



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

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

28 mai 2015

PARTIE 0 : RÉTROACTES

L'intégration de l'aide et des soins à domicile offre une réponse la plus complète possible aux besoins de la population. Pour une action efficace, les différents professionnels de l'aide et des soins doivent se connaître, se reconnaître dans leurs tâches, leurs compétences, leurs limites aussi. Ils doivent cheminer ensemble en affirmant leurs identités, tout en acceptant la complémentarité de leurs métiers. L'action menée doit aussi donner une place essentielle à la coordination des soins et de l'aide à domicile pour toutes les situations qui la requièrent.

Le secteur de l'aide et des soins connaît ces dernières années des évolutions importantes. Les métiers existants se développent et de nouvelles professions apparaissent. L'institutionnalisation ou l'hospitalisation ne sont plus des réponses uniques à des problèmes de santé ou de dépendance. Les besoins de la population à domicile se renforcent : accompagnement des personnes en fin de vie, soutien aux personnes handicapées, alternative à l'hospitalisation, répit pour les aidants proches... Une volonté forte rassemble ces évolutions : répondre plus et mieux aux besoins socio-sanitaires précis et garantir un maintien à domicile de qualité à un coût acceptable pour la collectivité.

Le 14 décembre 2009 (MB 20.01.2010), un protocole d'accord est signé entre l'État Fédéral et les entités fédérées concernant la relation entre les prestataires d'aide et d'accompagnement des services agréés d'aide à domicile et les professionnels de santé dans leurs activités à domicile. Le 24 février 2014, ce protocole est confirmé, avec quelques révisions (MB 20.06.2014).¹

Ce protocole est un premier pas pour clarifier les spécificités et les rôles de chaque professionnel de l'aide et des soins, dans le respect de l'identité de tous et de chacun, et dans le souci de complémentarité des métiers.

Il engage les Ministres concernés par ces matières à faire correspondre, s'il y a lieu et dans un délai réaliste, leurs réglementations respectives (et celles à venir) aux principes décrits.

Depuis lors, le secteur a continué son évolution naturelle, tenant compte d'un contexte budgétaire rigoureux et d'une actualité politique allant vers un transfert progressif des compétences de l'État Fédéral vers les entités fédérées.

Dans ce contexte, il est essentiel de poser une réflexion approfondie sur les métiers de l'aide et des soins à domicile afin de définir un cadre futur cohérent et efficient.

¹ À la même date (24 février 2014), deux autres protocoles sont signés :

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

PARTIE 1 : DÉFINITIONS

1.1 La santé

« Un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »²

1.2 La qualité de vie

« La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement. »³

1.3 Les soins de santé

« Les services dispensés par un praticien professionnel en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé d'un patient ou de l'accompagner en fin de vie »⁴.

1.4 Les soins infirmiers

« Les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier, citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation. »⁵

² Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé

³ Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé

⁴ Loi du 22 août 2002 relative aux droits des patients

⁵ Définition du Conseil International des Infirmières

Les soins infirmiers à domicile peuvent se décliner sous différentes formes :

- une pratique solo en tant qu'infirmier indépendant ;
- un groupement d'infirmiers de moins de 7 infirmiers (ETP). Le groupement peut être constitué exclusivement d'infirmiers indépendants, ou exclusivement d'infirmiers salariés ou d'une combinaison d'infirmiers indépendants et d'infirmiers salariés ;
- un service de soins infirmiers à domicile composé de minimum 7 infirmiers (ETP), hors l'infirmier responsable. Les infirmiers sont dirigés par un infirmier responsable de l'organisation du service, de la coordination, de la programmation, de la continuité, de la qualité et de l'évaluation des soins. L'infirmier responsable exerce également une autorité et un contrôle sur les infirmiers du service (A.R. du 16 avril 2002). Le service de soins infirmiers à domicile peut être constitué exclusivement d'infirmiers indépendants, ou exclusivement d'infirmiers salariés, ou d'une combinaison d'infirmiers indépendants et d'infirmiers salariés.

1.5 L'action sociale

L'action sociale désigne l'ensemble des moyens par lesquels une société agit sur elle-même pour préserver sa cohésion, notamment par des dispositifs législatifs ou réglementaires et par des actions visant à aider les personnes ou les groupes les plus fragiles à mieux vivre, à acquérir ou à préserver leur autonomie et à s'adapter au milieu social environnant.

1.6 L'aide à la vie journalière

L'aide à la vie journalière seconde l'individu de tous âges (en perte d'autonomie, malade ou handicapé) ou la famille en difficultés dans l'accomplissement des tâches et des actes de la vie quotidienne. L'aide permet le maintien à domicile des personnes, tout en préservant leur autonomie et en leur assurant une qualité de vie optimale.

L'activité d'aide à la vie journalière est effectuée par des services qui interviennent à domicile via des professionnels qualifiés (aide familiale, garde à domicile, aide ménagère, garde d'enfants malades, ouvrier polyvalent), afin de favoriser le maintien et le retour à domicile, l'accompagnement et l'aide à la vie quotidienne des bénéficiaires, en concertation avec l'environnement familial et de proximité et avec les autres intervenants professionnels éventuellement présents.

1.7 Le travail en réseau

1.7.a – La coordination des soins et de l'aide à domicile

En Région wallonne et en Région de Bruxelles-Capitale, la coordination des soins et de l'aide à domicile est un processus conjoint d'analyse interdisciplinaire de la situation et de prise de décision qui permet à des professionnels de mettre en commun et de partager leurs connaissances, leurs expertises et leurs compétences pour les mettre au service des bénéficiaires, afin de planifier et de réaliser ensemble un projet d'accompagnement, d'aide et de soins à domicile.

Les centres de coordination ont pour mission d'assister tout bénéficiaire souhaitant rester dans son lieu de vie ou réintégrer celui-ci, avec pour objectifs la continuité et la qualité du maintien à domicile. Il a également pour mission d'informer toute personne qui en fait la demande des possibilités de maintien ou de retour au lieu de vie, d'orienter la demande lorsqu'elle concerne l'obtention d'un seul ou de plusieurs services ou de clarifier celle-ci.

Le coordinateur est un agent de liaison entre les membres des réseaux. Il n'exerce pas d'autorité hiérarchique sur les services ou les prestataires, mais réalise la coordination selon des règles de consensus et de médiation, dans l'intérêt du bénéficiaire.

Au sein de la Communauté germanophone, un « bureau de consultation », personne morale agréée par le Gouvernement, fournit à l'usager 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 qui l'informe sur tous les prestataires dans le secteur social et sanitaire actifs dans la région de langue allemande.

1.7.b – Les Services Intégrés de Soins à Domicile (SISD)

« Institution de soins de santé qui, dans une zone de soins, renforce l'ensemble des soins aux patients entre autres par l'organisation pratique et l'encadrement des prestations fournies dans le cadre des soins à domicile, qui requièrent l'intervention des praticiens professionnels appartenant à différentes disciplines. »⁶

⁶ Arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les normes pour l'agrément spécial des services intégrés de soins à domicile (MB. 05/10/2002)

1.7.c – Les initiatives de coopération dans le domaine des soins de santé primaires (SEL)

Les SEL sont des dispositifs propres à la Communauté flamande, destinés à assurer des soins de qualité et une bonne collaboration entre les prestataires de soins à domicile. Ce sont des associations de représentants de prestataires de soins et éventuellement de représentants d'intervenants de proximité et de bénévoles, créées en vue d'optimiser les soins dans les limites d'une zone bien définie.

Ils sont reconnus et subventionnés par le Gouvernement flamand, au titre d'initiatives de coopération dans le domaine des soins de santé primaires, et en correspondance avec les SISD (financés par l'État fédéral).

1.7.d – Les Réseaux Multidisciplinaires Locaux (RML)

Les RML sont des projets pilotes créés à l'initiative des Cercles de médecins généralistes en 2009 pour soutenir les trajets de soins (prises en charge structurées des soins pour les patients atteints d'une affection chronique). Ils sont constitués de médecins, infirmiers (éducateurs), podologues, diététiciens, pharmaciens...

1.8 Le patient

« Une personne physique à qui des soins de santé sont dispensés, à sa demande ou non. »⁷

1.9 Le bénéficiaire

Le bénéficiaire est une personne, une famille, un groupe ou un public qui remplit les conditions nécessaires ouvrant le droit à une aide, à une prestation d'un service d'aide à la vie journalière.

1.10 La politique de santé à domicile

La politique de santé à domicile doit envisager la prise en charge des personnes (saines ou malades) et de leur famille au sein de leur lieu de vie afin de maintenir, améliorer ou rétablir le bien-être physique, psychique ou social.

Les acteurs d'une politique de santé à domicile sont de trois ordres :

- les professionnels de la santé définis par l'Arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé – ils interviennent dans le cadre des soins de santé auprès des personnes éprouvant des problèmes ou des risques liés à la santé ;
- les professionnels de l'aide – ils apportent une aide aux actes de la vie quotidienne ;
- les professionnels du travail en réseau – ils permettent une analyse interdisciplinaire et favorisent une bonne collaboration entre les intervenants du domicile.

Dans le cadre du présent dossier, le focus sera mis uniquement sur la collaboration entre les intervenants professionnels du domicile, sans aborder directement le travail plus large en réseau. Celui-ci reste cependant capital dans l'action générale déployée sur le terrain.

⁷ Loi du 22 août 2002 relative aux droits des patients

PARTIE 2 :

LES PROFESSIONNELS DE L'AIDE ET DES SOINS

Le praticien professionnel ou professionnel de la santé est un « *praticien visé à l'Arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé ainsi que le praticien professionnel ayant une pratique non conventionnelle, telle que visée dans la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales.* »⁸

Les professionnels de l'aide dépendent de la compétence des entités fédérées et se déclinent en différents métiers : aide ménagère sociale, aide familiale, garde à domicile, garde d'enfants malades...

2.1 Cadre légal (statut)

2.1.a – L'aide familiale

Région wallonne

- Code wallon de l'action sociale et de la santé (code décretaal) du 29 septembre 2011 – Deuxième partie : dispositions sectorielles – Livre 3 : aides aux familles – Titre 3 : service d'aide aux familles et aux aînés (MB. 21.12.2011)
- Code règlementaire wallon de l'action sociale et de la santé du 4 juillet 2013 – Deuxième partie : dispositions sectorielles – Livre 4 : aides aux familles – Titre 4 : service d'aide aux familles et aux aînés (MB. 24.09.2013)

« L'activité d'aide à la vie quotidienne, effectuée par les aides familiales et les aides seniors, a pour but de réaliser avec le bénéficiaire des actes de vie quotidienne, tels que définis par le statut de l'aide familiale. »

⁸ Loi du 22 août 2002 relative aux droits des patients

Vlaamse Gemeenschap

- Décret du conseil flamand du 18 juillet 2008 relatif à la délivrance d'aide et de soins (MB. 29.08.2008)

Modifié par le Décret du conseil flamand du 6 mai 2011 modifiant l'article 4 du décret du 18 juillet 2008 relatif à la délivrance d'aide et de soins (MB. 06.06.2011)

- Décret du conseil flamand du 13 mars 2009 sur les soins et le logement (MB. 14.05.2009)

Modifié par le Décret du conseil flamand du 18 novembre 2011 modifiant le décret sur les soins et le logement du 13 mars 2009, en ce qui concerne la collaboration des autorités locales lors de l'application de certaines dispositions de ce décret (MB. 23.12.2011)

- Arrêté du gouvernement flamand du 27 mars 2009 portant exécution du décret du 18 juillet 2008 relatif à la délivrance d'aide et de soins à domicile (Arrêté relatif à la délivrance d'aide et de soins à domicile) (MB. 12.05.2009)

Modifié par l'Arrêté du gouvernement flamand du 24 juillet 2009 relatif à la programmation, les conditions d'agrément et le régime de subventionnement de structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'intervenants de proximité (MB. 17.12.2009)

Modifié par :

- Arrêté du gouvernement flamand du 24 septembre 2010 modifiant la dénomination de l'agence autonomisée interne « Inspectie Welzijn, Volkgezondheid en Gezin » en l'agence autonomisée interne « Zorginspectie » (Inspection des soins) (MB. 21.10.2010)
- Arrêté du gouvernement flamand du 25 février 2011 modifiant diverses dispositions de la réglementation relative aux structures de soins et de logement (MB.11.04.2011)
- Arrêté du gouvernement flamand du 16 décembre 2011 modifiant diverses dispositions de la réglementation relative aux structures de services de soins et de logement, en ce qui concerne l'extension de Vesta aux soins à domicile complémentaires et aux services d'aide logistique (MB. 16.01.2012)

Modifié par l'Arrêté du gouvernement flamand du 24 juillet 2009 relatif à la programmation, les conditions d'agrément et le régime de subventionnement de structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'intervenants de proximité. - Annexe I - Service d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires (MB. 17.12.2009)

Modifié par :

- Arrêté du gouvernement flamand du 25 février 2011 modifiant diverses dispositions de la réglementation relative aux structures de soins et de logement (MB. 11.04.2011)
- Arrêté du gouvernement flamand du 16 décembre 2011 modifiant diverses dispositions de la réglementation relative aux structures de services de soins et de logement, en ce qui concerne l'extension de Vesta aux soins à domicile complémentaires et aux services d'aide logistique (MB. 16.01.2012)
- Arrêté du gouvernement flamand du 16 décembre 2011 modifiant l'annexe Ier et l'annexe II de l'Arrêté du Gouvernement flamand du 24 juillet 2009 relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement de structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'intervenants de proximité, et l'annexe II de l'Arrêté ministériel du 26 juillet 2001 portant fixation du système de contribution pour l'utilisateur d'aide aux familles (MB. 25.01.2012)
- Arrêté du Gouvernement flamand du 22 juin 2012 modifiant diverses dispositions de l'arrêté du gouvernement flamand du 24 juillet 2009 relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement de structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'intervenants de proximité, pour ce qui concerne la programmation des soins à domicile complémentaires et l'aide logistique (MB. 16.07.2012)

Modifié par l'Arrêté du 18 novembre 2011 Gouvernement flamand modifiant diverses dispositions de l'arrêté du Gouvernement flamand du 27 mars 2009 relatif à la délivrance d'aide et de soins à domicile (MB.16.12.2011)

« La délivrance d'aide et de soins est l'assistance ou les services visant à effectuer des activités de la vie journalière en lieu et place de l'utilisateur ou de personnes de son entourage qu'ils effectueraient eux-mêmes s'ils en étaient capables ou à soutenir l'utilisateur ou les personnes de son entourage lors de l'exécution de ces activités.

L'utilisateur est une personne physique qui, à partir d'un besoin déterminé, a recours, volontairement ou non à la délivrance d'aide et de soins délivrés. »

Région de Bruxelles-Capitale – COCOF

- Décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé (MB 08.05.2009)
- Arrêté du Collège de la Commission communautaire française du 4 juin 2009 portant application du décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé (MB. 22.07.2009)
- Arrêté 2010/551 du 21 octobre 2010 du Collège de la Commission communautaire française modifiant l'Arrêté 2009/520 du Collège de la Commission communautaire française du 14 mai 2009 fixant le barème des bénéficiaires et le statut des aides familiales, seniors et ménagères dans les services d'aide à domicile (MB. 23.06.2011)

« L'aide familiale ainsi que l'aide senior sont des professionnels à caractère polyvalent. L'aide familial ou senior assiste et seconde les bénéficiaires dans la réalisation des tâches de la vie quotidienne. Il prévient notamment des dangers qui menacent le bénéficiaire ou son entourage. Il mène une action de concertation avec le bénéficiaire et ses collègues et collabore avec tous les acteurs médico-sociaux entourant le bénéficiaire. »

Région de Bruxelles-Capitale – COCOM

- Arrêté du Collège réuni du 25 octobre 2007 relatif à l'agrément et au mode de subventionnement des services d'aide à domicile (MB. 01.02.2008)

« L'aide familiale est le membre du personnel qualifié, assistant les usagers dans la réalisation des actes de la vie journalière, en collaboration avec tous les acteurs médico-sociaux entourant l'usager. »

Deutschsprachige Gemeinschaft

- Arrêté du gouvernement de la Communauté germanophone du 15 juin 2001 fixant le statut d'aide familiale et d'aide senior (MB. 12.10.2001)
- Décret du 16 février 2009 concernant les services d'aide à domicile et créant un bureau de consultation pour l'aide à domicile, semi-résidentielle et résidentielle (MB. 07.05.2009)
- Contrat de gestion annuel (depuis 2010) entre la Communauté germanophone et l'asbl Familienhilfe

« L'aide aux familles et aux personnes âgées comprend l'aide, l'encadrement et les soins à l'usager en lien direct avec ses besoins physiques et psychiques (y compris le service de garde malade). Ces interventions servent à lui permettre de développer sa compétence à se prendre en charge lui-même. »

2.1.b – Polyvalent verzorgende

Vlaamse Gemeenschap

- Arrêté du Gouvernement flamand du 10 octobre 2008 réglant la formation de soignant polyvalent et le module de formation supplémentaire d'aide-soignant

« Le soignant polyvalent est un membre du personnel qui fournit de l'aide et des services qui comprennent les soins personnels, l'aide ménagère, le soutien psychologique ou le soutien pédagogique général au domicile de l'utilisateur ou dans un établissement résidentiel. »

2.1.c – La garde à domicile

Région wallonne

- Code wallon de l'action sociale et de la santé (code décretaal) du 29 septembre 2011 – Deuxième partie : dispositions sectorielles – Livre 3 : aides aux familles – Titre 3 : service d'aide aux familles et aux aînés (MB. 21.12.2011)
- Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé du 4 juillet 2013 – Deuxième partie : dispositions sectorielles – Livre 4 : aides aux familles – Titre 4 : service d'aide aux familles et aux aînés (MB. 24.09.2013)

« La garde à domicile a pour mission d'accompagner le bénéficiaire qui a besoin de la présence continue d'une personne et qui, pour des raisons de santé ou de handicap, ne peut se déplacer seul hors de son domicile. Il vise principalement à assurer, le jour ou la nuit et en complémentarité avec l'entourage du bénéficiaire, une présence active et à optimiser le bien-être mental, physique et social du bénéficiaire par des actions définies par le statut de garde à domicile. »

Vlaamse Gemeenschap

Les services de gardes à domicile s'inscrivent comme services de proximité pour l'aide à domicile complémentaire à l'aide donnée par les services réguliers d'aides familiales. La législation de base est donc celle de l'économie sociale :

- Décret du Gouvernement flamand du 22 décembre 2006 relatif à l'économie des services locaux (MB. 23.02.2007)
- Arrêté du Gouvernement flamand du 5 octobre 2007 relatif à l'économie des services locaux (MB. 06.11.2007)

À cela s'ajoute différents passages de la législation sur l'aide à domicile :

- Décret du Conseil flamand du 13 mars 2009 sur les soins et le logement (MB. 14.05.2009)

Modifié par le Décret du Conseil flamand du 18 novembre 2011 modifiant le décret sur les soins et le logement du 13 mars 2009, en ce qui concerne la collaboration des autorités locales lors de l'application de certaines dispositions de ce décret (MB. 23.12.2011)

- Arrêté du Gouvernement flamand du 24 juillet 2009 relatif à la programmation, les conditions d'agrément et le régime de subventionnement de structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'intervenants de proximité (MB. 17.12.2009)
 - Annexe 1 – Service d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires
 - Annexe 3 – Services de garde

« Personnel logistique : des personnes, occupées ou non dans un service d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires, offrant de l'aide au nettoyage, de garde ou de l'aide aux petits travaux. »

« Travailleur de groupe cible : la personne qui effectue des activités d'aide ménagère, de dépannage et de garde dans le cadre de l'économie de services locaux. »

« Service de garde : l'aide et l'assistance, le jour ou la nuit, qui consiste à offrir de la compagnie (séjourner en présence d'un usager et l'accompagner dans les activités de la vie quotidienne) à l'usager et à le surveiller (être présent à proximité immédiate de l'usager et être attentif à ses besoins éventuels et si nécessaire, prêter aide et assistance urgentes ou demander de l'aide professionnelle ou des soins de proximité) lors de l'absence ou en renfort de l'intervention de proximité. »

Deutschsprachige Gemeinschaft

- Décret du 16 février 2009 concernant les services d'aide à domicile et créant un bureau de consultation pour l'aide à domicile, semi-résidentielle et résidentielle (MB. 07.05.2009)
- Contrat de gestion annuel (depuis 2010) entre la Communauté germanophone et l'asbl Familienhilfe

La notion de garde à domicile est intégrée dans la définition de l'aide familiale, sans être toutefois spécifiquement décrite.

2.1.d – La garde d'enfants malades

Fédération Wallonie-Bruxelles

- Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 17 décembre 2014 fixant la réglementation des services d'accueil d'enfants malades à domicile (2014) (MB. 05.02.2015)

« Le service : service chargé d'organiser l'accueil des enfants malades âgés de 0 à 12 ans au domicile de l'enfant inscrit auprès dudit service.

L'accueillant : la personne faisant partie des membres du personnel du service et désigné par celui-ci pour accueillir l'enfant à son domicile.

Le service d'accueil d'enfants malades prend en charge l'accueil d'enfants atteints d'une pathologie soudaine et ponctuelle qui nécessite leur maintien dans leur milieu familial, et n'implique pas leur hospitalisation. À titre exceptionnel, le service peut prendre en charge, de manière temporaire, un enfant porteur de handicap ou de maladie chronique, ainsi qu'un enfant convalescent. »

2.1.e – Les praticiens de l'art infirmier : l'infirmier

État fédéral

- Arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé (MB. 14.11.1967) (Coordination officieuse)
- Arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre (MB. 26.07.1990) (Coordination officieuse)

« L'infirmier en tant que professionnel des soins de santé exerce l'art infirmier. On entend par exercice de l'art infirmier, l'accomplissement des activités suivantes :

a)

- observer, identifier et établir l'état de santé sur les plans psychique, physique et social ;
- définir les problèmes en matière de soins infirmiers ;
- collaborer à l'établissement du diagnostic médical par le médecin et à l'exécution du traitement prescrit ;
- informer et conseiller le patient et sa famille ;
- assurer une assistance continue, accomplir des actes ou aider à leur accomplissement en vue du maintien, de l'amélioration et du rétablissement de la santé de personnes et de groupes qu'ils soient sains ou malades ;
- assurer l'accompagnement des mourants et l'accompagnement lors du processus de deuil

b) les prestations techniques de l'art infirmier qui ne requièrent pas de prescription médicale ainsi que celles pour lesquelles elle est nécessaire. Ces prestations peuvent être liées à l'établissement du diagnostic par le médecin, à l'exécution d'un traitement prescrit par le médecin ou à des mesures relevant de la médecine préventive.

c) les actes pouvant être confiés par un médecin. »

2.1.f – Les praticiens de l’art infirmier : l’aide-soignant

État fédéral

- Arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé (MB.14.11.1967) (Coordination officieuse)
- Arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les modalités d'enregistrement comme aide-soignant (MB. 03.02.2006)

Modifié par :

- Arrêté royal du 12 novembre 2009 modifiant l'Arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les modalités d'enregistrement comme aide-soignant (MB. 08.12.2009)
- Arrêté royal du 23 février 2011 modifiant l'Arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les modalités d'enregistrement comme aide-soignant (MB. 08.03.2011)
- Arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes (MB. 03.02.2006)
- Pour les soins à domicile : Arrêté royal du 22 novembre 2013 modifiant l'article 8 de l'annexe de l'Arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (Moniteur Belge du 6 décembre 2013)

« L'aide-soignant en tant que professionnel des soins de santé est une personne spécifiquement formée pour assister l'infirmier ou l'infirmière, sous leur contrôle, en matière de soins, d'éducation et de logistique, dans le cadre des activités coordonnées par l'infirmier ou l'infirmière dans une équipe structurée. »

2.2 Formation et accès à la profession

2.2.a – L'aide familiale

Région wallonne

- Berufszulassung: Befähigungsbescheinigung als Familienhelfer, aus der hervorgeht, dass eine der laut Verordnung anerkannten Ausbildungen in einem der vier folgenden Studiengänge erfolgt ist:
 - Enseignement secondaire de plein exercice : certificat d'auxiliaire familiale et sanitaire, certificat d'aide familiale, certificat d'aide-soignant, certificat de puéricultrice, certificat d'aspirante en nursing, qualification d'assistant en gériatrie, qualification d'éducation de l'enfance, qualification de moniteur pour collectivité d'enfants
 - Enseignement de promotion sociale : certificat d'auxiliaire polyvalente des services à domicile et en collectivité, certificat d'aide familiale, certificat d'aide-soignant, certificat de qualification d'auxiliaire de l'enfance
 - Centre d'éducation et de formation en alternance : mêmes certifications que pour l'enseignement de plein exercice
 - Centre de formation reconnu par la Région wallonne : attestation de capacité d'aide familiale
 - Ausbildung AFPK (formation reconnue par la Communauté germanophone)
- En plus de l'attestation de capacité, l'aide familiale doit être en possession d'un certificat d'immatriculation d'aide familiale délivré par le Ministre de la Région wallonne ayant la formation professionnelle dans ses attributions

Vlaamse Gemeenschap

Lors de son entrée en service, la personne doit disposer d'un certificat d'inscription délivré par l'administration sur base d'un des documents suivants :

a) un des titres suivants, délivrés dans la discipline 'aide aux personnes' ; le Ministre décidant des formations dans la discipline 'aide aux personnes' prises en considération :

1) un diplôme, un certificat d'études ou un certificat, délivrés après la deuxième ou troisième année d'études du troisième degré de l'enseignement secondaire professionnel (à temps plein ou à temps partiel), soit après la deuxième ou troisième année du troisième degré de l'enseignement secondaire technique, soit après l'enseignement secondaire/après-secondaire du troisième degré de l'enseignement secondaire technique (Se-n-Se) ;

2) un diplôme en nursing, délivré après la troisième année du quatrième degré de l'enseignement secondaire professionnel, ou un diplôme de gradué délivré après la formation de nursing de l'enseignement supérieur professionnel (HBO₅) ;

3) un certificat de fin d'études, certificat ou diplôme, délivré après une formation de l'enseignement secondaire des adultes, classée enseignement secondaire technique ou enseignement secondaire professionnel du troisième degré ;

b) un diplôme de l'enseignement secondaire combiné avec une attestation démontrant que la personne a réussi une ou plusieurs années d'une formation de l'enseignement supérieur. Seules les formations de l'une des disciplines suivantes sont prises en considération :

1) dans l'enseignement supérieur : la discipline soins de santé ou la discipline travail socio-éducatif ;

2) dans l'enseignement supérieur professionnel (HBO₅) : la discipline soins de santé ou la discipline travail socio-éducatif ;

3) dans l'enseignement universitaire : la discipline éducation physique, sciences de réadaptation motrice et kinésithérapie.

Le Ministre désigne, dans ces disciplines, les formations qui sont prises en considération et fixe, pour chaque formation, le nombre d'années à terminer avec succès ;

c) soit un certificat d'aptitude de soignant polyvalent, délivré par un centre de formation qui était agréé sur la base de l'Arrêté du Gouvernement flamand du 28 janvier 2000 réglant l'agrément et le subventionnement des centres de formation de soignants polyvalents, soit un certificat d'aptitude de soignant polyvalent ou un certificat d'aptitude d'aide-soignant, délivré par un centre de formation qui remplit les conditions, visées à l'Arrêté du Gouvernement flamand du 10 octobre 2008 réglant la formation de soignant polyvalent et le module de formation supplémentaire d'aide-soignant ;

d) un certificat d'aptitude, délivré par un centre de formation agréé par la Communauté française ou la Communauté germanophone, et qui organise des formations équivalentes pour le contenu et pour le niveau, aux formations d'un centre de formation tel que mentionné au c) ;

e) un certificat d'études étranger, à condition que le Ministère flamand de l'Enseignement et de la Formation le déclare équivalent à un certificat d'études flamand tel que visé au a) ou b) ;

f) une attestation de conformité délivrée en application des articles 7 à 11 de l'Arrêté du Gouvernement flamand du 27 mars 2009 portant exécution du décret du 18 juillet relatif à la délivrance d'aide et de soins à domicile.

Région de Bruxelles-Capitale – COCOF

- Accès à la profession : attestation de capacité d'aide familiale certifiant qu'une des formations reconnues par la réglementation a été suivie selon une des quatre filières suivantes :
 - Enseignement technique secondaire supérieur de plein exercice : certificat d'aspirante en nursing, certificat d'éducateur en gérontologie
 - Enseignement professionnel secondaire supérieur de plein exercice : certificat d'auxiliaire familial et sanitaire, certificat de puériculture
 - Enseignement secondaire supérieur de promotion sociale : certificat d'auxiliaire polyvalent des services à domicile et en collectivité, certificat d'aide familiale
 - Centre de formation agréé par la COCOF : attestation de capacité d'aide familiale
 - Certificat d'enregistrement délivré par l'INAMI pour le personnel aide-soignant
 - Diplôme, attestation ou certificat étranger jugé équivalent par un membre du Collège de la COCOF
 - Attestation de capacité datant d'avant le 1^{er} juillet 1990
- En plus de l'attestation de capacité, l'aide familiale doit être en possession d'un certificat d'immatriculation d'aide familiale délivré par un membre du Collège de la COCOF.

Région de Bruxelles-Capitale – COCOM

- Accès à la profession : diplôme délivré par une Communauté, une Région ou la Commission communautaire française ou diplôme équivalent (la liste des diplômes peut être arrêtée par les Ministres).
- Une attestation de capacité doit être délivrée par l'Administration, moyennant certains documents à fournir (copie conforme du diplôme, certificat de bonnes vie et mœurs, photo récente, certificat médical d'aptitude à la fonction et copie du contrat de travail).

Deutschsprachige Gemeinschaft

Accès à la profession :

- attestation de capacité délivrée par la Communauté germanophone
- AFPK (Ausbildung Familien- & Seniorenhelfer/in und Pflegehelfer/in)
- enseignement professionnel : de 6^{ème} année « Familienhilfe » aide familiale (Institut Maria Goretti à Saint-Vith et Institut Robert Schuman à Eupen)
- certificat délivré par la Région wallonne ou la Communauté flamande

2.2.b – Polyvalent verzorgende

Vlaamse Gemeenschap

- Accès à la profession : certificat d'aptitude de soignant polyvalent, conforme au modèle prescrit par le VDAB (centre de formation)
- Niveau d'enseignement : assimilé au certificat délivré à l'issue de la formation de soignant du troisième degré de l'enseignement secondaire professionnel de l'enseignement à temps plein

2.2.c – La garde à domicile

Région wallonne

- Mêmes conditions que pour l'aide familiale

Vlaamse Gemeenschap

- Il n'y a pas d'exigence particulière pour déterminer les diplômes d'accès à la profession : toutes les qualifications, du niveau non qualifié aux diplômes, certificats de fin d'études ou certificats de l'enseignement secondaire, y compris l'enseignement secondaire après secondaire (Se-n-Se), ou de l'enseignement secondaire des adultes peuvent être acceptés.

Deutschsprachige Gemeinschaft

Accès à la profession :

- attestation de capacité délivrée par la Communauté germanophone
- AFPK (Ausbildung Familien- & Seniorenhelfer/in und Pflegehelfer/in)
- enseignement professionnel : de 6^{ème} année « Familienhilfe » aide familiale (Institut Maria Goretti à Saint-Vith et Institut Robert Schuman à Eupen)
- certificat d'aide familiale délivré par la Région wallonne ou la Communauté flamande
- enseignement professionnel de 7^{ème} année « Pflegehilfe » aide-soignant (Institut Maria Goretti à Saint-Vith et Institut Robert Schuman à Eupen)
- aide-soignant

2.2.d – La garde d'enfants malades

Fédération Wallonie-Bruxelles

- Les personnes qui assurent l'accueil des enfants justifient de la formation de puériculteur ou d'une qualification reconnue par l'Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 5 mai 2004 relatif à la reconnaissance des formations et qualifications du personnel des milieux d'accueil prévu par l'Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 27 février 2003 portant réglementation générale des milieux d'accueil. Elles doivent également justifier d'une formation en premiers soins, les rendant aptes à détecter les symptômes d'aggravation de l'état de santé de l'enfant, et de faire face aux situations d'urgence.

2.2.e – Les praticiens de l'art infirmier : l'infirmier

État fédéral

- Accès à la profession :
 - Titre de bachelier en soins infirmiers : enseignement de plein exercice – niveau supérieur – comportant au moins 3 années d'études ou son équivalent dans l'enseignement de promotion sociale, organisé dans un établissement scolaire reconnu par l'autorité compétente
 - Brevet d'infirmier hospitalier : enseignement de plein exercice – niveau secondaire complémentaire – comportant au moins 3 années d'études ou son équivalent dans l'enseignement de promotion sociale, organisé dans un établissement scolaire reconnu par l'autorité compétente
- Les titres et brevets doivent être visés préalablement par la commission médicale qui est compétente en raison du lieu où l'infirmier compte s'établir.
- Pour exercer dans les soins infirmiers à domicile, l'infirmier doit être en possession d'un numéro INAMI.

2.2.f – Les praticiens de l’art infirmier : l’aide-soignant

État fédéral

- Accès à la profession : certificat de qualification d’aide-soignant ou un certificat d’enseignement secondaire supérieur d’aide-soignant selon une des trois filières suivantes :
 - Enseignement ordinaire de plein exercice
 - Enseignement ordinaire en alternance
 - Enseignement ordinaire de promotion sociale

- Les certificats doivent être visés préalablement par la commission médicale qui est compétente en raison du lieu où l’aide-soignant compte s’établir. Avant l’octroi du visa, la Commission d’agrément du Conseil fédéral de l’art infirmier vérifie s’il est répondu aux modalités d’enregistrement en tant qu’aide-soignant conformément aux modalités fixées par le Roi, après avis du Conseil fédéral de l’art infirmier.

- Pour exercer dans les soins infirmiers à domicile, l’aide-soignant doit être en possession d’un numéro INAMI.

2.3 Responsabilités

2.3.a – Relation fonctionnelle entre l’infirmier et l’aide-soignant

L’aide-soignant ne peut accomplir les activités infirmières que dans la mesure où un infirmier les lui a déléguées. Ces activités continuent à relever de la compétence de l’infirmier.

L’infirmier peut, à tout moment, mettre fin à cette délégation.

D’autres activités, qui ne relèvent pas du domaine des prestations de soins infirmiers proprement dites, peuvent toujours être posées par l’aide-soignant (entretien et rangement du matériel de soins, réfection du lit...).

D’autre part, l’aide-soignant doit travailler au sein d’une équipe structurée et sous le contrôle d’un infirmier.

L’équipe structurée doit répondre au minimum aux critères suivants :

- la répartition des infirmiers dans l’équipe structurée doit être telle qu’ils puissent contrôler les activités des aides-soignants ;
- l’équipe structurée doit garantir la continuité et la qualité des soins ;
- l’équipe structurée organise la concertation commune au sujet des patients dans le cadre de laquelle elle a procédé à une évaluation du plan de soins et le cas échéant à une adaptation de celui-ci ;
- l’équipe structurée instaure une procédure de collaboration entre l’infirmier et l’aide-soignant ;
- l’équipe structurée bénéficie d’une formation permanente.

Pour le secteur des soins infirmiers à domicile, l'équipe structurée est définie par l'article 8 de la nomenclature des prestations de soins de santé⁹ comme étant une équipe qui :

- utilise un numéro tiers-payant unique ;
- est composée chaque mois de minimum 4 infirmiers gradués ou brevetés :
 - ayant tous adhéré à la convention nationale ;
 - qui exercent l'art infirmier à titre principal dans les soins infirmiers à domicile ;
 - qui, ensemble, attestent chaque mois des prestations de l'article 8 pour une valeur minimale de 4000W (en-dehors des prestations pour lesquelles des aides-soignants ont entièrement ou en partie dispensé les soins) et ce durant une période de 6 mois précédant le mois au cours duquel une prestation attestée a été dispensée par un aide-soignant ;
 - et qui ont effectivement collaboré à un aspect des soins dispensés aux patients, à l'exception d'aspects administratifs ou de coordination ;
- a conclu des accords internes ;
- a introduit auprès de l'INAMI une déclaration sur l'honneur.

Le contrôle effectué par les infirmiers de l'équipe structurée comporte les éléments suivants :

- l'aide-soignant doit faire rapport de ses activités, le jour même, à l'infirmier ;
- l'infirmier doit veiller à ce que les soins, l'éducation à la santé et les activités logistiques qu'il a délégués sont effectués d'une manière correcte ;
- le nombre d'aides-soignants qui travaillent sous le contrôle de l'infirmier dépend des effectifs prévus pour l'équipe structurée, de la complexité des soins et de la stabilité de l'état des patients ;
- la présence physique de l'infirmier lors de l'exercice des activités de l'aide-soignant n'est pas requise ;
- l'infirmier doit être accessible pour donner les informations et le support indispensable à l'aide-soignant ;
- l'aide-soignant collabore, dans la limite de sa qualification et de sa formation, à la tenue à jour pour chaque patient du dossier infirmier.

⁹ Arrêté royal du 22 novembre 2013 modifiant l'article 8 de l'annexe de l'Arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (Moniteur Belge du 6 décembre 2013)

Dans le cadre de la délégation fixée par l'Arrêté royal du 12 janvier 2006, les précisions suivantes sont définies par l'article 8 de la nomenclature des prestations de soins de santé susmentionné pour le secteur des soins infirmiers à domicile :

- les aides-soignants peuvent effectuer au maximum 25% des prestations de base effectuées par l'équipe structurelle, aussi bien dans le cadre des forfaits que des prestations à l'acte dispensées par l'équipe au cours d'un mois calendrier ;
- l'infirmier doit effectuer des visites de contrôle. Au cours de cette visite de contrôle, l'infirmier doit vérifier si la délégation se déroule correctement et l'infirmier doit dispenser lui-même les soins nécessaires au cours de cette visite, éventuellement en présence de l'aide-soignant ;
- Le nombre minimum de visites de contrôle est fixé à une fois par mois pour chaque patient chez qui un aide-soignant effectue des activités infirmières, excepté :
 - dans le cadre des forfaits A où une visite de contrôle doit être effectuée au moins deux fois par mois ;
 - dans le cadre des forfaits B où une visite de contrôle doit être effectuée au moins quatre fois par mois ;
 - dans le cadre des forfaits C où au moins une visite de contrôle quotidienne doit être effectuée ;
- La fréquence et les moments de ces visites de contrôle doivent être adéquats du point de vue de la situation de soin du patient et motivés dans le dossier infirmier.

2.3.b – Relation hiérarchique entre le responsable de l'accompagnement et les travailleurs de l'aide à la vie journalière

Les activités d'aide à la vie journalière sont réalisées sous la supervision d'un responsable de l'accompagnement (assistant social ; ou infirmier gradué social ; ou infirmier gradué spécialisé en santé communautaire ou en santé publique ; ou bachelier professionnalisant à orientation psycho-médico-sociale ; ou titulaire d'un graduat ou d'un baccalauréat en soins infirmiers ou en sciences sociales).

Le responsable de l'accompagnement fait partie du staff d'encadrement intermédiaire social et administratif (entre l'intervenant à domicile et la direction) et est sous la responsabilité de la direction.

Il représente le pivot de la structure d'aide et de soins à domicile puisqu'il est l'interface entre l'intervenant et le bénéficiaire et garantit les valeurs qui fondent la relation d'aide.

Ses missions se déclinent principalement en 3 axes :

- Suivi des bénéficiaires : il organise l'aide et les prestations à domicile, évalue les besoins de la personne et veille au bon déroulement du plan d'aide.
- Gestion d'équipe : il encadre, gère et assure le suivi d'une ou de plusieurs équipes d'intervenants à domicile.

Les pouvoirs subsidiants imposent des normes pour l'encadrement des équipes. Ces normes sont une base minimale à respecter.

En Région wallonne, pour les aides familiales : 0,026 ETP assistant social / 1.000 heures subventionnées (sur base de l'activité de l'année précédente), avec un minimum de 0,25 ETP assistant social (soit 1 ETP assistant social / 24 ETP aide familiale) ; pour les gardes à domicile : 0,038 ETP assistant social / 1 ETP garde à domicile (soit 1 ETP assistant social / 26 ETP garde à domicile).

En Région de Bruxelles – Capitale, pour les aides familiales et les aides ménagères : 0,25 ETP assistant social / 5 ETP aide familiale ou aide ménagère (soit 1 ETP assistant social / 20 ETP aide familiale ou aide ménagère).

En Communauté germanophone : aucune norme d'encadrement n'est imposée, l'Arrêté d'application du décret n'existant pas. À noter pour information que, dans un des projets d'Arrêté, la norme citée était un ½ ETP assistant social pour 12.500 heures prestées auprès du bénéficiaire, et pour chaque tranche supplémentaire de 7.500 heures ¼ ETP supplémentaire.

- Administration et gestion : il assure la gestion administrative des missions qui lui sont confiées dans un souci de cohérence, en fonction des objectifs fixés par la direction et selon les principes légaux définis par les pouvoirs publics.

PARTIE 3 :

LE SECTEUR DU DOMICILE : CONSTATS, OBSTACLES ET MENACES

3.1 Une évolution cloisonnée des métiers

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

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

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

Ces dernières années, ces difficultés ont été renforcées par l'apparition de nouveaux métiers à domicile tels que la garde à domicile ou l'aide-soignant. Nous avons fait progressivement le choix de la diversification des fonctions plutôt que de la polyvalence, ce qui répond à des objectifs de qualité et d'efficacité. Il faut toutefois déplorer que, là encore, cette évolution n'a pas toujours été accompagnée d'une réflexion suffisante sur la complémentarité entre les métiers.

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

3.2 Un dédale de prestations pour le bénéficiaire

Si l'aide et les soins à domicile n'existaient pas, on peut facilement imaginer le chemin difficile que serait celui de la personne dépendante. Et tout à la fois, tant que cette dépendance n'est pas là, peu de gens croisent le chemin de l'aide et des soins à domicile. Alors, quand il faut entrer dans ce monde de la santé, c'est parfois un long dédale à parcourir pour en comprendre son fonctionnement : différentes professions pour différents actes à réaliser, autant d'incertitude pour le bénéficiaire face à ce que chacun peut faire ou ne pas faire.

C'est là où le travail d'information et la coordination du réseau prend tout son sens : donner les bonnes indications au bon moment à la bonne personne. Mais ce travail est encore difficile et pas assez développé, faute de temps et de moyens.

L'intégration des activités de l'aide et des soins est un outil que nous devons améliorer constamment pour une réponse optimale aux demandes des bénéficiaires. Les métiers du domicile sont à valoriser dans ce qu'ils ont d'unique et de complémentaire. L'accès à l'information est un enjeu majeur dont nous devons nous emparer. Il faut pouvoir mettre à la portée des gens l'information dont ils ont besoin, en l'adaptant en fonction des circonstances de vie.

3.3 Un dédale de prestataires pour les bénéficiaires : l'inquiétant développement du travail au noir ou des sociétés à finalités marchandes

Des formules de travail au noir, principalement au niveau des tâches de l'aide à la vie journalière se développent de manière outrancière et avec une rapidité devenue presque incontrôlable.

Par ailleurs, des sociétés se positionnent de plus en plus en proposant des services d'aide à domicile (24h/24, 7 jours/7) prestés par des personnes venues d'autres pays tels que la Bulgarie, la Pologne, ou encore l'Afrique du Sud. Le prix de tels services oscillent de 900 euros à presque 2.000 euros par mois.

Le fait que ces sociétés se promotionnent par une publicité répétée affirmant respecter le cadre légal est un élément neuf qui atteste de l'enjeu du maintien à domicile et du questionnement éthique que nous devons avoir pour assurer la qualité des prestations au service des bénéficiaires.

Par manque d'anticipation politique et de moyens, la loi de la « débrouille » qui recourt à ce type d'aide risque d'être de plus en plus fréquente, et restera toujours plus favorable aux plus nantis en ressources financières et en réseaux sociaux. Cette pratique est aussi la porte ouverte aux abus en tout genre et aux risques de maltraitance (physique, financière et/ou morale), toujours au détriment des personnes les plus fragilisées.

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

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

L'action des mouvements associatifs a rapidement été reconnue par les pouvoirs publics (création des centres de coordination dans les années 90) et le financement des services d'aides à domicile progressivement assuré, ainsi qu'un cadre réglementaire garant des professions et des services rendus à la population.

Le déploiement de ces actions conjointes a progressivement permis de développer une réponse de plus en plus complète pour couvrir des besoins de plus en plus diversifiés d'aide à la vie journalière.

Par contre, dans le secteur des soins infirmiers à domicile, nous constatons que les praticiens de l'art infirmier continuent à effectuer régulièrement des prestations pouvant être considérées comme une aide à la vie journalière des bénéficiaires, nonobstant qu'elles sont considérées comme des prestations techniques de soins infirmiers.

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

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

Les listes des prestations techniques de soins infirmiers et des actes médicaux pouvant être confiés par un médecin à un praticien de l'art infirmier ont été légiférées dans le cadre d'un contexte hospitalier prenant en charge un patient en phase aiguë ou subaiguë. Les listes n'entrevoient pas la prise en charge des patients chroniques : même thérapeutique *per os*, application de bas destinés à prévenir et/ou à traiter des affections veineuses... depuis plusieurs années.

Au décours de la deuxième guerre mondiale, le premier professionnel se rendant au domicile des bénéficiaires fut l'infirmier. Étant le seul professionnel au domicile, il prit en charge les bénéficiaires dans sa globalité sans se soucier si les prestations relevaient de l'aide ou des soins de santé : l'infirmier « ... a la vocation de servir, mais ce service qui était jusque-là mis à la disposition des pauvres, des malades, va progressivement changer d'orientation avec le

développement de la médecine »¹⁰. En toute logique, ces prestations se sont vu octroyer un honoraire avec un remboursement dans le cadre de l'assurance obligatoire sans questionnement pour savoir s'ils relevaient de l'aide ou des soins de santé.

Devant l'évolution du vieillissement de la population et la prise en charge croissante au domicile, il est impératif d'encourager les praticiens de l'art infirmier à réaliser des prestations relevant de leur qualification, laissant les prestations d'aide aux professionnels de ce secteur.

L'évolution des professions des praticiens de l'art infirmier dans les pays limitrophes de la Belgique nous amène à penser que de nouvelles activités dédiées aux praticiens de l'art infirmier ne pourront se déployer que si ceux-ci se déchargent, dans le cadre d'une collaboration interprofessionnelle, des prestations relevant d'un contexte d'aide.

3.5 Une formation trop limitée pour un déploiement de l'activité des aides-soignants

L'Arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes autorise l'aide-soignant à effectuer 18 activités infirmières sous le contrôle et la supervision d'un infirmier au sein d'une équipe structurée.

Cette liste minimaliste est le consensus né des débats qui ont précédé la publication dudit Arrêté royal entre les associations professionnelles infirmières et le Ministre de la Santé publique ; les activités infirmières pouvant être prodiguées par les aides-soignants devant obligatoirement correspondre à un avis conforme de la Commission Technique de l'Art Infirmier. Durant ces débats, les associations professionnelles infirmières craignaient une diminution de la qualité des soins infirmiers.

Neuf ans après la publication de cet Arrêté royal, différents acteurs des soins infirmiers entrevoient la possibilité d'élargir la liste des 18 activités infirmières pouvant être effectuées par les aides-soignants. Ce constat est également mis en avant par le groupe de travail « aide et soins » entre l'État fédéral et les entités fédérées suite aux travaux sur l'élaboration de trois protocoles d'accord susmentionnés.

En janvier 2014, la Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales a formulé une demande d'avis à la Commission Technique de l'Art Infirmier afin d'élargir la liste des 18 activités infirmières pouvant être effectuées par l'aide-soignant. Celle-ci a rendu un avis négatif en juin 2014, tout en précisant : « *Dans le futur, il devrait être possible de confier plus d'actes aux aides-soignants et d'élargir la législation, après une formation adaptée* ».

¹⁰ « Promouvoir la vie : De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers », Collière Marie-Françoise, Édition Elsevier/Masson, Paris, 1998.

3.6 Le manque de reconnaissance de la profession de garde à domicile

Le métier de garde à domicile est un maillon insuffisamment développé en Belgique aujourd'hui pour une continuité de l'accompagnement à domicile.

En l'absence d'une reconnaissance généralisée et financée du métier, le travail en noir continue d'exister et des entreprises commerciales développent cette activité. Les abus qui découlent de ces prestations non déclarées ou à but lucratif (tarifs horaires exorbitants réclamés au bénéficiaire, non-respect de la législation sociale par l'employeur, absence ou manque de compétences des travailleurs, etc.) rendent indispensables des réponses plus professionnelles et plus respectueuses des bénéficiaires.

Par ailleurs, sans soutien accru des autorités publiques, le coût pour le bénéficiaire est lourd, voire inaccessible pour certaines catégories de population, surtout lorsque la demande s'inscrit dans l'intensité, dans la durée, et/ou comporte des prestations de nuit.

Les enjeux de cette reconnaissance ne sont pas dénués de sens. Investir dans cette activité est donc nécessaire pour éviter une dualisation accrue de la société où l'institutionnalisation précoce ne serait que le reflet de réalités socio-économiques différentes et non de l'état de santé.

3.7 Le manque de reconnaissance de la profession d'aide ménagère

L'entrée de la dépendance se marque souvent par des besoins d'aide à l'entretien ménager. Ces tâches sont soit prises en charge par une aide familiale si elles sont associées à d'autres tâches d'aide à la vie journalière, soit réalisées par des aides ménagères.

Il est indispensable aujourd'hui de structurer le métier d'aide ménagère dans un contexte d'aide aux familles et aux aînés comme un métier à part entière : avec un cadre de financement par les pouvoirs publics, un barème de contribution pour les bénéficiaires, un encadrement social adapté à cette question de l'entrée dans la dépendance et un parcours de formation qui développe la qualification des personnes.

À cet égard, le transfert de l'activité titres-services doit être le moment où se résout la concurrence entre le métier d'aide ménagère titres-services et le métier d'aide familiale, concurrence qui est le premier signe d'une marchandisation des services de proximité, avec toutes les conséquences néfastes que cela comporte en termes de qualité d'emplois et de services. En effet, nous mettons également un point d'honneur à distinguer les activités qui relèvent du champ de l'aide aux familles des activités titres-services. Cette distinction n'est pas toujours évidente aux yeux du grand public. Ce phénomène est amplifié par le fait que, pour certains bénéficiaires, il est plus intéressant financièrement de recourir aux titres-services qu'à une aide familiale qualifiée. Cela engendre un risque que des personnes fragilisées bénéficient d'un service inadapté presté par des travailleurs insuffisamment formés et encadrés.

Dans cette optique, le transfert des compétences représente une opportunité de transférer au moins une partie des moyens de cette politique d'emplois subventionnés vers le secteur de l'économie sociale pour que les montants des subventions publiques servent une réelle politique d'emplois et une offre de services à domicile de qualité. Un transfert des budgets doit s'opérer et un cadre clair doit être établi pour permettre un véritable accompagnement social de la dépendance et des questions de santé qui y sont liées.

3.8 Quelques exemples d'actes controversés

3.8.a – Les prestations de soins d'hygiène

S'il y a bien un acte de soin qui peut paraître banal et qui ne l'est pas, c'est la toilette. Depuis toujours, les professionnels de l'aide et des soins sont mobilisés sur cette question d'un acte de soins, porteur de sens.

Légalement, les soins d'hygiène peuvent être réalisés aussi bien par un infirmier, un aide-soignant, un *polyvalent verzorgende*, une aide familiale ou une garde à domicile. Ces professionnels ont, en effet, reçu la formation adéquate pour effectuer une toilette.

En juin 2014, la Commission Technique de l'Art Infirmier a rendu un avis sur l'interprétation des soins d'hygiène relevant de la compétence des praticiens de l'art infirmier :

« L'interprétation de la prestation technique infirmière 'soins d'hygiène' chez les patients souffrant de dysfonctionnement des AVQ. Il s'agit d'un dysfonctionnement des AVQ chez les personnes qui :

- *soit répondent à la définition légale du « patient » : la personne physique à qui des soins de santé sont dispensés, à sa demande ou non ; des soins de santé étant des services concernant la santé rendus par un praticien professionnel visé à l'A.R. n° 78 ou ayant une pratique non conventionnelle.
(Loi relative aux droits du patient du 22 août 2002, art. 2) ;*
- *soit les personnes chez lesquelles un médecin ou un infirmier, après une évaluation de leur situation, constate la nécessité de soins par un praticien professionnel. L'infirmier doit avoir la possibilité d'évaluer cette nécessité pendant une « consultation infirmière ».*

Des décisions ont été prises au sein de l'INAMI pour supprimer l'honoraire de certaines toilettes qui ne nécessitent pas l'intervention spécifique d'un professionnel de la santé, tout en proposant une évaluation régulière de l'état de santé du bénéficiaire. Ces décisions sont cependant sur la sellette et dépendront des orientations qui seront décidées par le Gouvernement. Ces décisions auront aussi, inévitablement, un impact sur le financement du secteur de l'aide à domicile : l'activité ne pourra être déployée par les aides familiales ou les gardes à domicile que si le secteur reçoit les moyens de le faire.

Cette évolution d'ordre financier impacte évidemment les collaborations interprofessionnelles entre les soins infirmiers et l'aide à la vie journalière, ainsi que la vie des bénéficiaires pris en charge pour des toilettes.

S'engager dans un processus de transfert des toilettes, pour les personnes faiblement dépendantes, entre les soins infirmiers et l'aide à la vie journalière est pourtant une manière intelligente de penser une approche intégrée d'aide et de soins pour apporter une réponse adéquate et un service de qualité aux bénéficiaires.

C'est aussi viser à ce que chaque professionnel déploie au mieux les compétences pour lesquelles il est formé.

Cela permet pour ces personnes, et en fonction de leurs besoins, d'avoir un professionnel de l'aide qui preste plus longtemps au domicile en réalisant également d'autres tâches d'aide à la vie journalière si nécessaire. Par ailleurs, cela permet aux infirmiers de consacrer plus de temps pour les bénéficiaires plus dépendants qui requièrent des soins multiples et complexes.

3.8.b – La prise en charge médicamenteuse par le secteur de l'aide à la vie journalière

Actuellement, les aides familiales et les gardes à domicile doivent veiller à la prise correcte des médicaments mais ne peuvent, en aucun cas, préparer les médicaments dans un pilulier ou encore encourager le bénéficiaire à prendre un médicament qui ne serait pas prescrit par le médecin.

Pour les gardes d'enfants malades, la situation est plus compliquée puisqu'ils sont en charge d'enfants malades mineurs, devant le plus souvent suivre un traitement durant la journée, et donc, en l'absence des parents. Les services de gardes d'enfants malades ont pris l'habitude de demander une décharge aux parents (une attestation du médecin précisant le suivi médicamenteux à opérer) mais la situation n'est pas pour autant claire et sans risque pour le professionnel.

Le protocole d'aide et de soins du 24 février 2014, dans son point 8, donne des indications sur le rôle des prestataires quant à la question des médicaments. Apporter une aide lors de la prise des médicaments oraux prescrits par un médecin, surveiller la prise de médicaments, encourager la compliance du traitement et en favoriser la régularité, ne peuvent être effectuées par un prestataire d'aide et d'accompagnement qu'à deux conditions :

- dans le cadre du respect de l'Arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé ;
- s'il existe un accord clair et écrit (par exemple dans le dossier social) entre un professionnel des soins de santé et le service d'aide et d'accompagnement relatif au bénéficiaire.

Ce point spécifie donc qu'un prestataire d'aide et d'accompagnement ne peut jamais décider de manière autonome de réaliser ces activités liées à la prise de médicaments.

Nonobstant ce qui est indiqué au point 8, le point 7 du protocole oblige toutefois le prestataire d'aide et d'accompagnement à une vigilance permanente face aux éventuels signes d'effets secondaires dus à la médication. Le professionnel doit alors immédiatement prendre contact avec un professionnel de la santé ou la personne de référence du bénéficiaire.

Ce protocole démontre que la question de la prise de médicaments n'est pas anodine et qu'elle doit être traitée avec la plus grande vigilance.

3.8.c – Les troubles de la déglutition

La prise en charge de bénéficiaires présentant des problèmes pour s'alimenter ou pour boire, et plus particulièrement des problèmes de dysphagie (appelée plus communément trouble de la déglutition) est aujourd'hui, plus que jamais, un acte polémique au sein du secteur de l'aide et des soins à domicile.

Seul un médecin ou un logopède est habilité à diagnostiquer si le bénéficiaire est bien atteint de dysphagie, ou s'il a « simplement » un risque de fausse route.

L'aide familiale ou la garde à domicile doit répondre aux besoins de la personne. Toutefois, il n'a ni les moyens ni les compétences pour répondre à toutes les sollicitations. Il ne peut répondre à des demandes qui ne sont pas de sa compétence. En particulier, il ne peut dispenser aucun soin technique infirmier. Or, actuellement, l'alimentation des personnes atteintes de dysphagie est un acte repris par la législation sur l'exercice de l'art infirmier. L'aide familiale ou la garde à domicile ne peut donc répondre à ce type de besoin, au risque d'être poursuivi pour exercice illégal de l'art infirmier. Le passage d'un infirmier n'est pas non plus une solution envisageable car il n'y a pas d'honoraire spécifique pour cet acte prévu par la nomenclature INAMI !

La situation est plus que complexe, et certainement intolérable humainement parlant pour les bénéficiaires, laissés sans solution !

3.9 Trop peu d'intégration des spécificités du domicile dans les filières de formation

La pénurie dans certaines professions d'aide et de soins est un fait établi depuis plus ou moins longtemps en fonction des métiers. L'attrait pour ces professions – encore trop souvent assimilées à une vocation – est de plus en plus mis à mal et les formations ne sont pas toujours explicites quant aux réalités de terrain, bien plus encore lorsque l'on parle du domicile.

La pénurie s'installe donc dans les pratiques : de nombreux étudiants ne choisissent plus le domicile comme lieu d'exercice de leur profession par manque de connaissance... et par manque de connaissance, ils sont mal préparés à ces réalités et quittent prématurément la fonction ou diminuent leur temps de travail.

Enfin, la question de l'organisation des stages à domicile est très problématique. Il est indéniable de reconnaître les stages comme un lieu essentiel d'observation, d'intégration des compétences et de construction de l'identité professionnelle. Ils permettent aussi une réserve potentielle de personnel pour les services et une intégration plus efficace des nouveaux engagés. Mais leur organisation reste complexe et lourde. Les écoles peinent à trouver des lieux de stages en suffisance (donnant lieu, par exemple, à des incohérences telles que la mise en place de stages en institutions de soins pour les futures aides familiales alors qu'elles ne pourront pratiquer leur métier qu'à domicile). Les services peinent à absorber les demandes de stages. Le suivi des stages par les enseignants est partiel, parce qu'il est difficile pour les enseignants d'entrer au domicile des bénéficiaires. Les grilles d'évaluation sont peu lisibles pour les acteurs du domicile, peu habitués au vocabulaire de l'enseignement. Bref, un manque de moyens et de temps pour créer de réelles collaborations efficaces entre le secteur de l'aide et des soins à domicile et l'enseignement.

PARTIE 4 :

OPPORTUNITÉS POUR LE SECTEUR DU DOMICILE

4.1 Rencontrer les besoins actuels

Les pouvoirs publics cherchent continuellement à réduire les séjours hospitaliers ou en milieu institutionnel, au profit d'alternatives moins coûteuses à domicile.

Cette volonté s'inscrit aussi dans la reconnaissance accrue du droit de la personne dépendante à rester dans son cadre de vie habituel le plus longtemps possible. Le déploiement des soins palliatifs à domicile fait d'ailleurs écho à cette évolution socio-sanitaire, tout comme l'attention croissante apportée aux personnes démentes.

Le principe d'une approche globale des personnes aidées à domicile s'inscrit progressivement dans la réglementation sur base d'initiatives de coordination. Les centres de coordination, apparus dans le champ de l'aide à domicile, permettent d'envisager le suivi des personnes dépendantes de manière structurée et pluridisciplinaire. Face à une situation nécessitant des interventions multiples et de l'interdisciplinarité, un coordinateur est très souvent nécessaire et porteur d'une plus-value conséquente. Les centres de coordination ont développé cette capacité de connaître tous les acteurs de l'aide et des soins sur une zone géographique et de pouvoir rapidement structurer un plan d'aide et de soins pour le maintien à domicile, incluant la participation du bénéficiaire et de ses proches.

4.2 Des moyens progressivement renforcés mais sur la sellette

L'activité de l'aide et des soins à domicile s'inscrit dans le secteur non-marchand. Elle est rendue possible grâce à l'intervention des pouvoirs publics. Le financement du secteur de l'aide et du secteur des soins à domicile est toutefois basé sur des modalités différentes.

Pour le secteur de l'aide, le financement diffère en fonction du type d'activité et les dispositifs de mesures d'aide à l'emploi deviennent progressivement une source importante de financement alternatif afin de compenser le manque de subventions structurelles et répondre davantage aux besoins de la population :

- **aide familiale** : le financement est principalement basé sur la notion de contingent (subventionnement à l'heure prestée sur base d'une enveloppe fermée définie annuellement), avec une contribution du bénéficiaire selon un barème. Des mesures d'aide à l'emploi complètent ce financement.
- **garde à domicile** : hormis pour la Communauté germanophone où le financement est identique à l'activité d'aides familiales (contingent), pour la Région wallonne et la Région Bruxelles-Capitale, des mesures d'aide à l'emploi permettent le déploiement de l'activité. Une contribution du bénéficiaire est également demandée.
- **garde d'enfants malades** : l'activité est rendue possible exclusivement par l'entremise des mesures d'aide à l'emploi. Une contribution du bénéficiaire est également demandée.

Le financement de l'ensemble de ces activités d'aide à domicile reste cependant globalement insuffisant au regard des demandes toujours plus importantes.

Pour le secteur des soins infirmiers à domicile, la principale source de financement est basée sur des honoraires liés aux actes prestés avec la perception ou non d'un ticket modérateur auprès du bénéficiaire. Le secteur a mis en évidence un sous-financement structurel à rattraper pour répondre aux enjeux de santé publique pour les années à venir. Une modernisation du financement doit également être opérée afin de tenir compte des besoins en soins infirmiers et sa charge de travail tout en permettant de nouvelles prestations : surveillance spécifique, *case management* des soins de santé...

Des financements complémentaires sont possibles, sous conditions : prime pour la formation continue, prime pour les infirmiers porteurs d'une qualification professionnelle particulière, prime télématique, intervention forfaitaire pour les services (indépendants ou salariés)... De plus, les services salariés bénéficient d'aide à l'emploi afin d'améliorer principalement la conciliation « vie privée – vie professionnelle » du personnel.

Ces moyens financiers doivent se poursuivre, mais aussi et surtout, être renforcées :

- pour répondre aux besoins toujours plus grands et plus diversifiés de la population ;
- pour accroître l'accessibilité des activités de l'aide et des soins à domicile en tenant compte d'un contexte économique difficile qui contraint un nombre croissant de personnes à refuser l'intervention d'un professionnel ou à diminuer le nombre d'heures ou d'interventions nécessaires ;
- pour permettre au secteur de l'aide à domicile d'évoluer dans ce contexte de collaborations interprofessionnelles, et d'accroître sa capacité de prise en charge.

Il faut défendre les professionnels du domicile, leur assurer des conditions de travail décentes et être à l'écoute de leur besoins.

Il faut soutenir les activités de l'aide et des soins à domicile dans leur recherche de profit social et de qualité, dans un contexte de marchandisation accrue des services de proximité.

Tenant compte du vieillissement de la population, du manque de places institutionnelles (centres d'accueil de jour, MR, MRS...), des retours d'hôpitaux de plus en plus anticipés, il faut pérenniser une politique du maintien à domicile tels que :

- des alternatives à l'hospitalisation
- des projets en développement tels que les soins alternatifs et de soutien aux soins des personnes âgées fragiles (Protocole 3)
- des projets dans le cadre de l'implémentation de l'article 107 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins (Psy 107)
- ...

C'est en réaffirmant l'importance des secteurs en développement continu, porteurs d'emplois et de réponses aux besoins de la population et en leur donnant les moyens d'exister que nous pourrions poursuivre la construction d'une société solidaire.

4.3 Une approche socio-sanitaire décloisonnée

L'approche socio-sanitaire a démontré depuis longtemps sa plus-value dans la prise en charge des bénéficiaires. Aucun professionnel n'a l'apanage d'une approche globale de la personne ! Aucune profession ne détient les compétences qui permettent de répondre globalement aux demandes. Mais en conciliant l'aide et les soins, une plus grande proximité avec le bénéficiaire est possible, surtout quand celui-ci est en situation de grande dépendance.

Ceci est d'autant plus important que c'est cette complémentarité des métiers qui favorise la continuité de la prise en charge. Les regards croisés des professionnels facilitent une meilleure compréhension du bénéficiaire et de ses besoins. Non seulement, cela vise un idéal (à savoir la prévention de nouveaux besoins ou d'une aggravation de la situation) mais il en va aussi de la défense d'une qualité de vie optimale du bénéficiaire. Les collaborations entre les métiers du domicile existent déjà et se renforcent. Des choix politiques doivent cependant pouvoir être faits pour décloisonner les métiers et les structurer davantage. Les trois protocoles d'accord du 24 février 2014 sont un premier pas politique pour clarifier les rôles, les tâches et les interactions entre les différents intervenants professionnels, dans un souci de garantir une réponse optimale aux besoins de la population, dans un cadre juridique clair et sécurisant. Un premier choix politique qui annonce un défi de taille.

Un choix politique certes, mais l'interdisciplinarité est aussi, en elle-même, un choix éthique. Concilier le médical et le social, c'est reconnaître une valeur centrale : l'autonomie de la personne. C'est concrétiser la définition de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé. La qualité de vie se mesure en effet par l'articulation de ces dimensions de bien-être physique, mental et social.

4.4 La place de l'aidant proche

Les résultats de l'enquête socio-économique de 2001¹¹ nous montrent que le premier aidant est d'abord un proche, le plus souvent un non-professionnel des soins de santé. En Belgique, cette aide informelle représente une personne sur dix.

La loi du 12 mai 2014 relative à la reconnaissance de l'aidant proche aidant une personne en situation de grande dépendance (MB. 06.06.2014) apporte désormais un statut à l'aidant proche : il s'agit d' « une personne qui apporte une aide et un soutien continu ou réguliers à la personne aidée ». Celle-ci doit être reconnue comme étant en grande dépendance. Majeur ou mineur émancipé, cet aidant proche doit avoir développé « une relation de confiance ou de proximité, affective ou géographique, avec la personne aidée ». L'aidant proche doit, en outre, cumuler les conditions suivantes : exercer le soutien et l'aide à des fins non professionnelles, d'une manière gratuite et avec le concours d'au moins un intervenant professionnel et tenir compte du projet de vie de la personne aidée. Il s'agit donc d'interlocuteurs privilégiés pour les professionnels de l'aide et des soins à domicile. Ils sont souvent la « première ligne » informelle, avant l'arrivée de l'autre « première ligne », celle des professionnels. Cette fonction les amène à réaliser toute une série d'actes d'aide et de soins, engageant leur responsabilité, parfois avec un risque pour la sécurité du bénéficiaire.

L'arrivée des professionnels ne doit pas occulter le rôle irremplaçable de l'aidant proche. Il faut valoriser les acquis dans l'aide apportée par les aidants proches, soutenir leurs efforts, les aider et assurer la complémentarité entre l'aide informelle et professionnelle.

Un premier défi est sûrement de clarifier la frontière entre les tâches réalisées par l'aidant proche et celles prises en charge par les professionnels. Tout ce que peut faire l'un n'est pas automatiquement réalisable par l'autre. Le protocole d'accord du 24 février 2014 n'apporte pas de clarté à ce sujet en sous-entendant que l'aide familiale peut être amenée à réaliser les activités prestées « naturellement » par l'aidant proche. Par contre, la loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé (MB 30.04.2014) permet une avancée dans la réalisation par l'entourage des prestations techniques de soins infirmiers, en dehors de l'exercice d'une profession, et évitant ainsi à l'aidant proche d'être condamné pour « exercice illégal de l'art infirmier ». Cette autorisation ne peut être obtenue qu'au terme d'une formation délivrée par un médecin ou un infirmier selon une procédure ou un plan de soins établi par ce dernier.

Enfin, il est apparu que les centres de coordination et les services sociaux de mutuelles étaient les mieux outillés. Les premiers, en vertu de leur travail de mise en place de services auprès des personnes aidées à domicile, les seconds par l'accompagnement social qu'ils proposent. Les premiers assistent indirectement l'entourage informel en assurant une présence de professionnels qualifiés auprès de leur proche dépendant ; les seconds les épaulent dans les démarches de tous ordres auxquelles ils doivent faire face et dont ils méconnaissent les méandres. Le rôle des services sociaux sera même renforcé à moyen terme puisqu'il est prévu qu'ils soient à la manœuvre pour concrétiser les démarches de reconnaissance des aidants.

¹¹ Cette étude fait partie du projet ATLAS, financé par la Politique scientifique fédérale.

4.5 Revoir les formations donnant accès aux différents métiers du domicile

Les formations doivent être distinctes entre elles parce qu'elles sont exercées dans des contextes différents, dans des situations plus ou moins complexes, et à des niveaux de maîtrise et de responsabilité différents.

Les formations doivent être porteuses de cette clarification entre les notions de soins et d'aide.

- Les infirmiers et les aides-soignants doivent apprendre à fonctionner dans cet environnement médico-social et doivent être formés spécifiquement aux compétences nécessaires pour effectuer les actes infirmiers.
- La formation des aides-soignants doit être renforcée.
- Les aides familiales doivent être formées aux activités spécifiques d'aide et d'accompagnement des bénéficiaires dans leurs besoins non médicaux quotidiens.
- Les gardes à domicile doivent recevoir une formation davantage axée sur les réalités de leur profession en renforçant leurs compétences sur les techniques de manutention, l'approche des grandes pathologies, du handicap ou encore des soins palliatifs, les techniques d'animation de personnes adultes ou la préparation au travail de nuit.
- Les gardes d'enfants malades doivent pouvoir recevoir une formation qui les sensibilise à la prise en charge des enfants malades ou handicapés.

Les spécificités du domicile doivent être intégrées davantage dans les formations qualifiantes. Une conscientisation importante est à opérer dans le réseau de l'enseignement. Le domicile y est trop souvent présenté comme une sous-qualification du secteur hospitalier ou institutionnel et des fonctions spécialisées. Pourtant, être prestataire d'aide ou de soins à domicile demande des compétences à la fois globales et spécialisées. Cela nécessite aussi de pouvoir être autonome dans son processus de décision, en bénéficiant toutefois toujours d'un soutien d'équipe et d'un encadrement. Le domicile est un secteur à part entière avec ses exigences et ses qualités spécifiques.

Enfin, des passerelles doivent exister pour permettre à chacun de se former à d'autres compétences.

PARTIE 5 : PERSPECTIVES ET ORGANISATION

5.1 Rencontrer l'avenir immédiat

L'étude du KCE sur les soins résidentiels pour les personnes âgées en Belgique¹² a mis en évidence que le vieillissement escompté de la population va non seulement accroître le recours aux établissements de soins mais également stimuler fortement la demande en soins à domicile (augmentation de 50%). Une autre étude du KCE sur les maladies chroniques en Belgique¹³ démontre l'importance de la qualité de prise en charge à domicile et la délégation des tâches infirmières à des professionnels moins qualifiés (point d'action 4.2). Ces défis seront difficiles à relever.

Au-delà de l'analyse des besoins, il faut aussi rencontrer l'avenir immédiat. La demande de maintien à domicile, les soins palliatifs, l'accompagnement des personnes handicapées, la réforme de la santé mentale, le répit nécessaire pour les aidants proches, les alternatives à l'hospitalisation sont quelques exemples des enjeux immédiats du domicile. À plus long terme, on peut citer la prévention portée par un meilleur travail en réseau, le dépistage et la prévention de l'épuisement des soignants, des aidants proches...

Pouvoir y répondre nécessite de pouvoir assurer cette continuité de l'aide et des soins en disposant des compétences adéquates et des ressources humaines suffisantes.

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

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

Il faut mieux définir et définir plus clairement les tâches incombant au secteur de l'aide à la vie journalière et au secteur des soins infirmiers, pour éviter tout débordement potentiellement préjudiciable à la santé du bénéficiaire.

Les prestataires de l'aide à la vie journalière peuvent réaliser une prise en charge chez des bénéficiaires présentant des problèmes médicaux, mais ils répondent alors uniquement à des besoins d'aide qui relèvent du registre de l'accompagnement relationnel, du soutien socio-éducatif, de la réalisation de tâches sanitaires ou ménagères...

¹² Soins résidentiels pour les personnes âgées en Belgique : projections 2011-2015, Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, KCE Reports 167B, 2011, Belgique.

¹³ Organisation des soins pour les maladies chroniques en Belgique : développement d'un « position paper », Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, KCE Reports 190B, 2012, Belgique.

Plus particulièrement, au sein des prestataires de l'aide à la vie journalière, les différents métiers doivent pouvoir interagir dans des sphères distinctes mais complémentaires, grâce à des statuts précisant les tâches, les missions et les limites de chacun.

Par ailleurs, les prestataires de l'art infirmier doivent être confirmés dans des tâches de soins infirmiers. L'intégration structurelle des aides-soignants dans les soins infirmiers à domicile confirme leur place dans ce secteur. Une meilleure définition des tâches relevant de l'aide à la vie journalière et des soins infirmiers permettra de libérer l'infirmier pour des prestations plus pointues en adéquation avec sa formation et ses compétences, et également pour de nouvelles prestations qui sont actuellement réalisées par le médecin en Belgique et déjà transférées aux infirmiers dans les pays voisins de la Belgique : prescription de médicaments...

Il s'agit de promouvoir des réponses individuelles à des besoins individuels, ce qui peut paraître coûteux pour la société mais qui n'en reste pas moins indispensable, particulièrement dans certaines situations de vie où une réponse collective n'est pas adaptée ou souhaitable.

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

5.2 L'impact pour les bénéficiaires

Il est évident que l'évolution des pratiques d'aide et des soins aura un impact direct sur les bénéficiaires, tout particulièrement ceux déjà pris en charge, habitués à une certaine organisation. Des impacts financiers seront également à prévoir, le principe de tarification des soins infirmiers (imposé par l'INAMI) et l'application du barème de contribution aide familiale (imposé par le pouvoir subsidiant) ou de barèmes fixés par les services d'aide étant sensiblement différents.

La communication doit être renforcée pour expliquer ce passage d'un professionnel de la santé à un professionnel de l'aide et donner toutes les garanties aux bénéficiaires que cette évolution ne s'accompagne nullement d'une baisse de qualité, bien au contraire !

Légalement, si des actes sont transférés, c'est parce qu'ils peuvent être réalisés aussi bien par un professionnel de la santé que par un professionnel de l'aide. Tous devront avoir la formation adéquate pour pratiquer les actes qui leur sont confiés.

L'option est prise de proposer le meilleur professionnel de l'aide et des soins en fonction de chaque situation. Il s'agit d'apporter la réponse adéquate et un service de qualité aux bénéficiaires en veillant à ce que chaque professionnel déploie au mieux les compétences pour lesquelles il est formé.

5.3 Protocoles d'accord du 24 février 2014

5.3.a – Le protocole d'accord du 24 février 2014 concernant la relation entre les prestataires d'aide et d'accompagnement des services agréés d'aide à domicile et les professionnels de santé dans leurs activités à domicile

« 2. Les prestataires d'aide et d'accompagnement et les professionnels de santé doivent s'engager à une collaboration mutuelle, sur la base du respect et de la reconnaissance de la particularité de chacun, de l'expertise et des compétences spécifiques, et ce dans l'intérêt de la garantie de la qualité de l'aide et des soins à l'utilisateur. »

« 5. Toutes les activités pouvant être effectuées par un infirmier ne sont pas exclusivement réservées aux professionnels de santé. Certaines activités de soutien à la vie quotidienne (se laver, manger / boire, se déplacer et éliminer), qui pourraient également être effectuées par des aidants proches, peuvent être effectuées de manière autonome par les prestataires d'aide et d'accompagnement. »

« 6. Si, pour un même bénéficiaire, un infirmier ou autre professionnel de santé est présent, ainsi qu'une aide familiale/aide senior ou un autre prestataire d'aide et d'accompagnement, il y a un échange mutuel obligatoire de toutes les informations pertinentes entre tous les prestataires y compris les structures de coordination agréées. L'échange de ces informations se fait idéalement par le biais d'un document écrit. »

« 7. Une attention permanente aux signes suivants est attendue de la part de l'aide familiale/aide senior ou d'un autre prestataire d'aide et d'accompagnement :

- signe de rougeur
- irritation de la peau
- signe de problèmes respiratoires
- gonflement
- plainte ou signe de douleur
- nouvelles lésions
- signe de début d'incontinence, de rétention d'urine, de constipation
- perte ou prise de poids soudaine
- signe de menace ou de présence d'escarres
- problèmes de déglutition
- signe de fièvre
- changements soudains de la capacité à s'orienter dans le temps et l'espace
- confusion soudaine
- signes d'éventuels phénomènes d'effets secondaires dus à la médication
- risques de chute ou chute avérée
- déficit dans la prise d'aliments ou de boissons
- ou tout autre signe de progression soudaine ou continue, d'aggravation potentielle ou avérée de l'état de santé de l'utilisateur

Si ces signaux sont constatés, le prestataire d'aide et d'accompagnement a la responsabilité, en lien avec son service, de prendre contact avec un professionnel de santé, plus spécifiquement le médecin traitant ou l'infirmier déjà impliqué dans les soins de l'utilisateur, ou la personne de référence obligatoirement désignée pour tout utilisateur.

La liste des signaux énumérés n'est pas limitative et ne dispense pas le prestataire d'aide et d'accompagnement de ses obligations de rester vigilant à tout signe éventuel qui demande à être signalé. »

« 8. Les activités décrites ci-après ne peuvent, dans le respect de l'Arrêté royal n° 78, être effectuées par un prestataire d'aide et d'accompagnement que lorsqu'il existe un accord clair entre un professionnel des soins de santé et le service d'aide et d'accompagnement relatif à un utilisateur. Ces accords doivent être écrits ou faire partie du plan individuel de soins établi pour le bénéficiaire. Un prestataire d'aide et d'accompagnement ne peut jamais décider de manière autonome de réaliser ces activités.

Il s'agit :

- d'observer et de signaler la température, la miction et les selles, les symptômes observables de dysfonctionnements et d'effets secondaires liés aux traitements tels que précisés par le médecin ou l'infirmier ;
- d'apporter une aide lors de la prise de médicaments oraux, d'oxygène, de suppositoires antipyrétiques, de gouttes auriculaires ou nasales, ainsi que de pommade prescrits par un médecin, de surveiller la prise de médicaments, d'encourager le respect du traitement et en favoriser la régularité, d'apporter une aide pour soigner les irritations de la peau. »

« 9. Une attention permanente aux signes suivants est attendue de la part d'un infirmier ou d'un professionnel de soins de santé :

- moindre disponibilité ou baisse des capacités des aidants proches
- besoin d'aide au niveau des activités ménagères de la vie quotidienne (lessive, repassage, faire les courses, préparer les repas, organisation du travail ménager)
- besoin de soutien pour les activités physiques de la vie quotidienne (se laver, manger / boire, se déplacer et éliminer)
- besoin de soutien émotionnel
- autres besoins de soutien dans la vie quotidienne et dans les démarches administratives

Si ces signes sont constatés, le professionnel de santé a la responsabilité d'informer le patient, dans la mesure où sa situation le permet, ou à la personne qui aura été formellement désignée, de la possibilité de faire appel à un service agréé d'aide aux familles, d'aide à domicile et des structures de coordination agréées ; il communique l'information pertinente sur les services présents à proximité de son domicile. »

« 11. Les autorités signataires s'engagent à consentir des efforts dans la formation des prestataires d'aide et d'accompagnement et des professionnels de santé en ce qui concerne les signes et activités, cités aux points 7 à 9. »

5.3.b – Le protocole d'accord du 24 février 2014 concernant la relation entre les professionnels travaillant dans le secteur de l'aide aux personnes en situation de handicap et les professionnels de santé

« 2. Les professionnels concernés doivent s'engager à une collaboration mutuelle, sur la base du respect et de la reconnaissance de la particularité de chacun, de l'expertise, de la responsabilité et des compétences spécifiques, et ce dans l'intérêt de la garantie de la qualité des soins à l'utilisateur. »

« 4. Toutes les activités pouvant être effectuées par un infirmier ne sont pas exclusivement réservées aux professionnels de santé. Certaines activités de soutien aux activités de la vie quotidienne (manger / boire, se laver, se déplacer, éliminer), qui pourraient également être effectuées par l'entourage, peuvent être effectuées de manière autonome par les prestataires de soin et d'accompagnement.

« 5. Si, pour un même utilisateur, un infirmier ou autre professionnel de santé est impliqué, ainsi qu'un prestataire de soin et d'accompagnement, il y a un échange mutuel obligatoire de toutes les informations pertinentes entre tous les prestataires. L'échange de ces informations est consigné par le biais d'un document écrit (par exemple : un carnet de liaison) ainsi que par des participations à des réunions régulières entre les différentes catégories de professionnels concernés. »

« 6. Une attention permanente aux signes suivants est attendue de la part du prestataire de soin et d'accompagnement :

- signe de rougeur
- irritation de la peau
- signe de problèmes respiratoires
- gonflement
- signe ou plainte de douleur
- nouvelles lésions
- signe de début d'incontinence, de rétention d'urine, de constipation
- perte ou prise de poids soudaine
- signe de menace ou de présence d'escarres
- problèmes de déglutition
- signe de fièvre
- changements soudains de la capacité à s'orienter dans le temps et l'espace
- confusion soudaine
- signes d'éventuels phénomènes d'effets secondaires dus à la médication
- risques de chute ou chute avérée
- déficit dans la prise d'aliments ou de boissons
- ou tout autre signe de progression soudaine ou continue, d'aggravation potentielle ou avérée de l'état de santé de l'utilisateur.

Des procédures internes aux institutions ou services seront élaborées de manière telle que si un prestataire de soin et d'accompagnement constate ces signaux, un professionnel de santé ou la personne de référence obligatoirement désignée pour tout utilisateur soit prévenu sans délai. On entend plus spécifiquement par « professionnel de santé » le médecin ou l'infirmier déjà impliqué dans les soins de l'utilisateur.

La liste des signaux énumérés n'est pas limitative et ne dispense pas le prestataire de soin et d'accompagnement de ses obligations de rester vigilant à tout signe éventuel qui demande à être signalé. »

« 7. Les activités décrites ci-après ne peuvent, dans le respect de l'Arrêté royal n° 78, être effectuées par un prestataire de soin et d'accompagnement que lorsqu'il existe un accord clair entre un professionnel des soins de santé et l'institution ou le service d'aide aux personnes en situation de handicap relatif à un utilisateur. Ces accords doivent être écrits ou faire partie du plan individuel de soins écrit établi pour l'utilisateur. Un prestataire de soin et d'accompagnement ne peut jamais décider de manière autonome de réaliser ces activités.

Il s'agit :

- de surveiller et de signaler la température, la miction et les selles, les symptômes observables de dysfonctionnements et d'effets secondaires liés aux traitements tels que précisés par le médecin ou l'infirmier ; de mesurer la tension avec un appareil automatique ; d'assurer le bon fonctionnement d'un appareil d'assistance respiratoire, tel que précisé par le médecin ou l'infirmier ;
- aide à l'alimentation et à l'hydratation orale du patient/résident/client présentant un risque de déglutition sur base d'une évaluation et des instructions données par un médecin ou un logopède ;
- d'apporter une aide lors de la prise de médicaments oraux, d'oxygène, de suppositoires antipyrétiques, laxatif rectal (les lavements sont exclus), de gouttes auriculaires, oculaires ou nasales ainsi que de pommade prescrits par un médecin, de surveiller la prise de médicaments, d'encourager le respect du traitement et en favoriser la régularité, d'apporter une aide pour soigner les irritations de la peau. »

« 8. Les autorités signataires s'engagent à solliciter des efforts dans la formation et à adopter la formation continue des prestataires de soin et d'accompagnement en ce qui concerne les signes et activités, cités aux points 6 et 7. »

5.3.c – Le protocole d'accord du 24 février 2014 concernant la relation entre les personnes autorisées par l'Office de la Naissance et de l'Enfance, les personnes employées dans une garderie autorisée ou agréée par Kind & Gezin ou une garderie avec une attestation de surveillance de Kind & Gezin, les personnes indépendantes ou actives au sein de services agréés par la Communauté germanophone et les professionnels de santé

« 2. Les personnes autorisées par l'ONE, les personnes employées dans une garderie autorisée ou agréée par Kind & Gezin ou une garderie avec une attestation de surveillance de Kind & Gezin, les personnes indépendantes ou actives au sein de services agréés par la Communauté germanophone et les professionnels de santé doivent s'engager à une collaboration mutuelle, sur la base du respect et de la reconnaissance de la particularité de chacun, de l'expertise et des compétences spécifiques, et ce dans l'intérêt de la garantie de la qualité des soins à l'enfant.

Dans ce protocole, l'accent est mis en particulier sur les prestations des personnes autorisées par l'ONE, les personnes employées dans une garderie autorisée ou agréée par Kind & Gezin ou une garderie avec une attestation de surveillance de Kind & Gezin et les personnes indépendantes ou actives au sein de services agréés par la Communauté germanophone au sein des services agréés et sur les infirmiers exerçant à domicile. »

« 4. La caractéristique des personnes autorisées par l'ONE, les personnes employées dans une garderie autorisée ou agréée par Kind & Gezin ou une garderie avec une attestation de surveillance de Kind & Gezin et les personnes indépendantes ou actives au sein de services agréés par la Communauté germanophone est qu'elles offrent un ensemble intégré d'activités de puériculture aux enfants, c'est-à-dire un ensemble intégré d'activités mis en œuvre pour assurer le développement de l'enfant. »

« 5. Toutes les activités pouvant être effectuées par un infirmier ne sont pas exclusivement réservées aux professionnels de santé. Les activités de soutien aux activités de la vie quotidienne, qui pourraient également être effectuées par l'entourage, peuvent être effectuées de manière autonome par les personnes autorisées par l'ONE, les personnes employées dans une garderie autorisée ou agréée par Kind & Gezin ou une garderie avec une attestation de surveillance de Kind & Gezin et les personnes indépendantes ou actives au sein de services agréés par la Communauté germanophone. »

« 6. Si pour un même bénéficiaire, un infirmier ou autre professionnel de santé est présent, ainsi que les personnes autorisées par l'ONE, les personnes employées dans une garderie autorisée ou agréée par Kind & Gezin ou une garderie avec une attestation de surveillance de Kind & Gezin et les personnes indépendantes ou actives au sein de services agréés par la Communauté germanophone, il y a un échange mutuel obligatoire de toutes les informations pertinentes entre tous les prestataires. L'échange de ces informations se fait idéalement par le biais d'un document écrit. »

« 7. Une attention permanente aux signes suivants est attendue de la part des personnes autorisées par l'ONE, les personnes employées dans une garderie autorisée ou agréée par Kind & Gezin ou une garderie avec une attestation de surveillance de Kind & Gezin et les personnes indépendantes ou actives au sein de services agréés par la Communauté germanophone :

- signe de rougeur
- irritation de la peau
- signe de problèmes respiratoires
- gonflement
- signe ou plainte de douleur
- lésions
- signe de rétention d'urine, de constipation
- signe d'anomalie dans l'évolution du poids et de la taille
- signes de reflux gastrique
- signe de fièvre
- signes d'éventuels phénomènes d'effets secondaires dus à la médication
- déficit dans la prise d'aliments ou de boissons
- ou tout autre signe de progression soudaine ou continue, d'aggravation potentielle ou avérée de l'état de santé de l'enfant

Si ces signaux sont constatés, les personnes autorisées par l'ONE, les personnes employées dans une garderie autorisée ou agréée par Kind & Gezin ou une garderie avec une attestation de surveillance de Kind & Gezin et les personnes indépendantes ou actives au sein de services agréés par la Communauté germanophone ont la responsabilité de prendre contact avec les parents ou la personne de référence désignée par eux pour leur communiquer les symptômes constatés.

La liste des signaux énumérés n'est pas limitative et ne dispense pas la personne autorisée par l'ONE, les personnes employées dans une garderie autorisée ou agréée par Kind & Gezin ou une garderie avec une attestation de surveillance de Kind & Gezin et la personne indépendante ou active au sein de service agréé par la Communauté germanophone de ses obligations de rester vigilante à tout signe éventuel qui demande à être signalé. »

« 8. Les activités décrites ci-après ne peuvent, dans le respect de l'Arrêté royal n° 78, être effectuées par la personne autorisée par l'ONE, les personnes employées dans une garderie autorisée ou agréée par Kind & Gezin ou une garderie avec une attestation de surveillance de Kind & Gezin et la personne indépendante ou active au sein de services agréés par la Communauté germanophone que lorsqu'il existe un accord clair avec un professionnel des soins de santé. Ces accords doivent être écrits. Une personne autorisée ne peut jamais décider de manière autonome de réaliser ces activités.

Il s'agit :

- de surveiller et de signaler les symptômes observables de dysfonctionnements et d'effets secondaires liés aux traitements tels que précisés par le médecin ou l'infirmier ;
- d'administrer des médicaments oraux, de l'oxygène, des suppositoires, des aérosols, des gouttes auriculaires ou nasales ainsi que de la pommade prescrits par un médecin, d'encourager le respect du traitement et en favoriser la régularité, d'installer un enfant dans un appareillage adapté à ses besoins et de prendre en charge un enfant sous monitoring cardio-respiratoire. »

« 9. Les autorités signataires s'engagent à consentir des efforts dans la formation des personnes autorisées en ce qui concerne les signes et activités, cités aux points 7 et 8. »

5.4 La notion de collaboration interprofessionnelle appliquée aux activités de l'aide et des soins à domicile

Les professionnels de l'aide et des soins à domicile sont de plus en plus amenés à collaborer ensemble avec les bénéficiaires pour répondre au mieux à leurs besoins et leurs attentes. Il est donc essentiel de bien comprendre l'approche interprofessionnelle et de développer les compétences adéquates pour répondre à ses défis.

5.4.a – La définition de la collaboration

« Un processus de décision commun entre des acteurs professionnels (ou organisations) inter-dépendant(e)s, impliquant des consensus dans la prise de décisions et la responsabilité des résultats » (Wood & Gray - 1991)

5.4.b – La définition de la collaboration interprofessionnelle

« L'approche de la collaboration interprofessionnelle se définit comme un lieu de structuration d'une action collective qui réunit des membres d'au moins deux groupes de professionnels autour d'un but commun, à travers un processus de communication, de décision, d'intervention et d'apprentissage. Ce processus s'établit dans un environnement dynamique, évolutif et complexe. »¹⁴

« La collaboration interprofessionnelle en soins de santé consiste à fournir des services de santé complets aux patients par l'entremise de divers soignants qui collaborent afin de dispenser des soins de qualité au sein des établissements de santé et entre ceux-ci. Il s'agit d'une approche concertée fondée sur l'esprit d'équipe pour fournir des soins optimaux compte tenu des demandes systémiques et des défis sans précédent que connaît le secteur de la santé. »¹⁵

¹⁴ La collaboration interprofessionnelle, RIFSSSO, Canada (Ontario).

¹⁵ Mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé en Ontario, Rapport final du Comité de mise en œuvre stratégique de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé, Professions Santé Ontario, Mai 2010.

5.4.c – Les enjeux de la collaboration interprofessionnelle

La collaboration interprofessionnelle nécessite un changement de paradigme parce que cette pratique a des valeurs, des codes de conduite et des façons de travailler différents. (D'Amour & Oandasan, 2005)

La collaboration interprofessionnelle augmente la qualité des prises en charge, la sécurité des bénéficiaires et leur satisfaction.

La collaboration interprofessionnelle entre les professionnels de la santé et ceux de l'aide est une réponse réaliste et efficiente aux enjeux de santé publique dans le cadre du maintien à domicile.

Cette collaboration interprofessionnelle permet d'assurer une continuité dans la prise en charge des bénéficiaires à domicile, de disposer des compétences adéquates, des ressources humaines suffisantes et de les utiliser efficacement.

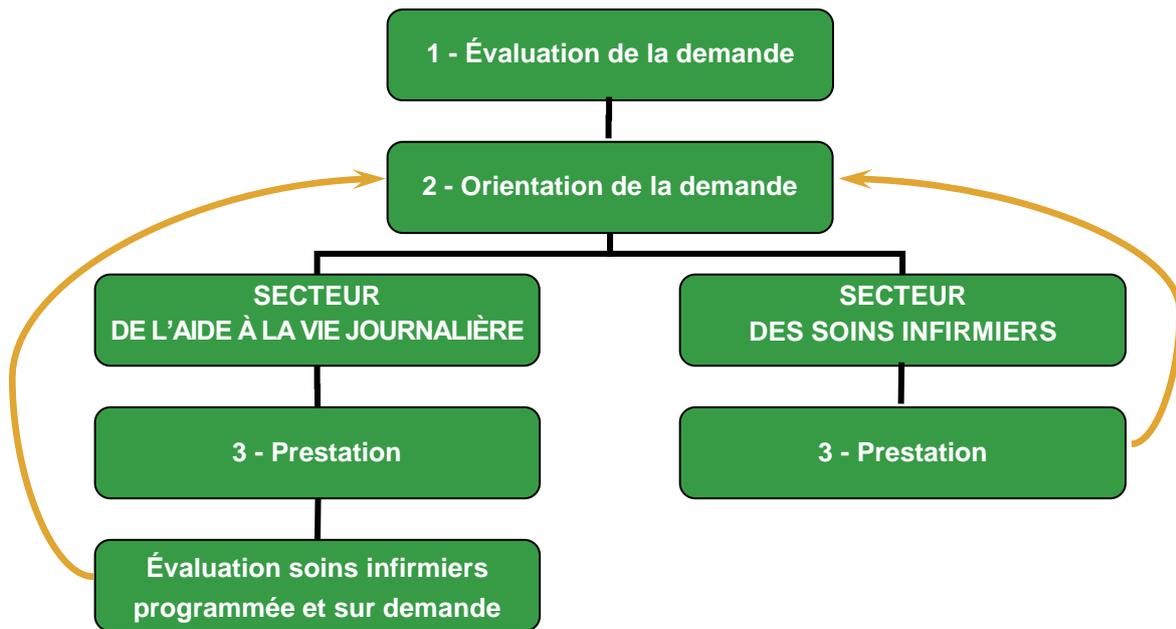
Pour ce faire, cette collaboration interprofessionnelle se décline par une évaluation fine de la situation et de l'état de santé du bénéficiaire et par des rapports étroits et réguliers entre le secteur de l'aide et celui des soins infirmiers. Des outils spécifiques peuvent être créés pour accompagner cette collaboration. Chaque professionnel reste attentif en permanence à l'évolution de la situation et de l'état de santé du bénéficiaire.

La responsabilité de chaque professionnel doit être clairement définie en fonction de chaque tâche substituée.

5.4.d – L'organisation de la collaboration interprofessionnelle dans l'aide et les soins à domicile

Concrètement, la collaboration interprofessionnelle s'organise dès la réception de la demande du bénéficiaire pour un certain nombre de prestations techniques de soins infirmiers identifiés comme pouvant être substitués du secteur des soins infirmiers vers le secteur de l'aide à domicile (cfr. partie VI du présent document).

À noter que dans le cadre de l'activité de garde d'enfants malades, la collaboration interprofessionnelle s'effectue directement avec le médecin traitant de l'enfant, prescripteur des soins à apporter à l'enfant malade ou handicapé.



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

TABLE DES MATIÈRES

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

PARTIE 0 : RÉTROACTES	5
PARTIE 1 : DÉFINITIONS	7
1.1 La santé	7
1.2 La qualité de vie	7
1.3 Les soins de santé	7
1.4 Les soins infirmiers	7
1.5 L'action sociale	8
1.6 L'aide à la vie journalière	8
1.7 Le travail en réseau	9
1.7.a – La coordination des soins et de l'aide à domicile	9
1.7.b – Les Services Intégrés de Soins à Domicile (SISD)	9
1.7.c – Les initiatives de coopération dans le domaine des soins de santé primaires (SEL)	10
1.7.d – Les Réseaux Multidisciplinaires Locaux (RML)	10
1.8 Le patient	11
1.9 Le bénéficiaire	11
1.10 La politique de santé à domicile	11
PARTIE 2 : LES PROFESSIONNELS DE L'AIDE ET DES SOINS	13
2.1 Le cadre légal (statut)	13
2.1.a – L'aide familiale	13
2.1.b – Polyvalent verzorgende	17
2.1.c – La garde à domicile	17
2.1.d – La garde d'enfants malades	19
2.1.e – Les praticiens de l'art infirmier : l'infirmier	19
2.1.f – Les praticiens de l'art infirmier : l'aide-soignant	19
2.2 Formation et accès à la profession	22
2.2.a – L'aide familiale	22
2.2.b – Polyvalent verzorgende	25
2.2.c – La garde à domicile	26
2.2.d – La garde d'enfants malades	27
2.2.e – Les praticiens de l'art infirmier : l'infirmier	27
2.2.f – Les praticiens de l'art infirmier : l'aide-soignant	28
2.3 Responsabilités	29
2.3.a – Relation fonctionnelle entre l'infirmier et l'aide-soignant	29
2.3.b – Relation hiérarchique entre le responsable de l'accompagnement et les travailleurs de l'aide à la vie journalière	32

PARTIE 3 : LE SECTEUR DU DOMICILE : CONSTATS, OBSTACLES ET MENACES	33
3.1 Une évolution cloisonnée des métiers	33
3.2 Un dédale de prestations pour le bénéficiaire	34
3.3 Un dédale de prestataires pour les bénéficiaires : l'inquiétant développement du travail au noir ou des sociétés à finalités marchandes	34
3.4 Certaines prestations de l'aide à la vie journalière réalisées par les praticiens de l'art infirmier	35
3.5 Une formation trop limitée pour un déploiement des activités de l'aide-soignant	36
3.6 Le manque de reconnaissance de la profession de garde à domicile	37
3.7 Le manque de reconnaissance de la profession d'aide ménagère	37
3.8 Quelques exemples d'actes controversés	38
3.8.a – Les prestations de soins d'hygiène	38
3.8.b – La prise en charge médicamenteuse par le secteur de l'aide à la vie journalière	39
3.8.c – Les troubles de la déglutition	40
3.9 Trop peu d'intégration des spécificités du domicile dans les filières de formation	41
PARTIE 4 : OPPORTUNITÉS POUR LE SECTEUR DU DOMICILE	43
4.1 Rencontrer les besoins actuels	43
4.2 Des moyens progressivement renforcés mais sur la sellette	43
4.3 Une approche socio-sanitaire décloisonnée	45
4.4 La place de l'aidant proche	46
4.5 Revoir les formations donnant accès aux différents métiers du domicile	47
PARTIE 5 : PERSPECTIVES ET ORGANISATION	49
5.1 Rencontrer l'avenir immédiat	49
5.2 L'impact pour les bénéficiaires	50
5.3 Protocoles d'accord du 24 février 2014	51
5.3.a – Le protocole d'accord du 24 février 2014 concernant la relation entre les prestataires d'aide et d'accompagnement des services agréés d'aide à domicile et les professionnels de santé dans leurs activités à domicile	51
5.3.b – Le protocole d'accord du 24 février 2014 concernant la relation entre les professionnels travaillant dans le secteur de l'aide aux personnes en situation de handicap et les professionnels de santé	53
5.3.c – Le protocole d'accord du 24 février 2014 concernant la relation entre les personnes autorisées par l'Office de la Naissance et de l'Enfance, les personnes employées dans une garderie autorisée ou agréée par Kind & Gezin ou une garderie avec une attestation de surveillance de Kind & Gezin, les personnes indépendantes ou actives au sein de services agréés par la Communauté germanophone et les professionnels de santé	55
5.4 La notion de collaboration interprofessionnelle appliquée aux activités de l'aide et des soins à domicile	58
5.4.a – La définition de la collaboration	58
5.4.b – La définition de la collaboration interprofessionnelle	58
5.4.c – Les enjeux de la collaboration interprofessionnelle	59
5.4.d – L'organisation de la collaboration interprofessionnelle dans l'aide et les soins à domicile	59



Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile

Avenue Adolphe Lacomblé, 69-71 bte 7
1030 Bruxelles

Tél : 02/735 24 24

secretariat@fasd.be
www.fasd.be