

**Prendre soin au temps de la réinsertion**  
**RATC Septembre 2019.**  
**Atelier animé par Y Vignaud et L Wiart**

**Introduction : B Pellaprat**

- sensibiliser les auxiliaires de vie au handicap concernant les blessés cérébraux
- c'est en vivant dans le monde ordinaire que l'on peut progresser
- la famille peut être gênante par surprotection, nous demandons le droit de prendre des risques et d'apprendre de nos éventuels échecs.
- Intérêt du réseau des réussites pour l'accompagnement professionnel et l'information du public sur le handicap.
- L'ESAT permet d'évaluer nos capacités, de nous accompagner dans nos démarches.

**Groupe 1 :**

- responsable d'un service d'auxiliaires de vie (AV) (AGAPES) : nous sommes conscients de la nécessité d'une formation professionnelle. Manque de moyen humain, service en tension. LW : Pourquoi ne pas demander à des patients d'être formateurs ? Pourquoi pas, le groupe semble d'accord avec cette idée. BP : problématique du changement trop fréquent d'AV qui perturbe beaucoup les blessés. Rep : nous essayons par définition de fidéliser les AV mais il faut faire avec les absences et la faiblesse des rémunérations. Problématique++.
- SAMSAH des Landes : liens importants avec les services d'av. Idem à Bordeaux : partenariat et co construction SAMSAH-AV.
- Problèmes dans les territoires ruraux : manque important de moyens d'où mise à contribution des familles.
- Manque d'information des familles : ex au bout de 20 ans découverte de l'existence du SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale).
- Pour la réinsertion il faut accorder le temps des familles, des patients et des équipes, les équipes doivent se poser la question du bon moment et s'adapter à la réponse des patients et des familles.
- BP : nécessité de psychologues et d'assistants sociaux dès l'hospitalisation pour préparer les dossiers et la prise de conscience.
- Avocat : des choses dites précocement ne sont souvent pas entendues cependant les familles attendent très tôt de savoir ce que sera l'avenir de leur proche. Importance de l'assistante sociale.
- YV / famille : nécessité de services spécialisés pour préparer au mieux la réinsertion.
- Intérêt des UEROS pour la prise de conscience approfondie des séquelles.
- LW : information sur CLANA (Cérébro-lésions acquises en Nouvelle Aquitaine)
- AR : Complexité des accès : logement, AV, notifications, CAF, acceptation du handicap.. lenteur. Intérêt du psychologue pour l'acceptation du handicap.
- AR : c'est en échangeant en équipe avec les familles que l'on peut favoriser la réinsertion, ça n'est pas une personne seule.
- France : nécessité d'avoir du temps pour l'accompagnement. BP : nécessité de temps long pour la prise de conscience.
- YV : décalage entre monde du handicap et monde du travail.

## Groupe 2 :

- AS FAM (foyer d'accueil médicalisé) : on est parfois nous aussi comme les familles trop protecteurs. Pourquoi ? Car problème de responsabilité, obligation de protection, problème de décalage au sein d'une même équipe.
- Direction : nous travaillons sur l'implication des personnes en favorisant leur demande, droit à la sûreté.
- Dr Monnin : crainte de l'échec pour la personne, AV : risque d'accident avec conséquences pouvant être irréversible,
- BP : on est des adultes en situation de handicap mais on est aussi un peu comme des enfants : on a besoin
- IA : confrontation sur le plan professionnel, délicat car on sent qu'on va mettre la personne en situation d'échec. Notion d'estimation du danger et de risque.
- M° Chambolle : décisions parfois prises à la place des personnes, ex insertion en milieu collectif qui peut être vécu comme un échec.
- Comment évaluer la notion de danger ? Comment autoriser les équipes à prendre des risques et les accompagner en cas d'échec ?
- MAS : prise de risque émotionnel ex : premières sorties en milieu ordinaire pour des problèmes de grand handicap, regard des autres.
- Parfois un essai dans une structure avec des personnes plus handicapées peut être valorisant.
- YV : toutes les solutions de vie peuvent être testée en fonction du temps expliquer qu'il n'y a rien de forcément figé.
- Risque chronicisation avec risque d'ennui ou de contrainte, phénomène institutionnel pour lequel on doit se poser la question.
- IA : difficultés pour des personnes en situation intermédiaire.
- FAM : il existe un projet d'établissement favorisant la mobilité limité par les familles et les contraintes administratives, parfois trop long (2 à 3 ans de démarches). La notion d'attente est un frein à la qualité de vie. Il faut prendre du temps pour négocier avec l'administratif. Problème en secteur rural car manque de réseau.
- Directeur Handivillage : question du travail en ESAT prend on en soin les travailleurs ? YV : les travailleurs sont inclus au sein du CHSCT (comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail) à titre consultatif mais la législation est encore très en retard. Le choix de métier est il intéressant ? Pas souvent. Les revenus sont plus bas pour un même temps de travail. Les statuts des travailleurs n'ont pas bougé depuis 1970.
- IA : difficultés aujourd'hui pour trouver des stages en milieu ordinaire à cause des conditions économiques ?
- Question : y a-t-il des droits qui vous échappent ? BP : oui il y a beaucoup d'endroit où il se sent rejeté à cause de son handicap. Ou au contraire il peut être confronté à une situation inappropriée à cause du handicap invisible. Handicap tabou, mal perçu par les gens.
- BP : aimerait qu'il y ait moins de changement au niveau des AV, car doit apprendre à chaque fois à faire confiance et doit supporter des av non formées pour les cérébrolésés.
- Intérêt des loisirs ou des activités hors les murs car les personnes handicapées se sentent valorisées par le milieu ordinaire. BP : difficultés de supporter le regard des autres qui le regarde, vivre pour soi et non pour le regard des autres. Stigmatisation.

## Groupe 3 :

- ergo SAMSAH : turn over important car mauvaise compréhension des séquelles du TC
- tout TC n'a pas besoin d'AV
- temporalité différente entre institution patients familles
- reconnaître et valoriser les capacités restantes, évaluer les capacités et les incapacités par touches successives (essai/erreur) +++ . Redonner de la confiance.

## Conclusion : propositions autour du prendre soin au temps de la réinsertion

1. **Se donner du temps :**
  - a. Pour les professionnels : échanges, formations, synthèses
  - b. Pour les patients et les familles : il faut de longues années (plus des 3 ans classiques de la consolidation en tous cas) pour comprendre et accepter le handicap. Ce temps est souvent différent pour chacun des protagonistes et il faut s'ajuster en premier lieu sur le temps du patient.
2. **Mieux informer les familles**, dès la phase précoce même si elles ne sont pas encore prête à entendre parler de séquelles ou de handicap.
3. **Améliorer le niveau professionnel des auxiliaires de vie** par la formation et la rémunération, nécessité d'une action au niveau politique.
4. **Mieux évaluer et reconnaître les capacités restantes :**
  - a. Evaluation précise par touches successives jusqu'à trouver le bon équilibre, la bonne place..
  - b. Revaloriser et redonner confiance
5. **Autoriser la prise de risque**, c'est-à-dire prendre en compte la liberté du patient : en fonction de son désir et de la mise en danger. Nécessité d'un accord au sein des équipes et de l'encadrement pour autoriser la prise de risque.
6. **Faire progresser la qualité du travail en milieu protégé** : en effet la loi est assez restrictive limitant les changements, les formations et les rémunération.
7. **Mieux adapter les parcours à l'évolution de la personne** : accepter que comme pour les personnes valides les désirs puissent changer au cours de l'évolution et s'adapter au changement (ex : lieu de vie, activité, travail, retraite... ). Accepter aussi que les projets de vie soient très simples pour des personnes gravement déficitaires (ne pas mettre la barre trop haut).