

contact

N°142

LA REVUE DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE

TRIMESTRIEL • 35^e ANNÉE • FÉVRIER-MARS-AVRIL 2015



DOSSIER

La coordination entre décret et terrain

PREMIER ÉCHELON

Contact change de tête



AIDE & SOINS
A DOMICILE

Partenaire Mutualité chrétienne



Différenciation marketing

Brice MANY, Directeur général de la FASD

Plusieurs couvertures médiatiques ont critiqué le métier d'infirmier à domicile au profit du métier d'infirmier en hôpital. Au-delà de ces propos malveillants, il existe une spécificité de l'infirmier à domicile. Nous en sommes fiers et nous la développons au quotidien. Essayons d'en dire plus.

L'infirmier à domicile est le spécialiste de chaque domicile

Être infirmier à domicile, c'est s'adapter tous les jours, à chaque patient. Chaque visite, chaque soin est orienté vers sa santé globale. L'infirmier à domicile est un généraliste hautement qualifié qui peut aussi dispenser les actes les plus pointus dans les contextes les plus changeants. Préparation, administration et surveillance d'alimentation parentérale, de chimiothérapie, d'antibiothérapie ; dialyse péritonéale ; soins de plaies très complexes ; prise en charge de patients palliatifs ; ... sont le quotidien des infirmiers à domicile. Nous pouvons le dire : nous sommes des experts !

L'infirmier Aide & Soins à Domicile, plus qu'un infirmier

À Aide & Soins à Domicile, le travail en équipe est une plus-value pour chaque bénéficiaire. Nous assurons la continuité des soins jour après jour avec une constante qualité technique et relationnelle. Toutes les informations nécessaires passent d'un infirmier à l'autre. Le service ne s'arrêtera jamais et pourtant, nos infirmiers prennent des congés pour souffler, vont en formation pour se développer et se relaient auprès de nos patients. Bien sûr, cette qualité doit être bien comprise et partagée avec chaque patient qui doit apprendre à connaître plusieurs visages...

Aide & Soins à Domicile garantit aussi une permanence téléphonique en partenariat avec PSD-Vitatel. 24h/24, nous pouvons intégrer des demandes, des changements et rassurer sur le passage de nos infirmiers. Ce partenariat avec une centrale de télé-assistance nous a également permis de développer une innovation mondiale : le pilulier intelligent. Nous le proposons ainsi aux patients qui répondent aux conditions de la préparation hebdomadaire des médicaments. Le distributeur de médicaments raccordé à la télé-assistance permet d'appeler le patient en cas d'oubli ; cette intelligence, c'est la nôtre, celle de notre expertise !

L'infirmier Aide & Soins à Domicile, un infirmier qui travaille dans une chaîne de soins

Travailler en collaboration avec d'autres professionnels du domicile est une autre grande plus-value des infirmiers ASD. Avec l'apport des métiers Aide à la Vie Journalière et des centres de coordination, nous proposons une prise en charge globale. Nous permettons le maintien à domicile et soulageons le bénéficiaire et ses proches de son organisation. Nous cheminons à ses côtés, nous lui permettons de conserver son réseau social et de trouver dans le contact avec nos infirmiers et tous nos professionnels un "plus" de relation qui nourrit, fait du bien, fait vivre ! Nous disions pour débiter qu'il fallait se différencier. Renforçons chez chacun ce qui fait notre principal apport et notre raison d'être. Partageons entre nous, entre infirmiers, entre professionnels ASD, mais aussi avec nos bénéficiaires, leur famille, leur médecin. Cela ne rendra que plus évident la force que nous représentons pour eux et le fait qu'ils peuvent s'appuyer sur nous.

contact

35^e année • n°142 • Février-Mars-Avril 2015
Tél. : 02 735 24 24 • Fax : 02 735 85 86 • secretariat@fasd.be

LA REVUE DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE

> **Editeur responsable** : Brice Many > **Rédactrice en chef** : Pauline Deneubourg > **Comité scientifique** : Nathalie Bazdoulj, Brigitte Decarpenterie, Francine Duchâteau, Valérie Flohimont, Serge Jacquinet, Dominique Lamy, Brice Many > **Correspondants régionaux** : Fabien Coucquéau, Marie-Sophie Herman, Christine Magnien, Louis-Marie Piret, Franck Pollet, Aurélien Saro, Véronique Sturnack, Anneliese Zimmerman > **Contribution** : Geneviève Aubouy, Caroline Crasset, Muriel Daubi, Pauline Deneubourg, Coralie Duflocq, Muriel Exbrayat, Serge Jacquinet, Christine Magnien, Brice Many, mongeneraliste.be > **Photos/Illustrations** : Pauline Deneubourg, Julien De Wilde (reporters.be), Véronique Vercheval, ASD HO > **Lectorat** : Secteurs de l'aide et des soins à domicile, des soins de santé en général et de l'action sociale > **Conception et mise en page** : Olagil - Tél : 02 375 65 15 - www.olagil.be > **Abonnement** : 12€ par an (20€ pour l'étranger) ou 3€ par numéro > **À verser au compte** : 799-5716200-89 (mention : abonnement Contact + mail et n° de tél). Les articles sont publiés sous la responsabilité de leur auteur. La reproduction, même partielle, à des fins non commerciales, des articles publiés dans Contact est autorisée à la seule condition d'indiquer la source et de nous envoyer un exemplaire de la publication.

L'anémie : un manque de globules rouges

Fatigue, visage pâle et essoufflement ? Voilà des signes qui évoquent la possibilité d'une anémie ! En effet, celle-ci provoque principalement une lassitude, un teint plus pâle, une perte d'énergie, un essoufflement plus prononcé à l'effort.

Dans les cas plus sévères, le rythme cardiaque s'accélère, des étourdissements apparaissent, ainsi que des maux de tête. L'intensité des symptômes dus à une anémie varie selon sa gravité et son origine, mais aussi sa vitesse d'apparition.

Généralement, l'analyse d'une prise de sang prescrite par le médecin généraliste suffit à diagnostiquer ce problème de santé, bénin dans la plupart des cas.

DES CAUSES MULTIPLES

L'anémie n'est pas une maladie, mais une baisse du nombre de globules rouges dans le sang. Les globules rouges contiennent de l'hémoglobine, une protéine qui fixe l'oxygène et permet aux globules de le transporter dans tout l'organisme.

Plusieurs causes, très différentes, peuvent expliquer une anémie :

- une carence alimentaire due, principalement, à un manque de fer et/ou, aussi, de vitamine B12 ou d'acide folique. Ces éléments sont normalement apportés par une alimentation qui comporte, entre autres, viandes rouges, volailles, poissons, légumes à feuilles vertes foncées et légumineuses ;
- une "malabsorption". Elle est généralement causée par un trouble digestif (par exemple une maladie de Crohn ou une colite ulcé-



- reuse), ou une maladie auto-immune qui entraîne une mauvaise absorption des vitamines et/ou du fer ;
- une hémorragie, par exemple lors d'un accident, d'une intervention chirurgicale ou en raison de fortes menstruations. Parfois, la perte de sang est invisible et passe inaperçue parce qu'elle se fait par petites quantités ; mais à la longue, l'anémie finit quand même par s'installer. C'est le cas, par exemple, lors de certaines maladies chroniques ou de troubles gastriques, comme l'ulcère gastroduodéal, les polypes intestinaux ou le cancer colorectal ;
- des maladies de la moelle osseuse (y compris un cancer), des maladies auto-immunes, génétiques, héréditaires ou certaines maladies rares ;
- l'exposition à des rayonnements ionisants (radioactivité), à certains traitements de radiologie ou médicaments ;
- des infections virales graves (une hépatite, un sida).

BON À SAVOIR

- L'anémie liée à un manque de fer est la plus fréquente.
- Les personnes anémiées remarquent parfois qu'elles ont les ongles cassants, les pieds et mains froids, et qu'elles supportent moins bien les températures fraîches.

TRAITER L'ANÉMIE POUR RETROUVER LE TONUS

Les traitements de l'anémie varient en fonction de ses causes. Lorsqu'elle provient de carences alimentaires, le médecin traitant prescrit la prise de suppléments alimentaires adaptés (par exemple de fer), généralement par voie orale, et donne quelques conseils diététiques pour retrouver une alimentation plus équilibrée. Les suppléments doivent être pris pendant une longue période afin de reconstituer les réserves de l'organisme. En cas d'anémie grave, des transfusions sanguines peuvent être nécessaires pour rééquilibrer le taux de globules rouges.

LES SITUATIONS À RISQUE

Certaines personnes ont plus de risque que d'autres de connaître une anémie. C'est le cas des femmes aux règles abondantes, des femmes enceintes, de celles qui subissent une hémorragie lors de leur accouchement, ou de celles qui allaitent. Ce problème touche aussi souvent les personnes âgées, chez lesquelles les apports alimentaires en fer et en vitamines peuvent être réduits par une alimentation insuffisante ou trop monotone. Parfois aussi leur absorption des vitamines et des minéraux est moins bonne. Chez les personnes âgées, l'anémie augmente les risques de décès suite à une chute, à une crise cardiaque ou à un accident vasculaire cérébral.

La prévention, l'affaire de tous !

Pauline DENEUBOURG, Rédactrice en chef de la revue Contact

La prévention des accidents du travail est une nécessité pour toute entreprise responsable mais c'est également une obligation légale pour l'employeur et le travailleur. La FASD avec la collaboration des Aide & Soins à Domicile développe ainsi des politiques de prévention des accidents et de l'absentéisme, de sécurisation des lieux d'activités et de bien-être au travail. Rencontre avec Séverine Lebegge, Directrice Aide à la Vie Journalière à la FASD.

QUELLES SONT LES ACTIONS CONCRÈTES MISES EN PLACE AU SEIN DES ASD DANS L'OPTIQUE DE LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ?

Séverine Lebegge : La première action est d'avoir développé et encadré la fonction de conseiller en prévention. Au sein de chaque ASD, une personne est ainsi garante de la mise en œuvre d'une politique de prévention, de protection et de sécurisation des travailleurs dans un objectif de bien-être au travail. Par la suite, les conseillers en prévention des ASD se sont réunis pour mettre sur pied une politique commune qui peut être déclinée dans chacune des ASD. Ensemble, ils ont construit quatre outils et actions de prévention des accidents du travail :

- > Renforcement de la procédure d'accueil pour les nouveaux engagés.
- > Développement des conventions bénéficiaires qui permettent de cadrer la relation entre le service et le bénéficiaire afin de garantir la sécurité et le bien-être au travail des prestataires du domicile.
- > Réalisation de 48 fiches abordant toute une série de sujets : de la prévention des chutes dans les escaliers au portage du seau en passant par la prévention de la gale, etc.
- > Mise en place d'une "check-list / évaluation des risques", un outil d'analyse du domicile du bénéficiaire qui met en évidence les risques et les dangers potentiels auxquels pourrait être confronté le travailleur.

Toute une série d'autres mesures ont également été mises en place ces dernières années, comme des formations, des sensibilisations, des analyses de risques psycho-sociaux... sans oublier le processus de tutorat qui concourt à l'accueil des nouveaux engagés !

Toute une série d'autres mesures ont également été mises en place ces dernières années, comme des formations, des sensibilisations, des analyses de risques psycho-sociaux...

UN CONSEILLER EN PRÉVENTION, KÉSAKO ?

Un conseiller en prévention assiste l'employeur dans l'application des mesures visées à la loi sur le bien-être. Il a également une fonction de conseil à l'égard de l'employeur et des travailleurs.

Le conseiller en prévention remplit sa mission en toute indépendance par rapport à l'employeur et aux travailleurs. Il ne peut ressentir aucun inconvénient de son activité en tant que conseiller en prévention.

Le conseiller en prévention qui fait partie du personnel de l'entreprise où il exerce sa fonction ne peut être ni un représentant des employeurs ni un représentant du personnel.

CES ACTIONS ONT-ELLES UN IMPACT SUR LE TAUX D'ACCIDENT DU TRAVAIL ?

Séverine Lebegge : La réflexion sur les accidents du travail et la gestion de l'absentéisme a été lancée en 2010 suite à l'interpellation de notre assureur qui alertait sur le taux de sinistralité élevé au sein des ASD pouvant remettre en cause nos primes d'assurances... Au regard de nos 'meilleurs' résultats de 2014, nous pouvons nous satisfaire des mesures prises qui commencent à produire des effets positifs. Le taux de sinistralité ainsi que celui de la gravité des accidents ont diminué. C'est encourageant ! Mais, attention, rien n'est acquis et ces résultats sur une année doivent être pris avec prudence...

JUSTEMENT, POUR 2015, D'AUTRES DÉFIS VOUS ATTENDENT ENCORE ?

Séverine Lebegge : Oui, le défi n'est pas fini ! Nous travaillons sur un renforcement des politiques de gestion des ressources humaines au sein des ASD. L'objectif est de mettre sur pied un système dynamique et global de prévention des accidents du travail et de l'absentéisme. En collaboration avec le CESI, nous allons créer un outil d'audit spécifique à la FASD permettant d'analyser le système dynamique de gestion des risques dans toutes ses composantes. Nous souhaitons également renforcer l'effet des mesures et des actions prises ces dernières années en installant une structure de pilotage locale au départ du cadre général de la FASD.



Contact change de tête

Coralie DUFLOUCQ,
Responsable communication FASD
et Pauline DENEUBOURG,
Rédactrice en chef

À la veille de ses 50 ans, la revue Contact vient de subir un petit lifting. L'occasion de revenir sur son histoire et ses coulisses de fabrication.

Votre revue d'Aide & Soins à Domicile fait peau neuve. Elle revêt maintenant l'habit "nouvelle charte graphique" comme, progressivement, d'autres supports de communication au sein des ASD.

La maison s'agrandit

L'idée du changement n'est pas venue sur un coup de tête. Pour rappel, la charte graphique 2.0 a été initiée suite à l'appropriation de Solival, Qualias et PSD Vitatel du "logo à la petite maison".

Les quatre acteurs du domicile étaient dès lors réunis sous une même enseigne, mais n'avaient pas de ligne graphique claire. Chacun mettait en place sa communication sans qu'il n'y ait, malheureusement, de cohérence et de réelle vision globale.

Pour ne pas déformer davantage l'image de chacun des partenaires, la décision a été prise de travailler ensemble à une harmonisation graphique.

Il faut dire que l'image, c'est l'identité de l'entreprise. C'est pourquoi il est important de s'y attarder et d'y mettre quelques moyens. Les publications et les promotions d'Aide & Soins à Domicile doivent montrer la philosophie et le professionnalisme de nos services. La communication et l'image sont aujourd'hui devenues des éléments stratégiques pour la bonne évolution d'une entreprise. Et, Aide & Soins à Domicile ne fait pas exception.

Le travail d'une charte graphique commune aux quatre acteurs du domicile s'est basé sur notre charte existante. Les consignes de cette adaptation étaient d'avoir une plus grande cohérence de communication, d'harmoniser la ligne graphique au départ de l'existant et de faire comprendre que les acteurs du domicile font partie d'une même famille, mais ne sont pas les mêmes structures. Il était donc important pour chacun de conserver son identité propre.

Le peps du citron et autres balises

La nouvelle charte 2.0 n'a pas été conçue pour être contraignante. Elle met néanmoins certaines balises, certains principes de base sur lesquels il est important de s'appuyer pour notre identité. La forme du citron a été choisie et est identique à tous les acteurs du domicile. Pourquoi un citron ? Le citron est le symbole du dynamisme de nos professionnels. De plus, la forme graphique marque les esprits.

Une couleur phare a également été accordée à chacun des acteurs. Ainsi, Aide & Soins à Domicile a conservé sa couleur "bleu canard". Depuis de nombreuses années, les bénéficiaires nous connaissent et nous reconnaissent avec cette couleur, il n'était dès lors pas nécessaire de changer ! Une palette de couleurs complémentaires qui se marient avec notre couleur phare est proposée pour agrémenter les publications. Vous trouverez d'ailleurs ces couleurs dans les rubriques de la revue Contact.

La nouvelle charte graphique insiste sur l'utilisation de photographies. Dans la revue et dans toute autre publication d'ailleurs, nous tenterons de mettre l'accent sur une seule belle photo qui symbolise bien le discours et qui humanise nos services plutôt que sur plusieurs petites photos finalement très peu visibles.

D'ailleurs, nous osons un appel aux photographes qui sommeillent en vous. La revue est toujours en recherche de photos et d'illustrations sur nos métiers du domicile. Dès lors, si vous vous sentez l'âme d'un reporter, prenez contact avec l'équipe Contact !

La revue et ses balises

Contact suit l'évolution de notre image. La revue adopte donc ces grands principes de mise en page dictés par notre nouvelle charte. Par ailleurs, nous avons aussi décidé d'aérer davantage les pages, d'être plus pertinents dans les propos, de diriger le regard du lecteur avec des mises en exergue... La revue sera ponctuée de photos et de belles couleurs.

Et, dernière grande nouveauté que vous venez de tester, tous les employés d'Aide & Soins à Domicile reçoivent, à partir de ce numéro, leur revue à domicile !

CONTACT : UNE HISTOIRE, VOTRE HISTOIRE

Seule revue professionnelle de l'aide et des soins à domicile en Fédération Wallonie-Bruxelles, la revue Contact est tirée à plus de 4.000 exemplaires et rayonne bien au-delà de nos frontières. Avant tout revue d'entreprise, elle a acquis également sa notoriété auprès d'un public plus large que celui des ASD (écoles d'infirmières ou d'assistants sociaux, maisons de repos et de soins, hôpitaux, maisons médicales, particuliers...) en abordant les différents aspects de l'action médico-sociale de première ligne.

D'UNE REVUE "SOINS INFIRMIERS" À UNE REVUE MULTIDISCIPLINAIRE

C'est en 1966, que la revue Contact voit le jour. À l'époque, Contact est le trimestriel de la Croix Jaune et Blanche de Belgique. En 1995, les asbl Croix Jaune et Blanche, les asbl Aide Familiale (FNAF) et les Centres de coordination soins et services à domicile créent la Fédération de l'Aide et des Soins

à Domicile (FASD). L'histoire de la revue est liée au développement des soins à domicile et, aujourd'hui, Contact accompagne la vie de la FASD.

Contact évolue ainsi vers la revue de l'Aide et des Soins à Domicile. Le passage d'une entreprise d'économie sociale monodisciplinaire en une entreprise multidisciplinaire s'est opéré. La revue reste celle des infirmiers mais devient aussi celle des aides familiales, des aides ménagères, des assistants sociaux, des coordinateurs, des gardes à domicile, des gardes d'enfants malades, des ouvriers polyvalents... bref, de l'ensemble du personnel d'Aide & Soins à Domicile. Depuis sa création, au travers des thématiques abordées, la revue Contact souhaite que le personnel ASD puisse se retrouver en elle, un peu comme dans un miroir. Elle est le porte-parole des revendications du secteur et chaque branche de l'ASD y a sa place.

L'AVENTURE DU CONTACT

La revue Contact que vous avez entre les mains a germé il y a trois mois... Sa petite aventure commence lors de la réunion du comité scientifique ; c'est à ce moment là que nous établissons un projet de chemin de fer (de plan) du dossier sur base d'un thème choisi par les membres de comité scientifique. La thématique est souvent sélectionnée à partir des éléments d'actualité, des réflexions en cours et des problématiques rencontrées. Nous réfléchissons ensemble aux axes que peut prendre cette thématique à travers différents articles. Le comité scientifique propose des noms de rédacteurs spécialisés dans le domaine. Nous essayons également de sélectionner des rédacteurs au sein des différentes ASD pour refléter au maximum la réalité du terrain et le quotidien des travailleurs. Une fois les articles reçus, la responsable de publications et le comité scientifique relisent l'ensemble des articles, y apportent le cas échéant certaines corrections ou modifications. C'est à ce moment là que nous recherchons également les photos et illustrations qui accompagneront les articles. Ensuite, les textes et les photos sont envoyés au graphiste qui se chargera de la mise en page de la revue (voir ci-après) et qui, une fois la revue validée, transmettra le fichier à l'imprimeur pour l'impression des quelque 4000 exemplaires.

Le comité scientifique

Le comité scientifique se réunit quatre fois par an. Il a pour principale mission de réfléchir à de nouveaux sujets susceptibles de toucher notre lectorat. Il contribue à la recherche de rédacteurs pour les thématiques proposées et trouve parfois des auteurs en son sein. Le comité scientifique relit les articles et propose un regard pointu sur les articles rédigés. Par sa bienveillance, il contribue à la qualité et à la justesse des articles publiés.

Les membres :

- Nathalie BAZDOULJ, responsable du secteur "Services aux Personnes" au FESeC - SeGEC (Secrétariat général de l'enseignement catholique)
- Brigitte DECARPENTERIE, conseillère pédagogique du secteur "Services aux Personnes" au FESeC - SeGEC (Secrétariat général de l'enseignement catholique)
- Francine DUCHÂTEAU, secrétaire du conseil d'administration de l'acn (Association belge des praticiens de l'art infirmier)
- Valérie FLOHIMONT - UNamur (aspect droit, législation)
- Serge JACQUINET, chef du service social de la Mutualité chrétienne
- Dominique LAMY, médecin généraliste
- Brice MANY, Directeur général de la FASD

Le comité des correspondants régionaux

Depuis sa création, la revue Contact souhaite refléter au plus proche la réalité du terrain et la vie des ASD. Elle se veut être un écho de vos expériences de travail et des événements locaux et régionaux. La revue Contact n'a en effet de sens que si elle concilie théorie et reflets du travail de terrain. Dans cette optique, un comité des correspondants régionaux a été mis sur pied. Il regroupe des représentants des différentes ASD régionales et des différents métiers. Cette présence permet d'optimiser le transfert d'informations entre les régions et la FASD pour alimenter, par exemple, les rubriques "Échos" et "Premier Échelon". Les membres peuvent également être un relais pour dénicher des auteurs ou pour être eux-mêmes rédacteurs.

DANS LES COULISSES DE LA MISE EN PAGE

Depuis 15 ans, Nicolas Gilson et son équipe d'Olagil s'occupent de la mise en page du Contact. Rencontre avec le styliste qui a rhabillé les 28 pages de la revue pour le grand bonheur des yeux...

Comment est née la collaboration avec la FASD ?

Nicolas Gilson : À l'époque, nous venions de finaliser la refonte du journal En Marche ; c'était le début de la collaboration avec la Mutualité chrétienne. Ensuite, nous avons commencé à collaborer avec la FASD suite à la proposition de Christian Van Rompaey (ancien rédacteur en chef du journal En Marche) de reprendre la mise en page du magazine Contact. Le partenariat avec la FASD ne s'est pas limité au magazine... Nous avons également travaillé sur d'autres supports : dépliants, brochures, fardes, affiches, invitations, cartes de vœux...

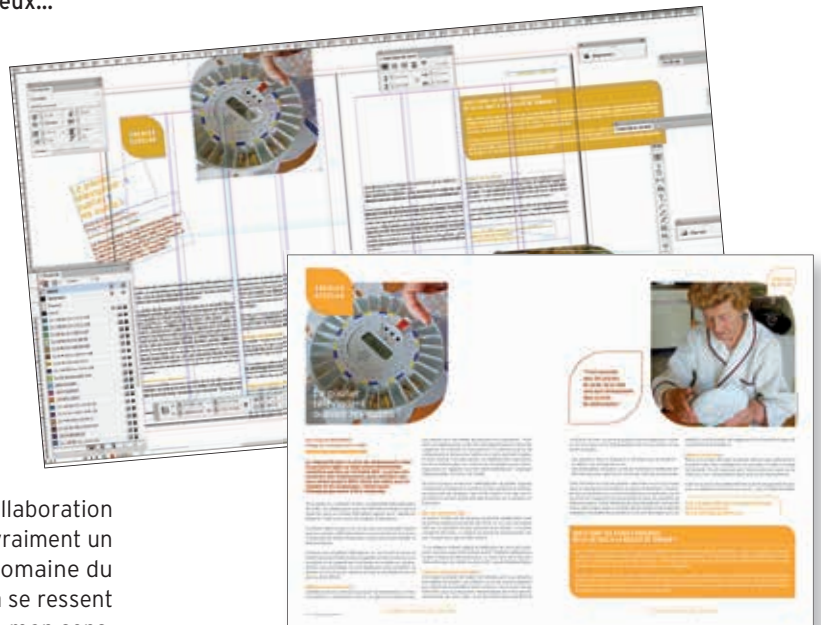
Qu'est-ce qui vous plaît dans le travail de mise en page de la revue Contact ?

Nicolas Gilson : Comme pour l'ensemble de notre collaboration avec la Mutualité chrétienne et ses partenaires, c'est vraiment un "plus" de travailler pour une organisation dans le domaine du non-marchand, qui s'occupe d'abord de l'humain. Cela se ressent dans le rapport client/fournisseur, plus respectueux à mon sens. Plus spécifiquement pour le magazine Contact, cela fait la troisième maquette que nous remettons à jour et, c'est à chaque fois un nouveau 'challenge' ! Chaque expérience amène de nouveaux progrès et de nouvelles découvertes typographiques.

Le travail sur la revue et la collaboration avec l'équipe de rédaction sont également agréables. Les documents sont bien préparés et les textes relus, le canevas de départ est clair : les conditions de travail sont réunies pour faire du bon boulot ! Mais attention, quand les éléments (photos et textes) nous arrivent, ne nous y trompons pas, il reste du travail ; la mise en page reste une prestation d'artisan...

Quelles sont les différentes étapes de la mise en page ?

Nicolas Gilson : Une fois la maquette validée, les 'feuilles de styles' sont finalisées dans le logiciel In Design. La mise en page d'un numéro peut alors commencer...

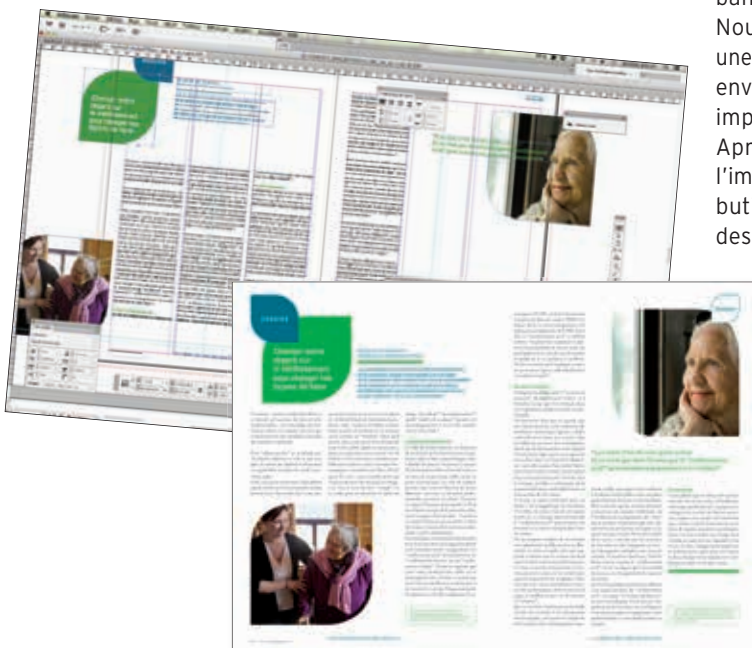


L'équipe de rédaction nous envoie les textes et une première sélection d'images accompagnés d'un 'chemin de fer' (le déroulé des pages). Nous 'coulons' d'abord les textes de manière 'brute' dans les espaces définis et nous plaçons ensuite les images. Dans un second temps, nous finalisons plus dans le détail la mise en page en mettant en forme les textes, en adaptant les typographies, en veillant à l'équilibre de la page, ... Nous proposons également de nouvelles images si nécessaire. Une fois l'ensemble des textes coulés, une relecture rapide permet de vérifier qu'aucun paragraphe, légende ou encadré n'a été oublié.

Nous envoyons ensuite à la rédaction un premier PDF pour relecture. Différents étapes de corrections sont nécessaires avant d'arriver à la version définitive. Après accord de la FASD, nous finalisons les derniers détails ; c'est ce que l'on appelle 'la mise au net' : vérification de la définition des images, achat des 'images banques' (sur internet), vérification des corrections encodées, ... Nous vérifions également le contraste et la qualité des photos sur une épreuve calibrée, appelée 'sherpa'. Le travail finalisé est ensuite envoyé chez l'imprimeur qui réalise l'épreuve finale (ozalid) avant impression. Elle est vérifiée par nos soins et signée par la FASD. Après cette double validation, le travail est fini de notre côté et l'impression peut commencer ! L'imprimeur s'occupe de la distribution des revues auprès des différents travailleurs des ASD et des personnes extérieures.

Selon vous, qu'apporte la nouvelle maquette de la revue ?

Nicolas Gilson : Le grand pas en avant de cette nouvelle maquette est bien évidemment la conformité graphique avec la nouvelle charte de la FASD et des ASD. Précédemment, le Contact était graphiquement quelque peu en décalage avec la charte générale de la FASD. À mon sens, le deuxième point important est l'aération donnée aux pages qui sont plus 'light', plus agréables à la lecture avec davantage de photos. Les rubriques sont aussi plus reconnaissables. Pour le reste à vous d'en juger avec le numéro que vous tenez en main !



La coordination entre décret et terrain



SOMMAIRE DU DOSSIER

UNE JOURNÉE AVEC UNE COORDINATRICE	9
LA COORDINATION, DE COMINES À EUPEN...	11
LA COORDINATION AUX 1000 FACETTES POUR 1000 PUBLICS	13
UN ACCOMPAGNEMENT JUSQU'AU DERNIER SOUFFLE DES ACTEURS RÉUNIS DANS UN RÉSEAU	15
LA "CLINIQUE DE CONCERTATION" POUR SORTIR DE L'IMPASSE	17
LA COORDINATION, ENTRE FORCES ET FAIBLESSES, MENACES ET OPPORTUNITÉS...	19
INTERVIEW MAXIME PRÉVOT, MINISTRE DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE	21
LA COORDINATION DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE, LE SEL DE LA TERRE...	23

Pauline DENEUBOURG,
Rédactrice en chef de la revue Contact

Une journée avec une coordinatrice

Au quotidien, Cécile Baillez, coordinatrice, apporte la petite goutte d'huile qui permet de faire tourner les rouages du maintien à domicile en veillant à la bonne organisation, coordination et efficacité des différents acteurs. Nous avons passé une journée en sa compagnie.

C'est à 8h30 que Cécile Baillez nous donne rendez-vous au sein des locaux de l'ASD d'Ath. Nous la retrouvons devant son ordinateur en train d'encoder les dossiers des visites et des réunions de la veille. Avec sa collègue Virginie (employée à mi-temps), elle gère plus de 350 dossiers de coordination ; toutes des histoires de vie différentes. À 9h, nous entamons les visites à domicile ; six sont prévues aujourd'hui. Après 20 km de route, nous retrouvons René et Yvonne¹, un couple de sexagénaires. Yvonne a eu un cancer. Pour l'aider au quotidien, elle bénéficie de la présence d'aides familiales (2x/sem). Cécile en profite pour faire l'évaluation du dossier de coordination et vérifier

que l'offre de services correspond toujours aux attentes d'Yvonne et à ses besoins afin qu'elle puisse rester à domicile. Ce sont tous les prestataires et les services gravitant autour d'elle qui sont passés au crible, du spécialiste en oncologie à l'ergothérapeute en passant par le kiné. Entre deux, on discute des prochaines vacances, de son dévouement auprès des personnes âgées d'une maison de repos proche de chez elle, mais aussi des difficultés au quotidien de sa maladie...

Ensuite, direction Lessines, pour retrouver Framboise, une sacrée personnalité. Aujourd'hui, elle est malade... c'est donc

un peu ronchon qu'elle nous accueille. Après s'être fait une petite place sur une chaise autour de la table ("qu'il faudra bien remettre en place avant de partir", nous rappelle-t-elle plusieurs fois), et dérangé par la même occasion la sieste du chat, Cécile discute avec Framboise des personnes qui s'occupent d'elle (un neveu et un voisin), des relations qu'elle entretient avec les aides familiales - ses "chéries" pour certaines d'entre elles -, de son horaire de vie un peu particulier... Pendant ce temps, Framboise enchaîne les cigarettes, son moyen de se calmer quand elle est stressée, perturbée... même si l'aide familiale présente lui en rappelle les dangers pour sa santé. Il est 11h, nous ne devons pas traîner car Framboise doit dîner et un retard risquerait de perturber toute sa journée. Le plan d'intervention mis en place semble adéquat ; Cécile repassera d'ici quelques mois.

Nous continuons les rencontres chez une autre dame. Mme Durand a perdu son mari il y a quelques mois. Inquiet de savoir sa maman seule à son domicile, son fils a mis en place une série d'aides autour d'elle : aide familiale, aide ménagère, télé-assistance... Des services au quotidien qui semblent lui convenir. Sa seule crainte reste son isolement géographique car sa maison est située en pleine campagne, ce qui engendre des difficultés à se déplacer, à faire les courses, à se rendre à l'hôpital... Cécile propose de lui donner quelques contacts de taxis sociaux pour essayer de lui permettre de bouger plus facilement. Elle la recontactera par téléphone.

¹ Les noms et prénoms utilisés pour désigner les bénéficiaires ont été modifiés.



La tournée des visites se poursuit. Tous les jours, Louis appelle l'accueil de l'ASD. Mais depuis une semaine, aucun coup de téléphone de sa part... Lui est-il arrivé quelque chose ? En passant dans la région, nous faisons un petit arrêt pour être rassurés et prendre de ses nouvelles. Louis va bien ; c'était juste son chat qui avait mangé les fils du téléphone... Cécile en profite pour vérifier que l'aide et les soins se complètent bien, en répondant à ses besoins actuels. Le sourire et les blagues de Louis nous permettent de terminer la matinée dans la bonne humeur.



Entre travail administratif et travail sur le terrain

De retour au bureau, nous nous octroyons une pause repas. Mais, il ne faut pas traîner... Avant de reprendre les visites, Cécile doit mettre à jour certains dossiers et prendre différents contacts, notamment pour organiser les activités d'un bénéficiaire, avoir l'accord d'un administrateur de biens en vue de l'achat d'un matelas médical, donner les coordonnées d'un service de transport hospitalier...

Nous reprenons la voiture pour une dizaine de kilomètres afin de rencontrer Madame Leclercq. Dans quelques jours, son mari, atteint de la maladie d'Alzheimer, rentre à son domicile après un séjour dans une maison de repos et de soins. La maison

“La présence des différents intervenants est importante pour appréhender la situation d'un bénéficiaire”

de repos se demande si Madame Leclercq parviendra à gérer la présence de Monsieur au quotidien et s'est donc adressée au service de coordination de l'ASD pour envisager une visite d'information. Cécile présente ainsi les différents services auxquels Madame pourrait faire appel pour l'épauler dans son quotidien ou lors de ses absences professionnelles. Au cours de la discussion, nous nous rendons compte qu'elle ne souhaite pas accepter de l'aide ni une présence extérieure... et préfère gérer la situation seule. Cécile, malgré la situation qui semble compliquée à gérer, ne peut rien imposer...

Nous nous éclipsions donc en laissant une brochure en cas de besoin.

Un réseau autour du bénéficiaire

La dernière visite nous amène à Ellezelles pour rencontrer Monsieur Dumont. C'est dans une maison souillée, au sol collant et à l'odeur âcre que nous retrouvons avec son médecin traitant, son kiné et l'assistant social du CPAS. La présence des différents intervenants est importante pour appréhender la situation de ce bénéficiaire dans son ensemble et dans son quotidien que connaît davantage, par exemple, son médecin traitant. Depuis quelques mois, Monsieur souffre d'une démence de Korsakoff et d'incontinence sévère. Il a une sonde urinaire reliée à une poche fixée sur la jambe qui doit être vidée régulièrement. Mais, parce que l'infirmière indépendante ne passe qu'une seule fois par jour, l'urine s'écoule régulièrement sur le sol rendant son espace de vie crasseux. Nous discutons de la nécessité d'un passage plus régulier d'infirmiers ou d'aides familiales. C'est un peu interloqués par la situation dans laquelle se trouve ce monsieur seul et désorienté que la journée se termine...

En une journée, Cécile Baillez aura parcouru plus d'une centaine de kilomètres et rencontré six personnes ; six bénéficiaires avec des parcours de vie, des besoins de soins et d'aides différents. Tous ont la même volonté de poursuivre leur vie à domicile, avec un sentiment de bien-être et de sécurité. ■

LES SPÉCIFICITÉS DE LA COORDINATION

Au travers des situations présentées ci-dessus, les spécificités de la coordination se dessinent en filigrane et se retrouveront détaillées tout au long de notre dossier :

- Un travail en réseau, en collaboration avec le médecin généraliste et qui mobilise des prestataires et des services du domicile mais aussi les hôpitaux, les MRS... Ce travail est rendu possible par la vigilance du coordinateur vis-à-vis des informations qu'il reçoit et relaie en étant véritablement le carrefour par lequel elles transitent en permanence.
- Des situations relativement complexes où il ne s'agit pas seulement d'additionner des aides à domicile et des soignants, mais aussi d'intégrer différentes facettes : prendre en compte les aidants proches, lutter contre l'isolement social et géographique, faire des visites de suivi, questionner les projets de vie du bénéficiaire...
- Un bénéficiaire qui est clairement au centre du dispositif de coordination : rien ne se fait sans son accord.
- Et une coordination "chef d'orchestre", qui, au départ de la partition confiée par la personne, met en musique les différents métiers qui lui permettront de vivre une vie digne dans son chez soi : chacun d'entre eux a son timbre, sa sonorité et tout l'équilibre est de les faire se répondre harmonieusement, dans une collaboration équilibrée et cohérente.

Geneviève AUBOUY, Responsable coordination à la FASD et Caroline CRASSET, Coordinatrice à l'ASD de Bruxelles

La coordination, de Comines à Eupen...

2015 est l'année d'un bilan : depuis 2009, tant en Région wallonne que bruxelloise et en Communauté germanophone, de nouveaux textes légaux organisent la coordination. Prenons le temps de parcourir ces territoires, entre différences et similitudes...

Il est intéressant de s'arrêter tout d'abord aux ressemblances. La mission première des coordinations est le maintien à domicile de toute personne en perte d'autonomie. La mise en place d'un dossier de coordination reste la condition *sine qua non* pour justifier de l'octroi des subventions. Le médecin traitant est le pilier de la coordination et le suivi du dossier implique toute une série de démarches et de transferts d'informations entre les différents intervenants.

En Région wallonne, les textes légaux mettent en avant le bénéficiaire et son libre choix. En Région Bruxelles-Capitale, "le réseau élargi" est prépondérant.

Entre Région de Bruxelles-Capitale et Région wallonne : quelles différences ?

Différence d'appellation, d'abord : la coordination "de l'aide et des soins" wallonne ne se superpose pas tout à fait à celle des "soins et services" de sa cousine bruxelloise. La seconde vise à éviter ou raccourcir l'hospitalisation alors que le texte wallon inclut comme mission secondaire des coordinations la préparation en vue d'une institutionnalisation. En outre, un secret professionnel propre aux coordinations wallonnes est désormais en vigueur.

Au travers de la révision du décret, l'ambition des pouvoirs publics wallons était

de faire de la coordination LA structure à l'interface des trajectoires de vie parfois heurtées des bénéficiaires. En Région bruxelloise, le décret dit 'ambulatoire' représente une nouveauté vis-à-vis du travail en réseau qu'il encourage.

Le mode de financement a également été revu. La Région wallonne a poussé très loin la réforme en stipulant que, pour bénéficier de subsides, un dossier de coordination doit pouvoir témoigner d'un contact 'de visu' avec le bénéficiaire et d'une seconde visite, obligatoirement à domicile. Les réunions sont comptabilisées et doivent être justifiées au moyen de documents signés par le bénéficiaire ou son représentant légal. Ces documents peuvent faire l'objet d'inspection de la part de l'administration. Tout le travail des coordinateurs wallons passe par l'encodage informatique des dossiers, travail inconnu à la COCOF¹...

UN CENTRE DE COORDINATION AGRÉÉ

Pour être reconnu et subventionné en Région bruxelloise ou wallonne, un centre de coordination doit :

- disposer d'au moins un coordinateur temps plein, auquel peut s'adjoindre du personnel administratif et/ou de direction ;
- disposer d'un système de garde 24h/24, 7j/7 ;
- être un relais des besoins sociétaux non couverts à l'heure actuelle ;
- et enfin, faire l'objet d'une programmation et d'un agrément.

¹ Acronyme de "Commission Communautaire française" : l'organe qui subsidie les centres de coordination francophones de la Région de Bruxelles-Capitale



Les dossiers sont anonymisés et envoyés aux pouvoirs publics qui calculent alors, sur la base des indicateurs d'activités recueillis et de l'enveloppe budgétaire attribuée au secteur, les montants des subventions qui seront destinés à chaque centre agréé. Ce système n'est pas sans entraîner des dérives préjudiciables pour tous les centres d'un point de vue financier. En effet, l'enveloppe budgétaire pour l'ensemble du secteur de coordination étant fermée, c'est-à-dire constante d'année en année, les centres peuvent être tentés, dans une vision à court terme, de multiplier l'activité sur le terrain afin d'engranger le maximum de points convertis ensuite en argent. Mais, en procédant de la sorte, ils ne font que diminuer la valeur monétaire de base du "point" puisque la subvention, elle, n'augmente pas. Dans la Région de Bruxelles-Capitale, en revanche, la subvention des centres de coordination est organisée en trois catégories selon les services proposés, leurs missions et le nombre de dossiers actifs.

Les critères d'ouverture d'un dossier sont également différents d'une région à l'autre. Les Bruxellois doivent recourir à minimum trois services pour mettre en place un dossier de coordination. À ce trépied de base s'ajoutent tous les prestataires complémentaires et nécessaires (kiné, prêt de matériel, service social, télé-assistance...). Par contre, en Région wallonne, deux services ou prestataires suffisent, à condition que la coordination apporte une réelle plus-value dans la qualité de vie à domicile.

De même, les innovations sociétales ne sont pas forcément superposables. Alors que



© Véronique Vercheval

EN COMMUNAUTÉ GERMANOPHONE

Le centre de coordination, EUDOMOS, né en 2009. Bureau de consultation, ses missions sont de deux ordres : informer sur l'aide disponible en Communauté germanophone et "fournir [aux seniors] des informations, des conseils, une programmation de l'aide, une guidance et une coordination en matière d'aide à domicile, semi-résidentielle ou résidentielle et de l'informer sur tous les prestataires dans le secteur social et sanitaire". C'est ce qui s'approche le plus des coordinations présentes sur les autres territoires : informer, analyser et élaborer un plan d'aide individuel. Ses prestations sont gratuites.

les centres bruxellois expérimentent dans le domaine de l'hospitalisation à domicile, leurs homologues wallons sont eux contactés par l'AWIPH pour mieux répondre aux besoins spécifiques des personnes handicapées à domicile.

Quelle que soit la localisation de l'ASD, une même exigence de qualité.

Même si les décrets de la Région Bruxelles-Capitale et de la Région wallonne diffèrent par certains aspects, il n'en reste pas moins que les coordinateurs font face

à des réalités de terrain finalement semblables.

La coordination est résolument plus qu'une simple juxtaposition fusse-t-elle coordonnée de services : sa plus-value réside dans sa capacité à faire face aux situations les plus complexes, depuis les retours d'hospitalisations aux soins palliatifs en passant par des problématiques sociales complexes que vivent désormais les bénéficiaires (grand âge et pathologies associées, isolement, pauvreté, troubles psychiques, assuétudes...).

Son travail de mise en place et d'entretien d'un réseau autour du bénéficiaire est également important et irremplaçable même s'il reste encore trop méconnu à la fois par le public et par les professionnels sociaux et de santé... ■

ASD	Nouveaux dossiers ouverts en 2014	Nombre de travailleurs sociaux
Bruxelles	160	3
Liège	553	5
Mons	165	1
Verviers	543	7
Brabant wallon	356	3
Luxembourg	404	3
Namur	577	7
Hainaut oriental	1.385	7
Ath	258	2

Christine MAGNIEN,
Responsable coordination de l'ASD Liège-Huy-Waremme

La coordination aux 1000 facettes pour 1000 publics

Au même titre que l'infirmier, l'aide familiale, le garde à domicile... le métier de coordinateur a toute sa place, au sein de l'aide et des soins à domicile. C'est devenu l'un des maillons indispensables du maintien à domicile. Depuis quelques années, les situations prises en charge par la coordination sont de plus en plus complexes et lourdes.

Certaines personnes vivent dans une précarité sociale, médicale et psychologique telle que les services doivent tenter de pallier l'isolement et les problématiques qui en découlent. Face à la diversité et à la complexité des situations, il est indispensable que les intervenants se connaissent et se reconnaissent. Au quotidien, les coordinations veillent à créer, à agrandir et à entretenir ce réseau psychomédicosocial des secteurs géographiques qu'elles couvrent. En effet, le travail en réseau est essentiel au bon déroulement de la coordination sur le terrain : les rencontres entre les travailleurs sociaux permettent d'optimiser les services aux bénéficiaires. Par l'échange d'informations pertinentes et la mise à jour de celles-ci, les personnes sont orientées de façon spécifique et le relais entre les services est plus efficace.

Chaque journée est différente, ce qui fait la richesse et l'intérêt de la fonction.

La 'porte d'entrée' de l'ASD est le centre d'appels : la téléphoniste reçoit les appels,



L'expertise du réseau est un outil précieux mis à disposition des bénéficiaires et de leur entourage pour une coordination de qualité.

encode et attribue chaque demande à un travailleur social suivant le métier concerné et le secteur. Le coordinateur peut être aussi interpellé par les prestataires du domicile, les services sociaux des hôpitaux, les proches d'un bénéficiaire.

Une demande de coordination résulte d'une situation qui nécessite plusieurs intervenants

ou services (par exemple : soins infirmiers, aide familiale, kiné, location de matériel...) au domicile d'un bénéficiaire qui doit faire face à une perte d'autonomie due à un âge avancé, à une maladie, à un handicap...

Le rôle du coordinateur est d'analyser, de clarifier les besoins mais aussi d'informer des différentes possibilités d'aide et de soins en fonction de la situation de chaque personne. L'accompagnement se construit autour du **respect des choix du bénéficiaire** et de la **neutralité**. Concrètement, il fait une première analyse de la demande par téléphone avant de fixer un rendez-vous avec le bénéficiaire et/ou son entourage.

Les coordinateurs reçoivent entre 3 et 5 demandes par jour, majoritairement du service social de l'hôpital pour préparer la sortie d'un patient dans les 24 à 48h. Ce service contacte notre centre afin de mettre en place tous les intervenants nécessaires

- Face à une personne isolée qui ne peut gérer seule son budget, ses démarches administratives, ses problèmes de logement... le travail en réseau permet d'aborder chaque difficulté avec l'expert en la matière.
- Dans le cas d'une jeune maman de trois enfants dont l'un d'entre eux est gravement malade, les puéricultrices, aides familiales et infirmières peuvent accompagner la famille dans son quotidien.
- Une personne sort de l'hôpital psychiatrique et nécessite un accompagnement complet à domicile avec les équipes mobiles psychiatriques. Les problèmes liés à la santé mentale sont plus sensibles à domicile car les prestataires sont seuls. Il est important de leur permettre d'avoir des référents qualifiés et des formations en lien avec leur pratique professionnelle.

au retour à domicile avec un maximum de sécurité et de confort. Afin d'être plus réactifs, une permanence quotidienne au Centre de Coordination de Liège-Huy-Waremme a été mise sur pied depuis le 15 octobre 2013.

En 2014, le Centre de Coordination de Liège-Huy-Waremme a organisé plusieurs rencontres avec les travailleurs sociaux des hôpitaux liégeois afin d'améliorer le relais entre les structures hospitalières et le centre de coordination en collaboration avec la Mutualité chrétienne de Liège et Qualias. Ces moments d'échanges ont permis de dégager de nouvelles pistes de communication, de mieux connaître les réalités quotidiennes de chacun et les enjeux d'un relais de qualité.

Cette collaboration doit faciliter le retour à la maison des patients, assurer la continuité de la prise en charge après l'hospitalisation, la mise en route rapide des services au chevet des personnes et ainsi éviter une réhospitalisation pour des raisons plus logistiques que médicales.

Le médecin traitant est un acteur incontournable avec qui les coordinateurs coopèrent intensivement car il connaît l'histoire du patient, l'entourage, les difficultés particulières... La famille et l'entourage - lorsqu'il y en a - sont également des ressources importantes qui peuvent pallier le manque de disponibilités de certaines fonctions comme celle de garde à domicile par exemple.

L'IMPORTANCE DES RENCONTRES

Un dossier de coordination est bien plus qu'une farde de papiers ou qu'un dossier encodé, c'est un travail qui se construit autour de plusieurs visites et rencontres entre le coordinateur et le bénéficiaire.

1. La première rencontre entre le coordinateur et le bénéficiaire se passe lors de l'ouverture du dossier de coordination.
2. Après cette première visite, le coordinateur met sur pied un plan d'intervention effectif qu'il présente au bénéficiaire pour accord.
3. Des réunions de coordination sont régulièrement organisées au sein des ASD pour assurer une organisation fluide et efficiente du plan d'intervention. Cette rencontre associe les services, les prestataires concernés et, dans certains cas, le bénéficiaire.
4. Au moins une fois par an, une réévaluation du dossier de coordination doit être organisée afin de rassembler le bénéficiaire, la coordination et l'ensemble des prestataires. L'objectif de cette rencontre est d'évaluer si l'offre de services correspond toujours aux attentes du bénéficiaire et aux besoins à satisfaire pour assurer un maintien du bénéficiaire sur son lieu de vie.

En conclusion, les personnes qui font appel au service de coordination sont en perte d'autonomie à divers degrés. Elles attendent et reçoivent une réponse adaptée à leurs besoins, quelle que soit la complexité de leur situation. Pour cela, les coordinateurs développent des collaborations avec l'ensemble des prestataires de l'action sociale et de la santé car nous sommes convaincus que le travail pluridisciplinaire des intervenants et leur regard croisé améliorent significativement la prise en charge du patient. ■

“Chaque journée est différente, ce qui fait la richesse et l'intérêt de la fonction.”

TRAVAIL DE TERRAIN VS DÉCRET

La force d'une fédération [comme la nôtre] est d'être en lien étroit avec les équipes et en contact avec l'Administration. Nous pouvons donc faire un parallèle entre les situations vécues par les professionnels et les impacts, positifs et négatifs, du décret de la Région wallonne.

L'article présenté met en avant l'importance du choix du bénéficiaire et de la collaboration qui se construit autour de lui, principe affirmé dans les textes légaux. D'un autre côté, en tant que corollaire indispensable, le travail en réseau mis en place dans l'accompagnement du bénéficiaire devrait être plus présent dans le décret. De même, l'ancienneté des coordinateurs et donc leurs expériences pourraient être davantage valorisées. De plus, le décret évoquant un système de points à l'ouverture du dossier risquerait d'engendrer une course à la rentabilité en répondant à certaines demandes ne relevant pas nécessairement de l'accompagnement de coordination pour un souci de financement.

En effet, la plus-value de la coordination est bien sûr de répondre aux appels, mais aussi d'assurer un suivi optimal du dossier comme les réunions citées dans l'article l'attestent. Ce travail quotidien pourrait encore ainsi être renforcé afin d'éviter que seule l'ouverture d'un dossier soit (sur)valorisée financièrement... Cette situation met les travailleurs sous pression et engendre même une inquiétude sur la pérennité de leurs postes.

Un accompagnement jusqu'au dernier souffle

Muriel DAUBIE, Coordinatrice à l'ASD de Mons

Vouloir vivre ses derniers moments à son domicile est un souhait répandu. Chez les patients en soins palliatifs, cela nécessite une organisation pointue entre les différents prestataires d'aide et de soins, le bénéficiaire et ses proches.

Notre fonction de coordinatrice nous amène régulièrement à organiser la prise en charge au sortir de l'hôpital d'un bénéficiaire qui souhaite vivre ses derniers moments à domicile et auprès de sa famille. Ce type de prise en charge, qui s'inscrit dans le cadre des soins palliatifs, implique souvent de devoir agir dans l'urgence.

Dans un premier temps, nous avons toujours un contact avec le service social et l'équipe médicale de l'hôpital afin d'analyser brièvement les aides et les soins à mettre en place pour permettre un retour au domicile du patient dans un confort maximal. A-t-il besoin de soins infirmiers ? de matériel sanitaire ? d'une présence continue ?... Très rapidement, nous rencontrons le bénéficiaire et ses proches à l'hôpital, en présence de l'assistant social, pour discuter de leurs priorités et volontés.

Une prise en charge rassurante pour le bénéficiaire

Nous essayons également d'être accompagnés par le responsable du service infirmier ASD. Cette rencontre permet au patient d'avoir un premier échange avec la per-

sonne qui prend ses soins en charge ; cela s'avère à la fois rassurant pour le patient et éclairant pour le professionnel quant au nursing à prodiguer (perfusion, alimentation...). Nous contactons les différents intervenants souhaités et planifions les aides nécessaires : aide familiale, infirmier, kinésithérapeute, garde à domicile, matériel sanitaire, système de télé-vigilance... L'hôpital se charge des éventuelles démarches spécifiques comme, par exemple, le suivi de l'oxygénothérapie à domicile, la livraison de l'alimentation entérale... Ces contacts réguliers avec l'hôpital et les autres acteurs sont importants en vue d'assurer la mise en place effective de tout le nécessaire avant le retour du patient à son domicile.

Le médecin traitant est informé par l'hôpital de la sortie de son patient. Une équipe de soins palliatifs de seconde ligne peut également intervenir. Elle est présente pour soutenir le malade et ses proches, avec une attention particulière vis-à-vis de leurs besoins "psychomédicaux", du contrôle de la douleur et des symptômes, du confort du malade au domicile...

... et pour la famille

La famille est aussi au centre du dispositif mis en place. Elle est informée régulièrement du suivi et peut nous contacter sans problème. Tendre une oreille attentive vis-à-vis des proches fait partie intégrante de notre travail. Nous devons veiller à rassurer le bénéficiaire et la famille sur l'organisation prévue.

Une fois le patient de retour à son domicile, nous organisons une première réunion avec le médecin, l'infirmier et l'équipe de soins palliatifs. Elle est axée sur l'aspect médical de la prise en charge : médication, soins, fréquences des visites, documents administratifs, mise en place de la garde 24h/24 par le service infirmier... Avec la famille, nous discutons de l'organisation des aides pratiques au quotidien (heures de passages des intervenants, fréquences...). Des réunions de coordination sont également régulièrement organisées au domicile afin d'évaluer la pertinence des aides, le suivi des soins et l'évolution du patient.

Chaque prise en charge reste unique et nécessite une attention singulière. Sans la collaboration des différents acteurs du réseau médical et social, notre travail quotidien serait impossible ; la coordination reste avant tout un travail de réseau !

Même si, malheureusement, certains patients n'ont pas la possibilité de rentrer chez eux, nous retirons beaucoup de satisfaction de notre travail de coordination qui apporte une réelle plus-value dans l'accompagnement des personnes en fin de vie. Ce travail est très riche de rencontres et de beaux échanges dans des moments qui restent néanmoins très difficiles... ■

TRAVAIL DE TERRAIN VS DÉCRET

L'exemple de l'accompagnement de soins palliatifs relaté est typique des prises en charge complexes que doit opérer quotidiennement une coordination. C'est là que réside sa plus-value, telle que souhaitée par le décret. Pour autant, et même s'il le cite, le décret n'indique qu'en filigrane le partenariat qu'une coordination peut construire avec l'entourage du bénéficiaire, avec ses aidants proches. Par leur présence 24h/24, ils représentent bien souvent la pierre angulaire du maintien à domicile ; il est donc important que cette collaboration soit mieux conceptualisée par la suite.

Des acteurs réunis dans un réseau

Témoignages recueillis par Pauline DENEUBOURG,
Rédactrice en chef de la revue Contact

Au quotidien, la coordination accorde une attention toute particulière au respect de tous les services impliqués au domicile de la personne ainsi qu'à la multidisciplinarité des prestataires. Si le bénéficiaire est au centre du dispositif, avoir une bonne connaissance du réseau est primordial pour une coordination de qualité, visant le bien-être des personnes accompagnées. Les différents acteurs témoignent de la relation et de la collaboration qu'ils vivent avec les coordinateurs.

Le réseau intègre une dimension horizontale et verticale. La coordination agit d'abord de manière horizontale en rassemblant les prestataires de 1^{ère} ligne, le médecin traitant compris, au chevet du bénéficiaire. Elle établit également une relation verticale avec d'autres secteurs que le domicile : les hôpitaux, les plates-formes locales de santé mentale ou de soins palliatifs, les maisons de repos, les SISD...

La coordinatrice, c'est un peu le chef d'orchestre qui organise la prise en charge globale d'un bénéficiaire. C'est important pour nous d'avoir un point de repère, surtout quand c'est une situation difficile ou avec plusieurs intervenants. Elle permet un travail pluridisciplinaire organisé au travers des réunions au cours desquelles tous les corps de métier sont représentés (patient, médecin, kiné, infirmier, assistant social, garde malade...) afin de se rencontrer, échanger, prendre des décisions autour du patient. La coordinatrice nous permet d'obtenir du matériel (lit, chaise roulante...). Elle nous renseigne aussi sur

certaines avantages dont le patient peut bénéficier (allocations...). Pour le bénéficiaire, cela peut être un soulagement et une force d'avoir une personne qui coordonne le tout pour son bien-être chez lui !

De mon côté, la collaboration se passe très bien et nous formons une bonne équipe. Lorsque je la croise au bureau, elle n'est jamais sans me demander des nouvelles de l'une ou l'autre de nos situations...

Anne-Sophie, Infirmière

Au sein de Vitatel, la collaboration avec les coordinatrices des ASD est importante. Les coordinatrices nous relaient des demandes d'installation d'appareil de télévigilance et en retour, nous les prévenons des dates de rendez-vous fixées ainsi que des retraits du système. Les coordinatrices peuvent être aussi des personnes relais lorsque nous avons des soucis avec les intervenants de nos abonnés (intervenants qui se retirent) ; c'est parfois l'occasion pour la coordinatrice de faire le point sur la situation avec la personne concernée. Malheureusement, si la situation au domicile ne permet plus l'utilisation de la télévigilance, nous prévenons les coordinatrices de la décision prise par Vitatel d'aller récupérer le matériel (par exemple s'il n'y a plus aucun intervenant et qu'aucune solution n'a été trouvée).

Les coordinatrices ont également été sensibilisées à l'utilité du pilulier électronique couplé à la télévigilance pour des patients ciblés.

Caroline Cipriano, Vitatel

Lorsque Georgette revint de l'hôpital, le bras en écharpe, le constat fut rapidement fait de sa dépendance, au moins temporaire, pour nombre d'actes de la vie quotidienne

ainsi que pour les soins. Le médecin généraliste, appelé en premier, évalua rapidement la situation. Le recours à la coordination de l'aide et des soins à domicile est bien utile pour organiser toutes les aides possibles. Néanmoins, une fois l'appel lancé, la construction de la relation d'aide peut connaître quelques écueils : une communication entre prestataires professionnels à soutenir, un transfert d'informations faisant défaut ou trop systématisé.

La communication, elle, reste souvent limitée aux rencontres fortuites avec les acteurs du domicile, surtout ceux du soin. Une réunion pluridisciplinaire reste le meilleur moyen pour définir les rôles et missions de chacun. Reste enfin la question de la disponibilité. Georgette était tombée la veille des vacances et il fut impossible de lui trouver les aides nécessaires, par manque de personnel...

Dominique Lamy, médecin généraliste

Pour les différents acteurs, le 'chef d'orchestre' qu'est la coordinatrice permet une transmission des informations, l'organisation de réunions pluridisciplinaires, une continuité de prise en charge malgré les différents épisodes de vie que peut vivre la personne. Ceci est particulièrement important face à des situations relativement complexes où il ne s'agit pas seulement d'additionner des aides à domicile et des soignants, mais aussi d'intégrer différentes facettes. Pour autant, il peut être frustrant pour un prestataire, de voir sa demande en stand-by lorsque la coordinatrice a d'autres urgences à gérer, ou que la demande ne donne finalement pas lieu à un dossier... ■



Muriel EXBRAYAT, Coordinatrice de soins en santé mentale

Réunir les professionnels avec l'entourage et le bénéficiaire n'est pas toujours aisé pour les coordinateurs. Dans certaines situations complexes, les professionnels se retrouvent dans une impasse. Pour dénouer ces situations difficiles, la "Clinique de Concertation" propose des repères et des outils méthodologiques. Son travail s'appuie sur les ressources des familles et des services plutôt que sur leurs difficultés.

La "Clinique de Concertation" pour sortir de l'impasse

"La réunion rassemble Mr D. (qui vit à son domicile), sa compagne, l'aide familiale, la coordinatrice des ASD, la psychiatre, l'infirmier référent de l'hôpital psychiatrique, la psychologue, la coordinatrice du PPT 1001. L'intérêt du passage de l'aide familiale au domicile de Mr D. est remis en cause par des alcoolisations massives. L'échange, centré sur le respect que Mr D. doit à l'aide familiale en l'accueillant sobre, est un peu moralisateur. Celle-ci, restée silencieuse, prend tout à coup la parole pour signifier que, selon elle, ce n'est pas Mr D. qui lui manque de respect en la recevant ivre, mais

elle qui se sent irrespectueuse d'accepter de le voir dans cet état ! Renversement de situation pour Mr D. qui a été si souvent 'accusé' de manquer de respect à ceux et celles qui l'entourent ! Voilà qu'il se trouve dans la position de celui à qui l'on doit le respect ! Au terme des discussions, Mr D. s'est engagé à prévenir le service s'il n'était pas en état de recevoir l'aide familiale sans qu'elle ne se sente mal à l'aise. Ainsi, Mr D. a pu être, non pas celui qui a des manques (de respect, d'organisation, de communication...), mais bien celui qui a des ressources sur lesquelles s'appuyer."

Une bascule anecdotique de ce type prend une dimension de taille lorsqu'elle s'insère dans un contexte relationnel collectif. Cette situation de terrain illustre ainsi que la volonté de "mettre en ordre ensemble" (=co-ordonner) s'incline parfois devant la nécessité de "se battre ou débattre (certare) les uns avec (cum) les autres". La concertation entre des acteurs qui visent des objectifs précis, vivent des situations singulières, respectent des codes éthiques différents... devient thérapeutique lorsqu'elle reconnaît les conflits et suspend les jugements pour laisser émerger des ressources passées inaperçues dans des escalades de pouvoir.

Si les 'réunions de coordination' doivent permettre aux travailleurs de définir "qui fait quoi, quand ?", dans des situations complexes, avec des individus ou des familles en détresses multiples, ces tentatives d'améliorer l'efficacité dans les actions se heurtent vite à la réalité du terrain : limites des interventions et du maintien à domicile, questions éthiques, sentiments de malaise des professionnels et des services, activations² inhabituelles des familles... et nous voici bloqués dans les douloureuses "Cliniques de la Consternation", "Cliniques de la Lamentation" ou "Cliniques de la Confusion".

¹ Projet Pilote Thérapeutique 100 : Travail en réseau pour les personnes qui présentent des problèmes de consommation complexes et chroniques.

² Les activations sont les actes, paroles, attitudes... de toute nature qui nous ont mis au travail (appels téléphoniques, demandes, mais aussi absences, violences, cris, ...)



Apparue en 1996, la “Clinique de Concertation” propose une approche originale consistant à réunir professionnels et entourage du bénéficiaire. Ensemble, à leur niveau et de leur place, ils vont mettre en présence leurs expertises respectives. Lors de la “Concertation Clinique”, chacun est invité à se présenter et à dire de lui ce qu’il souhaite. Le clinicien de concertation, s’appuyant sur ces échanges, représente les relations entre les services en premier lieu, puis entre la famille, le bénéficiaire et les services, enfin entre les membres des familles.

Ces relations sont traduites dans un “Sociogénogramme”³, outil de représentation éphémère du réseau et de ses liens. Il s’agit de construire un récit commun de “Qui a été activé par qui, quand et pourquoi ?”, de comprendre ce qui fait que nous sommes là, ensemble, aujourd’hui.

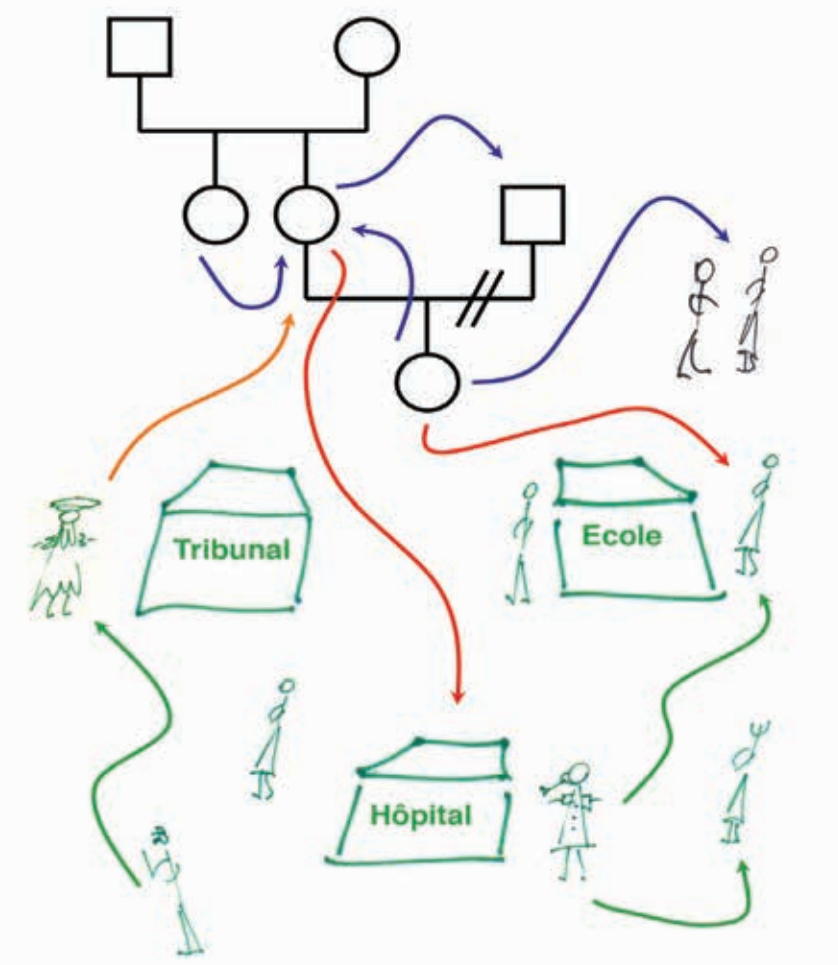
Pour autant, la “Clinique de Concertation” se refuse à être LA nouvelle approche qui viendrait se substituer à toutes les autres ou qui prétendrait réussir là où tout le monde a échoué. Elle travaille en accord avec les centres de coordination et les autres acteurs.

L’exemple éclairant de Mr D. démontre que la coordination et la concertation peuvent aboutir aux mêmes décisions, mais que le processus participatif de concertation a une portée thérapeutique que ne comporte pas la coordination. ■

LA CLINIQUE DE CONCERTATION

La “Clinique de Concertation” est guidée par trois principes :

- Ce sont les familles qui mettent les professionnels au travail ensemble, qui les convoquent à se concerter, à apprendre de nouvelles manières de collaborer, qui les invitent à sortir d’un fonctionnement cloisonné, convaincus de pouvoir intervenir à eux-seuls sur la globalité de la problématique.
- Une vigilance particulière est portée sur le fait de “parler des absents comme s’ils étaient présents”. Principe simple, pratique difficile, qui demande de contenir les discours, d’employer des mots que chacun peut entendre et comprendre, de suspendre les jugements et d’énoncer les conflits sans atteindre des points de rupture.
- La démarche n’intervient pas sur la personne isolée, mais sur les liens de confiance existant entre les acteurs de la situation.



Exemple de Sociogénogramme

TRAVAIL DE TERRAIN VS DÉCRET

De manière indirecte, cet article met en avant une nouvelle mission des coordinations née du décret : la **médiation** menée dans l’intérêt du bénéficiaire. Depuis cette année, une **formation** destinée à tous les centres agréés a été mise sur pied par l’Union des Villes et des Communes de Wallonie. Cet aspect de formation est un point fort du décret dont on peut se réjouir. Il appelle à un approfondissement de la **qualité du travail** et reste un des moyens clés pour fortifier l’action de la coordination même s’il est parfois battu en brèche par la masse de travail quotidien. L’évaluation du décret doit néanmoins oser questionner le **soutien financier** qu’on lui accorde.

³ Le “Sociogénogramme” est une représentation qui articule les liens entre les professionnels, entre les professionnels et les membres des familles ainsi qu’entre les membres des familles sur un même dessin.

Geneviève AUBOUY, Responsable coordination à la FASD
et Serge JACQUINET, Chef du service social de l'ANMC

En 2009, un décret de la Région wallonne réorganise l'agrément et le subventionnement des centres de coordination de soins et de services à domicile. Ces derniers ont vu leur rôle, leurs missions, leurs objectifs et leur méthodologie refondus dans ces nouveaux textes qui s'orientent vers une professionnalisation des centres de coordination plus pointue, centrée sur le bénéficiaire. En quoi ce décret a-t-il modifié la réalité du travail des coordinateurs ? Quelles sont les plus-values et les limites de ce texte légal ? Quel avenir pour la coordination ?

La coordination, entre forces et faiblesses, menaces et opportunités...

La coordination est l'un des maillons essentiels du maintien à domicile de personnes en perte d'autonomie, physique ou psychique, temporaire ou permanente. En plus de leur travail quotidien d'écoute des demandes, de mise en place des services, de courroie de transmission entre les bénéficiaires, leur entourage et les prestataires professionnels, les équipes de coordination témoignent souvent de leur attention à entretenir le réseau.

Face au vieillissement inexorable de la population, les pouvoirs publics prônent le maintien à domicile comme un enjeu de société et de solidarité. Les coordinations se voient assigner le rôle de liaison entre des mondes pourtant fort éloignés dans leur mode de fonctionnement. Ainsi, le temps hospitalier se caractérise par le roulement des patients, au contraire de celui du domicile caractérisé par la durée, l'appropriation relationnelle, l'intimité du chez soi progressivement partagée. Non seulement le temps y est vécu différemment mais il induit d'autres façons de faire et de penser le malade, son entourage, la maladie...

Le manque de moyens financiers et humains des centres devant répondre à des appels de plus en plus nombreux et à des prises en charge de plus en plus lourdes et urgentes se traduit par un épuisement des équipes. Le risque est alors d'importer une culture du rendement et de l'efficacité au détriment de la philosophie du travail mené à domicile.

En effet, le travail des coordinateurs consiste à placer la personne au centre du dispositif, à analyser finement ses besoins, ses demandes et à les faire correspondre aux services professionnels adéquats, qualifiés... Il reste qu'il n'est pas simple, concrètement, de permettre une prise en charge complète du bénéficiaire – qui nécessite un temps certain – face au manque de professionnels criant dans certains domaines du secteur socio-sanitaire et social.

Un métier à mieux protéger et financer

Malgré tout, les coordinations portent haut une exigence de qualité qui font que leur professionnalisme est de plus en plus sollicité via des projets pilotes : qu'il s'agisse des protocoles 3 ou des 'psy 107' de l'INAMI, du Budget d'Assistance Personnelle, de l'Hospitalisation à domicile... Tous en appellent bien volontiers aux coordinations... sans vraiment connaître ce qu'elles sont, ce qu'elles peuvent apporter et jusqu'où elles peuvent aller... Des exemples ? Le fait que la coordination soit mise à toutes les sauces ; qu'il soit question de créer des fonctions

quasi identiques là où son expertise devrait être reconnue et valorisée...

Sans parler des 'coordinations mercantiles' qui n'offrent aucune garantie de qualité et font souvent beaucoup de dégâts. Une fois la situation devenue irrécupérable à domicile, la personne est alors orientée vers des coordinations agréées, qui doivent alors "éteindre l'incendie". Comme dans d'autres secteurs où l'appât du gain prévaut sur le service à rendre, sur les situations 'économiquement rentables', la coordination pourrait constituer un nouveau vivier d'enrichissement pour un secteur privé en recherche de nouvelles plus-values ; le secteur public et associatif à profit social et sous-financé héritant des situations les plus complexes et les plus lourdes...

Cette impossibilité d'œuvrer dans une relative prévention face à des demandes de prises en charge tardives et souvent très lourdes est l'un des aspects le plus pesant de la coordination, tout comme le fait que ses professionnels sont face à des situations humaines, sociales, parfois effroyablement complexes.



© Véronique Vercheval

Les fédérations restent convaincues et mobilisées pour défendre leurs centres tout en poursuivant sans cesse le dialogue avec les autorités subsidiantes.

Face à cela, les autorités et les fédérations du secteur ont une responsabilité. Le transfert de compétences, qui se décline entre autre par la réorganisation de la première ligne de soins, doit être l'occasion d'un vrai courage politique. Les fédérations restent convaincues et mobilisées pour défendre leurs centres tout en poursuivant sans cesse le dialogue avec les autorités subsidiantes. Il faut aussi avoir le courage d'évaluer l'action : repenser les textes décrets, c'est lutter contre leurs dérives (parmi lesquelles la "course aux dossiers", qui ne fait que déformer les subventions pour l'ensemble du secteur), c'est revenir à l'ADN de la coordination. Cet ADN passe par la connaissance du réseau, née d'une longue pratique de la coordination – autrement dit, d'une ancienneté et d'une expérience professionnelle acquise qu'il faut pouvoir reconnaître et financer à sa juste valeur.

Le réseau, une plus-value pour le bénéficiaire

Le réseau représente l'autre point d'appui de la coordination, en plus de l'attention portée au bénéficiaire. Insérées au quotidien au sein du vaste réseau de solidarité que constitue son partenaire principal – la Mutualité chrétienne (MC) –, les coordinations des ASD participent aussi à la construction des réponses aux besoins et à l'activation de toutes les aides matérielles et techniques nécessaires. La MC dispose en effet aujourd'hui d'une offre de services étendue dans le cadre du soutien au domicile, une offre qu'elle souhaite développer et qu'il faut faire connaître encore davantage. Pour cela, les coordinateurs peuvent compter sur des partenaires privilégiés au sein de ce réseau dont le service social de la MC. Fortement sollicité lui aussi, il a néanmoins défini des priorités de travail claires articulées notamment autour du soutien à domicile

de la personne malade mais aussi de son entourage proche... Bien que difficile, parfois, le travail en réseau permet néanmoins de s'appuyer sur ses ressources. Reconnu pour son expertise et ses connaissances en matière d'accès aux législations et aux dispositifs sociaux, le service social peut veiller à ce que les familles disposent bien de toutes les aides légales prévues ainsi que de tous les services développés par la MC et qui pourraient leur être utiles... Toutes ces aides et droits permettent d'abaisser le seuil d'accès financier aux services et soulagent les familles. Ensemble, coordinateurs et assistant(e)s social(e)s de la MC ont la responsabilité de construire une vraie équipe au service du patient et de sa famille !

Apprendre à se coordonner davantage, coordonner nos efforts et se coordonner autour et avec le bénéficiaire sont des tâches difficiles et de longue haleine qui ne se résument pas à quelques visites ou réunions à domicile. En outre, il convient d'intégrer désormais davantage les aidants proches, de réfléchir à leur engagement, à la conjugaison harmonieuse et réciproque des ressources de chacun pour que les différences deviennent source de complémentarité. Toute cette ingénierie

ne peut pas faire l'économie du partage d'informations. L'enjeu consiste alors à respecter le secret professionnel face à des prestataires très différents... auquel il faut ajouter l'entourage, les bénévoles, qui par définition, ne sont pas des professionnels : un vrai challenge !

Le réseau se construit, s'entretient, s'éprouve dans les difficultés et se ressource dans les réussites. Il nécessite une énergie sans cesse à renouveler. Source de gratification, il peut aussi être 'aride' lorsque qu'il n'est pas pleinement investi.

Pour conclure, la coordination, c'est un bénéficiaire placé au cœur d'un accompagnement 'sur mesure', qui prend en compte toutes ses facettes et qui embrasse toute sa trajectoire de vie. C'est une qualité d'intervention, qu'il s'agisse de l'écoute de la demande accueillie, de son analyse, de l'élaboration d'un plan personnalisé... Pour réaliser ce défi quotidien, il y a des hommes et des femmes de cœur, de conviction, que nous devons préserver, encourager, soutenir : leur essoufflement est une réalité aujourd'hui. Pensons que demain, sans doute, c'est nous qui serons âgés et qui aurons besoin... d'une coordination. ■



© Véronique Vercheval

Propos recueillis par Pauline DENEUBOURG,
Rédactrice en chef de la revue Contact

Maxime Prévot est, depuis quelques mois, Ministre de la Santé et de l'Action sociale. Il gère avec conviction et enthousiasme ces matières et les défis qui le concernent. Il a répondu aux questions de Contact sur la coordination, sur les plus-values et les limites du décret ainsi que sur les enjeux à venir dans ce secteur.

INTERVIEW Maxime Prévot, Ministre de la Santé et de l'Action sociale

Que pensez-vous du décret actuel qui encadre les centres de coordination ? Quel en est votre bilan ?

Je pense que son bilan doit surtout se faire à la lumière de ce qu'en ont vécu les acteurs du terrain et les enseignements qu'ils peuvent en tirer. Chacun peut se féliciter que ce décret ait eu le mérite d'accroître la professionnalisation du secteur et d'avoir permis une reconnaissance de ces centres de coordination par les acteurs de première ligne. Mais, incontestablement, il y a encore des attentes du secteur qui ne sont pas rencontrées...

Au cours de votre législature en tant que Ministre de la Santé et de l'Action sociale, avez-vous l'objectif de revoir ce décret, voire de mettre en place un nouveau décret sur les centres de coordination ?

Je ne suis pas dans une démarche qui consisterait à vouloir prendre le décret, à le mettre à la poubelle et repartir de zéro. Maintenant, en effet, c'est peut-être le moment de l'évaluer et d'en tirer quelques enseignements que ce soit sur les points positifs ou négatifs. En tout cas, je souhaite que la réflexion se fasse en pleine concertation et synergie avec les fédérations. Il est important de prendre le pouls des acteurs du terrain, c'est-à-dire ce qu'ils ont eu l'occasion d'expérimenter au travers de ce décret et, sur la base de leurs recommandations, de réfléchir aux améliorations qu'il conviendrait d'envisager. Il faut veiller à donner la parole à l'Administration, au SPW, qui a pu également constater qu'il y a encore des choses à clarifier, des rôles à définir, des tâches à mieux identifier...

La revendication principale du secteur réside dans le système de financement des centres de coordination, à savoir sur la base de points et d'une enveloppe fermée. Qu'en pensez-vous ?

Je suis conscient qu'il y a un vrai problème lié au financement des centres de coordination avec cette enveloppe fermée et ce système à points : un système à la prestation qui fait que plus il y a d'actes effectués, moins ceux-ci ont de valeur... C'est tout à fait paradoxal.

Il est encore trop tôt pour savoir si le principe de l'enveloppe fermée sera abandonné ou non. Mais, je suis prêt à remettre ce système sur la table afin qu'il soit discuté. Par exemple, le principe pourrait être conservé et le montant modifié... Si on reste sur une enveloppe fermée, il faudra discuter de son montant, des balises à mettre en place pour éviter les dérapages...

Des moyens financiers établis dans la trajectoire budgétaire du Gouvernement sont prévus à partir de 2017. Et 2017 c'est déjà demain... Cela nous laisse deux ans pour pouvoir travailler à cette approche de financement des différentes prestations. Des rencontres ont déjà eu lieu avec les fédérations et vont se poursuivre régulièrement. Mais, je ne dis pas qu'en un coup de baguette magique tous les problèmes de l'aide et des soins à domicile seront réglés... En tout cas, ma volonté est d'utiliser les moyens à disposition en 2017 pour pouvoir répondre de manière plus juste et adéquate à ces enjeux car la question du financement touche également l'ensemble du secteur

de l'aide et des soins à domicile, avec le problème majeur du contingent d'heures et celui de la reconnaissance de certains métiers.

Par rapport aux dérapages, on remarque qu'au vu de ce système de points, certains centres de coordination se lancent dans la 'course aux dossiers' provoquant une dévaluation du point. N'est-ce pas préjudiciable pour le secteur ?

Je pense que c'est regrettable de devoir courir derrière les dossiers pour obtenir des financements au détriment de la capacité à prendre le temps de s'impliquer dans un travail de fond, y compris un travail de réseau. Ce temps mis à profit est essentiel pour pouvoir offrir aux bénéficiaires une offre de services cohérente et adéquate.

Sur quels autres éléments les discussions pourraient-elles s'orienter ?

Un travail de clarification et de répartition des tâches pourrait s'opérer afin que chaque acteur comprenne bien le rôle des uns et des autres, ne se sente pas dépossédé d'une part de ses prérogatives, s'inscrive dans une démarche de confiance... Je crois aussi qu'il reste un travail de valorisation, de légitimation et d'information à opérer aussi bien auprès du grand public, qui ignore encore parfois l'existence de services de coordination, que des professionnels. Ces derniers, mieux sensibilisés et convaincus de la crédibilité des centres de coordination, pourront aiguiller les personnes vers des opérateurs des fédérations plutôt que vers des structures mercantiles qui pourraient avoir des pratiques douteuses...

Il y a aussi le défi de la reconnaissance du travail de réseau et de l'ancienneté. Allez-vous le prendre à bras le corps ?

Ce sont deux défis sur lesquels il est évident qu'on doit évoluer et discuter dans les deux prochaines années... Nous privilégions la force de l'expérience mise au service d'un réseau et de prestataires plutôt que de tomber dans le travers de se priver de celle-ci en engageant des jeunes travailleurs uniquement parce qu'ils sont moins chers. Et à côté de ça, l'autre enjeu est de prendre en considération, car il ne l'est pas actuellement, le temps consacré à l'implication dans la création et l'entretien du réseau. Par exemple, dans le cadre des projets "Psy 107", le défi est de permettre à la coordination de se crédibiliser dans ce réseau à forte connotation médicale ou thérapeutique en étant mieux soutenue par des financements *ad hoc*.

Ces décisions devront être balisées pour éviter de tomber dans un autre travers, à savoir un financement sur la base d'un réseautage perpétuel...

On parle également de mettre en place une fonction de *case manager*. Ne serait-ce pas concurrentiel pour les centres de coordination ?

J'apprécie le fait que les centres soient dans une démarche de concertation, sans être dans une optique de centralisation. L'objectif n'est pas d'avoir un seul et unique interlocuteur omnipotent ; mais c'est bien d'avoir quelqu'un reconnu comme étant le mieux armé pour pouvoir, dans son travail d'"ensemblier", mettre toutes les parties autour de la table et proposer une offre d'aides et de soins la plus appropriée. Par rapport à la notion de *case manager*, je suis assez réticent : non seulement cela créerait une fonction supplémentaire mais cela engendrerait une démarche concurrentielle au détriment de la concertation...

La dernière réforme de l'État a eu un impact sur les centres de coordination à travers le transfert de compétences de certains acteurs. Ne risque-t-il pas d'y avoir une superposition d'acteurs ?

Il y a de beaux enjeux mis en évidence par cette réforme de l'État sur lesquels il faudra travailler. Le fédéral a transféré à la Wallonie les compétences en matière de première



© Pauline Deneubourg

“Il faut reconnaître qu’aujourd’hui le secteur doit faire face à une demande énorme qu’il peine à satisfaire.”

ligne de soins. Prenons l'exemple des SISD et des centres de coordination. Les coordinateurs travaillent au niveau local, à la mise en place d'un projet d'accompagnement personnalisé. Les SISD sont davantage au niveau macro, à l'échelle d'un territoire. Ils développent ainsi des approches, des méthodes assez différentes pour répondre aux réalités qu'ils rencontrent en milieu rural, urbain ou périurbain. Je pense qu'il ne faut pas nécessairement que les coordinations et les SISD travaillent de la même manière demain puisque leurs richesses c'est justement leur capacité à s'adapter à leurs réseaux. Par contre, il y a des interactions fortes à travailler et à encourager tout en respectant l'approche et l'autonomie de chacun.

Pour vous, est-ce que la coordination est une réelle plus-value pour le maintien à domicile ?

Je pense que tout d'abord c'est le maintien à domicile lui-même qui est un élément indispensable des politiques que nous

devons mener ; c'est un de mes principaux chevaux de bataille. Il faut reconnaître qu'aujourd'hui le secteur doit faire face à une demande énorme qu'il peine à satisfaire. Pourtant, la demande ne va pas aller en diminuant : les personnes âgées ou en perte d'autonomie souhaitent pouvoir rester chez elles ; les maisons de repos et de soins manquent de places disponibles et accueillent des personnes qui pourraient continuer à vivre à leur domicile... pour peu qu'il existe à proximité un réseau d'aide et des soins dense et financièrement accessible. Toutes ces données montrent que l'enjeu actuel est de pouvoir y répondre de manière la plus efficace.

L'avantage des centres de coordination est de pouvoir se situer au niveau des bénéficiaires et mettre en action tous les acteurs de proximité et de la première ligne, particulièrement le médecin généraliste, en veillant à proposer une offre globale la plus adéquate. Cette approche pluridisciplinaire de la coordination me paraît essentielle dans l'objectif du maintien à domicile. ■

Geneviève AUBOUY, Responsable coordination à la FASD

L'expression 'le sel de la terre' s'applique à des personnes altruistes et généreuses. Autrefois, le sel, denrée rare, était précieux. Conclure ce dossier consacré à la coordination en indiquant en quoi les hommes et les femmes qui accompagnent les plus vulnérables d'entre nous sont irremplaçables et à protéger, est une belle manière de leur rendre hommage.

Le sel doit être utilisé avec délicatesse. On peut toujours ajouter du sel (...) mais on ne peut en enlever s'il y en a trop

La coordination de l'aide et des soins vise à trouver des solutions pour rester chez soi. La délicatesse est présente dans le monde du domicile. Y agir à la manière d'un bulldozer, c'est s'exposer à s'en voir refouler... Pour autant, parfois, l'orchestre de la coordination peut sembler "trop" : trop lourd, trop intrusif, trop éclaté aux yeux des bénéficiaires... Pourtant, dans ce monde marqué par un individualisme parfois excessif, c'est faire acte de résistance que de reculer les limites du maintien à domicile en mettant en place des solutions sur mesure qui intègrent pleinement la personne, son entourage et les professionnels qui sont sollicités pour les accompagner. Prenons garde car ce "trop" est également ressenti par les coordinateurs ; leurs dossiers voient s'imbriquer des intervenants multiples, des problématiques psychosociales qui s'ajoutent les unes aux autres... Aucun autre secteur en Belgique francophone ne peut allier cet accompagnement individuel et cette cohérence dans la diversité. C'est à la fois l'une des difficultés majeures de la coordination, et ce qui fait sa plus-value intrinsèque, son ADN. En cela, elle est unique. La FASD l'accompagne au quotidien : via les réunions avec les responsables, avec les coordinateurs ; les écolages dispensés dans les centres ; les formations qu'elle déploie... De la sorte, elle rencontre l'exigence de qualité voulue par la Région wallonne.

Si le sel perd de sa saveur, avec quoi la lui rendra-t-on ?

Autrement dit, quand le sel ne remplit plus son rôle... Les coordinations sont bel et bien submergées face à un raz-de-marée d'appels, d'impératifs qui les écartèlent... Course permanente, sentiment de laisser de côté la qualité de la rencontre au profit d'objectifs chiffrés, sens du travail social dénaturé... C'est là qu'interviennent les fédérations et le politique en veillant à soutenir cette profession, à réfléchir autrement. Comment ? Par la valorisation du travail en réseau, la reconnaissance de la coordination comme maillon important du filet social, le soutien financier et humain pour lui permettre de se déployer, de mieux se faire connaître auprès des professionnels et du public... La FASD, par son travail avec les autres fédérations, et le rôle de "cour-

roie de transmission" qu'elle joue vis-à-vis du politique (Administration et Cabinet ministériel) doit veiller à ce que les déclarations d'intentions soient suivies d'effets. Le risque sinon, est de voir cette profession menacée malgré les services – encore trop méconnus – qu'elle rend à la population.

Le sel désigne le prix ou la valeur d'une chose

Le travail de coordination repose sur des valeurs de respect et de dignité mais aussi sur la capacité professionnelle à faire face aux situations d'extrême urgence et/ou complexes. Nous en avons souligné les forces, les difficultés et les enjeux à relever pour demain. Pour conclure, saluons l'engagement, jour après jour, des professionnels : à travers eux, c'est une part d'humanité, la vôtre, la nôtre, qu'ils défendent. ■



© Laurence Latour

PARTENAIRE

Vitaltel

Vivre 100 ans et plus chez soi, c'est possible

Jean-François BODARWÉ,
Responsable presse Mutualité chrétienne

En Wallonie et à Bruxelles, 34 centenaires vivent à domicile grâce, notamment, au service de télé-vigilance de Vitaltel. Le doyen des bénéficiaires est âgé de 104 ans, mais Vitaltel est également au service de 25 personnes de moins de 40 ans.

On peut atteindre un âge avancé et continuer à vivre chez soi. Les 34 centenaires soutenus à domicile par le service de télé-vigilance de Vitaltel, en sont la meilleure preuve. Une preuve extrême. Le service de télé-vigilance soutient plus de 12.500 personnes, chez elles ! *"Restons modestes. Pour veiller sur ces personnes, Vitaltel s'inscrit dans un réseau plus large d'aide aux personnes mis sur pied par la Mutualité chrétienne, précise Stéphane Belin, directeur de Vitaltel. Et n'oublions pas les aidants proches sans qui tout maintien au domicile serait impossible."*

UNE TÉLÉ-VIGILANCE PRISE TROP TARD

Dans le meilleur des cas, une personne âgée s'intéresse à la télé-vigilance au décès de son conjoint. Mais majoritairement, c'est après une chute ou un accident domestique qu'une prise de conscience se fait jour. C'est trop tard. *"La télé-vigilance devrait être envisagée dès que la situation des personnes devient potentiellement à risque. En outre, elle peut très bien s'envisager pour les couples où l'un des conjoints connaît des difficultés. Que fait-il quand il se retrouve seul alors que son compagnon ou sa compagne s'absente pour des courses, par exemple ?"*, s'interroge le directeur de Vitaltel.

LA TÉLÉ-VIGILANCE, ALTERNATIVE AUX STRUCTURES D'ACCUEIL

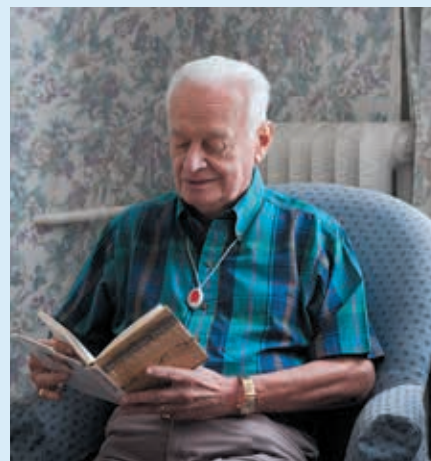
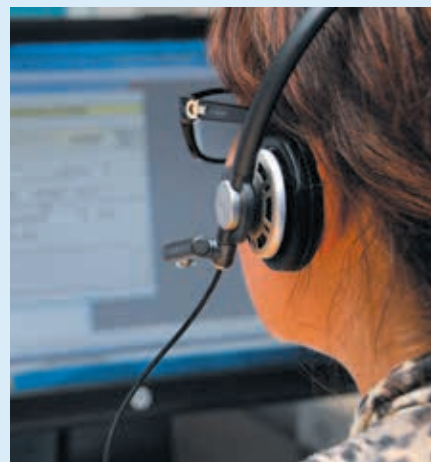
Les structures d'accueil pour personnes âgées atteignent aujourd'hui les limites de leurs capacités. Le centre d'expertise fédérale (KCE) estime d'ailleurs que d'ici 2025 ce sont de 20.000 à 30.000 nouveaux lits qu'il faudra ouvrir en Belgique pour faire face au papy boom. Un véritable défi. Or, une dépendance légère peut aujourd'hui facilement être prise en charge à domicile grâce notamment aux services de télé-vigilance.

LA TÉLÉ-VIGILANCE MÊME POUR LES JEUNES

La télé-vigilance, c'est pour les vieux. Faux. Les services de télé-vigilance s'envisagent dans bien d'autres cas : une personne handicapée ou en convalescence à domicile, une grossesse délicate... Une télé-vigilance limitée dans le temps est tout à fait possible. Mais c'est encore loin d'être rentré dans les mentalités. *"Sans Vitaltel, 264 personnes de moins de 60 ans ne pourraient pas rester chez elles"*.

PILULIER INTELLIGENT

Plus globalement, la télé-assistance ne se limite plus à la télé-vigilance. Vitaltel diversifie ses services et a lancé notamment la mise en place d'un pilulier intelligent. *"Garni" par un infirmier ASD, il présente les médicaments voulus aux heures prévues. Si la personne ne les prend pas, un appel est lancé vers la centrale de Vitaltel. Une opératrice se met alors en contact avec elle et lui rappelle de vive voix que sa médication est prête. "Par les intervenants à domicile et les médecins, nous avons constaté que la prise régulière de médicaments pouvait être problématique. Une entrée aux urgences sur quatre ou cinq est imputable à un mauvais usage de médicaments. Et c'est parfois la cause principale d'un départ en institution. C'est donc confronté à ce besoin que nous avons développé et que nous testons actuellement notre offre de pilulier intelligent", conclut Stéphane Belin.*



VITATEL

Télé-assistance 24h/24

Partenaire Mutualité chrétienne

L'incapacité de travail au fil du temps

Mutualité chrétienne

Alice BLACKMAN,
Chargée de projets en Promotion de la Santé

TOUT SAVOIR SUR L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL EN QUELQUES CLICS. INFORMATIONS, CONSEILS ET TÉMOIGNAGES

Lorsque l'incapacité de travail consécutive à des problèmes de santé survient puis se prolonge, une foule de questions peuvent se poser, des plus pratiques aux plus existentielles. Soucieuse d'informer et d'accompagner au mieux ses membres, la Mutualité chrétienne lance un nouveau portail d'informations, de conseils santé et de témoignages.

Accessible via www.mc.be/incapacite, ce portail aborde de manière complète, rigoureuse et vulgarisée la thématique de l'incapacité de travail et de l'invalidité. La MC souhaite en faire un site de référence.

80 NOUVELLES PAGES

L'information est accessible soit via des grandes thématiques (Questions fréquentes, Vos indemnités, Le médecin-conseil, La reprise d'activité, Le passage en invalidité, Les acteurs à vos côtés, Conseils santé...), soit via une ligne du temps reprenant des moments-clés du parcours de l'incapacité de travail, de la déclaration de l'incapacité au passage en invalidité. Les auteurs et relecteurs des articles (professionnels et personnes en invalidité) ont été attentifs à équilibrer la part du vocabulaire légal nécessaire et celle de la vulgarisation des matières.

Dans un souci de proximité, le portail laisse une large place aux témoignages de personnes en invalidité : témoignages écrits, témoignages sonores et vidéos de personnes qui ont souhaité partager avec d'autres leur vécu de l'incapacité.

Fruits de la collaboration entre plusieurs services (Infor Santé, Service social, Indemnités, Direction médicale, Altéo et service Communication), plus de 80 pages sont mises en ligne.



À QUI S'ADRESSE LE SITE ?

Le nouveau portail intéressera en tout premier lieu les personnes en incapacité de travail (primaire ou prolongée) et leur entourage, ainsi qu'aux associations de patients.

Il est aussi une mine d'informations pour tous les professionnels en contact direct avec eux : médecins généralistes, employeurs, médecins du travail, travailleurs sociaux, CPAS, syndicats, soignants à domicile...

Rendez-vous donc sur www.mc.be/incapacite.

L'INVALIDITÉ SOUS LA LOUPE

En Belgique, environ six travailleurs sur cent sont en incapacité de travail de longue durée (au-delà d'un an d'incapacité, on parle d'invalidité). Hommes et femmes, jeunes et moins jeunes, salariés et indépendants, ouvriers et employés... : tous les groupes socio-professionnels sont concernés.

Ces dernières années, le nombre d'invalides est en augmentation constante. Plusieurs facteurs expliquent cette hausse.

- **Des mesures prises dans d'autres branches de la sécurité sociale** comme le relèvement de l'âge de la pension des femmes à 65 ans, les exclusions dans le secteur du chômage, la suppression des prépensions... augmentent la durée pendant laquelle des bénéficiaires peuvent se trouver en invalidité ou entraînent des glissements du secteur du chômage vers celui des indemnités.
- **Le taux croissant de participation des femmes sur le marché du travail** augmente le nombre de titulaires assujettis à l'assurance indemnités et donc de travailleurs susceptibles d'entrer en incapacité de travail.
- **Le vieillissement de la population belge** se manifeste, au sein de la population en âge de travailler, par une croissance du nombre de personnes dans la tranche des 50-59 ans. Vu que l'incapacité de travail est un phénomène qui croît avec l'âge, ce vieillissement engendre un nombre plus important de situations d'incapacité primaire et d'invalidité.

Une vidéo sur les valeurs de l'entreprise

Louis-Marie PIRET, Directeur général de l'ASD Hainaut Oriental

Partager les valeurs au travers d'une vidéo, c'est l'innovation mise sur pied par l'ASD du Hainaut Oriental pour accroître la dynamique de la communication avec les travailleurs de terrain en limitant les coûts.

En 2014, un recueil d'avis de tous les travailleurs d'Aide & Soins à Domicile Hainaut Oriental a été réalisé via les 93 réunions d'équipes. Cette consultation avait pour objet les trois valeurs de l'entreprise : ensemble dans un esprit d'équipe ; respect et attention aux personnes ; souci du travail bien fait.

La direction générale souhaitait assurer personnellement un suivi de cette récolte à propos d'un sujet essentiel pour le fonctionnement de l'organisation et s'adresser à tous les travailleurs : informer sur les résultats de la collecte d'avis et proposer de participer au choix des actions déployées à l'avenir.

L'idée d'organiser le passage du Directeur général, Louis-Marie Piret, dans chacune des 93 réunions

d'équipes a été rapidement abandonnée. En effet, le planning montrait que cela n'était pas réalisable en moins de 5 mois. Par ailleurs, faire déplacer 900 travailleurs vers un lieu pour une communication d'un quart d'heure n'était pas raisonnable.

Une solution pratique et originale a donc été trouvée : la réalisation d'une vidéo de 10 minutes diffusée à toutes les équipes lors des réunions de janvier et février 2015. L'utilisation du support vidéo permet d'assurer un contact direct avec l'ensemble du personnel, sans déformation ou interprétation sur le message.

C'est dans les studios Keywall de Marcinelle que le tournage de la vidéo s'est déroulé. Le tout, dans des conditions professionnelles : utilisation de décors virtuels, habillage personnalisé, réalité augmentée, enregistrement dans les conditions du direct.

Les avantages de ce type de communication sont nombreux : le message est diffusé facilement, le temps consacré dans la réunion est court et bien défini, le support agréable favorise l'attention, les images permettent d'illustrer le message,...



© ASD HCO



Louis-Marie Piret a enregistré la vidéo dans les studios Keywall.

C'est aussi là où sont enregistrées les émissions *C'est du Belge*, *Le Jardin Extraordinaire* ainsi que les bulletins météo de la RTBF et de TV5.

FLASH INFO

LE CENTRE ASD DE HUY A DÉMÉNAGÉ !

L'équipe de l'ASD de Huy vous accueille désormais dans un tout nouvel environnement au **3, rue de la Paix à 4500 Tihange**. Le numéro de téléphone reste le même 04 3 428 428.

La vie est belle quand tout est naturel...

Aurore LEPINE, Directrice Aide à la Vie Journalière ASD TALE

"J'entrouvre la porte de la salle de réunion. Christelle Druel, aide ménagère à caractère social sur le centre de Tournai, prend la parole devant une quinzaine d'aides familiales attentives... Sur la table, des bouteilles de produits d'entretien vides, du vinaigre, des oranges, du savon de Marseille, des huiles essentielles... Je l'entends prononcer et écrire des termes incompréhensibles : methylchloroisothiazolinone... Je pense que je suis au bon endroit... Je vais suivre la formation organisée par l'ASD TALE sur l'utilisation des produits écologiques..."

C'est avec beaucoup de satisfaction que l'ASD TALE voit aboutir un projet, vieux de quelques années émanant du Comité de Prévention et de Protection au Travail qui avait choisi cette thématique afin de former le personnel à l'utilisation de produits naturels. Pendant plusieurs mois de travail, une aide familiale et une aide ménagère, sensibilisées à ce sujet, ont travaillé sur la création d'un manuel comprenant des recettes et une présentation des produits naturels d'entretien.

Des produits plus écologiques et économiques

En effet, dans leur travail de tous les jours, les aides familiales et ménagères utilisent des produits d'entretien au domicile. Cette utilisation est bien souvent conditionnée par toute une série d'aspects (moyens financiers de la personne, état d'hygiène et de propreté de l'habitation, pratiques de l'utilisateur...). En fonction des usages, le personnel utilise une panoplie parfois importante de produits. À force de les employer, ils peuvent s'avérer toxiques voire dangereux pour la santé. Dans le cas contraire, dans les familles dont la situation est précaire, le matériel d'entretien est parfois manquant et les aides ne disposent pas des détergents nécessaires pour effectuer correctement leur travail. Dans cette situation, pouvoir utiliser des produits de base, simples et à moindre coût peut constituer un "plus" pour les usagers.

Entre théorie et pratique

Une attention particulière a été apportée à la présentation et aux critères faisant du livret un outil pratique et facilement maniable pour le personnel de l'ASD au quotidien. Une fois le livret finalisé, il a été décidé d'organiser une formation à l'attention du personnel de terrain, les aides familiales, les aides ménagères à caractère social et les aides ménagères titres-services. Dix dates ont été planifiées pour ce cours de perfectionnement qui a débuté début octobre 2014 et qui s'est terminé en février

2015. Vu le succès remporté, l'ASD réfléchit à la possibilité d'organiser cette formation pour d'autres métiers dans les mois à venir.

La formation, animée par l'aide familiale et l'aide ménagère à la base du travail, a duré 3 heures. À travers une présentation dynamique et conviviale, les formatrices ont souhaité aborder dans un premier temps la toxicité des produits d'entretien traditionnels et ce, à partir de l'analyse des étiquettes de ces produits en petits groupes. Ensuite, les participantes ont eu l'occasion de réaliser trois recettes issues du livret : un nettoyant multi-usages, un produit vaisselle et un désodorisant ; des préparations qu'elles ont pu emporter et tester chez elles. Enfin, une présentation et une distribution du livret et des recettes clôturaient cette formation, riche en échanges et en partage.

Les évaluations réalisées en fin de cours traduisent un réel apprentissage pour le personnel qui a beaucoup apprécié le contenu et l'esprit pratique de la formation. De manière générale, elles attendent avec impatience la suite !

NETTOYANT MULTI-USAGES

- 2 tasses de vinaigre blanc
- 1 tasse d'eau
- 1 c. à c. d'huile essentielle eucalyptus radiata

Mettez les ingrédients dans un vaporisateur.
Mélangez avant usage.
Vaporisez sur un chiffon doux humide et frottez.
Inutile de rincer.

"Je quitte la salle de réunion... La pièce est embaumée des odeurs de savon et d'huiles essentielles : ça sent bon le propre ! Elle résonne également des échanges entre les aides familiales : ... moi je vais tester le nettoyant ce soir dans ma salle de bain... et moi je ferai ma vaisselle avec le produit... mon mari va me demander ce que c'est ! ... Je referme la porte... satisfaite et fière de cette réalisation..."



ARRÊT
SUR IMAGE



**“Un sourire coûte moins cher que l’électricité,
mais il donne autant de lumière”**

L'Abbé Pierre