

# [CONTACT]

LA REVUE DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE

29<sup>e</sup> ANNÉE • N° 121 • OCTOBRE-NOVEMBRE-DÉCEMBRE 2009

PREMIER  
ÉCHELON

La maison de repos  
et de soins est-elle une maison ?



AIDE & SOINS  
A DOMICILE

Édition de la Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile  
Av. Adolphe Lacomblé 69-71, bte 7,  
1030 Bruxelles  
Trimestriel

DOSSIER

Soins de santé :  
un marché lucratif ?

ÉCHOS



## Des souhaits à ne plus savoir qu'en faire...

Depuis plusieurs mois, les nouvelles sont mauvaises et la radio du matin n'en finit plus de nous annoncer des pertes d'emploi. On parle des anecdotes de la politique plus que de la vraie politique au sens de Platon : "l'organisation de la vie en société" ou d'Aristote : "la recherche du vivre ensemble comme finalité suprême". Les pouvoirs publics réalisent des pirouettes budgétaires mais ils craignent de nous dire que l'austérité est de mise. Dans le secteur non marchand plus spécifiquement, les réactions viennent en sens divers : les uns respirent en se disant qu'au moins "on sauve les meubles", d'autres protestent parce que des projets nouveaux avaient vu le jour qui seront insuffisamment financés. Certains encore estiment que l'objectif est de maintenir les emplois et bon nombre regrettent que les besoins fondamentaux de la population ne soient pas pris en compte.

A ce propos, les témoignages des intervenants du domicile sont très éloquentes : aide familiale, Jeanne a vu la violence s'installer progressivement dans une famille dont aucun membre n'a un statut d'actif au sens de la sécurité sociale ; infirmière, Odile a perçu qu'on aurait pu retarder l'hébergement d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer mais son conjoint a senti ses forces s'épuiser lentement faute d'un accompagnement intensif hors de ses moyens ; Julie, aide ménagère, est effarée quand elle arrive chaque lundi auprès d'une personne âgée privée de tout lien social....

Tableau bien sombre, me direz-vous, et pourtant cet éditorial n'est pas un billet d'humeur ! Loin s'en faut... Nous tenons simplement à rappeler toutes les demandes non rencontrées faute de subventions suffisantes. Au moment de passer le cap de 2010, toutes les études et les recherches confirment un fait

plus qu'évident : la majorité des bénéficiaires de l'aide et des soins à domicile souhaitent rester chez eux !

**Il est donc impératif de concrétiser certaines mesures, en sachant que l'État ne peut répondre à tous les besoins. Il est impératif de permettre, au meilleur coût, l'accès de nos services au plus grand nombre. Il est impératif que les Pouvoirs Publics adoptent vis-à-vis des organismes qu'ils subventionnent un discours clair, pour définir les possibles et les limites !**

**Puisque l'an nouveau est bientôt là, allons vers des horizons qui chantent...**

*"Pour arriver enfin à ces rêves d'enfants  
Qui n'ont pas de limites comme on a maintenant  
J'ai vu des dauphins nager dans un ciel de coton  
Des fleurs volaient caressant l'horizon  
J'ai vu des arbres pousser remplaçant les gratte-ciels  
J'ai vu au fond de l'eau une nuée d'hirondelles."*

**Comme Peps le suggère dans sa chanson "La liberta", peut-être devrions-nous apprendre à libérer le meilleur en nous ? Cette liberté trop souvent externalisée et qui pourtant est aussi pleinement intérieure.**

**A vous lecteurs, nous souhaitons des souhaits à ne plus savoir qu'en faire et une liberté qui vous conduise vers le plus beau des chemins intérieurs.**

**BONNE ANNEE 2010 !**

**Agnès Schiffino**

## CONTENU

### PREMIER ÉCHELON

La maison de repos et de soins est-elle une maison ?	3
Notre résidence n'est pas un lieu de passage comme un hôpital, c'est un lieu de vie	4
Le couloir, c'est ma rue	5
Emménager dans une maison de repos : une préparation à faire avec soi-même et ses proches ?	6
Le dernier chez moi, est-ce quand même chez moi ?	8

### INFO SANTÉ À DOMICILE

LE SIDA ou Syndrome d'Immunodéficience Acquise	9
--	---

### ÉCHOS

La charte associative	24
Les 25 ans de "Familienhilfe VoG"	25
Infor Homes Wallonie	27
Santé et bien-être au travail dans les métiers de services et soins à domicile	27

### DOSSIER

Soins de santé : un marché lucratif ?	10
Marchandisation, libéralisation, privatisation : savoir de quoi on parle	11
La présence commerciale dans les soins de santé ne cesse de se renforcer	14
Le don, l'échange et le marché	15
Le service et le soin sont-ils des marchandises ?	17
Une intelligence du singulier	19
Titres services : questionnaire sur un dispositif en questionnement !	21
Aide ménagère titres services : entretien avec Clémence Demoustier	23

La vie n'est pas un long fleuve tranquille. Parfois les crises de la vie sont là et empêchent une personne de rester au domicile. La vieillesse, les handicaps, les problèmes de santé mentale, la précarité, la violence... Tout s'en mêle de temps à autre pour créer l'exclusion. L'action sociale et le développement communautaire tentent alors d'y remédier pour que la vie au jour le jour reste possible et conforme à la dignité humaine. [Contact] est allé à la rencontre de ces expériences particulières et souvent novatrices. Privée de son chez soi individuel (qui dans notre culture reste un point d'ancrage indéniable), la personne peut garder son identité et une certaine qualité de vie. Dans ce numéro, nous nous sommes posé la question suivante : la maison de repos et de soins est-elle une maison? Nous avons suivi plusieurs pistes de réflexion en faisant d'abord le point sur les aspects légaux, pour ensuite rencontrer deux soignants et une résidente.

# La maison de repos et de soins est-elle une maison ?

Anne Jaumotte, chargée de projets - UCP, mouvement social des aînés

© Laurence Latour/FASD

## Définitions légales

Pour répondre à cette question, il importe de situer le cadre légal de l'hébergement en collectivité.

## La maison de repos

C'est un établissement destiné à l'hébergement de personnes âgées de soixante ans et plus<sup>1</sup> qui y ont leur résidence habituelle et y bénéficient de services collectifs familiaux, ménagers, d'aide à la vie journalière et, s'il y a lieu, de soins infirmiers ou paramédicaux.

## La maison de repos et de soins

C'est une maison de repos destinée aux personnes âgées nécessitant des soins, dépendantes physiquement et/ou psychologiquement et dont l'autonomie est réduite en raison d'une maladie de longue durée.

## La résidence services

Cette formule implique un ou plusieurs bâtiments constituant un ensemble fonctionnel et comprenant des logements particuliers destinés aux personnes âgées de soixante ans au moins, leur permettant de mener une vie indépendante et disposant obligatoirement de services auxquels elles peuvent faire librement appel. La résidence services s'adresse aux personnes âgées vivant seules ou en couple, capables de vivre de façon indépendante et qui n'ont pas besoin de soins



en continu. Un choix de services est généralement offert. Cela représente quelques 3.000 places dans des appartements et studios répartis en Région wallonne et à Bruxelles.

Le gouvernement détermine le nombre de lits en fonction de la population âgée vivant sur le territoire. Actuellement un moratoire empêche la création de nouvelles places d'accueil.

*NB : Dans sa volonté de promouvoir les formules de transition, le gouvernement wallon soutient depuis peu la subsidiarité des établissements et services destinés aux personnes âgées en dehors des maisons de repos. Les résidences services sont concernées par ces nouvelles initiatives et permettront à l'avenir, on l'espère, un abaissement des coûts de ce type d'hébergement.*

## Quelques éléments spécifiques à la Belgique

Quelques 125.000 belges résident en maisons de repos et de soins, ce qui représente près de 7% des personnes de plus de 60 ans. Ce chiffre est relativement stable mais c'est au niveau des résidents que l'on observe des changements importants. L'âge moyen d'entrée en structures d'accueil tourne autour de 85 ans et reculera encore ces prochaines années. La population en maison de repos est essentiellement féminine car chez les plus de 80 ans, les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes. On rencontre donc en maisons de repos, plus souvent aujourd'hui qu'auparavant, des résidents très âgés, dépendants, présentant différentes pathologies et démences (1 résident sur 3) et nécessitant davantage de soins. ■

<sup>1</sup> Des dérogations peuvent être octroyées à des personnes de moins de 60 ans sous certaines conditions

# Notre résidence n'est pas un lieu de passage comme un hôpital, c'est un lieu de vie

Entretien avec Paul Ceulenaere, ergothérapeute à la Résidence Porte de Hal

Propos recueillis par Laurence Latour

**Extrait du Projet de Vie de la Résidence Porte de Hal : "La résidence est le domicile de 150 personnes. Cela veut dire qu'elles sont ici chez elles, dans leur maison. La résidence n'est pas un lieu de passage comme un hôpital. C'est un lieu de vie. Nous [les soignants] ne sommes pas ici chez nous. Nous sommes chez elles".**

**Paul, le Projet de Vie de la résidence indique clairement que les pensionnaires sont ici "chez eux". Comment cette approche se traduit-elle concrètement dans la vie quotidienne de la résidence ?**

Nous considérons que les gens sont ici chez eux et donc s'ils ne peuvent plus aller au théâtre, on fait venir le théâtre

ici. S'ils ne peuvent plus aller écouter un concert, on organise un concert ici. Et s'ils ne peuvent plus se promener dans leur jardin, on fait venir le jardin chez eux, c'est à dire ici, dans cette résidence.

**Comment fut créé le jardin de la résidence ?**

Les travaux ont débuté en 1995. Avant, il

y avait une grande pelouse, vide, avec une main courante. La direction voulait aménager un jardin mais comme il fallait l'adapter pour des personnes à mobilité réduite et aveugles, il fallait concevoir quelque chose d'un peu particulier. Nous avons contacté le CERIA pour entamer une collaboration avec la section "arts et jardin". Nous avons une étudiante en ergothérapie qui décida de faire son mémoire sur l'aménagement du jardin. Les professeurs du CERIA ont lancé toute une classe sur le projet. Les étudiants se sont répartis en différents groupes. Un groupe a rencontré les résidents pour savoir ce qu'ils attendaient de leur jardin ; un autre groupe est venu prendre les mesures, tandis qu'un troisième réfléchissait aux adaptations nécessaires vu les handicaps spécifiques de nos pensionnaires.

Chaque étudiant a réalisé ensuite un projet personnel. Les professeurs sont venus nous présenter les 10 meilleurs projets. Le service d'ergothérapie a sélectionné trois projets qui correspondaient le mieux à nos besoins, les étudiants les ont présentés et le Conseil a choisi le projet qui semblait le plus adapté.

**Le jardin a-t-il été conçu dans une optique particulière ?**

L'étudiante s'est inspirée de la "spirale de la vie". En haut du bâtiment, on voit très bien cette spirale, le chemin fait un grand "S". Tout est pensé pour que nos pensionnaires puissent s'y promener de façon autonome. La pièce d'eau du milieu par exemple, la fontaine, est une véritable balise sonore pour les personnes malvoyantes et désorientées. En entendant le bruit de l'eau, les pensionnaires savent où ils se trouvent sur le parcours. La spirale est carrée, il n'y a que des angles droits car les aveugles perdent leurs repères dans les courbes.

C'était une excellente idée dans le projet – tout comme les textures au sol : il y a des briques, des dalles de béton, du gravier, etc, pour faciliter les repères. Le chemin est conçu de façon à ce qu'on revienne naturellement au point de départ.

Par ailleurs, le jardin est entretenu par une entreprise de travail adapté, la Ferme Nos Pilifs. Ce sont des personnes handicapées mentales légères, qui travaillent pour des personnes âgées en maison de repos et nous trouvons que c'est une belle forme d'entraide.



## PREMIER ÉCHELON

### Le jardin facilite-t-il les relations entre les pensionnaires ?

Oui, nous avons créé des zones de repos. Des vignes forment une sorte de tunnel, il y a une tonnelle et des bancs. Nous avons planté des haies pour créer un peu d'intimité. Evidemment, il faut éviter les épineux et les grosses branches qui pourraient blesser les résidents. Les chemins font 1,50 m de large pour que deux fauteuils roulants puissent se croiser. A côté des bancs, un espace est prévu pour qu'une personne en chaise roulante puisse s'asseoir à côté d'une personne valide.

### Pensez-vous que le jardin aide les gens à se sentir "chez eux" ? De manière générale, pensez-vous que les pensionnaires se sentent "chez eux" dans cette résidence ?

La première phrase du document que nous transmettons aux stagiaires à l'ergo, dit ceci: "La Résidence Porte de Hal est le domicile de 150 personnes". Cela signifie qu'elles sont chez elles. La différence peut-être, c'est qu'ici c'est un "chez soi partagé" si je puis-dire... Un "chez soi" partagé avec des gens qu'on n'a pas choisis. Et pour ce qui concerne le jar-

Un "chez soi" partagé avec des gens qu'on n'a pas choisis.

din.... je ne sais pas si le jardin les aide à se sentir "chez eux" mais il les aide à se sentir mieux, ça c'est certain. La preuve c'est le nombre de pensionnaires qui s'y promènent.

Merci pour votre témoignage, Paul. ■

## TÉMOIGNAGE

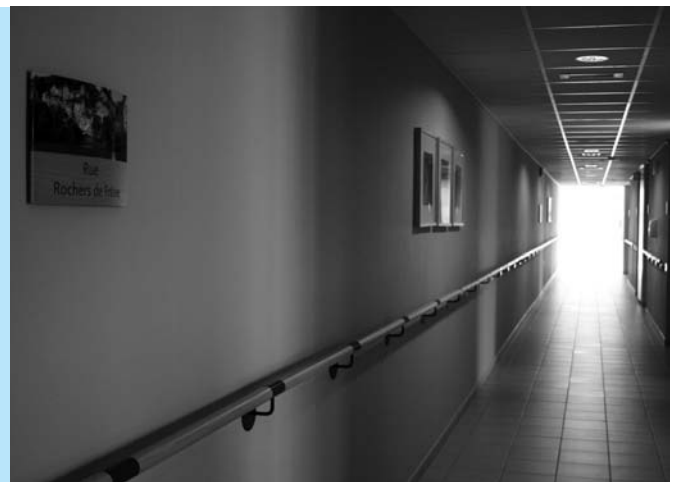
### Le couloir, c'est ma rue

Je m'appelle Jeanne. Je suis venue ici, dans cette maison aux grands murs sans vraiment m'en rendre compte. C'est mon fils qui m'y a conduite. Première surprise : la pièce est toute petite alors que ma maison était si grande !

Autre surprise : la porte reste toujours ouverte... mais ouverte vers quoi ? Vers un immense couloir avec plein d'autres portes également ouvertes.

D'abord, je ne voulais pas sortir de ma chambre (oui, c'est une chambre pas une maison) mais j'avais le sentiment d'étouffer. Ma fille qui vient me voir tous les jours passe du temps à ranger mes vêtements, ma trousse de toilette... Je pense toujours (mais je ne lui dis rien pour ne pas la contrarier) : "mais que range-t-elle, il y a si peu de choses ?"

Un jour, je me suis décidée, j'ai franchi le seuil de la porte et j'ai découvert des plantes vertes, des bancs, une cage avec des canaris... mais surtout j'ai vu d'autres portes ouvertes. J'ai regardé à l'intérieur et ce que j'ai surtout découvert, ce sont des TV allumées !



© Laurence Latour/FASD

Maintenant quand je suis mal dans ma chambre, je pars dans le couloir comme si c'était "ma rue d'autrefois". J'imagine que les plantes sont des arbres, que les TV allumées sont des fenêtres et que le petit jardin de l'immeuble est le parc où j'allais "prendre le soleil en été". J'imagine, mais cela ne me suffit pas.

Un jour, je suis allée jusqu'au bout du couloir et je suis sortie de l'immeuble. Là, j'ai compris que mon couloir n'était pas une rue et que la vraie rue n'allait pas me mener à "ma maison d'avant". Une infirmière m'a reconduite dans ma chambre et j'ai pleuré tout au long du couloir. Mes larmes lui étaient étrangères.

Comment lui dire ce que j'avais compris ? Comment lui dire que le couloir n'était pas une rue et qu'il ne me mènerait plus jamais à "ma" maison ?

GS

Essai d'approche du désarroi de Jeanne, souffrant de démence

## Emménager dans une maison de repos : une préparation à faire avec soi-même et ses proches ?

Entretien avec Julia Retamero, aide soignante à la Résidence Porte de Hal  
Propos recueillis par Laurence Latour

### En tant que soignante, avez-vous des attentions particulières pour aider les résidents à se sentir "chez eux" ?

Ce n'est pas toujours facile. Ils ont dû quitter leur maison, leurs meubles, ils se sentent dépouillés de tout. Dans leur chambre, le moindre objet qui leur appartient, un cadre, un meuble, est très important pour eux. Ici, ils ne choisissent pas la personne qui partage leur chambre. On essaie donc de trouver des compromis... On essaie d'associer des personnes du même milieu par exemple, mais ce n'est pas toujours évident.

Le matin, on ne vient pas avec des plateaux tout préparés comme à l'hôpital, on apporte des tartines et les résidents choisissent eux-mêmes s'ils veulent de la confiture, du choco ou que sais-je.

Quand on vit chez soi, on fait facilement ce que l'on veut. Ici, nous tentons donc de respecter les envies des résidents (dans la mesure du possible bien sûr). Par exemple, nous organisons des ani-

mations mais nous n'obligeons personne à y participer. Si la personne n'a pas envie quand nous passons la chercher, nous respectons son choix et nous repassons vérifier plus tard si elle n'a pas changé d'avis entretemps.

Il y a des gens qui sont très bien préparés à cette nouvelle vie car la famille a pris le temps de venir visiter les lieux avant. D'autres arrivent directement de l'hôpital et pour eux, c'est plus difficile. Ils n'ont pas eu le temps de se faire à cette idée, souvent ils ne veulent pas vivre en institution. Il y a ceux qui pensent qu'ils ne sont plus "bons à rien" et d'autres qui ont envie de se sentir utiles. Ceux-là font leur lit par exemple, ils choisissent leurs vêtements...

À notre niveau, si l'on veut aider la personne à se sentir "chez elle", c'est très important de respecter ce besoin d'autonomie. Nous veillons donc aux petits gestes, aux petites attentions qui font beaucoup. Si la personne veut nous

Certaines personnes se préparent à l'idée de vivre en maison de repos.  
Pour les autres, le passage est plus difficile.

aider, même si parfois c'est pis que bien, nous la remercions. Parfois la personne nous fait vraiment gagner du temps !

Nous avons par exemple un monsieur qui met son verre et son assiette en bout de table systématiquement après le repas. Ce sont des petites choses mais 5 minutes de gagnées ici, c'est 5 minutes qu'on peut donner ailleurs, à quelqu'un qui en aura beaucoup besoin à ce moment-là peut-être. Chaque détail est important, je crois.

Nous avons un autre résident qui donne à manger à sa voisine de table. C'est un ancien militaire, un monsieur "très carcé". Avec nous, cette dame ne veut pas manger. Après trois cuillères elle dit qu'elle a assez mangé. Avec lui, elle mange tout: son potage, son assiette, le dessert : tout. Il faut les voir sourire tous les deux, c'est très beau.

### Avez-vous des résidents qui regrettent leur maison au point de ne jamais s'adapter ?

Oui, certains résidents disent qu'ils seraient bien mieux chez eux. Mais pourraient-ils continuer à vivre chez eux ? Je ne sais pas, c'est difficile. Ils ne peu-



Pour la plupart  
des gens,  
cette résidence  
est leur dernière  
demeure.

vent plus faire les courses, ni cuisiner, ils oublient le gaz, c'est dangereux parfois. Il y a des gens qui n'ont pas d'enfants pour s'occuper d'eux et dans notre société aujourd'hui, la vie fait qu'on n'a plus le temps de s'occuper de nos grands-pères, de nos grands-mères... Moi, je suis d'origine espagnole, j'ai toujours dit que je ne mettrais jamais mes parents en maison de repos si je peux, mais bon, je ne sais pas ce que l'avenir nous réserve... Nous sommes trois filles, toutes les trois dans le même métier... Mais tout dépend de la façon dont ils vieilliront, ce n'est pas si simple. Et ma belle-mère par contre, elle me dit qu'elle veut venir ici si on doit la placer. Je ne sais pas s'il y a une solution meilleure qu'une autre, je crois que cela dépend de la situation et de la personne. Et de la société aussi. Je pense qu'il faut se préparer... Les maisons de repos ne sont pas des mouchoirs. Avant peut-être c'était le cas, aujourd'hui c'est différent.

**Justement, c'est une question que je voulais aborder avec vous. Pour la plupart des résidents, cette institution c'est leur dernière demeure, tout le monde le sait, ils le savent aussi... la plupart y meurent, je suppose ?**

Oui, évidemment, c'est leur dernière demeure. L'accompagnement est essentiel. La famille n'est pas toujours ici et nous ne pouvons pas la remplacer. Pouvoir dire au revoir, c'est essentiel. On les lave, on les installe... Pour moi, c'est très important. J'ai commencé à travailler à 18 ans, au début c'était très difficile. Je me souviens pendant ma première année de travail, 27 résidents sont décédés ici. Je rentrais chez moi en pleu-



© sxc.hu

rant tous les jours. Aujourd'hui, je me dis que tout a une fin et qu'il faut rendre cette fin la plus heureuse possible. Quand j'accompagne une personne, surtout si elle n'a plus de famille, je me demande souvent ce qu'elle serait devenue toute seule dans son appartement. Peut-être elle serait tombée... Ceci dit, il y a des gens qui préfèrent partir tout seuls... Vous les veillez pendant des heures et ils meurent au moment où vous prenez deux minutes pour aller à la toilette. Peut-être ils le font pour ne pas nous faire de chagrin... je ne sais pas. Nous tentons de les reconforter, on les aide à attendre leur famille qui est en chemin. C'est parfois difficile à gérer, l'équipe est très importante, et l'expérience aussi. Il faut apprendre les petits gestes : tenir la main, le silence, l'écoute. La mort est là pour chacun, c'est la seule chose dont on est certain finalement. Nous essayons aussi de soulager la souffrance.

**Une fin de vie à domicile se vit-elle différemment, selon vous ?**

Mon beau-père est mort d'un cancer et il a souhaité mourir chez lui. Nous l'avons accompagné jusqu'au bout comme s'il avait été ici. Nous avons fait appel aux soins palliatifs *Continuing Care* et franchement : "chapeau". Ici aussi, nous faisons parfois appel à eux. Tant que les gens peuvent rester chez eux, c'est bien de le faire je crois mais bon, ce n'est pas possible pour tout le monde.

**Merci pour votre témoignage Julia. Y a-t-il autre chose que vous souhaitez ajouter ?**

Oui, tout à l'heure je parlais d'une évolution des mentalités... Une chose m'interpelle : beaucoup de familles invitent les résidents à manger chez eux, ou au restaurant. Mais ils ne viennent pas souvent manger ici, malgré les invitations. Les gens ont peut-être peur de déranger, de donner du travail... ou alors ils n'ont pas envie de venir, je ne sais pas. Je trouve dommage qu'il n'y ait pas plus "d'échange". Quand j'ai invité quelqu'un à manger chez moi, il m'invite en retour et j'y vais, c'est normal non ? ■

## Le dernier chez moi, est-ce quand même chez moi ?

Entretien avec Madame Gilles, résidente à l'Institut Saint-Thomas

Propos recueillis par Laurence Latour

© Laurence Latour/FASD

**Madame Gilles, vous vivez depuis plusieurs années dans cette maison de repos et de soins.**

**Vous sentez-vous "chez vous" ici ?**

Oui, cette petite chambre c'est mon habitation personnelle, en quelque sorte. J'ai ma photo sur la porte, j'ai des meubles qui sont à moi, je les avais dans ma maison. J'ai ma télévision, j'ai mes fleurs. Tout ce que je sais faire pour aider les aides soignantes, je le fais, ça m'aide à rester active. Je fais mon lit moi-même, je nettoie mon évier, je frotte, je fais les poussières... comme je le faisais dans ma maison. Il y a des choses que je ne sais plus faire bien sûr, mais je fais tout ce que je peux. Je fais aussi une partie de ma toilette toute seule mais comme je ne sais plus lever le bras, j'ai besoin de quelqu'un pour m'aider à faire le tout (rires). Je me sens bien ici. Je suis tombée en rue près de chez moi... j'ai fait un séjour à l'hôpital mais une fois rétablie, il fallait bien que je sorte.

Je ne pouvais plus rester à l'hôpital, je ne pouvais pas non plus rester chez moi et je ne voulais en aucun cas aller chez un de mes fils. Ils sont très gentils, ce n'est pas cela... J'ai logé une nuit chez le plus jeune avant de venir ici et ça m'a... comment dire... ça m'a dérangée. J'avais mal à la hanche, je marchais difficilement, je ne savais pas monter l'escalier, on a descendu le lit de ma petite fille pour que je puisse dormir en bas, et ma petite fille a dû dormir sur un matelas. Et j'ai dit : "Mon Dieu, je ne veux pas en arriver là". Mes deux fils sont très serviables et mes belles-filles sont adorables mais ils ont leur vie et moi j'ai la mienne. Je vais chez eux, ils viennent me chercher. Mes petits enfants viennent me voir aussi, ils m'appellent au téléphone. J'ai même eu la décoration de la "meilleure mammy" (rires). La maison que j'occupais n'était pas à moi. Mon fils m'a dit : "Si tu continues à payer deux loyers, ça n'ira jamais".



Il a fallu vider la maison, ils se sont débrouillés, je n'étais pas là. Je n'ai rien vu de tout cela mais j'ai confiance en mes enfants. Mes fils s'occupent de tout, je ne me tracasse de rien.

**Avez-vous des relations avec les autres résidents ?**

Oui, je dis bonjour à mes "voisines" et mes "voisins" mais je ne vais pas chez les autres, ce n'est pas dans mon caractère. J'aime bien qu'on vienne me dire bonjour mais je ne vais pas chez les autres. Pour vivre en communauté, il faut respecter les règles tout en faisant le nécessaire pour se préserver une certaine liberté. Il faut apprendre la patience et ne pas tirer la tête (ce n'est pas dans mon caractère heureusement). Les deux secrets c'est : "patience" et "respect". Hier j'ai eu la bonne surprise de voir arriver ma sœur et ma filleule, on a regardé des photos, on a ri comme des bossues toutes les trois... ça fait du bien (rires). Ici, je fais tout ce que je sais faire pour aider les autres, sans me mettre en péril bien sûr, j'ai de l'arthrose, je dois faire attention. Mais si je sais pousser quelqu'un dans une voiturette, je le fais. Je communique facilement, d'ailleurs c'est bien simple, s'il y a un nouvel aide soignant dans le service, je dis "un" car maintenant il y a aussi des

garçons qui font ce métier... hé bien, s'il y a un petit nouveau : c'est pour moi. "Ah, Madame Gilles vous voulez bien que celui-ci vienne ? C'est son premier jour", qu'on me dit. Hé bien, qu'il vienne ! Quand on dépend des autres, c'est important de respecter les gens. Je suis bien ici, tout le monde s'arrange pour m'aider quand j'ai une difficulté ; la direction, les aides soignantes, tout le monde est très gentil. Et puis, une journée ici passe relativement vite. Je lis beaucoup, les journaux ou des gros romans. Je vais aux activités, ça fait du bien. J'arrange ma journée comme je veux, je peux sortir avec ma canne (sous ma responsabilité), je fais le tour du bâtiment. Par ma fenêtre, je vois parfois des biches au fond du jardin. Oui... je me sens chez moi ici. ■

Cette  
petite chambre,  
c'est mon habitation  
personnelle.

# LE SIDA ou Syndrome d'Immunodéficience Acquise

Dr Gérard Lemaire, médecin généraliste

*Anne-Marie, infirmière, et Luc, aide familial, se rencontrent fréquemment chez Alexis, 52 ans, victime du SIDA depuis bientôt 16 ans. Leur contact avec Alexis est des plus chaleureux et une relation de proximité s'est établie au bénéfice des trois personnes.*

## Définition

Le SIDA est le nom d'un ensemble de symptômes consécutifs à la destruction de plusieurs cellules du système immunitaire par un rétrovirus, le VIH. Le SIDA est le dernier stade de l'infection par ce virus.

## Transmission

Le virus du SIDA ou VIH se trouve dans tous les liquides de l'organisme des personnes séropositives. Il est en quantité trop faible dans la salive, les larmes, l'urine ou la sueur pour être contaminant. Par contre les sécrétions vaginales, le sang, le sperme, le liquide séminal et le lait maternel peuvent transmettre l'infection.

Trois modes de transmission sont décrits :

- > **par voie sexuelle** : le virus entre par les muqueuses lors de rapports sexuels non protégés
- > **par voie sanguine** : utilisateurs de drogues injectables, hémophiles, transfusés, professionnels de la santé
- > **de la mère à l'enfant** : in utero dans les dernières semaines de la grossesse, au moment de l'accouchement, et de l'allaitement

## Après la transmission

Lorsque le virus VIH a pénétré dans un organisme, il s'y multiplie et la personne devient **séropositive pour le VIH**. Face à l'intrusion de ce virus, l'organisme réagit en produisant des anticorps. Dans les semaines qui suivent la contamination, environ 80% des personnes ressentent des symptômes faisant penser à une grippe : fièvre, fatigue, gonflement de ganglions. A ce stade, la personne contaminée peut transmettre le virus. Une fois séropositive, la personne le reste à vie.

Pendant une période plus ou moins longue, qui peut durer plus de dix ans, le système immunitaire parvient à lutter contre le VIH. Malheureusement au fil

du temps, le système immunitaire se détruit et l'organisme devient trop faible pour se défendre contre les **microbes**. La personne commence alors à développer des maladies dites "opportunistes", c'est-à-dire qu'elles profitent de la chute d'immunité. Ces infections opportunistes sont les premiers symptômes de la **maladie du SIDA proprement dite**. C'est à ce moment que la personne est considérée comme "malade du SIDA".

## Diagnostic

Le seul moyen de savoir si l'on est porteur du VIH est de se soumettre à une prise de sang. Il est généralement conseillé d'attendre trois mois après la prise de risque (par exemple, un rapport sexuel non protégé). En effet, le temps nécessaire pour que les anticorps soient identifiables par le test varie entre 3 semaines et 3 mois en fonction des personnes.

## Que faire en cas de prise de risque?

Il est possible d'avoir un traitement d'urgence anti-VIH qui peut réduire fortement les risques de contamination. Pour ce faire, il faut se rendre sans tarder dans un service hospitalier. Ce traitement est lourd et doit être suivi durant un mois.

## Prévention

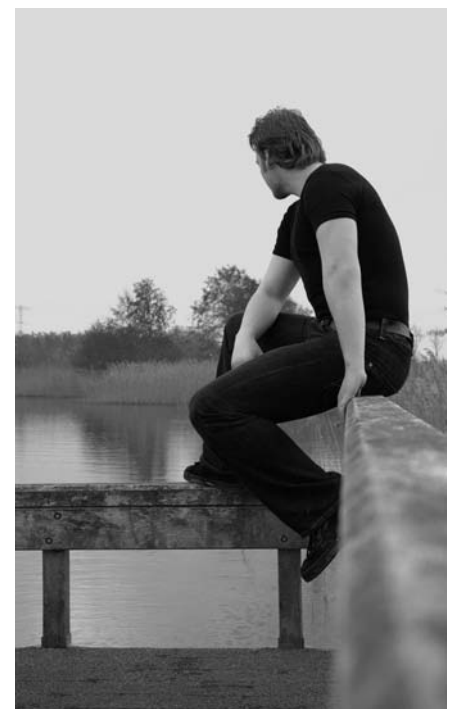
C'est d'abord, oser parler du SIDA avec son partenaire, sans fausse pudeur et dans le respect de l'autre. Le préservatif est le seul moyen de protection efficace contre le SIDA et contre certaines autres infections sexuellement transmissibles.

## Traitement

Aujourd'hui, il n'y a pas de traitement permettant de guérir le SIDA et ce, malgré l'existence de traitements comme les *trithérapies rétrovirales* qui permettent de

contenir l'action du virus avec plus ou moins d'efficacité. Des recherches continuent pour la mise au point d'un vaccin mais les progrès sont lents.

*Les soignants du domicile ont souvent des craintes quant au danger d'être contaminés par les personnes atteintes du SIDA. Il faut rappeler que ce virus ne se transmet ni par les larmes, ni par la sueur, ni par la salive, la toux ou les éternuements, ni par les poignées de mains, les baisers, les massages ou par les piqûres d'insecte. Aucun risque non plus si on partage des vêtements, si on boit dans le même verre ou si on mange dans le même plat. Enfin il n'y a pas de contamination par le contact avec la lunette des toilettes. Rappelons encore que chaque soignant doit veiller à toujours se protéger car il n'est pas sensé savoir qui est atteint d'affection contagieuse, le patient lui-même ne le sachant pas toujours ! ■*



## Soins de santé : un marché lucratif ?



© FASD /photo-libre.fr

**Privatisation et commercialisation de ce que nous appelons les “services publics” (on peut d’ores et déjà parler au passé !) poursuivent leur marche en avant. Pas un secteur, de l’énergie à la poste, de l’eau aux communications, n’échappe au rouleau compresseur lancé par les instances de la Communauté européenne. Pas même les services de santé et les services aux personnes, au moins de manière larvée.**

La voie est ouverte pour offrir aux initiatives commerciales la possibilité de prendre des initiatives dans le secteur des soins de santé et de bien-être : l’individualisation croissante, l’innovation technologique continue, l’internationalisation de l’offre de soins, le manque de moyens publics en vue de réaliser des investissements créent un appel d’air favorisant l’introduction croissante des principes du libre marché et la recherche de profits commerciaux en soins de santé dans les pays qui nous entourent. Ce mouvement semble irréversible et pourrait avoir des conséquences sur ce secteur dans notre pays. Par ailleurs, la réglementation européenne en matière de libre circulation des services et les règles de concurrence poussent les états membres à moins intervenir et à laisser davantage jouer le marché.

Ses partisans ne voient pas en quoi l’introduction de mécanismes de marché pourrait être mauvaise pour les soins de santé et les services d’aide aux personnes. Selon eux, les bénéfices qu’ils pourraient engranger dynamiseraient le secteur et engendreraient plus d’efficacité, d’innovation et de liberté de choix. Aux Pays-Bas, on dit que *“le moteur commercial permet d’aller plus vite”*. Mais d’autres mettent en garde contre les conséquences de cette *“marchandisation”* des soins de santé. La commercialisation, disent-ils, mènera à une dualisation (le meilleur pour ceux qui peuvent payer), à une confusion d’intérêts qui pourrait faire passer les intérêts financiers des entreprises avant ceux de la santé publique, à une sélection des risques et à une limitation de l’accès aux soins.

Ainsi, comme l’expliquait Raf Mertens, ancien responsable du département Recherche et Développement de la Mutualité chrétienne, *“en 2002 les bénéfices des dix principales entreprises pharmaceutiques américaines atteignirent 35,9 milliards de dollars. Elles ont réalisé ensemble davantage de bénéfices que les 490 autres entreprises figurant dans le Fortune 500, le top-500 des entreprises américaines (...)”*. Mais, pendant que les entreprises engrangent d’im-

portants bénéfices, *“un débat éthique fait rage en Belgique quant aux possibilités à venir de rembourser les médicaments fort coûteux contre le cancer.”*

Se posent alors des questions quant au manque de transparence dans la fixation des prix et à l’absence de concurrence en raison de la position de quasi monopole de certains producteurs. *“Il s’agit de symptômes évidents d’une marchandisation chaotique”* affirment les esprits critiques. Des voix nombreuses s’élèvent aujourd’hui pour mettre en question l’introduction des principes de marché dans les soins de santé et les services aux personnes.

Quoi qu’il en soit, l’introduction de techniques de marché dans le secteur des soins de santé doit découler de décisions collectives et rester sous contrôle afin de ne pas nuire à la santé publique et être à l’avantage des patients. Chacun doit pouvoir continuer à bénéficier de soins de qualité. Dans le secteur de l’aide et des soins à domicile, la vigilance s’impose. En effet, le dispositif des Titres services a introduit pour la première fois, une régulation de type commercial dans l’aide de proximité. Dans le secteur des soins infirmiers à domicile, on voit poindre ça et là, des modes d’organisation centrés sur un but lucratif. Est même apparue en 2003 une société de soins infirmiers à domicile cotée en Bourse, initiative que la Fédération de l’Aide et des Soins à Domicile a dénoncée.

Émiettement des compétences, émiettement des solutions, chômage exacerbé, crise économique... La tentation peut surgir de *“faire plus avec moins”*. Rappelons énergiquement que le maintien à domicile doit être financé par la Sécurité Sociale et par les Régions et Communautés. Commercialiser le secteur, ce serait nier la nature même des objectifs poursuivis : *“une offre coordonnée de moyens et de services adaptés aux besoins de la population”*. ■

Christian Van Rompaey

# Marchandisation, libéralisation, privatisation : savoir de quoi on parle

Christian Van Rompaey

Le choix de l'Europe d'encourager libre-échange et concurrence contribue à accélérer le processus de privatisation et de commercialisation des soins de santé et du bien-être. Cette tendance suscite de nombreuses inquiétudes du côté de ceux qui craignent que cette évolution ne mette à mal un accès équitable à des soins de qualité pour tous. Mais, avant de parler de l'avenir des services sociaux en Europe, il convient de clarifier des notions fréquemment utilisées comme marchandisation, privatisation, commercialisation, marchand et non-marchand <sup>1</sup>.

Quand on parle de marchandisation des soins de santé, on entend par là l'application des principes du libre marché (du commerce) aux soins de santé et de bien-être : concurrence, liberté d'accès, libre fixation des prix, libre établissement, non planification de l'offre de soins, pas de conditions ni de contrôle de qualité. Il s'agit là évidemment d'un modèle théorique. En réalité le secteur de la santé est évidemment soumis à des ajustements et à des interventions publiques. Les produits et les services sont soumis à des normes de qualité (additifs alimentaires, sécurité des jouets, accessibilité des services de santé, programmation...).

La logique commerciale est-elle compatible avec des tâches d'intérêt général ?



© Laurence Latour/FASD

La question soulevée par la marchandisation des services de santé est de savoir dans quelle mesure on accepte que des objectifs de santé publique ou d'intérêt général soient confiés à des organisations privées marchandes (à but lucratif). La logique commerciale est-elle compatible avec des tâches d'intérêt général et, si oui, à quelles conditions ?

Un autre aspect important de la marchandisation est celui de la **libre concurrence**.

Peut-on laisser jouer librement la concurrence commerciale dans les soins de santé ou faut-il que des **interventions publiques** régulent le marché afin d'assurer à tous le droit d'accès aux soins de santé ? Ce droit n'est pas nié par les plus ardents défenseurs de la commercialisation. Le débat porte plutôt sur la mesure dans laquelle les pouvoirs publics peuvent intervenir pour garantir l'accès aux soins des santé et contrôler leur qualité.

<sup>1</sup> D'après un texte de Sandra Derieuw : *La marchandisation dans les soins de santé : une reconnaissance du terrain*. MC-INFO, revue du service Recherche et Développement de la Mutualité chrétienne (Janvier 2007). Texte complet sur [www.mc.be](http://www.mc.be).



© FASD

**Quand on parle de libre marché** on entend par là la liberté des “offreurs de soins” ainsi que des “assureurs de soins” à s’établir sur le marché des soins de santé.

L’offre de soins, ce sont les hôpitaux, les maisons de repos, les infrastructures pour handicapés, les établissements pour la jeunesse, les crèches d’une part, et les prestataires de soins individuels, tels que les médecins, les praticiens de l’art infirmier, les psychologues d’autre part. Tant les pouvoirs publics que les organisations non marchandes et, dans une mesure limitée, les initiatives commerciales sont actives sur ce terrain. Ils sont tous soumis à un contrôle relativement strict des pouvoirs publics. Mais les acteurs commerciaux sont de plus en plus actifs sur ce terrain.

Par ailleurs, les organes d’exécution de l’assurance maladie et des soins de santé connaissent également une évolution en s’ouvrant au secteur privé commercial.

Dans le cadre de l’introduction de l’assurance dépendance flamande, des assureurs commerciaux ont été pour la première fois admis à côté des mutualités en vue d’organiser cette nouvelle mission. Les mutualités qui, à côté de leur rôle d’exécutant de l’assurance maladie invalidité, sont également des mouvements sociaux offrant des assurances complémentaires et représentant les intérêts des patients, doivent de plus en plus se justifier afin de pouvoir garder leur spécificité. La Commission européenne veut en effet appliquer les directives d’assurance aux assurances mutualistes complémentaires. Celles-ci ne concernent pas l’assurance maladie obligatoire légale qui ne peut être considérée comme une activité économique.

**Quand on parle de privatisation**, selon le “Robert” il s’agit de l’action de transférer au secteur privé une activité relevant jusqu’alors du secteur public. La privatisation peut concerner le carac-

La question soulevée par la marchandisation des services de santé est de savoir dans quelle mesure on accepte que des objectifs de santé publique soient confiés à des organisations privées marchandes.

tère privé des organes d’exécution dans les soins (comme les mutualités pour l’exécution de l’assurance ou les hôpitaux privés pour les infrastructures). L’organisation des soins peut aussi être concernée par la privatisation selon que la régulation des pouvoirs publics est plus ou moins forte.

La privatisation, c’est réduire le financement collectif des soins en glissant vers une participation financière plus importante par des moyens individuels (majoration de la participation des patients par l’augmentation des primes d’assurance). En sous-finançant les soins de santé, les pouvoirs publics ouvrent ainsi certains espaces à la commercialisation de services qu’ils ne peuvent plus assumer (assurances commerciales, séniories, soins à domicile).

Attention ! Le secteur privé se différencie clairement du secteur public, mais il peut être marchand ou non marchand.

Comme le secteur public possède aussi des entreprises publiques qui peuvent être considérées comme des entreprises

marchandes. Il vaut donc mieux parler de commercialisation plutôt que de privatisation. Le secteur privé peut être marchand ou non marchand selon qu'il fait des bénéfices à profit privé (reversé à des tiers) ou à profit social (destiné à l'exécution des objectifs sociaux).

La privatisation sous-entend généralement la liberté de concurrence et la limitation de l'intervention des pouvoirs publics. Elle est souvent considérée comme allant de pair avec la libéralisation.

### Quelles sont les caractéristiques essentielles d'une organisation non marchande ?

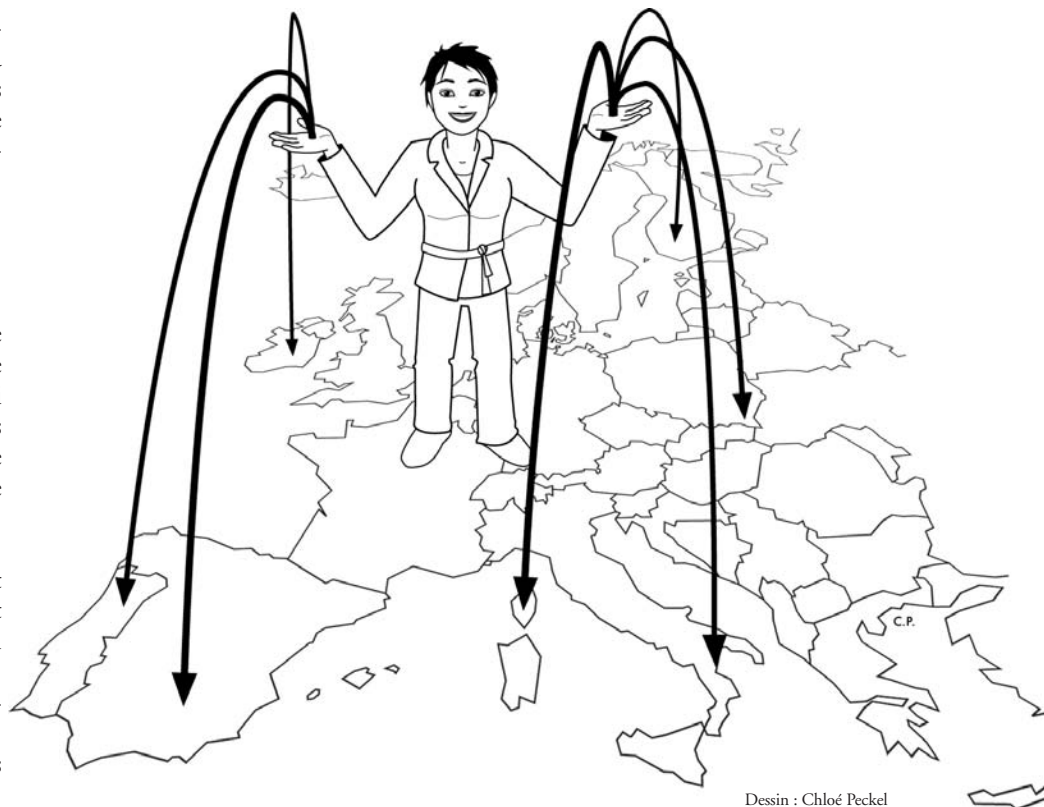
On peut la définir sur base de la nature de l'activité exercée (et non sa forme juridique). C'est ce que fait l'Europe qui établit la différence entre les services non économiques d'intérêt général (le social), les services d'intérêt économique général et les services économiques.

Le statut juridique est le plus souvent insuffisant pour départager marchand et non marchand. Le fait d'agir dans un but lucratif reste le principal critère. Encore qu'il convient de faire la différence entre les activités sans but lucratif, celles qui permettent de réaliser des bénéfices en vue d'acquiescer un revenu, celles qui permettent de réaliser des bénéfices en vue de rétribuer des actionnaires et des investisseurs. Le critère de distinction devient alors le fait qu'il existe ou non une troisième partie, les actionnaires, dont l'objectif principal consiste à réaliser du bénéfice.

Certes, dans des petites initiatives com-

merciales, comme par exemple les maisons de repos commerciales ou les crèches, il n'y a pas toujours une troisième partie intéressée financièrement et apposant ainsi son sceau sur les objectifs d'une entreprise.

Toutefois, il s'avère que l'objectif principal de l'organisation ou du prestataire de soins est le critère le plus pertinent pour établir une différence entre les acteurs commerciaux et les acteurs non commerciaux. ■



Dessin : Chloé Peckel

## LA DIRECTIVE BOLKESTEIN

Présentée en 2004 par la Commission européenne, la proposition de directive sur les services dans le marché intérieur avait suscité d'importantes mobilisations d'opposition. Fortement amendée, celle-ci, adoptée le 12 décembre 2006, doit être transposée dans le droit des différents pays de l'Union avant la fin de cette année - 2009.

Voir le [Contact] n°119, page 31

# La présence commerciale dans les soins de santé ne cesse de se renforcer

Christian Van Rompaey

**A vrai dire, la commercialisation dans les soins de santé a toujours été présente. Elle l'est dans le secteur des maisons de repos, la garde des enfants, les soins à domicile... Par ailleurs on sait que l'industrie pharmaceutique, le secteur des appareils médicaux et des aides techniques sont des secteurs commerciaux importants. Si la Belgique reste encore modeste de ce point de vue, il faut bien constater que dans les pays qui nous entourent la présence d'acteurs commerciaux ne cesse de se renforcer notamment dans le secteur des hôpitaux, des laboratoires cliniques, des médecins et des maisons de repos <sup>1</sup>.**

## Les hôpitaux

En France et en Allemagne sont apparus de grands groupes cotés en bourse qui reprennent à un rythme soutenu des hôpitaux, des cliniques, des maisons de repos. En Allemagne, la commercialisation a atteint les hôpitaux universitaires. Aux Pays-Bas également de petites sociétés de participation injectent des capitaux dans les soins de santé. Certains hôpitaux se profilent aussi sur le marché international. Le secteur commercial crée des réseaux d'entreprises qui se renforcent l'une l'autre en offrant des soins au sens large : aide à domicile, maisons de repos, hôpitaux, construction, appareillage médical, industrie du médicament...

En Belgique, il n'est pas simple de transformer des hôpitaux qui sont des ASBL en sociétés anonymes. Certes, les hôpitaux peuvent être privés ou publics mais ils sont tous soumis à la loi sur les hôpitaux étant donné l'interdiction de construire un hôpital, transformer un service hospitalier... s'il n'est pas prévu dans la programmation hospitalière. Mais de nombreuses activités, comme l'entretien, le parking, l'informatique, des activités médicales... sont externalisées et confiées à des entreprises commerciales.

Certaines prestations médicales lucratives (chirurgie esthétique, orthopédique, oculaire...) sont aussi confiées à des centres ambulatoires hors de l'hôpital. L'admission de patients étrangers permet également de développer des activités lucratives dans un hôpital non marchand.

## Les maisons de repos et MRS

En Flandre, il n'y a en principe pas de limitation aux initiatives commerciales dans le secteur des seniors. En Wallonie et à Bruxelles l'exploitation commerciale d'une maison de repos est possible pourvu qu'elle respecte certaines règles d'agrément, même si elle ne souhaite pas obtenir des subventions. Le secteur commercial des maisons de repos est cependant bien présent. Il s'agit le plus souvent de petites infrastructures.

Environ un tiers des maisons de repos en Belgique ont un statut commercial, mais on observe une tendance à l'élargissement et la création de chaînes d'établissements pour seniors. Certains n'investissent parfois que dans l'immobilier et sont cotés en bourse.

La Cour européenne de Justice est d'avis que la plupart des prestataires de soins, des intervenants et des organisations de bien-être et de santé, remplissent des services économiques et sont dès lors soumis au principe de libre circulation des services et au droit de la concurrence. Ceci force les états membres à déréguler et à introduire la notion de but lucratif dans les soins de santé. L'Europe nous demande de choisir entre le marché et le service public. Dès lors, les organisations sociales privées et les entreprises commerciales seront, sauf exception, traitées sur un pied d'égalité. Les réglementations seront contrôlées quant aux principes de non discrimination et de proportionnalité.

Dans les pays qui nous entourent, nous trouvons des entreprises commerciales organisées à l'échelon mondial qui jouent un rôle dans l'offre de soins. Les Pays-Bas ont radicalement opté pour la marchandisation. La Belgique n'est pas une île. Toute personne qui s'inquiète de l'avenir des soins de santé devra être créative quant à la façon d'adapter notre modèle aux évolutions sociales sans porter préjudice à l'objectif unique de soins de santé universels et financés de manière collective à un niveau élevé. ■

Environ 1/3 des maisons de repos ont un statut commercial.



<sup>1</sup> Voir Sandra Derieuw : *La marchandisation dans les soins de santé* : une reconnaissance du terrain. MC-INFO, revue du service Recherche et Développement de la Mutualité chrétienne (Janvier 2007). Texte complet sur [www.mc.be](http://www.mc.be).

# Le don, l'échange et le marché

Christian Van Rompaey

**"Tout s'achète et tout se vend", comme le chantait Jacques Brel à l'époque où il croyait que le diable était revenu sur terre. Comment chanterait-il aujourd'hui la course aux profits financiers ?**

Sous la pression du "marché" et de la logique marchande, la part de l'espace public traditionnellement réservée au don et à la solidarité n'est-elle pas, lentement mais sûrement, en train de se réduire ?

Quand on voit "le marché" breveter le vivant, s'emparer de la création culturelle, faire pièce à l'économie sociale, se rendre propriétaire de biens qui appartiennent à tous, privatiser des services collectifs..., on se demande quels biens et quels services seront encore capables de résister à toute évaluation marchande. L'évolution du monde contemporain, tout au moins dans nos sociétés occidentales, ne va-t-elle pas précipiter la fin de "l'esprit du don" et de la solidarité ? Cette question est à la base d'un ouvrage récent de l'anthropologue français Marcel Hénaff<sup>1</sup>.

En apparence, dit-il, le débat semble clair : "Ce qui ne peut se vendre, c'est ce qui doit se donner." Le don serait ainsi l'antithèse du commerce. Et certains ont même rêvé d'une "économie du don" qui ferait pièce au système capitaliste.

Or, dit-il, cette alternative n'est pas pertinente "parce que l'on tend ainsi à placer aux deux extrémités d'un même plan le don et le commerce... comme s'il s'agissait de deux formes hétérogènes mais symétriques d'échanges de bien. L'une s'impose quand l'autre doit s'effacer..." Mais la relation de don, affirme Marcel Hénaff, n'est pas seulement un transfert de biens, un échange entre un donateur et un donataire parce qu'elle ne porte pas tant sur les biens que l'on peut donner gratuitement que sur les valeurs de respect, d'at-



© photo-libre.fr

tachement, de reconnaissance, de dignité qui y sont liées.

Et, c'est de cela, qui est source de lien social, "que le processus de marchandisation voudrait nous "délivrer" en nous faisant entrer dans des logiques d'engagements purement contractuels, de risques savamment calculés, d'investissements garantis, de profits assurés et même de générosités rentabilisées." Autrement dit, la logique du don affirme tranquillement que ce n'est pas de l'échange économique que l'on peut attendre la formation et le maintien du lien social.

Marcel Mauss l'avait bien compris en disant que "donner quelque chose, c'est se donner dans ce que l'on donne." Voilà pourquoi il faut dire que la relation de don, même si elle se définit comme l'opposé du rapport marchand, n'a pas pour fonction de s'y substituer. Elle se joue sur un autre plan

**"Donner n'est pas d'abord donner quelque chose, c'est se donner dans ce que l'on donne" Marcel Mauss.**

et elle ne cherche pas à empêcher l'échange monétaire dont, par ailleurs, on ne pourrait se passer.

Ce n'est pas l'argent comme outil d'échange qui pose problème. L'argent existe parce que nous avons besoin les

# DOSSIER

uns des autres et qu'il nous permet d'échanger des services, des biens et des compétences selon des règles justes, en principe. Mais l'argent peut aussi être une imposture. L'argent peut rendre précieux ce qui ne l'est pas en lui donnant un prix élevé. L'argent peut donner de l'importance en procurant une position dominante à celui qui ne la mérite pas. Il peut aussi tricher avec le temps et le travail en permettant d'acquérir rapidement, par la spéculation, ce qui exige normalement de longs efforts.

Par ailleurs, "l'esprit du don" ne se réduit pas à une attitude moralisante. Ce n'est pas seulement faire la charité. C'est travailler à rétablir les conditions objectives d'une société juste, dans l'égalité et une chaleureuse solidarité. C'est ici que la marchandisation généralisée que l'on connaît aujourd'hui fait problème.

*"Marchandisation veut dire que tout a un prix et que tout peut faire l'objet d'une négociation profitable. Ainsi, une multitu-*

*de de services que, traditionnellement, on se rendait gracieusement les uns aux autres, créant ainsi des liens de confiance et de soutien, tendent à être rémunérés".*

La plus grave menace de la marchandisation, mais elle est imperceptible, est de fonder une nouvelle normalité : tout ce qui nous concerne peut et doit s'acheter. Tout, selon cette logique devrait être payant : le sport, la fête, la santé, l'enseignement... avec ce corollaire qu'aucune activité ne doit être développée si elle n'engendre pas des profits (privés).

C'est ainsi que l'on fait des économies sur la sécurité parce qu'elle coûte trop cher, que les loisirs doivent être rentables, que la recherche ne doit "trouver" que des produits commercialisables...

Nous risquons alors de vivre dans un monde de plus en plus étriqué puisque le marché ne peut offrir que ce qui peut se vendre. ■

**L'esprit du don,  
c'est travailler à rétablir  
les conditions objectives  
d'une société juste,  
dans l'égalité  
et une chaleureuse  
solidarité.**

<sup>1</sup> C'est le thème d'un ouvrage essentiel de Marcel Hénaff, *Le prix de la vérité. Le don, l'argent, la philosophie*. Le Seuil (2002).



© Véronique Vercheval



# Le service et le soin sont-ils des marchandises ?

Michel Dupuis - Philosophe et vice-président du Comité Consultatif de Bioéthique

Depuis ses origines, la réflexion philosophique tente d'éviter de tomber dans le piège du dogmatisme, c'est-à-dire qu'elle cherche à comprendre la réalité dans sa complexité, sa polyphonie, son bariolage... Parce que la réalité n'est pas d'un bloc, un tout ou rien, blanc ou noir. Il faut donc faire dans la nuance, quitte à donner l'impression de chercher midi à quatorze heures, ou de couper les cheveux en quatre... Tant pis pour la réputation ! Mais l'analyse une fois faite, avec toutes les précautions et tous les détails nécessaires, une fois les options concrètes clairement établies, il s'agit de décider, de choisir, et là, il faut "prendre son parti" et résolument s'y tenir.

C'est vrai aussi à propos de l'éventuelle "marchandisation" du soin et du service. Le mot est malheureusement à la mode, comme un slogan polémique, mais cela ne doit pas empêcher la réflexion critique sans a priori. On ne pourra que l'esquisser ici à partir d'un aspect précis : la réification des rapports humains. Dans un ouvrage récent<sup>1</sup>, Axel Honneth, philosophe allemand spécialiste de philosophie sociale, retrouve cette notion qui a connu ses heures de gloire chez quelques penseurs proches de Marx (mais pas de Staline ou de Brejnev), en particulier chez G. Lukács.

## De quoi s'agit-il ?

Pour Lukács, la réification est une forme particulière de banalisation et de neutralisation de l'humain typiquement liée au système économique capitaliste. Le mot original *Verdinglichung* peut être traduit aussi par "chosification" ; on comprend qu'il désigne un processus pathologique qui consiste à prendre comme des "choses" des réalités (vivantes, animales, humaines, etc.) qui ne sont pas des choses. Cela signifie concrètement qu'on trahit la réalité en mettant de côté des caractéristiques importantes considérées comme non pertinentes : par exemple, la capacité de changer, de croître, d'évoluer ou de s'adapter à un environnement – c'est déjà vrai pour les plantes et les animaux - ou encore la capacité de choisir, de décider – c'est la liberté chez les êtres humains. Mais ce ne sont pas seulement les individus eux-mêmes qui sont réifiés, ce sont aussi les rapports sociaux qu'on va pouvoir quantifier, mesurer, budgétiser, rationaliser, etc.

Cela devient presque une seconde nature pour l'humain, soutient Lukács : on n'y pense même plus, cela va de soi. Le tableau est saisissant pourtant, une fois qu'on rouvre les yeux ; c'est Honneth qui commente : "Dans la sphère tou-

jours en expansion de l'échange marchand, les sujets sont contraints de se comporter par rapport à la vie sociale en observateurs distancés plutôt qu'en participants actifs, parce que tous les calculs qu'ils font au cours de ces actions et à propos de ce qu'ils pourraient obtenir les uns des autres exigent une position purement rationnelle et aussi exempte d'émotions que possible" (p. 26).

Cette description concerne directement les professions de services et de soins : une "seconde nature", une habitude risque de devenir notre vêtement de travail ; une attitude, une certaine façon de voir notre pratique et nos partenaires : collègues, bénéficiaires, usagers ou patients, et leurs proches...

Cette attitude est caractérisée par une certaine froideur, une distance, un non-engagement – j'ai envie d'écrire : une frigidité. C'est-à-dire que le professionnel ressent moins ou plus du tout, ce qui se passe. "Normalement, les sujets humains participent à la vie sociale en se plaçant eux-mêmes dans la position de celui ou celle qu'ils ont en face d'eux", note Honneth. Si cette forme d'empathie s'estompe, la relation devient tout autre, purement instrumentale (et rétribuée au meilleur prix du marché...).

Si l'empathie s'estompe, la relation devient purement instrumentale.

A l'origine,  
le mot "commerce"  
signifiait  
"les rapports  
avec autrui".



© FASD

Récemment, lors d'un séminaire du Gefers ([www.gefers.fr](http://www.gefers.fr)) j'ai analysé avec des soignants les implications de cette éventuelle transformation des métiers ou professions du service et du soin, et un colloque co-organisé par la FASD en mai 2010 reviendra notamment sur cette question. Nous nous sommes rendus compte que certains textes littéraires peuvent éclairer la problématique : par exemple, la pièce de Ionesco, *Rhinocéros*, met en scène la transformation extraordinaire des êtres humains en... rhinocéros, animal redoutable mais efficace, fort et résistant (jamais en congé de maladie, jamais en dépression, jamais bouleversé par la situation d'une famille ou d'un patient).

En écrivant sa pièce, Ionesco pensait à l'expansion du nazisme qu'il avait connue en Roumanie, et à la transformation des gens que cette idéologie raciste produisit. Toutes proportions gardées, la marchandisation pure et

simple des métiers du service et du soin telle que perçue par Lukács autrefois et Honneth aujourd'hui, peut être évoquée par Ionesco.

Certes, il faut bien que nos organisations fonctionnent : elles obéissent à la plupart des lois économiques et de bonne gestion. Elles ont donc en commun avec d'autres entreprises bien des choses – y compris le droit social ! Là n'est pas la question : nous vivons dans un monde où la pesanteur existe pour tout le monde, pas question de vouloir ressembler aux anges légers... L'enjeu réel se situe dans notre perspective, notre regard, notre engagement : le service et le soin peuvent être considérés comme des produits à haute valeur ajoutée (ce qu'ils sont aussi, je pense), mais ces "produits" sont le résultat d'une "fabrication" toute particulière, qui n'a plus rien à voir avec la chaîne de production ou de montage. Ici on est toujours dans la situation particulière, on fait uniquement du sur-mesure, même si c'est

compliqué et si ça revient plus cher. On n'a d'ailleurs pas le choix. Dans cette vision, les humains (professionnels, bénéficiaires) ne sont pas des choses mais des vivants à la fois libres et contraints dans leur situation (d'emploi ou de santé), qui aspirent au bien-être, au mieux-être ou au moins-mal-être.

Levinas – tiens, encore un philosophe – aimait à répéter que le mot "commerce", même s'il désigne aujourd'hui des activités lucratives, signifiait à l'origine les "rapports" avec autrui. Et je ne peux m'empêcher de penser que le "marché", c'est pour moi avant tout l'espace où, chaque semaine, les gens se rencontrent en pratiquant toutes sortes d'"échanges". Alors, économie et bonne gestion, certainement, mais en rectifiant chaque fois que c'est nécessaire pour garder le bon sens du service et du soin. ■

<sup>1</sup> A.Honneth, *La réification*, Paris, Gallimard, 2009.

## Une intelligence du singulier

Walter Hesbeen - Infirmier et docteur en santé publique - Responsable pédagogique du GEFERS (Groupe francophone d'études et de formations en éthique de la relation de service et de soin), Paris - Bruxelles (w.hesbeen@gefers.fr)

**Lorsque le métro parisien me conduit quotidiennement de mon domicile au bureau, il m'arrive fréquemment d'être étonné - agréablement ou non - par les façons qu'ont les humains d'investir cet espace souterrain et les moyens, nombreux et variés, qui y sont déployés pour les informer, les solliciter ou pour attirer leur attention. La publicité est l'ornement principal tant de l'intérieur des wagons que de celui des stations.**

Le jour, mon attention fut attirée par une affiche mettant en évidence une notion très en vogue en France : les "services à la personne" et les avantages fiscaux accordés par l'État à ceux qui y ont recours. Cette publicité vantait plus précisément l'aide scolaire à domicile apportée par des professeurs expérimentés et précisait, pour tenter de convaincre les éventuels hésitants, que si l'enfant ou le jeune ne réussissait pas ses examens, le prix du service serait remboursé. Publicité anodine, une de plus parmi d'autres et qui, dans les faits, ne réussira à intéresser que celles et ceux qui veulent bien se laisser interpeller par cette proposition. Publicité, néanmoins, révélatrice d'une certaine conception du service qui, telle une marchandise, satisfait son acheteur ou lui sera remboursée.

Ce qui m'interpelle ici, n'est pas la rémunération du service ni les avantages fiscaux qui permettent d'y accéder. Rémunérer sous forme financière est le moyen institué dans notre société pour payer celui qui travaille. De même, les avantages fiscaux sont un des moyens imaginés pour promouvoir des activités et les rendre accessibles au plus grand nombre. Ce qui m'interpelle, c'est d'une part, la publicité intensive, payante et coûteuse et d'autre part, la conception du service sous-jacente à cette annonce et la relation vendeur/acheteur qu'elle instaure.



© FASD

### Faire quelque chose pour quelqu'un

Rendre un service c'est "faire quelque chose pour quelqu'un". Il s'agit de venir en aide à une personne qui ne peut pas réaliser seule ou avec le concours de son environnement humain ou matériel habituel ce qu'elle doit ou souhaite réaliser. Une aide est requise pour combler un manque et ce manque peut être momentané, durable voire permanent. Un professionnel du service est donc un professionnel qui a choisi pour métier de venir en aide aux personnes qui présentent ou ressentent ce manque. La nature du manque importe peu pour qualifier le service : il s'agit à chaque fois de "faire quelque chose pour quelqu'un". Certains

**Le service nécessite des professionnels soucieux de leur éthique personnelle dans leurs comportements professionnels.**

manques, néanmoins, requièrent des services qui renvoient plus que d'autres au sentiment de dépendance, voire d'impuissance ou parfois d'inutilité. Certains se posent la question de leur propre dignité d'humain dès lors qu'ils ne peuvent plus, par exemple, se laver tout seuls ou se nourrir sans aide.

Plus le contexte du service s'inscrit dans la dépendance de l'humain et plus le sentiment d'impuissance ou d'inutilité est présent, plus le professionnel devra faire preuve de professionnalisme en interrogeant, par exemple, sa tentation de se montrer "tout puissant" auprès de cet autre qui se sent tellement diminué. Le service, car il concerne directement une personne qui requiert de l'aide pour combler un manque, nécessite des professionnels soucieux de leur éthique professionnelle dans leurs comportements professionnels.

Une telle éthique n'est pas contenue dans une forme de charte généralisable dont il suffirait d'intégrer les principes ; une telle éthique est celle qui convoque chacun à sa propre réflexion d'humain ayant choisi d'exercer son métier au contact d'autres humains qui, précisément car ils requièrent une aide, se trouvent dans une situation où le risque de vulnérabilité, de fragilité est bien présent et parfois considérablement amplifié. Une telle réflexion conduit les professionnels du service à interroger, à préciser et à affiner leurs valeurs et la considération qu'ils ont pour l'humain, valeurs et considération qui leur serviront de fondement pour orienter leur pratique et pour en nommer les exigences autant que la complexité.

### Une intelligence du singulier

Dès lors, lorsque le service est conçu comme une aide à une personne singulière en une situation particulière, un tel service n'est pas celui de la systématisation et est étranger à l'instrumentalisa-



tion de l'humain ou à sa "chosification". En effet, il requiert des professionnels qui se sentent concernés par la situation de l'autre et qui ont envie de faire quelque chose qui soit aidant pour lui et qui, pour cela, déploient une intelligence du singulier.

Une telle intelligence n'est pas celle qui se mesure par des échelles pour s'exprimer en quotients ; elle n'est pas non plus, celle qui se confondrait avec un niveau de qualification. L'intelligence du singulier est celle qui permet à un humain professionnel d'accueillir, sans les réduire ou les dénaturer, les caractéristiques particulières d'un humain et de sa situation, humain qui a besoin d'aide pour réaliser ce qu'il ne peut mettre en œuvre tout seul.

L'intelligence du singulier s'enracine, au-delà des connaissances et savoir-faire, dans la confiance, la subtilité et la délicatesse mais également dans la sensibilité. La sensibilité n'est pas la sensiblerie ; la sensibilité est ce qui permet d'être sensible à ce qui est sensible pour cet autre, à ce qui fait sens pour lui.

La subtilité procède de cette capacité de percevoir les liens parfois ténus qui composent une situation ; la délicatesse est l'expression d'une forme de raffinement, elle témoigne du sens de la finesse dans le rapport à l'autre. La confiance est celle

qui permet à celui qui reçoit de l'aide de "croire en cet autre" qui, "même s'il doit me faire mal, le fera avec le souci de me faire du bien". L'intelligence du singulier est celle qui est requise sans conditions de diplômes ou de statuts, pour aller au-delà d'un "faire" techniquement correct et qui permet, par exemple, de procéder à la toilette d'une personne ou de la changer si elle est incontinente, sans lui faire courir le risque de se sentir humiliée.

Comment déployer cette intelligence du singulier et prendre en compte les caractéristiques particulières d'une situation, éloigner le risque de vulnérabilité, de fragilité, tisser des liens de confiance, dès lors que la relation entre le professionnel du service et la personne à qui il se destine se décline en des termes marchands qui concernent les choses qui s'achètent et se vendent.

Qu'il s'agisse d'une personne âgée dépendante ou d'un jeune étudiant en décrochage scolaire, la qualité du service qui permet à l'une comme à l'autre de recevoir une aide personnalisée se doit d'être en permanence voulue, appréciée et améliorée. Elle s'inscrit, quel que soit le contexte, dans un questionnement éthique et ne saurait se réduire à la qualité d'un produit qui donne, à l'occasion de son "utilisation", une satisfaction sans prix ou une insatisfaction qu'il convient de rembourser. ■

# Titres services : questionnement sur un dispositif en questionnement !

Séverine Lebegge, directrice secteur aide à la vie journalière de la FASD

**En 2003, les centres AIDE & SOINS A DOMICILE ont fait le pari d'entrer dans un nouveau dispositif pour créer des emplois de proximité et développer une nouvelle activité d'aide ménagère pour un public jusqu'alors non ciblé par nos missions : les personnes autonomes, mais ayant besoin de déléguer les travaux ménagers.**

Des discussions internes à la Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile ont précédé cette décision. Un constat très simple a été fait au point de départ : "Mieux vaut être dans le dispositif que ne pas y être". Et en y participant, nous pourrions mieux en mesurer les risques et les enjeux pour l'aide à domicile en tant que secteur subventionné non marchand.

La ligne de conduite a été toutefois la "prudence". Sans certitude quant à la viabilité du système, le nombre de postes demandés fut, dans un premier temps, limité. A l'époque, nous ignorions en effet l'intérêt du "produit" pour le public, nous n'étions pas certains des possibilités

en terme de recrutement et la viabilité du système n'était pas garantie (et ne l'est toujours pas aujourd'hui). Nos instances ont donc pris l'option d'ouvrir cette activité pour créer de l'emploi, permettre des passerelles de formation vers d'autres métiers, mais tout en suivant la philosophie de limiter les titres services à l'aide ménagère et de refuser l'engagement d'aides familiales dans ce dispositif, à la fois, pour ne pas brader un statut acquis par ces professionnel(le)s au fil du temps, et aussi pour ne pas risquer de voir diminuer les subventions structurelles.

Depuis, quelques cinq années sont passées. L'activité s'est développée et le nombre de travailleurs titres-services dans les centres AIDE & SOINS A DOMI-

Aujourd'hui, les centres Aide & Soins A Domicile comptent près de 400 travailleurs titres services.

CILE a augmenté progressivement pour atteindre près de 400 travailleurs aujourd'hui. Si l'organisation est bien rodée et si l'activité a pu démontrer sa pertinence, l'incertitude guette cependant les services qui ont ouvert ce département.

## Des prémices d'un système à un succès difficilement contrôlable

Peu d'années d'existence et pourtant déjà beaucoup de changements : rien que pour l'année 2008, cinq arrêtés royaux ont apporté des modifications au dispositif.

Ces changements successifs ont tantôt précisé, tantôt amélioré le système. Mais une démarche n'a pu à ce jour être réellement contrôlée : celle de la marchandisation d'emplois de proximité, autrefois dévolus exclusivement au secteur non marchand.

De ce constat précis, et en poussant la réflexion à l'extrême, si le secteur est ouvert aujourd'hui à "n'importe qui" (sur base d'une demande d'agrément), "n'importe qui" peut décider aujourd'hui, demain, ou quand il le souhaite, de développer des activités d'aide ménagère à

© FASD



# DOSSIER

domicile. Et si ces activités sont officiellement balisées, l'autonomie dont fait preuve le travailleur à domicile, échappe à tout contrôle et pourrait permettre à "n'importe qui" de faire "n'importe quoi". D'un constat précis à un constat alarmant, il n'y a qu'un pas à franchir et les services d'aide aux familles et aux personnes âgées dénoncent depuis plusieurs mois cette dérive flagrante et dangereuse du dispositif.

Ce risque est soulevé principalement lorsque le public faisant appel à une aide ménagère est un public fragilisé : personnes âgées, familles en difficultés, personnes handicapées, ...

Les entreprises du secteur non marchand ont très vite tiré la sonnette d'alarme sur ce danger de concurrence envers ce public particulier, déjà ciblé par les services d'aide aux familles et aux personnes âgées.

La "porte d'entrée" d'une demande dans un service d'aide aux familles et aux personnes âgées est en effet souvent celle de l'entretien ménager. Les personnes en légère perte d'autonomie ou vivant des situations personnelles et/ou familiales difficiles font souvent appel à ces services pour déléguer dans un premier temps les tâches ménagères. Ces situations requièrent l'intervention d'une aide ménagère dite "sociale". Au fil du temps et de la confiance établie entre le service, l'aide ménagère "sociale" et le bénéficiaire, et en fonction de l'évolution de la situation, les prestations peuvent "dériver" petit à petit vers des tâches d'aide à la vie journalière requérant l'intervention d'une aide familiale. Ce passage vers le service d'aide familiale se fait sans difficulté lorsqu'il est préparé, encadré et suivi par un travailleur social formé.

C'est la force et la pertinence du travail pluridisciplinaire au sein d'un centre intégré AIDE & SOINS A DOMICILE.

De telles situations sont ainsi possibles parce qu'elles se déroulent dans le cadre des services d'aide aux familles et aux personnes âgées, rigoureux sur le suivi des bénéficiaires et sur les limites professionnelles.

Par contre, la garantie que ce "schéma d'action" soit respecté par toutes les entreprises agréées titres services n'est, à l'heure actuelle, pas assurée ! La confusion est grande pour le bénéficiaire souvent peu averti des tâches et des limites professionnelles : aide ménagère "sociale", aide ménagère "titres services", aide familiale, autant de métiers différents qui peuvent sembler identiques à ses yeux.

Tout cela, bien entendu, au détriment tant des bénéficiaires qui pourraient ne pas recevoir un service compétent et adapté à leurs besoins, que des travailleurs qui pourraient être amenés à assumer des tâches pour lesquelles ils ne bénéficient d'aucune formation, ni encadrement.

De plus, avec l'arrivée du projet des titres services sociaux (mesure destinée à un public ciblé<sup>1</sup> qui ne paierait qu'un prix net direct estimé à 4 euros par titre service), nous craignons que la qualité de l'aide n'en pâtisse encore davantage.

Force est de constater que ce bilan est sombre. Pourtant, il ne reflète pas un positionnement négatif sur le dispositif en tant que tel, mais bien sur son évolution peu contrôlée et ses dérives dangereuses pour notre société.

Mais pouvons-nous, dans une société aux valeurs démocratiques, interdire à certaines entreprises de recourir à un dispositif fédéral, ou à certaines personnes d'en profiter ?

Cette réflexion est délicate à mener et questionne tant le dispositif que la société dans laquelle nous voulons l'installer. ■



<sup>1</sup> Les personnes en grande dépendance, les personnes âgées APA et les familles monoparentales.

## Aide ménagère titres services : entretien avec Clémence Demoustier (ASD de Mons)

Propos recueillis par Séverine Lebegge

### Depuis combien de temps exercez-vous le métier d'aide ménagère Titres-Services ?

Cela fait 6 ans.

### Pouvez-vous expliquer aux lecteurs de [Contact] le contenu de votre travail ?

Le but de mon travail est d'aller chez les gens et de les aider le plus possible dans leur ménage au quotidien. Faire ce que les gens ne savent pas faire au quotidien : les poussières, le ménage à l'eau, nettoyer la cuisine, les sanitaires, les fenêtres. La plupart de personnes ne sont pas là. Dans mon horaire, j'ai deux personnes âgées qui sont là quand j'arrive. Quand je vais chez ces personnes-là, c'est aussi une compagnie, une distraction, comme elles sont toujours seules. C'est aussi l'écoute des personnes âgées en même temps que le ménage. J'ai un exemple. Il n'y pas si longtemps que ça, j'ai été chez un monsieur de 84 ans et il m'a dit que j'étais son rayon de soleil, que j'étais toujours souriante.

### Quelles sont les grandes qualités d'une aide ménagère selon vous ?

En tant qu'aide ménagère, c'est faire son travail correctement. Ne pas faire son travail "à la va-vite". Etre à l'écoute vis-à-vis des personnes âgées. Etre toujours souriante en arrivant. Faire son travail sérieusement.

### Quelles sont les difficultés que vous pouvez rencontrer à domicile ?

Une fois, j'allais chez des personnes qui en demandaient beaucoup. Ils en demandaient toujours plus. Je l'ai signalé au bureau et maintenant je n'y vais plus. On n'est pas des "super women". Sur 4 heures, on n'a pas beaucoup de temps. Il y a certaines personnes qui ne se mettent pas à notre place. C'était surtout au début quand j'ai commencé que j'avais plus de problèmes. A la fin de la journée, j'étais cassée parce qu'il y a des gens qui n'ont pas de limites. Heureusement, c'est rare. Maintenant ça va. Toutes les maisons sont géniales. Je n'ai pas à me plaindre. Maintenant, comme ça fait déjà 6 ans que je travaille dans ce métier, je suis plus franche avec les gens et je sais poser mes limites. Si je vois que je n'y arriverai pas, je le dis tout de suite.

### Vous arrive-t-il de travailler chez des personnes âgées ou malades, ou auprès de familles en difficulté ?

Non. Les personnes âgées que j'ai sont autonomes. Elles font un petit peu en même temps que moi et ça les motive aussi.

### Pensez-vous qu'il est différent de travailler comme aide ménagère dans le dispositif Titres-Services que comme femme de ménage ?

Oui, parce qu'on a plein d'avantages par rapport au travail au noir. Si jamais on a un accident sur le lieu de travail, l'assurance intervient. Si on casse quelque chose chez la personne,

l'assurance intervient et rembourse. Je vois un peu loin, mais pour les pensions, ça aussi, ça joue. Quand on est femme de ménage, on n'a pas de règle. Ici, dans le règlement c'est indiqué. On a certaines règles à respecter : ne pas faire les fenêtres à l'extérieur, les plafonds, ... Et le client le sait aussi. On est valorisé dans cet aspect-là. On n'est pas vulgairement une femme de ménage. Faire des ménages, ce n'est pas non plus le plus beau métier du monde, mais avec ASD, je me sens valorisée dans ce que je fais. On est prise au sérieux. On a souvent des réunions pour parler de ce qui ne va pas chez les personnes, de ce qu'on aimerait bien changer, ...

On a aussi des formations. On en a eu une dernièrement sur le surendettement. Ça nous aide quand on va chez des personnes âgées qui sont face à des difficultés ou pour leur dire de ne pas se laisser avoir par des appels téléphoniques publicitaires.

### Avez-vous travaillé dans un autre service d'aide ménagère auparavant ?

Non. J'avais fini l'école et j'étais en stage d'attente et je suis rentrée à l'ASD. C'est mon premier travail. J'étais une des premières à être engagée dans le système titres services chez ASD.

### Pourquoi avez-vous choisi de travailler pour AIDE & SOINS A DOMICILE ?

Par hasard. Je regardais les offres d'emplois. Je suis tombée sur l'annonce ASD. Le nom de la société me paraissait sérieux. C'est pour ça que j'ai postulé là. Et après, au fur et à mesure, je me suis rendue compte qu'ASD existait depuis longtemps et ça m'a paru un gage de qualité. Je suis fière quand je dis maintenant que je travaille chez AIDE & SOINS A DOMICILE.

### Quelles sont vos attentes pour votre profession ?

J'aimerais toujours garder les maisons que j'ai en ce moment. J'espère que ça continuera à toujours aller si bien. J'espère qu'on continuera à nous prendre en charge en faisant des formations, des réunions, ... C'est bien organisé.

### Demain, vous serez ...

Toujours chez ASD. ■

© FASD



## CHARTRE ASSOCIATIVE

## Ou en d'autres mots : les principes et règles de l'engagement des pouvoirs publics vis-à-vis des associations

Alda Greoli, Secrétaire nationale - Alliance nationale des Mutualités chrétiennes

**Cela constitue(ra)it une réelle avancée dans la manière de développer et de renforcer la concertation entre les pouvoirs publics et les associations mais aussi, peut-être, de pérenniser le rôle des associations aux côtés du service public.**

© photo-libre.fr

### La charte associative s'articule en principes

Le premier des principes est la réaffirmation de la liberté d'association. Ce principe est une évidence puisqu'il est repris dans la Constitution belge. Il n'est plus question simplement du droit de s'associer mais également du droit de définir en toute autonomie son projet social, de se structurer en fédérations et de reconnaître le rôle de celles-ci dans la représentation des associations.

Un deuxième aspect primordial est l'égalité de traitement entre associations et entre les associations et les services publics. Un des buts essentiels de cette charte est la reconnaissance du rôle social que jouent les associations. Nous savons l'importance de l'inscription dans un tissu social des individus en terme d'amélioration de leur qualité de vie et de santé.

Nous avons la chance d'avoir développé aux côtés des services publics classiques d'autres types de "services au public" ou de "missions de service public déléguées" au travers de projets associatifs (soins à domicile, ETA<sup>1</sup>, maisons de repos, écoles, hôpitaux, etc). Il est important que les gouvernements et les parlements adoptent des principes de gouvernance et de



choix politiques qui reconnaissent la nécessaire présence des uns et des autres pour répondre adéquatement à la demande de la population. Pour garantir cela, l'inscription dans la Charte de l'égalité de traitement est une réelle avancée.

**Le premier des principes est la réaffirmation de la liberté d'association.**

Autre principe essentiel repris dans le texte de la Charte, celui de la reconnaissance de la concertation sociale tripartite. Tout le monde est habitué aux richesses de la concertation sociale, qu'elle

s'organise au niveau fédéral avec les accords interprofessionnels ou au niveau de l'entreprise avec la concertation entre la direction et les représentants syndicaux.

Si cela est presque inné dans notre conception de l'organisation sociale, pour le secteur non marchand tout cela nécessite encore quelques acquis...

Et les avancées sont bien à faire du côté du politique. Les derniers accords non

marchands en région wallonne et bruxelloise remontent aux accords 2007-2009. Les fédérations patronales n'ont pas eu voix au chapitre avant la dernière ligne droite quand tout avait déjà été négocié entre les syndicats (et on les comprend) et les gouvernements. Reconnaissons, cependant, que dans l'application concrète de ces accords, les ministres responsables ont rendu leur place à l'ensemble des acteurs de la concertation. Cela démontre, nous voulons le croire, que là aussi des avancées sont maintenant confirmées.

En résumé, nous attendons beaucoup de la concrétisation de cette déclaration unilatérale d'engagement des gouvernements et des parlements. Les déclarations gouvernementales de juillet 2009 assurent que les gouvernements régionaux et communautaires mettront en œuvre ce texte. Nous serons vigilants et nous ne manquerons pas de le leur rappeler si nécessaire... ■

<sup>1</sup> ETA : Entreprise de travail adapté.

## ANNIVERSAIRE

Les 25 ans  
de "Familienhilfe VoG"

Parmi les 170 hôtes présents à Eupen le vendredi 9 octobre dernier pour fêter les 25 ans du service "Familienhilfe" il y avait, outre les membres du personnel et les organisations partenaires, des représentants de la Fédération de l'Aide et des Soins à domicile et du Conseil d'administration du service. C'est Anneliese Zimmermann-Bocken, la directrice, qui animait la séance académique.

© ASD Eupen

L'ASBL "Familienhilfe VoG" a été fondée le 1<sup>er</sup> juillet 1984. Elle est issue du service des aides familiales et des seniors de Verviers qui s'occupait, à l'époque, de l'organisation des services d'aide à domicile en Communauté germanophone. Dans son discours, Margot Malmendier, présidente du conseil d'administration, a retracé l'historique et l'évolution du service depuis ses origines jusqu'à ce jour. Elle a rappelé comment le service d'aide familiale verviétois décida d'engager une assistante sociale germanophone, au début des années 70. Celle-ci partageait un bureau à Eupen avec Vie Féminine et la Croix Jaune et Blanche: deux organisations qui défendaient les mêmes valeurs et qui conservent ce lien étroit encore aujourd'hui.



Margot Malmendier et Anneliese Zimmermann-Bocken

Au début des années 80, lorsque la Communauté germanophone s'est vue attribuer les matières personnalisées, les aides familiales se sont constituées en ASBL et c'est ainsi que le service "Familienhilfe VoG" de Vie Féminine ("Frauenliga") vit le jour en Communauté germanophone. Ce 25<sup>ème</sup> anniversaire n'est pas seulement l'occasion de retracer le passé, c'est aussi le moment d'évaluer les perspectives d'avenir pour le service. L'évolution démographique constitue

un grand défi pour le service aide familiale (entre autres). Les premières réflexions visant une meilleure prise en charge des personnes âgées via des projets alternatifs sont déjà en cours.

Agnès Schiffino, directrice de la FASD, a rappelé que la mission de l'Aide et des Soins à Domicile se confirme plus que jamais dans le contexte actuel de crise économique, au sein de notre société de plus en plus marquée par la solitude (des personnes âgées notamment) et le

Ce 25<sup>ème</sup> anniversaire  
n'est pas seulement  
l'occasion de retracer  
le passé,  
c'est aussi le moment  
d'évaluer  
les perspectives d'avenir  
pour le service.

© ASD Eupen



souhait des personnes de vivre le plus longtemps possible chez elles, en dépit d'une dépendance physique parfois très prononcée.

“Familienhilfe VoG” répond à ces attentes grâce à son expérience et au soutien de ses partenaires. Ensemble, les ASBL affiliées à la FASD - qui appartiennent aujourd’hui à des Régions et Communautés différentes - peuvent accomplir les missions qu’elles se sont assignées. C’est un trait d’union, pas une divergence. A sa façon, le mouvement construit l’unité dans la diversité (Région Wal-

lonne, Région Bruxelloise et Communauté Germanophone).

Harald Mollers, le Ministre communautaire en charge de la santé, s’est également adressé à l’assemblée et la cérémonie fut ponctuée d’intermèdes musicaux orchestrés par une chorale du personnel créée spécialement pour ces 25 ans.

Enfin, Petra Johnen, assistante sociale responsable, a retracé l’évolution du métier de l’aide familiale et souligné la complémentarité des différents métiers (aides familiales, aides ménagères, gardes à domicile) en donnant la parole à cinq membres du personnel qui ont

**Les festivités se sont clôturées sur les souhaits suivants : se réjouir du passé, maintenir le cap, répondre aux défis de demain...**

partagé leur vécu professionnel.

Les festivités se sont clôturées sur les souhaits suivants : se réjouir du passé, maintenir le cap, répondre aux défis de demain... et rendez-vous dans 25 ans !

Tous les invités ont emporté le Guide de *Familienhilfe VoG*, la nouvelle brochure présentée par la directrice Anneliese Zimmermann-Bocken. ■

125 personnes travaillent actuellement pour l’ASBL “Familienhilfe VoG”, dont 73 aides familiales et seniors, 32 aides ménagères et 9 gardes à domicile. Chaque année, les membres du personnel prestent quelque 100 000 heures auprès des bénéficiaires, et 40 à 60 nouveaux dossiers sont ouverts mensuellement auprès d’un service qui couvre une population d’environ 72 000 habitants.

## INFOR HOMES WALLONIE

### Infor Homes Wallonie : 070 246 131

Infor Homes Wallonie a pour mission d'**orienter efficacement le citoyen vers le lieu et le mode de vie** qui répondent au mieux à ses attentes, de **réceptionner et traiter toute demande d'information en matière de législation et toute plainte** relative à la prise en charge des personnes âgées en établissement dans un objectif de médiation ou de réorientation, et d'**assurer un relais à des sollicitations spécifiques vers des services ou organismes spécialisés** (ex : maltraitance, AMI, pension, ...).



Désormais, les services d'Infor Homes Wallonie sont joignables au numéro suivant : **070 246 131**

## CONGRÈS

### Santé et bien-être au travail dans les métiers de services et soins à domicile : Congrès les 05, 06 et 07 mai 2010

**N**ous vous informons d'ores et déjà qu'en partenariat avec la FASD, l'Université Catholique de Louvain et l'Institut FEPEM, Santé – Travail – Service organisera en **mai 2010 un congrès international francophone sur la santé et le bien-être au travail dans les métiers de services et soins à domicile.**

**L'objectif de ce congrès international francophone se décline de plusieurs manières :**

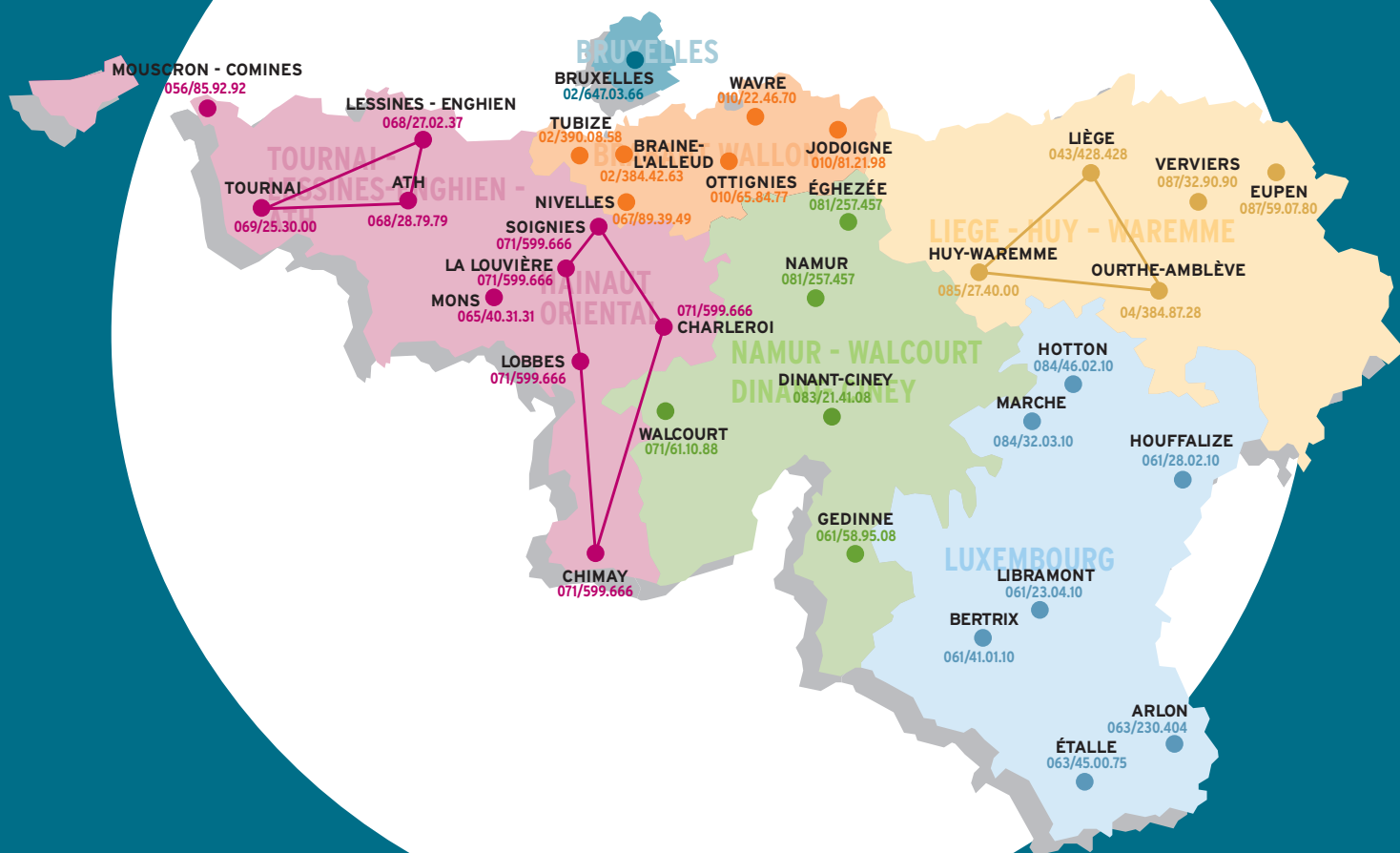
- > réunir des acteurs de la francophonie concernés par les services et soins à domicile
- > informer les participants des connaissances et tendances actuelles

- > mettre en partage, grâce à un appel à communications, des réflexions, des recherches et des expériences directement issues de la pratique quotidienne de différents pays de la francophonie
- > rencontrer des représentants des organismes impliqués dans l'amélioration des conditions de travail à domicile et dans la prise en compte de la santé et du bien-être des professionnels
- > présenter, dans un espace d'exposition, les matériels les plus actuels d'aide aux soins et services à domicile

**Toutes les informations à ce sujet dans le prochain [Contact] ou en téléphonant au secrétariat de la FASD au 02 735 24 24.**



## AIDE & SOINS A DOMICILE



## [CONTACT]

LA REVUE  
DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE  
29<sup>e</sup> année • n°121  
octobre-novembre-décembre 2009

Parution : quatre numéros par an  
Édition de la FASD

### Lectorat

Secteurs de l'aide et des soins  
à domicile : infirmier, aide familiale,  
médical et social.  
Secteurs des soins de santé primaires  
et de la santé publique

### Rédacteur en chef

Pr Michel Vandenhoute

### Secrétariat de rédaction

Laurence Latour  
Avec l'aimable collaboration  
de Monique Van Bael

### Comité de rédaction

Jacqueline Escalier, Sylvie Gilet,  
Christine Ori, Patrick Verhaegen,  
Marie-Noëlle Weicker

### Comité scientifique

Gérard Bouillot, Agnès Schiffino,  
Pr Michel Vandenhoute, Christian Van Rompaey,  
Ingrid Wies

### Consultants

Jean-Philippe Cobbaut,  
Dr Gérard Lemaire,  
Pierre Reman, Dr Christian Swine

### Conception et mise en page

Olagil - Tél. : 02/375 65 15  
Fax : 02/374 14 86

### Secrétariat

FASD  
service [Contact]  
Av. Adolphe Lacomblé 69-71, bte 7,  
1030 Bruxelles  
Tél. : 02/735 24 24  
Fax : 02/735 85 86  
E-mail : secretariat@fasd.be

Le prix de l'abonnement  
pour [Contact] est de 12 € par an  
Étranger 20 € - à verser  
au compte 799-5716200-89 -  
avec la mention "Abonnement [Contact]".  
Prix par numéro : 3 €.

Les tarifs publicitaires,  
ainsi que les différentes  
possibilités de sponsoring,  
sont disponibles sur simple demande  
à la FASD (02/738 17 97).

Les articles sont publiés sous la responsabilité  
de leur auteur.

La reproduction, même partielle, à des fins non commerciales, des  
articles publiés dans [Contact] est autorisée à la seule condition d'indi-  
quer la source et de nous envoyer un exemplaire de la publication.

Éditeur responsable  
Agnès Schiffino