

contact

N°148

LA REVUE DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE

TRIMESTRIEL • 37^e ANNÉE • HIVER 2017



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

DOSSIER

La collaboration interprofessionnelle

INFO PRÉVENTION

Le travail sur écran



AIDE & SOINS
A DOMICILE

Partenaire Mutualité chrétienne

EDITO



Félicitations et surtout, encore !

Brice MANY, Directeur général de la FASD

20 ans ! C'est l'âge d'Aide & Soins à Domicile. C'est aussi l'anniversaire que nous avons fêté le 14 octobre dernier où nous avons réuni des professionnels et des administrateurs de tous les centres ASD. Nous avons aussi rassemblé autour de nous nos partenaires privilégiés du réseau "Mutualité Chrétienne", nos partenaires des autres Fédérations, des administrations et d'autres prestataires encore.

Nous avons conclu cette journée par une déclaration d'amour. Aujourd'hui, nous pouvons élargir celle-ci et la partager avec tous les professionnels du réseau Aide & Soins à Domicile. Félicitations à chacune et chacun d'entre vous. Vous participez au quotidien à l'action d'un vaste réseau de services aux personnes dépendantes. Vous leur permettez de rencontrer leur souhait principal : vivre chez eux. Vous leur offrez aussi une prise en charge qui dépasse l'addition des compétences de chaque personne, ainsi que l'apport de chaque métier. Vous leur permettez de bénéficier de services dans une logique de transversalité des métiers. Chaque personne est unique et bénéficie d'une prise en charge spécifique. Elle reçoit des services donnés par des professionnels qui se parlent pour apporter de la cohérence, de l'unité. Pour que chaque bénéficiaire se sente compris et respecté dans ses besoins.

Aide & Soins à Domicile a grandi en 20 ans. Nous sommes beaucoup plus nombreux dans les centres ASD. Nous ne travaillons plus non plus comme il y a 20 ans. Beaucoup de choses ont changé. Le besoin d'échanges entre professionnels s'est accru. La nécessité de se coordonner s'est renforcée. La légitimité des centres de coordination est amplifiée. La réflexion et l'innovation doivent nous guider.

Il y a des limites desquelles nous devons et voulons sortir. Nous voulons renforcer chaque métier aujourd'hui et augmenter les possibilités d'agir pour permettre une meilleure prise en charge des bénéficiaires à l'avenir.

C'est pour nous la motivation principale à réfléchir l'avenir en développant la collaboration interprofessionnelle. Derrière ces deux mots, il y a la volonté d'avancer vers nos 40 ans en mobilisant toutes les compétences des professionnels ASD. Nous voulons aller au-delà des limites actuelles et construire de nouvelles balises pour les métiers. Renforcer tous les métiers pour augmenter aussi la qualité de service aux personnes âgées. C'est aussi pour nous la meilleure façon de rencontrer le défi du vieillissement de la population. Après avoir travaillé ensemble autour du bénéficiaire pendant 20 ans, nous pensons que nous pouvons réussir à travailler ensemble avec des critères de santé partagés. Nous voulons que la prise en charge de questions sensibles comme la pose de bas de contention, la prise de repas ou de médicaments puissent s'organiser avec les aides familiales ET les infirmiers qui collaborent et échangent sur base de compétences différentes et de critères communs.

Aujourd'hui, cette idée mûrit dans des rencontres entre des professionnels des différents métiers. Demain, nous espérons que les législations obsolètes sur certains points puissent évoluer. Après demain, que la collaboration s'amplifie encore au bénéfice de la qualité de l'aide et des soins.

Merci pour cette belle qualité mise en gestes de soins, en attention, en relation tous les jours. Nous fêterons encore d'autres anniversaires pour saluer celle-ci.

contact

37^e année • n°148 • octobre novembre décembre janvier 2016/17
Tél. : 02 735 24 24 • Fax : 02 735 85 86 • secretariat@fasd.be

LA REVUE DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE

> **Editeur responsable** : Brice Many > **Rédactrice en chef** : Guillaîne Goosse > **Comité scientifique** : Elisabeth Darras, Serge Jacquinet, Dominique Lamy, Brice Many, Alexandra Tasiaux > **Contribution** : Sylvie Gérard, Guillaîne Goosse, Séverine Lebegge, Audrey Maigre, Brice Many, Christine Ori, Edgard Peters, Dominique Paulus, Hélène Sylvain, Thierry Van Eeckhout. > **Photos** : Fotolia, Shutterstock, Istock, FASD, + [Grapher & Co] > **Relecture** : Guillaîne Goosse, Edgard Peters > **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 > **A verser au compte** : IBAN BE45 7995 7162 0089 (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.

Le sommeil : sommes-nous toujours conscients de son importance ?

INFO SANTÉ
À DOMICILE



© Shutterstock

1. LES ETAPES DU SOMMEIL

Chaque nuit, notre sommeil passe par plusieurs étapes : ce sont des cycles qui se répètent. Chaque cycle a une durée de 1h10 à 1h40 et une nuit de sommeil en compte généralement 4 à 6. Chacun de ces cycles est composé de 4 phases de "sommeil lent" et une phase de "sommeil paradoxal".

- PHASE 1 : C'est le moment de l'endormissement (pour le 1^{er} cycle). Cette phase est une transition entre l'état d'éveil et le sommeil : le cerveau du dormeur se prépare. A partir du 2^{ème} cycle, cette phase correspond à des épisodes de pré-réveil ou micro-réveil. Ceux-ci sont très courts (2 à 3 minutes) et passent inaperçus si le dormeur n'est pas perturbé par une sollicitation extérieure (bruit, douleur,...)
- PHASE 2 : un sommeil léger se développe, généralement après 15-20 minutes.
- PHASES 3 et 4 : Après environ 30 minutes, un sommeil profond s'installe. Le dormeur est difficile à réveiller.
- PHASE DE SOMMEIL PARADOXAL : chaque cycle se termine par une période de sommeil paradoxal, très profond, qui dure entre 10 et 15 minutes. C'est le sommeil des rêves.

Au début de la nuit, la quantité de sommeil lent est abondante ; elle se réduit progressivement au fil de la nuit, au profit du sommeil paradoxal.

L'âge influence la quantité de sommeil lent profond : abondant chez le nourrisson, il diminue progressivement avec l'âge et devient rare chez les personnes très âgées. Ceci explique que ces dernières décrivent souvent leur sommeil comme "léger", avec des réveils fréquents.

2. LES CONSÉQUENCES DU MANQUE DE SOMMEIL

Les conséquences immédiates d'une nuit de sommeil trop courte nous sont bien connues : sensation de fatigue, manque de concentration et de vigilance,... Généralement, ces signes s'effacent si nous pouvons dormir normalement la nuit suivante : la récupération est rapide. Le manque de sommeil chronique est plus sournois. Nombreux sont les adolescents et adultes qui grignotent volontairement quelques minutes ou dizaines de minutes sur le temps idéal de sommeil pour poursuivre des activités : loisirs, travail,...

LE DÉFICIT CHRONIQUE DE SOMMEIL A DE NOMBREUSES CONSÉQUENCES NÉGATIVES : NERVOUSITÉ, IRRITABILITÉ, DIFFICULTÉS DE CONCENTRATION, TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX, MODIFICATION DE L'APPÉTIT,...

Des études démontrent que le déficit chronique de sommeil a de nombreuses conséquences négatives. Après une à deux semaines, on constate une nette diminution des performances dans la journée et des accès difficilement contrôlables de sommeil en journée (généralement dans l'après-midi ou en début de soirée, après les repas). Ces personnes ont tendance à faire la grasse matinée le week-end. Leur réveil est pénible : sensation d'être encore endormi, éveil long à obtenir. La surconsommation d'excitants (café, thé, cola, boissons énergisantes,...) est fréquente. Des troubles divers peuvent apparaître : nervosité, irritabilité, difficultés de concentration, troubles gastro-intestinaux, modification de l'appétit,...

3. AGIR POUR MIEUX DORMIR

S'il existe bien un domaine d'action où chacun peut agir considérablement, c'est le maintien ou la reconquête d'un sommeil confortable et réparateur. Mais pour agir efficacement, il est nécessaire de passer par une étape d'observation attentive de son sommeil, de ses sensations en journée et de son mode de vie.

Cette écoute patiente de votre corps vous apprendra de nombreuses choses sur vous-même, vos habitudes et votre environnement de vie.

Il est souvent utile de prendre des notes pendant cette phase d'observation, puis de les compléter par vos démarches progressives pour améliorer votre sommeil. Ces notes pourront également servir lorsque vous consulterez à nouveau votre médecin généraliste.

Le travail sur ordinateur

Guillaume GOOSSE, Rédactrice en chef - sur base des fiches "prévention" ASD-CESI

Travailler intensivement devant un écran peut engendrer des troubles de la santé tels que fatigue visuelle, troubles musculo-squelettiques au dos, poignet, épaule, nuque et stress.

Cependant, il est possible de limiter ces troubles en intervenant sur l'organisation de son travail de bureau.

En 3 minutes, réglez votre poste !

J'utilise un ordinateur fixe

- Ma surface de travail mesure 120 cm en longueur pour une profondeur de 80 cm
- La hauteur de ma table de travail est réglable entre 68 et 84 cm
- Je mesure moins de 165 cm et je dispose d'un repose-pied
- Mon siège de travail est muni de 5 roulettes adaptées au type de sol
- Mon siège est réglable :
 - en hauteur : mes genoux forment un angle \pm à 90°
 - en profondeur : je sais placer 3 doigts entre le siège et le creux des genoux
 - au niveau du dossier : la convexité du siège se trouve dans la courbure lombaire
 - il y a un mécanisme actif : je le règle en fonction de mon poids
- Mon siège est muni d'accoudoirs : ils sont courts et réglables en hauteur, largeur et profondeur
- Lorsque je suis assis(e) à mon poste de travail :
 - Mon écran et mon clavier sont disposés face à moi
 - Les fenêtres sont situées parallèlement à mon regard, perpendiculairement à mon écran
- La température dans mon bureau en hiver est de 20°C à 24°C et en été de 23°C à 26°C.
- Dans le cas contraire, je dispose de stores suffisamment occultant
- Le bord supérieur de l'écran se trouve à hauteur de mes yeux
- La hauteur de ma table de travail est égale à la hauteur de mes coudes
- Mon clavier est placé à 15 cm du bord de la table, à plat (pattes abaissées)
- Ma souris est posée à côté du clavier
- Mon téléphone est placé du côté de la main qui décroche
- L'éclairage du local est homogène



Les risques de troubles musculo-squelettiques s'accroissent lorsque la position assise est longue. Il est important de changer de position au moins une fois par heure. Certaines tâches peuvent se faire debout, par exemple une conversation téléphonique, lire certains documents, boire son café,...

Fin de journée, détendez vos articulations avec quelques exercices : quelques gestes simples qui vous rendront la vie plus agréable.



La collaboration interprofessionnelle

SOMMAIRE DU DOSSIER

LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE : UNE RÉFLEXION DE LONGUE DATE	7
LE DÉFI DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE DANS L'AIDE ET LES SOINS À DOMICILE	8-11
PROTOCOLES D'ACCORD INTERMINISTÉRIELS "AIDE ET SOINS" DU 24/02/2014	12
ORGANISATION DES SOINS POUR LES MALADES CHRONIQUES	13
UN VÉRITABLE ENJEU EN SANTÉ	14
TABLE RONDE	15
REGARDS CROISÉS	16-17
ET LA SUITE...	18



Séverine LEBEGGE, directrice du secteur aide à la vie journalière (FASD), Audrey MAIGRE, chargée de mission "aide et soins" (FASD), Edgard PETERS, directeur du secteur soins infirmiers (FASD)

La collaboration interprofessionnelle : une réflexion de longue date

La volonté d'assurer des prises en charge à domicile dans une vision de collaboration interprofessionnelle entre les professionnels de l'aide et ceux de la santé n'est pas neuve et est le fondement des AIDE & SOINS À DOMICILE, en tant que service intégré, mis en place depuis plus de 20 ans.

Au regard des difficultés rencontrées dans les prises en charge, les limites professionnelles de chaque métier et le 1^{er} Protocole d'accord entre le Fédéral et les entités fédérées concernant la relation entre l'aide et les soins (décembre 2009)¹, un groupe de travail interne au sein d'AIDE & SOINS À DOMICILE a été mis en place. Ce groupe de travail, composé de représentants du secteur d'aide à la vie journalière et des soins infirmiers, avait pour objectif d'entrevoir comment une réponse concrète pouvait être apportée aux difficultés rencontrées auprès des bénéficiaires au quotidien, tout en tenant compte des premiers jalons décrit dans le Protocole

d'accord et ce, dans la complémentarité de chaque métier.

Au fur et à mesure des réflexions, le concept de collaboration interprofessionnelle entre l'aide et les soins s'est construit.

Deux définitions nous ont servis d'ancrage : *"L'approche de la collaboration interprofessionnelle se définit comme un lieu de structuration d'une action collective qui réunit des membres d'au moins deux groupes de professionnels autour d'un but commun, à travers un processus de communication, de décision, d'intervention et d'apprentissage. Ce processus s'établit dans un environne-*

*ment dynamique, évolutif et complexe."*²

*"La collaboration interprofessionnelle en soins de santé consiste à fournir des services de santé complets aux patients par l'entremise de divers soignants qui collaborent afin de dispenser des soins de qualité au sein des établissements de santé et entre ceux-ci. Il s'agit d'une approche concertée fondée sur l'esprit d'équipe pour fournir des soins optimaux compte tenu des demandes systémiques et des défis sans précédent que connaît le secteur de la santé."*³

Au-delà des différents apports théoriques qui ont été nécessaires à la réflexion, il s'agissait de s'approprier les différentes orientations proposées au sein des trois Protocoles d'accord du 24 février 2014 tout en s'assurant qu'ils puissent être mis en œuvre par l'ensemble des acteurs du domicile : tous statuts ou organisations confondus.

Le concept a également pu s'affiner suite aux différents échanges dans le cadre d'une première vague de diffusion : publication ("Santé Conjuguée"), présentations en Belgique (Bruxelles, Malines, Namur) et à l'étranger (Luxembourg et Montréal).

Le modèle finalisé, la deuxième phase a débuté en définissant les limites des activités infirmières pouvant être substituées.

L'ensemble de ces travaux nous permettent de présenter aujourd'hui le concept et le soumettre aux différentes parties prenantes. ■



² La collaboration interprofessionnelle, RIFSSSO, Canada (Ontario).
³ Mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé en Ontario, Rapport final du Comité de mise en œuvre stratégique de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé, Professions Santé Ontario, Mai 2010.

Le défi de la collaboration interprofessionnelle dans l'aide et les soins à domicile

Séverine LEBEGGE, directrice du secteur aide à la vie journalière (FASD), Audrey MAIGRE, chargée de mission "aide et soins" (FASD), Edgard PETERS, directeur du secteur soins infirmiers (FASD)

Les professionnels de l'aide et des soins à domicile sont de plus en plus amenés à collaborer avec les bénéficiaires pour répondre au mieux à leurs besoins et leurs attentes et ceci au travers d'un large éventail d'activités ou encore un ensemble intégré d'activités.

Cette particularité signalée au niveau des différents protocoles d'accord⁴ signifie maintenir certaines activités spécifiques aux professionnels de la santé, mais aussi de permettre une complémentarité des métiers grâce au principe de collaboration interprofessionnelle.

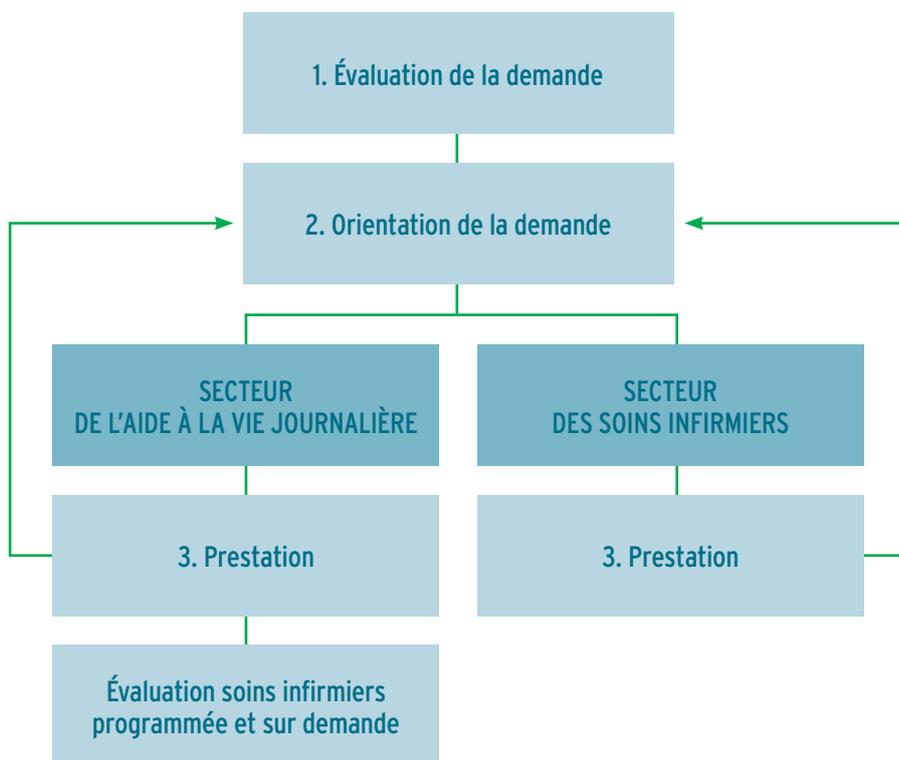
Le concept de l'organisation de la collaboration interprofessionnelle dans l'aide et les soins à domicile

La réalisation d'un ensemble intégré d'activités nécessite de préciser la nature du

mandat attribué aux différents professionnels. Pour ce faire, nous structurons la collaboration entre les métiers de l'aide et des soins au regard de ce schéma :

Cela implique, pour garantir la sécurité du bénéficiaire, la capacité d'analyse de la situation de la part des professionnels impliqués dans la démarche de collaboration interprofessionnelle, quel que soit son secteur d'activité par :

- une observation constante du bénéficiaire et de son évolution dans son environnement tant en termes de santé qu'au niveau de son besoin d'aide;
- par une capacité à relayer l'information au professionnel dont l'expertise est associée à la problématique identifiée ;
- par une capacité à délimiter son champ d'action.



⁴ Tout trois signés le 24 février 2014, ils concernent la relation entre :

- Les prestataires d'aide et d'accompagnement des services agréés d'aide à domicile et les professionnels de santé dans leurs activités à domicile. (MB 20.06.2014)
- Les professionnels travaillant dans le secteur de l'aide aux personnes en situation de handicap et les professionnels de santé. (MB 20.06.2014)
- Les personnes autorisées par l'Office de la Naissance et de l'Enfance, les personnes employées dans une garderie autorisée ou agréée par Kind & Gezin, les personnes indépendantes ou actives au sein de services agréés par la Communauté germanophone et les professionnels de la santé

1. Évaluation de la demande par un infirmier (sur base des diagnostics infirmiers)
2. Orientation de la demande
 - a. vers le secteur de l'aide à la vie journalière
 - b. vers le secteur des soins infirmiers
3. Si la prestation est réalisée
 - a. par le secteur de l'aide à la vie journalière :
 - i. visite régulière (temporalité à définir en fonction de la prestation) par l'infirmier afin d'évaluer l'état de santé et définir si la prestation reste prise en charge par le secteur de l'aide à la vie journalière ou reprise par le secteur des soins infirmiers
 - ii. visite supplémentaire de l'infirmier sur demande du secteur de l'aide à la vie journalière basé sur l'évaluation de critères d'alerte (établis par l'infirmier) afin d'évaluer l'état de santé et définir si la prestation reste prise en charge par le secteur de l'aide à la vie journalière ou reprise par le secteur des soins infirmiers
 - b. par le secteur des soins infirmiers : attention particulière pour détecter d'éventuels besoins d'aide à la vie journalière et orientation vers le secteur de l'aide à la vie journalière

L'accord clair et écrit

Une fois l'activité identifiée comme pouvant être réalisée par le secteur de l'aide à la vie journalière, le professionnel de la santé sera amené à rédiger, le cas échéant, un

Une fois l'activité identifiée comme pouvant être réalisée par le secteur de l'aide à la vie journalière, le professionnel de la santé sera amené à rédiger un accord clair et écrit



accord clair et écrit tel que le mentionnent les protocoles d'accord. Cependant, les éléments qui doivent le constituer n'y sont pas précisés.

Nous en identifions trois axes importants :

- (1) Un axe de "contact" qui permet l'identification des différents acteurs concernés par l'accord :
 - Les professionnels et les services liés.
 - Le mode de communication par l'identification claire des coordonnées de contact.
- (2) Un axe relatif à l'"activité substituée" :
 - Le professionnel de la santé s'assure que l'activité rentre dans le cadre d'une thérapeutique stabilisée et non en phase aiguë (hormis dans le cadre de l'exercice du métier de garde d'enfants malades). Cet état (stabilisé ou aigu) est donc spécifié par le professionnel de la santé.
 - L'activité est bien précisée et délimitée. Le professionnel de la santé transmet l'ensemble des informations pertinentes permettant la réalisation optimale de l'activité.
 - La responsabilité de chaque professionnel doit être clairement déterminée suivant la législation.
- (3) Un axe relatif à la "surveillance" :
 - Le professionnel de la santé veille à identifier clairement les signaux d'alerte, les situations, qui, au regard du contexte particulier du bénéficiaire, nécessitent un relais.

- La fréquence des visites de suivi, par le professionnel de santé, est également mentionnée.

La notion de substitution

À la lecture du cadre que nous proposons pour aborder la substitution des activités, il est important de bien identifier qu'il n'existe aucun lien hiérarchique entre le secteur de l'aide à domicile et celui des soins infirmiers. Au contraire, il démontre le travail commun, avec sollicitation des expertises de chacun, à des moments clés tels que les visites de suivi. C'est pourquoi, il nous apparaît opportun d'accentuer l'importance de la terminologie employée en matière de collaboration interprofessionnelle. Nous parlons bien de substitution, soit s'assurer que le professionnel présent auprès du bénéficiaire est celui le plus adapté à la situation, à un moment donné.

Véritable défi commun, la substitution nécessite le partage des responsabilités et la participation collective au processus décisionnel. À l'heure actuelle, le cadre juridique ne permet pas de répondre aux questions associées à l'imputabilité des éventuels événements qui pourraient survenir dans la réalisation d'une de ses activités.

Dans le cadre de l'organisation de collaboration interprofessionnelle que nous proposons, nous identifions les grands axes de responsabilité des différents professionnels comme illustré par le tableau suivant.



© FASD

LE PROFESSIONNEL OUVRANT LA SUBSTITUTION EST RESPONSABLE DE :	LE PROFESSIONNEL RECEVANT LA SUBSTITUTION EST RESPONSABLE DE :
<ul style="list-style-type: none"> > Évaluer la pertinence de la substitution. > Délimiter clairement les activités substituées. > Transmettre les informations nécessaires. > Définir les signaux d'alerte pertinents auxquels doivent être attentifs les professionnels de l'aide. > Réévaluer périodiquement la situation. 	<ul style="list-style-type: none"> > La qualité de la réalisation de l'activité en lien avec son service. > Être attentif aux signaux d'alerte stipulés et de relayer leur éventuelle apparition.



Les activités infirmières à substituer dans le cadre de la collaboration interprofessionnelle

Le concept défini, nous avons souhaité poursuivre la réflexion et proposer 15 activités infirmières à substituer. Celles-ci tiennent compte des difficultés rencontrées

actuellement dans le maintien à domicile des bénéficiaires pris en charge tant par le secteur des soins infirmiers à domicile que le secteur de l'aide à la vie journalière.

Les 15 activités ne pourront être réalisées par le secteur de l'aide à la vie journalière qu'exclusivement sur base du concept décrit précédemment : évaluation de la demande par un infirmier, orientation de la demande, programmation de visite de réévaluation par l'infirmier et un accord clair et écrit :

- dans le cadre des activités préventives :
 - prévention des escarres
- dans le cadre des activités curatives :
 - soins d'hygiène
 - lavage du nez, des oreilles et des yeux
 - installation et surveillance du bénéficiaire en position ergonomique
 - prises de boissons / d'aliments
 - prise des paramètres
 - utilisation du chaud et du froid

- aspiration des voies aériennes
- prise de médicaments
- administration d'oxygène
- préparation et administration d'aérosol
- mise et retrait de bas de contention
- soins de plaies
- soins de stomies d'élimination
- soins vésicaux



© FASD

Chaque activité fait l'objet d'une fiche détaillée comportant la description de l'activité, l'état des lieux de la législation actuelle pour chaque professionnel de la santé et de l'aide, les évolutions professionnelles et législatives proposées, l'état des lieux des profils de formation et les évolutions de formation (de base et continuée).

Deux dossiers synthétisent l'ensemble des travaux ainsi que les fiches des différentes activités. Ceux-ci sont accessibles sur le site d'Aide et Soins à Domicile⁵.

⁵ www.aideetsoinsadomicile.be/fr/suite-colloque-defi-de-la-collaboration-interprofessionnelle

Protocoles d'accord interministériels "Aide et Soins" du 24/02/2014¹: Objectifs poursuivis et impacts potentiels sur la prise en charge des bénéficiaires

Propos de Miguel LARDENNOIS recueillis et compilé par la FASD (Miguel LARDENNOIS - Chef de cellule - stratégie des professions Direction Générale Soins de Santé - SPF Santé publique)

"L'AR n°78 (actuellement la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé) doit être revue en profondeur. Les compétences des professionnels de santé doivent être revues à la lumière du principe de subsidiarité, dans lequel les tâches doivent être exécutées par les professionnels qui sont les mieux capables de le faire avec qualité".

Déclaration de formation du gouvernement - 11/10/2014 (pg.62)13

La réglementation et l'organisation sur les soins de santé inscrits dans l'AR n°78 ont principalement été rédigés entre 1967 et 1974, une époque où les réalités n'étaient pas les mêmes qu'aujourd'hui (espérance de vie, hospitalisation, secteur extra-hospitalier,...)

En 2008, le Parlement flamand édicte un décret "relatif à la délivrance d'aide et de soins" comportant une liste d'actes à exécuter par le soignant polyvalent (prévus initialement chez les infirmiers) à la demande du bénéficiaire. Mais l'Etat fédéral fait un recours devant la cour constitutionnelle.

Entre 2010 et 2014, de nombreuses négociations politiques ont lieu entre les 8 ministres de la santé du Fédéral et des entités fédérées afin d'entrevoir un consensus possible.

Le consensus politique **était** alors le suivant :

1. Modifier l'AR 78 pour que les aidant-proches puissent être formés par les infirmiers

2. Améliorer la rémunération de certains actes infirmiers en dehors de l'hôpital (surtout chez la personne avec handicap)
 3. Stimuler les services d'aide à créer avec des infirmiers des équipes mixtes "aide et soins"
 4. Ajouter quelques actes aux aides-soignants
 5. Mettre à jour les protocoles d'accord pour l'articulation de l'aide et des soins : à domicile, dans des services pour personnes avec handicap et dans le secteur de la petite enfance
 6. Modifier l'AR n°78 pour rendre obligatoire la continuité des soins infirmiers.
- Ce consensus s'est traduit par la rédaction des trois Protocoles d'accord du 24 février 2014.

Protocoles "aide et soins" : principes :

CHACUN SON JOB !	L'infirmier promulgue des soins de santé et exerce l'art infirmier.
	Les autres métiers aident le patient.
OBLIGATION DE SE COORDONNER ET D'ÉCHANGER LES INFORMATIONS	Si un infirmier constate que le patient a besoin d'aide
	Si un service d'aide constate que le patient a besoin de soins
Quand un infirmier intervient, il détermine si certains actes peuvent être exécutés en toute sécurité par le professionnel de l'aide.	
Quand un professionnel de l'aide intervient, il est attentif à la présence de certains signes qui méritent l'appel d'un infirmier	
Les signataires s'engagent à améliorer la formation des professionnels.	
On rappelle que l'urgence n'est pas une justification pour institutionnaliser l'exercice illégal.	

¹ Trois Protocoles d'accord :

- Protocole d'accord concernant la relation entre les prestataires d'aide et d'accompagnement des services agréés d'aide à domicile et les professionnels de santé dans leurs activités à domicile (MB. 20.06.2014)
- Protocole d'accord concernant la relation entre les professionnels travaillant dans le secteur de l'aide aux personnes en situation de handicap et les professionnels de santé (MB. 20.06.2014)
- Protocole d'accord concernant la relation entre les personnes autorisées par l'Office de la Naissance et de l'Enfance, les personnes employées dans une garderie autorisée ou agréée par Kind & Gezin ou une garderie avec une attestation de surveillance de Kind & Gezin, les personnes indépendantes ou actives au sein de services agréés par la Communauté Germanophone et les professionnels de santé (protocole non publié à ce jour au MB)

**L'autonomie
et la liberté
de choix
du patient
doivent être
renforcées**



© FASD

Exemples de solutions envisagées : "acceptable" versus "pas acceptable"
(Il faut comprendre "aujourd'hui" comme = avant le protocole et "demain" = si on applique le consensus)

EXEMPLES DE CAS CONCRETS	SOLUTIONS ENVISAGÉES
J'ai besoin d'injections d'insuline régulièrement. Puis-je demander à l'infirmier d'apprendre cette injection à quelqu'un de mon entourage pour qu'il me les fasse?	Aujourd'hui: Non
	Demain: Oui (projet de modification de l'AR78).
Je ne sais pas prendre les médicaments préparés hebdomadairement par mon infirmier moi-même. Puis-je demander à l'aide familiale de me les mettre en bouche ?	Aujourd'hui: Non
	Demain: Oui (protocole "solution 5" (si accord écrit de l'infirmier)
J'ai une dermatite des fesses liée à mon incontinence, le médecin a prescrit une pommade à me mettre après m'être lavé le matin. Puis-je demander à l'aide familiale d'appliquer cette pommade?	Aujourd'hui: Non
	Demain: Oui (protocole "solution 5" (si accord écrit du médecin).

Depuis lors, la Ministre de la Santé publique, Maggie De Block, propose une réforme de l'AR n° 78 qui a été présentée lors de la Start Conférence le 28 septembre 2016. Voici quelques-uns des grands points évoqués :

- L'autonomie et la liberté de choix du patient doivent être renforcées
- Le patient doit recevoir une information correcte et compréhensible

- Le patient et ses proches doivent être formés par les infirmiers et autres acteurs en 1^{ère} ligne
- Il faut tenir compte des évolutions socio-épidémiologiques, des professions et de la technologie
- La "prestation de santé" doit être redéfinie. ■



Organisation des soins pour les malades chroniques : le fil rouge de la collaboration interprofessionnelle

Dominique PAULUS, Directrice du programme des études - Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)

Le Centre fédéral d'Expertise des soins de santé (KCE) a publié en 2013 un *position paper* relatif à l'organisation des soins pour les malades chroniques en Belgique.

Ce rapport (KCE 190) présente au sein de cinq domaines d'action 50 actions concrètes pour une réforme qui place le patient au centre de sa prise en charge :

1. Un plan de soins individualisé sur mesure, mis au point et suivi par une équipe multidisciplinaire :

Ce plan de soins est élaboré en concertation avec le patient et ses aidants proches ; il sert de fil conducteur à la prise en charge. Sa conception se base sur les objectifs de vie du patient et sur ses besoins médicaux, psychologiques et sociaux.

Ce plan est partagé au sein de l'équipe qui entoure le patient : médecin généraliste, infirmier à domicile, assistant social, kinésithérapeute, pharmacien etc. Chaque soignant a accès, via le dossier médical, à l'information pertinente pour ses propres tâches, dans le respect de la protection de la vie privée. Le patient y aura aussi accès, comme le prévoit la loi relative aux droits du patient.

2. Coordination par le médecin généraliste et/ou un gestionnaire de cas :

Planification et coordination peuvent, en théorie, être assurées par le médecin généraliste. Cependant, la complexification des problèmes médicaux et leur interaction avec les besoins sociaux transforment parfois cette coordination en mission à part entière. Elle pourrait être confiée à un gestionnaire de cas ("*case manager*"), infirmier ou assistant social, qui connaît les dédales des structures de soins et de services.

3. Redistribution des tâches entre soignants :

L'exemple d'autres pays montre qu'il est possible d'optimiser la répartition des tâches. Par exemple des "infirmiers de pratique avancée" (*advanced practice nurse*) réalisent des tâches qui, chez nous, sont effectuées par les médecins généralistes. Dans le même ordre d'idées, des tâches actuellement réalisées par des infirmiers peuvent être déléguées à d'autres intervenants.

4. Qualité des soins et rémunération adaptée :

L'accent sera mis sur la mesure et l'amélioration de la qualité des soins avec des outils d'enregistrement performants, basés sur l'"*evidence based medicine*" et partagés entre soignants. De nouvelles modalités de rémunération doivent être imaginées. Le système actuel, basé sur un financement à l'acte, doit évoluer vers un financement plus global (forfait) pour favoriser le travail d'équipe, tout en récompensant la qualité des soins prodigués.

5. L'"empowerment" du patient pour encourager son autonomie :

Last but not least, le patient devra recevoir en temps utile des informations détaillées au sujet de son traitement, de l'évolution de sa maladie et de la disponibilité des services, afin d'être partenaire à part entière dans la relation de soins.

Un position paper visionnaire

Ce *position paper* a été suivi, en 2014, par le Protocole d'accord concernant la relation entre le secteur de l'aide aux personnes en situation de handicap et les professionnels de santé. Ses éléments-clé – multidisciplinarité, qualité des soins et centralité du patient – sont également au cœur de la réforme actuelle de l'AR 78 proposée par la Ministre de la Santé. ■



© FASD

La collaboration interprofessionnelle : un véritable enjeu en santé

Hélène SYLVAIN – Professeure-chercheuse associée au Département des sciences infirmières – Fondatrice et Directrice du Laboratoire de recherche sur la santé en région (LASER 2009 – 2015), Université du Québec à Rimouski, Canada

La collaboration interprofessionnelle représente un enjeu majeur actuel pour améliorer les soins de santé. Au-delà d'un phénomène de mode, il fait partie de la planification stratégique de plusieurs établissements de santé et du vocabulaire de plusieurs professions de santé.

La collaboration interprofessionnelle désigne un mode de travail adopté par un groupe d'intervenants ayant une formation, des compétences et une expérience différentes, et travaillant ensemble à la compréhension d'un problème en vue d'une intervention concertée comprenant des objectifs communs et un partage de tâches¹. La collaboration interprofessionnelle présente des avantages tant pour le patient (qualité améliorée des soins, accroissement du degré de satisfaction, meilleurs résultats cliniques), pour le professionnel (augmentation des sentiments de bien-être et de satisfaction au travail), pour l'organisation des soins (maximisation de l'efficacité par une pratique innovatrice) que pour le système de santé (amélioration du ratio coût/bénéfice, réactivité plus grande du système pour répondre aux besoins des patients et de la collectivité)².

Le propre de la collaboration interprofessionnelle est de mettre en relation des membres d'au moins deux groupes profes-

sionnels. Or, même lorsque leurs missions respectives semblent logiquement complémentaires, les groupes professionnels exerçant auprès d'une clientèle commune ont souvent l'impression d'être en compétition, notamment par la méconnaissance des rôles de chacun dans des cultures professionnelles différentes³. En plus d'autres facteurs relationnels, comme le leadership, la confiance entre les membres et le respect mutuel, il apparaît nettement, au fil des recherches, que les facteurs organisationnels influencent tout autant. Les enjeux organisationnels dépendent surtout du milieu de travail, à travers la philosophie de l'organisation, le support administratif fourni, les ressources et les mécanismes de coordination et de communication qu'elle met en œuvre, la valorisation dont elle se fait le leader, bref, par l'importance que l'organisation manifeste à la collaboration interprofessionnelle et par la reconnaissance qu'elle accorde aux personnes qui y participent⁴.

Bien que cela paraisse tout simple, travailler en collaboration interprofessionnelle entraîne une petite révolution de nos pratiques professionnelles tant dans la vision, les valeurs que les modes de pratique. Qui dit changement... dit résistance aux changements. C'est une caractéristique de la nature humaine. La formation atténue cette

résistance. Les activités d'apprentissage des programmes de formation interprofessionnelle doivent offrir des expériences significatives qui favorisent notamment des compétences dans la clarification des rôles, le travail d'équipe, le leadership collaboratif, la communication interpersonnelle et la résolution de conflits interprofessionnels⁵.

En somme, la collaboration interprofessionnelle varie en fonction des professionnels, des services, de la clientèle et des personnes en place. La collaboration demeure toutefois "en construction" la plupart du temps. Elle n'est pas observable dans tous les aspects de la pratique. Elle n'est pas nécessaire dans tous les aspects et à tous les niveaux de décision. Pour travailler ensemble, il faut se connaître, s'apprécier, se faire confiance et vouloir travailler ensemble. S'ouvrir à l'autre, à d'autres façons de penser. Il faut aussi avoir confiance dans son propre potentiel disciplinaire pour reconnaître celui de l'autre... Les pratiques de collaboration interprofessionnelles ne doivent plus être considérées comme une menace à sa pratique professionnelle mais comme un levier d'amélioration des services à la clientèle et de la santé des populations. ■



1. Hébert, R. *Définition du concept de l'interdisciplinarité*. Québec. in *Colloque : "De la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité"*, 1997. Québec.
2. D'Amour, D. and I. Oandasani, *Interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept*. *Journal of Interprofessional Care*, 2005. 19: p. 8-20.
3. Casimiro, L., et al., *Vers un modèle de collaboration novateur pour l'enseignement interprofessionnel : conception d'un atelier en ligne pour stimuler le travail en milieu rural*. *Francophonies d'Amérique*, 2007: p. 45-66.
4. San Martín-Rodríguez, L., et al., *The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies*. *Journal of Interprofessional Care*, 2005. 19: p. 132-147.
5. CPIS, *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. 2010, Université de la Colombie-Britannique (UBC): Vancouver, Canada.

Propos recueillis et rédigés par Thierry VAN EECKHOUT, consultant dans le domaine de la santé et modérateur du colloque

Table ronde

Pièce de résistance du colloque fut la table ronde avec cinq représentants du secteur. Les participants à la table ronde : Martine De Ridder, Directeur régional "Familiehulp" ; Dr Paul De Munck, Président du "Groupement Belge des Omnipraticiens", Claudio Colantoni, Conseiller de la "Fédération des Centrales de Services à Domicile", Didier Dubois, Président de la "Fédération wallonne de services d'aide à domicile", et Lucien Speeckaert, Président de la "Vlaamse Beroepsvereniging zelfstandige verpleegkundigen".

Dr De Munck : *"Nous partageons les sentiments de peur et de perte de pouvoir que tout changement radical peut induire, mais aussi celui du plaisir que peut induire le travail inter- et transdisciplinaire. Trois piliers importants à mes yeux : encourager les formations multidisciplinaires ; un changement de culture de travail : la multidisciplinarité, pour développer et organiser structurellement la collaboration ; une culture politique permettant d'avoir une vision à plus long terme et d'harmoniser les différents niveaux de pouvoir. L'objectif : avoir de meilleurs soins, accessibles à tous, au meilleur endroit, par le prestataire le plus adéquat, au moment le plus opportun et au juste prix !"*

Claudio Colantoni évoquait que *"la coordination actuelle doit évoluer vers une coordination plus médicalisée, capable de prendre en charge des bénéficiaires ayant des problèmes de santé chroniques et/ou sub-aigus. Rendre les centres de coordination davantage pluridisciplinaires en y intégrant des coordinatrices ayant un profil santé (infirmières et infirmières en santé communautaire) semble donc nécessaire. Mais cela demande en effet une politique d'organisation des soins de santé en conséquence."*

Didier Dubois constate que *"les orientations politiques tendent au déploiement de l'assurance autonomie en Wallonie, associée à une diminution du temps d'hospitalisation. Le déploiement d'une approche multidisciplinaire ne pourra se faire que pour autant que chaque partie soit respectueuse de l'autre : la collaboration interprofessionnelle est un outil à co-construire, qui augmentera l'efficacité et l'efficience pour le bien-être du bénéficiaire. Cela demande*



- **Thierry Van Eeckhout**, Consultant dans le domaine de la santé - modérateur
- **Dr Paul De Munck** : Président de Groupement Belge des Omnipraticiens
- **Didier Dubois** : Président de la Fedom (Fédération wallonne de services d'aide à domicile)
- **Lucien Speeckaert** : Voorzitter VBZV (Vlaamse Beroepsvereniging zelfstandige verpleegkundigen)
- **Claudio Colantoni** : Conseiller Soins à Domicile (Fédération des Centres de Services à Domicile - CSD)
- **Martine de Ridder** : Directrice régionale Familiehulp

aussi un engagement sur des accords communs entre les régions, le Fédéral et la mise à disposition de moyens suffisants."

"Je vois encore deux autres éléments importants" ajouta Martine De Ridder. "Tout d'abord un dossier électronique partagé du bénéficiaire, destiné à tous les acteurs de la santé et du bien-être, et ensuite un cadre budgétaire neutre, permettant de collaborer sans freins. Par exemple : les soins de toilette pour un octogénaire sont gratuits lorsqu'ils sont administrés par un infirmier ; effectués par une aide de soins ils reviennent à +/- 5 euros ; si les bénéficiaires optent pour la solution la moins chère, elle ne correspondra pas au principe du soin le plus adéquat selon le principe de subsidiarité."

Pour Lucien Speeckaert *"la collaboration interprofessionnelle doit respecter le libre choix du patient. La synergie entre les différents prestataires demande une bonne communication et des accords clairs, où chacun comprend le rôle de l'autre et effectue son travail à partir de ses compétences et sans hiérarchie. Il s'agit donc d'un vrai travail d'équipe, bien organisé. Les infirmiers à domicile ont développé un modèle pour assurer un suivi attentif de la situation de santé du patient et pour mieux répartir certaines tâches. Ce modèle apportera un plus pour le patient, mais aussi pour son environnement, son aidant proche et tous les prestataires de soins impliqués."* ■

Regards croisés

Christine ORI - Directrice du département Soins Infirmiers
et Sylvie GÉRARD - Directrice du département Aide à la Vie
Journalière - ASD Liège - Huy - Waremme

Interview en regard croisé entre le monde des soins et celui de l'aide.

Quelle lecture faites-vous du concept de "collaboration interprofessionnelle" (CIP) développé par la ASD (changement des mentalités,...) ?

Nous sommes tombées dedans il y a plus de 20 ans et nous avons grandi avec ☺
Nous avons d'entrée de jeu la conviction profonde que c'était de cette façon qu'il fallait travailler et ce, pour plusieurs raisons :

- L'amour du domicile
- Le contexte volontariste à Liège : notre organigramme de l'époque exprimait cette volonté "politique" de travailler ensemble. Dès 1995, Christine, dans sa précédente vie d'infirmière et dans le cadre de son TFE de cadre, a eu l'occasion de présen-

ter un dossier pluridisciplinaire déjà bien accueilli par le SAF et la coordination.

- Dès 1997/1998, nos services s'installent en ASD dans des locaux communs et démarre alors une dynamique de réunion hebdomadaire pluridisciplinaire réunissant les coordinatrices, infirmiers chefs et assistants sociaux d'un même territoire.

En quoi la CIP répond-elle ou non aux situations compliquées rencontrées au quotidien ?

Cette réunion hebdomadaire pluridisciplinaire, qui existe toujours actuellement, permet aux participants d'aborder formellement toutes les nouvelles demandes arrivées

durant la semaine écoulée et nécessitant des regards croisés sur la situation des bénéficiaires/patients concernés. C'est donc le lieu où se construit la prise en charge pluridisciplinaire. Les échanges informels entre bureaux complètent le partage d'information et la régulation des prestations.

Comment vos équipes perçoivent la CIP ? Adhèrent-elles au concept ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?

Cette question ne se pose pas au niveau de nos encadrants qui doivent travailler en CIP. Le défi est par contre de le faire vivre dans chaque équipe de travailleurs de terrain. C'est un travail de longue haleine qu'il faut sans cesse insuffler.

Ceci dit, dans les 6 mois de l'engagement de tout nouveau travailleur, une rencontre d'information est prévue pour tous les métiers afin que chacun prenne conscience de la palette d'offre de services de l'ASD et des missions de chaque collaborateur en interne.



La réunion hebdomadaire est le lieu où se construit la prise en charge pluridisciplinaire

Comment s'organisent les équipes par rapport à la "répartition" des bénéficiaires entre un secteur et l'autre ?

La répartition se fait uniquement en fonction des tâches à effectuer et rien d'autre car celle-ci détermine le métier qui va intervenir.

Pour la toilette d'hygiène, l'arbitrage se fait entre l'infirmier chef et l'assistant social : y a-t-il besoin de soins ou d'hygiène uniquement ? Quand les 2 aspects se chevauchent, une répartition des tâches s'organise en respectant la nomenclature INAMI et les actes limites des autres métiers.

Comment est vécue la CIP au quotidien dans le secteur AVJ et SI et entre les 2 secteurs ? Quel est l'impact sur le fonctionnement actuel de vos secteurs ? (prise de responsabilité, contenance,...)

L'arbitrage et l'organisation entre l'AS et l'IC tiendra également compte des possibilités organisationnelles de chaque secteur.

Ex : une demande de toilette à la sortie d'hôpital pourra être prise en charge par les SI durant quelques jours, laissant ainsi le temps à l'AS de se rendre à domicile et d'établir le dossier social du bénéficiaire.

Au-delà de l'organisation de la prise en charge, chacun devra rester vigilant sur l'évolution de la situation. Nous faisons parfois le constat qu'une travailleuse AVJ ne signale pas facilement une dégradation de l'état de santé du bénéficiaire nécessitant un transfert en SI. Pour les aider dans cette évaluation, nous leur avons fourni un questionnaire rapide reprenant les indicateurs essentiels de cette dégradation.

Si les métiers doivent évoluer demain, des formations continues seront mises en place. Comment cela se passerait-il en interne ?

Nous sommes, depuis de nombreuses années, dans une dynamique de formation continuée pour les travailleurs AVJ donnée par une travailleuse SI spécialisée dans la thématique "actes limites".

Elle reste également la "personne ressource" pour les encadrants quand une question survient dans une prise en charge. Nous nous réjouissons de la perspective d'évolution du protocole d'accord d'aide et de soins pour mettre en place un nouveau module de formation.

Comment communiquez-vous cette approche de la CIP aux bénéficiaires ? Est-ce bien accueilli ? (Court terme, long terme,...)

De manière assertive et le plus naturellement possible.

Parfois, le bénéficiaire accueille "mal" le fait que sa toilette soit prise en charge non pas par une infirmière mais par une aide familiale. L'Assistante Sociale devra alors "vendre" la plus-value d'une prise en charge AVJ (heure de passage fixe, possibilité d'effectuer d'autres tâches,..)

Certains font le choix de s'adresser alors à d'autres structures mais ceux qui restent se félicitent souvent de nos interventions et nous en font parfois le retour. ■



Et la suite ...

Séverine LEBEGGE, directrice du secteur aide à la vie journalière (FASD), Audrey MAIGRE, chargée de mission "aide et soins" (FASD), Edgard PETERS, directeur du secteur soins infirmiers (FASD)

Le colloque du 14 octobre 2016 sur le "Défi de la Collaboration Interprofessionnelle" constitue un tournant important dans l'évolution des réflexions que nous souhaitons dans le cadre des travaux sur le concept de la collaboration interprofessionnelle de l'aide et des soins à domicile : présenter le concept au plus grand nombre et lancer un appel à débat avec les acteurs externes à AIDE & SOINS À DOMICILE.

Le colloque a permis :

- au travers des différents exposés de rappeler le cadre légal existant, les intentions d'évolutions politiques ainsi qu'un retour théorique / académique des notions d'interdisciplinarité, de collaboration interprofessionnelle, ... et les liens dans le cadre de différentes recherches menées par le Centre fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE)
- par la table ronde d'avoir un premier débat composé différents acteurs.

Actuellement, le débat se poursuit par l'organisation de différents workshops tant dans la partie francophone que néerlandophone du pays avec les acteurs de l'aide, les acteurs des soins de santé, les acteurs de l'enseignement, les acteurs politiques, les services publics, ... du Fédéral et des entités fédérées.

Ces workshops sont l'occasion de parcourir à nouveau l'ensemble du concept et d'identifier les différents éléments externes qui influent tant positivement que négativement sur la concrétisation d'une telle approche. Les débats sont riches et nourris permettant d'entrevoir divers aménage-

ments à réaliser sans pour autant modifier l'essence même du concept développé. Au terme de ces workshops, notre ambition est de déposer l'ensemble des travaux au sein des différentes instances décisionnelles et de progresser dans la concrétisation, avec les balises que nous proposons, des Protocoles d'accord du 24 février 2014.

Nous restons conscients que la concrétisation ne pourra se réaliser du jour au lendemain. Plusieurs décisions politiques devront être prises au préalable : adaptations des législations, des formations actuelles (de base et continuée), financières, ...

Equipe de la FASD



Reportage
photos



Introduction du colloque



Thierry Van Eeckhout, modérateur



Salle de conférence



L'ensemble des collaborateurs des ASD



Passe-tête interprofessionnel



Introduction par Brice Many

Compagnie "L'arbre à vache":
M&Mme Poiseau



Accueil du colloque



Autre moment de pause

L'ensemble des intervenants



UN LIVRE
À LIRE

Corps intime Cédric Juliens

Les soignants ont choisi une profession où le "corps-à-corps" tient une place centrale. Pourtant, chez beaucoup, le rapport au contact ou au toucher reste problématique, si l'on en croit de nombreux témoignages d'étudiants et de professionnels. Des émotions ou des craintes surgissent parfois dans la rencontre. Elles amènent le soignant à se replier sur une redéfinition du soin selon le modèle de la médecine des organes, de l'hygiène hospitalière et de la rentabilité. Dès le début de leur formation, les jeunes soignants développent parfois des stratégies d'évitement et de déni estimant impensable d'être eux-mêmes touchés comme on touche les patients. L'auteur se demande dès lors "pourquoi l'enseignement d'une pratique corporelle franche est-il le plus souvent épargné aux futures infirmières et sage-femmes, par exemple, alors qu'il est considéré comme un préalable dans d'autres cursus professionnels", comme les psychomotriciens, qui font du *trouble* de la relation corporelle l'objet d'un travail spécifique.

L'auteur développe des réflexions à partir de la littérature en sciences humaines ; de sa propre pratique de formateur en recherches corporelles et de nombreux témoignages d'étudiants en soin s'exerçant lors d'ateliers pratiques. Il débute avec une question de base, anthropologique : "que se passe-t-il quand un humain s'approche puis se penche sur un autre humain en situation de vulnérabilité ?" Pour lui, cette approche est le début de la clinique. Et au passage le commencement de la réflexion éthique : est-il si naturel de travailler dans un "corps-à-corps" et qu'y a-t-il de spéci-

fiquement humain dans cette approche quand on sait que les machines remplacent progressivement les soignants pour toute une série d'actes ? Finalement, comment sommes-nous formés, en Europe au contact de l'autre ?

La première partie du livre étudie le concept du corps humain à travers l'histoire, la pensée philosophique et les discours prédominants sur le corps. Tout cela influence les représentations des soignants comme des patients. Les notions "d'intime" et de "corps" sont mises en rapport avec des discours idéologiques dominant en Europe et avec l'histoire de la médecine. La deuxième partie étudie les rapports entre corps et soins sur base de problèmes éthiques relevés dans la littérature ou de nombreux témoignages d'étudiants et de professionnels du soin. Enfin, la troisième partie est consacrée à des propositions pédagogiques innovantes dans l'objectif d'enrichir la formation corporelle des soignants. L'auteur y décrit les ateliers corporels qu'il a mis en place depuis 15 ans et qui permettent aux participants d'explorer le contact intime avec l'autre, d'appivoiser le toucher empathique. Dans la foulée, les participants sont amenés à écrire sur leur pratique, dans une démarche qui se veut "poétique" en favorisant l'usage de la fiction et de la libre association. Au final, ce qui est visé, c'est le développement d'un discours plus personnel, plus assumé sur la rencontre des corps dans les soins et d'une pratique plus réconfortante. Ce livre intéressera les soignants qui cherchent à mettre des mots sur une pratique empathique encore mal nommée, parfois balbutiante, et les patients en demande silencieuse d'une autre forme de soin, qui favorise la libre expression, la considération et le réconfort.



LE CORPS INTIME.

La formation corporelle des soignants
Approches anthropologiques, éthiques et pédagogiques
Editions Seli Arslan, Paris, novembre 2016.

Cédric JULIENS enseigne la philosophie et l'anthropologie du corps à la HE Vinci (Bruxelles). Par ailleurs, il anime de nombreux ateliers pratiques de recherches corporelles. Il est aussi professeur de dramaturgie à l'ESA ARTS2 (Mons), comédien et metteur en scène.

La SSMG, une quinquagénaire qui ne manque pas de souffle

La SSMG, Société Scientifique de Médecine Générale, regroupe plus de 3.200 médecins généralistes bruxellois et wallons.

Sa vocation ? Garantir à ses membres, jeunes diplômés comme cliniciens chevronnés, un perpétuel enrichissement de leurs connaissances et compétences. Par an, la SSMG offre plus de 1.500 heures de formation continue, dispensées au travers de toute une gamme de formules accréditées. Qu'ils soient fréquents ou annuels, de masse ou en comité restreint, ces rendez-vous décentralisés constituent des valeurs sûres - pour ne pas dire repères ! - pour les généralistes francophones. Pionnière dans l'exploitation des possibilités des TIC pour la formation à distance, la SSMG a en outre étoffé son catalogue d'e-learning et autres vidéoconférences. Ce sont, depuis 2006, plus d'une quarantaine de modules didactiques qui ont été confectionnés à l'attention des médecins.

Mais la SSMG ne vit pas repliée le nez dans la littérature et les avancées scientifiques à partager entre pairs. Elle s'est ouverte à la fois au grand public, dont les connaissances en santé sont perfectibles, et aux autres métiers de soins de première ligne avec lesquels, au vu de l'épidémiologie et de l'approche multidisciplinaire qu'elle suppose, ses membres travailleront toujours davantage.

L'EMPOWERMENT

La SSMG a pris l'initiative, il y a plus de cinq ans déjà, de créer et nourrir abondamment un site d'éducation à la santé, mongeneraliste.be. Les patients y trouvent de l'information validée, actualisée, libérée d'influences publicitaires. Le site répète et complète les explications qu'ils ont reçues de leur médecin traitant, en consultation, sur leur pathologie. L'objectif est de les autonomiser, de les rendre, via une meilleure compréhension de leur affection, davantage acteurs de sa gestion. La liste des sujets traités - maladies courantes, sujets de santé publique, actualités médicales, conseils de prévention... - s'allonge chaque mois. Aux articles sont de plus en plus souvent associées des vidéos.



www.mongeneraliste.be

LA MULTIDISCIPLINARITÉ

La SSMG a choisi d'aborder la multidisciplinarité par le prisme des soins à la personne âgée, une patientèle en extension. Elle édite depuis quatre ans le mensuel vie@home, dont les contenus s'adressent aux médecins généralistes bien sûr, mais aussi aux autres prestataires s'affairant au chevet des aînés en perte d'autonomie, qu'ils résident à domicile ou en maison de repos. Par sa ligne éditoriale, la revue, 100% digitale, souligne la complémentarité des apports de chaque métier dans la prise en soins d'une population qui cumule souvent pathologies et fragilités. Sur fond de vieillissement démographique à gérer, vie@home relaie également les évolutions en marche vers le transmural et les soins intégrés.



www.vie-at-home.be

En 2018, la SSMG passera le cap du demi-siècle. Si elle a gagné en expérience, la (quasi-)quinquagénaire n'a rien perdu de son punch et de son esprit précurseur. De quoi poursuivre sans s'essouffler ses efforts d'amélioration constante de la qualité en médecine générale francophone, et ce, en bonne intelligence avec les autres acteurs des soins.





ARRÊT
SUR IMAGE

"Cela semble toujours impossible,
jusqu'à ce qu'on le fasse."

Nelson Mandela