

PREMIER ÉCHELON : Le rôle des référents en soins de plaies

DOSSIER :
Les soins d'hygiène

Sera-t-elle belle, la société de demain ?

Brice MANY, Directeur Général de la FASD



© KAN communiceren / Maikel van Heessel

Les élections s'annoncent. Les partis politiques sont toujours plus en campagne. Au mois de juin, au mois de septembre, peut-être un peu plus tard, plusieurs d'entre eux auront conclu des négociations et présenteront ce qu'ils vont réaliser dans les différents gouvernements. Il y a des questions importantes à traiter. Les personnes âgées et dépendantes sont toujours plus nombreuses. Cela va s'accroître encore au cours des 5 prochaines années. Les gouvernements devront faire le choix d'investir de l'argent public pour permettre de rencontrer ces besoins. Il faut beaucoup plus de soins infirmiers à domicile ; beaucoup plus d'aides familiales, de gardes à domicile, d'aides ménagères ; beaucoup plus de coordination !

Pouvons-nous nous permettre de rendre les mêmes services avec les mêmes moyens à un nombre de personnes toujours plus important ? Non, très simplement non. La qualité des prestations s'en ressentirait trop, les professionnels s'abîmeraient la santé physique et plus encore morale. Les aidants proches seraient sollicités tant et plus. Il faut donc revoir les choses en profondeur pour ne pas laisser nombre de personnes âgées livrées à elles-mêmes, à la débrouille quand ce n'est pas à l'abandon.

Nous devons regarder la réalité en face et éviter ce scénario catastrophe. Une autre société est possible. Modestement, la FASD souhaite contribuer à réfléchir à celle-ci pendant cette période. Nous qui, à travers vous sur le terrain, connaissons les réalités que vivent les personnes dépendantes, nous avons rédigé un memorandum qui propose différentes mesures à prendre par les gouvernements qui se formeront après les élections. Nous vous invitons à être attentifs aux projets de société que traduiraient les propositions des partis politiques. La préoccupation du vieillissement est-elle présente dans leur programme ? Quelles sont les réponses qu'ils envisagent ? S'appuient-ils sur les services d'aide et de soins à domicile pour assurer à nos aînés une chouette vie chez eux, même en situation de dépendance ? Et les maladies chroniques... même réflexion ! Vous qui connaissez bien les besoins pour y être confrontés tous les jours, vous pouvez identifier les bonnes propositions et les soutenir si c'est votre choix au moment des élections.

"La société de demain sera-t-elle belle ?" nous interrogeons-nous. Et en effet, la question se pose. Par nos métiers, nous contribuons à mettre de l'humanité dans le quotidien. Avec ces lunettes-là, nous pouvons influencer les choix de société par le vote que nous exprimerons le jour des élections mais aussi en mettant en avant des possibilités de rendre la société meilleure. Mettons ensemble ces deux actions car elles seront bien plus efficaces si elles sont reliées. Nous participerons ainsi à un choix de société qui essaie de rendre la vie plus belle dans notre vie professionnelle, dans notre vie citoyenne. Parce qu'il n'y a qu'une seule vie.

contact

34^e année • n°138 • janvier – février – mars 2014

LA REVUE DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE

> Éditeur responsable : Brice Many > Rédactrice en chef : Coralie Duflocq > Comité Scientifique : Nathalie Bazdoull, Brigitte Decarpentrie, Francine Duchâteau, Valérie Flohimont, Stéphane Heugens, Serge Jacquinet, Dr Dominique Lamy, Sandrine Roussel > Correspondants régionaux : Fabien Boucquéau, Sandrine Bourgeois, Jacqueline Escalier, Marie-Sophie Herman, Christine Magnien, Louis-Marie Piret, Franck Pollet, Aurélien Saro, Véronique Sturnack, Marie-Noëlle Weicker, Anneliese Zimmerman > Contribution : Geneviève Aubouy, Jean-François Bodarwé, Nathalie Boonen (CESI), Sandrine Bourgeois, Christian Foury, Carine Landrieux, Séverine Lebegge, Alex Peltier, Edgard Peters, Laurence Roy, SSMG (mongeneraliste.be), Véronique Sturnack. > Photos/Illustrations : ASD HO, ASD Verviers, David Carlier, Julien De Wilde (reporters.be), Coralie Duflocq, Lisa Marlow (dessin), Maikel van Heessel (KAN communiceren) > Relecture : Monique Van Bael > Lectorat : Secteurs de l'aide et des soins à domicile, des soins de santé en général et de l'action sociale > Conception et mise en page : Olagil – Tél : 02 375 65 15 – www.olagil.be > Abonnement : 12€ par an (20€ pour l'étranger) ou 3€ par numéro > À verser au compte : IBAN BE45 7995 7162 0089 – BIC GKCCBEBB (mention : abonnement Contact + mail et n° de tél).

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

À vos souhaits !

mongeneraliste.be 

L'air du printemps - ou de l'été - entre dans la maison et soudainement, une série d'éternuements débute, le nez coule, les yeux pleurent. Il est probable que ce soit une rhinite allergique saisonnière.

Les pollens, issus de plantes ou d'arbres, en sont les grands responsables. Mais des poussières, des poils d'animaux, certaines moisissures, les acariens peuvent également provoquer de telles réactions allergiques qui risquent, elles, de persister tout au long de l'année.

Une réaction démesurée

La rhinite allergique a pour origine une sensibilisation anormale du système immunitaire. Se croyant agressé par une substance étrangère, pourtant banale et a priori inoffensive, ce système de défense de l'organisme déclenche une réaction excessive contre cet "allergène" entré en contact avec les yeux ou les voies respiratoires.

Au nez qui coule et au larmolement peuvent s'ajouter : congestion nasale, maux de gorge, voix rauque et toux, altération du goût, de l'odorat, de l'acuité auditive (surtout chez les enfants), irritation et rougeurs sur la peau, gonflement des paupières, difficultés respiratoires. Outre la fatigue due aux symptômes, la rhinite allergique augmente le risque d'otite moyenne chez les enfants. Elle peut aussi, chez certaines personnes, être accompagnée de crises d'asthme ; une prise en charge précoce par le médecin généraliste peut éviter l'aggravation de cet asthme.

Au nez qui coule et au larmolement peuvent s'ajouter : congestion nasale, maux de gorge, voix rauque et toux, altération du goût, de l'odorat, de l'acuité auditive, irritation et rougeurs sur la peau...

Un terrain favorable

Affection de plus en plus fréquente, la rhinite allergique apparaît généralement entre 5 et 20 ans. Les enfants nés dans une famille comptant un ou deux parents allergiques présentent davantage de risques que les autres. Pourtant, l'allergène qui provoque leurs symptômes n'est pas forcément le même que celui du ou des parents. Et, s'il s'agit du même allergène, il n'entraîne pas forcément les mêmes conséquences. Dans les familles dont au moins un des parents souffre d'allergie, une mesure préventive comme l'éviction du tabac au foyer permet souvent de protéger les enfants.

Se protéger et se soigner

Le médecin généraliste va chercher à identifier les allergènes responsables en retraçant l'historique des symptômes et les



© istockphoto.com

conditions de leurs apparitions. Il faut savoir qu'on vit parfois des années en étant confronté à un allergène avant qu'il ne provoque une rhinite allergique. Dans certains cas, un test cutané ou sanguin sera nécessaire pour le démasquer. Une fois les allergènes connus, l'idéal consiste à ne plus y être exposé - ou le moins possible - afin de prévenir les crises.

Selon les cas, il faut donc traquer les acariens et les moisissures, régler la vie du chat ou du chien de la famille ou rester le plus à l'abri possible des pollens, en évitant de sortir les jours où ils sont présents dans l'air... De nombreux sites d'informations sur la météo donnent accès également à un calendrier des pollens.

Selon les cas, il faut donc traquer les acariens et les moisissures, régler la vie du chat ou du chien de la famille ou rester le plus à l'abri possible des pollens...

Certains médicaments soulagent et atténuent les symptômes de la rhinite : il s'agit notamment des décongestionnants, des anti-histaminiques ou des corticoïdes locaux (en spray nasal). Si ces traitements sont insuffisants, le médecin généraliste propose parfois une désensibilisation à l'allergène. Ce traitement consiste à injecter des doses croissantes d'allergènes dans le corps ; il s'étale sur plusieurs années et est efficace dans la moitié des cas.

Le rôle des référents en soins de plaies

ZOOM SUR L'ASD DU BRABANT WALLON

Propos recueillis par Sandrine BOURGEOIS, correspondante CONTACT pour l'ASD du Brabant wallon

QU'EST-CE QU'UN INFIRMIER RELAIS EN SOINS DE PLAIES ?

Il s'agit d'un infirmier ayant suivi une formation répondant aux exigences de l'INAMI visant à assurer un haut niveau de qualité et de suivi des soins de plaies.

L'infirmier en soins de plaies a des connaissances et des compétences sur la prévention et le traitement des plaies aiguës et chroniques.

Afin de conserver son expertise et de pouvoir dispenser les soins infirmiers conformément à l'évolution actuelle de la science infirmière, l'infirmier relais en soins de plaies veille et développe ses connaissances et compétences professionnelles par une formation permanente en soins de plaies.

L'infirmier relais en soins de plaies dispose d'un numéro d'inscription spécifique à l'INAMI.

Chez Aide & Soins à Domicile en Brabant wallon, 5 infirmières ont choisi de devenir référentes en soins de plaies. Nous nous intéresserons plus spécifiquement au travail de Solange Vanden Bosch, infirmière sur le secteur de Wavre, une des pionnières à avoir suivi la formation infirmière référente en soins de plaies.

Quel est ton parcours à l'ASD et quelles ont été tes motivations à devenir référente en soins de plaies ?

J'ai toujours adoré les plaies (rires). Pendant mes études, j'aimais bien les plaies, elles ne me rebutaient pas, je n'avais pas peur d'observer, de découper les tissus nécrosés... Avant de venir à l'ASD, je travaillais à l'hôpital au service réanimation et j'aimais prendre en charge les escarres, les plaies... Lorsque je suis arrivée à l'ASD il y a 22 ans, j'ai d'abord travaillé les soirs puis, petit à petit, mon horaire a évolué, j'ai même été adjointe¹ durant de nombreuses années. Il y a une bonne dizaine d'années, l'INAMI a proposé le remboursement, sous certaines conditions, des soins de plaies spécifiques, lors du passage d'une référente en soins de plaies. Notre direction nous a encouragés à suivre la formation et à développer cette compétence particulière. Je me suis spontanément proposée et je me suis rendue compte que j'étais la seule sur mon secteur. La formation était tout de même assez "costaude".

En quoi consiste ton rôle ?

Lorsque mes collègues ont un souci avec une plaie, elles m'interpellent. Parfois, c'est juste par téléphone, elles me décrivent la plaie et me demandent un conseil : quel type de produit, combien de jours ? Dans certains cas complexes, elles me demandent de passer. Je sollicite alors ma responsable pour qu'elle organise mes tournées en conséquence ; c'est plus facile vu que je suis volante. Parfois, c'est le médecin qui m'interpelle directement.

Concrètement, comment cela se passe ?

D'abord, j'observe et je me pose les questions suivantes :

- *L'origine de la plaie ? Je préfère, quand c'est possible, questionner le patient moi-même.*
- *Qu'est ce qui a déjà été fait en termes de traitement ?*
- *Couleur, texture, surface, odeur ?*

Ensuite, je propose un plan de soins que je communique à l'équipe et au médecin traitant afin d'assurer la continuité de la prise en charge (via le cahier de liaison et les réunions d'équipe).

Enfin, je réévalue la situation avec le médecin si cela est nécessaire.

À quoi fais-tu particulièrement attention ?

À bien informer mes collègues, nous sommes une équipe pluridisciplinaire et nous devons travailler ensemble. Nous devons faire un bloc, un ensemble cohérent. Dans ce sens, il m'est arrivé de donner des formations à mes collègues, j'ai réalisé des petits syllabus avec l'ensemble des pansements existants. Lorsque je suis au courant d'une nouveauté, je les informe via les réunions d'équipe.

Quelles sont les limites de cette fonction ?

Je n'interfère jamais si la personne est déjà suivie par un dermatologue ou un service de consultations de soins de plaie.

As-tu des situations concrètes que tu peux nous faire partager ?

Lors d'une prise en charge, une personne avait un ulcère des 2 côtés de la jambe. Beaucoup de choses différentes avaient déjà été essayées, j'ai fait une proposition et 1 mois plus tard, tout était cicatrisé. C'est génial de voir ça !

¹ infirmière chef adjointe



Comment cela se passe-t-il avec les patients ?

Les patients sont parfois étonnés de me voir car ils me connaissent en tant qu'infirmière volante mais ils ne savent pas forcément que je suis référente en soins de plaies. C'est aussi étonnant de constater que la médiatisation des produits pharmaceutiques et l'accès à internet influent sur les comportements et le choix des bénéficiaires, ce qui m'oblige à argumenter le plan de soins à mettre en œuvre. Il est vrai que certains pansements bioactifs sont chers, il faut donc expliquer les bénéfices en terme de durée. Le patient reste au centre de mes préoccupations et je concilie

POURQUOI ELLES AIMENT LEUR FONCTION DE RÉFÉRENTE EN SOINS DE PLAIES ?

"Je suis si contente quand les traitements marchent !"

"Cette casquette me permet d'avoir un échange plus professionnel ; c'est à la fois une reconnaissance de mes compétences techniques vis-à-vis de mes collègues, des bénéficiaires, des médecins et une évaluation des pratiques qui peuvent être mises à jour régulièrement."

"C'est gai quand ça marche. Il y a ma propre fierté, mais aussi la reconnaissance du patient et du médecin."

"C'est très chouette car c'est à la fois une reconnaissance de mes compétences spécifiques et une confiance que l'on m'accorde. Je sens que j'ai amélioré mes compétences, ma technicité des soins, je me sens encore plus professionnelle dans le sens où je suis plus sûre de ce que je dis."

"Je trouve que mon rôle est également important pour le patient. Souvent, le patient semble rassuré d'avoir une "spécialiste" à ses côtés. Je trouve que cela fait partie de l'amélioration de la prise en charge globale du bénéficiaire."

"En ce qui concerne la formation continue, je trouve cela stimulant de remettre cette compétence au goût du jour, de partager les expériences avec d'autres collègues."

au mieux mon expertise et le contexte du bénéficiaire. La plupart des bénéficiaires sont satisfaits et rassurés d'avoir une personne de référence au sein de l'ASD.

Comment cela se passe avec les médecins traitants ?

Avec les années, j'ai développé de très bonnes collaborations avec les médecins traitants. Il y a même un médecin qui a demandé que je lui fasse un résumé du syllabus que j'avais préparé à l'attention de mes collègues. À force de les côtoyer, je sais comment coopérer avec eux. Je sais aussi à qui je ne dois rien proposer parce que certains veulent rester l'unique référent médical. Je respecte ça. Et je note tout de même une reconnaissance de cette compétence spécifique de la part des généralistes.

Comment continues-tu à t'informer sur les nouveaux produits ?

Tous les ans, je participe à la formation continue de la FASD, je remets mes connaissances à niveau. C'est un secteur qui évolue vite. Sur un plan personnel, je vais aussi aux séances d'information des firmes pharmaceutiques.

Est-ce que cela représente une charge supplémentaire par rapport à tes tournées habituelles ?

Par rapport au temps que ça prend en plus, ça va, je gère, c'est vrai qu'être volante facilite les choses. En fait cela dépend des périodes, parfois on m'interpelle beaucoup et il y a d'autres semaines où il n'y a aucune demande.

Notes-tu une évolution dans ce domaine ?

Je note de moins en moins de plaies d'escarre à la maison grâce à la mise en place des moyens de prévention (matelas approprié, coussin de gel...). Par contre, il y a plus d'ulcères, de plaies diabétiques, de plaies traumatiques...

Une petite anecdote pour terminer ?

Une de mes filles vient de terminer ses études d'infirmière et... elle veut aussi devenir référente en soins de plaies. Comme quoi, je ne l'ai pas dégoûtée, que du contraire. Je lui ai refillé le virus. C'est elle qui mettait les photos des plaies lorsque j'ai réalisé le petit syllabus. Elle a même fait son TFE sur ce sujet. Quand je l'interroge par rapport à ses motivations, elle me répond qu'elle m'a toujours vue rentrer du travail enthousiaste et motivée.

Merci à Dominique Rocher et Pascale Stinckens, infirmières référentes en soins de plaies pour le secteur de Nivelles et à Solange Vanden Bosche, infirmière référente en soins de plaies pour le secteur de Wavre pour le temps qu'elles ont accordé et leurs témoignages.

Coup de blues et petite déprime : lumière sur la fin de l'hiver !¹

Nathalie BOONEN, Documentaliste au CESI

Même si les jours se font plus longs et que le printemps est prêt à frapper à nos portes, on a parfois le sentiment que l'hiver n'en finit pas. En réalité, chaque fois que le temps est couvert ou que survient une piquante rafale de vent, les symptômes du blues hivernal nous font trembler dans nos chaussettes : fatigue, manque d'entrain, tendance au cocooning, envie de manger du chocolat, morosité, mélancolie et ennui ont tendance à se faire ressentir.

Ce phénomène est normal, de courte durée et n'est pas inquiétant. Il ne doit toutefois pas être confondu avec la vraie dépression qui, elle, se manifeste par un désintérêt de tout, une tristesse permanente, des difficultés de concentration, des troubles du sommeil, une fatigue extrême, des troubles digestifs et variations de poids, apparition d'assuétudes. Lors d'épisodes plus graves, les pensées suicidaires sont parfois légion.

Vous l'aurez compris, la dépression majeure n'est pas le blues hivernal ! Il y a moyen de lutter contre cette baisse passagère de moral et le déficit de lumière. Voici quelques astuces pour faire face à l'état cafardeux de la fin de l'hiver.

Dormir pour retrouver le sourire

Cela va vous sembler étrange mais n'hésitez pas à dormir suffisamment. Ne culpabilisez pas si vous éprouvez le besoin de vous coucher de bonne heure. C'est en écoutant votre horloge biologique que vous vous réveillerez plus optimiste et de meilleure humeur. Sans compter que la lumière du matin vous remplira d'énergie.

Bouger, s'oxygéner

Marcher chaque fois que vous le pouvez : allez chercher vos enfants à pied à l'école ou votre pain à la boulangerie. La marche est l'occasion de laisser vos pensées s'envoler, une belle façon de vous dégourdir les jambes et le corps.

Pensez à sortir de chez vous, même pour rien, en évitant la voiture et la cigarette. Prenez une bouffée d'oxygène plutôt qu'une bouffée de nicotine ! Profitez-en pour renouveler vos cartouches d'énergie. Laissez-vous surprendre par un beau paysage, sans en avoir le souffle coupé.

Se forcer, plusieurs fois par jour, à faire plusieurs respirations profondes et abdominales est aussi une bonne technique pour maîtriser le stress.

Manger sans se goinfrer

Bien que les jardins se préparent pour la grande fête du printemps, nos soirées et week-ends ont encore un arrière-goût d'hiver. Raclettes, gratins et autres plats gras animent nos repas alors que notre corps, dans son habit casanier, n'a pas besoin d'autant d'énergie. Sauf, bien entendu, si l'on passe la journée dehors par grand froid...

Même si cela semble faire du bien sur le moment, le grignotage qui hésite entre biscuits salés et douceurs chocolatées, risque de faire basculer le pèse-personne et la chute de moral n'en sera que plus conséquente. Il est toutefois normal d'avoir envie de plats réconfortants qui nous donnent de belles émotions : crêpes, fondues au chocolat... Pas de culpabilité si cela se fait de manière raisonnable et dans l'équilibre.

Luminothérapie, câlinothérapie et autres façons d'aller mieux

Puisque le manque de lumière est souvent à l'origine du blues hivernal, la luminothérapie fait partie des traitements qui comptent. L'exposition aux rayons d'une lampe spéciale qui reproduit la lumière blanche naturelle est efficace :

- s'il y a un minimum de 10000 lux (= matin ensoleillé de printemps),
- si l'exposition se fait le matin,
- si elle est quotidienne et dure entre 30 à 45 minutes.

Il faut d'abord consulter un médecin avant de commencer tout traitement.

La câlinothérapie, c'est le fameux "hug" américain. Par un toucher fait de gestes lents et doux, il y a lieu d'apporter réconfort et sécurité à la personne qui le reçoit ou qui en fait la demande. Exprimer sa gratitude est une autre façon d'oublier les journées sans soleil ou sans lumière. Apprendre à remarquer le petit détail qui fait qu'on est heureux d'être vivant. Le noter quelque part dans un cahier ou dans un coin de son esprit.

Et... offrir ainsi son plus beau sourire au printemps qui ne demande qu'à jaillir !



¹ Source : Comment lutter contre la déprime hivernale ? / C. F. Desages in : L'Express, 20.12.13

SOMMAIRE DU DOSSIER

HISTOIRE D'HYGIÈNE	8	LA TOILETTE : UN ACTE PORTEUR DE SENS ET UN DÉFI À L'INTERDISCIPLINARITÉ DE L'AIDE ET DES SOINS	16
LES TOILETTES : CE QUI SE FAIT AILLEURS	9	FOCUS SUR LES SERVICES AIDE & SOINS A DOMICILE	19
DE LA TOILETTE SIMPLE À L'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS FRAGILES	11	LE TRANSFERT DES SOINS D'HYGIÈNE : UNE PREMIÈRE ÉTAPE POUR D'AUTRES PERSPECTIVES	20
QUEL APPRENTISSAGE POUR LES SOINS D'HYGIÈNE ? LE POINT DE VUE DU PROF	13		



DOSSIER : Les soins d'hygiène

Histoire d'hygiène

Compilation¹ – Coralie DUFLOUCQ, Rédactrice en chef – revue CONTACT

Beaucoup d'entre nous n'envisageraient plus, aujourd'hui, d'habiter un logement sans salle de bains, de ne pas prendre une douche quotidienne ou encore de ne pas utiliser des produits hygiéniques variés. Difficile d'imaginer de nos jours de se laver ailleurs que dans l'intimité de notre maisonnée. Pourtant, les conceptions et pratiques d'antan étaient bien différentes. Coup d'œil sur les progrès techniques et scientifiques, les changements des normes sociales ou encore l'évolution des mentalités qui sont à la base de notre conception de l'hygiène actuelle.

D'hier...

Les Romains se lavaient généralement dans des établissements publics et l'huile d'olive dont ils se frictionnaient le corps leur servait de savon. Les premiers siècles du Moyen Âge ont vu l'usage de l'eau régresser, mais la pratique des bains s'est à nouveau répandue sous l'influence des chevaliers qui avaient pris goût aux bains raffinés et relaxants des hammams de l'Orient. Ces bains collectifs accueillèrent des usagers, nus, installés côte à côte dans des cuves rondes ou ovales et dans la vapeur des pièces chauffées au bois. Ils pouvaient, en outre, se faire masser, parfumer, couper la barbe et les cheveux... puis s'étendre sur des lits pour se reposer après les soins. Ces bains étaient reconnus comme moment convivial et important pour la santé. Jusqu'au XIV^e siècle, hommes et femmes se retrouvent dans ces "étuves" et se baignent ensemble. Mais, très progressivement, un grand nombre d'établissements adoptent les normes de la décence des cours seigneuriales et la séparation des sexes s'instaure. Au cours de la Renaissance et des Temps modernes se met en place une nouvelle pratique : la toilette sèche. À l'époque, l'Église condamne les soins corporels jugés indécents, décourage la nudité et encourage la pudeur... Avec les grandes épidémies, notamment la peste, la méfiance s'installe à l'égard des lieux de promiscuité. Les médecins du XV^e siècle fustigent les endroits où se côtoient des corps nus, ce qui aboutit à la fermeture temporaire des étuves lors des épidémies. La peur de l'eau, vecteur des contaminations, s'installe aussi. C'est l'invention des toilettes à sec et du poudrage. L'eau est réservée aux parties visibles et exposées du corps (visage, mains). Pour le reste, un tissu humide est utilisé pour dissoudre la saleté et un linge parfumé pour enlever les mauvaises odeurs

corporelles. Au XVII^e siècle, la toilette sèche se perpétue : l'usage de l'eau ne figure pas dans les règles de bienséances. Au lever, adultes comme enfants se peignent, se frottent la tête et le cou à sec avant de se nettoyer les oreilles, les dents et les mains car l'attention se focalise sur ce qui est vu. Du milieu du XVII^e siècle jusqu'au XVIII^e siècle, les poudres lourdement parfumées entretiennent la chevelure tout en évitant le contact redouté de l'eau. Ainsi, établissements de bains et étuves disparaissent en quelques décennies à partir du XVI^e siècle. Avec le siècle des Lumières naissent progressivement des conceptions nouvelles. Jean-Jacques Rousseau s'intéresse à l'hygiène et à l'éducation du nouveau-né. Certains textes de l'époque mettent en évidence un décalage entre les structures offertes aux classes aisées, qui sont d'ailleurs informées des bienfaits des bains, et l'insuffisance, voire l'absence, de celles mises à disposition du peuple. Il faudra attendre l'ouverture des premiers bains-douches parisiens bon marché pour que, pour la première fois, l'hygiène n'apparaisse plus comme un luxe et soit prise en charge par les pouvoirs publics. Le succès rencontré auprès du public sera tel que les établissements de ce type se multiplieront rapidement. Jusqu'à dans les années 1950, les bains-douches municipaux resteront le symbole de la propreté populaire.

C'est donc avec l'ouverture des bains publics au début du XIX^e siècle et l'enseignement de la propreté dans les écoles que la population mesure véritablement l'importance de cette révolution culturelle qu'est l'hygiène. Les préceptes d'hygiène et les cours de morale favorisent l'enseignement d'une juste mesure entre corps et esprit.

... à aujourd'hui...

Au XX^e siècle, la baignoire, la salle de bains, l'arrivée de l'eau et du chauffage dans les villes puis les campagnes tendent à rendre la toilette plus individuelle et intime. Dans le même temps, un nombre croissant de produits et de technologies (douches massantes, sèche cheveux, brosse à dent électrique...) viennent remplacer ou accompagner le traditionnel savon.

Dans les métiers où l'on manipule des produits toxiques ou alimentaires, dans les métiers du soin aussi, l'hygiène prend une importance particulière, au point même d'être codifiée ou de faire l'objet de contrôles administratifs. Le Service de Santé Publique a édicté des règles en matière de santé publique, de sécurité de la chaîne alimentaire et d'environnement et l'Agence Fédérale pour la Sécurité de la Chaîne Alimentaire a été créée pour contrôler l'ensemble de la chaîne alimentaire dont l'hygiène est un principe de base.

Aujourd'hui, la notion d'hygiène est toujours enseignée dans les écoles afin d'étendre cette notion dans la société. Les progrès scientifiques (médecine, biologie) ont pu démontrer les mécanismes d'infections, de contaminations... Les mesures d'hygiène ont permis de réduire certaines pathologies comme la syphilis, la peste, le choléra ou la tuberculose. La société a, pour sa grande majorité, pris conscience de l'importance de l'hygiène et de l'attention au corps.

Malgré tout, ce principe d'hygiène n'est actuellement pas le même partout. Selon les pays, la notion d'hygiène est, en effet, différente. Certaines mesures d'hygiène ou principes de base restent à améliorer. Et des « petites choses » comme le lavage des mains à la sortie des toilettes n'est, aujourd'hui encore, pas toujours automatique.

Les toilettes : ce qui se fait ailleurs¹

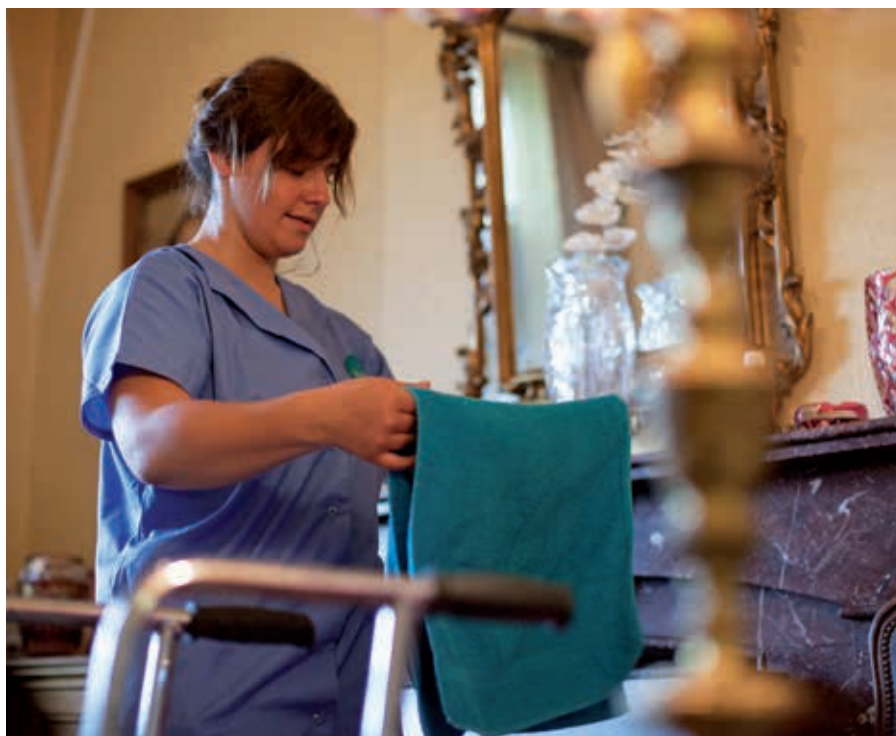
Christian FOURY, Chercheur MREIC de la CNAMTS

La question de l'attribution des soins d'hygiène : qui s'en charge ?

Dans le système français, l'acte est dans une large part confié au secteur libéral. Les infirmières libérales réalisent le plus souvent un acte technique, un soin de prévention et un acte d'hygiène. Les actes techniques réalisés lors d'une séance sont dans la majorité des cas des actes techniques "simples" ; les actes techniques "lourds" concernent plus souvent les patients "dépendants". Au final, la distinction entre les soins d'hygiène nécessitant l'intervention d'une infirmière et ceux pouvant être réalisés par une aide-soignante est tenue notamment lorsqu'il n'y a pas de soins techniques infirmiers associés.

Dans les systèmes étrangers semi-intégrés que sont la Belgique, le Luxembourg et la Suisse, les soins de base (hygiène et toilette) sont délégués et supervisés depuis le 1^{er} janvier 2014 aux aides-soignantes par les infirmières. Les toilettes simples sont également prises en charge par les aides familiales (Belgique), confiées aux aides socio-familiales/auxiliaires de vie et ou à des aides-soignantes (Luxembourg), aux aides en soins et en santé communautaire (nouvelle profession qui se situe entre l'infirmière et l'aide-soignante) (Suisse-Canton de Genève).

La nomenclature de soins infirmiers dans ces trois pays met l'accent sur les actes



© reporters.be/Julien De Wilde

techniques et par conséquent complexes de la personne âgée dépendante.²

Dans le système étranger intégré qu'est le Canada, et tout particulièrement la Province du Québec, les soins de base (hygiène, toilette et aide à la mobilité) sont délégués à des aides-soignantes. Les infirmières auxiliaires se concentrent sur les actes techniques et les infirmières

prodiguent les soins plus complexes ou destinés à des "clientèles" plus instables. Ces dernières réévaluent constamment l'évolution de la personne âgée dépendante pour réajuster les plans thérapeutiques au besoin et modifier les directives émises aux membres du personnel soignant ou référer au médecin traitant.

La question de la valorisation et de la différenciation des soins, en soins infirmiers et/ou en nursing (hygiène et toilette) : comment ?

Dans le système français confié dans une large part au secteur libéral, le système actuel laisse une grande marge d'interprétation personnelle. Au final, le nombre de séances en AIS³ facturées par jour et par patient dépend davantage du nombre de passages par jour de l'infirmière que de l'importance objective de la charge journalière en soins infirmiers. Il s'agit presque toujours de soins infirmiers en AIS 3.

¹ Extrait synthèse de l'Étude Comparative Internationale de la prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile par les infirmières libérales et ou salariées – document de travail – rédigée par Christian FOURY Chargé de Mission de la Recherche Internationale de la Mission des Relations Européennes Internationales et de la Coopération (MREIC) de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) – Février 2014. Pays étudiés : pays dans lesquels on retrouve une nomenclature des soins infirmiers (Belgique, Luxembourg, Suisse) et pays dans lequel on retrouve un système de santé intégré (Québec).

² Remarquons que la Suisse est le seul pays qui a prévu dans sa nomenclature de soins infirmiers la coordination et notamment la coordination des mesures et dispositions par des infirmières et ou des infirmiers spécialisés en lien avec des complications dans des situations de soins complexes et instables.

³ Un AIS est un Acte Infirmiers de Soins. Un AIS 3 inclue les séances curatives et préventives visant notamment à restaurer les capacités d'autonomie du patient, basées sur une approche relationnelle et éducative. Elles permettent d'inclure des soins d'hygiène.

Les infirmières libérales réalisent le plus souvent un acte technique, un soin de prévention et un acte d'hygiène sans que les soins de base (toilette, hygiène) soient délégués à des aides-soignantes/auxiliaires de vie/aides familiales.

Dans les systèmes étrangers semi-intégrés que sont la Belgique, le Luxembourg et la Suisse, les soins ne sont pas valorisés mais différenciés. La Belgique, après une expérience pilote de 5 ans (2008-2012) dans les Services de Soins Infirmiers qui ont recruté des aides-soignantes⁴, a mené une réflexion sur ce qui devait relever des infirmières et sur ce qui devait relever des aides-soignantes. Un protocole existe également pour définir la limite entre l'aide et les soins, pour baliser les tâches de soins d'hygiène des aides familiales et celles des infirmières/aides-soignantes.



© reporters.be/Julien De Wilde



© reporters.be/Julien De Wilde

Au Luxembourg et en Suisse, les instruments de mesure et d'évaluation de la dépendance que sont respectivement le CTMSP⁵ et le Rai Home Care doivent amener à s'interroger sur quelle est la personne qui est la plus à même d'intervenir au domicile de la personne âgée dépendante et par conséquent à procéder à la délégation des tâches entre les différents professionnels du secteur social, de la santé et du médico-social^{7,8}. La délégation de tâches permet en revanche de valoriser l'activité des professionnels concernés.

On retrouve cette même approche **dans le système étranger intégré qu'est le Canada et plus particulièrement dans la Province du Québec** avec le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle qu'est le SMAF⁹ informatisé qui catégorise les personnes selon leur profil d'autonomie (profil ISO-SMAF) qui devient un prédicteur de l'intensité moyenne du soutien requis.

⁴ Liste des activités que l'aide soignant(e) peut effectuer sous le contrôle de l'infirmier/-ière et dans une équipe structurée – Moniteur Belge – du 3 février 2006 – en notre possession. Rapport intitulé : « Intégration des Aides-Soignantes dans les Soins Infirmiers à Domicile » – ULB et Université de Liège – Janvier 2012 en notre possession. Ce rapport n'est pas accessible à ce jour sur internet. Se rapporter à un lien internet intéressant : www.inami.fgov.be/care/fr/other/infirmiers/information-topic/auxiliary-nurses/index-integration

⁵ Le CTMSP – est l'acronyme de la Classification par Types en Milieu de Soins et Services Prolongés. Il s'agit d'un instrument d'évaluation québécois.

⁶ Le Rai Home Care permet d'évaluer la dépendance, de donner des signaux d'alarme pour le plan de soin, de fournir un plan de soin et de mesurer la charge de travail. La Belgique expérimente actuellement sous forme d'expérience pilote l'adaptation belge de l'Instrument d'Évaluation Multidimensionnelle qu'est le Rai et notamment le Rai Home Care pour les Soins à Domicile : BelRai.

⁷ Au Luxembourg, le Relevé des Aides et des Soins prévoit une qualification minimale pour chacun des actes - Se référer au site internet suivant : www.secu.lu/fileadmin/file/secu/pdf/A_2006_240_dep_determdep_annexe2.pdf

⁸ L'Assurance Obligatoire de Soins prend en charge les montants suivants, par heure, sur la base des coûts des prestations fixés à savoir : l'évaluation, les conseils et la coordination : 79 à 80 francs suisses ; les examens et les traitements : 65 à 40 francs suisses ; les soins de base : 54 à 60 francs suisses. Le remboursement de ces montants s'effectue par unité de temps de 5 minutes. Au minimum 10 minutes sont remboursées.

⁹ Se référer au site internet de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec : oiiq.org/pratique-infirmiere/activites-partagees – sélectionner l'onglet "pratique infirmière et activités partagées" dans lequel vous trouverez les documents relatifs aux délégations de tâches de l'infirmière en direction des infirmières auxiliaires, des aides-soignantes et/ou aux proches aidants.

De la toilette simple à l'accompagnement des patients fragiles

Dr. Alex PELTIER, représentant ANMC¹ en commission de conventions

La "Toilette" dans la nomenclature Assurance Maladie-Invalidité (AMI)

L'AMI prévoit dans la nomenclature des infirmiers (art. 8) le remboursement de la prestation des soins d'hygiène, habituellement désignés par la terminologie "toilettes".

Cette prestation est reprise dans la rubrique des prestations techniques de soins infirmiers.

Un honoraire pour l'infirmier est prévu et s'étend de 9,15€ en semaine à 13,25€ le week-end en fonction du moment et du lieu de la prestation. Les remboursements pour le patient varient en fonction de son statut d'assuré. Si l'infirmier applique les tarifs de la convention et que le patient est bénéficiaire de l'intervention majorée, il payera un ticket modérateur de 0,25€ en semaine ou en week-end. S'il est bénéficiaire normal, le ticket modérateur sera de

2,28€ en semaine et de 3,31€ en week-end. Ces montants de tickets modérateurs ne sont pas systématiquement facturés au patient (système de "tiers-payant").

La toilette est également l'élément de base des actes infirmiers qui sont effectués lors de la prise en charge forfaitaire journalière (FFT) des patients dépendants. En effet, pour obtenir ces forfaits financiers qui couvrent l'ensemble des soins infirmiers donnés durant une journée, il faut absolument qu'une toilette ait lieu. Les honoraires varient ici en fonction de cet état de dépendance, et s'étendent de 17,11€ à 72,72€ par jour avec des bases de remboursement allant de la totalité à des tickets modérateurs de 25% de l'honoraire.

Pour bénéficier de la toilette par un infirmier, la personne doit avoir atteint un degré de perte d'autonomie défini sur base de l'évaluation de la dépendance par l'Échelle de Katz. Ainsi, un score minimal

de 2 doit être atteint pour le critère "se laver" afin d'obtenir le remboursement de la prestation.

Depuis le 1^{er} janvier 2014, les aides-soignants agréés peuvent être intégrés dans une équipe d'infirmiers, en respectant un ensemble de conditions. Celles-ci ont pour objectif d'assurer une bonne collaboration conventionnelle entre l'infirmier et l'aide-soignant et des soins de qualité. La toilette est un des actes qui peut être délégué par l'infirmier. Mais ce dernier en assure toujours la supervision et l'attestation.

La toilette ne doit pas être prescrite par le médecin traitant. C'est donc uniquement l'état de perte d'autonomie qui soutient l'intervention de l'AMI et c'est donc à l'infirmier qu'il revient d'évaluer correctement cette perte.

Les organismes assureurs ont une obligation de contrôle sur les soins d'hygiène, soit comme simples toilettes, soit incluses dans le forfait journalier. Le contrôle porte sur l'évaluation des scores de l'échelle de KATZ. En cas de différence d'évaluation, la mutuelle revoit le score, ce qui ouvre à des droits différents.

Les soins d'hygiène AMI en quelques chiffres

Les dépenses INAMI 2012 comptabilisées pour le secteur infirmier ont atteint 1,2 milliards d'euros. Les toilettes d'hygiène, non intégrées dans un forfait journalier tel que décrit ci-dessus, représentent un montant de 93,65 millions d'euros, soit 8% des dépenses totales. Elles ont été attestées presque 19 millions de fois.

¹ ANMC = Alliance Nationale des Mutualités chrétiennes



En ce qui concerne les toilettes réalisées dans le cadre de l'intervention forfaitaire journalière, l'INAMI en a enregistrées 38.596.758 en 2012. Durant ces accompagnements infirmiers de patients dépendants, la toilette est réalisée parfois plusieurs fois par jour. Ainsi le nombre d'interventions forfaitaires enregistrées atteint 25.822.921, ce qui signifie que dans 49% des cas, plus d'une toilette par jour a été effectuée.

Ensemble, le nombre de toilettes (FFT et hors FFT) est de 57 millions, ce qui donne le chiffre moyen de 156.164 toilettes réalisées par jour. Celles-ci sont effectuées par les 24.000 infirmières actives dans les soins à domicile. C'est donc un acte quotidien inhérent à la pratique de l'infirmière à domicile, que son taux d'activité y soit faible ou important. Ces 24.000 infirmières ne sont effectivement pas toutes actives à temps plein dans le secteur ou partagent parfois leur temps de travail dans d'autres domaines.

The right man on the right place

Depuis de nombreuses années, les débats sur la nécessité de la compétence infirmière dans la réalisation d'une toilette simple suscitent l'engouement. On se souviendra des joutes médiatiques de 2006 concernant l'agrément des aides-soignants et la liste des actes auxquels ils peuvent avoir accès. Ces débats ont été (et restent en partie encore) colorés par diverses positions : un corporatisme protecteur des infirmiers qui voient dans l'aide-soignant une concurrence pour certains actes, des critiques quant à la compétence de l'aide-soignant pour réaliser des actes répertoriés "infirmiers" dans l'annexe à l'AR 78, une montée au créneau du secteur de l'aide aux familles sur le volet tâches de l'aide familiale, des questions d'accessibilité financière aux soins d'hygiène liées à des législations fédérales ou régionales, des positionnements des divers niveaux de l'Enseignement pour s'assurer de la formation des aides-soignants...

Ces débats en ont bien entendu alimenté d'autres, les derniers et les plus importants étant ceux qui tentent de définir juridiquement la limite entre l'aide et les soins, pierre angulaire d'une bonne collaboration entre les infirmiers et le secteur de l'aide aux familles. Ceci trouve sa réalisation dans le protocole signé entre le Fédéral, les Régions et les Communautés en 2009.

Suite à ces multiples discussions et face à l'impact conséquent du vieillissement, l'ensemble du secteur infirmier est convaincu de l'importance d'utiliser les ressources humaines et leurs compétences de manière optimale : the right man on the right place. Dans cette réflexion, il est apparu que le modèle de financement des soins d'hygiène existant au Fédéral ne permettrait pas d'atteindre cet objectif. En effet, le recours aux infirmiers pour des soins d'hygiène simples était plus lié aux aspects financiers pour le patient qu'aux aspects de compétences nécessaires dans la réalisation de ceux-ci.

Ces motifs ont justifié le relèvement de l'accès aux soins infirmiers pour les soins d'hygiène chez des personnes présentant un état de dépendance plus avancé. Des collaborations avec les aides familiales des services d'aide aux familles ont été formulées afin d'assurer un regard infirmier sur une situation évolutive chez des patients fragiles. La notion de "frailty" est utilisée de plus en plus pour identifier des personnes qui, quoiqu'encore autonomes, commencent à présenter des difficultés dans leurs activités quotidiennes. Ces difficultés sont en lien soit avec l'existence de pathologies multiples, de traitements complexes, d'épisodes d'hospitalisation, ou plus simplement de

l'isolement. La conjonction de plusieurs de ces facteurs entraînera inévitablement une perte d'autonomie progressive. Cette période de "fragilisation" est un moment idéal pour concentrer l'attention des divers acteurs de la santé et sociaux. En effet, il est encore temps à ce moment de mettre en place des mesures à visée éducative et/ou préventive, des mesures de soutien logistiques et/ou technologiques simples, des réseaux sociaux vigilants et protecteurs... Dans cette période, le rôle de l'infirmier est également primordial, sans toutefois se focaliser sur des soins d'hygiène qui peuvent qualitativement être réalisés par les aides familiales.



© reporters.be/Julien De Wilde

LES SERVICES D'AIDES FAMILIALES

Les services d'aides familiales sont agréés par les Régions wallonne, bruxelloise et germanophone.

Le passage d'une aide familiale pour réaliser une toilette est facturé selon les barèmes de contribution qui sont imposés aux services par les autorités publiques et qui sont calculés par l'assistant social selon la situation du ménage. Ces barèmes varient en Région wallonne de 0,87€/h à 7,81€/h, en Région de Bruxelles-Capitale de 0,61€/h à 6,45€/h, en Communauté germanophone de 1,61€/h à 10,51€/h.

Ce coût peut inclure la réalisation d'autres tâches d'aide à la vie journalière en fonction des besoins exprimés par le bénéficiaire.

Quel apprentissage pour les soins d'hygiène ? Le point de vue du prof

propos recueillis par Coralie DUFLOUCQ, Rédactrice en chef de la revue CONTACT

Rencontre avec Carine Landrieux, professeur de soins d'hygiène et de confort, de technologie des soins et "monitrice de stage"¹ au Centre Éducatif de la Sainte Union à Tournai. Elle a travaillé 15 ans comme infirmière et enseigne depuis 16 ans à des futures aides-soignantes et aides familiales.

Comment l'acte de la « toilette » est-il acquis durant leur formation ?

CL – Dans le cadre du cours de soins d'hygiène et de confort, l'apprentissage de la toilette commence en 5^{ème} professionnelle. En effet, dès la première année, les élèves partent en stage. Mais l'apprentissage se fait progressivement : nous ne mettons pas directement les élèves dans des situations délicates. Nous ne les confrontons pas tout de suite à la nudité par exemple, nous ne commençons pas par des toilettes complètes. Ce sont d'abord des petits soins : apprendre à refaire un lit correctement, apprendre à donner un bain de pieds convenablement... L'école possède des salles de pratique où les élèves s'exercent et appliquent toutes les techniques sur des mannequins ou "entre eux" (pour des bains de pieds, le rasage...). En fin de 5^{ème}, l'élève doit être capable d'effectuer une aide à la toilette au lavabo, ainsi que les petits soins associés (oreilles, yeux, ongles, entretien des prothèses dentaires, etc.), mais pas encore la toilette au lit. Les aides familiales apprennent également quelques gestes de manucure et le massage des mains. La manucure est un soin de confort qui permet à l'aide familiale d'entrer en contact avec la personne.

En 7^{ème} professionnelle, les aspirants aides-soignants ont un cours appelé "technologie des soins" qui les sensibilise aux situations qu'ils pourront rencontrer en stage et leur donne les notions théoriques qui leur permettent de comprendre les pathologies et situations qui seront rencontrées (toilettes avec appareillage par exemple).



© Coralie Duflocq

Le cursus est-il différent en fonction de l'orientation choisie : aide familiale ou aide-soignante ?

CL – Oui, ce sont 2 métiers différents et donc il y a 2 apprentissages différents. Mais les études d'aide familiale peuvent être une préparation à celles d'aide-soignant.

La formation "aide familiale" s'étale sur 2 ans. La qualification d'aide familiale, obtenue en fin de 6^{ème} professionnelle, permet aux jeunes diplômés de travailler dans le secteur de l'aide, à domicile, pour venir en aide aux personnes et aux familles en effectuant des soins de base et des tâches d'aide à la vie journalière (courses, cuisine, administration...). Les stages dans cette filière sont prestés à domicile, dans des maisons de repos et dans des institutions d'accueil d'enfants différents.

La section "aide-soignante" est accessible aux élèves qui ont réussi la 6^{ème} professionnelle "aide familiale" ou la 6^{ème} technique

de qualification "aspirante en nursing" par exemple. Le cursus "aide-soignant" est donc une 7^{ème} année de qualification. Les stages sont prestés dans les différents services des milieux hospitaliers (chirurgie, revalidation...) et à domicile. La qualification d'aide-soignante permettra aux nouveaux diplômés de donner des soins à domicile, en maison de repos, à l'hôpital, dans des établissements psychiatriques... toujours sous la responsabilité d'un infirmier qui délègue des soins. La liste des soins qui peuvent être délégués est notifiée par le Ministère de la Santé. L'étudiant sortant de 7^{ème} reçoit son C.E.S.S. et peut, s'il le souhaite, entamer des études supérieures (infirmier ou autre).

À quel moment vos élèves sont-ils confrontés à la nudité ?

CL – Dès la prise en charge de la toilette au lavabo. Mais avant d'avoir un bénéficiaire devant eux, ils s'exercent sur les mannequins de l'école. Nous les préparons. Lors

¹ jargon pour dire "maître de stage"

des apprentissages, nous insistons sur une technique bien particulière afin de respecter la pudeur du patient ou du bénéficiaire. La technique, le fait de faire les choses dans un certain ordre aussi permet de mettre et le bénéficiaire et l'élève à l'aise. Il ne faut pas oublier qu'ils sont encore jeunes et que la nudité est souvent quelque chose qu'ils appréhendent.

Sur quoi, en tant qu'enseignante en soins d'hygiène, insistez-vous auprès de vos élèves ?

CL – Sur l'hygiène, forcément, parce que c'est important pour éviter tout ce qui est contamination. Puis, sur la pudeur, sur le respect de la personne. Les deux aspects sont finalement assez inséparables dans nos métiers. La communication est également importante.

Avez-vous des "trucs et astuces", des conseils que vous donnez aux élèves pour que l'aide et les soins fonctionnent bien ?

CL – Je crois que les élèves doivent apprendre à gérer leur stress. Malgré leurs éventuels soucis personnels, quand ils arrivent près d'une personne, il faut qu'ils arrivent avec un visage ouvert, avec le sourire. Le sourire, c'est déjà l'ouverture à l'autre. Il faut regarder la personne correctement aussi quand on lui parle, tenir compte de cette personne. Bref, être à son écoute. Par exemple, pour une personne malentendante, on leur donne des petits trucs du style : se positionner face à la personne pour qu'elle voie leur visage, qu'elle puisse lire sur leurs lèvres et qu'elle puisse finalement les comprendre. Si une toilette se fait à 2 professionnels, faire attention à ne pas oublier la personne qu'ils soignent et ne pas discuter entre eux en laissant de côté le bénéficiaire. Ce sont des "petites choses", mais qui ont une importance capitale pour le bien-être de la personne qu'on soigne.

Les stages participent, je suppose, à l'apprentissage des élèves ? Comment est-ce que cela se passe ?

CL – Oui, c'est évident, le stage, c'est une rencontre avec la réalité. Les élèves sont confrontés à des situations bien concrètes. Ils côtoient alors des personnes en "mauvais état", ils sont confrontés à la maladie



Carine LANDRIEUX

© Coralie Duffoucq

(cancers, cirrhoses...), à des isolements, ils voient parfois des jeunes qui ont des maladies graves. Nous sommes dans la pratique, et là, vraiment, ce n'est pas toujours évident.

Comment faites-vous pour les préparer au mieux à tout ça ?

CL – Nous essayons de rendre les cours les plus concrets possibles. Les professeurs essaient de mettre au maximum les cours en parallèle, de travailler en interdisciplinarité. D'ailleurs... pour prendre un exemple... les élèves sont évalués au travers de situations d'intégration professionnellement significatives (S.I.P.S.) c'est-à-dire sur des situations réelles. Pour que l'élève puisse résoudre ces situations, il est impératif que les enseignants s'accordent, échangent. C'est ainsi qu'un même thème peut être vu dans différents cours ce qui permet un regard différent sur la thématique. Bref, ensemble, les enseignants mettent en place un bagage pour que l'élève réussisse les épreuves. Nous parlons de cas concrets

afin de préparer au mieux nos élèves à leur futur métier. Nous essayons toujours de donner du sens aux apprentissages.

Selon vous, est-ce que l'acte de la toilette peut devenir un acte maltraitant ?

CL – Oui, malheureusement. Sans le vouloir forcément, nous pouvons avoir des comportements maltraitants. C'est pourquoi, nous insistons sur toutes ces "petites choses" qui sont véritablement importantes. Voici, en vrac, quelques points auxquels nous accordons de l'importance :

- veiller à la bonne température de l'eau ;
- couvrir la personne avec un couvre malade ou à défaut avec un essuie pour éviter qu'elle ait froid ;
- respecter la pudeur de la personne ;
- habiller le bénéficiaire en fonction de ses goûts vestimentaires (id. pour le maquillage ou la coiffure) ;
- utiliser un langage approprié (ne pas tutoyer le bénéficiaire ou l'appeler avec un surnom par exemple) et faire attention à ses expressions du visage (avoir un visage

de dégoût quand on change une personne ce qui pourrait avoir comme conséquence de la culpabiliser) ;

- respecter et écouter la personne ;
- communiquer avec la personne ;
- etc.

Ces “points de détails” pour certains sont incontournables au même titre que l’hygiène, la sécurité, le respect, la communication... et nous tentons de les inculquer à nos élèves.

Comment se passent les stages et les périodes “avant” et “après” ?

CL – Par rapport à l’encadrement, on essaye toujours d’avoir une personne de référence dans le service où l’élève sera pris en charge. Maintenant, nous devons toujours veiller à ce que le stagiaire n’apporte pas une surcharge de travail. Il faut que ce ne soit pas trop lourd pour le service qui accueille un de nos élèves. Du côté de l’école, il y a un “maître de stage” qui supervise le stage de l’élève. Du côté des bénéficiaires, cela se passe plutôt bien en général. En maison de repos, c’est peut-être un peu plus facile parce que les bénéficiaires connaissent les maîtres de stage et ont l’habitude d’avoir des stagiaires. À domicile, c’est parfois un peu compliqué parce que les bénéficiaires sont souvent moins habitués aux stagiaires. La plupart du temps, les stagiaires sont bien accueillis : étant jeunes ils sont souvent considérés comme les “petits-enfants” de la famille. Dans certains cas plus rares, le stagiaire est vu comme un intrus dans leur intimité. Les élèves ressentent parfois cette gêne, mais cela fait aussi partie de leur apprentissage. Mais les référents de stage au sein des aides à domicile essaient de choisir des bénéficiaires qui accueillent positivement les élèves. Et, heureusement, les diplômées avec lesquelles les élèves travaillent encadrent bien les stagiaires et sont très attentives. C’est d’autant plus important que, par souci de discrétion, les maîtres de stage ne sont pas autorisés à se rendre au domicile des bénéficiaires pour chapeauter le stagiaire.

Il est essentiel que les élèves voient tous les aspects de l’aide et des soins, qu’ils soient confrontés à certaines problématiques pour qu’ils s’arment. Les stages font partie intégrante de leur apprentissage.

L’aspect “confrontation” est donc important, mais nous tâchons de les préparer au mieux et de les outiller davantage au fur et à mesure des stages. C’est ainsi que des séminaires sont prévus tout au long de l’année. Les séminaires sont des lieux de paroles et de réflexion avant un départ en stage ou au retour de celui-ci. C’est un espace où l’enseignant et l’élève confrontent la pratique, la théorie, le vécu du stage... Les élèves parlent des difficultés qu’ils ont éprouvées et on analyse ensemble comment les résoudre. Les autres élèves interviennent. Des intervenants extérieurs peuvent également prendre part à ces séminaires. Le contenu est finalement assez libre ce qui permet de pouvoir s’adapter en fonction du vécu ou des “envies” des élèves. Ce sont véritablement des moments riches en échanges.



© Coralie Dufoutocq

PAROLES D’ÉLÈVES...

“Il faut se montrer doux et à l’écoute de la personne. Il faut communiquer pour la mettre à l’aise.”

Alexis, 6^{ème} Aide familiale

“Les cours sont importants car ils m’ont permis d’oser réaliser les toilettes sur des personnes et de les faire avec confiance.”

Laure, 6^{ème} Aide familiale

“Au début, je ne me sentais pas à l’aise de voir une personne nue. Maintenant, je n’ai plus peur. Les cours m’ont appris à réaliser une toilette sur une personne avec des pathologies ou qui est du sexe opposé. Le fait de s’exercer au préalable sur des mannequins m’a également aidé à aborder les soins d’hygiène avec sérénité.”

Noémie, 6^{ème} Aide familiale

“Les cours nous préparent aux règles d’hygiène et nous familiarisent avec celles-ci. On nous apprend par exemple comment bien se laver les mains. On nous apprend aussi comment aborder le patient en fonction de sa pathologie. Il y a la théorie et puis le terrain. Le terrain est vraiment important car nous y apprenons beaucoup. Les stages fructifient notre apprentissage !”

Anastasia, 7^{ème} Aide-soignante

“La toilette peut devenir un acte maltraitant si nous ne prenons pas en compte les besoins du patient. Pour éviter cela, il faut être à l’écoute de la personne, se renseigner aussi sur ses besoins et respecter sa pudeur.”

Gaylord, 7^{ème} Aide-soignante

Merci beaucoup Carine pour cette rencontre et le partage de votre expérience.

La toilette : un acte porteur de sens et un défi à l'interdisciplinarité de l'aide et des soins

Séverine LEBEGGE, Directrice du secteur de l'aide à la vie journalière - FASD
Edgard PETERS, Directeur du secteur des soins infirmiers - FASD

Toilette, toilette d'hygiène, soin d'hygiène, autant de mots pour désigner un acte pratiqué quotidiennement par les services AIDE & SOINS A DOMICILE mais loin d'être anodin. Mais finalement, c'est quoi une toilette ?

Pour le dictionnaire Larousse, il s'agit d'un ensemble de soins apportés au corps pour le maintenir en état de propreté. Sur le site soins.infirmiers.com, l'hygiène corporelle est un soin qui permet d'être propre et de protéger ses téguments¹ ; c'est un facteur de bien-être physique et moral de la personne soignée ; il permet en sus l'observation et la relation. Les soins d'hygiène comprennent les soins annexes : barbe, bouche, nez, oreilles, cheveux, ongles, etc.

Des prestations d'aide à la vie journalière réalisées par les praticiens de l'art infirmier

Dans le secteur des soins infirmiers à domicile, nous constatons que les praticiens de l'art infirmier (infirmiers et aides-soignants) effectuent régulièrement des prestations pouvant être considérées comme une aide à la vie journalière des bénéficiaires.

L'explication de cette situation se trouve dans l'histoire de la profession infirmière :

- la législation infirmière : l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre ;
- la prise en charge des bénéficiaires à domicile.

1. La législation infirmière

Les listes des prestations techniques de soins infirmiers et des actes médicaux pouvant être confiés par un médecin à un praticien de l'art infirmier ont été légifé-

rées dans le cadre d'un contexte principalement hospitalier prenant en charge des patients en phase aiguë ou subaiguë. Mais ces listes n'entrevoient pas la spécificité de la prise en charge des patients chroniques qui utilisent la même thérapeutique per os² ou qui portent des bas destinés à prévenir et/ou à traiter des affections veineuses depuis plusieurs années par exemple.

Par ailleurs, les soins d'hygiène sont considérés comme une prestation technique de soins infirmiers s'ils sont prodigués chez des patients souffrant de dysfonction de l'activité de la vie quotidienne (A.V.Q.). Mais dans quelle situation doit-on considérer qu'une personne souffre de dysfonction de l'activité de la vie quotidienne et considérer que les soins d'hygiène sont de la compétence des praticiens de l'art infirmier ?

Prenons l'exemple d'une personne hémiparétique suite à un accident vasculaire cérébral (AVC). Dans la phase immédiate de l'AVC, la personne hémiparétique a une dysfonction de son activité de la vie quotidienne et les soins d'hygiène doivent être réalisés par un praticien de l'art infirmier. Cette même personne, 5 ans après l'apparition de son handicap, doit-elle toujours être considérée comme ayant une dysfonction de son activité de la vie quotidienne ou peut-on considérer que son activité de la vie quotidienne doit tenir compte de son handicap ?

Une ambiguïté se situe sur cette notion de "dysfonction de l'activité de la vie quotidienne" et devra être levée afin de définir si les soins d'hygiène sont de la compétence d'un praticien de l'art infirmier (professionnel de la santé) ou de la compétence d'une aide familiale (professionnel de l'aide).

En octobre 2013, la Ministre de la Santé publique, Laurette Onkelinx, a sollicité la Commission technique de l'art infirmier³ pour émettre un avis sur cette notion de "dysfonction de l'activité de la vie quotidienne". Nous sommes actuellement en attente de leur réponse.

2. La prise en charge des bénéficiaires au domicile

Au décours de la deuxième guerre mondiale, le premier professionnel qui se rend au domicile des bénéficiaires est l'infirmier. Seul professionnel au domicile, l'infirmier prend à l'époque en charge les bénéficiaires dans leur globalité sans se soucier de savoir si les prestations relèvent de l'aide ou des soins de santé : l'infirmier "... a la vocation de servir, mais ce service qui était jusque-là mis à la disposition des pauvres, des malades, va progressivement changer d'orientation avec le développement de la médecine"⁴. En toute logique, ces prestations se sont vu octroyer un honoraire avec un remboursement dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins de santé sans se soucier s'ils relevaient de l'aide ou des soins de santé.

Au vu de l'évolution du vieillissement de la population et de la prise en charge croissante au domicile, il est impératif d'orienter les praticiens de l'art infirmier vers des prestations relevant de leur qualification,

¹ Tégument = tissu ou ensemble de tissus recouvrant et enveloppant un organisme vivant.

² per os = locution latine qui signifie littéralement "par la bouche"

³ La Commission Technique de l'Art infirmier a pour mission de donner des avis au Ministre de la Santé publique pour toutes les matières relatives aux listes des prestations techniques de soins infirmiers et à la liste des actes médicaux pouvant être confiés aux praticiens de l'art infirmier.

⁴ "Promouvoir la vie : De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers", Collière Marie-Françoise, Edition Elsevier/Masson, Paris, 1998.



© reporters.be/Julien De Wilde

laissant les prestations d'aide aux professionnels de ce secteur. Toutefois, le constat se fait que le praticien de l'art infirmier profite du moment de la prise en charge des soins d'hygiène pour évaluer l'état de santé du bénéficiaire et réaliser de l'éducation à la santé ou de la prévention. La question ne se règle donc pas facilement.

L'évolution des professions des praticiens de l'art infirmier dans les pays limitrophes à la Belgique doit nous inciter également à cette réflexion : de nouvelles activités dédiées aux praticiens de l'art infirmier ne pourront se faire que si ceux-ci se déchargent des prestations relevant d'un contexte d'aide.

Si les aides familiales acquièrent au cours de leur formation toutes les compétences nécessaires pour la prise en charge des soins d'hygiène dans le cadre de l'aide aux bénéficiaires, il est cependant indispensable, dans certaines situations, de maintenir un contact régulier avec un infirmier afin de poursuivre l'évaluation de l'état de santé du bénéficiaire, l'éducation à la santé et les éléments de prévention.

Les prestations de soins d'hygiène : un acte controversé

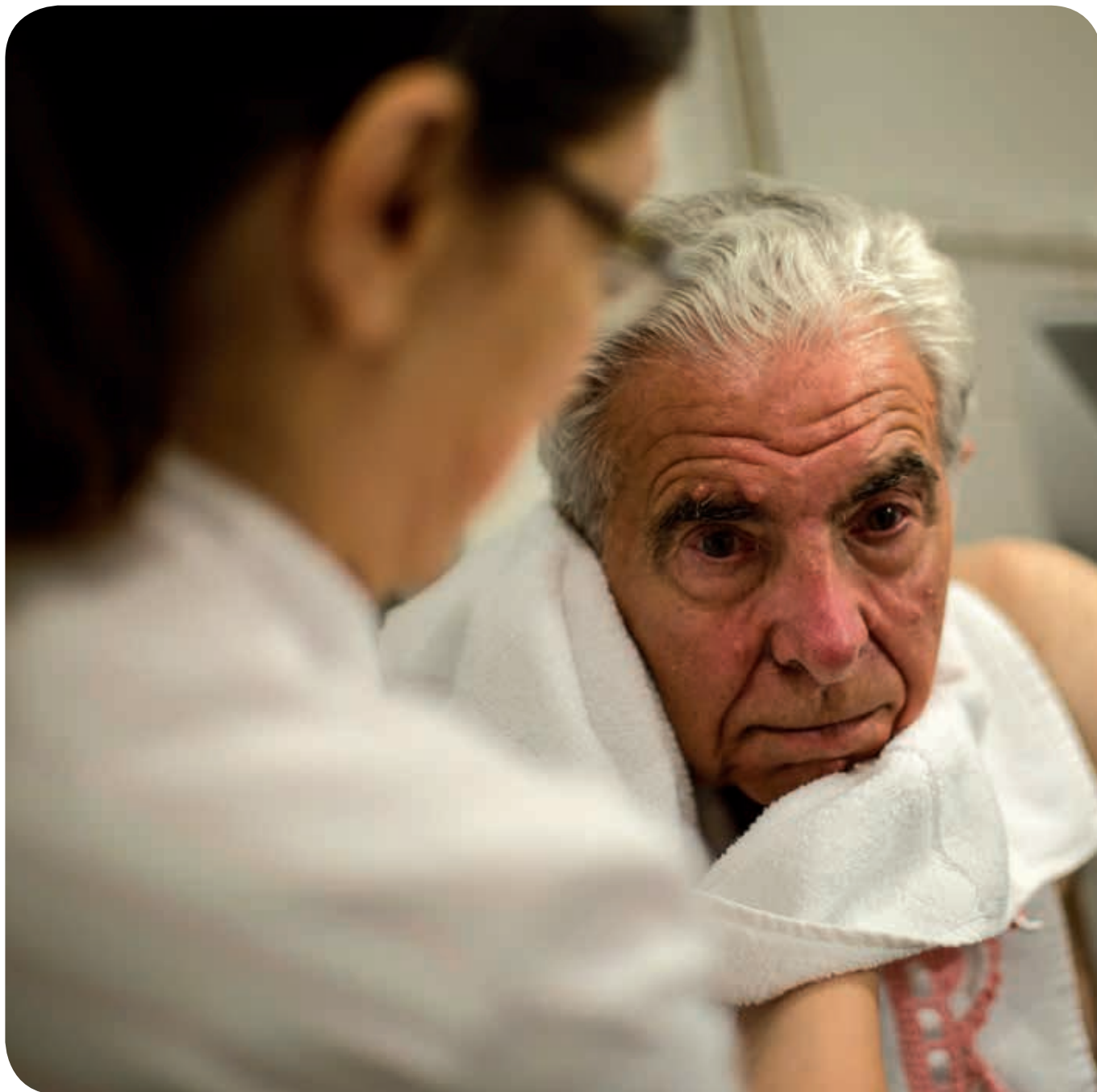
Substituer les soins d'hygiène ne relevant pas de la compétence d'un professionnel de la santé vers le secteur de l'aide ne laisse personne indifférent et soulève différentes questions :

- Un praticien de l'art infirmier, doit-il impérativement réaliser les soins d'hygiène pour évaluer correctement l'état de santé du bénéficiaire ?
- Comment améliorer l'interaction entre le secteur de l'aide et le secteur des soins infirmiers, sans oublier le rôle des centres de coordination ?
- Quid de l'intervention financière du bénéficiaire si les soins d'hygiène sont pris en charge par les aides familiales ?
- Comment absorber les prestations au sein des services d'aide dans un contexte plutôt fermé au niveau des contingents d'heures "aide familiale" subventionnés ?
- ...

Après 2 ans de discussion, la Commission de conventions des praticiens de l'art infirmier et des organismes assureurs de l'INAMI (institution placée sous l'autorité fédérale qui élabore les règles pour la tarification et le remboursement des prestations de soins de santé) a validé, en novembre 2013, la suppression de l'honoraire pour certaines toilettes qui ne nécessitent pas l'intervention spécifique d'un professionnel de la santé (infirmier ou aide-soignant).

L'entrée en vigueur ne pourra être effective que simultanément à la mise en place d'une nouvelle prestation infirmière permettant le suivi et l'éducation à la santé des bénéficiaires. Et ce pour répondre aux besoins constatés actuellement et décrits ci-dessus.

Le transfert des soins d'hygiène du secteur des soins infirmiers vers le secteur de l'aide devra donc s'opérer dans un horizon assez proche pour répondre aux enjeux de santé publique. Il ne pourra cependant être effectif et d'une plus-value pour les bénéficiaires que si l'ensemble des acteurs (professionnels, politiques...) ont la volonté d'aboutir !



© reporters.be/Julien De Wilde

“C’est fragile, l’intimité”

Suzanne Jacob

Focus sur les services AIDE & SOINS A DOMICILE

Séverine LEBEGGE, Directrice du secteur de l'aide à la vie journalière - FASD

Edgard PETERS, Directeur du secteur des soins infirmiers - FASD

Depuis plus de 20 ans, AIDE & SOINS A DOMICILE développe une approche intégrée d'aide et de soins, avec des professionnels ayant des compétences pointues, différentes et complémentaires, au service de plus de 70.000 bénéficiaires.

Défendant cet objectif pluridisciplinaire, la Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile (FASD) et les AIDE & SOINS A DOMICILE ont mis en place dans le courant de l'année 2013 un projet de transfert de certaines toilettes entre le secteur des soins infirmiers et le secteur de l'aide à la vie journalière.

Il s'agit des toilettes dites "T2" (selon l'échelle de Katz, document d'évaluation de l'état de dépendance du bénéficiaire rempli par l'infirmier) faites auprès de bénéficiaires peu dépendants et donnant droit à un passage à domicile 2 fois par semaine. Ces toilettes "T2" sont progressivement prises en charge par des aides familiales, et non plus par des infirmiers ou des aides-soignants. Toutefois, les toilettes où l'infirmier met en évidence un problème qui nécessite la prise en charge des soins d'hygiène par un praticien de l'art infirmier resteront à charge du secteur soins infirmiers.

Concrètement, dans le cadre d'une nouvelle demande, la première toilette est réalisée par un infirmier qui évalue la situation de dépendance du bénéficiaire selon l'échelle de Katz. Pour les personnes bénéficiant déjà d'un passage du service AIDE & SOINS A DOMICILE, cette démarche d'évaluation de la prise en charge est effectuée en interne.

En fonction des résultats de cette évaluation, la toilette sera (ou non) reprise par le secteur de l'aide à la vie journalière, via l'intervention d'une aide familiale. Un assistant social se rend alors au domicile du bénéficiaire pour effectuer une enquête sociale (obligation légale) et déterminer, avec lui, un plan d'aide en juste adéquation avec ses besoins.



© ASD/HO

Pour garantir un suivi de qualité, une visite trimestrielle de l'infirmier est également prévue pour maintenir une attention pluridisciplinaire sur l'évolution de la situation et de l'état de santé du bénéficiaire. Cette fréquence pourrait être augmentée sur base de l'évaluation de la situation faite par l'aide familiale.

Une collaboration étroite entre le secteur de l'aide à la vie journalière et le secteur des soins infirmiers est organisée, via les assistants sociaux et les infirmiers chefs. Des outils spécifiques sont créés pour accompagner cette collaboration. Et chaque professionnel est invité à rester attentif en permanence à l'évolution de la situation et de l'état de santé du bénéficiaire.

Avec ce projet, la Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile et les services AIDE & SOINS A DOMICILE ont souhaité agir de manière proactive et s'inscrire dans la continuité d'une approche intégrée d'aide et de soins pour apporter une réponse adéquate et un service de qualité aux bénéficiaires.

La volonté est également clairement exprimée de veiller à ce que chaque professionnel déploie au mieux les compétences pour lesquelles il est formé et agisse dans la plus grande complémentarité.

Le transfert des soins d'hygiène : une première étape pour d'autres perspectives

Séverine LEBEGGE, Directrice du secteur de l'aide à la vie journalière – FASD
Edgard PETERS, Directeur du secteur des soins infirmiers – FASD

La demande de maintien à domicile, les soins palliatifs, l'accompagnement des personnes handicapées, la réforme de la santé mentale, le répit pour les aidants proches, les alternatives à l'hospitalisation sont quelques exemples des enjeux du domicile à court terme.

Pouvoir y répondre nécessite, d'une part, de pouvoir assurer cette continuité de l'aide et des soins en disposant des compétences adéquates et des capacités humaines suffisantes et, d'autre part, de veiller à une juste présence de tous ces professionnels à domicile pour garantir un réel mieux vivre et mieux habiter pour le bénéficiaire.

La question qui se pose n'est plus tant de prouver la nécessité d'un développement clair et précis des métiers du domicile, mais d'obtenir la reconnaissance pleine et entière de toutes ses composantes, du professionnalisme qui en découle, en respectant des droits, bien sûr, mais aussi et surtout, en imposant des normes et des critères précis à respecter pour le bien de la collectivité.

Il s'agit de promouvoir des réponses individuelles à des besoins individuels, indispensables particulièrement dans certaines situations de vie (pour les malades chroniques, pour les personnes désorientées, pour les personnes en fin de vie...) où une réponse institutionnelle n'est pas adaptée ou souhaitable.

Il s'agit aussi de lutter contre une libéralisation du secteur qui ne garantit pas un accès équitable à tous et qui introduit des paramètres lucratifs dans un secteur qui, par essence, doit rester non-marchand.

Pour tout cela, une étroite collaboration entre les politiques fédérales, régionales et communautaires en matière d'aide et de soins à domicile est indispensable. Il faut créer un espace de réflexion rassemblant les représentants des secteurs impliqués dans les défis à venir de la première ligne.

Obstacles et menaces pour le secteur du domicile

Depuis toujours, la question de l'intégration des différents professionnels du domicile pose question et divise. Chacun a tendance à défendre son territoire d'actions et très peu se situent aisément dans des limites professionnelles clairement définies, donc clairement applicables.

Les législations sont disparates en fonction de la répartition des compétences entre entité fédérale et entités fédérées. Le secteur des soins relève de l'État Fédéral alors que le secteur de l'aide à la vie journalière relève des entités fédérées. Très peu d'interactions entre ces différents niveaux de pouvoir s'exercent dans les faits, ce qui rend parfois difficile une continuité réelle entre l'aide et les soins sur le terrain. En outre, l'évolution progressive des législations nous a parfois menés à des conflits entre textes et compétences, jouant sur des sémantiques différentes mais qui, dans les faits, rendent compte d'actes qui ne sont pas tangiblement différents.

Plus encore, au sein des différentes entités fédérées, les matières de l'aide à domicile sont traitées différemment, entraînant des disparités pour une même fonction, qu'elle soit exercée au Nord, au Sud, dans la capitale ou en Communauté germanophone !

Ces dernières années, ces difficultés ont été renforcées par l'apparition de nouveaux métiers au domicile tels que la garde à domicile ou l'aide-soignant... Progressivement, le choix a été fait de la diversification des fonctions plutôt que de la polyvalence. Ce choix répond très certainement à des objectifs de qualité et

d'efficacité. Il faut toutefois déplorer que, là encore, cette évolution n'a pas toujours été suffisamment accompagnée d'une réflexion sur la complémentarité entre les métiers.

La confusion entre les métiers de l'aide et des soins est un fait tangible. Et au sein de chaque sous-secteur, des malentendus persistent entre les professions, chacun se voulant garant de protéger sa sphère d'activité.

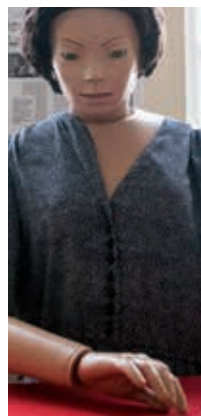
Plus-values et opportunités pour le secteur du domicile

Le développement des services d'aide et de soins à domicile s'est réalisé petit à petit au cours du siècle dernier dans un contexte de nucléarisation croissante des familles, d'affaiblissement progressif des solidarités familiales et de voisinage (et donc de la solitude croissante des personnes), d'articulation complexifiée entre la vie professionnelle et la vie privée et du vieillissement de la population.

L'action des mouvements associatifs a rapidement été reconnue par les pouvoirs publics, le financement des services d'aide et de soins à domicile progressivement assuré, ainsi que le développement d'un cadre réglementaire, garant des professions et des services rendus à la population.

Le déploiement de ces actions conjointes a peu à peu permis de développer une réponse de plus en plus complète pour couvrir des besoins de plus en plus diversifiés.

L'approche socio-sanitaire a démontré depuis longtemps sa plus-value dans la prise en charge des bénéficiaires. Aucun



Photos © reporters.be/Julien De Wilde ; Coralie Dufoucq

professionnel n'a l'apanage d'une approche globale de la personne ! Aucune profession ne détient les compétences qui répondent globalement aux demandes. Mais en conciliant l'aide et les soins, une plus grande proximité avec le bénéficiaire est possible, surtout s'il est en situation de grande dépendance. Les regards croisés des professionnels facilitent une meilleure compréhension d'autrui et de ses besoins. Les collaborations entre les métiers du domicile existent donc et se renforcent. Des choix politiques doivent être faits pour décloisonner les métiers et les structurer davantage.

L'interdisciplinarité est en elle-même un choix éthique. Concilier la santé et le social, c'est reconnaître une valeur centrale : l'autonomie de la personne. La qualité de vie se mesure, en effet, par l'articulation de ces dimensions de bien-être physique, mental et social.

Un protocole pour clarifier le rôle de chacun

Une volonté forte rassemble ces mutations et ces évolutions connues au sein de l'aide et des soins à domicile : répondre plus et mieux aux besoins précis de la population et garantir un maintien à domicile de qualité.

L'intégration de l'aide et des soins à domicile offre une réponse la plus complète possible aux besoins de la population. Il importe à ce sujet que les différents professionnels de l'aide et des soins puissent se connaître, se reconnaître dans leurs tâches et leurs compétences, leurs limites aussi, et cheminer ensemble en affirmant leur identité, tout en acceptant la complémentarité de leurs métiers.

Pour avancer dans ce sens, un premier protocole d'accord concernant la relation entre les prestataires d'aide et d'accompagnement des services agréés d'aide à domicile et les professionnels de la santé dans leurs activités à domicile a été

signé en décembre 2009 par l'ensemble des ministres compétents sur le territoire belge. C'est un engagement fort de vouloir clarifier les pratiques de tous et surtout de favoriser une collaboration efficace et harmonieuse.

Ce protocole, à l'heure d'écrire ces quelques lignes, est en cours de révision pour nous amener plus loin encore sur le chemin de la clarification des fonctions et des complémentarités entre les métiers de l'aide et des soins à domicile. Nous sommes convaincus de son importance, même si nous pensons qu'il pourra encore être amélioré pour ajuster davantage nos pratiques. Mais si un texte peut dire beaucoup, c'est surtout notre expertise déployée au quotidien à domicile par des professionnels engagés et volontaristes qui lui donnera tout son sens !

Ça vaut combien, un sourire ? Prendre soin de ceux qui prennent soin

Geneviève AUBOUY, Responsable Coordination - FASD

Ce livre, clair, riche et profond, s'adresse à tous les professionnels, à tous ceux qui prennent soin, au quotidien, dans la discrétion, des plus vulnérables d'entre nous. Il invite à explorer le travail que fournissent "les pourvoyeuses de care", dans une EHPAD¹. Le parallèle avec les professionnelles du domicile est tout trouvé. Dans une société en voie de déshumanisation, le care est justement "le souci de l'autre"... mais pas que ça. Le care se veut une éthique concrète, liée à des pratiques réalisées en majeure partie par des femmes, souvent exploitées, stigmatisées par leur couleur de peau ou leurs origines.

3 chapitres : Travail, Éthique et Politique

Le chapitre consacré au travail souligne que le travail est un élément central de notre société et qu'il est de plus en plus spécialisé, avec des compétences et des outils d'évaluation "gestionnaire". Or, selon l'auteur, ce cadre n'est pas adéquat pour appréhender le travail du care, qui est par essence une activité "non spécialisée". C'est pourtant un savoir-être, un "travail inestimable" qui prend la forme d'un sourire, d'une attention, mais qui pose évidemment problème lorsqu'il s'agit de l'appréhender à travers des qualifications et une grille de salaire. La présence d'esprit, la capacité à venir en aide avec tact ne relèvent pas d'une technicité ou d'une compétence. C'est une attitude à la fois attentionnée et détachée, qui arrive "juste au bon moment", accordée aux besoins de celui qui le reçoit. Parvenir à s'ajuster à des situations toujours particulières est un art. On est loin des grands principes comme la Vérité ou la Justice. Un exemple ? Ce sont les aides-soignantes de l'EHPAD qui le disent : "On ne peut pas ne pas le faire", le faire impliquant, pour poursuivre l'exemple, de descendre les poubelles malodorantes par les escaliers parce que l'ascenseur est en panne. Laisser les personnes âgées vivre près d'odeurs de détritus n'est même pas imaginable. Il faut venir voir pour comprendre. "Venir voir" s'adresse à ceux qui ne font jamais le déplacement, ceux qui ne savent pas que les poubelles sentent mauvais et que les ascenseurs tombent en panne, là, dans le monde réel où l'on a mal au dos, où, en plus de manque de personnel, on craint la liquidation de l'EHPAD.



Le travail du care
Pascale Molinier
Collection "Le genre du monde"
Éd. La Dispute - 2013
222 pages

¹ « Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », la Villa Plénitude, en région parisienne, accueille des âgés désorientés. Tous les niveaux de l'établissement sont représentés par des femmes, depuis la direction – blanche – jusqu'aux fonctions « subalternes » – noires et maghrébines – en passant par l'hôtellerie, les activités, les encadrantes...

Il faut venir voir pour comprendre. "Venir voir" s'adresse à ceux qui ne font jamais le déplacement, ceux qui ne savent pas que les poubelles sentent mauvais et que les ascenseurs tombent en panne, là, dans le monde réel où l'on a mal au dos, où, en plus de manque de personnel, on craint la liquidation de l'EHPAD.

Le *care* n'est pas le monde des Bisounours, affirme Pascale Molinier. Et, c'est cette affirmation qui permet d'appréhender des zones de conflit marquées par le "sale boulot". Le "sale boulot", c'est à la fois les métiers considérés comme "dégoûtants" car liés à "l'écoulement des humeurs corporelles" mais aussi ce qui, dans toute activité, peut se décliner comme ce qu'on cherche à ne pas faire, à "refiler" à quelqu'un... souvent de moins bien placé dans la hiérarchie socioprofessionnelle. Le *care* est la combinaison de corvées répétitives, humbles voire désagréables, avec les petits riens que sont un regard, une présence, un sourire.

Dans le quotidien, le travail des professionnels des ASD comprend des tâches pénibles ou angoissantes (changer un linge, nourrir quelqu'un risquant une fausse déglutition, répéter des travaux ménagers lourds...). Et ce dans un environnement parfois fragilisé, tout comme le travail du *care* qui s'exerce dans un monde tendu, fait de rapports de forces, d'irritation, de lassitude. Or, pour l'auteur, toute cette pénibilité ne peut être sublimée, tolérée – pas supprimée ! – que si elle trouve un sens. Ainsi, les professionnels qui travaillent à domicile "se mettent à la place de" : leur travail ne consiste pas seulement à nettoyer, ranger, anticiper les besoins... il faut se mouvoir sans déranger l'ordre moral ou psychique d'autrui.

Dans son chapitre intitulé *Éthique*, l'auteur montre que la réalité du travail du *care* se fait par des professionnels souvent "précarisés", auprès de publics eux-mêmes vulnérables, dans une société aveugle à ces petites gens et dans une organisation de



© reporters.be/Julien De Wilde

travail marquée par la rationalité, la performance à tout prix, la rentabilité, la flexibilité. Les professionnels doivent donc jongler avec des injonctions contradictoires : être toujours sur le qui-vive et disponible, cultiver une neutralité professionnelle là où les bénéficiaires attendent de l'attention, développer des gestes anonymes et techniques alors que le sens de leur activité passe surtout par une dimension relationnelle et morale. Allant plus loin, l'auteur explique à quel point il est problématique que les personnes qui se préoccupent d'éthique soignante, de "bonnes pratiques" ou de "bienveillance" soient en général celles qui n'ont jamais fait un change et font appel à une tierce personne pour ce faire quand un patient nécessite ce soin.

L'éthique du *care* ne peut devenir une force de résistance, puis de transformation sociale et **politique**, que dans la mesure où elle implique une nouvelle manière d'agir ensemble, de s'écouter et de partager le pouvoir. Le travail de *care* confère à la vie de celles qui le font, une satisfaction, et donc un sens, parce qu'il a de la valeur pour ceux qui en bénéficient. La perspective du *care* s'inscrit en faux contre le modèle actuel, celui de "l'homme 100% performant". Selon Pascale Molinier, dans notre société en mutation marquée par de nouvelles valeurs, le *care* peut permettre de percevoir le monde différemment. Face à l'urgence sociale et politique, ce travail du *care* doit être transformé en une puissance d'agir politique. Mais pour cela, nos failles et nos vulnérabilités doivent être mises en avant en lieu et place du modèle néolibéral : au final, qu'est-ce qui est important ? Qu'est-ce qui compte ? **Qui compte ?**

Éducateur en diabétologie

Propos de Laurent DETHIÉ recueillis par Véronique STURNACK, relais CONTACT pour l'ASD de Verviers

Le diabète est en recrudescence ces dernières années. Suite à ce constat, l'INAMI prend dorénavant en charge un trajet de soins spécifiques pour les patients diabétiques de type 2 (sous certaines conditions).

L'objectif : améliorer la gestion de cette maladie chronique. Le patient bénéficie dès lors d'un plan de suivi personnalisé par une équipe multidisciplinaire ainsi que de nombreux avantages en termes de coût.

C'est dans cette continuité que 4 infirmiers de l'ASD de Verviers se sont récemment spécialisés en éducation en diabétologie. Après une formation spécifique de 150 heures et 24 heures de stage en milieu hospitalier, ils ont reçu un nouveau numéro INAMI attestant leur nouvelle fonction. Ils seront en formation continue 15 heures par an afin d'actualiser leurs connaissances et de renouveler leur agrément.

Une présence inhabituelle : la foire aux noix de Spa

En ce mois de novembre 2013, nos 4 éducateurs en diabétologie étaient présents à la foire aux noix de Spa. L'endroit semble un peu particulier et prête à sourire, mais il présentait l'avantage d'être un lieu public de grand passage. Les éducateurs en diabétologie ne se sont pas démontés, ont été à la rencontre de ce public nombreux et diversifié et ont eu leur "petit succès".

Leur motivation était de sensibiliser la population à cette pathologie encore trop peu diagnostiquée et faire connaître leur rôle. Celui-ci comporte plusieurs aspects : assurer les prestations spécifiques en matière d'éducation à l'autonomie du patient diabétique (tant au départ que dans le suivi ou le supplément d'éducation en cas de problématiques spécifiques), apporter une aide dans la gestion du quotidien du diabète par le patient au moyen de coaching et du partenariat, collaborer avec les autres prestataires des trajets de soins spécifiques.

250 personnes, tout public confondu, ont été dépistées gratuitement. Et, dans trois cas, les éducateurs en diabétologie ont même encouragé à prendre contact avec le médecin traitant pour la réalisation d'une prise de sang plus approfondie.

En ce mois de novembre 2013, nos 4 éducateurs en diabétologie étaient présents à la foire aux noix de Spa. L'endroit semble un peu particulier et prête à sourire, mais il présentait l'avantage d'être un lieu public de grand passage



Photos © ASD Verviers

Le département Soins Infirmiers d'Aide & Soins à Domicile de Bruxelles lance le projet "Horaires en soirée"

Laurence ROY, Responsable Communication et Formations de l'ASD de Bruxelles

Répondre toujours mieux à la demande actuelle des patients et des services sociaux des hôpitaux bruxellois, telle est la motivation du département soins infirmiers d'AIDE & SOINS A DOMICILE Bruxelles. Le nouveau projet d'élargir la tranche horaire couverte par les prestations de soins à domicile en est la concrétisation.

Depuis le 1er novembre 2013, le département a lancé la phase-test du projet "Horaires en soirée". Des tournées de 18h à 21h s'organisent tout en conservant, évidemment, les horaires en journée. Aide & Soins à Domicile Bruxelles souhaite ainsi évoluer avec son temps, être proactif voire pionnier, pour définir un "virage ambulatoire¹", une nouvelle philosophie générale de soins qui permettra de "rendre le bon service à la bonne personne au bon endroit et au bon moment²".

La mise en place de ces horaires de soirée a déjà notamment permis au département soins infirmiers de l'ASD de Bruxelles de prendre en charge un cas d'hospitalisation à domicile (HAD), en partenariat avec les Hôpitaux Universitaires St-Luc. Mariella van Hagendoren, infirmière en chef à l'ASD de Bruxelles témoigne :

"Les horaires en soirée nous permettent de prendre ce patient en charge dans le cadre de son hospitalisation à domicile. Son état de santé nécessite la mise en place d'un protocole d'antibiothérapie qui implique une prise d'antibiotiques 2 fois par jour par voie centrale à 12 heures d'intervalle - par exemple une première fois à 8h du matin et une seconde fois à 20h. Auparavant, cela nous aurait été difficile d'assurer les soins à domicile pour ce patient car nous ne couvrions pas une tranche horaire assez large pour mener à bien sa médication. Avec les nouveaux horaires, nous pouvons entreprendre de nouveaux projets tels que celui-ci."

Le projet "Horaires en soirée" démarre plutôt bien. L'envie du personnel infirmier d'assurer une qualité de vie optimale aux patients et de faire évoluer le département des soins infirmiers ne manque en tout cas pas.

La phase-test du projet "Horaires en soirée" sera évaluée après 3 mois et se prolongera durant 3 mois supplémentaires. Ensuite, une nouvelle évaluation sera réalisée pour apprécier la viabilité du projet sur du long terme.



¹ Notion reprise de l'ouvrage « Les Cahiers de la Santé de la Commission Communautaire Française n° 18 - Une politique de santé ambulatoire à Bruxelles : propositions et questions » écrit par Pierre Ansay et Thierry Lahaye.

² Ibid

Pour croquer la vie à pleines dents, la MC lance ses nouvelles couvertures dentaires

Jean-François Bodarwé, Chargé de communication ANMC

Le bruit si caractéristique de la fraise du dentiste éveille souvent frissons et craintes. Pourtant, une dentition saine passe par des visites régulières sur le fauteuil basculant. Sauf que, pour une part non négligeable de la population, la visite chez le dentiste, même en urgence, est un luxe qu'on préfère reporter. La Mutualité chrétienne (MC) a donc réagi et lance sa couverture complémentaire Dento solidaire, en attendant son assurance facultative Dento +.

Une récente enquête menée auprès des membres francophones de la MC montre que près d'un répondant sur 5 reporte des soins de santé faute de moyens financiers. Parmi les soins reportés, les visites chez le dentiste occupent la plus haute marche du podium : elles sont citées plus d'une fois sur deux. Beaucoup d'affiliés ont d'ailleurs interpellé la MC pour se plaindre de soins dentaires encore trop coûteux malgré l'intervention de l'Assurance soins de santé et indemnités (ASSI), sans compter les soins qui ne sont jusqu'ici pas pris en charge. De plus, le budget Inami consacré à la santé dentaire est trop peu élevé pour répondre à ces besoins.

Dento solidaire et Dento +

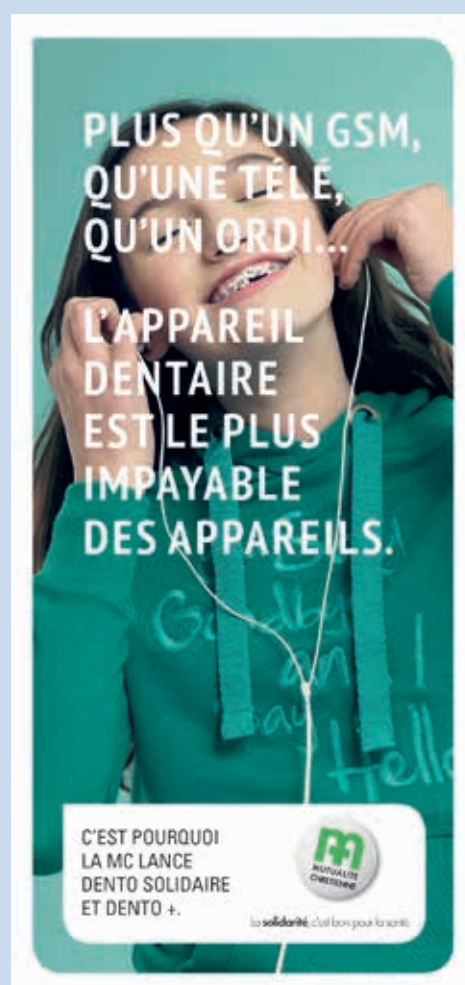
Engagée dans la défense d'un système de soins de santé de qualité accessibles à tous, la MC a donc réagi. Une réaction en deux temps. La MC a tout d'abord lancé sa couverture Dento solidaire. Depuis janvier 2014, elle est comprise dans la cotisation à la MC et tous les membres en ordre de cotisation en bénéficient automatiquement sans questionnaire médical, sans limite d'âge et sans stage d'attente.

L'assurance facultative Dento + vient compléter cette première couverture dès le 1^{er} avril. Libre aux affiliés de la MC d'y souscrire ou non. Elle sera accessible sans questionnaire médical et sans limite d'âge. Certains soins ou techniques de soins sont vraiment très onéreux pour les patients (par exemple les implants dentaires). Dento + les couvrira mieux en proposant des plafonds de remboursements plus élevés. Et grâce à cette assurance, tous les soins préventifs et curatifs seront remboursés à 100% (chez des prestataires respectant les montants définis dans l'accord dento-mutualiste).

Aucune franchise n'est d'application, tant pour Dento Solidaire que pour Dento +.

La prévention reste un must

En rendant les soins dentaires plus accessibles, la MC ne néglige pas pour autant le volet prévention. Car il est utile d'adopter les bons réflexes pour garder des dents saines. Ainsi, Infor Santé, le service de promotion de la santé de la MC, a développé un "parcours des dents saines", avec des conseils et astuces à tous les âges de la vie, directement accessibles sur www.mc.be/dento.



D'autres outils de sensibilisation à l'attention des enfants sont également disponibles. Mais même la meilleure des préventions ne permet pas d'éviter les accidents qui nécessitent une intervention. Des soins mieux remboursés se justifient donc pleinement, en même temps qu'une politique de prévention efficace. Ce sont les deux faces d'une même pièce.

La MC met tout en œuvre pour que vous croquiez la vie à pleines dents.

Plus d'infos au 800 10 9 8 7 ou sur www.mc.be/dento



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

La Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile (FASD) participe à un colloque scientifique au titre évocateur "Construire le bien-être des personnes en perte d'autonomie". Il se tiendra le jeudi 27 mars 2014 à l'Aula Magna de Louvain-la-Neuve.

Contexte

Le vieillissement démographique soulève de nombreux enjeux sociétaux. Les caractéristiques et les besoins de la population évoluent en fonction du vieillissement de celle-ci, de l'érosion des solidarités de proximité, de l'augmentation du nombre de pathologies chroniques. Les capacités d'hébergement restent limitées alors que la nécessité de donner un cadre de vie rassurant et sécurisé s'accroît. Le modèle associatif, construit sur un principe de solidarité, est mis en concurrence avec le modèle entrepreneurial lucratif qui investit de manière croissante sur le terrain de l'aide et des soins aux personnes âgées et en perte d'autonomie. Les progrès de la technologie, la disponibilité de celle-ci et les coûts en baisse ouvrent de nouvelles perspectives. Les objectifs poursuivis par le colloque sont de permettre un éclairage scientifique et prospectif autour des enjeux soulevés par ces transformations qui nécessitent, de la part des acteurs de terrain, la recherche permanente de solutions innovantes. Le colloque s'adresse aux chercheurs, aux acteurs de terrain, aux étudiants et aux décideurs publics qui s'intéressent à l'accompagnement collectif, respectueux et soutenable des personnes en perte d'autonomie, dans un contexte de vieillissement démographique.

Il est organisé par la plateforme CIS (convergences pour l'innovation sociale), en partenariat avec le MOC, la CSC, la Mutualité chrétienne, l'Université de Namur et l'Université catholique de Louvain.

Au programme

- Des conférences plénières : Les transformations du régime de care belge dans une perspective européenne. Quels systèmes d'aide à domicile pour les personnes âgées dépendantes ? ; L'évolution des métiers en lien avec les besoins spécifiques des personnes en perte d'autonomie.
- Quatre ateliers thématiques : L'habitat et les lieux de vie alternatifs ; La technologie au service de l'autonomie et du lien social ; Le rôle et la place des intervenants ; L'implication et la participation des personnes en perte d'autonomie.
- Une table ronde avec des représentants des formations politiques démocratiques francophones.

Le programme propose un dialogue entre académiques, acteurs de terrain et monde politique.

Les informations et le formulaire d'inscription se trouvent sur le site de la Fondation Travail-Université : www.ftu-namur.org/nouveautes

L'éthique à la recherche du bien-être

La Ligue Alzheimer asbl organise, le 24 avril prochain, son 22^{ème} colloque annuel sur le thème de l'éthique à la recherche du bien-être. Cette rencontre aura lieu à l'Institut Provincial d'Enseignement Secondaire (IPES) de Huy.

La Ligue Alzheimer asbl organise, le 24 avril prochain, son 22^{ème} colloque annuel sur le thème de l'éthique à la recherche du bien-être. Cette rencontre aura lieu à l'Institut Provincial d'Enseignement Secondaire (IPES) de Huy.

La Ligue Alzheimer propose d'approfondir une série de thèmes qui gravitent autour de l'éthique et du bien-être au quotidien. Cette journée de réflexion et de rencontres se déroulera en deux temps. La matinée sera consacrée à des exposés de type médical, philosophique, juridique et psychosocial. L'après-midi donnera la parole, lors d'une table ronde, à des acteurs et experts dans le domaine. Ces experts développeront certains aspects

du thème liés à leurs compétences et répondront aux questions du public et de l'animateur.

Ce colloque, mouture 2014, est destiné aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ou maladies apparentées), à leurs proches, aux professionnels et aux étudiants.

Des informations sur ce colloque sont disponibles sur le site de la Ligue Alzheimer : www.alzheimer.be

SOINS & SANTÉ

SALON PROFESSIONNEL DES SOINS DE SANTÉ ET DE L'AIDE AUX PERSONNES

3 & 4 avril 2014
Namur Expo



Soins & Santé,
le nouveau rendez-vous des professionnels de la santé !

Unique en Wallonie, ce salon vous offre l'opportunité de découvrir les dernières innovations du secteur, de rencontrer des fournisseurs de produits et de services, d'assister à des conférences et de partager votre expérience avec des confrères.

Ne manquez pas cet événement dédié aux professionnels et gestionnaires du secteur de la santé et de l'aide aux personnes !

Suivez-nous sur Twitter [@Soins_sante14](https://twitter.com/Soins_sante14)

Accès gratuit mais inscription obligatoire sur
www.soins-sante.be