

contact

LA REVUE DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE

N°144

TRIMESTRIEL • 35^e ANNÉE • OCTOBRE-NOVEMBRE-DÉCEMBRE 2015

Édition de la Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile • Av. Adolphe Lacombé 69-71, bte 7 • 1030 Bruxelles • N° d'agrégation : P 304027 • Bureau de dépôt : Liège

© shutterstock

DOSSIER

Le médecin généraliste : un acteur clé de la première ligne

PREMIER ÉCHELON
La personne de confiance



Partenaire Mutualité chrétienne



ARRÊT
SUR IMAGE

“Soigner, c’est une sorte d’œuvre,
de poème, que la sollicitude
intelligente compose”

Paul VALÉRY



Le patient au centre, une vraie priorité

Brice MANY, Directeur général de la FASD

Et si nous réfléchissions à une situation de santé qui nous est proche ? Celle d'un proche, d'un parent, la nôtre. Bien souvent, il y a un début à cette situation : le moment où le problème de santé apparaît. Et si on regarde la fin, bien souvent, plusieurs professionnels sont intervenus. La communication entre eux passe le plus souvent par le patient.

Rêvons un peu. Le monde idéal est très loin mais un monde meilleur est peut-être à portée de mains. Tous les professionnels de l'aide et des soins à domicile travaillent aujourd'hui avec des outils informatiques. Et si ce n'est pas le cas, cela viendra très vite. Grâce à cela, toutes les informations globales récoltées par les assistantes sociales et les professionnelles du département AVJ, toutes les informations dont les coordinatrices sont les dépositaires, le dossier infirmier, l'information dont dispose le médecin traitant, celles du kiné, de l'ergothérapeute ou des spécialistes, toutes ces informations pourront être partagées, avec éthique, dans le respect des codes déontologiques propres à chacun et en concertation et sous le contrôle du patient... La collaboration entre tous les professionnels de la santé au sens le plus large en sera facilitée.

Dans le même temps, la Ministre fédérale de la Santé, Maggie De Block, fera évoluer le monde hospitalier. Celui-ci s'ouvrira bien davantage aux autres acteurs, singulièrement aux professionnels de la première ligne. La priorité annoncée : mettre le patient au centre. Espérons que ce ne soit pas au centre des économies prévues, en fonction de choix politiques à arrêter. Espérons aussi que l'on pensera à moderniser et

refinancer la nomenclature des soins infirmiers à domicile. Mais voyons ce qui s'annonce. Trois chantiers s'ouvrent et ils nous toucheront de près.

- Des projets d'alternative à l'hospitalisation verront le jour. Cela signifie davantage de prises en charge à domicile et le besoin d'un partage d'informations amélioré et sécurisé entre acteurs de la première et de la seconde ligne.
- Les séjours en maternité seront raccourcis et le retour à la maison avancé avec de nouveaux besoins pour certaines mamans.
- Un appel à projets pour la prise en charge des maladies chroniques se dessine. Nous devons nous y situer comme un des acteurs principaux. Les malades chroniques sont la majorité de nos bénéficiaires et véritablement notre cœur d'expertise.

Notre boussole pour répondre au mieux aux besoins de demain, pour apporter, outre nos compétences, une prise en charge globale à chaque personne, c'est la collaboration interprofessionnelle. Plus que des mots, plus que de l'expertise technique, plus que le sens de la relation à l'autre qui guide les soins, il nous faut développer une connaissance des autres soignants. Qui sont-ils ? Qu'apportent-ils ? Quelle est la complémentarité entre eux et moi, entre eux et nous ? C'est avec cette boussole, dans la confiance entre chaque discipline et chaque professionnel réuni par et autour du patient que se construit la santé de demain. C'est comme cela que le patient sera vraiment au centre.

contact

35^e année • n°144 • août-septembre-octobre-novembre 2015
Tél. : 02 735 24 24 • Fax : 02 735 85 86 • secretariat@fasd.be

LA REVUE DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE

> **Éditeur responsable** : Brice Many > **Rédactrice en chef** : Coralie Dufloucq > **Comité Scientifique** : Nathalie Bazdoulj, Francine Duchâteau, Valérie Flohimont, Serge Jacquinet, Dr. Dominique Lamy > **Correspondants régionaux** : Fabien Boucquéau, Marie-Sophie Herman, Christine Magnien, Louis-Marie Piret, Franck Pollet, Véronique Sturnack, Anneliese Zimmermann > **Contribution** : Paul De Munck, Francine Duchâteau, Coralie Dufloucq, Michel Dupuis, Gaëlle Gallet, Hubert Jamart, Dominique Lamy, Véronique Legrain, Brice Many, Edgard Peters, Patrick Tréfois (SSMG). > **Photos/Illustrations** : David Carlier, Julien De Wilde (reporters.be), Coralie Dufloucq, Shutterstock, WIN > **Relecture** : comité de rédaction > **Lectorat** : Secteurs de l'aide et des soins à domicile, des soins de santé en général et de l'action sociale > **Conception et mise en page** : Olagil - Tél : 02 375 65 15 - www.olagil.be > **Abonnement** : 12€ par an (20€ pour l'étranger) ou 3€ par numéro > **À verser au compte** : IBAN BE 45 7995 7162 0089 - BIC GKCCBEBB (mention : abonnement Contact + mail et n° de tél).

Les articles sont publiés sous la responsabilité de leur auteur. La reproduction, même partielle, à des fins non commerciales, des articles publiés dans Contact est autorisée à la seule condition d'indiquer la source et de nous envoyer un exemplaire de la publication.

Les animaux domestiques

Coralie DUFLOUCQ, Rédactrice en chef,
sur base des fiches "prévention" ASD-CESI

Le domicile des bénéficiaires est le lieu de travail de la plupart des employés d'Aide & Soins à Domicile. Le constat n'est pas nouveau : ce lieu de travail particulier comporte des risques d'accidents et de maladies. Nos amies les bêtes, bien que "gentilles" aux yeux de leurs propriétaires, sont, elles aussi, une potentielle source d'accidents, non négligeable d'ailleurs. Avec 1,7 million de ménages en Belgique possédant un animal de compagnie¹, nous ne sommes donc pas à l'abri...

Certaines personnes peuvent en effet être allergiques ou anxieuses au contact de certains animaux. Les animaux de compagnie peuvent agresser, mordre, griffer, contaminer, faire tomber. En outre, dans le cas des soins à la personne, la présence d'animaux nuit clairement à l'asepsie des soins. L'animal pourrait également assimiler les soins à une agression et prendre la défense de son maître en mordant le prestataire.

Prenez donc les devants, soyons prudents et demandons aux maîtres de bien vouloir écarter l'animal pendant la durée de la prestation.



© shutterstock

VOICI QUELQUES MESURES DE PRÉVENTION À GARDER À L'ESPRIT QUAND VOUS VOUS RENDEZ AU DOMICILE D'UN BÉNÉFICIAIRE :

- Faites éloigner les animaux domestiques de votre zone de travail sans exception et quelle que soit votre activité. Le non-respect de cette règle par le bénéficiaire pourrait entraîner un arrêt de la prestation ! Il faut donc dialoguer avec le patient et faire comprendre les raisons de cet impératif sanitaire... Une occasion offerte d'éducation à la santé !
- Il est interdit de réaliser des tâches en relation avec l'animal de compagnie telles que le nettoyage de cage, le changement de litière, le ramassage d'excréments...
- De même, il est interdit de charger l'animal de compagnie dans votre véhicule.
- Les réactions des animaux peuvent être imprévisibles. Ne les approchez pas, même si vous n'en avez pas peur.
- Respectez toujours les règles d'hygiène de base : portez vos gants et lavez-vous les mains en fin de prestation.

Des difficultés ?

Parlez-en avec le bénéficiaire, votre responsable ou le conseiller en prévention.

La varicelle : des petites bulles partout !

Le virus de la varicelle touche surtout les enfants : dans 95% des cas, cette maladie très contagieuse se développe avant l'âge de 15 ans et elle est généralement bénigne.

En revanche, lorsque la varicelle touche des nourrissons, des femmes enceintes ou des adultes immuno-déprimés, ses conséquences risquent d'être plus sévères.

VARICELLE : DES BULLES... PUIS DES CROÛTES

La varicelle débute parfois par des maux de tête et un malaise général. Puis, des boutons rouges apparaissent sur la tête, le corps (en commençant par le thorax), et parfois sur les muqueuses (par exemple à l'intérieur de la bouche). Rapidement, ces boutons se transforment en petites vésicules de la taille d'une tête d'épingle, emplies d'un liquide clair. Il peut y avoir de la fièvre.

Les poussées éruptives se succèdent pendant 2 à 4 jours. Environ 8 à 10 jours après leur apparition, les vésicules laissent place à des croûtes. L'éruption de varicelle s'accompagne de démangeaisons intenses.

UNE MALADIE CONTAGIEUSE

La varicelle se transmet par les gouttelettes de salive d'une personne infectée ou par le contact avec le liquide contenu dans les vésicules. Elle survient généralement lors de petites épidémies, plus fréquentes à la fin de l'hiver et au début du printemps.

Lorsque le virus pénètre dans l'organisme, une période d'incubation de 2 à 3 semaines débute. La personne infectée devient contagieuse un jour avant l'éruption des boutons. Elle le reste jusqu'à la fin de la formation des croûtes sur les vésicules.

Tout enfant ou toute personne atteinte de varicelle doit être éloignée de la collectivité, afin d'éviter de propager la maladie. Une personne ayant eu la varicelle est immunisée : elle ne referra plus jamais cette maladie.

BAS LES PATTES !

Le principal inconvénient des boutons de la varicelle, c'est qu'ils démangent ! Pourtant, il faut éviter de les gratter, sous peine de

EN CAS DE FIÈVRE

En cas de fièvre chez les enfants, on peut donner du paracétamol, mais il faut **absolument éviter l'aspirine.**

INFO SANTÉ
À DOMICILE



© David Cartier

laisser des cicatrices indélébiles. De plus, le grattage peut être la source d'une surinfection due à des bactéries. Des lotions aident à soulager les démangeaisons, à dessécher les vésicules et à désinfecter les lésions. Un bain rapide, dans de l'eau tiède, suivi d'un séchage en douceur, atténue également la sensation de démangeaison.

Un vaccin permet d'éviter la varicelle. En Belgique, il n'est pas recommandé de le faire systématiquement à tous les enfants. Dans plus de 95% des cas, le vaccin protège contre les formes modérées à sévères de la maladie. Une discussion avec le médecin généraliste aide à déterminer l'intérêt d'une telle vaccination, en particulier pour les adolescents et adultes qui n'ont pas encore eu la varicelle, les personnes immuno-déprimées ou encore les femmes qui souhaitent avoir un enfant et ne sont pas immunisées.

LA VARICELLE : PAS TOUJOURS BÉNIGNE

La varicelle peut être source de complications. Elles sont rares : surinfection grave des boutons, pneumonie, encéphalite. Cette dernière guérit généralement spontanément, mais peut occasionner des séquelles neurologiques.

Chez certaines personnes à risque (par exemple parce qu'elles sont immuno-déprimées), la varicelle peut être potentiellement grave, avec une fièvre élevée, de nombreuses vésicules parfois hémorragiques, une infection qui, dans certains cas, s'étend aux poumons, et des lésions qui mènent parfois à des septicémies. Chez ces patients, la prise de médicaments antiviraux et/ou l'administration de gammaglobulines spécifiques peuvent être indiquées.

En début et en toute fin de grossesse, la varicelle fait courir un risque au fœtus et à l'enfant.

Chez l'adulte, lorsque le virus de la varicelle se réactive dans l'organisme, il provoque une éruption de zona, source de douleurs aiguës.



La personne de confiance, fonction charnière pour le bien-être au travail ?

Coralie Dufloucq, Rédactrice en chef

Bien que sa désignation soit recommandée mais pas obligatoire, une personne de confiance au sein d'une entreprise constitue une mesure utile et pertinente de prévention et de résolution de problèmes relationnels et psychosociaux liés au travail. Le statut de la personne de confiance apparaît d'ailleurs dans la loi belge. Mais, avec la parution de l'Arrêté royal relatif à la prévention des risques psychosociaux (10/04/2014, entré en vigueur le 1^{er} septembre 2014), le statut de la personne de confiance a quelque peu été modifié : incompatibilités avec certaines fonctions, écartement possible, formation, échange automatique d'informations entre conseillers en prévention et personne de confiance...

Aujourd'hui, par exemple, il est interdit d'exercer la fonction de personne de confiance lorsqu'on est Conseiller en Prévention-Médecin du Travail, délégué du personnel au Conseil d'Entreprise (CE) ou au Comité pour la Prévention et la Protection au Travail (CPPT), délégué syndical, faisant partie du personnel de direction et directeur.

EN QUOI CONSISTE EXACTEMENT LE RÔLE DE PERSONNE DE CONFIANCE ?

Nous avons rencontré Catherine Trémouroux, conseillère en prévention aspects psychosociaux au CESI (le Service externe de prévention et de protection au travail auquel Aide & Soins à Domicile est affilié). Elle nous en dit un peu plus sur cette fonction de personne de confiance.

Que prévoit la législation en matière de prévention des risques psychosociaux (RPS) ?

La législation sur la prévention des risques psychosociaux (RPS) a prévu que les travailleurs confrontés à des RPS dans des situations professionnelles puissent solliciter soit la personne de confiance soit le conseiller en prévention aspects psychosociaux du CESI.

Qu'entend-t-on par risques psychosociaux ?

Situations de stress, burn out, harcèlement moral, harcèlement sexuel, conflits, violence au travail... Ce sont des dommages qui sont liés à des composantes liées au travail (telles que l'organisa-

tion, le contenu, les conditions, la vie, les relations interpersonnelles), sur lesquelles l'employeur a un impact et qui comportent objectivement un danger.

Quelle est l'idée de la loi ?

L'idée de la loi est d'intervenir le plus tôt possible pour essayer de prévenir les risques psychosociaux à un stade le moins grave possible. La législation prévoit, *grasso modo*, deux procédures : informelle et formelle.

À quel niveau peut intervenir la personne de confiance ?

Au niveau informel. Dans une procédure informelle, le travailleur peut soit faire appel à la personne de confiance, soit au psychologue de la médecine du travail. Le travailleur sollicite alors un entretien, est en recherche d'écoute et/ou de conseils. Si le travailleur désire "aller plus loin", une conciliation avec la personne avec qui elle ressent des tensions ou une intervention informelle auprès de la hiérarchie dans le but de dégager des solutions sont également possibles à ce stade.

La procédure d'intervention psychosociale formelle ne peut être traitée que par le conseiller en prévention "aspects psychosociaux" !

Et en quoi ce "niveau informel" consiste-t-il ?

Les missions d'une personne de confiance sont : l'écoute active du travailleur, l'information sur les procédures psychosociales informelles et formelles, des interventions informelles comme une conciliation ou une intervention auprès de la hiérarchie (avec l'accord, évidemment, des parties concernées).

Catherine Trémouroux, conseillère en prévention CESI



© Coralie Duffoucq

La personne de confiance n'est pas là pour "rendre justice" ou lever le bras d'un potentiel gagnant ou jouer les arbitres... Elle a vraiment pour rôle d'accompagner les personnes dans la recherche de solutions. Elle travaille avec les personnes dans cette recherche de solutions et non "à la place" des personnes.

Quel est le principal atout d'une personne de confiance ?

La personne de confiance est une véritable ressource supplémentaire au sein d'une entreprise pour désamorcer des situations de risques psychosociaux, notamment, et pas seulement, dans des situations conflictuelles. L'atout majeur d'une personne de confiance, par rapport au psychologue de la médecine du travail, c'est qu'elle est interne à l'entreprise et que donc, elle est vraiment experte de la réalité de travail de l'entreprise.

Elle doit cependant garder un positionnement neutre...

Oui, tout à fait. La législation dote la personne de confiance d'une position neutre qu'elle doit impérativement respecter. La personne de confiance n'est ni un délégué syndical ni un membre de la ligne hiérarchique.

La personne de confiance n'est ni délégué syndical ni justicier...

Ce n'est pas son rôle ! La personne de confiance n'est pas là pour "rendre justice" ou lever le bras d'un potentiel gagnant ou jouer les arbitres... Elle a vraiment pour rôle d'accompagner les personnes dans la recherche de solutions. Elle travaille avec les personnes dans cette recherche de solutions et non "à la place" des personnes. C'est très important d'être au clair avec cela. Comme il est important de souligner que la personne de confiance est tenue au secret professionnel.

Quelles différences y a-t-il entre une personne de confiance et un conseiller en prévention ?

De manière assez succincte... le rôle du conseiller en prévention est plutôt dévolu à faire de la prévention sur le plan collectif tandis que la personne de confiance peut déjà intervenir pour des cas plus "spécifiques", plus individuels, comme par exemple où il y a un conflit entre deux travailleurs.

Pas de concurrence, mais plutôt un travail qui pourrait s'organiser "de concert" ?

Oui, effectivement. La législation a d'ailleurs prévu aujourd'hui davantage de canaux de retours d'informations vers le conseiller en prévention interne sur base des entretiens individuels effectués par la personne de confiance. Cela permet de nourrir la réflexion sur la prévention collective et sur les projets qu'il faudrait mener pour réduire les risques psychosociaux au sein d'une entreprise.

Toutes les ASD ont-elles une personne de confiance en leur sein et comment peut-on faire pour la contacter ?

Oui, toutes les ASD ont au moins une personne de confiance. Et... les coordonnées de la personne de confiance doivent être indiquées dans le règlement de travail, de manière à ce que tout travailleur puisse la contacter anonymement s'il le désire.

Vous avez formé les personnes de confiance ASD. La formation est-elle une obligation légale ou était-ce une volonté d'Aide & Soins à Domicile ?

D'une part, c'était déjà une volonté des ASD d'augmenter les ressources en matière de prévention des risques psychosociaux. D'autre part, cette volonté rejoint la législation qui a changé en avril 2014 et qui est en application depuis le 1^{er} septembre 2014. La législation a élargi la formation des personnes de confiance à 5 jours plutôt qu'à 1 auparavant.

Vous connaissez Aide & Soins à Domicile depuis un certain temps maintenant. Quels seraient vos points d'attention ou les points essentiels à communiquer ?

Je sais que, dans les structures ASD, se pose la question de la confidentialité des locaux du fait même que les personnes de confiance sont parfois également prestataires de terrain et n'ont dès lors pas forcément de local à disposition ou auquel elles pourraient avoir accès de manière facile et discrète. Il faudrait donc que cette question soit maturée en interne. Point de vue "communication" : informer sur le rôle et le positionnement de chacun (personne de confiance, conseiller en prévention, délégué syndical...), bien faire comprendre le principe de neutralité de la personne de confiance...

DOSSIER

Le médecin généraliste : un acteur clé de la première ligne



SOMMAIRE DU DOSSIER

LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE, PLUS QUE JAMAIS LE "MÉDECIN TRAITANT" AU CENTRE DES SOINS !	10
LA MÉDECINE DE DEMAIN "EST" PLURIELLE, ÉCRITURE D'UN CONCERTO POUR PATIENT, CHŒUR ET ORCHESTRE	11
PRENDRE LA MAIN EN TOUTE SÉRÉNITÉ ?	14
FAUT-IL DES ASSISTANTS DE PRATIQUE MÉDICALE DE PREMIÈRE LIGNE ?	18
LES MAISONS MÉDICALES : 40 ANNÉES D'EXPÉRIENCES AU SERVICE DE SOINS DE SANTÉ PLUS ÉQUITABLES	20
L'IMPUTABILITÉ, UNE FORME D'ATTENTION À SOI ET À AUTRUI	22
DU CHEMIN RESTE À PARCOURIR ENSEMBLE POUR ET AVEC LE PATIENT	23

Le médecin généraliste, plus que jamais le "médecin traitant" au centre des soins !

Dr. Paul DE MUNCK,
Attaché à la Présidence et à la Vice-présidence
du Groupement Belge des Omnipraticiens (GBO)

Il y a quelques semaines, le Groupement Belge des Omnipraticiens¹ fêtait ses 50 ans d'existence et le Dr. Anne Gillet, sa présidente, parlait dans son discours d'ouverture des consultations en médecine générale en ces termes :

"... cette rencontre de l'homme, de la femme, de l'enfant, du vieillard dans nos consultations d'hiver, d'été, dans un contexte de récession économique, de désarroi social et environnemental. Consultations où se disent les vérités à demi-mot, où se vivent les silences qui en disent long. Consultations où nous sommes face à tout ce qui ne peut s'encoder, à tout ce qui résiste aux statistiques, consultations où nous sommes devenus les spécialistes de tout ce qui résiste à l'information technoscientifique..."

Malheureusement il faut bien constater que l'engouement affiché par les pouvoirs publics pour un renforcement de la médecine générale au centre du système de soins en l'inscrivant dans une approche résolument multidisciplinaire est inversement proportionnelle aux décisions et actions entreprises ces derniers mois tant par les autorités fédérales que régionales ou communautaires. Sauf peut-être du côté

flamand où le volontarisme politique est, semble-t-il, plus marqué. Comme le dit également le Dr. Anne Gillet, *"...la maladie ne s'arrête pas aux portes de l'hôpital. Bien au contraire, c'est à sa sortie que tout commence. C'est en replongeant dans la vie que l'on prend la mesure du retentissement de la maladie sur la santé, le moral, la famille, le travail, la vie sociale..."*

Notre credo au GBO est de *"prôner les meilleurs soins, au meilleur endroit, par le prestataire le plus adéquat, au moment le plus opportun et au prix le plus juste"*. Dans cette perspective, il est impératif de mener à terme, par exemple, les réflexions en cours sur une meilleure définition et répartition des tâches entre, d'une part, les différents métiers de la première ligne et, d'autre part, entre les secteurs de l'ambulatoire et de la médecine spécialisée et hospitalière.

Les défis qui nous attendent en termes d'efficacité et en rapport avec le changement démographique nous imposent d'autres innovations, à la fois dans la formation des prestataires de soins (au sens le plus large du terme) et dans l'organisation des soins.

Un changement de vision : vers une organisation des soins centrés **vraiment** sur le patient et son entourage et partant de leurs demandes et besoins.

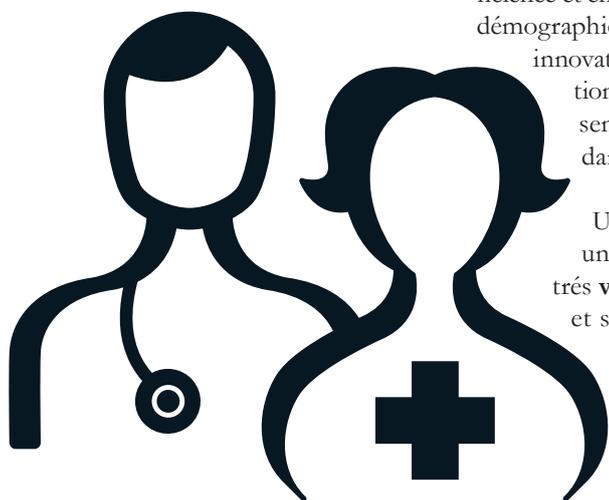
Cela passe par un changement de paradigme quant aux processus de planification des soins basés sur des définitions

de stratégies et ce à plus long terme que ceux d'une législature de 5 ans ! Dans la plupart des pays dits en voie de développement, il existe ce qu'on appelle des "plans stratégiques de développement de santé". Nous ferions bien de nous en inspirer. La Région bruxelloise a organisé des concertations visant à établir un Plan de Santé Bruxellois. C'est une bonne initiative dont on attend la déclinaison en Plan d'action. À quand un Plan Fédéral de Santé Publique et un Plan Régional Wallon ?

Un changement aussi s'impose dans la culture des formations des prestataires de soins qui sont encore beaucoup trop cloisonnées, même si les choses avancent. Les étudiants en médecine et en soins infirmiers, par exemple, devraient au cours de leur formation apprendre encore plus à réfléchir et à travailler ensemble. Pourquoi ne pas enseigner le plus tôt possible dans les *curricula* les concepts de multi-inter- et transdisciplinarité ?

Garantir de façon durable l'amélioration de la qualité de notre système de soins, dont nous pouvons d'ailleurs être fiers, passera par une meilleure collaboration, chaque fois que cela sera nécessaire, entre le médecin généraliste, le patient, son entourage et l'ensemble des intervenants de première ligne dans le champ du soin, au sens très large du terme... sans oublier l'indispensable articulation avec la deuxième et troisième ligne. ■

¹ Le Groupement Belge des Omnipraticiens (GBO) est une organisation de défense professionnelle des Médecins généralistes francophones qui forme, avec le Monde des Spécialistes (MoDeS) et l'Algemeen Syndicaat der Geneeskundigen van België (ASGB), le syndicat de médecins généralistes et spécialistes "Le Cartel".



La médecine de demain "est" plurielle, écriture d'un concerto pour patient, chœur et orchestre

Dominique LAMY,
Médecin généraliste

1^{er} mouvement : *Allegro* Le médecin généraliste face à de nombreux défis

Vu de la première ligne de soins, le système hospitalier donne l'impression d'un expansionnisme tous azimuts. Soit il s'agit de développer une clinique de l'obésité, de la fatigue chronique... soit encore d'envoyer sur le terrain de la première ligne des sages-femmes, des infirmières, des assistants sociaux pour réaliser et accompagner des soins de première ligne. Cet état de choses pose problème quand on écoute le ressenti des soignants naturels et que l'on observe l'inadéquation des attitudes proposées. Pire encore est de constater que tout cela se fait sans contact. Si encore il y avait concertation avec lesdits prestataires de première ligne. L'impression générale perçue par les généralistes est un grignotage progressif de leur activité par la création de multiples centres de pathologies (douleur, diabète, obésité...) dans lesquels ils ne sont pas intégrés et desquels ils ne reçoivent que peu d'informations.

Partenaire du c(h)œur du réseau des soignants et des aidants, le médecin généraliste tente de porter sa voix, auparavant surtout de baryton ou de ténor, aujourd'hui, plus souvent de soprano ou d'alto, au-dessus d'une mêlée où chacun veut aussi en donner... de la voix (une certaine concurrence règne).

La difficulté d'harmoniser les avis parfois divergents des différentes professions médicales, ceux des proches et de la famille, l'amène à orchestrer les représentations des uns et des autres pour construire un moment musical agréable pour le premier concerné, le patient, mais pourquoi pas aussi pour tous les membres de l'orchestre.

En découle un sentiment de dévalorisation notamment lié à une déclaration implicite d'incompétence. Les revalorisations financières ne corrigent pas ce sentiment de fond. Alors que l'on impose de plus en plus de paperasserie afin d'obtenir des traitements, des médicaments ou des avantages sociaux, le généraliste ne veut pas devenir un super gratte-papier bien payé. Il veut faire ce pour quoi il a été formé : soigner des gens.

Les courriers envoyés, quand il y en a, sont très laconiques et se termine par la mer-

veilleuse phrase "Avec votre accord, nous reverrons votre patient..." et la date du rendez-vous prochain est déjà donnée. Le sentiment de n'exister pour le milieu hospitalier que comme pourvoyeur de patients est très présent. Et pourtant nous avons passé du temps sur les bancs des écoles et universités à apprendre toute une série de pathologies, leurs suivis et leurs traitements. Juste pour nous interdire d'y toucher dès notre accession au diplôme. L'exemple du diabète de type 1 est flagrant. Une fois le diagnostic posé, il n'est plus question pour la première ligne de s'en occuper, sauf en cas de malaise à domicile. Il nous faut alors agir sans filet, puisque sans rapport de suivi.

Partenaire "papier" de nombreuses concertations autour du patient, nous n'y sommes jamais conviés.

La féminisation de la profession a énormément apporté : meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, temps de travail et de loisirs, apport d'une sensibilité et d'une sensibilisation à l'autre. Les anciens morceaux joués n'étaient pas tous et nécessairement militaires, mais il y avait un certain paternalisme ambiant qui explique encore l'aura dont bénéficie le médecin.



2^{ème} mouvement : *Adagio* Tentative de création d'un réseau proche de soins et de services

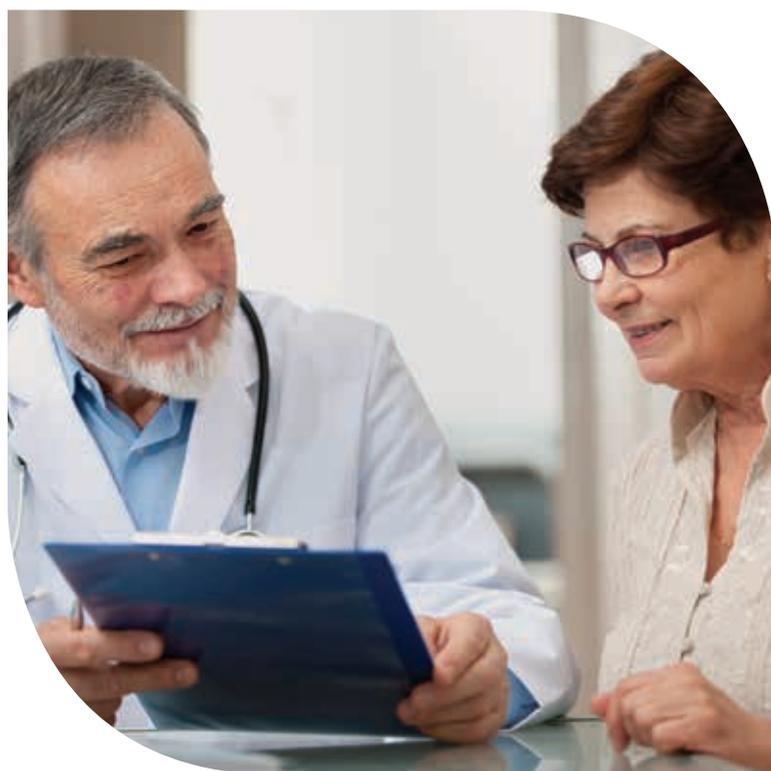
Récemment néanmoins, nous voyons poindre de nouvelles pratiques, avec un tant soit peu de collaboration vers le réseau des soignants naturels. Passées les maladies de jeunesse de ces nouveaux réseaux para-hospitaliers, une écoute plus grande du terrain s'organise avec des réunions au cabinet du généraliste ou chez le patient.

Le projet 107 reste malgré tout dédié aux patients sortant de l'hôpital, et peu pour nos patients en souffrance. L'espoir est de voir évoluer positivement ces projets avec des réponses plus "à la carte", liées à la demande du patient et de l'équipe soignante.

Basée sur l'absence d'unité de lieu et de temps, la médecine de première ligne crée, à chaque fois que cela est nécessaire, un réseau de soins autour et avec le patient. Le projet est de rendre le patient agent de son traitement. Un jour il apporte sa plainte, un jour il doit (re)prendre la maîtrise de sa santé. *"Le vrai médecin serait peut-être celui qui amènerait chaque personne à devenir son propre médecin à l'écoute des mécanismes secrets de son propre corps, en un mot conduire les êtres à la pleine conscience de ce qu'ils sentent, ce qui est à mon sens, le vrai but de l'existence."*¹

Le réseau mis en place autour d'un épisode de soins varie d'un patient à l'autre, d'un prestataire à l'autre, d'une situation à l'autre. Cette variabilité du réseau pour chaque épisode de soins est une des caractéristiques de la médecine de première ligne, le réseau s'adaptant au patient et à la situation.

La hiérarchisation des soins de santé crée aux yeux des patients des niveaux de compétences, celles-ci augmentant avec le rapprochement vers les lieux qui nous ont formés : les universités. Lorsqu'un patient est envoyé vers un spécialiste, nous rédigeons (ou devrions le faire) un mot d'accompagnement reprenant les éléments cardinaux du dossier et le motif de l'avis demandé. En retour, nous espérons un rapport et une réponse à la question posée, dans un délai court.



© shutterstock

“Le vrai médecin serait peut-être celui qui amènerait chaque personne à devenir son propre médecin à l'écoute des mécanismes secrets de son propre corps, en un mot conduire les êtres à la pleine conscience de ce qu'ils sentent, ce qui est à mon sens, le vrai but de l'existence.”

Depuis quelques années, plusieurs tentatives de proposer une composition pour grand orchestre (ces réseaux à large échelle émanant d'en haut) ont plus ou moins échoué. Malgré leur ampleur et des chefs de renom, ils jouaient en mode mineur, ce qui ne semble pas convenir à la dimension de l'orchestre de chambre, plus approprié et souvent sans vrai chef, car chaque instrument peut y prendre la direction, momentanément, tandis que les autres accompagnent. L'improvisation y reste possible, la réalité nous y conduisant souvent.

Heureusement chaque pupitre a son autonomie tout en maintenant sa volonté de participer au concert.

L'exercice n'est pas simple mais certainement pas impossible. La volonté première est de répondre au sujet de nos préoccupations : le patient.

La création d'un orchestre est l'affaire de tous et de chacun. Il faut juste choisir les instrumentistes nécessaires à la composition du jour.

S'agit-il de créer un duo, un trio, un quintette ?

Les besoins du compositeur sont analysés, décortiqués pour mettre en œuvre la meilleure interprétation.

¹ Julos Beaucarne

3^{ème} mouvement : *Rondo* Circulation de l'information dans le réseau

La communication est l'affaire de tous. Elle nécessite de partager les informations pertinentes vers tous. Partant du colloque singulier, là où tout se dit, sous le sceau du secret, l'inter-dit, le dialogue s'ouvre vers les intérêts pluriels d'un projet de solidarité élaboré dans un lieu de réflexion ouvert et, non pas imposé de l'extérieur par un impératif d'inspiration essentiellement économique. Dans une perspective de construction d'un projet de soins, il faut une reconnaissance mutuelle des acteurs, porteurs de ce projet.

La qualité de la définition de la demande garantit l'adéquation du résultat du projet. La parole est essentielle comme véhicule de la question et de la réponse.

Face aux médias, aux lobbies institutionnels, aux impératifs de santé publique, le prestataire de soins se retrouve coincé dans la singularité face à la demande du patient dont la souffrance n'est plus seulement corporelle, individuelle mais aussi relationnelle et sociale. La consultation devient bien lieu de convergence des faisceaux relationnels pluriels des deux protagonistes.

La mise en place d'outils destinés à favoriser les liens au sein de ces réseaux de soins ponctuels permettrait de développer une dynamique de soins propre à rendre le patient maître de sa santé, la comprenant comme un capital à entretenir, nécessi-

La communication est le plus difficile exercice de ces petits orchestres ambulants.

Mais dès qu'ils se connaissent, les musiciens s'accordent à coup d'archet, d'anches ou autres pièces d'instruments pour répéter ensemble inlassablement le morceau choisi, pour le final du concert.

Comment se parlent les différents pupitres ? Quelles notes se lancent-ils pour communiquer ? Qui donne le "la" ?

Alors que chacun répète dans son coin et à ses heures, certains s'exercent en petits groupes, se rencontrent pour "concerter".

La définition classique de l'orchestre ne sied plus trop au fonctionnement de terrain. Des adaptations et innovations sont nécessaires. Composer est une sorte d'invention où les rôles peuvent bouger, se modeler au gré de l'interprétation du morceau choisi.

tant des investissements réguliers. Ces outils sont principalement orientés vers la communication entre le patient et les prestataires de soins, et *vice versa*, et d'autre part, entre les prestataires de soins eux-mêmes. Bien trop de situations dysfonctionnent par manque d'échanges entre prestataires.

La notion d'échelonnement implique différentes étapes et n'insiste pas assez sur la possibilité de résolution de problème au premier échelon. Plutôt qu'un système vertical, nous souhaiterions un système horizontal où un réel partenariat permettrait l'échange de données de santé pour le mieux-être des patients, avec une participation de tous les acteurs de santé dans un souci de communication et de confiance réciproque. Le médecin de famille souhaiterait défendre sa position de partenaire du plan de soins. Cela passera par une

**Le médecin
de famille souhaiterait
défendre sa position
de partenaire du plan
de soins.**

revalorisation, une reconnaissance de l'importance de l'acte intellectuel. Cela nécessitera de repenser la place du médecin de famille dans une organisation globale des soins de santé. Celle-ci doit être repensée comme un ensemble cohérent favorable à un partenariat interdisciplinaire plutôt qu'à une stérile et dispendieuse concurrence. ■



© shutterstock

Prendre la main en toute sérénité ?

Francine DUCHATEAU,
Secrétaire de l'Association Belge
des praticiens de l'art infirmier (acn)

Actuellement, certains thèmes de réflexion concernant l'exercice de la profession d'infirmier s'identifient par les termes suivant : "différenciation de tâches", "délégation de compétences", "différenciation de fonction", "transfert de tâches", "subsidiarisation", "pratique avancée ou infirmière praticienne"...

Avant d'aller plus avant dans notre réflexion, mettons-nous d'accord sur la signification de toutes ces expressions.

La **délégation** est l'action de charger quelqu'un d'une mission avec tout pouvoir pour la remplir.

Le **transfert** est le déplacement, le transport d'un lieu à un autre selon des modalités précises. Dans la réflexion qui nous occupe, cela peut être le transfert de tâches et de compétences liées à des activités médicales vers l'infirmier. Cela pourrait aussi être le transfert de tâches du médecin vers d'autres professions paramédicales ou nou-

velles professions ou encore de l'infirmier à l'aide-soignant.

Dans le cas de la délégation, le professionnel qui délègue est responsable de ce choix et d'avoir choisi la bonne personne à qui il délègue. La responsabilité de l'exécution de l'acte repose sur celui qui l'exécute. Dans le cas de transferts de compétences vers un autre professionnel de santé, c'est ce dernier qui devra assumer la responsabilité entière de ses actes.

Le terme de "**subsidiarisation**" ajoute une notion supplémentaire. Appliquée aux soins de santé, elle consiste à "ne pas faire à un

niveau plus élevé ce qui peut l'être à qualité égale à un autre niveau". En d'autres mots, c'est "chaque professionnel à la place la plus efficiente". Ce principe plaide pour un transfert de tâches entre, par exemple, le médecin et l'infirmier si la qualité de la tâche est égale ou augmentée pour un coût moindre.

De plus en plus également, le terme "**infirmier en pratique avancée**" est utilisé. Le Conseil international des infirmières (CII) propose la définition suivante : "Une infirmière praticienne/en pratique avancée est une infirmière diplômée (*registered nurse*) qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de leur métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Le niveau de base recommandé est celui de la maîtrise"¹.

Cet article envisage le transfert de tâches et de compétences du médecin généraliste vers l'infirmier dans le cadre des soins ambulatoires. D'où son titre "Prendre la main en toute sérénité" !

¹ Berckmans G, Alvarez Irueta L, Bouzegta N, Defloor T, Peeters G, Stordeur S, et al. Différenciation de fonctions dans les soins infirmiers : possibilités et limites. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2008. KCE reports 86B (D/2008/10.273/53) p.17





Où en est-on ?

Dans le monde anglo-saxon (États-Unis et Canada), dans les années 60, sont apparues les premières expériences et études concernant la délégation de tâches ou les transferts de compétences entre professions de santé. Elles concernaient principalement l'introduction d'infirmiers dans des cabinets de soins primaires.

Au Royaume-Uni, face à une problématique de pénurie de médecins, les premières études et expériences voient le jour dans les années 70. Elles tendent avant tout à améliorer l'accès aux soins.

Les différentes expériences menées au Royaume-Uni mais aussi en France et en Belgique ont montré une extension des compétences de l'infirmier dans différents domaines : la promotion de la santé (bilans de santé, éducation à la santé, dépistage), la prise en charge de maladies chroniques (asthme, problèmes cardio-vasculaires, diabète) et de populations cibles (personnes âgées, sans-abri, jeunes mamans...), l'organisation et la coordination des soins. Dans certaines expériences, l'infirmier avait un rôle plus étendu auprès de patients poly-pathologiques ou lors de consultations "tout venant". Ces expériences suggèrent une véritable réorganisation de la première ligne.

Marie-Louise Fisettes², infirmière en maison médicale, s'interroge : pourquoi un médecin doit-il obligatoirement prescrire le type et le matériel pour qu'un infirmier, même spécialisé, puisse faire rembourser un soin de plaie ? Légalement, l'infirmier peut réaliser ce soin en toute autonomie. Ce sont "des compétences gaspillées", écrit-elle.

La question de la pertinence de la prescription médicale obligatoire pour certains actes ou traitements est aussi posée pour d'autres soins infirmiers. Le principe de subsidiarité est mis à mal. De même, de trop nombreuses situations sont encore traitées à l'hôpital alors qu'elles pourraient, de façon tout aussi efficace, être prises en charge en interdisciplinarité à domicile.

Ces exemples mettent en évidence un cadre légal et une nomenclature trop rigides et obsolètes ralentissant la mise en pratique d'une possible réorganisation des soins ambulatoires. D'autres freins existent et les partenaires eux-mêmes (professionnels de la santé et patients) ne sont pas tous prêts à accepter le changement de paradigme. "La peur de la fragmentation de la prise en charge et de la perte du lien soignant-patient" sont des craintes exprimées par les médecins, les infirmiers et les patients.³

L'UGIB a montré qu'un grand nombre d'associations professionnelles seraient

favorables au changement. En préparation de la table ronde organisée le 19 juin 2015 concernant la révision de la Loi relative à l'exercice des professions de soins de santé, elle a réalisé une mini-enquête dont les résultats montrent que 61% des associations (17 sur 28 ayant répondu) seraient d'accord que les infirmiers effectuent des tâches médicales et que 67% (18 associations sur 27) envisageraient positivement de faire exécuter des actes infirmiers par d'autres professionnels.⁴

Leviers et freins

C'est le plus souvent la pénurie annoncée des médecins généralistes qui est à l'origine de la réorganisation des soins de première ligne.

En Belgique, le cadastre des médecins réalisé par la Commission de Planification (organe d'avis officiel en la matière au sein du SPF Santé Publique) montre un déficit en médecins généralistes.⁵

² FISSETTE Marie-Louise, La délégation de tâches - la subsidiarité, Santé conjugulée - avril 2013 - n° 64

³ DISPAS Hélène, Partage des tâches entre médecins généralistes et infirmiers en première ligne de soins, Recherche de pistes applicables à un centre de santé intégré en région liégeoise, Travail de fin d'études dans le cadre du master complémentaire en Médecine Générale, Faculté de Médecine de l'Université de Liège, Année académique 2012-2013

⁴ BERCKMANS Geoffroy, Subsidiarité - Délégation, diaporama présenté lors de la Table Ronde du 19 juin 2016 "Les infirmières regardent vers l'avenir" organisée par l'UGIB

⁵ Rapport de Synthèse, PlanCAD Médecins 2004-2012, Groupe de travail médecin de la commission de planification Offre médicale et Cellule Planification des professions de soins de santé, DG Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, mai 2015. © 2015, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Ce document est également disponible sur le site internet du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement : www.health.belgium.be/hwf (=> Publications).

L'UGIB a montré qu'un grand nombre d'associations professionnelles seraient favorables au changement.

C'est principalement le manque d'attractivité de cet aspect de la médecine qui cause la pénurie. Mais c'est aussi, l'augmentation du temps médical consacré à chaque patient en raison "d'un nombre de plus en plus important de pathologies lourdes, du vieillissement de la population, du consumérisme médical, de l'augmentation de l'obligation de résultat qui remplace l'obligation de moyens, de la charge administrative et sécuritaire, d'une prise en charge sociale des patients."

Et, paradoxalement, la pénurie infirmière n'est pas un obstacle. Au contraire, le transfert de compétences et de tâches du médecin généraliste vers l'infirmier pourrait être un moyen de le valoriser au sein de la profession et ainsi d'augmenter son attractivité. Certaines études font cependant remarquer que cette redistribution des tâches ne doit pas être de "donner aux infirmiers ce que les médecins ne veulent plus faire" ou n'ont plus le temps de faire, mais doit être le résultat d'une réflexion plus large sur le sens des deux métiers et de la meilleure façon dont ils s'articulent entre eux.⁶ Quand un médecin, par exemple, prend une tension, rassure un patient ou sa famille en répondant à certaines questions, évalue certains aspects de sa santé, est-ce toujours de la médecine ? N'est-ce pas aussi de l'art infirmier ?



© reporters.be / Julien De Wilde

D'autres leviers favorisent la réorganisation de la première ligne comme la volonté de maîtriser les coûts, d'améliorer la productivité et la qualité, d'intégrer les innovations technologiques et les nouveaux programmes sanitaires...

Transferts en toute sérénité ?

Pour que cette délégation ou ces transferts de compétences ou de tâches entre médecins et infirmiers puissent fonctionner dans la plus grande sérénité, les différentes expériences étudiées ont mis en évidence quelques principes essentiels.

Il faut une **formation initiale et continue solide** aussi bien pour les infirmiers que pour les médecins. Des concepts tels que la planification, la coordination, la délégation des tâches, le travail en interdisciplinarité doivent être inscrits et être approfondis dans les cursus des formations. Les compétences à acquérir doivent être adaptées aux réalités actuelles du terrain...

Une formation en "pratique avancée" débouchant sur une spécialisation en "soins généraux" devrait préparer les infirmiers à gérer les situations complexes de la première ligne.

Ces compétences pourraient être acquises dans le cadre d'un dispositif Licence-Master-Doctorat (LMD) avec un tronc commun pluridisciplinaire permettant une meilleure préparation au travail de collaboration. Pour pouvoir bien travailler ensemble il faudrait peut-être commencer par avoir des cours ensemble ! Se connaître favorise les collaborations...

Dans ce nouveau paysage, la **collaboration étroite entre médecins-infirmiers-professionnels de la santé** ou non est également un gage d'efficacité. L'équipe multidisciplinaire travaillant dans un lieu unique ou en réseau et dont la dynamique est positive connaîtra une stimulation de ses compétences et un partage plus efficient des tâches. L'outil

6 DIDPAS Héliène, cit plus haut p 20

NEWS

Le Conseil Fédéral de l'Art Infirmier (CFAI) a mis en place deux groupes de travail : l'un s'intitule "la différenciation de fonction et réaffectation des tâches" et l'autre "Consultations et prescriptions infirmières".

L'Union Générale des Infirmières de Belgique (UGIB), dans le cadre d'une révision annoncée par la Ministre De Block de la loi relative à l'exercice des professions de soins de santé (telle que coordonnée le 10/05/2015), vient d'organiser une table ronde ayant notamment comme thèmes de discussion "la différenciation de fonction" et "la subsidiarité".

La Commission Technique de l'Art Infirmier (CTAI) a été interrogée par Laurette Onkelinx, alors Ministre de la Santé, sur l'opportunité d'enrichir la liste d'actes des aides-soignants par d'autres actes infirmiers. À son ordre du jour, elle inscrivait une question ayant trait à la redistribution de la compétence des infirmiers : "Quels soins peuvent/doivent être délégués, partagés ou laissés à d'autres professions ou des non-professionnels ?"

informatique est incontournable. Il facilite la prise de décision et la communication. La recherche constante de consensus qui tiennent compte de chaque partenaire améliore la sérénité du fonctionnement.⁷

Mais, les différentes expériences montrent également que l'implémentation et la pérennité de telles expériences dépendent grandement d'une **volonté politique et d'un appui solide des associations professionnelles**.⁸

En conclusion, je reprendrai tel quel un écrit datant déjà de 2006 : "Que pourraient devenir les soins infirmiers de première ligne ? Certaines expériences étrangères (anglaises, canadiennes, suédoises, néerlandaises) sont intéressantes et devraient être tentées chez nous. Dans ces pays, les infirmières sont les premières à évaluer l'état du patient et à éventuellement le diriger vers le médecin généraliste (fonction de "tri"/soins de première ligne), elles sont autorisées à prescrire les actes et interventions qui relèvent de l'art infirmier (réelle autonomie/respect des compétences), et elles sont autorisées à réaliser et prescrire

une liste précise d'actes médicaux et de médicaments en respectant certains protocoles réalisés en collaboration avec les sociétés de médecine générale (économie médicale). Les moyens de télécommunication modernes facilitent d'ailleurs ce type de fonctionnement. Dans ces pays, ces mesures ont évité un impact négatif de la pénurie des professions de santé sur les soins aux patients, ont amélioré le temps de détection et de réponse de la première ligne aux problèmes de santé, ont amélioré la satisfaction des patients vis-à-vis des soins de première ligne, amélioré l'image de la profession infirmière au sein de la société, augmenté le taux d'emploi dans la profession infirmière... et amélioré la perception de santé et de maîtrise de sa santé dans la population. Finalement, n'est-ce pas tout ce que nous voulons pour le patient et pour nous-mêmes ?"⁹

Allons-y ensemble en toute sérénité ! ■

7 DIDPAS Hélène, cit plus haut p 28

8 BLUFF A p46

9 LARDENNOIS Miguel, Une infirmière en première ligne... pour quoi faire ? in Santé conjugué - juillet 2006 - n° 37

BIBLIOGRAPHIE

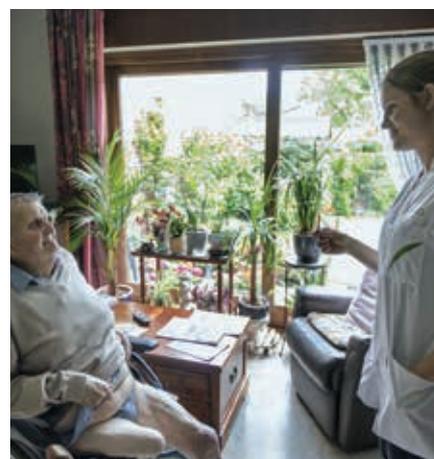
BARDOT Magali, le transfert des tâches : une solution au problème démographique des professionnels de santé, Master 2 Économie - Chargé d'Études Économiques - Université de Caen Basse-Normandie - Année universitaire 2004/2005

BERCKMANS G, ALVAREZ IRUSTA L, BOUZEGTA N, DEFLOOR T, PEETERS G, STORDEUR S, et al. Différenciation de fonctions dans les soins infirmiers : possibilités et limites. Health Services Research (HSR).

Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2008. KCE reports 86B (D/2008/10.273/53)

BUFF A. Transferts de compétences entre professionnels de santé : état des connaissances théoriques et exemples d'expérimentations. Mémoire pour l'obtention d'un DESS en économie et management de la santé - IEMS Lausanne Faculté des HEC et Faculté de Biologie et de médecine de l'Université de Lausanne - Octobre 2006

MIDY F. Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires *Revue de la littérature 1970-2002*, document de travail février 2003, publié par le Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé (CREDES). Résumé dans le Bulletin d'information en économie de la santé n°65, mars 2003, CREDES



Faut-il des assistants de pratique médicale de première ligne ?

Edgard PETERS,
Président du Conseil Fédéral de l'Art Infirmier

Depuis une quinzaine d'années et de façon cyclique, différentes universités du pays émettent des propositions pour la mise en place d'une nouvelle fonction : assistant de pratique médicale pour la première ligne. Pourquoi ? Pour apporter un soutien administratif et logistique aux médecins ainsi qu'exécuter différents "actes" actuellement assumés par les infirmiers.

La dernière proposition en date provient de la Flandre (universités, associations de médecins généralistes, enseignements...) qui a élaboré un nouveau profil de compétences professionnelles pour ce métier. Cette publication rouvre le débat de l'utilité ou non de cette nouvelle fonction.

Les propositions, que nous avons pu entrevoir au fil du temps, mentionnent généralement les mêmes compétences attendues pour l'assistant de pratique médicale pour la première ligne :

- la gestion des patients : accueil téléphonique, au cabinet...
- la planification et l'organisation des activités du cabinet du médecin
- la gestion administrative : gestion des dossiers patients et autres tâches administratives
- le soutien logistique : stocks, commandes des produits, entretien des instruments (+ stérilisation) et de l'équipement...
- le suivi financier et comptable
- l'exécution d'actes : prise de paramètres des différentes fonctions biologiques, prélèvement sanguin, prélèvement d'échantillon chez le patient...

Par la création de cette fonction d'assistant de pratique médicale, la médecine générale souhaite renforcer le soutien qui peut lui être fourni afin de répondre aux évolutions et aux changements des soins de santé (vieillesse de la population, la multimorbidité, les situations de soins complexes, le passage de soins aigus

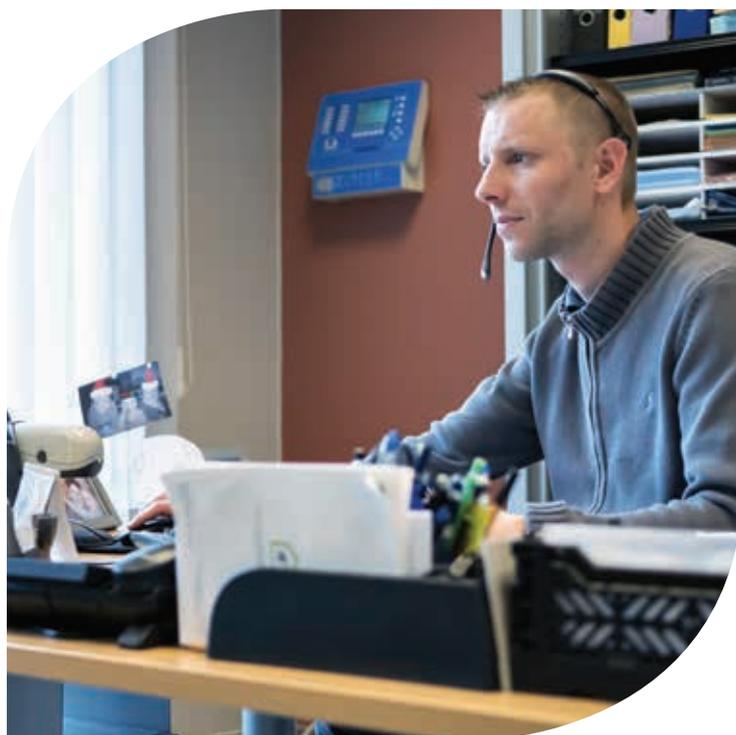
vers des soins chroniques). Et, de ce fait, répondre à l'augmentation constante des demandes de soins.

Il nous semble important de rappeler, à ce stade, différents éléments (mécanismes mis en place, avis, études ou intention politique) qui doivent être pris en compte :

1. La mise en place des Fonds d'impulsion (Impulseo I et III). Par ces Fonds, les pouvoirs publics ont la volonté de soulager les médecins généralistes des tâches administratives par le financement de travailleurs salariés dans l'accueil de

leur patientèle et la gestion quotidienne de leur cabinet ou leur permettre d'avoir recours à un télésecrétariat.

2. Le Conseil National de l'Art Infirmier (ancien Conseil Fédéral de l'Art Infirmier - CFAI) a transmis, à la demande du Ministre de la Santé publique de l'époque, un **avis relatif à la création de la fonction d'assistant de pratique médicale** (Avis 5b du 19 mai 2009) : "... *Le CNAI pense qu'il est inutile de créer une telle formation. En effet, des formations de secrétariat médical existent et enseignent la majorité des compétences*



© reporters.be / Julien De Wilde

utiles pour exercer cette fonction essentiellement administrative. Les infirmiers peuvent effectuer tous les soins nécessaires. Nous vous rappelons aussi la lettre du 03 février 2009 des syndicats médicaux qui s'opposent à l'enseignement de soins infirmiers à des non infirmiers ...".

3. L'étude "Les métiers de demain de la première ligne de soins"¹ réalisé par la Fédération des maisons médicales recommande notamment :

- recommandation V : "La fonction d'infirmier comme acteur de prise en charge globale est à renforcer. Un vaste chantier est à développer pour une redéfinition des activités que ces professionnels pourraient prendre en charge, ainsi que des compétences requises pour que ce soit possible. De préférence en concertation avec les acteurs concernés et leurs collègues";
- recommandation IX : "Plutôt que de créer de nouveaux métiers, il vaudrait mieux revaloriser les métiers existants, redéfinir les profils, adapter les formations de base et spécialisées, redistribuer les activités dévolues aux fonctions existantes, et disposer de moyens de financement plus adéquats (notamment le financement au forfait). L'avis des acteurs de terrain est utile pour cela".

4. Les protocoles d'accord signés le 24 février 2014 entre l'État fédéral et les entités fédérées concernant la relation entre les prestataires d'aide et les professionnels de santé dans leurs activités à domicile et la relation entre les professionnels travaillant dans le secteur de l'aide aux personnes en situation de handicap et les professionnels de santé.²

5. La Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) soutient l'idée de s'adjoindre les services d'un infirmier spécialisé soins chroniques pour répondre au défi de demain concernant les prises en charge des malades chroniques à domicile. La SSMG précise également que les Fonds d'Impulseo I ou III doivent être un prérequis afin

DEUX ORGANES D'AVIS

La profession infirmière comporte deux organes d'avis régis par la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé :

1. Le Conseil fédéral de l'art infirmier (CFAI) a pour tâche :

- de donner au ministre de la Santé publique, à sa demande ou d'initiative, des avis en toute matière relative à l'art infirmier et, en particulier, en matière d'exercice de l'art infirmier et des qualifications requises ;
- de donner au ministre de la Santé publique et aux autorités des communautés (compétentes en matière d'enseignement), à leur demande ou d'initiative, des avis en toute matière relative aux études et à la formation des personnes.

2. La Commission technique de l'art infirmier (CTAI) a pour mission de donner au ministre de la Santé publique, à sa demande ou d'initiative, des avis concernant les prestations techniques de l'art infirmier (B1, B2), les actes pouvant être confiés par un médecin (C) ainsi que les activités infirmières pouvant être effectuées par les aides-soignants.

de minimiser le risque que l'infirmier spécialisé ne devienne un simple secrétaire.³

6. Le soutien aux métiers de la santé de première ligne et l'organisation des soins de première ligne sont transférés aux entités fédérées dans le cadre de la 6^{ème} réforme de l'État.

7. Les conclusions de la table ronde (juin 2015) de l'Union Générale des Infirmiers de Belgique (UGIB) et de ses 42 organisations professionnelles infirmières mettent en avant que "Les infirmiers sont prêts sous certaines conditions à reprendre des tâches médicales jusque-là réservées aux seuls médecins et à déléguer des tâches infirmières à des personnes disposant d'autres qualifications".

Pour conclure, la profession infirmière comprend les difficultés rencontrées par la médecine générale et ne peut qu'être favorable à une réflexion plus large sur l'organisation de la prise en charge des patients par la première ligne. Cette réflexion doit impérativement être entamée rapidement en rassemblant l'État fédéral et les entités fédérées par l'entremise des ministres concernés, des administrations respectives, des professionnels de la santé (y compris les organes d'avis de la profession infirmière : CFAI, CTAI) et des professionnels de l'aide. De ce fait, nous pourrions mieux intégrer l'existant et l'interdisciplinarité avant d'entrevoir la création d'une nouvelle fonction qui entraînera le saucissonnage des prises en charge de chaque intervenant. ■

¹ "Les métiers de demain de la première ligne de soins" (étude réalisée à la demande du Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement), Fédération des maisons médicales, 2011, Bruxelles.

² Protocole d'accord du 24 février 2014 concernant la relation entre les prestataires d'aide et d'accompagnement des services agréés d'aide à domicile et les professionnels de santé dans leurs activités à domicile et le protocole d'accord du 24 février 2014 concernant la relation entre les professionnels travaillant dans le secteur de l'aide aux personnes en situation de handicap et les professionnels de santé (Moniteur Belge du 20 juin 2014)

³ www.ssmg.be/component/content/article/7-actualites/442-vers-une-aide-infirmiere-pour-les-soins-chroniques

Les maisons médicales : 40 années d'expériences au service de soins de santé plus équitable

Dr. Hubert JAMART,
Permanent politique de la Fédération
des maisons médicales

Une maison médicale, c'est une équipe pluridisciplinaire dispensant des soins de première ligne de qualité, accessibles, continus, globaux et intégrés qui s'adresse à l'ensemble de la population. Son action vise une approche globale de la santé, considérée dans ses dimensions physiques, mais aussi psychiques et sociales. Elle s'inscrit dans une approche de promotion de la santé et intègre les soins et la prévention.

La maison médicale s'appuie sur une dynamique de participation communautaire pour favoriser une prise de conscience critique des citoyens vis-à-vis de mécanismes qui entravent leur santé. Elle travaille en partenariat avec le réseau local.

Au sein de la maison médicale, différentes professions de santé constituent l'équipe de base d'une maison médicale : accueillant, médecin généraliste, infirmier, kinésithérapeute, travailleur social, psychologue et

psychothérapeute. Ils s'organisent dans une perspective et dans une démarche interdisciplinaire au sein d'une équipe "structurée". Plus que la pluridisciplinarité qui juxtapose plusieurs disciplines, l'interdisciplinarité tend à faire partager les savoirs des disciplines différentes, à les mettre en interaction. L'interdisciplinarité va permettre de répondre de manière plus adéquate aux besoins et aux demandes des patients, et tenir compte de la globalité de leur vécu.

À travers son action mais aussi dans son mode d'organisation autogestionnaire, la maison médicale prône un certain nombre de valeurs : la justice sociale, basée sur un principe d'équité et de solidarité ; la citoyenneté ; le respect de l'autre et l'autonomie.

Dans le cadre de sa démarche en promotion de la santé, des actions en santé communautaires, de prévention et d'éducation à la santé sont développées par l'ensemble

LES MAISONS MÉDICALES MEMBRES DE LA FÉDÉRATION EN QUELQUES CHIFFRES :

- un peu plus de 100 maisons médicales en Belgique francophone
- 220.000 patients pris en charge chaque année
- plus de 1.600 professionnels à l'écoute
- un modèle en croissance constante (6 nouvelles maisons médicales en moyenne par an)
- des groupes de patients et d'utilisateurs
- un modèle belge qui fait écho dans le monde entier



“Dans le cadre de sa démarche en promotion de la santé, des actions en santé communautaires, de prévention et d'éducation à la santé sont développées par l'ensemble des professionnels de la maison médicale, dans le but de permettre à la population de rester ou de redevenir acteur de sa santé.”

des professionnels de la maison médicale, dans le but de permettre à la population de rester ou de redevenir acteur de sa santé.

Pour ce faire, la maison médicale travaille en réseau avec des partenaires du champ de la santé en y intégrant l'ensemble des déterminants sociaux, économiques, environnementaux et culturels.

Pour terminer, deux modèles de financements sont en vigueur suivant les maisons médicales : le système traditionnel “à l'acte” et le système “au forfait”. Le système de paiement forfaitaire est pratiqué dans la majorité des maisons médicales. Il favorise la mise en œuvre de l'ensemble des missions des maisons médicales.

Dans le cadre d'un contrat signé entre le patient, son organisme assureur (mutualité) et la maison médicale, la mutualité paie à la maison médicale, tous les mois et par personne abonnée en ordre de mutuelle, une somme fixe : le “forfait”. Cette somme est allouée quel que soit le recours du patient aux services de la maison médicale. La personne inscrite ne paie alors plus lors des consultations ou visites. Ce forfait porte sur les services du médecin généraliste, de l'infirmier et du kinésithérapeute.

L'ensemble des forfaits permet à la maison médicale d'organiser les soins pour tous. Une solidarité se crée ainsi entre bien-portants et malades. ■

LA FÉDÉRATION DES MAISONS MÉDICALES

La Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones représente un mouvement pour une société plus solidaire, plus équitable et socialement juste.

Elle a pour objectif général de promouvoir une politique de santé basée sur un système de santé organisé à partir des soins de santé primaires, et en particulier de soutenir les maisons médicales constituées d'équipes pluridisciplinaires qui cherchent à fonctionner selon un modèle de centre de santé intégré (CSI).

Deux autres fédérations regroupent également des maisons médicales et poursuivent des missions similaires dans le cadre de soins de santé primaires de qualité en Belgique : la VWGC regroupe les maisons médicales néerlandophones en Flandre et à Bruxelles ; la Fédération Médecine pour le peuple qui regroupe les maisons médicales associées au PTB.



© shutterstock

L'imputabilité, une forme d'attention à soi et à autrui

Michel DUPUIS, professeur d'éthique bio-médicale - UCL

Nos interventions soignantes visent de plus en plus souvent une finalité globale, c'est-à-dire que les professionnels, ensemble mais chacun à sa place, tentent de se mettre au service du projet de vie du bénéficiaire. Ce projet de vie est une réalité complexe, constituée d'une multiplicité d'éléments, de choses importantes et aussi de détails.

Tout comme la vie en général... Et c'est bien cela qui rend délicats le métier et la manière de l'exercer des intervenants : comme dans un ensemble symphonique, chaque instrumentiste joue la partie de la partition qui lui est confiée, et sa voix propre doit s'insérer "de concert" dans une polyphonie qui risque toujours un peu de sombrer en cacophonie.

Une finalité globale, cela veut dire deux choses : en largeur et en longueur, autrement dit, cela implique que les acteurs soient différents et assez nombreux. Le projet de vie demande en effet la variété et la continuité de l'aide et des soins. Nous travaillons en équipes et en équipes pluridisciplinaires.

Nos différents métiers d'aide et de soins ne trouvent leur identité et leur signification propres que dans cette "association" ou cette convergence, et jamais seulement

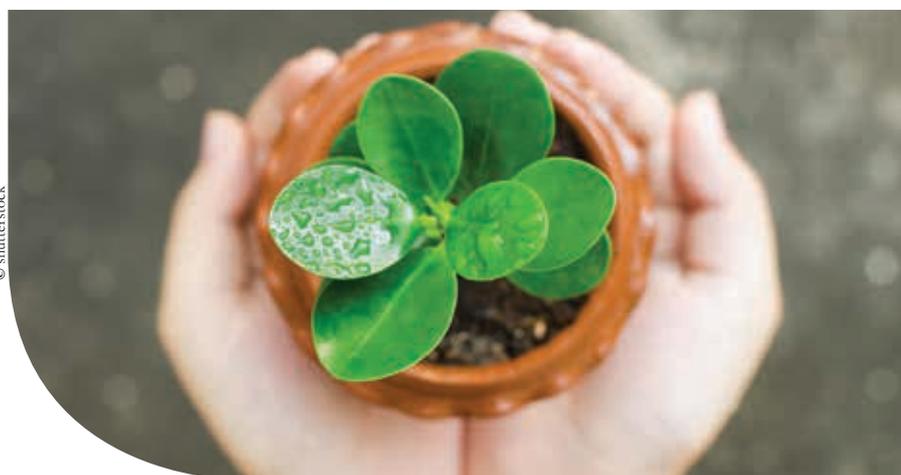
en eux-mêmes ! Et nous le sentons bien : sans aucun doute, nous pouvons être satisfait(e)s de la qualité de nos interventions individuelles, mais c'est à un niveau plus global que cela compte, et si d'aventure l'un des intervenants est moins adéquat – qu'il s'agisse du médecin, de l'aide familiale, de l'infirmier, du kinésithérapeute, sans parler du pharmacien ou du facteur... – et c'est tout le vécu du bénéficiaire qui en pâtit, et donc aussi notre projet commun d'accompagnement, de service et de soins.

Reste cependant une question importante, que l'on envisage le plus souvent sous son aspect juridique ou médico-légal, mais que je voudrais évoquer ici du point de vue de l'éthique de l'aide et du soin. Nous travaillons en équipes pluridisciplinaires, et à l'intérieur de chaque métier en nombre suffisant pour garantir la continuité de l'accompagnement, c'est bien entendu... Se pose ainsi cette question immanquable, que

je décompose en plusieurs sous-questions : dans ce type d'intervention "symphonique", chacun des intervenants reste-t-il porteur de sa responsabilité professionnelle pleine et entière ? Chacun reste-t-il conscient de son rôle ? De son caractère unique et absolu – un peu comme dans une cordée en montagne, où l'on est voué à monter ou à descendre ensemble, et où le faux-pas de chacun peut mettre tout le monde en péril ?

En termes plus techniques, on parlera de l'imputabilité, c'est-à-dire de la possibilité de rapporter à chaque intervenant sa responsabilité propre et entière, et ni plus ni moins que sa responsabilité, dans le cadre de son rôle, dans les limites du "mandat" qui est le sien. C'est un problème sérieux dans toutes les organisations un peu complexes, quelle que soit leur activité, à profit social ou autre. Car la responsabilité humaine a tendance, sinon à fondre, en tout cas à se diluer ou à disparaître dans le mélange des acteurs... Du point de vue de l'éthique, qui ne se réduit pas au point de vue juridique de la réparation d'un tort causé, par exemple, et qui n'entretient ni paranoïa ni obsession de trouver le coupable, le maintien d'une imputabilité comme souci de garder à chacun sa responsabilité claire et nette, correspond au désir de l'accompagnement de qualité et à la volonté d'éviter une négligence, une satisfaction trop facile – au fond, un abandon discret de son poste.

Toute belle (ou moins belle) action doit rester imputable à quelqu'un : c'est une marque (pas la seule !) d'un accompagnement professionnel et de qualité. ■



Brice MANY, Directeur général – FASD
Coralie DUFLOUCQ, Rédactrice en chef – FASD

Du chemin reste à parcourir ensemble pour et avec le patient

Les professionnels du domicile le savent : le médecin généraliste est un personnage central, véritable pivot dans l'amorce et la continuité de l'aide et des soins à apporter aux bénéficiaires. Figure emblématique et souvent premier interlocuteur, il a une vue globale de la situation des familles, situation qui s'étale parfois sur plusieurs générations.

Aujourd'hui pourtant, le médecin généraliste peine à trouver sa place, à être reconnu dans ce rôle pourtant attendu de lui. Tantôt assommé par la charge administrative qu'on lui impose, tantôt oublié dans des concertations qui le touchent cependant en plein, son rôle semble se diluer. Pourtant, il veut profondément continuer à faire ce pour quoi il a été formé : soigner les gens.

Et le médecin généraliste est loin d'être le seul. Pour l'ensemble des acteurs de la première ligne de soins, l'essentiel, c'est soigner le patient, l'aider, prendre soin de lui et conserver autant que possible son bien-être. Tous semblent actuellement s'accorder sur la nécessité de collaborer. Seul, isolé, on n'est que peu de chose.

Mais comment collaborer ? À l'image peut-être des maisons médicales qui s'organisent avec, en leur sein, un médecin généraliste, un infirmier, un travailleur social, un kinésithérapeute... bref, avec un petit panel de professionnels ayant chacun leurs propres compétences mais qui, avec l'interdisciplinarité qu'ils proposent, répondent de manière la plus adéquate possible aux besoins et aux demandes des patients. C'est également ce que nous essayons de faire chez Aide & Soins à Domicile, de manière différente et en fonction des réalités qui sont les nôtres... Chez nous, tout ne peut pas être regroupé en un endroit. Nous travaillons sur des territoires larges et parfois très étendus. Mais, nous restons convaincus par notre projet multi- et inter- disciplinaire.

C'est un pas, mais il faut aller un pas plus loin encore et travailler véritablement ensemble : unir les forces de tous les acteurs de la pre-



© Shutterstock

mière ligne et réussir, dans le cas des maisons médicales et de nos services par exemple, l'interdisciplinarité interne et les collaborations externes. Arrêter de penser "concurrence" et penser plutôt "partenariat". Mais, comment faire ? Bien que beaucoup soit aujourd'hui convaincus par la collaboration interprofessionnelle, il reste encore des réticences. Elles sont parfois d'ordre philosophique : difficiles de lâcher prise sur certains points car l'autre, même si sur papier en a les compétences, fera-t-il aussi bien que moi ? Elles sont parfois d'ordre politique et économique : quels soins doivent être délégués ?

La réflexion sur le rôle de chacun n'est pas nouvelle. Les termes de "transfert de tâches", de "subsidiarisation"... en sont la preuve. Il faudrait maintenant des actes concrets et faire en sorte que chaque professionnel soit à la place la plus efficiente. Il faudrait aussi que le cadre légal s'assouplisse pour que la réorganisation des soins ambulatoires soit possible. Il faudrait aussi que les formations

des médecins généralistes, des infirmiers, des aides familiales intègrent des tronc communs. Cela favoriserait sans doute les collaborations à venir. Se connaître davantage pour éviter la peur de l'autre, comprendre le métier de l'autre pour faciliter les collaborations. Collaborer, c'est valoriser les compétences de chacun, c'est faire en sorte que chacun retrouve l'essence même de ce pour quoi il a été formé. Et entretenir ces collaborations, c'est faciliter et accroître la communication entre nous.

Il faut garder à l'esprit que les professionnels de la première ligne ont tous un point commun : ils souhaitent le meilleur pour leur patient. Et c'est cette volonté qui doit nous guider, tous, ensemble, médecin généraliste, infirmier, aide familiale, aide ménagère, garde à domicile, etc. Dépassons nos résistances, nos craintes, levons nos barrières et allons ensemble convaincre nos dirigeants de la plus-value d'un travail de concert autour et avec le bénéficiaire. ■

PARTENAIRE

Solival

Un outil commun à tous les partenaires du domicile

Véronique LEGRAIN, Chargée de missions - Solival

Lorsque le domicile devient un handicap, lorsque les gestes de la vie quotidienne deviennent difficiles, une meilleure coordination des services est précieuse...

SOLIVAL DANS UNE DÉMARCHÉ TRANSVERSALE

Solival propose, depuis 1997, un service de conseils en aménagement du domicile entièrement gratuit et ouvert à tous. L'asbl s'adresse, en effet, à toute personne en perte ou en manque d'autonomie souhaitant des conseils en matière d'adaptation du domicile et de solutions matérielles. Le but : favoriser l'autonomie du bénéficiaire et un maintien au domicile dans les meilleures conditions matérielles possibles.

Les ergothérapeutes de Solival sont des spécialistes du matériel d'aide. Ils évaluent concrètement, au domicile, avec le bénéficiaire, la famille et les autres professionnels (aide familiale, kinésithérapeute, homme de métier...) les différents obstacles rencontrés et les solutions possibles.

Solival est soucieux de comprendre comment répondre plus largement aux besoins des bénéficiaires. Le besoin de recevoir une offre coordonnée et complète permettant de retourner au domicile après une hospitalisation par exemple ou de rester au

domicile dans les meilleures conditions qui soit, reste en effet la principale préoccupation des bénéficiaires. Ce sont ces ambitions qui ont motivé Solival à rejoindre l'expertise de ses partenaires et de tenter, ensemble, de mieux coordonner les différentes offres de services.

L'OUTIL DE DÉTECTION DES BESOINS

"Lors de rencontres avec les centres Aide & Soins à Domicile et la FASD, nous avons réfléchi à comment renforcer les collaborations existantes. Conscients que la collaboration ne devait pas se limiter à nos deux structures mais bien à l'ensemble des partenaires MC du domicile. Notre réflexion a été construite dans ce sens", confie Jean-Benoît Dufour, directeur de Solival.

"Pour débiter, nous nous sommes concentrés sur un objectif en particulier : définir des outils de détection des besoins et de communication simples et rapides." Le projet d'un outil commun à tous les partenaires MC domicile a ainsi vu le jour.

L'idée était d'obtenir :

- un outil universel de relais d'infos ;
- un outil présenté sous forme de carnet de prescriptions pouvant servir tant aux professionnels de notre réseau : placeur Vitatel, assistant social, infirmier, coordinateur des aides et soins à domicile, ergothérapeute... qu'aux prestataires extérieurs (médecin traitant, maison médicale, services sociaux...);
- un outil pouvant également être complété par le patient lui-même ou son entourage ;
- un premier outil efficace, simple et rapide à mettre en place pour commencer une collaboration concrète.

L'outil a été construit sous forme de carnet de coupons de prescriptions.



© Solival

L'outil a donc été construit sous forme de carnet de coupons de prescriptions. *"Chaque coupon est un outil de dépistage des besoins des bénéficiaires. Une fois complété et renvoyé au service social de la mutualité concernée, il permet une réponse adéquate et intégrée de notre réseau."*

Cet outil doit réellement servir aux praticiens de terrain. C'est pourquoi une épreuve a d'abord été éditée et est actuellement testée et évaluée par les professionnels de terrain (mutualités chrétiennes et Aide & Soins à Domicile) des trois régions pilote (Liège, Verviers et Luxembourg).

"L'évaluation terminée, nous allons, sur base des différentes remarques, affiner le document de manière à ce qu'il réponde au mieux aux besoins de chacun (du professionnel au bénéficiaire final) avant de le proposer à nos partenaires extérieurs (maisons médicales, hôpitaux...) ainsi qu'aux autres régions. De même, nous allons revoir les différentes déclinaisons de l'outil en proposant, par exemple, un outil web", conclut M. Dufour.

Où habiter à 60 ans et + ?

Gaëlle GALLET, Coordinatrice de SENOAH asbl

Le nom SENOAH, pour *SENIors, Observatoire, Accompagnement, Habitats*, résume le projet de l'asbl soutenue par la Wallonie et les Mutualités chrétienne et socialiste.

SENOAH asbl se veut au service des seniors en recherche d'un lieu de vie¹ adapté à leurs besoins et à leurs attentes. Pour ce faire, l'asbl propose, gratuitement et par téléphone, une écoute, un soutien, un conseil à toute personne âgée qui le souhaite.

Concrètement, les travailleurs sociaux écoutent les seniors et leur entourage, analysent avec eux la situation, leurs ressources (financières, personnelles, familiales, physiques, etc.). Ils soutiennent et conseillent les seniors et leur entourage dans ce cheminement souvent délicat. Sur base du projet de la personne, ils dégagent une liste d'établissements qui pourraient convenir ou orientent la personne vers les acteurs du domicile (centres de coordination de l'aide et des soins à domicile, etc.) afin que ceux-ci puissent prendre le relais et analyser la faisabilité d'un maintien à domicile. Enfin, l'intervenante socio-juridique répond à toute question juridique en lien avec les lieux de vie pour seniors et propose un conseil juridique gratuit dans la préparation du vieillissement.

Malheureusement, nombreuses sont les personnes qui entrent en maison de repos en urgence, suite à une chute, une hospitalisation. Non préparée au fait de quitter la maison, définitivement, la personne vit souvent mal cette étape. En plus, il s'agit généralement dans ce cas, de déménager dans une maison de repos que l'on n'a pas vraiment choisie et qui n'est pas forcément adaptée aux profil et souhaits de la personne.

Ainsi, l'asbl SENOAH insiste sur l'importance d'anticiper cette étape importante. Comment ? En s'informant, avant un problème de santé, sur les aides et services qui peuvent être sollicités, sur les différentes alternatives qui existent pour les seniors ; en réfléchissant à ses souhaits, ses désirs, ses refus pour l'avenir ; en dialoguant avec ses proches au sujet de ses réflexions et de ses souhaits ; en s'entourant de professionnels qui peuvent accompagner dans la réflexion et les démarches. Sa mission de sensibilisation à la nécessité de préparer un éventuel changement de lieu de vie, l'asbl souhaite la renforcer dans les mois à venir, notamment par l'organi-

sation d'ateliers de réflexion à destination des seniors, par des écrits et des événements divers.

Dans ce cadre, SENOAH a récemment lancé un projet pilote de concertation familiale autour des questions du choix du lieu de vie. Les objectifs de ce service d'écoute et de parole, de prévention et de résolution de conflits liés au changement de lieu de vie sont les suivants : créer un espace d'écoute et de dialogue, aider à vivre les ruptures liées au changement de lieu de vie de la manière la plus harmonieuse possible, maintenir le réseau social et familial.

Au final, les six lettres du nom de l'asbl SENOAH résument à elles seules un projet ambitieux qui tend à promouvoir le bien-être des seniors, via un habitat dans lequel ils se sentent bien !

PLUS D'INFOS SUR WWW.SENOAH.BE OU AU 070 246 131



¹ Par lieux de vie, nous entendons l'ensemble des logements, allant du domicile à la maison de repos, en passant par les habitats intermédiaires (habitat groupé, habitat intergénérationnel, maison d'accueil communautaire, résidence-services, court-séjour, centre d'accueil de jour, etc.)

Une expérience inédite : une prof en stage à l'ASD de Liège

Propos recueillis par Coralie DUFLOUCQ, Rédactrice en chef

Chantal Mottet est régente en économie sociale et familiale. Elle enseigne depuis 35 ans dans un établissement d'enseignement secondaire Liégeois. Il y a 6 ans, elle reçoit la charge de la section aide familiale. Un nouveau défi qu'elle décide de relever et qui la questionne. Afin de comprendre mieux ses élèves, elle a l'idée de faire elle-même des stages et ainsi plonger dans la réalité journalière des aides familiales.

Lors de son immersion à l'ASD de Liège, elle rencontre Marie Delrez, assistante sociale de formation et responsable d'une équipe de 14 aides familiales sur le secteur de Seraing et Anne Pescheur, aide familiale depuis plus de 10 ans.

Flash back sur cette expérience enrichissante.

Comment ce stage un peu particulier s'est-il mis en place ?

Qui en a eu l'idée ?

Chantal Mottet : *La demande vient de moi. Dès le moment où j'ai su que j'allais enseigner dans la section AF, j'ai commencé à me poser plein de questions. J'ai heureusement une amie AF qui m'a beaucoup aidée au début. Mais, quand mes élèves revenaient de stage et que nous débriefions, ils me racontaient ce qu'ils avaient vécu, en bien ou en mal, leurs difficultés aussi... Et, je trouvais que je n'avais pas les outils nécessaires pour les soutenir. Mon cheminement allait plus loin : quand un prof de*

maçonnerie entre dans une classe, il a déjà monté un mur de briques, il sait de quoi il parle. Moi, j'étais là à former des futures aides familiales sans jamais avoir pratiqué. Je me suis dit qu'il y avait quelque chose qui n'était pas naturel, qu'on ne pouvait pas enseigner une matière que l'on n'avait pas vue sur le terrain. L'idée d'une immersion s'est donc imposée à moi.

Comment avez-vous accueilli la proposition à l'ASD de Liège ?

Marie Delrez : *À bras ouverts évidemment ! La demande était spéciale car nous n'avons, bien malheureusement d'ailleurs, pas tous les jours des demandes comme celle-là. Mais, nous connaissions déjà Madame Mottet par l'entremise de nos collaborations pour les stages des élèves AF et nous ne prenions pas beaucoup de risques. (rires) J'ai interpellé la direction pour l'autorisation de stage et le stage lui a été accordé. L'équipe a également très bien accueilli et accepté la proposition.*

Quand mes élèves revenaient de stage et que nous débriefions, ils me racontaient ce qu'ils avaient vécu et, je trouvais que je n'avais pas les outils nécessaires pour les soutenir.

Quelle a été la "formule" choisie ?

Marie Delrez : *Nous avons fait le choix de proposer à Madame d'accompagner 3 aides familiales différentes pour les 3 jours de stage.*

3 jours de stage, est-ce suffisant ?

Chantal Mottet : *Non, ce n'est pas suffisant. C'est pourquoi j'ai poursuivi en allant faire un stage dans chaque entreprise où vont mes étudiants. Ainsi, par exemple, en 2014-2015, comme j'entendais parler de démence, j'ai effectué un stage dans une maison de repos spécialisée, une sorte de "cantou".*

Anne Pescheur : *Je pense également que ce n'est pas suffisant, mais ça donne quand même une très bonne idée pour s'imprégner des différentes tâches que nous faisons en fonction des difficultés des bénéficiaires chez qui nous nous rendons. C'est différent chez tout le monde !*



De gauche à droite :
Marie Delrez, Anne Pescheur
et Chantal Mottet

Comment le stage s'est-il déroulé ?

Anne Pescheur : *Quand Madame Mottet est arrivée, elle m'a directement demandé de la considérer comme n'importe quel autre stagiaire. Et elle s'est impliquée comme une véritable stagiaire : elle a touillé dans les casseroles, a mis la main à la pâte... Elle n'a jamais considéré son stage comme un simple stage d'observation !*

Chantal Mottet : *Mais je n'aurais pas pu être juste en stage d'observation, ce n'est pas dans ma nature. Observer, oui évidemment, mais travailler concrètement aussi, pour se rendre compte de l'étendue des tâches du métier. Je souhaitais un stage actif au même titre que mes élèves.*

L'immersion est-elle vraiment importante pour un professeur ?

Chantal Mottet : *Oui, il faut vraiment cette immersion. C'est par la pratique que l'on se connecte à la réalité, que l'on voit où se situent les difficultés des bénéficiaires et des aides familiales qui les accompagnent. On visualise mieux les choses. C'est uniquement par cet ancrage "de terrain" que je sais maintenant où je dois mettre l'accent dans mes cours, que j'identifie l'essentiel de l'accessoire dans un programme d'études...*

Il faut vraiment cette immersion. C'est par la pratique que l'on se connecte à la réalité et que l'on voit où se situent les difficultés.



© shutterstock

En fonction de votre point de vue, quel est LE point sur lequel il faut attirer l'attention des jeunes qui veulent devenir AF ?

Anne Pescheur : *La capacité d'adaptation.*

Marie Delrez : *Ne pas avoir peur de l'inconnu.*

Chantal Mottet : *Le courage oui et l'envie de communiquer. La communication avec le bénéficiaire est primordiale. Il vaut mieux une aide familiale qui ne sache pas faire une mayonnaise qu'une aide familiale qui ne sache pas communiquer.*

Anne Pescheur : *Oui, il faut le feeling. Une aide familiale doit sentir les choses : elle doit savoir parler, mais aussi sentir quand il ne faut pas parler.*

Quels souvenirs gardez-vous, chacune, de l'expérience de stage de Madame Mottet ?

Anne Pescheur : *Nous avons passé une super journée ensemble. Elle m'a même donné des trucs pour cuisiner l'œuf et faire de cet œuf quelque chose qui donne envie ! Car on mange déjà avec les yeux.*

Chantal Mottet : *Oui, l'œuf est un ingrédient pas cher et qui se trouve généralement dans les frigos. Pour ma part, un véritable souvenir de partage aussi bien avec les aides familiales qu'avec les bénéficiaires.*

Anne Pescheur : *Les bénéficiaires étaient parfois étonnés de voir un professeur... Ils disaient "Tiens, un prof qui vient chez nous ?"...*

Marie Delrez : *Moi, je dirais un renforcement de la collaboration avec Madame Mottet. Ce stage a quelque chose de valorisant pour l'équipe aussi. On sent que le prof s'intéresse réellement à ce qui se passe.*

Chantal Mottet : *Mais sans collaboration entre le professeur et l'entreprise, ça ne peut pas fonctionner ! J'en suis convaincue.*



© FASD



**AIDE & SOINS
A DOMICILE**

Partenaire Mutualité chrétienne

**Tout savoir
sur nos services,
consultez
notre nouveau site**

www.aideetsoinsadomicile.be