

Dispositifs d'aide et de soutien auprès des équipes

Etat des lieux 2017 auprès des établissements sociaux, médico-sociaux & sanitaires

Cette étude a été réalisée au cours de l'année 2017, avec l'appui de l'Institut Régional du Travail Social Normandie-Caen (IRTS).

CONTEXTE & OBJECTIFS

Dans le cadre du Projet Régional de Santé piloté par l'Agence régionale de Santé de Normandie (ARS), les actions visant à accompagner les personnes en grandes vulnérabilités sont une priorité.

Son application concrète via le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) permet d'orienter ces actions vers le soutien des équipes relais ou d'acteurs sociaux et médico-sociaux (fiche n°10 en annexes, page 15).

Ce dernier axe se donne l'objectif de « *développer des actions de soutien, de régulation, ou d'analyse de pratique pour les acteurs de première ligne et de prise en charge* ».

Dans une perspective de sensibilisation des directions d'établissements, il convenait au préalable de dresser l'état des lieux de tels dispositifs de soutien en Normandie, en mesurant notamment le nombre de dispositifs existants, le nombre de professionnels concernés, ou encore les effets des dispositifs pour ces derniers.

Mais de quels dispositifs parlons-nous ?

Dispositifs de soutien aux équipes

Plusieurs écoles de pensées, mais des repères possibles !

Co-supervision / intervision / partage d'expériences : « *L'intervision est un dispositif particulier de rencontres entre pairs fondée sur une réflexion collective sur les pratiques et les expériences professionnelles dans un regard croisé et bienveillant.* ». Cf site internet Fédération Française des Psychologues et de Psychologie – FFPP (2015)

Analyse de pratiques professionnelles : « *La notion d'analyse des pratiques (...) désigne une méthode de formation ou de perfectionnement fondée sur l'analyse d'expériences professionnelles, récentes ou en cours, présentées par leurs auteurs dans le cadre d'un groupe composé de personnes exerçant la même profession* ». Cf A. LEVY (2011). *Vocabulaire de psychosociologie*, Ed. ERES.

Supervision d'équipe : « *La supervision est un espace offert au salarié afin qu'il puisse réfléchir sur ce qu'il met en jeu en tant que personne dans sa pratique quotidienne auprès des usagers (...) c'est un espace où la personne va analyser les phénomènes transférentiels et contre-transférentiels dans le cadre de son activité professionnelle.* ». Cf A. BEAUR & S. VILA in *Lien social*, 704 (2004).

Accompagnement au changement : « *Accompagner au changement, c'est définir un dispositif méthodologique définissant les rôles et les niveaux d'implication des acteurs parties prenantes dans le processus de transformation.* » Cf J.-P. GIRARD, I. MERY & H. MOUNIR (2015). *Les chefs de service à l'épreuve du changement*, Ed. DUNOD.

Régulation d'équipe : « *La régulation d'équipe (...) a pour objet de restaurer les capacités de coopération entre les professionnels. (...) Dans le cadre d'une régulation d'équipe on voit donc que l'on part d'une situation de mésententes répétées, de difficultés de coopération entre certains membres d'une équipe, de conflits, de blocages voire d'incapacité de production.* ». Cf A. BEAUR & S. VILA in *Lien social*, 704 (2004).

Accompagnement à la fonction d'encadrement : « *visent le développement professionnel et personnel des directeurs par une réflexion sur la pratique, par la découverte et l'acquisition de nouvelles compétences, par l'amélioration d'aptitudes professionnelles. (...) le directeur apprend de ses pratiques, apprend de l'écoute des autres et co-construit de nouvelles façons de faire.* ». Cf J.-P. LEBRUN (2009). *Y a-t-il un directeur dans l'institution ?*, Ed. EHESP.

L'enquête

Dans la perspective d'ouvrir le dialogue avec les acteurs de terrain, en première ligne face à la précarité des personnes qu'ils accueillent, nous avons fait le choix d'une coopération en équipe pluridisciplinaire et interinstitutionnelle.

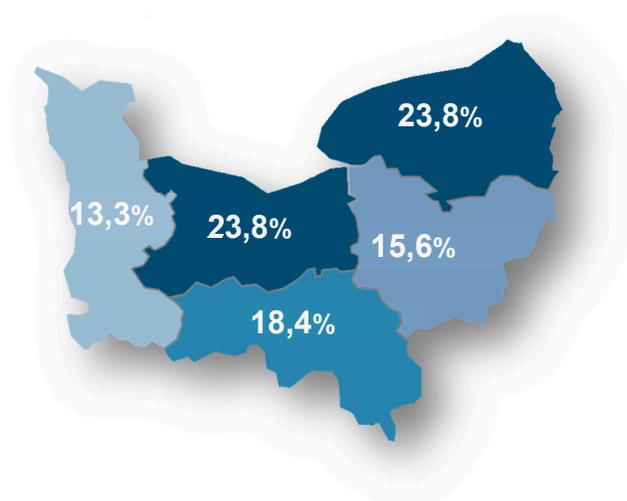
L'enquête a d'abord été conçue par des psychologues intervenant au titre de la conduite de dispositifs d'aide et de soutien aux équipes, formés à la psychologie clinique et/ou à la psychosociologie. Grâce aux réflexions issues de leurs expériences, ils ont retenu un ensemble d'indicateurs opératoires qu'ils estimaient incontournables dans la mise en œuvre et le maintien d'un dispositif d'aide et de soutien au sein d'une organisation de travail. Nous découvrirons ces indicateurs à la lecture des résultats.

L'enquête a ensuite été diffusée électroniquement par les services de l'ARS avec un choix d'échantillon élargi aux établissements sociaux, médico-sociaux et aux structures sanitaires et hospitalières de la Normandie. Au total, 1681 directions d'établissements ont été sollicitées par mail.

Les résultats de l'enquête ont ensuite été traités sur le plan statistique par un psychologue spécialisé dans la recherche, intégrant la même équipe que les concepteurs de l'enquête.

Les établissements participants

Sur 1681 directions d'établissements sollicitées, 15% d'entre eux ont répondu à l'enquête (256 réponses). La Seine-Maritime et le Calvados sont les deux départements comptant le plus de réponses, suivis par l'Orne puis l'Eure, et enfin la Manche.



Tous les tests statistiques indiquent que la situation géographique des établissements participants n'intervient pas dans les résultats obtenus. Ainsi, quel que soit le département, les réponses sont homogènes et proportionnelles, compte tenu des effectifs de départ. Nous pouvons supposer que les proportions observées sont le résultat de la répartition initiale des établissements sociaux, médico-sociaux, et sanitaires.

Les répondants à l'enquête

Les 256 établissements répondants sont représentés par 46 types d'établissement différents, avec en tête les EHPAD (64), les structures hospitalières (32), les SSIAD (16), les IME (14) les SESSAD (11), les ESAT (11) et les ITEP (10). La liste n'est pas exhaustive et vous en retrouverez le détail en annexes.

Au total, les structures accueillant des enfants représentent 9% des répondants (n=22) et celles accueillant des adolescents représentent 15% de l'effectif (n=15). La majeure partie des structures accueillent des adultes, soit 195 établissements (76% de l'effectif).

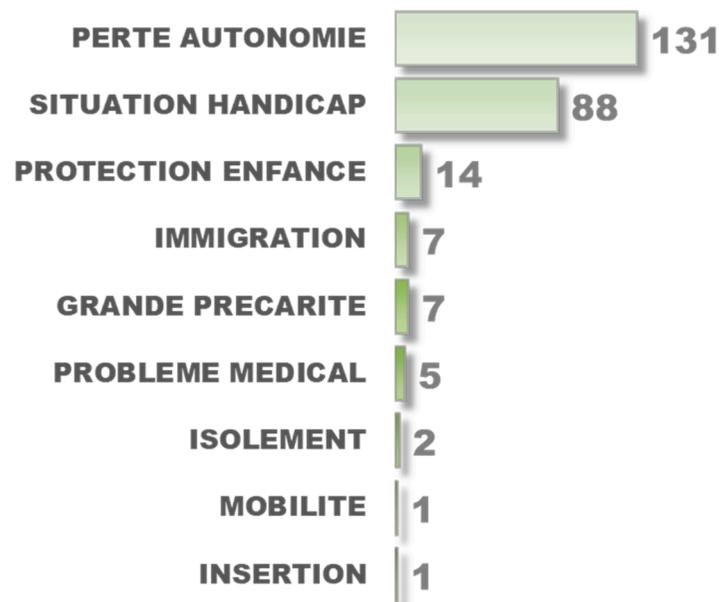
Leurs secteurs d'activité sont schématiquement répartis en 4 champs d'intervention : l'hébergement social et le secteur social qui représentent respectivement 2% et 9% des répondants (soit n=6 et n=23), suivis par le secteur sanitaire qui représente 16% de l'effectif.

Enfin, le secteur s'imposant dans cette enquête est celui du médico-social avec 187 établissements soit 73 % de l'effectif.

Problématiques des usagers

Les équipes des 256 établissements ayant répondu sont la plupart du temps concernées par la perte d'autonomie des usagers, qu'ils soient jeunes, adultes, ou vieillissants. La situation de handicap (mental, psychique et/ou physique), est également l'une des problématiques la plus fréquemment rencontrée.

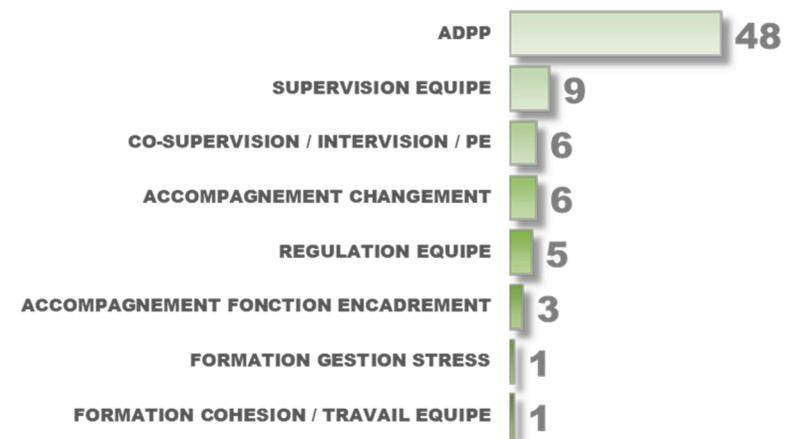
Au total, la plupart des problématiques recensées sur le terrain sont plurielles, et les équipes définissent les priorités de prise en charge en accord avec leurs projets d'établissement.



Dispositifs d'aide et de soutien

Près de 31% des établissements ont bénéficié d'un dispositif de soutien soit 76 établissements (dont 3 ont bénéficié de deux dispositifs).

Sur ce total de 79 dispositifs d'aide et de soutien mis en place, l'analyse des pratiques professionnelles est celui le plus couramment mis en place (48 dispositifs), suivi par la supervision d'équipe (9 dispositifs). Il restait 9 réponses manquantes.



Dans 52% des cas, ce sont les personnels d'encadrement éducatif qui ont bénéficié du dispositif (41 sur 79), suivis par les personnels [para] médicaux dans 22% des cas (17 sur 79). Seuls 6% des cas concernent les personnels administratifs (5 cas sur 79).

La mise en place

Sur 39 réponses validées, la décision d'initier un dispositif de soutien est le plus souvent le fruit d'une concertation entre l'équipe et la direction (21 cas) plutôt qu'une demande unilatérale de la part de la direction (11 cas) ou de l'équipe (5 cas). Dans une minorité de situations (2 cas), les dispositifs ont été mis en place sur les recommandations d'institutions extérieures (ANESM notamment).

Les raisons de la mise en place sont peu renseignées (40 réponses manquantes), mais traduisent la nécessité de se réunir en équipe, pour un temps dédié à l'échange et au recul sur les pratiques professionnelles. Ainsi, une diversité de problématiques motive la mise en place d'un dispositif, comme le montre le graphique ci-dessous.



L'intervenant

Sur 17 réponses validées, nous observons que l'intervenant intervient le plus souvent une fois par mois auprès d'une équipe (10 cas), avec quelques exemples de périodicité s'échelonnant sur deux mois (3 cas) ou trois mois (4 cas).

Dans deux cas minoritaires (qui concernent le même établissement), l'intervenant est un salarié de l'établissement dans lequel il travaille quotidiennement.

Lorsque l'intervenant est externe à l'établissement, 10 réponses indiquent qu'il est consultant en libéral, tandis que dans 7 cas, il s'agit d'un salarié d'un autre établissement.

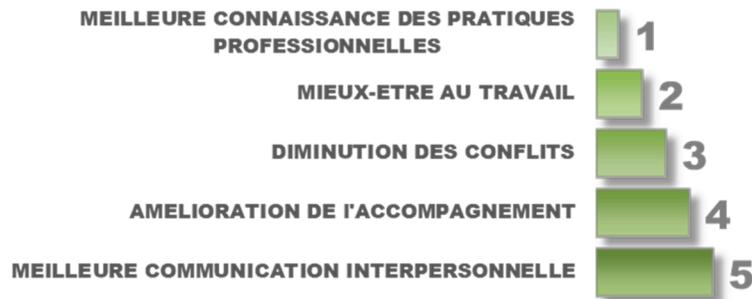
En ce qui concerne sa formation, nous comptons 2 psychanalystes, 3 psychologues cliniciens, 4 psychosociologues, 1 infirmier, 5 travailleurs sociaux formés, et enfin 1 coach en management (62 réponses manquantes).

Enfin, sur les fondements théoriques de son intervention, les directions sont moins bien renseignées (66 réponses manquantes). Elles rapportent que 3 intervenants s'appuient sur l'approche systémique, 3 intervenants se réfèrent à l'approche clinique, et enfin 7 intervenants s'appuient sur l'approche psychosociologique.

Bénéfices perçus

L'évaluation de cette dimension a rencontré plusieurs problèmes méthodologiques qui rendent les résultats difficiles à exploiter. Tout d'abord il faut considérer l'effet de fatigue quant à la participation à l'enquête. Cette question, présentée en fin de série, compte ainsi 64 réponses manquantes, dans la continuité des observations faites pour les réponses précédentes.

Ensuite, le questionnaire est complété par les membres de la direction auxquels sont adressés les mails, et qui selon toute vraisemblance, ne participent pas nécessairement aux dispositifs. Les bénéfices s'expriment de la façon suivante :



Enfin, si une recherche-action était consacrée à ce sujet, et était adressée à chaque professionnel ayant participé à un dispositif d'aide et de soutien, elle ne pourrait qu'approcher la complexité des enjeux cliniques conscients et inconscients qui échappent aux méthodes quantitatives.

Le déploiement des dispositifs d'aide et de soutien (1/2)

Lorsqu'un regard global est porté sur le **secteur d'activité des établissements** ayant répondu, nous observons que le secteur sanitaire compte 4 fois moins de dispositifs qu'attendu en termes statistiques (3 dispositifs observés) et que le secteur de l'hébergement social en compte deux fois moins qu'attendu (1 dispositif observé). En revanche, le secteur médico-social montre qu'il compte 1,14 fois plus de dispositifs qu'attendu (64 dispositifs observés), et suit la même tendance que le secteur social, qui compte 1,28 fois plus de dispositifs qu'attendu (9 dispositifs observés).

Un regard détaillé quant au **type d'établissement** confirme cette tendance générale : les SSIAD, EHPAD et hôpitaux montrent une tendance à avoir expérimenté moins de dispositifs que ce qui pourrait être attendu, avec respectivement 1 dispositif (5 fois moins qu'attendu), 6 dispositifs (4 fois moins qu'attendu), et 5 dispositifs (2 fois moins qu'attendu). Les établissements des secteurs d'activité, qui montrent une tendance favorable au déploiement des dispositifs de soutien, sont les ESAT avec 6 dispositifs (1,82 fois plus qu'attendu), les FAM avec 4 dispositifs (2,22 fois plus qu'attendu), les ITEP avec 7 dispositifs (2,33 fois plus qu'attendu), les IME et les MAS avec 2,4 fois plus de dispositifs qu'attendu (respectivement 10 et 5), et enfin les SESSAD, avec 2,7

Le déploiement des dispositifs d'aide et de soutien (2/2)

Si l'analyse est détaillée selon les **publics accueillis** par les établissements ayant répondu, nous observons que les établissements recevant des enfants et des adolescents sont bien dotés de dispositifs d'aide et de soutien. En particulier lorsque les usagers sont des enfants, nous observons 12 dispositifs, soit 1,81 fois plus qu'attendu. Lorsque les usagers sont des adolescents, nous observons 24 dispositifs, soit 2 fois plus qu'attendu. A contrario, lors que le public accueilli est majoritairement adulte, nous observons 41 dispositifs, ce qui représente proportionnellement 1,43 fois moins qu'attendu, et suggère que les établissements accueillant des adultes soit moins bien dotés que les autres établissements dans ce sens.

Les observations quant à la **problématique rencontrée par les usagers** sont cohérentes : avec 10 dispositifs observés, soit presque 4 fois moins qu'attendu, les équipes qui œuvrent auprès des personnes en perte d'autonomie bénéficient proportionnellement moins de dispositifs que dans les autres établissements. En revanche, lorsque les usagers relèvent de la protection de l'enfance ou rencontrent des situations de handicap, les équipes qui interviennent auprès d'eux bénéficient respectivement de 7 dispositifs (1,67 fois plus qu'attendu) et de 52 dispositifs, soit presque deux fois plus qu'attendu.

Pour mieux comprendre

L'histoire du travail social et l'héritage culturel de chaque secteur, comme de chaque établissement, peuvent expliquer en partie les observations que nous permet cet état des lieux. Le déploiement des dispositifs d'aide et de soutien dépend également du cadre législatif et des missions de chaque secteur, comme des modèles d'organisation économique et salariale (financements privés/publics, organisation RH, etc.),

La tendance générale suggère que ces dispositifs sont encore une pratique minoritaire et donc d'autant plus difficiles à évaluer : les professionnels s'occupant d'enfants, d'adolescents et d'adultes en situation de handicap en bénéficient plus fréquemment, tandis que les secteurs sanitaires, ou de l'hébergement social, sont généralement moins bien pourvus dans ce sens, entre autres parce qu'ils sont concernés par des usagers adultes ou vieillissants, généralement en difficulté dans leur accès à l'autonomie.

Or, ces équipes sont tout autant confrontées à la précarité et aux inégalités d'accès aux soins ou à l'aide sociale (précarité médicale, sociale, financière, etc.).

Nous pourrions interpréter cette tendance comme le résultat d'une aide sociale mieux structurée pour les publics mineurs ou en situation de handicap, tandis que la mission des établissements recevant des adultes et des personnes vieillissantes est encore dominée par l'orientation sanitaire : dans les années à venir, nous pourrions observer une évolution favorable, tant les recrutements dans ces derniers établissements favorisent des choix pluridisciplinaires croissants, en intégrant notamment plus de travailleurs sociaux pour mieux répondre aux problématiques plurielles.

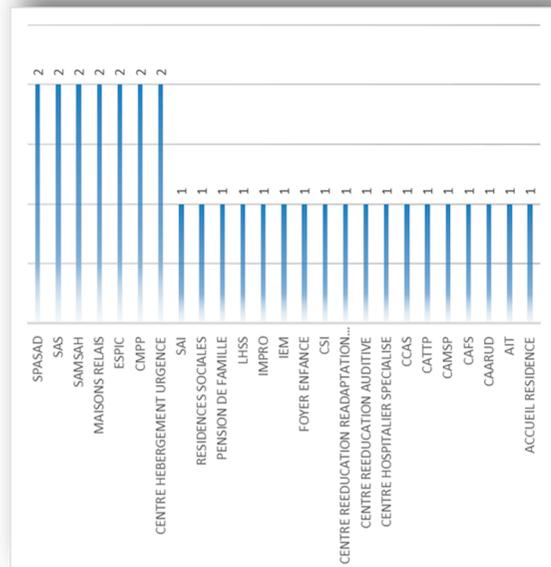
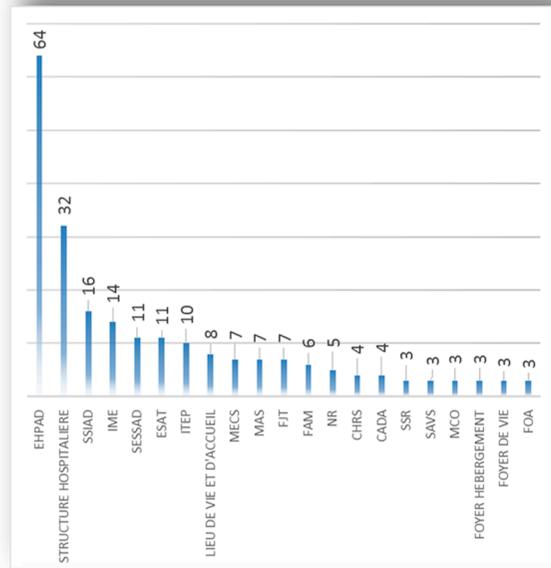
Une autre évolution serait possible si nous considérons l'aspect économique : 100% des établissements sollicités répondent qu'ils ne connaissent pas les moyens de financement qui pourraient les aider à mettre en place des dispositifs d'aide et de soutien pour leurs équipes. Les informations et l'accompagnement à ce niveau pourraient permettre de lever les derniers freins, d'autant plus que l'on pressent aujourd'hui l'importance de soutenir les acteurs de terrain qui sont les plus exposés à la détresse et à la précarité humaine, pour eux-mêmes, comme pour les usagers auprès desquels ils interviennent.

Annexes

Fiche PRAPS n°10

FICHE PROGRAMME N°10 : Soutien des équipes relais ou d'acteurs	
Contexte	Les difficultés de l'accompagnement des personnes confrontées à la précarité sont souvent liées à la dimension psychique de la souffrance, d'origine sociale, qui doit être prise en compte, sans la psychiatriser, et qu'il faut pouvoir distinguer d'une pathologie psychiatrique nécessitant une prise en charge médicale. Cette démarche est complexe pour tous les acteurs concernés. De plus, les situations de souffrance, de violence, d'échec, de blocage sont souvent source de souffrance pour les équipes. La prise en compte de ces éléments est nécessaire tant pour l'efficacité des actions que pour le soutien aux équipes qui les mettent en œuvre
Axe d'intervention	Soutenir les équipes relais ou les acteurs sociaux ou médico-sociaux
Objectifs opérationnels	10.1 Développer des actions de soutien, de régulation ou d'analyse de pratique pour les acteurs de première ligne et de prise en charge
Actions	Etudier les besoins en lien avec les EMPP et les CLSM Mettre en place des groupes de soutien, de régulation ou d'analyse de pratiques Evaluer l'impact sur le fonctionnement des équipes Diffuser et généraliser sur la région
Acteurs concernés	ARS, Fédération de l'accueil social (FNARS, URIOFSS...), CHS, EMPP, Structures concernées, DRJSCS
Calendrier prévisionnel	2013/2014
Pilotage de l'action	ARS /DRJSCS /DDCS
Indicateurs	Nombre de groupes mis en place Nombre de professionnels concernés Résultat d'évaluation d'impact pour les professionnels

Effectifs détaillés des établissements ayant répondu à l'enquête



En bref...

Dans le cadre du PRAPS piloté par l'Agence Régionale de Santé de Normandie, la mise en application de la fiche n°10 visant à « *développer des actions de soutien, de régulation, ou d'analyse de pratique pour les acteurs de première ligne et de prise en charge* », nécessitait un premier état des lieux quant au déploiement de ces dispositifs d'aide et de soutien au sein des établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires sur le territoire normand.

L'enquête, coordonnée par Madame Roselyne BOUST (ARS), et réalisée avec l'appui de l'IRTS Normandie-Caen, a permis de solliciter 1681 établissements et d'obtenir 256 réponses.

Les résultats montrent que les établissements ayant déjà expérimenté un dispositif de soutien représentent près d'un tiers des répondants. Nous observons par ailleurs des différences significatives de déploiement selon les secteurs d'activité, les problématiques rencontrées par les usagers, ou encore l'âge des publics accueillis.

Cet état des lieux nous permet ainsi d'ouvrir le dialogue sur la réalité et l'intérêt des dispositifs d'aide et de soutien auprès des équipes, avec les acteurs de terrain, qui demeurent les premiers concernés.

Contacts

Roselyne BOUST. Roselyne.BOUST@ars.sante.fr

Coordination du projet, ARS NORMANDIE

David MICHEL. davidmichel.psy@gmail.com

Psychologue, traitements statistiques