

**Daniel Brandého**

D'abord soignant puis directeur d'établissement, il est actuellement consultant dans les secteurs de la santé et du médico-social<sup>(1)</sup>



© D.B.

# Du sens aux actes

Les personnes polyhandicapées, très handicapées par la maladie mentale ou le handicap physique, furent longtemps les « oubliées de l'asile ». La loi d'orientation en faveur des personnes handicapées de 1975, suivie de celle de 2002<sup>(2)</sup>, a permis de les accueillir dans des structures adaptées: les foyers d'accueil médicalisés (FAM) et les maisons d'accueil spécialisées (MAS). En 2014, ces derniers totalisaient pas moins de 55 000 places.

Dans ces institutions, le personnel est majoritairement composé d'aides-soignantes et d'aides médico-psychologiques, les infirmières et les éducatrices constituant les cadres techniques. Pour tous, le travail soignant et/ou éducatif auprès de résidents est difficile, usant à certains moments. Il nécessite d'être présent dans tous les actes de la vie quotidienne de la personne, presque une attention de tous les instants. Les résidents aux schémas corporels parfois dysharmonieux n'ont pas tous acquis la propreté. Ils n'ont que peu de langage, s'expriment par des sons ou par la symptomatologie de leur corps. Les soignants doivent recommencer des tâches en apparence ingrates mais requérant un savoir-faire: la toilette, véritable soin corporel; veiller à la vêtue, au maintien des acquis, tant sur le plan moteur que psychique.

Que l'un des résidents s'agite et il faut maîtriser la violence, laquelle va parfois jusqu'à la contention, tout en préservant les libertés individuelles et en ne sombrant pas dans la maltraitance. Les conduites d'automutilation - dents plantées dans la chair du bras, tête projetée avec violence contre le mur, sur la table, etc. - sont difficiles à gérer. Dans toutes ces situations, les soignants prennent des risques pour préserver la liberté d'aller et venir du résident et s'assurer de son consentement, comme l'exige la loi de 2002.

Si des conflits naissent dans l'équipe et/ou avec la hiérarchie, si le soignant rencontre des difficultés dans sa vie personnelle, alors il peut être gagné par l'épuisement. Victime de *burn out*, il va se sentir épuisé physiquement et psychologiquement. Pour se reconstituer, il aura besoin de réconfort, de reconnaissance, d'encouragement. Il ne trouve pas toujours ces attitudes au sein de l'équipe ni auprès de la hiérarchie. Alors, l'arrêt maladie est la seule porte de « sortie » pour se rétablir, en espérant que la cellule familiale et l'environnement social comprennent la nature des troubles et soient aidants.

C'est pour éviter cela qu'il faut réintroduire la parole dans des réunions, des groupes d'analyse de la pratique, donner un sens clinique à des conduites hors-normes habituelles. Formés, organisés, les soignants pourront être acteurs de leur vie professionnelle, donner du sens aux actes qu'ils réalisent dans la vie quotidienne, des actes qui sont essentiels pour le bien-être des résidents. Nous concluons par ces propos recueillis auprès d'une soignante: *« Je ne suis pas fatiguée de ce que je fais. Nous sommes une bonne équipe et nous faisons le maximum pour que les résidents soient bien, mais ce n'est pas le métier le plus facile du monde. »* ★

**Il faut maîtriser la violence, laquelle va parfois jusqu'à la contention, tout en préservant les libertés individuelles et en ne sombrant pas dans la maltraitance**

1- Il a dirigé l'ouvrage *Usure dans l'institution*, aux Presses de l'EHESP, 3<sup>e</sup> Ed. 2017.  
2- Loi rénovant l'action sociale et médico-sociale de 2002.