



Jacques DOURY

Carrière d'éducateur spécialisé
Diplôme d'Etat en ingénierie sociale (DEIS)
Directeur d'un foyer d'accueil médicalisé pour les personnes
en situation de handicap psychique

« Nous avons eu une chance inouïe : le système D français a très bien fonctionné »

Pouvez-vous partager, sur le plan professionnel, une anecdote, un fait qui vous a marqué pendant la crise ?

Tout au début de la crise, quand tout le monde a commencé à parler du Covid-19, je pense que l'on prenait cela un peu à la légère. Je me disais : « *Je vais préparer une valise, parce que si demain je viens à être malade, il faudra que je me mette en quarantaine* ». J'ai quitté mon domicile début mars – puis la crise a pris de l'ampleur, le confinement a été décidé, un premier cas de Covid-19 est apparu dans l'établissement que je gère... Je n'ai pu réintégrer mon domicile que 5 semaines après. Malgré la solitude, cela m'a permis de rester opérationnel pour gérer mon établissement au quotidien.

Quelle a été votre expérience pratique de la crise sur le plan professionnel ?

Je gère un foyer d'accueil médicalisé pour malades psychiques dans le Val d'Oise. La fondation John Bost, dont l'établissement fait partie, a très vite pris la mesure des problématiques qu'allait poser le virus. À notre grande surprise, nos résidents en

situation de handicap étaient très au fait de l'actualité sur le sujet, par la télévision et la radio. Ils étaient presque mieux informés que les professionnels. Cela nous a permis de mettre en place plus facilement les restrictions : la fermeture du portail, l'impossibilité d'aller faire ses courses tout seul, la nécessité de réduire ses contacts... Les résidents ont vraiment joué le jeu.

Il a fallu que l'on réfléchisse à des solutions de substitution par rapport à leurs habitudes : nos résidents aiment bien aller prendre leur petit café, aller au bureau de tabac chercher leur paquet de cigarettes... Un système D s'est mis en place pour faire baisser les tensions générées par l'arrêt de ces activités. Par exemple, on a organisé une banque tabac : on faisait la liste de ce dont les résidents avaient besoin, on passait commande au bureau de tabac, un professionnel allait récupérer la commande, puis le tabac était distribué à l'intérieur de l'établissement. De même pour les courses du quotidien (shampooing, friandises), avec un système d'ardoises pour prendre les commandes. Ainsi, nous avons pu faire en sorte que la vie continue à l'intérieur de l'établissement.

Lorsqu'il y a eu des cas avérés de Covid-19 dans l'établissement (au pire de la crise, 24 personnes étaient malades), il a fallu confiner tout le monde dans sa chambre, ce qui peut être compliqué lorsque l'on a des troubles psychiques. Aujourd'hui, on s'aperçoit que le plus compliqué est de remettre en route une dynamique de sorties et d'activités de groupe – alors que nous avons l'appréhension inverse, pensant que le confinement serait le plus difficile à instaurer. On a l'impression de repartir de zéro : il faut réhabituer les résidents à la vie collective, à ressortir en milieu urbain...

Grâce à toutes les dispositions que nous avons mises en place, nous n'avons pas eu de cas très graves de Covid-19.

Qu'est-ce qui vous a le plus manqué pour accomplir vos missions pendant la crise ?

Au début de la crise, c'est le matériel qui nous a manqué. Nous n'avions pas de visières, pas de masques, pas assez de charlottes et de surblouses. Mais nous avons eu une chance inouïe : le système D français a très bien fonctionné. J'ai contacté un ami qui est professeur dans un lycée professionnel, on a fait une convention avec son lycée, et ils nous ont fourni une quarantaine de cottes de travail. De même avec un lycée professionnel de métiers de la bouche, qui nous a fourni des charlottes et des surblouses, ou avec les laboratoires Clarins d'à côté, qui ont fourni beaucoup de gel hydro-alcoolique pour les établissements médico-sociaux du secteur. Ce réseau a permis de pallier le manque de matériel et donc de protéger aussi bien les résidents que les salariés.

Le soutien des services publics s'est mis en place dans un second temps, après trois semaines de difficultés. Dans le Val d'Oise, l'ARS[1] a été à notre écoute : elle nous a désignés comme prioritaires dans la dotation des masques, et nous n'avons plus eu de problèmes de stocks.

Au-delà du matériel, nous avons manqué de personnel. Il fallait faire les repas le midi, garantir que chacun ait un repas chaud, apporter un plateau individuel dans chaque chambre... mais aussi être présent pour discuter avec les résidents inquiets, accompagner ceux qui voulaient sortir fumer, désinfecter tout de manière très régulière en plus de l'hygiène quotidienne habituelle, etc. J'avais besoin de 10 salariés là où 4 ou 5 suffisent habituellement avec un taux d'absentéisme de 60%. On a fait appel aux plateformes mises en place par les ARS, qui nous ont été d'un grand secours. Le bouche-à-oreille nous a aussi beaucoup aidés : des étudiants se sont portés volontaires, et nous ont vraiment rendu service. Tout cela nous a permis de réussir à stabiliser le nombre de malades et éviter trop de contaminations ; et aujourd'hui, nous n'avons plus de nouveaux cas.

Finalement, ce qui nous a manqué, c'est l'anticipation. Maintenant que je sais qu'il peut y avoir des ruptures de stocks et des pénuries, je vais constituer un stock de 2-3 mois de masques et de gel, dans la perspective d'une deuxième vague.

Quels sont les enjeux saillants pour demain dans votre domaine, tels que révélés ou amplifiés par la crise ?

Il faut arrêter de dire que le médico-social et le sanitaire sont concurrents et que l'un sait faire mieux que l'autre. Je suis persuadé qu'ils sont complémentaires. Quand j'appelle le secteur sanitaire pour prendre en charge un résident malade, c'est parce que la situation de la personne le justifie. Quand le sanitaire m'appelle en disant « *On a quelqu'un qui est suffisamment stable et qui aurait besoin d'une structure médico-sociale* », il faut que je sois en capacité de répondre à leur appel. Pour cela, il faut vraiment construire des relations de confiance.

Pendant la crise, le secteur sanitaire m'a dit que les résidents n'étaient pas prioritaires pour être pris en charge à l'hôpital. Mais comme on se connaît bien, je leur ai expliqué que je n'étais pas en mesure de maintenir longtemps sous oxygène les résidents qui en avaient besoin. Nous avons réussi à trouver un terrain d'entente : 3 ou 4 résidents ont été hospitalisés 48 heures pour recevoir de l'oxygène, puis sont revenus dans l'établissement.

Il faut également arrêter de travailler en silo. Tout le monde le dit depuis des années, mais rien ne change vraiment. Dans la commune où je suis, il y a quatre structures sanitaires et médico-sociales : on pourrait travailler ensemble ! Par exemple, dans mon

établissement, il peut y avoir un résident dont les troubles psychiques génèrent des handicaps moteurs nécessitant d'être en fauteuil roulant. Puisque l'établissement d'à côté, spécialisé dans les handicaps physiques, a un bâtiment adapté à ce type de handicap, il pourrait prendre en charge ce résident. Et de mon côté, je détacherais du personnel spécialisé, parce que cet établissement voisin ne sait pas prendre en charge les handicaps psychiques.

Les ARS encouragent ce type de partenariats à travers des plateformes de service, mais il faut vraiment développer tout cela plus vite, et réfléchir en termes de parcours de suivi de la personne et non établissement par établissement, séparément.

Cela permettrait de faire des économies d'échelle : si j'ai un résident handicapé physique, je vais devoir acheter du matériel pour améliorer ses conditions de vie. Je vais donc faire des dépenses qui ne serviront qu'à une seule personne, alors que l'établissement d'à côté a déjà tous les équipements nécessaires. On pourrait aussi faire des conventions de prêt de matériel : par exemple, avoir un véhicule PMR[2] coûte très cher si on n'a qu'une seule personne en fauteuil. Avec une convention, l'établissement voisin qui a quatre véhicules de ce type peut nous en prêter un.

Quelles seraient les réformes à conduire, les changements à opérer sans délais dans votre domaine ?

J'attends beaucoup de la loi « Autonomie » et de la création de la 5ème branche gérée par la CNSA pour initier une seule entité de financement des établissements. Cela permettra de dépasser les clivages entre sanitaire et médico-social, de faciliter les échanges entre établissements et d'améliorer la fluidité des parcours : par exemple, si l'un de mes résidents part 15 jours en vacances, d'autres personnes doivent pouvoir prendre sa place pendant ce temps. Il faut arriver à faire changer la culture de notre secteur sur des questions comme celle-ci. Il faut aussi développer le domiciliaire : l'accompagnement à domicile peut éviter des ruptures de parcours, et éviter que certaines personnes se retrouvent sans solution.

Il faut en outre simplifier les démarches administratives, qui nous rendent fous. Si un résident désire travailler, je dois faire une demande pour aller en ESAT[3]. Mais le temps que celle-ci soit acceptée, six mois seront passés, et la personne malade psychique ne se rappellera plus de ce qu'elle a demandé, ou ses projets auront évolué. Elle ne verra donc pas la concrétisation de son projet. Aujourd'hui, comme j'ai de bonnes relations avec un ESAT, je peux négocier même si je n'ai pas de validation administrative, mais c'est de la bricole.

Enfin, pour répondre au plus près aux besoins des personnes, il est nécessaire que cette loi se décline selon les régions et les territoires, parce que les besoins et les situations

varient entre le Val d'Oise et la Creuse, entre Cergy-Pontoise et Magny-en-Vexin. Je pense que les changements doivent être initiés en haut de l'Etat, et doivent redescendre sur le terrain, avec un grand travail de pédagogie.

On dit que l'on est à l'aube de changements historiques après la crise : allons-y ! Trop souvent, on commence à lancer de grandes réformes, puis on s'arrête au milieu du gué. Mais quand un dialogue réussit à s'instaurer entre les gens de terrain et ceux en haut de la pyramide, tout devient beaucoup plus fluide. Ce dialogue s'instaure via les associations : participant à la CNSA^[4], j'y trouve un bon croisement entre le terrain et le haut de la pyramide. C'est vraiment une instance où les échanges peuvent prendre place ; c'est un bon carrefour de communication et d'échange des problématiques que l'on rencontre sur le terrain.

Propos recueillis le 10 juin 2020 par Julie Jolivet.

[1] Agence régionale de santé.

[2] Personne à mobilité réduite.

[3] Etablissement et service d'aide par le travail.

[4] Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.