/non communicantes.

Schématiquement : on peut observer plusieurs étapes :

- La première vague, avec la découverte des Bonnes pratiques et leurs apprentissages
- La seconde vague : l'appropriation de ces bonnes pratiques et la prise de conscience de l'utilité des protocoles adaptés aux spécificités des structures et services
- La troisième vague : on observe une lassitude des professionnels avec une difficulté à maintenir ces bonnes pratiques, une tendance à les banaliser, notamment avec l'arrivée des dépistages et des vaccinations. On observe parfois une démotivation et une perte de sens chez certains professionnels notamment quand les résidents ne peuvent pas appliquer les précautions (port de masque chez psychotiques, autistes, enfants...). Cette impression est encore plus forte chez les professionnels ayant été contaminés par le Covid.

3 – Les pratiques managériales

Face à cette crise, les pratiques managériales ont été mises en exergue. Dans certaines situations, ce sont des carences managériales qui ont été identifiées mais dans la majorité des situations, cette crise a été une opportunité pour inventer d'autres pratiques managériales au bénéfice de nouvelles formes de collaboration qui ont été adoptées, davantage de confiance dans les relations, l'importance de trouver ensemble des solutions pour gérer à la fois les accompagnements des résidents et « prendre soin » des professionnels.

Les prises de décision ont été complexes, soulevant de nombreuses questions éthiques en particulier pendant la première vague. Les choix se sont appuyés sur une analyse de la balance bénéfices / risques : entre sécurité sanitaire et prise en compte des besoins psychologiques des résidents avec un fort impact psychologique chez les professionnels et bien évidemment sur les des familles (par exemple : isolement imposé de 10 jours chez des personnes non communicantes, déambulantes). Ces décisions allaient à l'encontre des pratiques habituelles des équipes. Elles ont été parfois prises sans concertation avec les proches générant incompréhension et tensions.

L'émergence des nouveaux modes de communication grâce au digital a permis que certaines décisions soient mieux acceptées par les familles et de maintenir les liens avec leurs proches. Plus largement, la crise sanitaire a accéléré l'adoption de ces outils digitaux qui a fait gagner du temps et de l'efficacité dans la communication permettant ainsi de mieux se centrer sur les priorités.

On peut penser à ce jour que les pratiques managériales, la vision sécuritaire et la réflexion éthique des directeurs ont évolué.

4 - Capacité à faire face à la crise

▶ La cellule de crise :

La cellule de crise a été ressentie comme un élément facilitateur pour la coordination du management, la circulation de l'information en temps réel et la prise de décision partagée et acceptée.

Sa mise en place a été facilitée par la parution de la doctrine et le webinaire l'accompagnant mais a cependant nécessité un temps d'appropriation de ce mode de management collectif. Un mode de coordination où étaient associés la direction avec ses responsabilités, le médecin coordonnateur ou le

cadre de santé pour les contraintes de sécurité sanitaire et le chef de service éducation pour la partie éducative et globale de la population accueillie.

Les méthodes et outils reçus initialement pour définir le rôle et le fonctionnement de cette cellule de crise ont permis une gestion avec une anticipation des problèmes et des risques encourus dans les domaines structurels de la vie de l'établissement. La difficulté de sa réactivation dans certaines structures, aussi bien dans la continuité de la crise ou lors de la troisième phase, a montré que son positionnement dans l'organisation du management n'était pas totalement maîtrisé et restait une interrogation pour certains.

La dynamique d'une ouverture extérieure de la structure, à la recherche de solutions a permis de sécuriser la prise en charge des résidents, à travers des ressources externes humaines et matérielles disponibles adaptées au type de population accueillie dans son environnement proche.

▶ **Des professionnels qui se révèlent**

Pour résoudre les difficultés rencontrées face à la crise : la découverte des capacités et des compétences de certains professionnels de terrain proposant et trouvant des solutions dans le respect du rôle de chacun.

▶ **Le rôle du Conseil de Vie Sociale**

Selon les structures, le CVS n'a pas toujours été sollicité initialement, mais de manière générale, sa représentation au niveau de la cellule de crise s'est faite progressivement.

Les ressources que pouvaient apporter certains membres du CVS aussi bien dans les relations avec les personnes accompagnées, que dans l'apport de moyens extérieurs de par leur implication dans la vie sociétale et associative de l'environnement de la structure, ont ainsi été mobilisées dans de nombreuses cellules de crise.

Au total :

Une montée en compétence du management et de l'organisation de la structure par l'apport de l'utilisation de toutes ses ressources humaines internes dans une organisation participative.

5 - La prise en charge des résidents

La difficulté à faire respecter les consignes des gestes barrières et des restrictions de déplacement pour certaines populations accueillies avec les contraintes données par les institutions et les demandes des projets des familles.

L'organisation du collectif a mis à mal les consignes de prévention et de protection et rendu particulièrement difficile par le manque de matériel de protection aussi bien pour les résidents que pour les professionnels au moins à la phase initiale de la crise.

L'importance d'une approche éthique individuelle pour toute décision prise avec la demande de mise en place d'un questionnement éthique interne sans que les professionnels ne soient formés ou sensibilisés à cette approche

De nombreux directeurs et les professionnels de terrain ont été tiraillés entre les règles imposées et leur éthiques professionnelles avec la perception de maltraitance devant les situations individuelles et collectives complexes rencontrés.

Le soutien des structures éthiques régionales a été fortement sollicité suite à la première vague et aux mesures restrictives mises en place pour la liberté d'aller et venir.

La dégradation physique et psychologique d'un certain nombre de résidents a entraîné auprès des professionnels une certaine remise en cause de la qualité de leur accompagnement et du sens de leur mission.

La confiance des familles a été mis à mal par l'éloignement imposé et par les messages relayés par les médias. L'utilisation des outils digitaux pour garder le contact entre les personnes accueillies et leurs proches a mis du temps à se mettre en place mais a finalement été un vecteur de communication efficient.

La fermeture des externats a conduit à un hébergement à domicile continu pour les résidents pris en charge habituellement en externat a nécessité une réorganisation complexe pour les structures et une forte mobilisation des familles facilitée par leur propre confinement.

Cependant, la précarité de certaines familles a été un frein à la poursuite des accompagnements à domicile par réticence à faire venir un professionnel dans leur domicile.

L'arrivée du déconfinement a soulevé de nombreuses interrogations sur les modalités de retour.

Le respect des précautions sanitaires pendant le transport est particulièrement difficile avec un risque de contamination important.

6 - Les collaborations territoriales

Elles ont été marquées par une meilleure connaissance des compétences, expertises et ressources que peuvent apporter les Structures Régionales d'Appui (CPias, STARAQS, OMEDIT) et les réseaux de soutien dans le cadre des pathologies présentées par les résidents (Neuro COVID, soins palliatifs, HAD, Pôles de compétences et de prestations externalisées, etc).

La mise à disposition d'organisation collective d'hébergement COVID + facilitant l'organisation interne des structures et la mise en place par l'ARS de la plate-forme renfort COVID et de la plate-forme d'appui psychologique ont été des points appréciés par les structures qui leur facilitaient la gestion quotidienne.

Il en est de même

- de l'existence de nouvelles collaborations avec des acteurs de la société privée (entreprise, particulier, etc.) ou publique (mairie, CCAS, etc.) jusque-là non concernés par la vie des structures (ressources matérielles, dons, nourriture, etc.)
- du renforcement des liens avec les structures conventionnées (établissement public de santé par exemple) dont l'utilisation jusqu'alors étaient inexistantes ou difficiles à rendre opérationnel
- du renforcement de la communication à travers des réseaux sociaux de professionnel(le)s avec le partage d'informations et de ressources humaines et matérielles
- et du développement d'outils d'information digitaux avec visioconférence (téléconsultation, téléexpertise, Webinaire, etc.).

Les difficultés rencontrées ont été dominées par les contraintes de remplissage de base de données (indicateurs) administratives quotidiennes voir pluri quotidiennes avec une interrogation sur leur utilité et sans retour de la part des structures d'enregistrement avec des outils non adaptés (tableau Excel répétitif / des plates-formes digitales). L'indisponibilité de certaines structures administratives (CPAM, tribunal, etc.) ont aussi étaient une gêne à la bonne gestion d la prise en charge de certains résidents

Au total, on peut souligner, la meilleure connaissance des compétences de l'expertise et des ressources disponibles pour accompagner les structures dans les situations complexes rencontrées et l'appropriation des outils digitaux visuels de communication et de partage d'information (visioconférence, télémedecine, Webinaire, plates-formes de rencontres professionnelles, etc...).