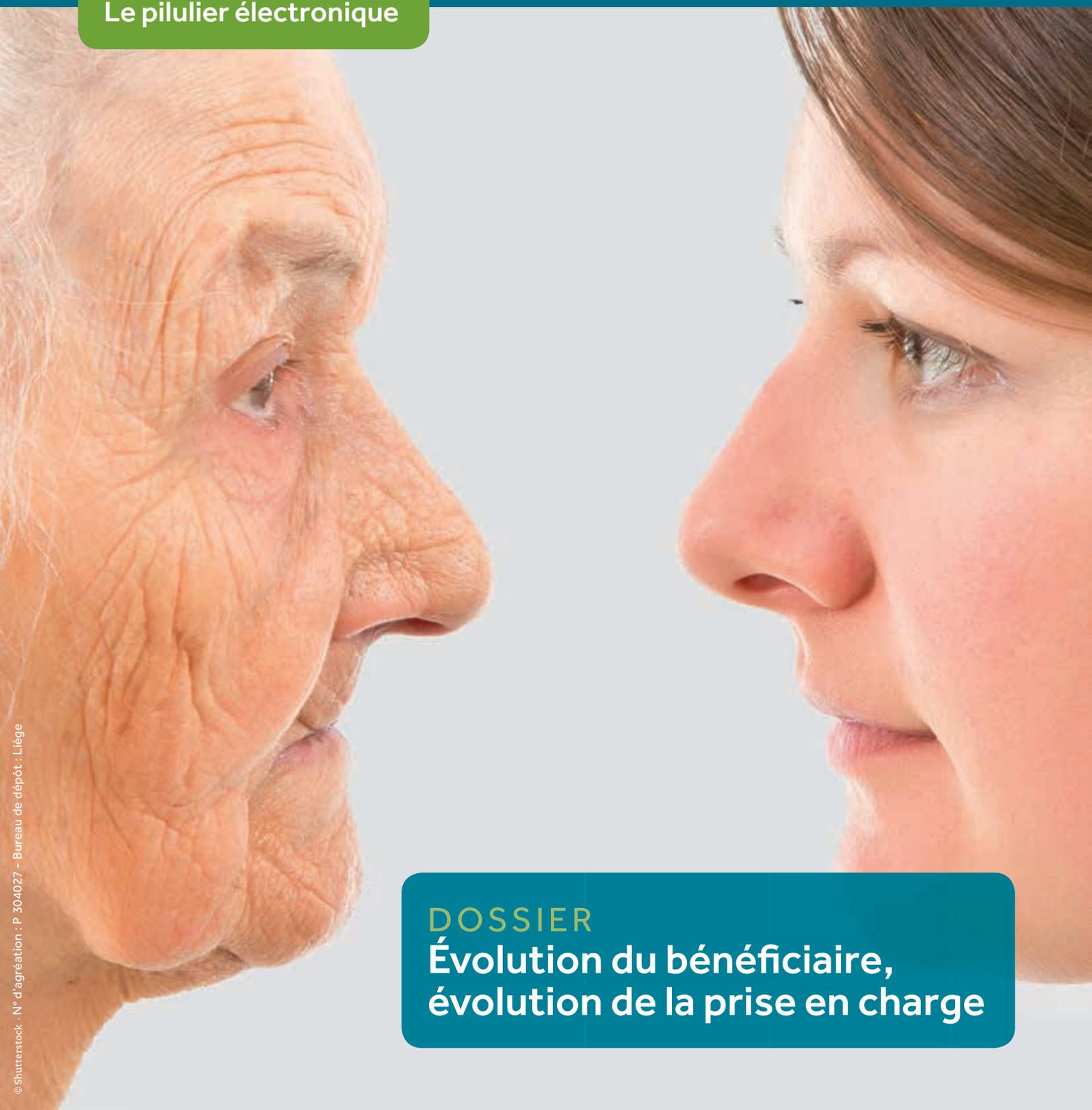


PREMIER ÉCHELON
Le pilulier électronique



DOSSIER
Évolution du bénéficiaire,
évolution de la prise en charge

Plus de transversalité et plus d'intelligence pour demain

Brice MANY, Directeur général de la FASD



© KAN communicateur/Matthel van Heessel

La période actuelle est une période charnière dans la mise en œuvre de la transversalité entre métiers de l'aide et métiers des soins. Cet élément majeur du projet ASD a pu connaître une avancée remarquable : le transfert de toute une série de toilettes des Soins Infirmiers vers les services d'Aide à la Vie Journalière et plus particulièrement des infirmiers vers les aides familiales. Si cet événement est majeur, c'est évidemment pour la dimension technique et pour la valorisation des deux métiers dont il est porteur. Il s'agit en effet d'un changement important qui mène au déploiement des métiers vers les "actes à haute valeur métier ajoutée", tant pour les infirmiers que pour les aides familiales. Mais plus important encore, il s'agit, à travers ce transfert, de développer une prise en charge globale des personnes. Ce transfert d'actes s'est accompagné d'un développement de procédés d'échanges sur la situation des bénéficiaires, avec ces derniers et entre professionnels de nos différents métiers. C'est donc l'accompagnement des personnes par Aide & Soins à Domicile qui connaît une évolution essentielle. Essentielle, oui, puisque c'est l'essence du projet de transversalité entre les métiers qui se trouve développé, amélioré, renforcé.

Et c'est la qualité de service aux personnes en perte d'autonomie qui est au cœur de ce développement. En réalité, nous avons réalisé une véritable innovation sociale à travers ce changement qui mérite notre attention et auquel nous nous devons d'accorder toute sa valeur. Et nous pouvons véritablement être fiers de cette évolution.

Face aux défis qui nous attendent, notre capacité à faire évoluer les métiers et les pratiques en nous appuyant sur ce qui fonde le projet Aide & Soins à Domicile sera notre première ressource. En effet, les effets démographiques du vieillissement se sont, davantage encore, traduits sur nos services. Étonnamment, nous n'assistons pas seulement à un accroissement de la demande de services, mais nous devons, très concrètement et tout à la fois, refuser des demandes d'aide et entendre les bénéficiaires (toujours plus nombreux) demander que nous diminuions la portée de nos interventions auprès d'eux. La question de l'accessibilité financière pourrait-elle supplanter celle des besoins en quantité de services à apporter à la population ? La question a le mérite d'être posée. Elle replace les vrais enjeux au centre des débats. Les questions de financement des services sont d'abord des questions de financement des réponses à la population. Aide & Soins à Domicile est fier de pouvoir s'adresser à tous, sans distinction de moyens financiers. Nous sommes fiers d'affirmer l'universalité de nos services. Le système de soutien des pouvoirs publics est construit sur cette base, mais nous oublions parfois que cette universalité fait partie de notre système social, notre système d'assurance sociale qui a pour but de protéger chacun.

Ces questions de financement sont évidemment centrales. Mais ce qui nous mobilise avant tout, c'est la réponse aux besoins de chaque personne et celui de la construction de services qui peuvent répondre aux besoins de toutes les personnes. Alors oui, les questions du vieillissement sont primordiales. Ce sont ces questions sur le nombre de personnes âgées à prendre en charge qui doivent être investies avec l'intelligence du cœur et pas seulement avec l'intelligence des chiffres. Nos concitoyens âgés sont des personnes, chacune différente. Les professionnels du domicile le savent mieux que quiconque, eux qui se rendent chaque jour, et parfois plusieurs fois sur une journée, au domicile des bénéficiaires. Il n'y a pas deux prestations identiques parce qu'il n'y a jamais deux moments de vie identiques.

Par contre, il est impératif de pouvoir proposer une qualité, une disponibilité qui, elle, soit identique, y compris dans sa capacité à s'adapter. Sur ces fondamentaux, nous construisons les métiers de l'avenir. Demain, les métiers seront plus informatisés, plus associés à des outils qui aident au maintien à domicile. Plus encore qu'aujourd'hui, ils seront des métiers de collaboration entre professionnels avec l'objectif d'apporter une réponse collective plutôt que des réponses, certes professionnelles, mais isolées. Cela signifie que la dimension intellectuelle, nécessaire au niveau politique, devra toujours plus se faire une place au sein des métiers du domicile. Faire passer les bonnes informations pour optimiser la prise en charge demande non seulement une bonne communication, mais elle demande surtout une bonne intelligence de la communication. Les élections sont maintenant derrière nous et le rapport de force entre les différents projets politiques permet à tous nos députés et à nos futurs ministres de s'emparer de toutes ces questions. Nous formulons cependant le souhait qu'ils le fassent avec intelligence, avec le souci d'associer nos services et de nous reconnaître comme complémentaires à l'action des pouvoirs publics. Et, parce qu'on ne peut pas faire sans, avec des moyens suffisants pour rencontrer les besoins de la population âgée.

Boire pour éviter la déshydratation

mongeneraliste.be 

Notre corps est composé de 60 à 70% d'eau. L'eau est essentielle au fonctionnement de tous nos organes ; le cerveau et les muscles en premier lieu, qui sont constitués d'eau à plus de 75%. Elle intervient dans la régulation de notre température, dans notre activité musculaire et dans notre digestion.

Elle favorise l'absorption et le transport des nutriments, élimine les déchets via les urines, etc. Tous les jours, nous éliminons de l'eau via les urines, la sueur, les selles, la respiration. La quantité de cette eau "perdue" dépend de notre taille, de nos activités, du climat, de notre mode de vie. Tous les jours, il faut fournir à notre organisme de quoi compenser ces pertes hydriques.

Les risques du manque. Ou de l'excès

Une perte d'eau non compensée par l'ingestion de boissons entraîne une **déshydratation**. Dès que la déshydratation atteint 2%, nous ne fonctionnons plus correctement et nos performances tant physiques qu'intellectuelles s'en ressentent.

Les premiers signes d'une déshydratation se repèrent dans les urines : elles deviennent plus foncées. Parmi les autres symptômes, on note une bouche et une gorge sèches, un manque d'énergie, des maux de tête et des étourdissements, une intolérance à la chaleur. À un stade plus avancé, une faiblesse musculaire survient, ainsi que des crampes, des difficultés à avaler, des douleurs lors de la miction¹, un état de confusion ou de délire. Chez les **bébés** et les **petits enfants**, le mécanisme de la soif n'est pas encore assez développé. Ils sont donc particulièrement sensibles à la déshydratation, par exemple en cas de fièvre, de diarrhée, de fortes chaleurs, etc. Lorsque la consommation d'eau est insuffisante et prolongée, on parle de déshydratation chronique. Cela arrive notamment aux **personnes âgées**, parce qu'elles ressentent moins la soif : elles risquent davantage une déshydratation, qui peut contribuer à l'apparition de troubles divers comme un état de **confusion**, de l'**apathie**², etc. Les personnes fortement déshydratées risquent aussi des troubles rénaux et digestifs (comme une constipation ou un fécalome). La déshydratation peut avoir des effets graves en raison d'une chute du volume sanguin et de la tension artérielle.

BON À SAVOIR :

- Une soif excessive (généralement associée à un volume important d'urine), qui persiste plusieurs jours, peut être un signe d'alerte de diabète.
- Un temps chaud, une activité physique intense, un allaitement, de la fièvre augmentent les besoins en eau.
- Les sportifs peuvent perdre jusqu'à 1 litre d'eau par heure d'entraînement intensif. Ils doivent boire avant, pendant et après l'effort.



© Shutterstock

Un signe facile à repérer est la persistance du pli cutané : quand on pince légèrement la peau entre ses doigts, elle garde le pli et tarde à reprendre sa forme initiale. À l'inverse, il est rare qu'une personne en bonne santé boive "trop".

Levée de verres, mode d'emploi

On conseille généralement de couvrir les besoins quotidiens en liquides en buvant entre 1,5 et 2,5 litres d'eau.

Une alimentation équilibrée en fournit environ 20%, surtout grâce aux fruits et légumes. Le reste doit provenir de nos boissons, chaudes ou froides, soit environ 8 verres (ou équivalents) par jour.

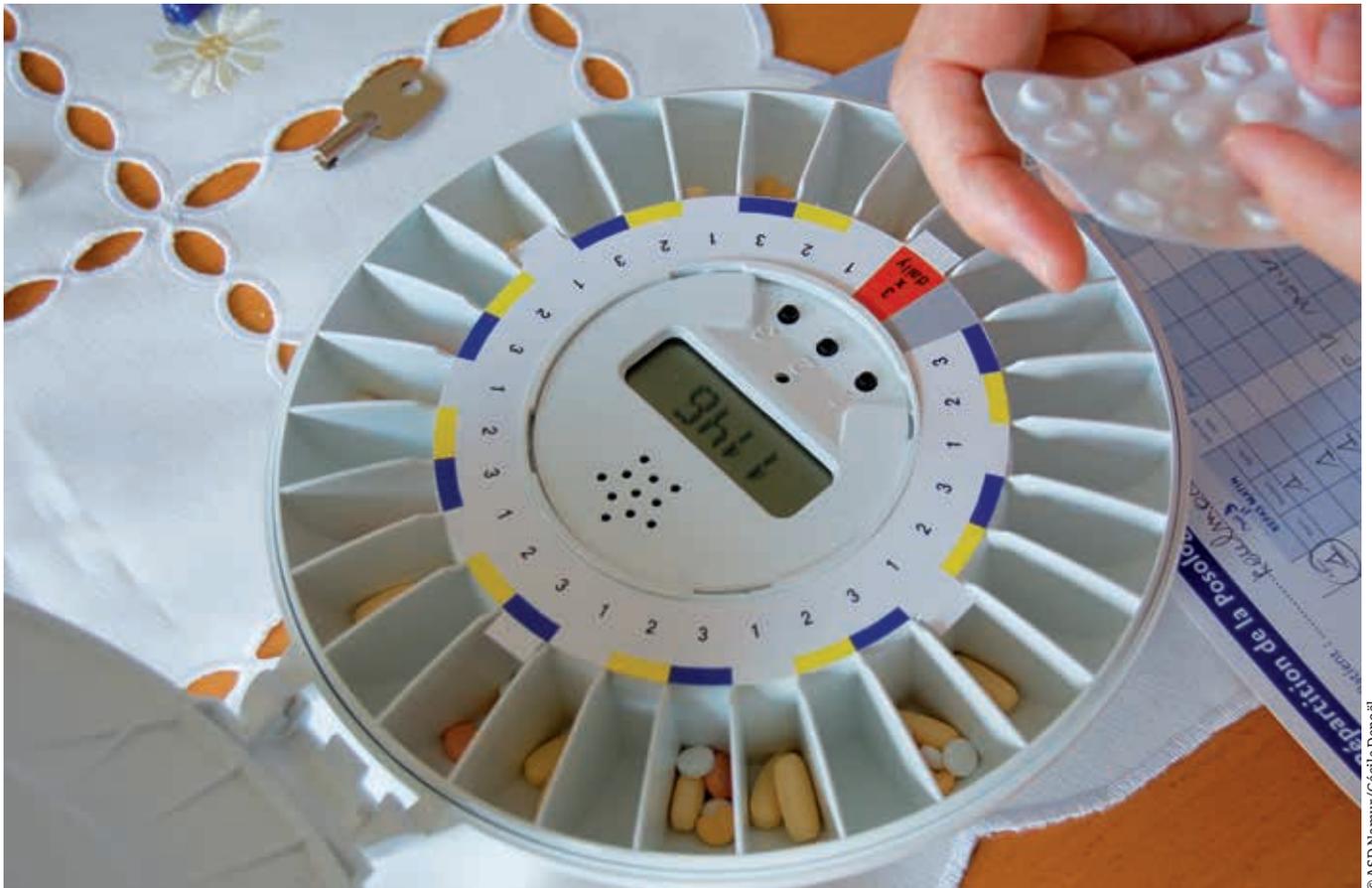
- **Compter sur son sentiment de soif pour boire est une erreur : lorsque ce signal survient, notre corps manque déjà d'eau.**
- **Prenez l'habitude de consommer de petites quantités de liquides, tout au long de la journée, sans attendre d'avoir soif.**
- **Dans notre pays, l'eau du robinet est une eau de qualité. Elle fait l'objet de contrôles quotidiens et correspond parfaitement à nos besoins, pour un coût modéré.**
- **Si l'eau de votre région a un goût chloré qui vous dérange, n'hésitez pas à y ajouter une tranche de citron ou quelques feuilles de menthe.**
- **Certaines eaux minérales, trop chargées en sels minéraux ou en sodium ne conviennent pas aux personnes hypertendues ou qui souffrent de problèmes rénaux : vérifiez les étiquettes.**

¹ miction = action d'uriner

² apathie = absence d'énergie, incapacité à réagir, mollesse.

Le pilulier télévigilant : oubliez les oublis !

Jean-François BODARWÉ, Chargé de communication ANMC



© ASD Namur/Cécile Denoël

La régularité dans la prise de médicaments chez la personne âgée ou légèrement désorientée constitue parfois un véritable défi. La prise non conforme des médicaments peut atteindre des taux allant jusqu'à 50%. Entre les oublis purs et simples et les surdosages, l'observance thérapeutique peine à être respectée.

Pour tenter d'y remédier, Vitatel, le spécialiste télé-assistance de la MC, en collaboration avec les infirmières d'Aide & Soins à Domicile, lance un pilulier télévigilant (appelé aussi "pilulier intelligent") relié à une centrale d'appels. Explications.

Le pilulier électronique n'est, en soi, pas une nouveauté. Depuis plusieurs années, différents piluliers sont proposés sur le marché. L'originalité de Vitatel réside dans l'association entre pilulier et télé-assistance.

On parle alors de pilulier télévigilant : en cas d'oubli de prise, un téléphoniste de Vitatel, écoutant qualifié, se met en contact avec le patient et lui rappelle qu'il est temps de prendre ses médicaments. Les surdosages ne sont également plus possibles : le pilulier ne s'ouvre qu'au moment de la prise des médicaments et pour la dose définie.

Retourner pour désamorcer

Comme un pilulier classique, le pilulier de Vitatel délivre, à heures définies, la médication prévue. Le patient est prévenu par une alarme qu'il est temps de prendre son traitement. "Pour avoir ses médicaments, ce dernier doit impérativement retourner l'appareil. En opérant ce mouvement, il confirme la prise de médicaments et désamorce l'alerte vers notre centrale d'appels. Si cette rotation n'est pas opérée, nos téléphonistes sont prévenus et se mettent alors en contact avec le patient ou son entourage pour lui rappeler sa prise médicamenteuse", explique Stéphane Belin, Directeur de Vitatel.

On l'aura compris, la fonction "télévigilante" du pilulier suppose l'installation préalable d'un système de télé-assistance à domicile, en particulier du récepteur sans fil de Vitatel. C'est par son intermédiaire qu'une éventuelle alerte émise par le pilulier est transmise par téléphone à la centrale Vitatel.

PREMIER ÉCHELON

Rôle des infirmières ASD

Le pilulier Vitatel est mis en place en étroite collaboration avec les centres Aide & Soins à Domicile (ASD). Ce sont des infirmières ASD qui se chargent chaque semaine de le remplir. Le pilulier comporte 28 cases, le nombre de prises de médicaments par jour ne peut donc pas excéder quatre.

"Si le médecin traitant adapte la médication en cours de traitement, le patient peut directement avertir Vitatel en utilisant son bouton d'appel de télé-assistance. Le relais sera alors fait vers l'infirmière dans les délais les plus brefs", ajoute Stéphane Belin.

Catégorie de patients bien définie

À ce stade, le pilulier de Vitatel ne s'adresse qu'à une catégorie bien définie de patients. Les patients concernés doivent répondre aux critères de la prestation Inami relative à une prise en charge infirmière pour la préparation hebdomadaire de médicaments (administrés par voie orale) : code de nomenclature 424874 de l'article 8. En clair, on parle de patients dont le diagnostic infirmier de non-observance thérapeutique est lié à au moins un des motifs suivants :

- une démence dont le diagnostic a été établi par un médecin ;
- un déficit non corrigé de la vue ;
- une médication complexe : prise de minimum 5 molécules différentes par jour réparties en minimum 3 prises quotidiennes.

Cette limitation du type de patients concernés trouve son origine dans la volonté des promoteurs du projet de maintenir l'ensemble des prestations à un coût abordable pour les patients, soit la location de l'appareil à 8 euros/mois en plus du système de télé-assistance.

Rassurer et sécuriser

Dans sa fonction de base, le pilulier délivre une médication à horaires fixes. Pour le patient et ses proches, il s'agit d'un gage de sécurité. *"Il est rassurant pour des proches de savoir qu'un aîné sera suivi sérieusement dans sa prise de médicaments.*

C'est l'assurance d'un traitement bien suivi et une garantie de plus pour un maintien à domicile sans souci", conclut Stéphane Belin.



© ASD Namur/Cécile Denoël

Plus d'informations sur le pilulier télévigilant :
www.vitatel.be/pilulier.htm ou par téléphone au 078/15 12 12.

DÉPLOYÉ APRÈS DES TESTS SÉRIEUX

Non, Vitatel ne s'est pas lancé du jour au lendemain dans l'aventure du pilulier télévigilant. Suite à un appel à projet de l'Inami, un test grandeur nature a été mené en région namuroise pendant un an et demi pour valider les différentes procédures. Il a étroitement associé l'ASD de Namur, la Clinique Saint-Luc de Bouge, Vitatel et 27 médecins généralistes. Vingt piluliers ont été mis en test. Au total, 30 patients en ont bénéficié.

Au final, l'évaluation du test s'est révélée plus que positive. La facilité d'utilisation a été particulièrement appréciée et une majorité de médecins ont pointé une nette amélioration de l'observance thérapeutique chez le patient. Du côté des patients et de leur famille, seulement trois personnes ont souhaité arrêter le service. Les autres participants ont souhaité maintenir le système via une intervention financière de leur part.

SOMMAIRE DU DOSSIER

CHANGER NOTRE REGARD SUR LE VIEILLISSEMENT
POUR CHANGER NOS FAÇONS DE FAIRE

7

COMPRENDRE, PRÉVENIR ET RÉAGIR
FACE À L'AGRESSIVITÉ : QUELQUES PISTES

9

VERS LA COMPÉTENCE INTERCULTURELLE
DANS LES SOINS ?

11

L'AIDANT PROCHE, UN PARTENAIRE AU DOMICILE

13

LES TECHNOLOGIES AU SERVICE
DES PROFESSIONNELS DU DOMICILE

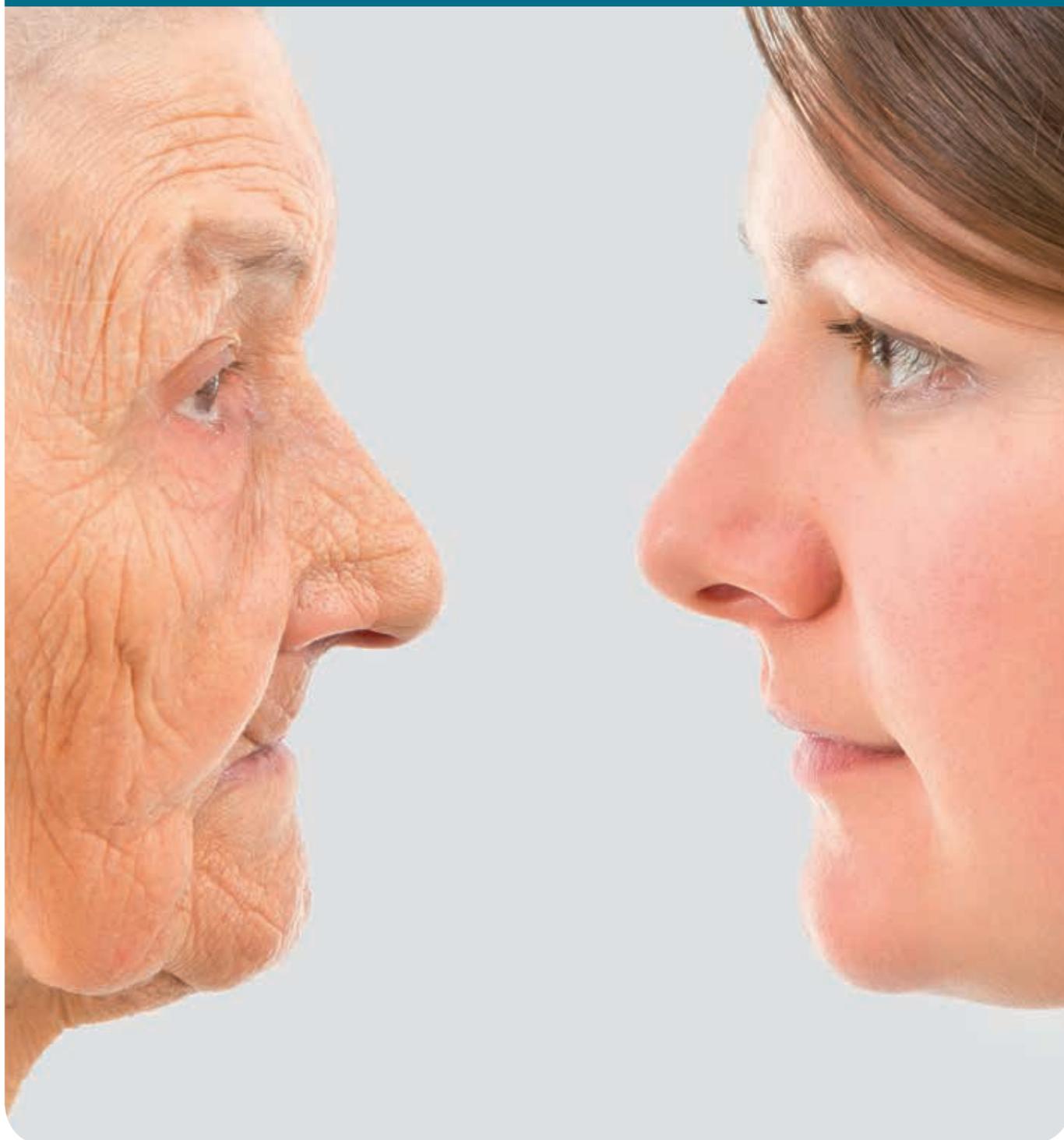
16

DES PATIENTS QUI S'INFORMENT TROP ?

18

UN DOSSIER AUX LARGES FACETTES,
DES PISTES POUR L'AVENIR

20



© Shutterstock

Changer notre regard sur le vieillissement pour changer nos façons de faire

Thibauld MOULAERT, maître-assistant HELHA (Institut Cardijn) et collaborateur scientifique à l'UCL et à l'ULG

Lors d'une récente émission radio, la présentatrice demande à ma collègue québécoise, Suzanne Garon, à quel âge est-on considéré comme une personne âgée ? Réponse classique de sociologue : "Cela dépend... Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), c'est 60 ans. Et j'entends ici en Europe que, dans un contexte de travail, on peut être vieux à 40 ans..." Puis, autre réflexe de sociologue, elle renverse la question : "L'important, c'est de se poser la question. Et surtout, de ne pas oublier les "vieux vieux"¹".

Cet échange renvoie au cadre global des "Villes amies des aînés" soutenu par l'OMS depuis 2005-2007 et particulièrement développé depuis cette époque au Québec. Son intérêt, pour un dossier sur les évolutions des bénéficiaires et des services de soins à domicile, se trouve précisément dans le dernier commentaire : "l'important c'est de se poser la question". En effet, quand on commence à s'interroger sur les bénéficiaires, quand on observe des changements possibles dans leur "prise en charge", c'est *in fine* notre propre regard de soignant qu'il s'agit d'interroger, et pourquoi pas de faire évoluer. Pour cela, je propose de suivre la piste du "vieillessement actif", en l'adaptant, afin de mettre en avant l'importance de nos représentations du vieillissement.

Partons de deux exemples. Dans son article, "Des patients qui s'informent trop ?", Patrick Tréfois suggère de prendre acte de cette nouvelle "cogestion de la santé". Au lieu d'appréhender cette évolution du "patient-acteur", mieux vaut se considérer en tant que soignant comme "partenaire du patient" puisque "cette conception n'enlève en rien au professionnel de la santé son statut d'expert et de conseiller". Quant à Stéphane Belin, il présente les technologies comme étant "au service des professionnels du domicile" et rêve, en fin d'article, à "une approche pluridisciplinaire de la prise

en charge d'une personne dépendante et à une inclusion sociale de celle-ci".

Ces deux exemples mettent en question la manière de travailler et appellent au partenariat avec le patient et avec les collègues au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Certes, par réflexe défensif bien compréhensible dans un contexte de travail sous pression, on pourrait considérer cet "appel au partenariat" ou au "travail en réseaux", comme une nouvelle sirène gestionnaire. On pourrait voir aussi dans l'évolution technologique les chantres de la nouveauté et de l'innovation pour l'innovation. Mais on peut échapper à de tels réflexes en considérant que, derrière ces deux exemples (et de manière transversale à l'ensemble du dossier), l'appel au changement pourrait être sous-tendu par une autre manière de voir et d'agir² qui n'aurait de sens que si elle fait sens localement. Considérer le patient comme un acteur à part entière ou rêver d'une approche pluridisciplinaire pourraient dès lors renvoyer au cadre du "vieillessement actif"

Née dans les années 1990, cette expression est fréquemment galvaudée. Petite sœur sémantique de l'activation, elle n'échappe pas à ses travers. Ainsi, elle ne devrait pas être réduite à l'injonction à travailler plus longtemps, sans égard aux conditions

réelles d'emploi et de travail. Comme pour l'activation, le seul fait de supposer que c'est l'individu le responsable final de sa situation offre une vision pauvre et destructrice du lien social.

Une autre critique concerne le terme même d'activité. Elle ne peut se réduire à une vision productiviste (dans ce cas, les "vieux dépendants" ne seraient plus actifs, or on sait qu'ils entretiennent des échanges, notamment émotionnels, avec leurs proches) mais gagnerait plutôt à être entendu comme "engagement". Le "vieillessement actif" deviendrait alors un "vieillessement citoyen" ou un "vieillessement intégré". Il faut se rappeler que cette vision productiviste, ciblée sur la prolongation des carrières et portée par une visée essentiellement économique et de marché³, vient de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) et de la Commission européenne (dans les années 2000). Or, depuis 2012, la vision européenne a été influencée par l'approche de l'OMS. Selon elle, le "vieillessement actif" se définit comme "le processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de la vie pendant la vieillesse. Vieillir en restant actif s'applique à toutes les personnes âgées, individuellement ou collectivement"⁴.

Dans une telle conception élargie, l'intégration renvoie aussi bien à la finalité qu'aux moyens de l'action. On entend ici par "finalité de l'action" la considération des individus vieillissants, quels que soient

¹ L'expression n'a rien de péjoratif ; elle vient de la littérature scientifique américaine qui, dès les années 1980, cherche à distinguer des catégories de personnes plus âgées. Elle s'oppose alors aux "jeunes vieux" ou "young old".

² On parle parfois de changement de "paradigme" ou de "référentiel".

³ cf. livre *Regards croisés sur l'adulte âgé* présenté dans le Contact n°138 à la rubrique "Un livre à lire".

⁴ OMS, 2002, Vieillir en restant actif. Cadre d'orientation, Madrid, OMS, p. 12.

leur état et leurs ressources, comme des citoyens à part entière de la société. Et on traduit les “moyens de l’action” par l’insistance, notamment, du travail au-delà des “silos”, que ce soit dans le cadre de l’administration en charge des questions du vieillissement ou dans le cadre des services aux personnes appelés à travailler de manière décloisonnée⁵.

L’intégration oblige aussi à “se poser la question” du rapport aux “vieux” et à l’avancée en âge que l’on véhicule dans son expérience professionnelle et personnelle. On découvre alors que ce regard, que ces représentations, sont empreints de nombreux stéréotypes âgistes, validés culturellement dans une société plus favorable au jeunisme. En conséquence, plutôt que de dichotomiser notre rapport à l’autre (avec l’idée qu’on est toujours le vieux d’un autre !), il s’agit de dialectiser : non plus penser l’un *contre* l’autre, mais l’un et l’autre comme faisant partie d’une commune humanité. On évite alors la critique, justifiée et récurrente, de la responsabilisation individualisante et destructrice du lien social.

Remettre l’intégration au cœur de la définition du “vieillessement actif” autorise aussi, et de manière paradoxale, à ne pas se laisser enfermer dans un terme... fut-il suggéré par un chercheur ! En effet, les mots n’ont de sens qu’en action. Et ce n’est que dans l’action que le “vieillessement actif” peut montrer son potentiel et, comme souligné plus haut, ses limites. Or, si ce terme est à la base d’intéressants développements en faveur des “Villes amies des aînés” à travers le monde, il fait partie d’une grande famille sémantique (vieillessement réussi, vieillissement en santé, vieillissement productif, etc.) qui cherche à renverser la vision négative de l’avancée en âge : le temps du déclin laisserait la place à une visée faite d’opportunités.

Or, les analyses critiques de ces notions nous apprennent qu’elles portent en elles-mêmes un biais invisible, biais qui augmente à mesure que les termes circulent dans la société et qu’on en perd les nuances. Ce biais concerne précisément ce renversement de vision où les stéréotypes négatifs



© Shutterstock

risquent d’être remplacés à leur tour par une vision extrêmement positive du vieillissement. Pour éviter un tel piège, le meilleur moyen est de recourir à l’“empirie”⁶. Que ce soit dans l’expérience personnelle ou dans les activités et les interactions avec les usagers, cette prise en compte du réel compose alors une image plus nuancée du vieillir, une image où la souffrance et le déclin ont leur place, mais une place parmi d’autres facteurs et circonstances qui sont, au final, le résultat d’un parcours de vie situé dans un espace et dans un temps précis.

Bref, à mesure que les sociétés prennent conscience, de manière différente, de l’“évolution de la population des aînés” qui se marque notamment par une augmentation de personnes très âgées et un report aux âges les plus élevés des troubles de la santé, à mesure que les systèmes de Sécurité sociale s’adaptent en fonction de rapports multiples entre services sociaux et soutiens familiaux, l’intérêt d’une notion comme le “vieillessement actif” est de souligner qu’il est possible de penser ces changements de manière raisonnée. J’ai tracé ici quelques pistes pour réfléchir à

un usage raisonné du “vieillessement actif”, un usage “en bonne intelligence” au sens étymologique d’une bonne compréhension de la notion, une intelligence forcément partagée et réappropriée entre professionnels et entre professionnels et usagers.

Ainsi, plutôt que de dénier les spécificités des uns et des autres (bénéficiaire, entourage, professionnel), on gagnerait à anticiper une société où chacun trouverait sa place, une société où la personne âgée, même en perte d’autonomie ou en perte de repères cognitifs et psychiques, serait vue non comme une charge mais comme un sujet avec ses capacités et ses forces. *In fine*, changer notre regard sur le vieillissement, opter pour une vision plus respectueuse et plus complexe, c’est se préparer à une société pour “tous les âges”, bénéfique à chacun tout au long de son parcours de vie.

⁵ comme l’a d’ailleurs avancé Brice Many, directeur général de la FASD dans sa Carte blanche parue dans la Libre Belgique du 25 avril 2014.

⁶ empirie = expérience vécue envisagée du point de vue conceptuel

Comprendre, prévenir et réagir face à l'agressivité : quelques pistes

Sébastien GOFFINET, Conseiller en prévention et formateur au CESI asbl

Dans les métiers de service à domicile, les prestataires sont parfois confrontés à l'agressivité de bénéficiaires qui réagissent mal à l'aide ou aux soins promulgués. La prise en charge devient plus lourde psychologiquement pour le bénéficiaire et le sentiment d'une intervention moins qualitative peut être ressentie par le professionnel. Pourquoi cette agressivité ? Comment la déceler ? Voici quelques pistes pour y faire face.

Un respect mutuel, des lieux d'écoute

L'impression d'un lien de clientélisme peut parfois être observée entre le bénéficiaire et le prestataire. Certes, un contrat lie le bénéficiaire à l'institution qui a engagé les prestataires. Le bénéficiaire paye pour un service d'aide ou de soins comme il paierait pour un service de téléphonie par exemple: "je paye donc j'ai droit et j'exige". La société de consommation dans laquelle nous vivons nous pousse, quelque part, à penser comme ça. L'adage "le client est roi" est d'ailleurs régulièrement entendu. Mais, ici, il s'agit surtout d'une prise en charge d'un soin, d'un accompagnement ou d'une aide à la réalisation d'activités de la vie journalière. Dans les métiers de l'aide et des soins à domicile, nous allons au-delà d'un "simple" rapport "client-fournisseur". L'aide et les soins à domicile sont des métiers de contact, des métiers relationnels qui demandent compréhension et respect mutuel pour que "ça marche".

Mais comment faire pour faire accepter ce lien particulier ? Travailler en amont de la prise en charge en informant les futurs bénéficiaires serait déjà un premier pas. Comment ? En communiquant sur les différentes tâches qu'un prestataire peut ou non effectuer à domicile ; en valorisant les métiers ; en faisant comprendre au grand public tout l'envers du décor des multiples métiers du domicile.

De surcroît, la proximité engendrée par l'aide apportée n'est pas toujours bien acceptée par le bénéficiaire. Elle peut être non-comprise, douloureuse et parfois intimidante. C'est d'autant plus diffi-

cile quand le bénéficiaire n'accepte pas sa situation, quand il voit "débarquer" chez lui un inconnu même si c'est "pour son bien". Comme chacun, le bénéficiaire a ses valeurs, ses limites et ses ressources. Il ressent des émotions qu'il arrive à gérer... ou pas. L'agressivité peut alors être une expression d'émotions négligées, non gérées. Ces émotions refoulées sont parfois le fait de la solitude du bénéficiaire. Quand ce dernier est seul une bonne partie de la journée, c'est seul qu'il vit des inconforts. Il ne peut donc pas partager sur le vif ses difficultés : difficulté à se mouvoir, à assouvir des besoins primaires par manque d'autonomie (comme s'hydrater ou aller aux toilettes). Ces inconforts non-résolus s'expriment à la première personne qu'il voit : l'infirmière, l'aide familiale, la garde à domicile ou l'aide ménagère est la personne qui reçoit, bon gré mal gré, le trop-plein d'émotions de la journée.

Les professionnels doivent dès lors s'armer de patience pour "apprivoiser" le bénéficiaire agressif. Pour ce faire et aider les professionnels dans les prises en charge "difficiles", il y a les réunions d'équipe.

Ces moments entre professionnels sont l'occasion d'échanger sur les bonnes pratiques, de discuter des personnes en

souffrance, de ces "cas particuliers" qui nécessitent un temps de réflexion.

Certains soins doivent, en outre, s'effectuer de manière journalière pour le bien-être de la personne. Cette régularité du soin peut être un atout pour l'acceptation de celui-ci par le bénéficiaire.

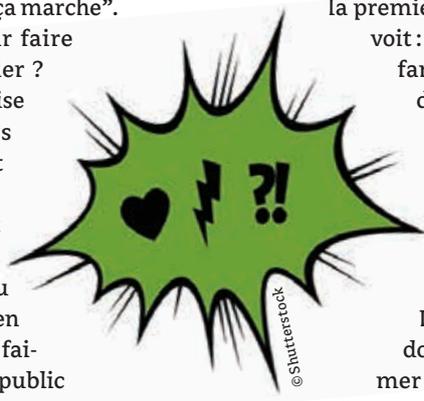
Les sources potentielles d'agressivité

Le sentiment d'un rapport clientéliste ou la difficulté de la proximité du soin peuvent être, on l'a vu, sources d'agressivité.

Certaines pathologies (dégénérescences neurologiques) peuvent également contribuer à des variations d'humeur qui risquent d'être brutales. Le bénéficiaire ne perçoit plus la réalité telle qu'elle est. Le rythme de la vie journalière passe d'une maîtrise certaine à une certaine non-maîtrise. Et un rien risque donc de perturber le bénéficiaire.

Le facteur "douleur" est aussi à prendre en considération. Celle-ci est subjective. Une douleur de type chronique peut, avec le temps, devenir fatigante et irritante. Une méconnaissance ou une absence de prise en compte de celle-ci peut rendre l'aide ou les soins difficiles.

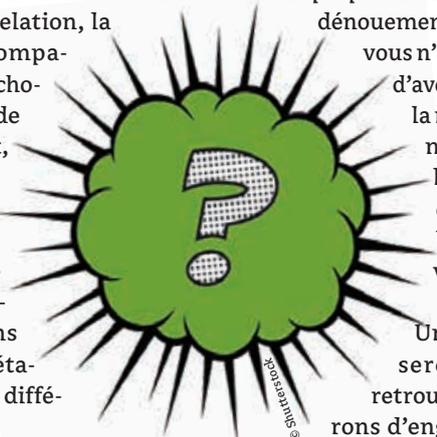
En outre, les facteurs individuels déclencheurs de l'agressivité peuvent s'additionner à ceux rencontrés par le soignant : surcharge de travail, complications lors des trajets, problèmes d'ordre privé... et provoquer un manque d'écoute ou de considération. Au même titre, le contexte social et familial jouera dans la faculté de gestion de sa vie quotidienne.



Dans tous les cas, les formations, les informations, la communication... sont autant de clés pour comprendre et gérer, en connaissance de cause, les situations voire éviter qu'un climat tendu ne s'installe.

Des pistes pour un climat serein

Afin qu'un climat serein et de confiance s'installe entre le bénéficiaire et le prestataire, quel qu'il soit, ce dernier se doit de favoriser, dans la relation, la communication accompagnée d'un soutien psychologique. Dès le début de la relation, le soignant, l'aidant, par sa fonction, se doit d'être à l'écoute et de porter "un intérêt vrai". Le bénéficiaire pourra dès lors s'exprimer sans crainte, sans jugement, ni interprétation (acceptation de la différence et empathie).



Le prestataire doit aussi développer une faculté d'observation sur l'état de tension, le confort, la douleur et les paramètres symptomatologiques. Il est profitable de se rendre disponible et d'être empreint de chaleur humaine.

Pour améliorer la communication avec les bénéficiaires, il est conseillé de rester congruent entre ce que l'on dit et ce que l'on fait. Il est évident que si vous dites "je m'occupe de vous" et que vous êtes en train de faire autre chose, cela pourrait être mal pris... Prudence également avec les coups de téléphone intempestifs.

Mais attention, rassurer ne veut pas dire banaliser, minimiser, généraliser. Les "ça va aller", "moi aussi j'ai vécu ça"... ne seront pas efficaces en face de personnes en état de stress ou de colère. Évitez donc de dire au bénéficiaire ce qu'il pense ou ressent ou devrait ressentir. Il est très important d'arriver à ce que le bénéficiaire arrive à mettre des mots sur ce qu'il ressent ou sur ce dont il a besoin, afin de ne pas rester sur un non-dit énervant. Cela l'aidera à maîtriser son agressivité. Pour ce faire, il est conseillé de comprendre son état d'esprit et de lui donner l'occasion de se calmer. Les émotions ressenties sont normales. L'expression de celles-ci permettra sans doute de lui faire prendre conscience qu'il a été

trop loin et que vous n'êtes pas responsable de la situation.

L'assertivité est cette qualité qui permet de s'exprimer sans détour mais avec considération. Elle vous sera bien utile dans la relation d'aide : il s'agit d'accepter sans nécessairement agréer. Le bénéficiaire se sent alors entendu et compris, et à vous de proposer ensuite une solution de dénouement de la situation. Et si vous n'avez pas l'impression d'avoir été compris, tentez la reformulation légèrement différente. Tout le monde n'est pas capable d'entendre de la même oreille que la vôtre.

Une fois que le climat serein est trouvé ou retrouvé, nous vous suggérons d'engager le bénéficiaire dans une collaboration aux soins (si petite soit-elle). Cette collaboration aura pour effet de l'impliquer, de l'emmener sur un autre terrain et de favoriser d'autres sujets de discussion.

Il n'existe pas une solution miracle à l'accompagnement de personnes agressives. L'attitude du soignant sera donc primordiale dans la réussite du retour au calme.

Dans cette optique, la bonne santé du soignant contribue grandement au bon déroulement de la journée de travail. Nous vous conseillons donc de prendre soin de vous (vous êtes votre principal outil !) : votre corps et votre tête. Se sentir bien favorise la prise de recul entre la vie professionnelle et la vie privée et vous permet d'assumer du mieux possible les tâches qui vous incombent dans les deux vies.

Et si...

Quand la communication ne suffit plus, il faut tenir bon, garder son calme... Maintenir ou récupérer une certaine distance qui éviterait une empoignade ou un coup involontaire. Dans ce genre de situations, il est capital de rester professionnel.

Dans la relation bénéficiaire-prestataire, répondre à l'agressivité par l'agressivité ne sera pas défendable par votre direction auprès du patient lui-même, de sa famille ou de son tuteur. Seules la légitime défense et le flagrant délit pourront, dans certaines conditions, justifier une telle réponse.

Si un incident ou accident intervient, il faut le notifier auprès de votre coordinateur de zone. Cette notification est indispensable afin de permettre à la ligne hiérarchique de prendre des mesures nécessaires pour que cela ne se reproduise plus. Des personnes de confiance sont désignées par l'employeur afin d'aiguiller le travailleur vers une bonne marche à suivre.

Pour des personnes fréquemment agressives, il est judicieux de réfléchir à une autre solution avec la famille et le médecin traitant et de mettre en œuvre la solution trouvée : présence d'un tiers lors des soins, possibilité d'un placement en institution spécialisée...

L'infirmière, l'aide familiale, la garde à domicile ou l'aide ménagère font partie intégrante de l'équipe multidisciplinaire qui gravite autour du bénéficiaire. Un cahier de communication permet de notifier tout renseignement utile à l'accompagnement optimal du bénéficiaire.

L'utile prévention

Tenter de prévenir plutôt que guérir, se donner les moyens est le fil rouge des formations proposées par le CESI. Ces formations proposent un état des lieux des difficultés ressenties par les participants, donnent des outils de prévention : communication, assertivité et gestion physique face à des bénéficiaires agressifs, gestion de ses propres émotions. Lors de ces formations, des solutions de type organisationnel et ergonomique sont envisagées.

Le CESI travaille en collaboration étroite avec la FASD au niveau de votre prévention et votre protection au travail.

N'hésitez pas à consulter notre site www.cesi.be



Vers la compétence interculturelle dans les soins ?

Johanna MACCIONI, Psychologue clinicienne,
Enseignante à l'Institut Libre Marie Haps et Formatrice à l'acn

"Le milieu du soin est devenu, dans de nombreux contextes urbains, un haut lieu d'interculturalité, où le rapport à la différence constitue un point d'achoppement, un lieu fertile de malentendus, une entrée en terre étrangère qui a sa langue et ses usages"¹.

Certains constats s'avèrent délicats à poser, voire même tabous dans le discours habituel de notre société. Ainsi, nombreux sont les soignants qui dans leur quotidien professionnel éprouvent des difficultés spécifiques de prise en charge de patients d'origine étrangère sans pour autant pouvoir les nommer. Or, nommer les difficultés permet de les aborder sous l'angle d'une compréhension nouvelle, et aussi de pistes éventuelles pour que soignants et patients puissent vivre sereinement le moment des soins. Ainsi, commençons ce propos en osant se poser, en tant que soignant, les quelques questions suivantes :

- ai-je des difficultés dans la prise en charge de patients d'origine étrangère ?
- ai-je le sentiment qu'un patient d'origine étrangère est moins bien pris en charge ?
- ai-je des moyens pour faire face à ces difficultés ?

À la première de ces questions, certains ont répondu : "C'est tellement difficile de soigner quelqu'un qui ne parle pas sa langue, on se demande vraiment ce qu'il comprend... Quels sont les rituels mortuaires qu'il faut respecter pour chacun ? On a peur de faire des gestes qui vont choquer les familles... Le patient pense que sa maladie est une punition de Dieu, qu'il doit la cacher... Que faire si les proches me demandent des nouvelles ? Le patient me demande toujours des informations relatives à ses papiers, mais je ne suis pas assistante sociale, je ne peux pas l'aider, il ne comprend pas... Ce patient croit que c'est le marabout qui

va le sauver, il va voir les soignants et pourtant il n'a pas confiance en nous... Pour ce patient en fin de vie sa famille est toujours là, elle nous surveille pour être sûre que l'on n'augmente pas les doses d'antidouleur..." Ces témoignages soulignent des "incidents critiques", moments délicats de prise en charge lors desquels un soignant peut se demander : quelle attitude adopter ? que faire ? que penser ? C'est lorsque les relations s'installent dans la durée, autour de prises en charge parfois lourdes, où il peut être question de vie ou de mort que ces incidents sont particulièrement présents. En effet, lorsqu'il est question de la mort, de la dégradation physique, du deuil des projets de vie ou du rôle social, etc., chacun peut avoir un vécu ou une image différente de ce que cela implique, et ces représentations multiples sont particulièrement influencées par notre culture d'origine².

Lors de ces incidents, ce sont en réalité deux mondes qui s'entrechoquent. Le monde du patient et celui du soignant qui a également des représentations, normes, valeurs qui se sont construites à partir de sa culture d'origine. Par ailleurs, à la culture personnelle de chaque soignant s'ajoutent les représentations liées à la culture soignante elle-même ! En effet, chaque soignant a appris, sans nécessairement s'en rendre compte, les codes d'une nouvelle culture professionnelle dans laquelle : l'habit blanc a une place particulière, les mots qu'on utilise sont choisis, les règles du lieu de soin sont connues, une équipe mul-

tidisciplinaire se répartit des fonctions, le rôle qu'on souhaiterait voir jouer par le malade est celui de quelqu'un qui croit en la science, qui ne se plaint pas trop de la douleur, qui est compliant³, reconnaissant, poli, qui comprend bien sa situation médicale, qui est autonome, etc. Cette culture professionnelle soignante fait aussi référence à des normes, des valeurs spécifiques qui participent tout autant à l'apparition des incidents que nous avons évoqués.

Parfois l'incident se termine bien mais souvent des malentendus, des tensions apparaissent, parfois des oublis, une forme d'incompliance, et les relations s'espacent, voire cessent entre patient et soignants. Plusieurs études ont tenté de déterminer si ces incidents entraînaient une différence de prise en charge pour ces patients d'origine étrangère... Autrement dit, ces études avaient notamment pour objectif de répondre à la deuxième question posée au début de notre propos. Et en effet, les inégalités au niveau de la santé existent bel et bien. Selon les auteurs hollandais Schouten et Meeuwesen, l'accès aux soins, les résultats médicaux, la compliance, le niveau de satisfaction, le nombre d'interactions, la charge affective dans la communication, l'expression des inquiétudes, symptômes, ressentis et attentes sont tous moindres pour les patients d'origine étrangère⁴.

La plupart des soignants se sentent démunis par rapport à ce constat et très peu estiment avoir des moyens pour faire face à ces situations lorsqu'elles surviennent. Pourtant... la sensibilité interculturelle que chacun peut développer est déjà une aide efficace. Prendre conscience de cette culture soignante, c'est déjà prendre un certain recul ; se rendre compte que les différences de normes et de valeurs sont nombreuses et ne peuvent être hiérarchi-

¹ Tison B. (2007). Soins et Cultures.

² Question Santé ASBL, Bruxelles Santé, "Représentations de la santé et de la maladie", n° spécial supplément du n°42, juin 2006, Bruxelles.

³ compliant = conforme, observant ; anglicisme souvent utilisé pour qualifier le bon suivi d'un traitement, au regard de sa prescription par le médecin (compliance = observance).

⁴ Schouten BC., Meeuwesen L. (2006) Cultural differences in medical communication : a review of the literature. PEC 64(1-3):21-34.

sées ou jugées est un premier pas important. Pour y parvenir, il peut être utile de mieux connaître les codes et les principales règles culturelles des personnes qui sont côtoyées le plus souvent, mais ces connaissances culturelles seront inopérantes sans cette capacité de décentration. De plus, les soignants qui sont déjà poussés à des niveaux de compétence et de technicité importants, ne peuvent de surcroît devenir des anthropologues spécialisés dans toutes les cultures ! Heureusement, dans le milieu hospitalier, les **médiateurs interculturels** et les interprètes sont des ressources importantes pour aider les praticiens à décoder un langage culturel différent du nôtre. Travailler avec des professionnels et en réseau permet de lever nombre de malentendus. Mais lorsqu'on est seul avec le patient ? Un dernier outil peut s'avérer précieux : avoir des repères clairs en matière de négociation. En s'appuyant sur les lois, par exemple sur **la loi anti-discrimination du 10 mai 2007**, sur **les droits du patient**, sur les règles fixées en équipe dans une institution particulière, on peut

parvenir à maintenir cet équilibre difficile entre poser des limites et s'adapter au cas par cas.

L'alliance de ces trois pistes : sensibilité interculturelle, compréhension du système de l'autre et négociation forment le socle des compétences interculturelles. Face aux

incidents critiques, elles permettent de réduire le risque d'erreurs de diagnostic, favorisent le dépistage et le suivi régulier des patients améliorant ainsi leur compliance et leur niveau de satisfaction⁵.

De là à améliorer également la satisfaction du soignant... il n'y a qu'un pas.

MÉDIATEURS INTERCULTURELS

Les Médiateurs Interculturels doivent être engagés à l'hôpital "en vue de prendre en compte les problèmes spécifiques de langues et les caractéristiques culturelles des patients hospitalisés." (SPF Santé Publique, 1999)

Leurs missions sont :

- interprétariat de liaison ;
- décodage culturel ;
- accompagnement des patients ;
- écoute et soutien ;
- information ;
- médiation de conflits, mise en lumière des difficultés ;
- défense des droits et des intérêts du patient.

<http://www.health.belgium.be/eportal/Myhealth/PatientrightsandIntercultural/Interculturalmediation/Mediatortasks/19067278>

LA LOI BELGE DU 10 MAI 2007

La loi belge du 10 mai 2007 interdit la discrimination fondée sur l'âge, l'orientation sexuelle, l'état civil, la naissance, la fortune, la conviction religieuse ou philosophique, la conviction politique, la conviction syndicale, la langue, l'état de santé actuel ou futur, un handicap, une caractéristique physique ou génétique ou l'origine sociale.

[http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2007051035&table_name=loi)

[language=fr&la=F&cn=2007051035&table_name=loi](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2007051035&table_name=loi)

⁵ Williamson M. & Harrison L. (2010). Providing culturally appropriate care: a literature review. *Int J Nurs Stud.*, 47(6):761-9.

⁶ Pour ce paragraphe nous nous référons au Rapport Statistique et Démographie intitulé "Migrations et populations issues de l'immigration en Belgique" publié en 2013 conjointement par le Centre pour l'Égalité des Chances et le Centre de Recherche en Démographie et Sociétés (DEMO-UCL). www.diversite.be

QUELQUES CHIFFRES BELGES

La population d'origine étrangère⁶ (comprenant les personnes de nationalités étrangères ainsi que celles qui sont devenues belges à la 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} génération) est estimée à 25% de la population totale en Belgique. Les chiffres dont nous disposons pour mesurer la hausse lors de ces dix dernières années ne concernent que les personnes qui sont de nationalité étrangère (et non d'origine étrangère). Cette hausse est de 2,4% pour la Belgique et de 7% pour Bruxelles. Parmi les 25% des personnes d'origine étrangère, environ 55% sont issues de l'Union Européenne, les Italiens, Français et Hollandais étant les plus nombreux. Depuis 2004 et l'entrée dans l'Union Européenne de nouveaux pays, l'immigration polonaise, roumaine et bulgare connaît une forte augmentation. La répartition des personnes d'origine étrangère hors EU se présente comme suit : 17% sont issues d'Afrique du Nord (principalement du Maroc), 15% sont d'origine asiatique, 7% sont issues d'Afrique Subsaharienne (principalement du Congo) et 5% sont turques. Avec ces quelques chiffres, nous pouvons nous rendre compte que les soignants travaillent au quotidien avec un public très varié culturellement.

LOI RELATIVE AUX DROITS DES PATIENTS – 22 AOÛT 2002, ARTICLE 5 :

"Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite."

L'aidant proche, un partenaire au domicile

Bernadette VAN VLAENDEREN, Présidente de l'asbl Aidants Proches

Les évolutions caractérisant à la fois les bénéficiaires et les prises en charge sont placées sous le signe de la complexité : des réalités telles que le vieillissement de la population et un contexte social qui multiplie les difficultés font que les professionnels sont de plus en plus sollicités – et ce, sur tous les fronts. Face à cela, il est primordial de pouvoir compter sur toutes les ressources présentes dans les situations rencontrées.

Un acteur - jamais occulté mais dont on se réjouit qu'il prenne de plus en plus sa pleine place - est l'entourage des personnes aidées, ces aidants proches qui constituent l'un des maillons essentiels du maintien à domicile.

Être "aidant proche" ne se décide pas. Au départ, endosser ce rôle se fait avec plus ou moins de rapidité et d'intensité au regard de la situation de vie de la personne aidée. Chez un parent vieillissant, l'aide débute par de menus services ponctuels, rendus de bon cœur. Par contre, face à une personne plus jeune qui connaît un accident de vie brutal la laissant fortement dépendante, l'aide s'impose d'emblée comme étant massive et continue et est souvent vécue comme un "tsunami". Quoi qu'il en soit, face à une perte d'autonomie de la personne aidée, rapide ou progressive, plusieurs questions traversent la vie de l'aidant : voit-il sa fonction s'installer naturellement ou bien se sent-il contraint d'accompagner son proche par l'élan affectif qui le lie à lui ? cette nouvelle tâche qui s'impose devient-elle une prise en charge, avec tout le sens du mot "charge" ? à ce stade, peut-on dissocier la "prise en charge" de celle de l'"accompagnement" ? quelle "palette de couleurs" prendra cet accompagnement ? sera-t-elle tournée vers le soin, l'aide ?

Cette réflexion est au centre de la définition de l'aidant inscrite dans la loi relative à la reconnaissance de l'aidant proche aidant une personne en situation de grande dépendance, adoptée le 3 avril 2014 en séance plénière de la Chambre¹ : "Une personne qui apporte une aide et un soutien continu ou réguliers à la personne aidée" en situation de grande dépendance. Il doit avoir développé "une relation de confiance ou de proximité, affective ou géographique, avec la personne aidée et



© DEKA

doit en outre cumuler les conditions suivantes : exercer le soutien et l'aide à des fins non-professionnelles, d'une manière gratuite et avec le concours d'au moins un intervenant professionnel et tenir compte du projet de vie de la personne aidée".

La place de l'aidant proche

Le rôle de l'aidant proche est fonction de la relation qu'il entretient avec la personne aidée et des caractéristiques individuelles de chacun. Viennent s'y ajouter l'histoire

personnelle et l'état des réseaux sociaux de la personne aidée, avant sa perte d'autonomie. Le rôle de l'aidant proche varie aussi en fonction de divers éléments : son sexe, sa situation professionnelle, son statut, sa culture...

¹Projet de loi relatif à la reconnaissance de l'aidant proche aidant une personne en situation de grande dépendance, Chambre 2013-2014, Doc. Parl. n°3439, www.lachambre.be

La place de l'aidant proche est marquée du sceau de l'ambivalence : souhait sincère d'aider la personne et envie de "souffler" de temps en temps ; volonté de transmettre sa connaissance fine de la situation, ses compétences développées au fur et à mesure de sa prise en charge et appréhension de voir d'autres intervenants procéder autrement vis-à-vis de l'aidé.

L'aidant proche a en outre la volonté d'être reconnu pour son accompagnement de la personne aidée et une envie, légitime, de se voir accorder une attention spécifique centrée sur ses besoins trop souvent occultés.

Quoi qu'il en soit, il y a une chose que l'on ne pourra jamais enlever aux aidants proches : ils sont là en permanence, au chevet de la personne aidée, depuis parfois bien longtemps. Leur plus grande attente est donc sans doute d'être reconnus dans leur statut de référent de la personne aidée : "Je peux décoder ses symptômes, liés à sa personnalité que je connais, pas vous. Surtout ne dites pas que vous le connaissez, vous ne connaissez pas mon papy qui est atteint de la maladie d'Alzheimer".

Dans ce cadre brièvement esquissé, quelle est finalement la principale préoccupation des aidants proches ? C'est la sécurité de la personne aidée. L'aidant peut s'y consacrer "corps et âme", au point d'en devenir "étouffant", de s'oublier lui-même, perdu dans la mission qu'il s'est fixée. Ce n'est que s'il est rassuré sur ce point qu'il peut, en prenant du recul, accepter de déléguer et par là-même, retrouver une partie de son identité initiale. Malheureusement, cet idéal n'est pas toujours atteint car :

- comment vivre l'alternance des prestations prises en charge par les professionnels et les temps où l'aidant est laissé à lui-même ?
- comment arriver à moduler son rôle d'aidant (une fois prestataire n°1 en l'absence des professionnels et à d'autres moments, devenir "aidé" par eux) ?
- comment concevoir ces variantes dans les créneaux de temps de prestation des uns et des autres ?
- enfin, comment arriver à se faire reconnaître en tant qu'aidant et valoriser ses "compétences" ?



Les rapports de l'aidant avec les professionnels

L'aidant revêt très vite son nouveau manteau : garant du bien-être de son proche, au-delà de sa perte d'autonomie ; amené à prendre des décisions parfois essentielles, à orienter le cours de la vie de l'aidé. Ses rapports avec les professionnels en font l'un des chaînons du système qui permet le maintien à domicile de la personne aidée. Pour autant, tant pour l'aidant que pour les professionnels, cette "co-intervention" nécessite des ajustements d'une grande finesse :

- l'aidant est-il considéré comme un proche qui n'a pas d'expertise ou, à l'inverse, comme un interlocuteur privilégié ?
- quelle écoute les professionnels accordent-ils à ce tiers ? Attentive ? Distracte ? Orientée sur les seules informations en lien avec la personne aidée ? Ou incluant aussi les doutes, la fatigue, les attentes de l'aidant pour détecter au plus vite tout risque d'épuisement ?
- quel est le rôle de l'aidant dans le système qui se met en place : coordinateur ? partenaire ? quantité négligeable ?

- comment composer avec des professionnels de tant d'horizons, porteurs chacun de missions, de limites et de cadres de travail différents ?

L'accompagnement par un tiers professionnel est un renfort mais demande beaucoup d'adaptabilité de la part de l'aidé et de l'aidant. Fort heureusement, l'évolution des pratiques est prometteuse puisqu'on vient à remettre l'individu en première ligne, après sa pathologie.

Les difficultés rencontrées par l'aidant

Outre les questions qui ont été évoquées, d'autres difficultés rencontrées par les aidants proches sont régulièrement citées :

- l'oscillation entre le souhait d'une présence professionnelle à 100% et le sentiment, lorsque ce souhait est pleinement atteint, d'être dépossédé de la situation ;
- la méconnaissance du cadre d'action d'un professionnel : où se trouve la "juste limite" entre le savoir-être et les actions de qualité permettant à l'aidé de rester dans un cadre de vie agréable, sécurisé, propre ? ;
- le coût des services professionnels mis

en place : “Comment vais-je payer le service ?” ; “Et si j’avais des moyens supplémentaires liés à ma reconnaissance d’aidant proche, est-ce que je les utiliserais pour accéder davantage aux services ? Pas certain...”

Face aux professionnels, exprimer “je n’ai pas pu ou pas su le faire”, c’est parfois avouer un échec et se charger de culpabilité.

Malheureusement, dans les situations d’accompagnement les plus complexes, l’aidant proche ne délègue généralement pas. En effet, face à la fatigue que représente la prise en charge de l’aidé, il pense, comme beaucoup d’entre nous, qu’il est moins dispendieux en termes d’énergie, de “faire soi-même” que de s’arrêter et de se pencher sur des enjeux tels que :

- conserver vaille que vaille l’équilibre familial ;
- transmettre au professionnel tout ce qu’il connaît de son proche ;
- se rassurer sur la sécurité de son proche ;
- se questionner sur ses besoins, ses limites, son avenir...

C’est là un point fondamental, sur lequel il importe d’insister : l’évolution de la situation se traduit bien souvent par un accompagnement de plus en plus lourd... Et bien souvent, ni l’aidant, constamment centré sur la diversité des tâches qu’il a à accomplir, ni le professionnel, par définition focalisé sur l’aidé, n’anticipent suffisamment les difficultés, les risques d’épuisement, la nécessité d’évoquer “l’après domicile” et les grandes décisions de vie qu’il implique.

La première condition pour ce faire serait de prendre du recul. Or pour cela, il faut avoir un temps de réflexion pour soi, avec au besoin un soutien professionnel. Il faut pouvoir s’arrêter, se confronter à ses craintes, à ses questions... Et même si l’aidant est prêt à le faire, reste la question du “comment ?” Quels sont les risques liés à cette prise de distance? “Et si après, je n’ai pas le courage de revenir dans le circuit ?”

Comme nous l’avons vu, l’accompagnement ne se prévoit pas dans un parcours de vie. Il n’en reste pas moins que le boulever-

sement est assez radical : il se traduit par un nouveau parcours de vie, sous le même toit (ou pas), une réorganisation de sa vie personnelle, de ses rythmes professionnels, sociaux et culturels en fonction de la situation, la nécessité de devoir puiser très vite dans ses réserves financières afin de compenser son indisponibilité.

Les conditions de réussite pour un partenariat “WIN-WIN” avec les professionnels du domicile

Quelques pistes doivent être explorées, pour encourager les professionnels à être toujours plus efficaces dans la relation qu’ils développent avec les aidants proches :

- Il arrive qu’une *armada* de professionnels intervienne à domicile : une communication professionnelle de qualité, respectueuse, permet d’éviter de se placer en “expert” dans les situations rencontrées. Cette attention portée à la communication doit se faire dans plusieurs directions : à la fois entre professionnels, pour une bonne transmission de l’information (éviter que les aidants proches doivent sans cesse réexpliquer...) et vis-à-vis de l’aidant, pour qu’il comprenne à qui il a à faire, ses missions, ses limites...

- Pour considérer l’aidant comme une personne à part entière, il faut pouvoir cibler ses besoins, ses attentes. Pour cela, il faut lui consacrer du temps réellement, et pas entre deux tâches à domicile qui “profitent” à la seule personne aidée. Et non seulement il faut avoir le temps de le faire mais aussi le personnel en suffisance pour cet accompagnement de qualité : deux enjeux qui relèvent des pouvoirs publics.

- Pour parvenir à une réelle considération de l’expertise de l’aidant, pour trouver la “juste distance”, des formations sont essentielles, qui doivent permettre d’être distincts sans être distants...

- Enfin, tout professionnel confronté à une difficulté de l’aidant proche, doit être en mesure de lui proposer l’appui d’un réseau professionnel de seconde ligne, qui soit un relais face à ses questions, ses difficultés.

Les enjeux autour de l’aidant proche

Depuis quelques années, un mouvement de fond voit les aidants tenter de se rencontrer pour mieux se faire (re)connaître : une reconnaissance de ce qu’ils sont, font, pour les compétences qu’ils ont développées et leur nécessaire transmission dans un partenariat de qualité avec les services professionnels.

Ces services professionnels eux-mêmes dépendent en partie du financement des pouvoirs publics. Malheureusement, face à la demande exponentielle constatée, il manque et manquera toujours de moyens alors même qu’en parallèle, la désinstitutionnalisation s’accélère... Dès lors, les temps de prestation diminuent et les professionnels sont frustrés de ne pas avoir le temps de mettre toutes leurs compétences à profit, surtout au niveau relationnel. C’est pourquoi il est impératif de questionner le nécessaire développement des services d’aide et de soins à domicile, mais aussi des services d’accompagnement avec des créneaux horaires de 100% (idem le week-end).

Ce questionnement revient à interroger nos valeurs, y compris celle de la solidarité : la solidarité ne doit pas devenir un alibi alimentant une concurrence insidieuse entre aidants et professionnels. Elle doit au contraire être la “cerise sur le gâteau”.

L’aidant étant l’un des rouages qui permet le maintien à domicile de l’aidé, comment, enfin, améliorer sa qualité de vie ? Associations et professionnels se rencontrent sur la nécessité de :

- donner les réponses à tout questionnement, d’ordre pratique, administratif et informations diverses ;
- faire connaître et encourager les alternatives de répit, développer l’accueil de jour ou le répit à domicile.

D’un point de vue législatif, un des axes de travail restant sera d’identifier les personnes qui composent ce groupe afin de progressivement lui amener droits et réponses spécifiques à la place qu’il occupe. Cette évolution sera tout le défi de l’aidant, suivant les besoins de sa fonction auprès de son proche, dans notre société du 21^{ème} siècle.

Les technologies au service des professionnels du domicile

Stéphane BELIN, Directeur de PSD VITATEL – Permanence Soins à Domicile

Dans le cadre du vieillissement de la population et des nombreux défis qui y sont liés, les technologies de l'information et de la communication sont aujourd'hui, et encore plus demain, appelées à entrer dans la vie des personnes dépendantes et auprès des collaborateurs des services de proximité. Elles peuvent apporter des aides non négligeables pour résoudre les problèmes économiques et sociaux causés notamment par la croissance démographique.

Grâce aux nouvelles technologies, les équipements deviennent "intelligents" et offrent de nouvelles perspectives dans l'aide et les soins à domicile. L'exemple du pilulier télévigilant mis en place par la FASD et PSD Vitatel illustre bien cette évolution (lire l'article page 4).

Mais avoir des technologies adaptées au bénéficiaire n'est pas suffisant. Elles doivent aussi être efficaces pour l'ensemble des intervenants et permettre de créer du lien, de mettre la famille facilement en contact avec les professionnels dans le but de combattre l'exclusion numérique.

Il n'est pas nécessaire à une personne âgée de se former à l'utilisation d'internet ou d'un smartphone mais, très simplement, elle devrait pouvoir recevoir des messages, des photos... bref : être connectée à un réseau familial ou professionnel (ses soignants) et ainsi être incluse dans les échanges numériques.

Ces technologies peuvent être classées en trois catégories :

- Les technologies utilisées par la personne dépendante pour favoriser sa qualité de vie à domicile, tant sur le plan médical que social. La téléassistance active et passive développée par Vitatel entre dans cette catégorie.
- Les technologies utilisées par les professionnels dans le contact social avec la personne à domicile ou sa famille et dans l'exercice de leur profession. Le pilulier télévigilant, les dispositifs de télé-soins ou la tablette GPS illustrent bien cette catégorie.

- Les technologies qui améliorent la gestion et la coordination d'un service, la transmission des données d'un bénéficiaire ainsi que différentes tâches administratives. Les développements personnalisés pour chaque métier, la plateforme e-Health ou la nouvelle solution de traitement informatique des demandes de soins faites en dehors des heures via le télésecrétariat de PSD en lien direct avec les données des ASD en sont des exemples.

Difficile de dire aujourd'hui comment les choses évolueront ou comment les personnes accepteront et feront entrer ces technologies dans leur quotidien. Il faudra surtout qu'elles influencent positivement la qualité de vie non seulement de la personne fragilisée mais aussi de l'ensemble des intervenants.

Il appartiendra à chacun de les accepter comme étant une opportunité dans la prolongation d'une vie à domicile de qualité et sans exclusion sociale mais aussi d'apporter un plus en termes d'efficacité aux métiers de l'aide à domicile. **Ces outils technologiques doivent libérer du temps pour le relationnel. Il est donc hors de question de remplacer l'homme par la machine.**

L'accompagnement d'une personne fragilisée nécessite une approche pluridisciplinaire où chaque intervenant apporte sa compétence, tant pour l'évaluation de la situation que pour les solutions qu'il peut proposer. L'utilisation de ces technologies peut offrir aux professionnels une meilleure organisation dans leur travail et une valeur ajoutée à l'offre de services

proposés, comme les tablettes ou le pilulier télévigilant dans le secteur des soins¹. Néanmoins, il ne faut pas perdre de vue que l'utilisation de ces technologies aura notamment pour conséquence des demandes grandissantes de formations à l'utilisation de ces dispositifs.

De nouveaux dispositifs et des collaborations intensifiées

Fort d'une expérience de 23 ans dans la téléassistance, PSD Vitatel proposera dans les prochains mois des dispositifs innovants qui apporteront, tout en jetant des ponts entre acteurs du domicile, de nouvelles réponses à des besoins actuels.

Le pilulier télévigilant est un exemple actuel et concret de dispositif innovant qui fait la part belle à une collaboration entre entreprises du médico-social. Ainsi, une fois le besoin détecté chez un patient, Vitatel organise l'installation du pilulier en collaboration avec l'infirmière ASD en charge du bénéficiaire. Chaque semaine, l'infirmière assure l'approvisionnement en médicaments du dispositif tandis que Vitatel assure la veille active et le suivi du plan thérapeutique du patient.

Viendra ensuite l'évolution de la télévigilance active (c'est-à-dire qui nécessite une action de l'utilisateur) vers des systèmes plus passifs, qui utilisent des périphériques

¹ cf. articles sur les tablettes dans le Contact n°133 (page 17) et sur le pilulier télévigilant à la page 4 de ce Contact et dans le Contact n° 132 (pages 18 et 19).

Ces outils technologiques doivent libérer du temps pour le relationnel. Il est donc hors de question de remplacer l'homme par la machine.



© ASD Namur/Cécile Denoël

pour détecter les situations potentiellement dangereuses. Ces systèmes amélioreront la sécurité et le confort de personnes en difficulté à domicile, en répondant à deux problématiques précises et connues : les chutes et les problèmes de mémoire.

Les personnes qui ont besoin d'un de ces dispositifs seront identifiées par le personnel du réseau médico-social et par les ergothérapeutes de Solival.

Pack chute et pack mémoire

Le pack "chute" est destiné aux personnes sujettes aux chutes fréquentes. Il permet une détection rapide et active d'une chute au domicile.

Le pack "mémoire" est destiné aux personnes chez qui est diagnostiquée une démence légère ou débutante.

Dans les deux cas, un ensemble de capteurs installés au domicile de la personne enregistre ses allées et venues. Si, à un moment donné, les capteurs n'enregistrent plus de déplacements conformes aux situations préprogrammées, une alarme est activée chez PSD Vitatel. Le pack "chute" inclut, en outre, un détecteur de chute (accéléromètre) porté par la personne.

L'ensemble de ces solutions constituera un véritable catalogue évolutif qui grandira au fur et à mesure des besoins détectés par le réseau professionnel et pour lesquels

une réponse technologique, accessible tant humainement que financièrement, est possible.

Terminons enfin par un souhait, celui de voir un jour se développer un outil spécifique de mise en réseau des différents acteurs du secteur médico-social incluant le bénéficiaire et ses aidants proches. Cet outil permettrait une amélioration des processus administratifs avec une plus grande réactivité, un gain de temps, une approche pluridisciplinaire de la prise en charge d'une personne dépendante et une inclusion sociale de celle-ci.

Des patients qui s'informent trop ?

Patrick TRÉFOIS, Médecin généraliste et Directeur de l'asbl Question Santé

Des professionnels de la santé expriment parfois leur irritation de rencontrer des patients qui proposent diagnostics, traitements et appréciations des soins reçus, suite à la consultation de sites web. Plutôt que regretter une époque révolue, comment réagir ?

Les dangers et inconvénients du phénomène de recherche d'informations médicales sur Internet sont aussi évoqués : informations fausses, mal comprises ou mal utilisées. Mais ces critiques sont-elles spécifiquement liées à Internet ? Et la situation actuelle ne présente-t-elle vraiment rien de positif ?

Internautas, victimes de l'abondance ?

Dans le questionnement vis-à-vis de l'information sur la santé disponible sur Internet, on peut sans doute relever un fond d'ambivalence, habituel face à toute innovation technologique : mélange d'intérêt, de curiosité, d'inquiétude, d'espoir et de méfiance. Mais au-delà de cet éventuel *a priori*, l'accessibilité d'Internet est très large, sans doute beaucoup plus que ne l'ont jamais été la presse écrite et les livres. La radio et la télévision surtout sont également des médias très répandus et très populaires. Cependant, seul Internet donne cette immédiateté de s'interroger sur un problème et de rechercher aussitôt une information et une réponse. Diverses sources estiment que plus de 70 à 80% de la population recherchent de l'information médicale en ligne.

Cependant, l'accessibilité n'est pas homogène. La fameuse fracture numérique existe bien : le niveau de revenus apparaît clairement comme le facteur le plus limitant de l'usage d'Internet, probablement tant pour des raisons d'accessibilité financière et culturelle que des soucis de (sur)vie plus préoccupants que la santé. Par contre, on observe une augmentation progressive de la proportion d'utilisateurs âgés.

Ce qui constitue probablement une difficulté majeure à la quête d'informations pertinentes est l'abondance des données disponibles. À l'époque d'or des médias



imprimés, le lecteur était confronté tout au plus à quelques unités, voire 2 à 3 dizaines de supports pour les chercheurs acharnés. Avec Internet, la moindre requête dans un moteur de recherche se solde par des milliers de résultats.

Aspects qualitatifs : fiabilité de l'information

On peut déplorer, à juste titre sans doute, la qualité médiocre et/ou le caractère commercial d'une majorité de l'information médicale sur Internet. Seule une minorité de personnes effectue un contrôle minimal de la qualité de l'information, soit par confiance excessive dans le site rencontré au hasard, soit plus souvent par manque de connaissances de critères pouvant aider à l'évaluation du site. Pour résoudre ce pro-

blème, des labels de qualité ont été créés (par exemple HONcode ou promosanenet en Communauté française) mais ils restent insuffisamment connus et se limitent aux sites qui font une demande d'attribution du label. Par ailleurs, une majorité de ces labels attestent du respect de critères éthiques, de la régularité des actualisations et de l'identification claire de l'émetteur. Ce sont évidemment déjà des éléments clés, mais la qualité des contenus au sens strict sort généralement de l'évaluation pour ces labellisations.

La probabilité d'accéder à des informations de crédibilité douteuse est renforcée par le fait que l'internaute profane use souvent de mots clés trop généraux dans un moteur de recherche.

LA QUALITÉ D'UNE SOURCE

Lorsque l'on veut évaluer la qualité d'une source, on peut citer par exemple des critères comme :

- la mention claire de l'auteur ou émetteur des informations. Elle permet d'en déduire les conflits d'intérêt et les enjeux, notamment commerciaux ;
- la rigueur scientifique de l'information ;
- la présence d'une datation de l'information ;
- l'accessibilité de l'information. Cette dernière dépend notamment de la lisibilité des textes, mais aussi de leur approche culturelle ;
- l'idéologie sous-jacente. Le lecteur est-il considéré comme objet ou sujet, comme victime ou acteur de sa santé ? Le discours est-il pétri de certitudes ou nuancé ? Est-il culpabilisant, stigmatisant, infantilisant ?

Remarquons que ces éléments, permettant d'identifier le niveau qualitatif des informations disponibles, sont valables tout autant pour Internet que vis-à-vis d'autres médias, imprimés ou audiovisuels.

En outre, les études montrent que l'internaute va rarement au-delà du 20^{ème} lien listé. Or l'attention au référencement d'un site n'est généralement pas une priorité des promoteurs de sites scientifiques ou non commerciaux.

Une influence non négligeable

Pour les internautes, des lectures fréquentes sur le web peuvent influencer les processus décisionnels : des recherches psychologiques et comportementales montrent une influence sur les perceptions et comportements. Cela peut être gênant lorsque l'information est erronée, voire tendancieuse comme sur un site "anti-vaccination".

À CONSEILLER...

Le site www.mongeneraliste.be a été initié par une association scientifique de médecins généralistes (la Société Scientifique de Médecine Générale - SSMG). C'est une source d'informations validées par des médecins et indépendante de tout intérêt commercial. Deux garanties évidentes de qualité et de fiabilité.

Mais de nombreuses personnes recueillent plutôt des renseignements pour discuter avec leur intervenant sanitaire. Des patients expriment même leur regret que leur soignant ne leur ait jamais recommandé un site Internet. Dans une enquête, une majorité des répondants pense que le prestataire de soins devrait suggérer des sources d'information de santé fiables, de la même façon qu'il délivre une ordonnance.

Certains professionnels de la santé se plaignent du recours systématique à la recherche d'informations sur la santé via Internet. Mais d'où vient donc leur irritation ? Certains évoquent l'irruption désagréable d'un tiers dans la relation médicale. Cette situation est-elle nouvelle ? Non, car nombreux seront les médecins à témoigner avoir reçu, il y a 20 ou 30 années d'ici, des patients porteurs d'un extrait d'article ou d'encyclopédie médicale, recopié sur un bout de papier ou photocopié. Internet a sans aucun doute facilité et multiplié ce comportement, mais ne l'a pas créé !

D'autres considèrent plutôt qu'il s'agit d'une réelle opportunité. Ils pensent que cela aide les patients à devenir plus compétents, à mieux interagir avec eux et que la communication en est améliorée. Et en conséquence, ils guident les patients vers une source d'information de confiance.

Par ailleurs, certains soulignent que l'anonymat (relatif) d'Internet est un avantage pour la recherche d'informations dans des domaines encore tabous ou intimes (sexualité par exemple). Ceci constitue un encouragement indéniable, plus particulièrement pour des publics comme les adolescents.

Comme on le constate, s'il est jugé inopportun par certains professionnels, le recours à Internet semble au contraire toléré voire apprécié par d'autres. Citoyens et professionnels reconnaissent ainsi que l'utilisation d'Internet peut accroître la participation d'un patient à la prise en charge de son état de santé.

Un partenariat pour la santé ?

La recherche d'information sur Internet pourrait donc être considérée selon deux regards :

- un processus de consommation plus ou moins passif, caractérisé par une soif d'informations prêtes à l'emploi, ingurgitées de manière passive et indiscriminée ;
- un processus permettant d'accroître les possibilités d'action pour soi-même, de favoriser la décision éclairée et l'autonomie.

Le droit des malades est apparu dans les années '70, et avec lui un changement de paradigme. Progressivement, dans l'inconscient collectif, le médecin n'est plus le seul qui sait la santé, le seul qui détient le pouvoir de guérir et de maintenir en bonne santé. Bien sûr, on attribue déjà à Hippocrate l'idée que "le malade doit s'opposer à la maladie avec le médecin". Mais l'évolution actuelle vers ce qu'on pourrait qualifier d'une cogestion de la santé est certaine. L'équipe soignante devient partenaire d'un patient qui est certainement le mieux placé pour déterminer ce qui est favorable à son bien-être, en termes d'objectifs de prévention et de traitement. Cette conception n'enlève en rien au professionnel de la santé son statut d'expert et de conseiller. Dans le fil de cette évolution, le recours à Internet pour s'informer sur la santé et le bien-être peut être un élément positif, à condition d'améliorer la pertinence et la qualité des informations consultées.

Un dossier aux larges facettes, des pistes pour l'avenir

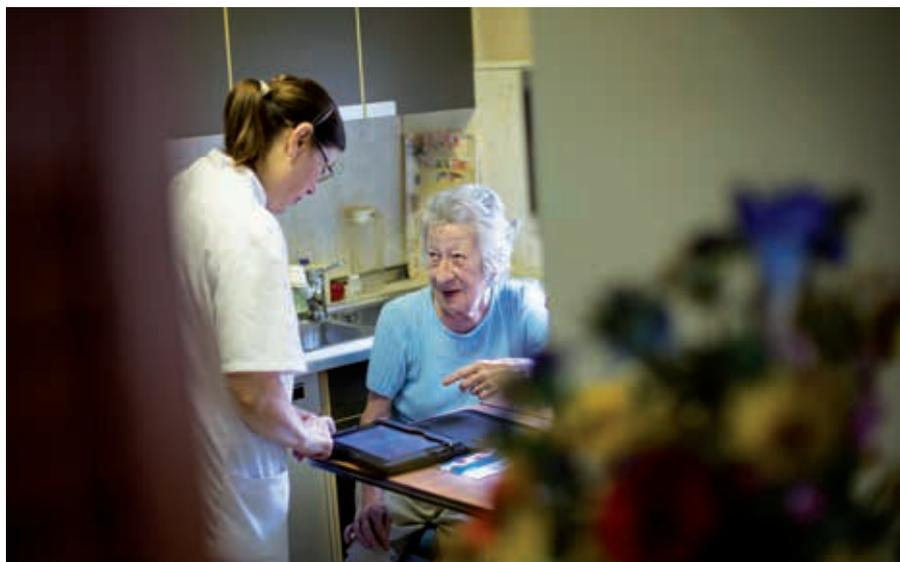
Coralie DUFLOUCQ, Rédactrice en chef de la revue Contact

Le dossier "évolution des bénéficiaires, évolution de la prise en charge" a balayé large. Les articles ont d'ailleurs engrangé toute une palette de nouvelles questions qui mériteraient chacune un nouveau développement plus pointu. En tout cas, c'est ce que nous nous sommes dits en comité de rédaction à la lecture des différents articles reçus.

Ainsi, dès l'introduction, des idées de sujets surviennent sur la société et son regard sur les personnes âgées, plus consciente aujourd'hui qu'hier des réalités liées au vieillissement de la population. Cette prise de conscience est certes capitale pour les changements à venir, mais il faut que les actions suivent. Et concrètement, qui plus est au lendemain des élections, nous nous demandons ce que va mettre en place notre société pour que chacun, jeune, moins jeune, vieux ou "vieux vieux", trouve sa place dans la dignité.

Le dossier poursuit avec le constat que les professionnels de l'aide et des soins à domicile sont parfois confrontés à des situations difficiles où les bénéficiaires n'ont trouvé d'autre moyen que l'agressivité pour s'exprimer. Quelques pistes pour prévenir et faire face ont été données dans l'article tout comme les causes éventuelles de cette agressivité. Mais, ici aussi, le sujet vaudrait la peine d'être approfondi. Des études ont-elles été menées sur le "clientélisme" en matière d'aide et de soins à domicile ? Peut-on dégager un profil type de bénéficiaires "plus agressifs" ? Les formations, les attitudes d'écoute et de compréhension, la communication sont bien évidemment des moyens pour le travail en amont de "lutte contre l'agressivité". On parle actuellement de plus en plus des "projets 107". L'agressivité est-elle plus susceptible d'augmenter avec ce public ? Quels outils seront mis en place pour nos professionnels du domicile ?

Parler des différences mériterait aussi tout un dossier tellement le sujet est intéressant et vaste. Les différences peuvent, en effet, être sociales, culturelles ou économiques. Et nos professionnels y sont confrontés quotidiennement. Comment peut-on mieux les outiller ? Ces différences sont-



© Reporters.be/Julien De Wilde

elles nouvelles ou ont-elles toujours existé ? La société actuelle est-elle mieux à même d'y répondre ?

Les prestataires du domicile travaillent de plus en plus en interdisciplinarité, en collaboration avec des partenaires et aussi avec les proches du bénéficiaire. Avec le bénéficiaire et autour de lui se crée ainsi une petite société où il est important pour que "ça marche" que chacun trouve sa juste place. Dans les prochains numéros, sujets de dossiers ou sujets pour la rubrique premier échelon, peut-être serait-il intéressant que nous nous penchions davantage encore sur le rôle de chacun : Que peut ou non faire chacun ? Comment mieux faire connaître les métiers d'Aide & Soins à Domicile et ceux de la première ligne pour que le bénéficiaire et sa famille s'y retrouvent ?

Nous ne pouvions aborder l'évolution de la société, des bénéficiaires et du travail des professionnels au domicile sans aborder les évolutions techniques et leur impact

au niveau humain (chez les bénéficiaires évidemment, mais aussi pour les prestataires)... là aussi, quel sujet passionnant ! Les machines doivent faciliter la vie du bénéficiaire voire celle de ses aidants, proches et prestataires, sans les remplacer. Nous pourrions par exemple, dans un prochain dossier, développer davantage toutes les aides techniques existantes et à venir et approfondir toutes les questions éthiques liées à ces nouvelles technologies dans la sphère précise de l'aide et des soins.

Vous l'aurez compris, le dossier de ce numéro 139 aura ouvert les esprits sur l'évolution des bénéficiaires et l'évolution de leur prise en charge. Différentes questions et prochains sujets de dossiers ont été identifiés. Les réflexions, interrogations et pistes pour outiller les professionnels de l'aide et des soins qui ont pu être abordés dans ce numéro seront, plus que probablement, traités encore plus en profondeur dans les prochains dossiers de Contact. À suivre donc !



© Reporters.be/Julien De Wilde

“Soyez le changement que vous voulez voir dans le monde”

Ghandi

Soins, cultures et croyances

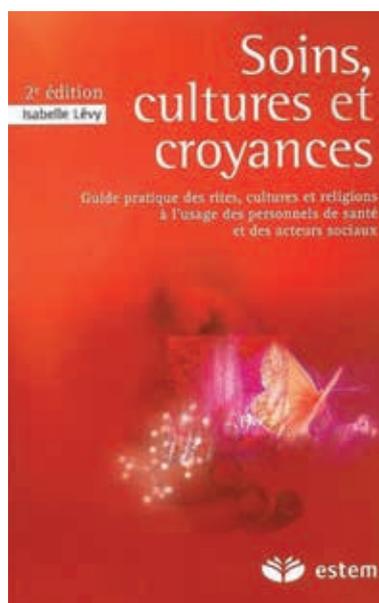
Comment réagir face à l'excision ? Qui doit se charger de la toilette funéraire d'un musulman ? Pourquoi un juif se couvre-t-il pour prier ? Comment les religions considèrent-elles l'avortement ou "tout simplement" la douleur ? Que l'on travaille en hôpital ou à domicile, comme médecin, infirmière, aide soignante, aide familiale... il est précieux de pouvoir approcher ses patients ou ses bénéficiaires en bonne connaissance de leur culture propre.

Ainsi, par exemple, le Coran interdit toute ingestion la journée pendant le mois de Ramadan. En pratique, quelle que soit leur voie d'administration, tous les traitements sont pris le soir après le coucher du soleil et avant l'aube. Les soignants doivent s'inquiéter des horaires des repas, plus encore pour les diabétiques. Pour un suivi optimal, le nombre de prises doit être limité à deux par jour. Au-delà, les patients doivent être incités à rompre le jeûne pour respecter les modalités thérapeutiques. L'appui d'un imam est parfois nécessaire.

L'approche et la gestion de la douleur varient selon les cultures. Au Maghreb et en Europe du Sud, le malade exagère la douleur pour être pris en charge : c'est le "syndrome méditerranéen". En Afrique noire et en Asie, c'est l'inverse : la personne reste stoïque malgré d'atroces souffrances. Aussi, le soignant ne doit pas uniquement se fier à la représentation physique de la douleur mais en déceler sa véritable nature.

Et la maternité ? Dans de nombreuses cultures, les futures mères sont réticentes à toute incursion masculine dans leur suivi obstétrical. Par pudeur extrême, elles se confient au personnel féminin et ne prennent pas en compte les conseils dictés par un homme. Et la toilette funéraire ? De nombreux soignants assurent la toilette funéraire de tous les défunts alors qu'ils devraient s'en abstenir pour les juifs et les musulmans. Celle-ci sera effectuée par des bénévoles pieux, du même sexe que le défunt, en chambre funéraire, avant la mise en bière.

L'ouvrage *Soins, cultures et croyances* répond, d'une façon très pratique et complète, à mille questions de ce genre, accordant une attention toute particulière aux croyances et rites religieux, puis détaillant l'attitude des religions face aux grands événements de la vie : naissance, stérilité, transfusion sanguine, maladies graves, euthanasie, don d'organe, homosexualité... Édité en 2008, il garde toute sa pertinence. Il s'adresse aux personnels de santé et aux acteurs sociaux et peut aisément se consulter comme un guide.



Soins, cultures et croyances
Isabelle Lévy
estem – De Boeck Supérieur : 2008
238 pages
± 18,50 euros

Isabelle Lévy est formatrice spécialisée dans le respect des cultures et des religions face aux soins. Elle intervient régulièrement auprès des personnels de santé (hôpitaux, maisons de retraite, soins à domicile...). Elle est l'auteur de plusieurs ouvrages, aujourd'hui de référence, rédigés autour de cette thématique.

Sources :
- journal En Marche n°1503, p. 10.
- www.promotionsante.info - rubrique «lu et vu»

Aide & Soins à Domicile Brabant wallon : la qualité au centre des réflexions

Marie-Ange PIETERS, Directrice générale de l'ASD BW et Virginie PUISSANT, Directrice Aide à la Vie Journalière de l'ASD BW

Bois des rêves, Ottignies, le 24 avril 2014. Le personnel encadrant du centre Aide & Soins à Domicile Brabant wallon s'est réuni pour une journée de réflexion sur le thème central de la Qualité.

Rassemblement des responsables des équipes de terrain, des responsables des secrétariats et des services du siège provincial, mais aussi des coordinatrices, des psychologues et des membres de la direction. Ensemble, ils ont pris le temps de s'arrêter et de sortir des préoccupations financières pour aborder la Qualité : qualité des prestations, qualité des relations et qualité de la communication.

C'est le moment !

L'idée de parler de la qualité et de réfléchir aux pratiques d'aide et de soins n'est pas neuve. En effet, la FASD organise depuis 2005 un groupe de travail axé sur la Qualité. Ce groupe a d'ailleurs édité, en 2012, une charte qui met en avant les valeurs qu'Aide & Soins à Domicile souhaite défendre. Mais l'ASD du Brabant wallon n'avait pu, en 2012, lancer un événement qualité lié à cette charte¹, préférant reporter l'événement à un moment plus calme pour se pencher pleinement sur les valeurs qui animent Aide & Soins à Domicile.

Et ce moment est venu. L'ASD du Brabant wallon a fait le choix d'y participer cette année et d'enclencher la "réflexion qualité" pour interroger ses pratiques, ses manières de faire, ses pensées. Ce 24 avril 2014 symbolisait en quelque sorte l'adhésion concrète de l'ASD à cette préoccupation essentielle. Pour animer la journée et pousser la réflexion, l'ASD du Brabant wallon avait invité Walter Hesbeen, Docteur en santé Publique. L'homme n'est pas inconnu des services d'Aide & Soins à Domicile. Il était intervenu lors du colloque Qualité organisé par la FASD en avril 2012 et co-anime actuellement les commissions Qualité avec Michel Dupuis.

Déroulement de la journée

Une participante nous explique le déroulement de la journée.

"Walter Hesbeen nous a aidés dans ce début de cheminement en retraçant ce qui a été fait ailleurs et en entamant avec nous cette réflexion. Nous avons pris un temps avec lui pour aborder, dans nos pratiques, la différence entre "faire des soins" et "prendre soin". Il nous a rappelé l'importance de restituer à l'autre, au bénéficiaire, sa place de sujet dans nos interventions. Cela peut se réaliser en accueillant l'autre dans sa singularité, en essayant d'identifier et de prendre en compte ce qui est important pour lui.

Walter Hesbeen nous soulignait le fait que nous sommes "experts" de nos savoirs, de nos techniques, etc. mais pas de l'existence de l'autre. Notre connaissance de l'être humain est trop générale pour comprendre la singularité de l'autre. Il n'y a finalement que l'autre qui peut savoir ce qui est bon lui...

Ensuite, à l'aide de la charte qualité, nous avons pris un peu de recul pour nous interroger sur les valeurs qui sont importantes pour nous au sein de notre ASD. Il est essentiel de cultiver nos valeurs pour pouvoir implanter notre Qualité.

En petits groupes, nous avons travaillé sur ces valeurs qui nous sont chères. Nous en avons ressorti différentes pistes de travail, réflexions qui permettront d'améliorer les moyens de vivre et faire vivre nos valeurs. Ce qui a été pointé de manière particulière, et qui semble être présent au travers du transfert des toilettes d'hygiène, c'est la solidarité dans la pluridisciplinarité.

Notre après-midi a ensuite été alimentée par une intervention de Catherine Thys, responsable politique Santé de la Mutualité chrétienne du Brabant wallon qui nous a permis de découvrir les besoins futurs en termes de santé de la population du Brabant wallon.

Et, afin d'améliorer la qualité de l'image d'Aide & Soins à Domicile, Jean-François Bodarwé, chargé de communication à l'ANMC, a pris un temps pour nous présenter la nouvelle charte graphique commune aux quatre acteurs du domicile, partenaires de la Mutualité chrétienne (Solival, Qualias, Vitatel et ASD)."

Les focus groupes comme suite logique

Cette journée fut riche pour tous les participants et sera suivie par la mise en œuvre de deux focus groupes constitués de prestataires de terrain. Ces focus groupes permettront de recueillir un maximum d'éléments pour poursuivre notre réflexion sur l'amélioration de la qualité dans notre asbl.



© ASD BW

¹cf. revue Contact n°131, page 34.

Construire le bien-être des personnes en perte d'autonomie

Coralie DUFLOUCQ, Rédactrice en chef de la revue Contact

Aula Magna, Louvain-la-Neuve, le 27 mars dernier. La plate-forme CIS (Convergence pour l'Innovation Sociale) organise un colloque permettant la rencontre entre des professionnels de l'aide et des soins, des acteurs de terrain, des acteurs sociaux et des académiques. Les questions de société et les besoins sociaux sont au centre des discussions de la journée avec, comme fil rouge, l'inclusion sociale.

Les constats

Le vieillissement démographique entraîne de nouvelles problématiques : l'évolution du nombre de personnes âgées, l'évolution des maladies chroniques ou encore l'évolution des besoins de la population face à son vieillissement.

C'est en rappelant brièvement ces enjeux sociétaux que Patricia Vendramin, professeur à l'Université catholique de Louvain, introduit la journée. Elle met aussi en garde sur le fait que les prises en charge ne rencontrent finalement que partiellement ces évolutions et ces besoins.

Elle souligne différents aspects à absolument prendre en compte dans les réflexions sur la construction du bien-être des personnes en perte d'autonomie : le coût de l'aide et des soins quels qu'ils soient, le nombre de professionnels qu'il faudrait pour pallier à toutes les demandes et nouveaux besoins, l'aspect qualitatif des prestations pour toujours veiller à leur respect.

Le care belge

Florence Degavre, professeur à l'Université catholique de Louvain, poursuit sur le thème du *care*. Elle souligne le phénomène de la marchandisation dans le secteur du *care*. Elle prend l'exemple des titres-services.

En Belgique, la croissance du secteur à but lucratif a été limitée au marché du titre-service. Selon l'étude comparative réalisée par Florence Degavre et Marthe Nyssens, une autre professeur de l'UCL, la Belgique aurait un régime de *care* spécifique et la marchandisation y serait moins forte qu'ailleurs.

Mais, le régime belge pourrait être menacé par la régionalisation du secteur. Florence Degavre s'interroge : dans le cadre de la régionalisation, comment optimiser l'accueil des personnes âgées tout en préservant les caractéristiques fondamentales de notre État social ? Il faudrait, selon elle :

- évaluer l'ensemble des budgets consacrés à la prise en charge de la dépendance ;
- évaluer le coût de la dépendance et faire une étude comparative (maison de repos ou aide à domicile) ;

- tirer profit du transfert de compétences vers les entités fédérées ;
- avoir une approche holistique du *care* ;
- favoriser la diversification (soutenir les projets innovants qui maintiennent les personnes dans leur milieu de vie afin de diversifier les formes d'accueil et favoriser un continuum de soins et de services).

L'évolution des métiers du domicile

Brice Many, directeur général de la Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile, enchaîne avec un exposé orienté "métiers du domicile".

L'essentiel du propos du directeur de la FASD a consisté à montrer les défis auxquels les métiers de l'aide et des soins à domicile sont confrontés dans le contexte du vieillissement de la population et du renouvellement du personnel de ces métiers : le désir d'un très grand nombre de personnes est de pouvoir vivre chez elles le plus longtemps possible ; sortir du "simple réflexe" de l'institution ; la croissance des besoins de la population en perte d'autonomie et son corollaire, le besoin croissant de personnel qualifié.

Ces défis appellent à la prévention, à une redéfinition de l'ensemble des métiers du domicile et à la création d'un métier d'aide ménagère comme métier à part entière dans la chaîne des métiers de l'aide et des soins à domicile.

Le besoin d'aide à l'entretien ménager signe souvent l'entrée dans la dépendance. C'est donc un moment charnière pour l'action des services d'aide et de soins à domicile.

Il conclut sur 3 points :

- 1) sur l'importance de l'accompagnement au quotidien, de la prise en charge précoce qui évite les crises, les dégradations rapides et la charge émotionnelle qui peut être ravageuse pour les aidants proches. Il rappelle que la question de l'accessibilité financière est une question fondamentale. Aujourd'hui, nombreux sont les bénéficiaires qui demandent une diminution de l'aide pour des raisons de moyens financiers.



© Shutterstock

2) sur la réflexion, nécessaire, à propos des évolutions qui proviennent des changements de la société : évolution de la vision de l'homme et donc du patient ; évolution des technologies... avec, en parallèle, toutes les réflexions éthiques qui y sont liées pour les métiers de l'aide et des soins à domicile.

3) sur l'importance d'une organisation en continuum. Le passage d'un service à une hospitalisation, d'une convalescence à un retour chez soi, d'une entrée en maison de repos à un retour à la maison... Tout cela doit, dans les années à venir, se vivre dans la continuité et non dans la rupture entre chaque épisode. Les services d'aide et soins à domicile ont la responsabilité de collaborer pour offrir le meilleur aux personnes qui font appel à eux.

Et pour terminer son propos, Brice Many fait un appel incontournable aux responsables politiques.

"L'inclusion sociale consiste à faire en sorte que tous les enfants et adultes aient les moyens de participer en tant que membres valorisés, respectés et contribuant à leur communauté et à la société... Cinq pierres angulaires ont été identifiées : la reconnaissance valorisée, les opportunités de développement humain, l'implication et l'engagement, la proximité, le bien-être matériel."

(Laidlaw Foundation – Toronto, Canada)

Des ateliers spécifiques

La journée s'est poursuivie par des ateliers thématiques. Les participants au colloque pouvaient choisir d'assister à 2 ateliers parmi les 4 proposés :

- Atelier 1 : L'habitat et les lieux de vie alternatifs
- Atelier 2 : La technologie au service de l'autonomie et du lien social
- Atelier 3 : Le rôle et la place des intervenants
- Atelier 4 : L'implication et la participation des personnes en perte d'autonomie

Chaque atelier apportait un éclairage spécifique sur le possible bien-être des personnes en perte d'autonomie.

Un débat politique et une conclusion

Le colloque s'est terminé par un débat entre politiques sur la question du bien-être de la personne en perte d'autonomie.

Le dernier mot de la journée a été pour Alda Greoli, secrétaire nationale de l'Alliance des Mutualités chrétiennes. Elle a résumé la journée et pointé à nouveau les différents enjeux liés à la question du bien-être des personnes en perte d'autonomie face aux 4 représentants politiques présents.

Ça déménage à Namur !

Claude RUOL, Directrice d'Aide & Soins à Domicile en Province de Namur

Le 25 avril dernier, l'ASD de Namur a emménagé dans de nouveaux locaux à Jambes après six années passées rue du Lombard au cœur du vieux Namur. Mais pourquoi ce déménagement ?

Nonobstant le charme du quartier, il est rapidement apparu que les problèmes de parking et de mobilité étaient un souci majeur et quotidien pour nos équipes de terrain. Et quand, lorsqu'il y a trois ans, la Régie des Bâtiments a annoncé son intention de construire le nouveau palais de justice sur le parking des casernes tout proche, la décision a été prise de quitter le centre de Namur pour une localisation plus accessible et surtout pourvue de suffisamment de places de parking.

Vu le prix important des locations à Namur, le choix de la construction d'un nouveau bâtiment a été fait.

Cette décision, il faut le souligner, traduit la confiance de nos instances dans l'avenir et le développement de notre ASD.

Ainsi, les travaux de construction ont démarré en décembre 2013.

Un beau projet

Situé sur un ancien site industriel, le projet s'est articulé autour des 3 axes suivants :

- l'architecture devait garder la mémoire de ce passé industriel ;
- situé dans un quartier résidentiel, il devait s'intégrer au bâti existant ;
- les matériaux et techniques mises en œuvre devaient traduire notre préoccupation et notre souci du développement durable.

Le résultat répond aux prérequis urbanistiques et à nos attentes. Ce nouveau bâtiment basse énergie repose sur une ossature bois dont la façade "métallique" et la forme des toitures rappellent le design industriel. Et les éléments de bois adoucissent l'aspect plus "brut" des matériaux métalliques.

Ce bâtiment de 1.300 m² abrite maintenant le siège social de l'ASD Province de Namur et les centres de Namur et Éghezée.

Plus de facilités

L'endroit choisi dispose de plus de 60 places de parking.... un rêve quand on vient du centre-ville ! Il comprend aussi plusieurs salles de réunion pour accueillir les réunions d'équipes et les formations.

Tous ces éléments concourent à accroître l'accessibilité de notre ASD, avec en corollaire un passage plus fréquent et régulier des travailleurs de terrain et de nos bénéficiaires et donc une amélioration de la communication.



© www.fascd.be

Proche de la gare de Jambes et d'un arrêt de bus, il est aussi accessible à notre personnel et aux bénéficiaires qui se déplacent en transport en commun.

Et ce n'est pas tout :

le centre de Walcourt déménage aussi

À la mi-mai, le centre de Walcourt a également déménagé vers des locaux situés à Philippeville. Une construction là aussi et qui s'est réalisée dans le cadre d'une co-propriété entre Aide & Soins à Domicile, la Mutualité chrétienne et le CESI. Ceux qui connaissent les anciens locaux de Walcourt savent combien ils étaient devenus vétustes et peu fonctionnels. Un changement s'imposait donc !

La localisation de Philippeville constitue un choix stratégique puisque situé au centre de l'arrondissement. Et le personnel y disposera de locaux vastes, lumineux, modernes et adaptés aux exigences techniques actuelles.

Deux beaux projets

Ces deux projets ont mobilisé beaucoup d'énergie, mais leur suivi fut passionnant.

L'objectif reste d'offrir un meilleur environnement de travail et d'améliorer l'accessibilité pour les équipes de terrain. Ce qui, nous le croyons, semble être un pari réussi !

Informations pratiques

L'inauguration des locaux de Philippeville a eu lieu les 14 et 16 juin ; celle de Jambes aura lieu, quant à elle, en octobre.

Nos nouvelles adresses :

ASD Namur, avenue de la Dame, 93 à 5100 Jambes

ASD Philippeville, rue de l'Arsenal, 7 bte 2 à 5600 Philippeville

Les numéros de téléphone restent par contre inchangés.

Une journée bien remplie !

23 mai 2014 – première journée du domicile et inauguration du centre Aide & Soins à Domicile Ath.

Aide & Soins à Domicile Ath a, vendredi 23 mai dernier, vécu sa "première journée du domicile". Exposés, animations, stands des partenaires du domicile ont envahi les différents espaces du nouveau centre de Ath. Cette journée "portes ouvertes" précédait de quelques heures l'inauguration officielle des nouveaux bâtiments de l'ASD athoise.

"Cela faisait, en effet, un moment que nous cherchions une solution pour loger les différents services de l'ASD de Ath et de l'ASD de Lessines-Engnien. N'ayant rien trouvé qui puisse nous convenir dans le bâti existant, nous nous sommes lancés dans l'aventure de la construction. Les critères d'achat du terrain : un espace suffisant et une accessibilité facile. Et nous l'avons trouvé à l'entrée de la ville!" nous confie Patrick Vanneste, Directeur général des ASD en Hainaut Picardie. *"Construit, un deuxième défi s'est alors présenté à nous : celui de réunir dans un même lieu les équipes d'Ath et de Lessines pour qu'une nouvelle dynamique de coopération entre les deux équipes puisse se développer"* poursuit-il. Sur ce point, les choses sont en bonne voie : les locaux spacieux et clairs favorisent la rencontre et la bonne humeur et chaque employé dispose d'un espace suffisant. Deux salles de réunion permettent, en outre, les formations, les groupes de travail et les discussions "patients".

Et si... l'ASD devait encore grandir, tout est déjà prêt pour construire un étage.



© ASD TALE



© ASD TALE

contact

LA REVUE DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE 34^e année • n°139 • avril - mai - juin - juillet 2014

> **Éditeur responsable** : Brice Many > **Rédactrice en chef** : Coralie Dufloucq > **Comité Scientifique** : Nathalie Bazdoulj, Brigitte Decarpentrie, Francine Duchâteau, Valérie Flohimont, Stéphane Heugens, Serge Jacquinet, Dr Dominique Lamy, Sandrine Roussel > **Correspondants régionaux** : Fabien Boucquéau, Sandrine Bourgeois, Brigitte Chandelon, Marie-Sophie Herman, Christine Magnien, Louis-Marie Piret, Franck Pollet, Aurélien Saro, Véronique Sturnack, Anneliese Zimmerman > **Contribution** : Stéphane Belin, Jean-François Bodarwé, Sébastien Goffin (CESI), Johanna Maccioni, Thibault Moulart, Marie-Ange Pieters, Virginie Puissant, Claude Ruol, SSMG, Patrick Tréfois, Patrick Vanneste, Bernadette Van Vlanderen > **Photos/Illustrations** : Julien De Wilde (reporters.be), Maikel van Heessel (KAN communiceren), DEKA, ASD BW, ASD Namur/Cécile Denoël, ASD TALE > **Relecture** : Monique Van Bael > **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 BE45 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.

QU'Y A-T-IL DE PIRE QU'ÊTRE HOSPITALISÉ ? NE PAS AVOIR LES MOYENS DE L'ÊTRE.

C'EST POURQUOI NOUS AVONS CRÉÉ HOSPI SOLIDAIRE,
UNE COUVERTURE HOSPITALISATION
DÉJÀ COMPRISE DANS VOTRE COTISATION.

Hospi solidaire de la Mutualité chrétienne est une couverture hospitalisation ouverte à tous et sans questionnaire médical. Elle couvre gratuitement toute la famille (sans franchise jusqu'à 18 ans). Elle est accessible sans stage d'attente, y compris pour les femmes enceintes. Elle continue à couvrir ceux qui partent à la retraite ou se retrouvent sans travail. Bref, avec la Mutualité chrétienne, vous avez l'assurance de ne pas vous sentir démunis face aux coûts d'une hospitalisation. Découvrez également **Hospi +**, **Hospi +100** et **Hospi +200**, les assurances hospitalisation adaptées à vos besoins et à votre budget.



Infos : 0800 10 9 8 7 - www.mc.be/hospitalisation

La solidarité, c'est bon pour la santé.