

contact

N°136

33^e ANNÉE
AOÛT-SEPT-OCT
2013

LA REVUE DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE

Édition de la Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile
Av. Adolphe Lacombé 69-71, bte 7 • 1030 Bruxelles • Trimestriel
Tél. : 02 735 24 24 • Fax : 02 735 85 86 • secretariat@fasd.be



AIDE & SOINS
A DOMICILE

PREMIER ÉCHELON :
Les formations en manutention

DOSSIER :
C_A**R****E** : soigner, c'est aussi
prendre soin

Le métier d'aide-soignant s'installe

Brice MANY, Directeur Général – FASD



©WIN

Ce n'est pas encore pour tout de suite mais, pour bientôt... Le métier d'aide-soignant sera prochainement officiellement et définitivement intégré dans les soins infirmiers à domicile. Vous direz : « pourtant, il y en a déjà chez AIDE & SOINS A DOMICILE ? ». Et, effectivement, l'aide-soignant fait bien partie du paysage de nos métiers. Jusqu'à présent, les aides-soignants étaient engagés dans le cadre d'une phase-test. Cette période « probatoire » a permis à l'INA-MI de mesurer l'intérêt de ce métier et de l'intégrer officiellement dans les soins infirmiers à domicile. Après une évaluation rigoureuse, il est apparu que la profession d'aide-soignant était bel et bien une réponse positive pour rencontrer l'évolution des métiers et des besoins des personnes soignées. C'est une reconnaissance.

Au début, la confusion a pu exister entre le métier d'aide familiale et le métier d'aide-soignant. Cette confusion doit être levée. Nous qui développons une approche pluridisciplinaire autour du patient devons faire la part des choses. L'aide-soignant intervient pour des activités infirmières sous la supervision et le contrôle de l'infirmier. L'aide familiale, même pour des soins d'hygiène, intervient dans le cadre d'un plan d'aide. Cette distinction est importante pour identifier la complémentarité surtout lorsque les professionnels des deux métiers sont présents chez un bénéficiaire.

La décision d'intégrer structurellement le métier doit encore faire l'objet d'une loi, d'un arrêté royal pour être précis. Il revient à la Ministre de la Santé de la rédiger et de la faire voter. On peut néanmoins considérer que cela sera bientôt officiel. Nous qui insistons sur l'importance du travail en équipe, nous sommes très contents que celui-ci soit pris en compte. Dans la réglementation, il sera permis d'engager des aides-soignants uniquement si on travaille avec une équipe de minimum 4 infirmiers. Ce minimum constitue la garantie d'un certain travail collectif.

Chaque évolution est un pas en avant. Chaque pas appelle un autre pas. Cette reconnaissance du métier d'aide-soignant invite à présent à faire évoluer le périmètre des tâches qu'il pourra accomplir. Il est possible et souhaitable de déléguer davantage de tâches aux aides-soignants. Dans le même mouvement, il faut aussi oser déléguer plus de tâches des médecins vers les infirmiers. Nous l'avons déjà exposé, cette évolution est essentielle pour permettre à chaque professionnel d'utiliser au maximum les compétences sur lesquelles il est le plus utile à la population. À la FASD, on appelle cela « développer les actes à valeur infirmière ajoutée » pour montrer que celui qui apporte de la valeur aux actes, c'est le professionnel. Et derrière chaque professionnel, il y a une personne qui apporte sa valeur. Il existe de la même façon, des « actes à valeur aide-soignante ajoutée » ou des « actes à valeur aide familiale ajoutée ». Nous allons nous battre pour faire évoluer la définition des métiers dans les mois et les années à venir.

Pour conclure, il me semble important de vous inviter, tout particulièrement les aides-soignants, à profiter de ce moment particulier pour répondre à une invitation lancée dans notre charte qualité : « réactivons ce qui nous a incité à travailler au sein d'AIDE & SOINS A DOMICILE ». N'est-ce pas une belle opportunité de s'arrêter sur cette question et pourquoi pas, de travailler celle-ci en équipe ?

Sans doute trop rarement souligné : nos métiers sont l'essence d'AIDE & SOINS A DOMICILE. Longue vie à nos métiers !

contact

33^e année • n°136 • août - septembre - octobre 2013

LA REVUE DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE

> Éditeur responsable : Brice Many > Rédactrice en chef : Coralie Dufloucq > Comité Scientifique : Nathalie Bazdoulj, Brigitte Decarpentrie, Francine Duchateau, Valérie Flohimont, Stéphane Heugens, Serge Jacquinet, Dr Dominique Lamy, Sandrine Roussel > Correspondants régionaux : Fabien Boucquéau, Sandrine Bourgeois, Jacqueline Escalier, Marie-Sophie Herman, Christine Ori, Louis-Marie Piret, Franck Pollet, Aurélien Saro, Véronique Sturnack, Marie-Noëlle Weicker, Anneliese Zimmerman > Contribution : Sigrid Brisack, Alda Greoli, Walter Hesbeen, Serge Jacquinet, Nathalie Rigaux, SSMG, Véronique Sturnack, Christian Van Rompaey > Photos : Julien De Wilde, Coralie Dufloucq, Véronique Vercheval > 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 : 799-5716200-89 (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.

Tendinites : halte à la répétition

mon.generaliste.be 

Progressivement, une douleur s'est installée. Elle persiste, gênante, surtout lors de certains gestes ou de certains mouvements. Et si elle provenait des tendons, trop ou mal sollicités ?

Il n'est pas nécessaire d'être joueur de tennis, coureur, golfeur, handballeur ou nageur émérite pour être atteint d'une tendinite... Cette affection survient, souvent, chez les travailleurs amenés à réaliser des gestes ou des mouvements répétés, inappropriés, dans des positions inadéquates, ou contraints à des sollicitations ou à des utilisations excessives d'une articulation. Dans de telles situations, les tendons (des tissus fibreux qui rattachent les os et les muscles) sont en souffrance. Ils peuvent s'abîmer, s'endommager. Le risque? Dans un premier temps, l'apparition d'une douleur et/ou d'une inflammation (avec parfois un gonflement) au niveau du tendon atteint : on parle alors de tendinite.

Tous les tendons peuvent être concernés par cette affection. Néanmoins, certains le sont davantage que d'autres. C'est le cas pour ceux de l'épaule, du genou, du coude, du poignet ainsi que pour le tendon d'Achille. L'âge, ainsi que le surpoids et l'obésité augmentent les risques, tout comme certains médicaments ou certaines maladies (telle la polyarthrite rhumatoïde).

Vite, on bouge

La douleur se fait sentir de geste en geste, et plus encore lors de certains mouvements... Dans ce cas, inutile de "mordre sur sa chique". En laissant la situation perdurer, elle risque de s'aggraver, de devenir chronique, et alors plus difficile et plus longue à guérir, ou d'entraîner davantage de complications, avec un risque, par exemple, de rupture du tendon.

À l'aide de quelques tests simples, le médecin consulté pourra confirmer la présence d'une tendinite (ou tendinopathie). Une échographie sera parfois posée.

Vite, on se calme

La solution aux tendinites passe, avant tout, par du repos, tant que la douleur se manifeste. Il s'agit de cesser le

Pour diminuer la douleur et l'inflammation, vive le froid ! Une poche de glace posée 20 minutes (au maximum), 4 fois par jour, soulage le tendon. Lorsque le genou ou le pied sont concernés, il peut aussi être recommandé de les surélever légèrement.

geste ou le mouvement qui a provoqué le problème, mais sans pour autant arrêter de bouger complètement l'articulation. Parallèlement, pour diminuer la douleur et l'inflammation, vive le froid !

Une poche de glace posée 20 minutes (au maximum), 4 fois par jour, soulage le tendon. Lorsque le genou ou le pied sont concernés, il peut aussi être recommandé de les surélever légèrement. Des antidouleurs (du paracétamol) ou, éventuellement, des anti-inflammatoires non stéroïdiens, tel l'ibuprofène, complètent ce traitement. Par ailleurs, la kinésithérapie permet de favoriser la cicatrisation des fibres des tendons, de renforcer ces derniers et les muscles qui les entourent, de tenter d'éviter le risque de récurrence ou de chronicité. Dans certains cas, des exercices à pratiquer quotidiennement, pendant plusieurs semaines, contribuent à atteindre ce résultat.

Si aucune amélioration n'est ressentie, des infiltrations aux corticoïdes sont parfois envisagées.

Dans une majorité de cas, ces approches suffisent. Mais quand le tendon a subi une lésion importante et, par exemple, lorsqu'il s'est déchiré, une chirurgie s'impose.

En général, une tendinite "bénigne" disparaît en 1 à 3 semaines, pour ne plus revenir, pourvu que le traitement ait été suivi jusqu'à la disparition de la douleur, et que l'on reste attentif à éviter le plus possible la cause qui avait provoqué la blessure ou l'inflammation. Dans tous les cas, des pauses régulières entre des gestes "à risque" sont recommandées, tout comme l'adaptation du poste de travail, avec l'aide du médecin du travail.



© Shutterstock

Les formations en manutention, un moyen de prévention

Coralie DUFLOUCQ, Rédactrice en chef – CONTACT

De nombreuses études le montrent depuis longtemps, les maux de dos constituent un véritable problème de santé publique. Les prestataires d'AIDE & SOINS A DOMICILE n'en sont évidemment pas épargnés. Pire, leur contexte de travail serait même un facteur propice à ce genre de maux. Conséquences : soucis de santé, plus ou moins graves, pour le travailleur et absentéisme au sein de l'entreprise. Afin de sensibiliser un maximum de travailleurs aux risques encourus sur leurs lieux de travail et diminuer le nombre d'accidents, des réflexions se mènent et des actions concrètes de prévention se mettent en place dont le passage obligé par des formations de qualité.

2011, la sonnette d'alarme

2011 marque la volonté d'affronter l'absentéisme de façon systématique au sein des AIDE & SOINS A DOMICILE. Des statistiques par rapport aux accidents de travail, première cause d'absence dans le secteur, sont effectuées.

Parmi les constats, des accidents "type" ont été décelés : les chutes, les piqûres d'aiguilles et les accidents de manutention (des patients principalement). Les blessures fréquentes sont donc des plaies superficielles, des entorses ou des foulures. Et, les fréquents sièges des lésions sont les doigts, les membres inférieurs et bien évidemment le dos. Ce sont les travailleurs les plus jeunes dans la fonction (moins de 4 ans d'ancienneté) qui enregistrent le plus d'accidents.

Les principales causes de ces accidents sont, dans l'ordre : en portant/soulevant, les chutes, de plain-pied ou de hauteur, les faux pas et glissades sans chute.

L'analyse de l'étude effectuée par la FASD et le CESI dégage les objectifs suivants : éviter les "dégâts" sur les collaborateurs concernés et les impacts en découlant (stress, remplacement du professionnel touché, surcroît de pression sur l'horaire,...), favoriser la qualité de service (si moins de remplacement), réduire le nombre d'accidents et de ce fait le nombre de jours d'incapacité de travail,... Des actions prioritaires sont alors lancées pour conscientiser et rendre active la direction de chaque centre AIDE & SOINS A DOMICILE à une nécessaire démarche de prévention notamment par la formation.

2012 : sur la bonne voie, mais...

... il reste du travail ! Les formations et l'ensemble des travaux de sensibilisation et de prévention lancés en 2011 sont payants : pour 2012, le nombre de sinistres est, en effet, passé de 350 (2011) à 268. Une diminution encourageante... Mais, ce qui l'est peut-être moins, c'est que les types de causes des accidents restent, quant à eux, inchangés. On retrouve toujours celle liée à la manutention (porter et soulever). Le dos reste donc un « point » sensible dont il faut continuer à se soucier.



© ASD Tournai

2013-2014, on continue !

Pour répondre au mieux aux objectifs de prévention, les formations "FASD" sont (et seront encore) proposées aux professionnels des AIDE & SOINS A DOMICILE. L'une d'elle porte sur les techniques de manutention et l'autre sur la formation de formateurs en prévention des maux de dos.

PREMIER ÉCHELON

La formation sur les techniques de manutention est destinée aux aides familiales, aux gardes à domicile et aux infirmiers. Cette formation "pour tous" se veut être une aide technique pour apprendre les bons réflexes de positions dans les gestes de tous les jours et permettre un mieux-être du professionnel mais aussi du patient.

La formation "devenir formateur en prévention des maux de dos" est organisée avec le soutien de Belfius Insurance Belgium et du CESI et a pour objectif de former des infirmiers à devenir eux-mêmes formateurs. À l'image de ce qui s'était fait à l'ASD de Tournai (cf. le témoignage de Jacqueline Escalier en encadré), ces formations "train the trainer" ont pour ambition de faire participer toutes les ASD et de toucher « en chaîne » un maximum de professionnels.

Les infirmiers, une fois formés, auront, en effet, la charge de transmettre leurs savoirs à leurs collègues tous secteurs confondus. Au terme des 5 jours de formation, les formés sont capables de transmettre une information, de réaliser une analyse de risques et d'assurer un suivi de l'application des recommandations dans la pratique quotidienne en matière de protection des maux de dos. Un énorme "plus" pour un centre ASD et pour le bien-être au travail des travailleurs...

Former des formateurs qui formeront leurs collègues est une volonté de la FASD et des ASD. Cette pratique permet un effet "boule de neige" précieux. Elle permet aussi d'avoir, parmi les formateurs formés, au moins une personne de référence à "portée de mains" en matière de manutention et de prévention des maux de dos dans chaque centre ASD.

Des formations manutention en adéquation

Les formations se veulent calibrées pour les professionnels du domicile. Les formateurs sont, en effet, au fait des réalités de terrain et des gestes que les prestataires de l'aide à la vie journalière ou des soins infirmiers posent chaque jour.

Les formations allient également une partie théorique (connaître le fonctionnement du dos, comprendre comment il peut se détériorer) et développe une partie pratique (apprendre en faisant et développer des solutions adaptées).

Dès lors, les participants apprendront à mieux connaître le dos et son fonctionnement, à déceler les situations "à problème" dans leur vie professionnelle quotidienne et corriger les mauvaises habitudes.

Actualisées, les formations prévues en 2013-2014 devraient davantage correspondre aux attentes des professionnels des centres AIDE & SOINS A DOMICILE.



© ASD Tournai

PROCHAINES FORMATIONS ?

Formation continuée pour les formateurs en prévention de maux de dos
mardi 1^{er} avril 2014

Les techniques de manutention des personnes
lundi 24 mars 2014
vendredi 30 mai 2014

Plus d'information ?

Consultez le nouveau catalogue des formations ou contactez le service formations de la FASD.

Martine DEMANET, Responsable Formation FASD
formation@fasd.be - 02/738 17 92

TÉMOIGNAGE

Jacqueline ESCALIER, Directrice générale de l'ASD de Tournai-Ath-Lessines-Enghien sur l'expérience concluante de la transmission des savoirs.

La méthode PDSB, l'expérience tournaisienne

À Tournai, comme ailleurs, la prévention est au cœur des préoccupations. En 2011, l'ASD de Tournai, en collaboration avec la CSD, a d'ailleurs décidé d'organiser une formation spécifique de manutention par le biais de l'association Ergoteam.

2 infirmiers en chef et 3 aides familiales ont donc eu l'opportunité de participer à une formation basée sur la méthode des "Principes de Déplacement Sécuritaire du Bénéficiaire" ou "PDSB". Celle-ci s'est déroulée en 2 jours d'ateliers et une journée d'accompagnement sur le terrain.

La méthode PDSB nous vient du Canada. Elle s'appuie sur les techniques de manutention déjà connues comme le bon positionnement du corps (pieds orientés pour faciliter le mouvement, pieds

écartés, genoux fléchis, dos non voûté et sans torsion) et la manière de déplacer les charges.

La différence réside en une approche globale de la situation de travail permettant l'évaluation des capacités physiques et cognitives du bénéficiaire, ainsi que la visualisation du domicile et de tout ce qui peut être agent facilitateur.

Pour permettre cette approche globale, 3 étapes de préparation sont nécessaires :

- s'informer et évaluer la situation de travail ;
- décider ;
- communiquer.

Pour chaque situation nouvelle ou modifiée, il est primordial de cibler tous les éléments qui permettent d'assurer une prise en charge sécuritaire et donc de passer à chaque fois ces 3 étapes en revue.

À l'issue de la formation, les 5 participants sont revenus enthousiastes et enrichis, ce qui leur a donné l'envie de partager

leurs savoirs et acquis avec le personnel de terrain.

Tous les secteurs étant confrontés aux mêmes difficultés, il a été décidé de mélanger le secteur d'aide à la vie journalière et le secteur des soins infirmiers pour l'organisation de la journée de transmission d'informations.

Cette dernière s'est déroulée en 3 temps distincts lors d'une après-midi :

- une partie théorique via un power point de présentation ;
- une partie d'observation via des films à commenter ;
- une partie de mise en pratique via des manipulations concrètes sous l'œil bienveillant du groupe participant s'appliquant à corriger les mauvaises habitudes.

D'une manière générale, le bilan est positif. Beaucoup sont heureux de pouvoir voir ou revoir certaines techniques ; c'est aussi l'occasion de partager les difficultés du quotidien, de trouver au sein du groupe des "systèmes D" ou de pouvoir tester du matériel mis à disposition par les magasins QUALIAS. Que du bon !

QUE FAIRE POUR GARDER UN DOS EN BONNE SANTÉ ?

Transporter Madame B de son lit à son fauteuil... Cette action, les professionnels d'AIDE & SOINS A DOMICILE la font tous les jours. Comment faire pour préserver son dos ? Voici quelques trucs et astuces pour vous rappeler des "bons gestes".

1. Réfléchissez à la meilleure façon d'aider Madame B.
2. Regardez au préalable qu'il n'y ait pas d'objets qui encombrant le passage ou qui risquent de tomber (ex : sur la table de nuit,...), revoir éventuellement l'aménagement des lieux (déplacer un fauteuil ou une table,...), enlever les tapis et objets sur lesquels on trébucherait,...
3. Adoptez les bonnes positions (maintenir la courbe naturelle de la colonne vertébrale, me rapprocher de Madame B pour réduire l'effet "bras levier" et réduire ainsi les pressions sur la colonne vertébrale, se mettre à bonne hauteur et fléchir légèrement les genoux pour se rapprocher de Madame B, éviter les torsions dans le dos,...).
4. Prenez le temps d'expliquer les gestes à Madame B et encouragez-la à aider au déplacement si c'est évidemment possible pour elle.
5. Organisez toujours votre travail pour travailler à bonne hauteur, varier vos positions, alterner les tâches lourdes et légères, s'accorder des micro pauses,...

SOMMAIRE DU DOSSIER

ÉLÉMENTS DE DÉFINITION ET SPÉCIFICITÉS DU CARE	8	QUAND "FAIRE DES SOINS" PREND SENS AU TRAVERS DU "PRENDRE SOIN"	17
PRENDRE SOIN DE L'HUMAIN, UNE ÉTHIQUE DU QUOTIDIEN	10	L'AIDANT PROCHE : UNE PLACE AU CŒUR DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE	18
LE SOUCI DU CARE : ENTRE AIDE, SOINS ET SOIN	12	LE CARE, PROJET DE SOCIÉTÉ	20
LE CARE EN QUESTIONS : INTERVIEW CROISÉE	14		



DOSSIER : CARE : soigner, c'est aussi prendre soin

© Reporters - Julien De Witte

Éléments de définition et spécificités du *care*

Natalie RIGAUX, Professeur de sociologie – Université de Namur

Il semble qu'à l'origine¹, le terme *cure* (traitement visant la guérison) signifie *care* (prendre soin, se soucier de). Ce ne serait que vers 1700 que le sens du mot commence à bouger pour signifier le traitement, auquel s'ajoute encore un siècle plus tard l'issue attendue de la guérison. Arrêtons-nous déjà sur cette confusion originelle des deux termes : si la tendance risque aujourd'hui d'être à la valorisation plus grande des actes – et des métiers – visant l'éradication de la maladie (le *cure*), gardons au contraire cette confusion à l'esprit pour que, dans les métiers de la santé participant au *cure* au domicile (on pense aux médecins, aux infirmiers, aux kinésithérapeutes), elle nous rappelle la nécessaire intrication dans la pratique du soin de ses deux significations extrêmes : guérir la maladie, oui bien sûr, mais en prenant soin du malade.

Creusons à présent davantage la signification du terme de *care*. Depuis les années 1980 aux États-Unis, un peu plus tard en Europe, des intellectuelles féministes² ont contribué à la redécouverte et à la redéfinition de cette dimension du prendre soin. Déployons-la avec elles et envisageons la portée de ses différents aspects pour les métiers de l'aide et des soins au domicile (ils sont, en ce qui concerne le *care*, tous concernés !).

Première chose à souligner : **les activités de *care*, avant d'être le fait de professionnels sont le fait (le plus souvent) de femmes qui, dans le cadre domestique,**

prennent soin de ceux qui comptent pour elles, enfants et vieillards, malades de l'entourage et plus largement, tous les membres du foyer qui dépendent de leurs attentions pour que la vie soit entretenue. Dans le contexte de l'activité professionnelle qui est le nôtre, que faire de ce premier constat ? Il nous incite à garder à l'esprit plusieurs choses, dont celles-ci. **Les professionnels du domicile sont les premiers témoins de ce que leur activité ne vient le plus souvent que compléter, soutenir et rendre possible tout le *care* donné par les proches de ceux dont ils prennent soin.** Comment intégrer toujours davan-

tage dans la pratique professionnelle sa nécessaire articulation au *care* donné par les proches ? Autre conséquence de ce premier constat : **les soignantes professionnelles sont le plus souvent doublement pourvoyeuses de soin, sur leur lieu de travail, mais aussi pour leur famille et leurs proches.** Comment prévenir l'épuisement lié à cette double expérience du *care*, comment faciliter sa mise en compatibilité, voire son enrichissement réciproque ? On reviendra ultérieurement sur la question de la redistribution entre hommes et femmes de ces tâches liées au *care*.

Deuxième élément de la définition du *care* : **ces activités engagent à la fois une disposition à prendre soin et un travail, dont l'enjeu est de maintenir la vie et les relations humaines.** Cet élément vient utilement prévenir toute survalorisation du faire, toute frénésie du faire pouvant guetter certains professionnels au détriment de l'attention à l'autre qui suppose un certain non-faire ; il permet de retrouver toute l'importance d'un métier comme celui de garde à domicile, parfois dévalorisé de par sa non-focalisation sur le faire.



© istock Photo

¹ Selon D. Winicott, dans son texte célèbre « Cure », in *Conversations ordinaires*, Gallimard, 1988.

² C. Gilligan, *In a different voice*. Cambridge (Ma) : Harvard University Press, 1982, ou par exemple J.C. Tronto, *Moral Boundaries. A political argument for an ethic of care*. New York : Routledge, 1993 ; et en France, Paperman P., Laugier S. (e.a. in *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, Paris : Éditions de l'école des Hautes Études en Sciences Sociales, 2005).



© istock Photo

Troisième caractéristique du *care* : **il consacre la responsabilité que l'on a à l'égard de ceux dont on prend soin**, responsabilité qui est potentiellement conflictuelle avec celle que l'on a à l'égard de soi-même. Cette troisième caractéristique incite chacun, mais aussi chaque équipe et l'ensemble de l'organisation à veiller à l'équilibre fragile entre le nécessaire souci de soi des soignants et le soin aux autres.

Quatrième élément du *care* : **bien prendre soin suppose de prendre en compte les singularités de celui dont on se soucie et les circonstances particulières de l'action**. Quels temps sont consacrés à la réflexion, individuelle et collective permettant d'ajuster les routines de l'aide aux caractéristiques singulières du bénéficiaire et de la situation ?



© Reporters - Julien De Witte

Cinquième trait associé au *care* : dans la perspective qui le sous-tend, **tous les humains sont définis par leur vulnérabilité intrinsèque, l'interdépendance qui les unit aux autres**. Loin de réduire le travail du *care* à une relation duale soignant-soigné, celui-ci dépendant de celui-là, **c'est l'interdépendance plus large de chacun à un large réseau de relations qu'il faut prendre en compte** : le soigné et ses proches, le soignant et son équipe, l'organisation dont il dépend, mais aussi la dépendance du soignant au soigné...

Enfin, parce que nous sommes tous vulnérables et dépendants du soin que les autres prennent de nous et sans lequel nous ne pourrions vivre, les relations nouées avec les personnes dépendantes, les moyens qui y sont consacrés et les

objectifs poursuivis ne peuvent plus être considérés comme une seule affaire privée mais plutôt comme une affaire publique cruciale. Il s'agit donc de refuser le confinement du *care* à l'espace privé, traditionnellement régi par les femmes, avec l'invisibilisation qui s'en suit. **Tous, hommes et femmes, dans la sphère privée comme dans la sphère publique, nous sommes dépendants du bon care** : il s'agit de revoir notre conception de la citoyenneté pour la rendre inclusive des personnes dépendantes et indépendantes du genre, masculin ou féminin. Ce qui passe par la reconnaissance du droit à donner et recevoir un *care* de qualité : donner sans y être assigné et sans en être pénalisé (en tant que proche d'une personne dépendante), recevoir sans dépendre du bon vouloir des proches (lorsque l'on est dépendant). Il est question de se donner une conception de la citoyenneté qui intègre l'importance du *care* pour tous, sans le considérer, ni comme allant de soi, ni comme une affaire de femmes, les deux allant de pair. Une conception donc **qui reconnaisse le droit au travail et le droit au care comme aussi vitalement importants**.

Cette reconnaissance irait avec le développement d'un espace de délibération **pour que s'élabore une réflexion commune sur ce que devrait être un care de qualité**.

Prendre soin de l'humain, une éthique du quotidien

Walter HESBEEN, Responsable pédagogique du GEFERS¹

Lorsqu'il est question d'apporter de l'aide à une personne ou de lui prodiguer des soins, nous sommes, dans le concret de ces pratiques, face à deux grands types de logiques : une *logique du faire* avec la "frénésie du faire" et la "centration" sur la tâche qui en découlent régulièrement ; une *logique de l'humain* avec l'attention subtile, singulière et particulière que requiert chaque personne à qui se destine ce qu'il y a à faire. Ces deux logiques expriment la différence qu'il y a entre apporter de l'aide ou faire des soins à quelqu'un et prendre soin de cette même personne.

Lever les ambiguïtés

Pour essayer d'éviter toute ambiguïté ou de générer des malentendus, précisons d'emblée que la distinction entre ces deux logiques n'a pas pour but ni de les opposer, ni de les hiérarchiser en dénigrant l'une au profit de l'autre, mais bien de les distinguer en vue de ne pas les confondre. En effet, nous pouvons constater que si le contenu de ces deux logiques est indubitablement nécessaire et important pour exercer une pratique d'aide ou de soins, l'une n'est pas l'autre et ce qui fait la qualité de la première – qualité de ce que l'on fait – qualité des actes d'aide et de soins que l'on pose ne détermine pas la qualité de la seconde – qualité de l'attention portée à l'humain et prise en compte de la manière que cet humain a de vivre ce qu'il a à vivre, prise en compte de ce qui est important pour lui, prise en compte des "petits" plaisirs qui pourraient le rendre "un peu" plus heureux.

Une finalité : l'humain

Au fond, la distinction entre ces deux logiques met en lumière la nécessité de réfléchir tant individuellement que collectivement au sens de la pratique, à l'orientation fine qui lui est donnée, en vue, malgré la frénésie ambiante, de ne pas confondre la *finalité* de ce que nous faisons avec les *moyens* que nous confèrent nos différents métiers, moyens qui nous permettent de poser les actes concrets ou techniques de ce que notre fonction nous appelle à faire. Ceci requiert la vigilance de chacun afin de se rappeler en permanence que ce qui est à faire et qui doit, de surcroît, être bien fait, n'est jamais qu'un moyen au service d'une finalité,

finalité qu'est l'humain, c'est-à-dire un sujet unique dont on tente de *prendre soin*, un être singulier dont la situation nous concerne et dont on se soucie de ce qui le soucie, une personne dont on se préoccupe pour tenter d'identifier ce qui pourrait être bien, ce qui pourrait lui faire du bien. Un humain dès lors qui, au-delà de ce qui est à faire et malgré les caractéristiques diverses qui sont les siennes, perçoit l'importance qu'il a pour nous, l'intérêt qu'il suscite en nous. Un humain qui, grâce à notre présence, à notre juste sensibilité et à la délicatesse de nos manières d'être et de faire, se sent exister malgré l'altération physique ou psychique qu'il présente ou l'état de dépendance avancé qui peut être le sien.

Que de fois, en effet, un professionnel, et ceci indistinctement de sa qualification,

de son statut, ne permet-il pas, grâce à un regard, un sourire, un geste, une écoute, un simple mot, de "garder hors de l'eau" la tête de celui qui souffre ou qui n'a peut-être plus d'espoir.

Pour soutenir cette vigilance qui contribue à ne pas confondre la finalité de la pratique et les moyens de celle-ci, une question simple peut guider la réflexion des professionnels qui se rendent au "chevet" des patients, question qui concerne également et à leur niveau tous ceux qui ont pour fonction d'organiser et d'encadrer les pratiques du quotidien : *lorsque je dois aller dans la chambre d'un patient ou résident ou lorsque je me rends à son domicile, y vais-je pour faire quelque chose ou pour y rencontrer une personne et, à cette occasion, faire ce qu'il est prévu ou possible de faire ?*



© Reporters - Julien De Witte

Préciser cette distinction entre la finalité et les moyens, entre ce qu'il y a à faire et le prendre soin de l'être, peut sembler superflu aux uns – cela irait de soi – ou bien théorique et très éloigné de la réalité "du terrain" aux autres. Et il est bien sûr possible, et avec raison dans bien des cas, de déplorer les conditions mêmes de l'exercice des différents métiers de l'aide et des soins avec, en particulier, une préoccupation gestionnaire et organisationnelle à bien des égards déroutante. Je n'ignore pas ni la réalité, ni les difficultés de la pratique du quotidien, difficultés qui, de mon point de vue, convoquent aujourd'hui et plus que jamais une nouvelle forme de responsabilité des différents décideurs, gestionnaires et managers, celle de **l'apaisement**. Cette responsabilité qui m'apparaît urgente devrait les conduire à réfléchir et à agir en priorité pour offrir aux professionnels de "chevet" des structures et des organisations apaisantes... Apaisantes parce que la pratique même de ces professionnels est, par nature, par essence, une pratique qui ne va pas de soi, une pratique qui ne laisse pas en paix car elle les met en présence, jour après jour et en chaque situation, de la complexité singulière de l'humain et de la manière parfois troublante voire déroutante qu'il a de vivre ce qu'il a à vivre.

L'indispensable et "simple" éthique du quotidien

Néanmoins, la nécessité de structures et organisations apaisantes ne peut conduire à négliger une autre incontournable nécessité, celle d'une **éthique** tant individuelle que collective au cœur même des pratiques et relations



© Reporters - Jullien De Witte

professionnelles. Le terme éthique est, aujourd'hui, abondamment utilisé. Il est ainsi conceptualisé, théorisé, parfois même schématisé sans qu'il soit certain que la compréhension du plus grand nombre en soit véritablement plus élevée et affinée. Or, si l'éthique renvoie bien à quelque chose d'essentiel pour l'exercice de tous les métiers de la relation à l'humain, c'est d'une éthique concrète du quotidien dont le prendre soin a besoin. Une telle éthique est celle qui conduit à se rappeler, "tout simplement", que la première visée de l'éthique, et qui est accessible à chacun, consiste à œuvrer concrètement pour des rapports humains bons et bienfaisants.

Et cela ne va pas de soi, ne laisse pas en paix et montre à souhait combien l'éthique, lorsque nous voulons chacun en imprégner nos différentes pratiques, requiert un effort. Un effort tant individuel que collectif qui peut trouver à se déployer et à s'exprimer à partir d'une question à nouveau "toute simple" et que j'aime formuler comme suit : *comment moi, de la place que j'occupe, de la fonction qui est la mienne, puis-je contribuer à des rapports humains bons et bienfaisants ?* N'est-ce pas à partir de la mise en œuvre de ce à quoi invite cette question que pourra se diffuser au sein des structures, des organisations, des équipes et auprès des patients et de leurs proches,

une atmosphère éthique, atmosphère qui se diffuse et imprègne les rapports humains, quelle que soit la nature de ceux-ci ?

Le mot simple est utilisé ici à dessein et en abondance. Il ne saurait néanmoins se confondre avec un appel au simplisme. Observons simplement, à nouveau, que la qualité fondamentale requise pour prendre soin de l'être, au-delà des nécessaires connaissances, savoir-faire et performances diverses, repose en premier lieu sur **l'humanité toute simple du professionnel**, c'est-à-dire son **humilité**.

Une humanité toute simple qui, sans être exclusive d'autres qualités, se présente à mes yeux comme la condition première et incontournable pour tenter d'accueillir dans le quotidien des pratiques et de nos relations, la singularité de l'autre, d'en prendre soin dans tous les aspects qui l'affaiblissent, en vue d'entretenir avec lui une relation riche, une relation pertinente afin de tenter de lui apporter un peu de bien-être, un peu de plaisir, un peu de bonheur. Et cela n'est pas rien.

Le souci du care : entre aide, soins et soin

Coralie DUFLOUCQ, Rédactrice en chef du CONTACT

Rencontres avec Marie-Noëlle Weicker, responsable adjointe et assistante sociale ; Anne-Sylvie Ruaux, coordinatrice ; Patricia Richard, infirmière responsable ; Stéphanie Lefèvre, Béatrice Collard, Sabrina Merville et Martine Krippeler, assistantes sociales. Elles travaillent toutes pour le centre AIDE & SOINS A DOMICILE de la Province de Luxembourg et ont la charge d'équipes en aide à la vie journalière ou en soins infirmiers. Elles ont accepté, pour CONTACT, de se pencher un court laps de temps sur la question du care. Comment l'envisagent-elles dans les métiers du domicile ? Le care est-il une préoccupation pour elles et pour leurs équipes ? Comment une notion finalement théorique se traduit-elle dans le concret du quotidien ? Entre craintes et enthousiasme, voici quelques morceaux choisis de cette rencontre enrichissante.

Définition du care

Elles traduisent le care par "la prise en charge globale du bénéficiaire". Pour elles, il n'y a pas que les soins physiques ou l'aide apportée : le care va au-delà. Il y a « tout ce qu'il y a à côté ». Bien **prendre soin** serait donc un tout...

Elles rejoignent en cela Walter Hesbeen qui écrit : "[...] le soin n'est pas à confondre avec les soins et l'excellence de la pratique des soins, pour nécessaire qu'elle soit, n'indique en rien la pertinence du soin porté à la personne à qui se destinent ces mêmes soins. [...] il ne suffit pas de bien faire des soins pour se révéler un professionnel compétent dans une situation de soins. Cela équivaut à constater que l'on peut soigner une personne sans en prendre soin, c'est-à-dire qu'on peut administrer des actes de soins de qualité sans se soucier véritablement et sincèrement de la personne à qui ces soins sont prodigués. Or, les hommes et les femmes malades ainsi que leur entourage attendent, aujourd'hui et bien plus qu'hier, de la considération, de l'estime pour les humains qu'ils sont et la prise en compte de la situation singulière et donc particulière qui est la leur.¹"

De cette singularité, de cette particularité, elles en parlent aussi en ponctuant leurs interventions de : "le care... ça dépend de la personne, du soignant et du soigné" ; "le domicile... tu ne sais jamais où tu vas arriver, dans quelles conditions" ; « le domicile, c'est particulier ! », etc.

Le terme **adaptation** est lâché. Marie-Noëlle explique : "tous les jours, c'est une découverte. Les aides familiales – et cela doit être la même chose pour les infirmières – ne savent finalement jamais où elles vont arriver. Elles doivent s'adapter en permanence, au jour le jour, en fonction de l'évolution du bénéficiaire, de son état émotionnel et physique. La principale qualité des intervenants du domicile est l'adaptation." Stéphanie ponctue d'une anecdote : "pendant mes études, je ne m'étais jamais imaginé ce que pouvait être le domicile et sa percutante réalité. Je n'aurais, par exemple, jamais pensé que je poignerais dans une clenche de porte toute gluante parce que la maison du bénéficiaire n'avait plus été nettoyée depuis un certain temps ou me rendre compte qu'une personne n'arrivait plus à se rendre de son lit à son fauteuil... C'est aussi ça nos réalités de terrain et il faut avoir le cœur sacrément accroché. Si tu n'es pas dans le prendre soin, tu ne tiens pas 1 mois à l'ASD."

Le prendre soin ne serait donc pas non plus quelque chose qui s'apprend. Il y aurait une part d'inné dans le care, un quelque chose qui ferait qu'on ne choisit pas par hasard de devenir infirmier, aide familiale, garde à domicile, aide ménagère, ... Anne-Sylvie en est convaincue : "on ne se rend pas au domicile des patients ou des bénéficiaires juste pour faire ce que l'on doit faire. L'acte ne suffit pas. Pour moi, ça coule de source que, quand on est infirmier ou aide familiale ou..., on soigne les gens dans leur globalité. On ne peut pas entrer chez le bénéficiaire, faire son

injection par exemple et repartir sans avoir dit bonjour, sans avoir dit au revoir, sans s'être réellement soucier de la personne qu'on soigne. Avoir vu que quelque chose n'allait pas et repartir comme si de rien n'était, ce ne serait pas logique !"

Le(s) souci(s) du care

Avoir toujours en tête de travailler pour le bénéficiaire et son bien-être est un objectif qui prime au sein des centres AIDE & SOINS A DOMICILE. La notion de prendre soin, en plus d'être au cœur de chacun des travailleurs, l'est, en effet, également dans la philosophie de l'entreprise. Est-ce pour autant aisé d'être constamment dans le prendre soin ?

Non, assurément. Les tracas de la vie, qu'ils soient professionnels, privés, ressortant de la direction, des travailleurs ou des bénéficiaires, peuvent avoir un impact sur le prendre soin. Des effets en cascade pourraient alors affecter le care. C'est en tout cas l'analyse de nos chefs d'équipes.

Pour elles, le risque pourrait, par exemple, être que les impératifs financiers de l'entreprise (découlant de la pression qui vient du financement INAMI) prennent le pas sur la gestion des soins. Patricia pointe cette crainte ressentie par les infirmiers de "devoir en faire plus en moins de temps" avec le risque de ne plus être dans le prendre soin : "avec parfois 25 patients à voir sur une tournée, et parfois 10 toilettes, les infirmières disent qu'elles ont l'impression de mal faire

leur travail parce qu'elles doivent aller trop vite." Bien que les prestations des aides familiales soient différentes, dans la durée et dans les tâches effectuées, les craintes temps et compétitivité sont également présentes.

"Il ne faudrait pas qu'au nom d'un nécessaire équilibre financier, ce soit le prendre soin qui en pâtisse !" soulignent nos chefs d'équipes.

Pour la FASD et les ASD, il faut donc trouver des justes équilibres pour continuer à garantir la qualité de l'aide et des soins à domicile, le prendre soin cher aux travailleurs, l'emploi de ces mêmes travailleurs et l'accessibilité des bénéficiaires aux services. Une évolution des métiers est en marche allant dans ce sens, mais elle n'est peut-être pas toujours bien comprise par les équipes. Sabrina ajoute : "les entraves ou la désorganisation du care pourraient être dues au manque de communication ou de connaissance des autres métiers du domicile". "D'où l'importance d'une communication pertinente, plus organisée, transversale, interne et externe" soulignent alors plusieurs de nos interviewées.

Une bonne communication participerait donc du "bon" care. Soudain, des idées fusent en ce sens. Marie-Noëlle parle de "temps d'accueil pour les nouveaux engagés à l'image de ce qui se fait déjà dans certaines ASD. Ou élargir le tutorat à l'ensemble des métiers." Patricia enchaîne : "il faudrait davantage d'évaluation, négative et positive... parce que, pour moi, les évaluations, c'est dire aussi bien ce qui va que ce qui ne va pas. Avoir une discussion franche à un moment donné permet de mettre les choses à plat, d'avoir des pistes d'amélioration si nécessaire et féliciter le travailleur". Béatrice approuve et ajoute : "je pense aussi qu'à certains moments, les gens ont besoin d'entendre que ça va bien et que c'est important qu'ils soient là. Dire ce qui ne va pas, c'est normal pour avancer, mais dire aussi ce qui fonctionne bien, c'est important pour la motivation des troupes et de nous-mêmes aussi."

Le dialogue favoriserait la motivation et la motivation le care. Le bien-être des travailleurs serait un élément favorisant le care à domicile. Stéphanie donne un exemple : "je ne suis pas certaine qu'un travailleur au bord de la saturation (que la raison de cette saturation soit personnelle ou



De gauche à droite : Martine Krippeler, Sabrina Merville, Patricia Richard, Béatrice Collard, Marie-Noëlle Weicker, Anne-Sylvie Ruaux, Stéphanie Lefèvre.

professionnelle) arrive chez le bénéficiaire avec la 'banane' et soit complètement dans le prendre soin. Bien sûr, il a sa conscience professionnelle et, bien sûr, il fera ce qu'il a à faire, mais sans plus. Il ne demandera peut-être pas à la dame qu'il soigne comment elle va, n'aura pas le courage du dialogue, ne sera peut-être simplement pas dans la sincérité." Béatrice confie : "aujourd'hui, les filles sont encore motivées ou se remotivent vite, mais il faut prendre soin de cette motivation. Le care doit finalement aller dans tous les sens : du travailleur vers le bénéficiaire, du bénéficiaire vers le prestataire, de l'employeur vers ses employés..."

Des évolutions dans tous les sens

À ce sujet-là, Marie-Noëlle nous dit : "je crois qu'il y a bien deux réflexions actuellement. Il y a d'une part, l'aide de l'usager avec sa prise en charge et, d'autre part, les conditions du CPPT avec les questions de conditions de travail et de bien-être des travailleurs. Ces réflexions sont de plus en plus pointues parce que les situations sont, elles aussi, devenues plus pointues. Les exigences ont augmenté et évolué par rapport à avant, tant de la part des directions, des chefs d'équipes que des travailleurs ou des bénéficiaires."

L'évolution des métiers est sans doute liée à ces nouvelles exigences. L'évolution des bénéficiaires contribue sans nul doute aussi à ces nouvelles exigences. Les situations ne sont plus les mêmes qu'il y a 20 ans. "Actuellement on est loin du cliché de l'usa-

ger qui est à domicile et qui attend son aide familiale ou son infirmière. Les gens ont changé et ils ont maintenant davantage d'activités : ils vont à l'Université des Aînés, ils s'inscrivent chez Énéo et apprennent l'informatique,..." explique Marie-Noëlle. Et Patricia d'ajouter : "ça, c'est un fait." Ce qui entraîne des modifications de tournées pour les infirmières parce qu'un patient a un rendez-vous ici, un autre une activité là-bas,..." Les patients deviennent du coup de plus en plus exigeants avec les horaires et ralentent ou appellent le centre quand l'infirmière a 10 minutes de retard. On en revient aux contraintes de temps... et ces contraintes engendrent malgré tout du stress."

La logique "service-client" transparait dans l'exigence des bénéficiaires. Ils font appel à un service, payent et du coup exigent. Des phrases du style "je paye donc j'ai droit", "faites vite, je vous paye à l'heure", "je suis client chez vous !" ne sont malheureusement plus rares. Le bénéficiaire devient client. Une autre relation professionnelle s'installe. Ces personnes, peut-être servies financièrement, n'ont peut-être pas d'autre choix. Ils ne participent pas (encore) au prendre soin.

Pour un care qui fonctionne

L'implication du bénéficiaire dans "son" care, quand évidemment c'est encore possible pour lui, serait donc une donnée importante pour que le care fonctionne. Le care, semble-t-il et on y revient, doit

tenir compte de la singularité de chacun. Pour certains, peut-être déjà bien entourés par leur famille, amis ou voisins, l'aide et/ou le soin à domicile ne sera peut-être qu'un service rendu par des professionnels compétents et quand même soucieux de la personne qu'ils soignent. Impossible pour eux d'être ailleurs que dans le *care* car le *prendre soin*, ils ont ça en eux ! Pour d'autres, la dimension du *care* sera prépondérante. Bien plus que l'aide ou le soin, ce sera "l'à côté" qui compte, le *prendre soin* dans sa globalité : les soins, mais pas seulement. Les travailleurs s'adaptent. Mais ils doivent quand même faire attention à leur propre être, à leur propre bien-être. Ils doivent aussi être prudents dans leur

implication : ne pas franchir certaines limites, ne pas substituer à la famille, ne pas "faire à la place de"... Le bénéficiaire et/ou les aidants proches ont aussi leur rôle à jouer pour un *care* qui fonctionne.

On n'apprend pas à "bien *prendre soin*" de quelqu'un. Il y a une part d'inné. Certes, on accentue, dans les formations, aujourd'hui plus qu'hier, l'aspect déontologique de la fonction, on insiste sur le risque de franchir certaines limites et sur l'indispensable nécessité de se protéger. Mais la réalité du quotidien, personne n'y est préparé à 100%.

"Ce ne sont que des humains ensemble" soulignait Anne-Sylvie. Les formations

peuvent aider, mais ce n'est pas tout. Pour rester dans le *care*, Béatrice soulignait l'importance de l'écoute, Marie-Noëlle de la communication voire même, selon Martine, d'une "plus grande visibilité auprès du grand public". Quoi d'autre ? Conscientiser la population à l'incontournable *care* en les informant des métiers du domicile, conscientiser les travailleurs aux impératifs de l'entreprise AIDE & SOINS A DOMICILE, conscientiser les politiques de l'importance, pour la société présente et à venir, des travailleurs de l'aide et des soins à domicile. Bref, faire du *care* une philosophie de vie ?

Le care en questions : interview croisée

Propos recueillis par Coralie DUFLOUCQ, Rédactrice en Chef du CONTACT



© Coralie Duffloucq

LUC LEFEBVRE

Luc LEFEBVRE est médecin généraliste depuis 1975. Il a travaillé longtemps comme indépendant. Il s'est ensuite associé et a fondé une maison médicale à Laeken en 2005. Il est Président de la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) et s'intéresse fortement au développement de la Médecine Générale en Belgique et de manière internationale.

Un souhait ? Pouvoir porter un nouveau modèle de l'organisation des soins de première ligne en Belgique.

EDGARD PETERS

Edgard PETERS est infirmier de formation. Après une spécialisation en pédiatrie, il travaille pendant une vingtaine d'années dans le milieu hospitalier. Il est ensuite détaché partiellement au sein du SPF Santé Publique dans le cadre de l'enregistrement de l'activité infirmière (DI-RHM). Il travaille aujourd'hui et depuis 2009 pour la Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile (FASD) en tant que Directeur des Soins Infirmiers.

Un souhait ? Soutenir et permettre à la profession infirmière d'évoluer dans les différents défis de demain : organisation de la première ligne, redistribution des tâches et compétences entre les professionnels,...



© Coralie Duffloucq

Ils se sont tous deux prêtés au jeu de quelques questions sur le *care* et sur le *care* pour la revue CONTACT. Aperçu de cette rencontre.

1. On parle d'évolution dans la prise en charge d'un bénéficiaire par rapport au siècle passé. D'un modèle centré sur le curatif, on passerait à une "nouvelle culture du soin" où la dimension du "prendre soin" fait partie des soins, du "faire des soins". Êtes-vous d'accord avec cela ?

EP – Le *care* est effectivement une notion qui est de plus en plus présente aujourd'hui. Mais, quand je regarde rétroactivement la formation d'infirmier, on nous apprenait d'abord l'acte. On nous apprenait à être performants, qualitatifs par rapport à la prestation que l'on doit réaliser chez le patient. À mon époque, on n'insistait pas vraiment sur la prise en compte de la personne dans son entièreté. Aujourd'hui, c'est un peu différent, la formation a évolué, il y a des cours de relation d'aide par exemple. Dans les formations données dans le cadre de la FASD, le *care* est omniprésent parce que, quelque part, il fait partie des professionnels qui ont choisi de faire ce métier et de la philosophie de l'entreprise. Mais, j'aurais envie de dire aussi que le *care* est finalement quelque chose de très individuel, avec une part d'inné, différent d'une personne à l'autre, et qui se construit en fonction des expériences de vie.

LL – En médecine générale, je crois qu'on est passé du soin aigu, dans les années '70 – '80, à la prise en charge du patient dans son ensemble, avec la vision du patient chronique et la notion de "prise en charge". Ce n'était donc pas le cas à l'époque où la réponse était au coup par coup. Mais, après '68, la réflexion de "placer le patient comme partenaire" a commencé à se développer. On quittait déjà la position "autoritaire" du médecin qui sait par rapport au patient qui écoute et qui obéit. Des groupes Balint bouleversaient le modèle établi et réfléchissaient ensemble à l'ensemble des implications de la maladie dans le parcours de vie de l'individu. Mais, est-ce pour autant vrai que la prise en charge aujourd'hui est plus humaine, plus holistique qu'avant ? Ou est-ce que le médecin a encore tendance à se réfugier dans sa citadelle de savoirs ? Un certain nombre de médecins sont rentrés dans



Luc Lefebvre - Edgard Peters

le *care* et le font très bien. Mais, je crois que, comme pour les professionnels du domicile, il y a un niveau fort individuel, personnel.

2. Vos expériences confirment-elles cette évolution ?

LL - Je pense que nous évoluons et que la société évolue. La société a évolué dans son rapport au corps par exemple et donc, en tant que médecin, le rapport au corps avec notre patient a aussi changé. On le touche différemment qu'on le touchait il y a 30 ans. Le contact aurait été considéré comme grossier, mal venu, envahissant,... alors qu'aujourd'hui, le contact est complètement accepté. Je pense notamment aux patients palliatifs. Cette notion de contact, on la développe aussi maintenant dans les formations, le fait "d'être avec"... et là, on est dans le *care*.

Je vais vous raconter une anecdote qui m'a fait évoluer. À la fin des années '90, je faisais beaucoup de domicile. Et, qu'est-ce que je faisais ? Outre évidemment, les soins que je donnais, j'allais voir dans le frigo s'il y avait de la nourriture en suffisance et dans quel état était cette nourriture. On pouvait aussi remplacer une ampoule, faire une petite réparation sur une douche,... Le médecin était une sorte de père ou de mère et avait une position "totalitaire". Et, j'ai

été contacté par une chaîne de télévision qui voulait faire un reportage sur la vie d'un médecin généraliste, l'émission s'appelait "toubib or not toubib". À cette occasion, j'ai commencé à me poser des questions. Cette position que nous occupions était-elle réellement celle qu'un médecin devait occuper ?

Et, je pense que j'ai évolué depuis 2005. Je travaille en équipe. Et, je crois que l'équipe permet plus de choses. On est tous, chacun à sa place, dans le soin et on se complète très bien. On ne laisse pas les gens dans l'embarras, on gère toujours les petits problèmes, mais différemment...

EP – Dans le "prendre soin", c'est toute la question de savoir jusqu'où on doit intervenir, jusqu'où va mon rôle de professionnel ? Jusqu'où est-ce que je m'investis ? Parce que c'est clair qu'en situation, on pourrait faire beaucoup d'autres choses que simplement donner le soin et prendre soin pendant le soin : aller prendre le courrier, ouvrir les volets, vider la machine à laver,... Quand un patient est tout seul et qu'on sait qu'il va rester dans le noir toute la journée, est-ce qu'on ne va pas ouvrir les volets ? Donc, clairement, à un moment donné, on se pose la question "jusqu'où va le *care* ?" Cette notion-là est véritablement importante. Et il faut pouvoir se dire "là, ce n'est plus de ma compétence, je passe le relais".

Mais, ce n'est pas évident. Quand un bénéficiaire arrive à l'hôpital ou en maison de repos, il doit suivre les règles de l'institution. Nous, on se rend au domicile du patient et c'est à nous de respecter sa manière de vivre, son mode de fonctionnement, ... ça ne veut évidemment pas dire que nous acceptons tout, mais nous nous adaptons. La "barrière" est différente. Au domicile, nous sommes directement confrontés à toute une série de choses inhérentes au patient et à son entourage... et on n'est pas insensible. D'où, vraiment, l'importance des limites... et de pouvoir passer le relais.

3. Travailler en équipe, passer le relais, ... est-ce que l'évolution des métiers, les interactions plus grandes entre les métiers de la première ligne feront en sorte d'être encore plus dans le care ?

LL – Quelque part, historiquement, ça se faisait déjà. On avait un bon contact avec une infirmière et les choses se passaient bien. Mais, il est clair que, maintenant, on avance dans une collaboration beaucoup plus structurée et beaucoup plus professionnelle. Je soutiens tout à fait ce modèle-là : se partager les tâches, bien délimiter les compétences, voir comment on peut collaborer au mieux pour le bien-être du patient, voir précisément comment dans les différentes situations on peut être complémentaire et comment on peut donner les meilleurs soins dans le prendre soin.

EP – Le fait de structurer davantage apporte un "plus" indéniable au bien-être du patient. Je suis partisan de revoir l'organisation complète de la première ligne en incluant et les professionnels de la santé (médecin, infirmier, kiné, ...) et les professionnels de l'aide (aide familiale, garde à domicile, aide ménagère, ...). Le maintien à domicile ne pourra se faire que si cette collaboration continue à se structurer et à se professionnaliser. Une collaboration entre 2 personnes peut rester informelle, mais quand il y a plusieurs intervenants, je pense et suis convaincu que cette collaboration sera d'autant plus bénéfique si elle est organisée et structurée.

LL – C'est le développement du travail d'équipe qui implique aussi que personne ne peut être omniscient et omnipotent.

Je voulais ajouter... il y a aussi un phénomène urbain qui s'est développé : la perte du réseau autour du patient. Les gens sont de plus en plus seuls dans les villes. La famille n'a pas forcément le temps de s'occuper de leurs parents ; parfois ceux-ci habitent loin, ...

EP – Le réseau, la structuration de l'aide et des soins sont effectivement essentiels pour un maintien à domicile. L'entourage, les aidants proches ont souvent une activité professionnelle ou n'habitent pas tout près, c'est une réalité. Les seniors ont parfois, eux aussi, un agenda bien chargé. Ce sont des paramètres à prendre en considération dans l'élaboration de la première ligne de soins si l'on veut, évidemment, continuer à soigner tout en prenant soin. Je suis persuadé que travailler de plus en plus en collaboration, avec l'ensemble des intervenants du domicile, permettra d'améliorer de plus en plus le care. Les centres de coordination s'inscrivent dans cette vision, leur plus-value n'est plus à démontrer.

LL – Notre souhait est de revenir à un meilleur modèle d'organisation des soins de santé et que donc, les soins de santé soient remis au niveau de la première ligne qui fait mieux toute une série de soins. Par exemple, un éducateur en diabète va certainement mieux surveiller le diabète du patient que le médecin généraliste, que l'infirmier fera mieux un certain nombre de soins que le médecin, ... mais il faut coordonner l'ensemble.

4. La participation du bénéficiaire, est-ce important dans le care ?

EP – Pour moi, on n'est pas dans le care si on fait abstraction du bénéficiaire. Le care se développe aussi dans l'aspect éducatif et préventif des bénéficiaires.

LL – Oui, évidemment, c'est le patient qui est au centre du soin. Et puis, le patient va clairement devoir devenir acteur de son soin. L'ensemble des affections étant

principalement des affections chroniques, il faudra tout l'aspect prise en charge de la maladie du patient par lui-même, tout l'aspect éducatif et aussi toute la collaboration de l'ensemble des intervenants pour les soins.

5. Qu'auriez-vous envie de rajouter ?

LL – Il ne faut pas idéaliser le care. Je pense évidemment que le care a sa place dans le soin, mais il ne faut pas donner cette image où chaque intervenant va pouvoir faire le bonheur des gens. Je pense qu'on a des limites, que les patients ont des limites, ... mais qu'on vit aussi dans un système où il faut produire un certain nombre de choses. Il faut régulièrement se poser les questions suivantes : quelles sont les limites de mon travail ? qu'est-ce que je peux faire ? et où est-ce que je peux trouver du soutien quand j'ai du mal avec ce que je fais ?

EP – "Prendre soin" ne veut pas dire "prendre tout sur soi". Le care nécessite une juste distance avec le bénéficiaire. Et, on retrouve, dans cette juste distance, ses limites professionnelles, ses limites d'investissement dans la prise en charge du bénéficiaire.

Quand "faire des soins" prend sens au travers du "prendre soin"

Alda GREOLI, Secrétaire Nationale de l'ANMC

"Prodiguer des soins" ou "prendre soin"

Derrière ces expressions devenues usuelles se trouve un monde à découvrir : le "dire" d'une société qui éclaire surtout sur la manière dont les hommes et les femmes tentent de faire société et font société dans un espace temps donné.

Longtemps, on a réservé aux professionnels des actes de soigner le droit de faire des soins et on exigeait, ou du moins il était naturel, de laisser à la famille (ou à l'entourage) le "prendre soin". Aujourd'hui encore, les soins de santé sont souvent, trop souvent, d'abord et avant tout une donnée économique, une dépense d'un budget personnel ou une dépense dans le budget de l'État. Le soin de santé prodigué est une dépense, un coût, une charge pour la société et pour les citoyens qui participent à la constitution des moyens de la sécurité sociale. Mais n'est-ce pas là s'arrêter à une considération qui ferait de nous des êtres formant ensemble une entreprise et non pas une société humaine ?

Si nous renversions le postulat, si nous reprenions en effet conscience que la sécurité sociale et les soins de santé en particulier sont nés et se sont construits sur la capacité d'hommes et de femmes à justement penser les solidarités tant interpersonnelles qu'économiques ou globales.

Un système de sécurité sociale, c'est un projet de "vivre ensemble" dans une société appelée pays, et quand on s'écarte trop de cette définition ou de cet objectif alors on perd le sens et dès lors on peut perdre l'objet.

De même, il n'y a pas de réelle rupture entre "prendre soin" et "prodiguer un soin". Il est essentiel de donner sens à ce qui relie ces deux concepts et ce, tant pour le professionnel du soin que pour la personne soignée et son entourage. Il est essentiel de prendre soin de tous les acteurs, pour que chacun puisse donner un soin et recevoir un acte médical.

Dans cette optique, les Mutualités chrétiennes soutiennent des associations de personnes car elles sont, pour nous, essentielles pour "faire société". Nous sommes également convaincus que le *care* qui naît de ces rencontres est au moins aussi important qu'un acte médical pour créer les conditions de santé. Un chiffre corrobore d'ailleurs notre pensée : en termes d'accès à la santé, dans nos pays, les soins de santé ne comptent que pour 20%. D'autres facteurs

sont dès lors tout aussi déterminants comme les liens sociaux, l'enseignement, l'emploi ou le logement.

Dans le débat sur l'aïdant proche, nous avons vu ces derniers mois des positionnements qui auraient pu mener

à proposer un statut, voire un salaire, pour les aidants. Les mêmes questions ont été mises sur la table dans les discussions sur le budget d'une aide personnalisée destinée aux personnes handicapées. Un salaire pour des actes posés entre personnes proches, un contrat de travail à l'intérieur des relations familiales... où est encore la société ? OUI, un papa qui conduit son enfant à l'école, c'est un acte gratuit ! Et OUI, une aide familiale qui fait les courses, c'est un travail, et cela doit le rester.

Mais ce sont ces deux réponses combinées qui forment du vivre ensemble et qui permettent plus de bien-être à l'enfant et à sa famille dans ce cas-ci.

Marc-Olivier PADIS écrit : *les pays où l'aide publique est la plus importante envers les familles (voyez chez nous le soutien aux projets non-marchands et à l'organisation des communes ou régions ou état fédéral) sont aussi ceux où l'on observe une plus grande implication des proches avec les personnes âgées dépendantes. Et une amélioration de l'aide publique favorise le développement de l'aide familiale. Pour cela il faut oser dépasser les oppositions hommes-femmes, individus-associations, professionnels-bénévoles. Il faut repartir du vivre ensemble, du prendre soin pour réinterroger nos réponses. Les relations humaines de qualité ne sont jamais un luxe, c'est naturel ! Osons sortir du rapport économique à la vie en société pour oser la réponse naturelle du "prendre soin".*

En prenant en compte le "prendre soin" tant pour la personne qui reçoit que pour la personne qui donne, nous rendrons aussi sa juste et pleine place aux actes des soins de santé. Je suis persuadée qu'en entrant par cette porte nous pourrions faire évoluer notre système de sécurité sociale parce qu'alors nous lui aurons rendu le sens qu'il a toujours eu mais que nous oublions trop souvent : celui de faire plus de société ensemble et de laisser moins de personnes sur le bord du chemin.



L'aidant proche : une place au cœur de l'aide et des soins à domicile

Coralie DUFLOUCQ avec la collaboration de Sigrid BRISACK, Coordinatrice à l'ASD du Hainaut Oriental

Jean-Bernard a 62 ans. Il est ce qu'on appelle un "aidant proche". Il s'occupe, depuis quelques mois maintenant, de son père et de sa mère, tous deux malades et dépendants. En plus de son travail, il gère quotidiennement les courses, le ménage et les "tracasseries administratives" de ses parents.

Si, aujourd'hui, aucune statistique précise ne peut réellement être donnée sur le nombre d'aidants proches en Belgique, Jean-Bernard est loin d'être le seul à prendre soin de "ses" seniors. Les coordinateurs d'AIDE & SOINS A DOMICILE sont d'ailleurs régulièrement en contact avec ceux qui s'occupent bénévolement de leurs proches et ils attestent : "qu'il soit conjoint, enfant, petit-enfant, parent, voisin ou ami, une chose est sûre, l'aidant proche a le souci du bien-être et de la sécurité du proche qu'il aide à domicile. Les aidants proches ont clairement leur place au cœur de l'aide et des soins à domicile et participent au *care* !"

Le plus souvent, leur contribution commence par des aides mineures, des "petites choses" : une course de temps en temps, une lessive pour rendre service, une aide administrative ponctuelle... S'ensuit, dans la majorité des

cas, une intensification des aides apportées. L'aide naturelle s'installe, insidieusement, et finit par occuper une place de plus en plus importante dans l'emploi du temps déjà bien chargé des aidants.

Bien sûr, cette aide naturelle a toujours existé, le phénomène n'est pas nouveau. Ce qui l'est plus, c'est cette nouvelle relation qui doit se créer quand des professionnels de terrain entrent en scène. L'aide et les soins évoluent.

Auparavant, les soins de base étaient donnés par la femme au foyer qui se trouvait "entre deux âges". Aujourd'hui, la majorité des femmes en âge de le faire travaillent. Bien que l'aide soit encore principalement féminine, de plus en plus d'hommes contribuent aussi à l'organisation de la vie quotidienne. Les actes d'aide et les soins eux-mêmes évoluent.

On retrouve, "comme avant", des aidants qui préparent des repas, font des travaux ménagers, entretiennent le jardin, conduisent leur proche à un rendez-vous ou au supermarché, mais ils donnent aussi le bain, habillent leur proche et parfois même prodiguent des soins d'ordre médical !

Des services se sont développés pour l'assistance aux personnes dépendantes. Mais, il existe finalement encore trop peu de soutien officiel pour le nombre croissant d'hommes et de femmes "entre deux âges" qui prennent soin de leurs seniors ou juniors fragilisés et doivent, parallèlement, gérer leurs propres vies, professionnelle et privée.

Jongler entre vie privée et vie professionnelle n'est pas chose évidente. Cela l'est sans doute encore moins pour la "génération sandwich", ces "entre deux âges" qui "font" la plupart des aidants proches. Ces personnes de 45 à 64 ans dont la vie est rythmée par le boulot, la charge du foyer, l'organisation des enfants voire des petits-enfants en bas âge et par la prise en charge de leurs parents devenus dépendants, se retrouvent souvent coincées entre les exigences, parfois conflictuelles, des soins à prodiguer aux enfants et/ou petits-enfants et des soins à donner aux personnes âgées.

L'investissement en temps "pour son proche" finit alors par avoir un impact sur la situation professionnelle et/ou familiale, voire sur l'état de santé (stress, douleurs lombaires,...). Certains aidants prennent un crédit-temps pour continuer à s'occuper de leur(s) proche(s) dépendant(s) ou modifient leur horaire, d'autres ne changent rien... parce que financièrement, ils ne peuvent pas se le permettre. Certains autres, parfois submergés, contactent les services d'aide et de soins à domicile.



© Reporters - Julien De Wilde

Mais, la situation ne se simplifie pas pour autant... En plus de jongler entre vie privée et vie professionnelle, il faut qu'ils jonglent avec leur sentiment de culpabilité, leurs peurs de devoir confier leur proche à quelqu'un d'autre, de passer le relais pour certains soins...

Ce n'est donc pas toujours sans difficulté que l'aide professionnelle se met en place à domicile. De plus, les aidants proches appellent souvent les services quand ils sont à bout, quand ils connaissent eux-mêmes un ennui de santé, quand l'aide qu'ils apportent est soudain, pour x ou y raison, désorganisée. Les coordinateurs doivent alors faire face aux craintes des aidants proches, aux urgences de leurs demandes, aux réticences et à la possible agressivité des futurs bénéficiaires, ... Ces difficultés s'accroissent pour les coordinateurs quand les services sont saturés ou qu'on leur énonce clairement des difficultés financières.

L'aspect financier peut être un frein pour nombre d'aidants en quête d'aide. Les aides et soins à domicile ont un coût qui s'ajoute à celui des frais médicaux (médicaments, médecin, hospitalisations diverses, ...). Les aides professionnelles, c'est bien, mais quand il y a des limites financières, les possibilités de se faire aider, d'adapter son horaire et de souffler s'échappent.

Les coordinateurs doivent alors faire preuve de tact, de patience et de capacité d'écoute pour entendre, informer, expliquer les aides et les soins possibles et trouver des solutions.

Le "jeu" n'est donc pas gagné d'avance, mais les professionnels savent que pour que "ça marche", il faut absolument que l'aidant proche soit intégré au processus de maintien à domicile. Cette intégration est plutôt positive puisque l'aidant proche n'a généralement aucune envie d'être écarté. Il veut contribuer au(x) soin(s), au bien-être de son proche.

Une collaboration nécessaire s'installe alors progressivement entre le professionnel et l'aidant proche. C'est d'ailleurs souvent ce dernier qui se fait l'intermédiaire entre le bénéficiaire et les services, il sait ce qui est bien pour son proche, il le connaît ! L'aidant proche devient donc un partenaire essentiel de l'aide et des soins à domicile pour le bien-être du bénéficiaire.



© Véronique Vercheval

Mais, à côté du travail "de terrain", les sphères politiques doivent également s'impliquer et trouver des solutions pour éviter l'épuisement des aidants proches qui œuvrent dans l'ombre.

Reconnaître la place et le rôle de l'**aidant*** serait déjà un premier pas car, dans le cadre d'un maintien à domicile, les aidants proches participent, c'est indéniable, au *care*. Ils contribuent à soigner et à prendre soin de la personne en perte d'autonomie. Ils sont un appui précieux pour les prestataires d'aide et de soins à domicile. Une coordinatrice d'un centre AIDE & SOINS A DOMICILE confie même : "on a beau mettre

toutes les aides possibles en place, s'il n'y a pas d'aidant proche, cela fonctionne très mal ou moins bien".

Le "modèle" de l'aidant proche se transforme en même temps qu'évolue la société. Les solidarités et les collaborations sont, et seront à l'avenir, d'autant plus indispensables pour continuer à prodiguer des soins et du soin de qualité.

¹La saturation se voit surtout dans les services de garde à domicile, pour les centres de jour, les courts séjours, ... bref, pour tous les services "répit" quand la demande est faite dans l'urgence.

*L'AIDANT PROCHE : PROJET DE RECONNAISSANCE

Le Conseil des Ministres a adopté, le 22 mars 2013, l'avant-projet de loi du cabinet Courard relatif à la reconnaissance de l'aidant proche d'une personne en situation de grande dépendance. Le texte s'attache à définir la notion d'aidant proche et à identifier ainsi les personnes qui composent ce groupe.

L'aidant proche est la personne qui apporte une aide et un soutien continu et régulier à la personne aidée. Elle doit être majeure ou mineure émancipée, être un proche parent (tout parent jusqu'au 4^{ème} degré, y compris par alliance) et/ou avoir développé une relation de confiance et de proximité avec la personne aidée.

L'aidant proche doit exercer le soutien et l'aide à titre non professionnel, d'une manière gratuite et avec le concours d'au moins un intervenant professionnel. L'investissement en temps doit être d'au moins 20 heures par semaine, calculé sur une période de 6 mois et doit avoir des répercussions sur la situation professionnelle et/ou familiale de l'aidant proche.

Un aidant proche peut introduire auprès de sa mutuelle une demande de reconnaissance par personne aidée, avec l'aide de celle-ci ou de son représentant légal.

Le care, projet de société

Christian VAN ROMPAEY

Au terme de ce dossier, il apparaît que la sollicitude ne peut être une réponse suffisante au malheur. Le care, qui suppose attachement et compétence professionnelle, met en avant la dimension humaine dans la relation de soin et les nouvelles situations de vulnérabilité que notre société peine à reconnaître.

Qu'est-ce qu'un soin ? Soigner, ce n'est pas seulement poser un acte technique : réparer une jambe cassée, placer une prothèse de hanche. Le soin sous-entend aussi proximité et empathie avec la personne soignée. C'est ainsi que la langue anglaise distingue *to care*, que l'on traduit le plus souvent par "prendre soin", du *to cure*, qui signifie "soigner". Longtemps le *care* se confondait pratiquement avec le *remedy*, le traitement médical. C'est cela qui fait question aujourd'hui. Apparu dans les années 80 aux États-Unis, un mouvement de pensée animé notamment par le mouvement féministe, veut ramener "le soin" (le *cure*) du côté du "prendre soin" (le *care*). Tandis que le *cure* (soigner) parle d'efficacité, de compétence, de professionnalisation, le *care* (prendre soin) est associé aux notions d'attention, de sollicitude, de vulnérabilité. Soigner est une situation duale. Il est question d'éthique et de savoir-faire, de valeur et de compétence.

De la clinique à la politique

Si le *care* suppose une part d'engagement affectif, un sentiment de proximité avec la personne souffrante, la sollicitude n'est pas une réponse suffisante au malheur. Il ne suffit pas de voir et de s'émouvoir. La réponse à la fragilité n'est pas seulement celle du dévouement ou de l'engagement individuel.

Arrivé en Europe, ce débat a été lancé en France particulièrement avec l'intervention inattendue de Martine Aubry en 2010. Alors patronne du parti socialiste, elle présenta le *care* comme un projet de société. Pour s'opposer à la mise en avant d'une société misant sur le mérite individuel et la réussite financière, Martine Aubry proposait de construire "la société du soin mutuel".

Il ne s'agissait pas, comme l'ont dit ses détracteurs à droite comme à gauche, d'engager l'État à mater sa population ! Mais, dans la droite ligne de la tradition mutualiste, elle affirmait : "la société prend soin de vous, vous devez aussi prendre soin des autres et de la société" en précisant qu' "il ne s'agit pas simplement que chacun prenne soin des autres, cela implique aussi que l'État prenne soin de chacun."¹

Voilà le *care* embarqué sur le terrain social et invité à s'impliquer dans l'organisation de la société. Passer ainsi de la clinique à la politique peut paraître surprenant. Mais le *care* est déjà impliqué dans l'éducation des enfants, dans l'enseignement, dans l'accompagnement des personnes âgées,...

La philosophie du *care* nous invite à faire une place à la vulnérabilité dans une société qui ne veut ni voir, ni connaître ce risque alors que celui-ci nous concerne tous, valides comme personnes dépendantes. Agata Zielinski² nous rappelle que Joan Tronto, philosophe américaine définissait le *care* comme une activité qui recouvre "tout ce que nous faisons dans le but de maintenir, de perpétuer et de réparer notre monde, afin que nous puissions y vivre aussi bien que possible." Prendre la mesure du *care*, c'est reconnaître que la dépendance

et la vulnérabilité sont le lot de notre condition humaine : "Au cours de notre vie, chacun de nous passe par des degrés variables de dépendance et d'indépendance, d'autonomie et de vulnérabilité".

Un nouveau regard

Le regard du *care* propose un point de vue renouvelé sur l'autonomie, tant revendiquée par les individus et caractérisant nos sociétés libérales.



© Shutterstock



© Shutterstock

Nous sommes tous à la fois autonomes et vulnérables, de manière variable au cours de notre existence, de l'enfance à la vieillesse. Défendre sereinement que la vie en société est faite d'échanges qui ne sont pas irrémédiablement commandés par les règles du marché et l'intérêt personnel va à l'encontre d'une conception autosuffisante et dominante de l'autonomie individuelle. Cette manière de voir ne séduit pas dans notre société organisée pour les adultes bien élevés, bien formés, en bonne santé et disposant d'un revenu convenable. Mais la philosophie du *care* la rend incontournable : *"La perspective du care, indissociablement éthique et politique, élabore une analyse des relations sociales organisées autour de la dépendance et de la vulnérabilité..."*³.

Ces dernières années, de nouvelles prises en charge sont apparues, que n'avaient pas prévues les "assurances sociales" adaptées à l'économie industrielle d'après-guerre et conçues pour des travailleurs à revenus réguliers. De nouvelles formes de solidarité et de nouveaux financements sont nécessaires pour rencontrer les besoins de citoyens en difficulté vivant dans la précarité, et qui ne dépendent pas d'une cotisa-

tion préalable et de droits acquis en tant que salariés : chômage de longue durée, conséquences d'événements subis dans la petite enfance, manque d'autonomie à la suite d'un handicap, maladies chroniques, dépendance du grand âge, violences conjugales, ... Le *care* ouvre de nouvelles questions, d'autant plus urgentes que le vieillissement de la population nous amène à faire face au développement de nombreuses maladies chroniques dont on ne peut guérir, mais avec lesquelles il faut vivre.

Le *care* évoque le plus souvent les relations proches qui permettent de maintenir la solidarité à l'intérieur des familles, entre voisins, dans les associations d'entraide, ... et oppose parfois ces réseaux de solidarité aux organisations publiques qui paraissent bien lointains et anonymes.

Mais nous ne pouvons prendre soin des autres sans nous soucier d'une politique sociale qui nous concerne tous ? Il ne s'agit donc pas d'opposer les solidarités proches contre les dispositifs publics, mais de construire leur complémentarité. Le *care* peut nous aider à dépasser les critiques faites à l'État-Providence

accusé bien souvent d'avoir contribué à détruire *"les gestes élémentaires de la sollicitude"* en favorisant la passivité, l'assistance, les revendications aux seules allocations... *"Tout cela relève de la critique abstraite de l'État-Providence, rétorque Marc Olivier Padis... Les grandes tirades sur l'égoïsme contemporain n'ont pas grand sens. En matière d'aide de proximité, la solidarité publique contribue au maintien et même à un renforcement des liens entre proches. (Mais) il faut voir comment des dispositifs publics peuvent favoriser la solidarité privée, dans des conditions de besoins croissants et de nouvelles difficultés, sans enfermer les individus dans l'assistance et sans aggraver les inégalités."*¹ Encore faut-il pour cela dépasser la seule prise en compte des défaillances des individus et mettre en évidence leurs capacités !

¹ Marc-Olivier Padis, "La polémique du care" dans *Esprit*, juillet 2010.

² Agata Zielinski, "L'éthique du care. Une nouvelle façon de prendre soin" dans *Études*, revue des jésuites (France), 2010-12.

³ Patricia Paperman, Sandra Laugier, "L'éthique de la sollicitude" dans *Revue des Sciences Humaines*, 25/09/2009.

ARRÊT SUR IMAGE



© Reporters - Julien De Witte

“Nous sous-estimons souvent le pouvoir d’un contact, d’un sourire, d’un mot gentil, d’une oreille attentive, d’un compliment sincère, ou d’une moindre attention ; ils ont le pouvoir de changer une vie.”

Leo BUSCAGLIA

De l'État providence à l'État accompagnant

Serge JACQUINET, Chef du service social de l'ANMC

Sous la poussée d'un néolibéralisme débridé et sans complexe, l'État social contemporain souffre. Les compromis sur lesquels il repose depuis plusieurs décennies se fragilisent et les incertitudes et insécurités de toutes sortes réapparaissent.

Pourtant, les solidarités sont toujours là, bien vivaces, le monde associatif les réinvente chaque jour autour de nouveaux enjeux, de nouveaux défis. Dans notre secteur d'activités, si la famille a cédé le pas à la pluralité des modèles familiaux modifiant en profondeur les liens qui unissaient leurs membres entre eux, les services aux personnes innovent et contribuent largement à la richesse et à la qualité de vie de tous.

Tous ces changements qui nous affectent quotidiennement nous donnent parfois l'impression de perdre le Nord. Notre boussole, celle qui nous permettait de nous orienter dans la vie, ne nous aide plus beaucoup et nous cherchons tous à notre manière le sens de ce grand chambardement.

Serions-nous rentrés, malgré nous et sans nous en rendre compte, dans cette "société du quaternaire" dont nous parle Michèle Debonneuil ? Une société dont le moteur économique principal serait axé sur la réponse aux besoins d'accompagnement et de soutien et consécutivement sur le déploiement accéléré des services à la personne ?

Le livre de Serge Guérin nous invite à réfléchir à cette hypothèse de sortie du tertiaire - marqué par les services aux entreprises - au profit de l'entrée dans l'ère des services aux personnes. Une économie nouvelle contribuant davantage que la précédente au vivre ensemble, en renforçant le gain social de nos activités et de nos échanges.

Parcourant quelques traits marquants de cette "troisième modernité" pour y découvrir les révolutions qui y sont à l'œuvre au quotidien, Serge Guérin tente de recréer de l'espoir, de reconstruire des perspectives et de refonder la solidarité, sans illusion, sans démagogie et sans autoritarisme.

Face à nos boussoles quelque peu déboussolées, il nous indique que nous sommes probablement à la croisée des chemins, invités à construire et à partager une société bienveillante pour tous. Avec la question du care, du "prendre soin" - qui traverse



Serge Guérin
Éditions Michalon
avril 2010

le dossier de ce CONTACT-, Serge Guérin milite en faveur d'une politique d'accompagnement des personnes à la fois dans leur développement personnel et dans leurs moments de vulnérabilité. Pour cela, il restaure la notion d'accompagnement en rappelant sa finalité qui est de conduire vers l'autonomie, d'être "passeur" plutôt que douanier, d'aider la personne à se faire auteur de son chemin.

La notion d'État accompagnant peut alors s'écrire en minuscule : l'état accompagnant. "Cela implique que l'État ne peut seul créer et entretenir cette dynamique. Développer, impulser, structurer, soutenir, fédérer des politiques" sociales et de santé collectives, telles seraient les tâches nouvelles d'un État préoccupé du bien de tous et non pas prescripteur bureaucratique... Si l'État providence visait l'assistance aux personnes fragiles ou démunies, l'état d'accompagnement rechercherait non pas à donner une autonomie accrue aux personnes mais à les accompagner sur le chemin vers l'autonomie.

Tout un programme à découvrir et à concrétiser au quotidien dans l'ensemble de nos activités d'aides et de soins !

Serions-nous rentrés, malgré nous et sans nous en rendre compte, dans cette "société du quaternaire" dont nous parle Michèle Debonneuil ? Une société dont le moteur économique principal serait axé sur la réponse aux besoins d'accompagnement et de soutien et consécutivement sur le déploiement accéléré des services à la personne ?

1 Michèle DEBONNEUIL, L'espoir économique, éd. Bourin, 2007.

Une information fiable et rapide pour les malades chroniques

Frédérique MAERLAN, chargée de projets au service social de l'ANMC¹

19 septembre 2013 – Un nouveau service s'ouvre à la Mutualité chrétienne : le Point Info malades chroniques. Un service que les personnes malades chroniques peuvent contacter par voie électronique : une adresse courriel et une page internet ont été spécialement créées pour faciliter la réponse à leurs questions. Une équipe expérimentée réceptionne les demandes et y répond dans les plus brefs délais. Simple, efficace et une information fiable à la clé !

Pourquoi un tel service ?

Depuis plus de dix ans, la MC s'investit pour améliorer l'accès aux soins des personnes malades chroniques et revendique de nouveaux droits à leur égard. En 2008, après de nombreuses années de lobbying, la Ministre fédérale de la Santé lance son plan national « Priorité aux malades chroniques ! » dont l'une des actions est d'améliorer l'accès à l'information.

Aujourd'hui, la Mutualité chrétienne est la seule mutualité à répondre à ce besoin avec la mise en place du Point Info malades chroniques pour ses membres francophones.

Déclinaison du service

Le service se veut accessible grâce à la mise à disposition de l'adresse courriel info.maladeschroniques@mc.be et de la page web www.mc.be/info.maladeschroniques. Dès lors, toute personne qui se considère comme malade chronique peut contacter électroniquement le Point Info.

Le site internet de la MC² rassemble déjà les questions les plus fréquentes que se posent les personnes malades chroniques et, bien entendu, les réponses du Point Info.

Une question par mail au service et... à l'autre bout du clavier, des professionnels expérimentés, connaissant bien la législation sociale en vigueur, y répondent dans les 3 jours ouvrables³ avec une information claire, compréhensible et adaptée qui permettra à la personne d'entamer les éventuelles démarches à venir.

Par ailleurs, si la thématique de la demande est récurrente parmi les personnes qui sollicitent le service, la réponse personnalisée sera complétée d'une « fiche info » synthétique.

Offrir une information de qualité, dans un délai le plus bref possible et qui soit au plus proche de la réalité des personnes sont, en effet, les critères de qualité que s'est fixée la MC.

Cas spécifiques

Si votre demande est plus pointue, une coordination entre les services internes de la MC concernés est prévue. La personne malade chronique recevra une réponse personnalisée la plus optimale possible et adaptée à sa situation particulière.

Enfin, si tel est son souhait, un relais vers le service social de sa mutualité régionale sera proposé (voire encouragé). Dès lors, un accompagnement de proximité dans les démarches concrètes sera organisé avec elle. En effet, rien ne remplace la relation humaine lorsqu'on est malade.

Un projet en devenir

Le courriel n'est qu'une première concrétisation d'un service global d'information et d'accompagnement dédié aux personnes malades chroniques. D'autres pistes sont à l'étude : téléphone, site internet complet, forum de discussion,... Les premiers mois de fonctionnement de ce nouveau service seront analysés par la MC, analyse qui permettra d'orienter judicieusement le développement prochain du Point Info.



© Istock Photo

POINT INFO MALADES CHRONIQUES

**Vous avez des questions concernant votre situation de malade chronique ?
Contactez le Point Info malades chroniques de la MC !**

info.maladeschroniques@mc.be
www.mc.be/info.maladeschroniques

Pour faciliter, le traitement de votre demande, merci de préciser vos nom et prénom, adresse légale ou numéro de registre national.

- 1 Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes
- 2 www.mc.be/info.maladeschroniques
- 3 dès le lendemain de la réception du message.

Régionalisation des titres-services : quel avenir ?

Véronique STURNACK, relais CONTACT pour l'ASD Verviers

2004 – Certains centres AIDE & SOINS A DOMICILE se lancent dans l'aventure des titres-services dans le but d'accroître le panel de leurs prestations, particulièrement en aide ménagère. Fidèles à leurs valeurs, ils développent ainsi une nouvelle offre de service, une nouvelle aide de qualité pour tous.

Mais, aujourd'hui, à l'heure où l'on parle de plus en plus du transfert des compétences du fédéral aux Communautés et Régions, les ASD, véritables acteurs de l'économie sociale, s'interrogent et redoutent que leurs spécificités ne soient pas prises en compte dans les négociations relatives à la régionalisation du dispositif titre-service (TS).

D'autres représentants de l'économie sociale s'inquiètent également. Certains (ATOUT EI, CONCERTES, FEBECOOP, SAW-B, SYNECO) iront jusqu'à organiser un colloque en avril 2013, occasion de rappeler à tous, et aux politiques en particulier, les recommandations à prendre en compte pour maintenir des emplois durables et de qualité, porteurs d'une réelle plus-value pour les travailleurs et pour les utilisateurs des titres-services.

Enquête : participation de l'ASD de Verviers

En amont du colloque et afin d'alimenter celui-ci, l'ASD de Verviers, comme d'autres ASD, a participé à une enquête de l'ULG et du CIRTES. Des aides ménagères et des assistants sociaux ont ainsi répondu à des questionnaires portant spécifiquement sur les titres-services, sur la qualité de l'emploi (formation, encadrement des travailleurs, type de contrat, etc.) et sur la qualité des prestations (visite à domicile, etc.).

Analyses et conclusions : économie sociale, quelle plus-value ?

Les résultats de l'enquête révèlent la plus-value qu'une économie sociale amène au dispositif des titres-services : la création de plus de 6500 emplois de qualité (soit près de 20% des emplois TS en Wallonie et à Bruxelles à la fin 2011) avec une constante attention à la formation et à l'accompagnement des travailleurs.

Attention qui se répercute, évidemment, sur les prestations aux domiciles des utilisateurs. Prenons l'exemple des aides ménagères TS d'AIDE & SOINS A DOMICILE. Celles-ci bénéficient d'un encadrement professionnel et d'une formation continue. Pendant leur activité, les aides ménagères sont couvert(e)s par une assurance RC exploitation. L'utilisateur a ainsi toutes les garanties d'un service de qualité. Ce n'est malheureusement pas toujours le cas pour des entreprises "hors économie sociale".

Ramener le débat sur l'humain

Bien que le système de départ des titres-services ne devait concerner que l'économie sociale, force est de constater que le marché s'est libéralisé sous l'influence notamment

de l'intérim. Si les entreprises d'économie sociale mobilisent les marges bénéficiaires dans la valorisation des salaires et dans la formation, d'autres n'ont malheureusement pas ces objectifs et visent uniquement une perspective de lucre : importante rotation du personnel, peu ou pas de formation ni de réunion et encadrement minimal. Nous sommes passés de l'utilité sociale à la marchandisation.

Les différences de pratiques entre les entreprises qui ressortent de l'économie sociale (dont les ASD) et les autres à la logique plus marchande posent ainsi la question de la viabilité des premières à court terme sans un financement adéquat et en phase avec l'essence même des titres-services.

Au lendemain des élections de mai 2014, chaque région sera compétente pour décider librement : du montant de l'intervention des pouvoirs publics dans la valeur d'échange du TS ; des activités autorisées ; du prix du TS pour le bénéficiaire et du pourcentage de déductibilité fiscale.

Pour évaluer le système des titres-services et le pérenniser (ou pas), il faut donc absolument prendre en compte cette dimension de marchandisation actuelle et ramener le débat sur ceux qui comptent vraiment : les travailleurs et les bénéficiaires.

Quels emplois pour demain ? Avec quels objectifs et quelles pratiques ?



Demain ? Supprimer ou réinventer le système ?

Comment se fera, demain, la prise en main du système "Titres-Services" par les régions ? Les titres-services "2.0" reviendront-ils aux sources ? Là où l'idée était de "faire de l'économie sociale", de créer des emplois durables et de qualité pour des personnes éloignées du travail, d'endiguer par la même occasion le travail au noir et proposer des services encadrés et fiables à leurs utilisateurs ? Ou assisterons-nous à la suppression des titres-services ?

S'il est peu réaliste d'envisager une suppression du dispositif, l'avenir n'en reste pas moins incertain quant au financement à venir. L'espoir de l'économie sociale est que les pouvoirs publics mettent réellement en œuvre un financement différencié en fonction de la qualité et de la durabilité des emplois, voire même interdisent l'accès du dispositif aux entreprises qui n'entrent pas dans ces critères.

L'Alzheimer café : aussi à Stavelot !

Coralie DUFLOUCQ, Rédactrice en chef du CONTACT

Un moment pour se retrouver et parler sans tabou de la maladie d'Alzheimer, c'est le principe de l'Alzheimer café. Présentant un besoin pour la population de l'est de la Province de Liège, Florence Drion et Cindy Lecoq se lancent dans l'aventure et sont, depuis le mois de mai, animatrices pour l'Alzheimer café de Stavelot.

Naissance et concrétisation d'un projet

Florence Drion est assistante sociale de formation et travaille au centre de coordination d'AIDE & SOINS A DOMICILE de Verviers depuis 4 ans. Elle côtoie régulièrement Cindy Lecoq, psychologue, qui travaille à mi-temps comme référent démente à la Maison de Repos de Stavelot et à mi-temps au service d'AIDE & SOINS A DOMICILE pour le service psychologique à domicile (cf. La Navette).

Au fur et à mesure des rencontres avec les bénéficiaires, elles constatent qu'il "manque quelque chose pour les personnes touchées, d'une manière ou d'une autre par la maladie d'Alzheimer". Elles sont frappées par la souffrance des malades bien sûr, mais aussi des proches qui leur disent souvent "même si mon conjoint ou mon parent souffre plus que moi, moi aussi je souffre et j'ai besoin d'en parler". Elles soulignent : "la maladie isole. Diagnostiquée un jour, elle évolue et isole de plus en plus. Et, aujourd'hui encore, des tabous entourent la maladie. Nous voulions faire quelque chose pour accompagner, soulager, et donner véritablement la parole à ceux qui vivent cela au quotidien." L'Alzheimer café est un concept qui existe ailleurs en Belgique et qui leur plaît. Elles finissent par en parler et le projet d'ouverture d'un tel café à Stavelot s'impose.

Soutenues par leur direction, elles entreprennent l'indispensable formation pour lancer un Alzheimer café. La Ligue Alzheimer organise ces formations, assurant ainsi la cohérence entre tous les cafés du nom en Belgique et la qualité des séances.

Lundi 27 mai 2013, l'heure de la première édition de l'Alzheimer café de Stavelot a sonné. Florence et Cindy apprêtent le lieu gracieusement mis à disposition par la Croix Rouge, préparent le café et ouvrent les boîtes de biscuits. Elles sont prêtes à accueillir leurs tout premiers participants. Une dizaine de personnes arrivent au compte-goutte : des professionnels curieux, des proches d'un malade Alzheimer et une personne atteinte elle-même de la maladie à un stade précoce.

Florence et Cindy se présentent, font un tour de table. Les participants se présentent à leur tour et très vite, la sauce prend. Les discussions naissent, les échanges se créent sans tabou et avec respect. Florence et Cindy animent le groupe et le groupe s'anime : "j'ai vécu la même chose" ; "moi, j'ai essayé ça... essaye, tu vas voir, ça va peut-être marcher !" etc. Première rencontre, premier succès.

Lundi 24 juin 2013, un mois plus tard. Florence et Cindy attendent. Le café chaud attend aussi. Et... les participants arrivent : les mêmes que le mois passé et de nouvelles têtes.



Cindy Lecoq - Florence Drion

Les deux heures se passent rapidement. Florence s'étonne même : "je suis agréablement surprise du nombre de personnes présentes et de la manière dont elles peuvent échanger, s'entraider, réfléchir pour l'un ou pour l'autre". Deuxième séance et deuxième succès.

Le "plus" ?

Quand on leur demande pourquoi ça marche, elles concluent : "notre richesse, c'est peut-être d'avoir et le côté "domicile", via nos expériences au sein d'AIDE & SOINS A DOMICILE, et le côté "institution", via notamment le job de Cindy à la Maison de Repos de Stavelot et les contacts avec d'autres institutions de la région. L'Alzheimer café peut donc aussi servir de "pont", faire des liens. On utilise les richesses de chacun pour répondre du mieux que nous pouvons aux interrogations."

Les prochaines rencontres, à Stavelot, se feront tous les quatrièmes lundis (sauf pendant les congés scolaires), de 14h à 16h. Florence et Cindy seront ravies de vous y accueillir.

Stavelot, pas à côté ? Elles nous rappellent : "des Alzheimer cafés, il y en a un peu partout en Belgique, renseignez-vous !"

www.alzheimercafe.be
ou n° vert de la Ligue Alzheimer 0800/15 225.



Woluwe-Saint-Lambert, Place du Temps Libre, 10h23

**À LA MUTUALITÉ CHRÉTIENNE,
BÉNÉFICIEZ D'UNE GARDE D'ENFANTS MALADES
10 JOURS PAR AN GRATUITEMENT.**

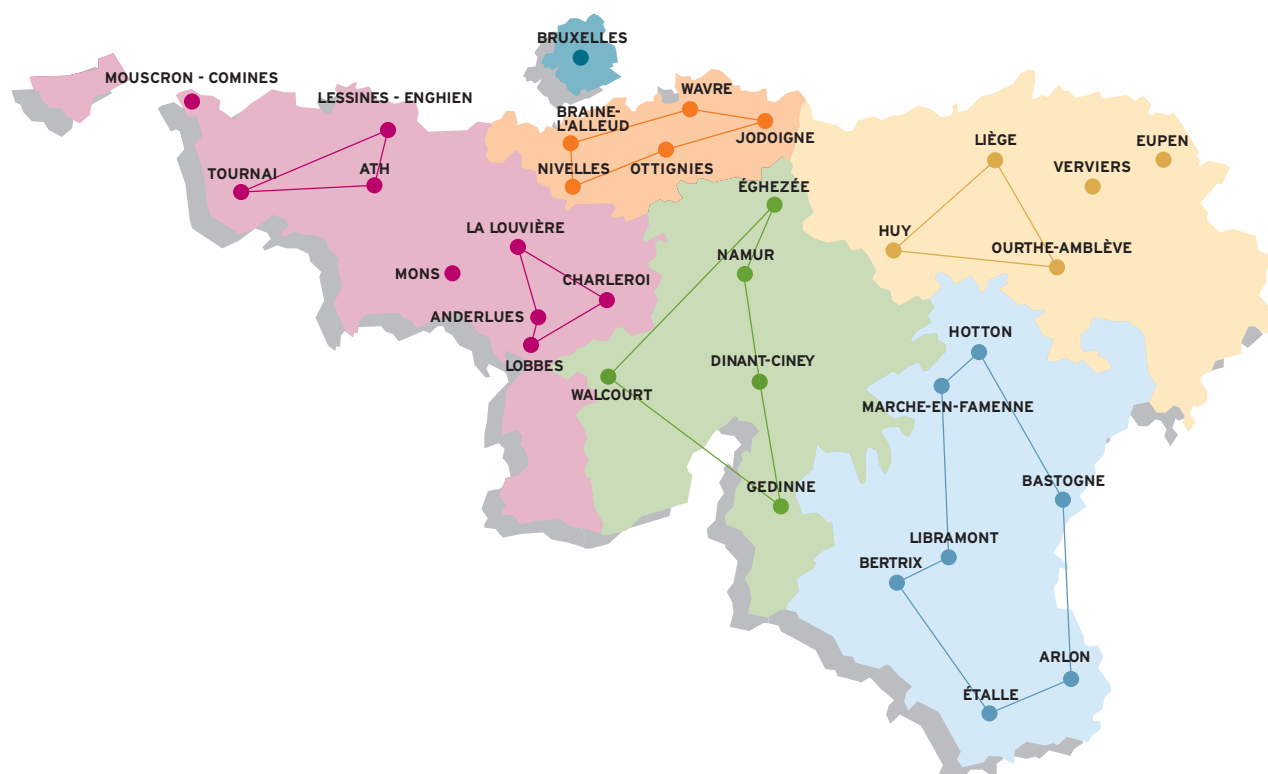
METTEZ-VOUS À LA PLACE D'UN PARENT QUI TRAVAILLE ET VOUS VERREZ QUE C'EST ESSENTIEL.

Tous les parents le savent : s'occuper de son enfant malade et assurer son travail en même temps, c'est compliqué. C'est pourquoi la Mutualité chrétienne a créé **un service de garde d'enfants malades**, joignable **7j/7 et 24h/24**. Des professionnelles de l'enfance et des soins à domicile viennent s'occuper de votre enfant malade, **de 0 à 12 ans**. En plus, si vous êtes membre de la Mutualité chrétienne, ce service est entièrement pris en charge **10 jours par an et par enfant**. Alors, pensez-y avant d'en avoir besoin !

Infos : 0800 10 98 7 - www.mc.be/garde-enfant-malade



La **solidarité**, c'est bon pour la santé.



LE RÉSEAU DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE

**TOURNAI • ATH
• LESSINES • ENGHIE**
Chaussée de Renaix, 192
7500 Tournai
Tél. : 069/25 30 00

- Ath - Lessines - Enghien : 068/28 79 79
- Tournai : 069/25 30 00

**MOUSCRON
• COMINES**
Rue Saint Joseph, 8
7700 Mouscron
Tél. : 056/85 92 92

**MONS
• BORINAGE**
Rue des Canoniers, 1
7000 Mons
Tél. : 065/40 31 31

BRABANT WALLON
Chaussée de Namur, 52c
1400 Nivelles
Tél. : 067/89 39 49

- Braine-l'Alleud : 02/384 43 73
- Ottignies : 010/65 84 77
- Jodoigne : 010/81 21 98
- Wavre : 010/22 46 70
- Nivelles : 067/ 89 39 49

LIÈGE • HUY • WAREMME
Rue d'Americœur, 55
4020 Liège
Tél. : 04/342 84 28

- Aywaille : 04/384 87 28
- Huy - Waremme : 04/232 77 00
- Liège : 043/428 428

**NAMUR • WALCOURT
• DINANT • CINEY**
Rue du Lombard, 8 bte 2
5000 Namur
Tél. : 081/257 457

- Walcourt : 071/61 10 88
- Dinant - Ciney : 083/21 41 08
- Gedinne : 061/58 95 08
- Namur - Éghezée : 081/25 74 57

HAINAUT ORIENTAL
Rue du Douaire, 40/1
6150 Anderlues
Tél. : 071/599 666

BRUXELLES
Rue Malibran, 53
1050 Bruxelles
Tél. : 02/647 03 66

VERVIERS
Rue de la Banque, 8
4800 Verviers
Tél. : 087/32 90 90

EUPEN
Aachener Straße, 11-13
4700 Eupen
Tél. : 087/59 07 80

LUXEMBOURG
Rue de Rédange, 8
6700 Arlon
Tél. : 063/230 404

- Étalle : 063/45 00 75
- Bertrix : 061/41 01 10
- Bastogne : 061/28 02 10
- Libramont : 061/23 04 10
- Marche : 084/32 03 10
- Hotton : 084/46 02 10
- Arlon : 063/23 04 04

Avec le soutien du fonds Elisabeth Vreven, géré par la fondation Roi Baudouin.

contact

N°136

33^e ANNÉE
AOÛT-SEPT-OCT
2013

LA REVUE DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE

Édition de la Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile
Av. Adolphe Lacombé 69-71, bte 7 • 1030 Bruxelles • Trimestriel
Tél. : 02 735 24 24 • Fax : 02 735 85 86 • secretariat@fasd.be



AIDE & SOINS
A DOMICILE

PREMIER ÉCHELON :
Les formations en manutention

DOSSIER :
CURE & CARE:
soigner, c'est aussi prendre soin

contact

N°136

33^e ANNÉE
AOÛT-SEPT-OCT
2013

LA REVUE DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE

Édition de la Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile
Av. Adolphe Lacombé 69-71, bte 7 • 1030 Bruxelles • Trimestriel
Tél. : 02 735 24 24 • Fax : 02 735 85 86 • secretariat@fasd.be



AIDE & SOINS
A DOMICILE

PREMIER ÉCHELON :
Les formations en manutention

DOSSIER :
CURE & CARE:
soigner, c'est aussi
prendre soin

contact

N°136

33^e ANNÉE
AOÛT-SEPT-OCT
2013

LA REVUE DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE

Édition de la Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile
Av. Adolphe Lacombé 69-71, bte 7 • 1030 Bruxelles • Trimestriel
Tél. : 02 735 24 24 • Fax : 02 735 85 86 • secretariat@fasd.be



AIDE & SOINS
A DOMICILE

PREMIER ÉCHELON :
Les formations en manutention

DOSSIER :
CURE & CARE:
soigner, c'est aussi prendre soin