



A.G.A.P.E.S est une association de services à la personne qui a vingt ans d'existence.

Ses finalités sont de maintenir le plus longtemps possible une personne à son domicile, dans de bonnes conditions, conformément à son souhait.

Notre secteur d'intervention est la C.U.B. Nous venons en aide à environ 700 usagers et faisons travailler 280 assistantes de vie. Les bénéficiaires sont majoritairement des personnes âgées et/ou dépendantes et des personnes handicapées.

L'équipe de travail compte 15 salariés permanents sous la direction de Maddy GIANNICHI, directrice de l'association.

Cette équipe comprend entre autres quatre responsables de secteur, un agent de planning, un agent chargé du suivi qualité, des personnels administratifs et comptables ainsi que deux professionnels vacataires : une psychologue et une infirmière expert.

Dans la mise en œuvre de notre mission, nous attachons une égale attention à l'utilisateur et au salarié. Cette adéquation est la condition sine qua non à la mise en place de prestations de qualité.

Le domicile est le lieu de la vie privée de l'individu et on ne peut pas imposer nos propres pratiques et procédures ; c'est précisément ça qui peut poser problème à certains moments et qui va être illustré au travers de nos témoignages.

Nous allons vous exposer deux situations qui présentent le quotidien du métier d'aidant. L'enjeu de la relation d'aide consiste à trouver un équilibre subtil entre l'aidant et l'utilisateur, préservant l'espace, la dignité et la liberté de chacun.

Au travers de ces deux exemples, nous allons ainsi tenter de mettre en évidence cette problématique.



MADemoiselle A.

Je suis contactée par le père d'une jeune fille handicapée de 27 ans suite à un accident de la vie, qui souhaite connaître nos conditions de fonctionnement et nos tarifs.

Quelques jours plus tard, à sa demande, je me rends au domicile de sa fille afin d'avoir un premier contact et d'évaluer la situation.

Je découvre une personne tétraplégique, vivant dans un logement tout à fait adapté à son handicap, disposant de toutes ses facultés intellectuelles et équipée d'un fauteuil roulant électrique lui permettant de se déplacer dans son domicile et à l'extérieur .

Lors de cette rencontre, Melle A. me dit que l'A.P.F (Association des Paralysés de France) est chargée de lui assurer une douche tous les matins et qu'elle souhaite conserver cet organisme. Par contre elle me dit souhaiter changer d'association d'aide à domicile, sans m'en exposer le motif.

Nous nous mettons d'accord sur les plages horaires envisageables, sur les tâches à accomplir par les assistantes de vie et sur le profil du personnel attendu par cette jeune fille.

Notre intervention débute en février 2006 sur la base de deux interventions en journée de 9h à 11h et de 13h à 15h et les nuits de 20h à 8h. Durant les premiers mois, nous adaptons le personnel à la demande de prise en charge. Ainsi, Melle A. insiste sur l'âge des intervenants qu'elle préfère jeunes, leur sexe (elle ne veut pas d'hommes), leur patience, leur capacité d'écoute, leur souplesse et leur faculté d'adaptation vis-à-vis de son handicap et du respect de ses habitudes.

Quelques six mois plus tard, nous sommes confrontés à une difficulté de gestion du personnel.



En effet, Melle A. ne souhaite pas garder à son service les personnels trop stricts sur les limites professionnelles (par exemple : ceux qui ne veulent pas communiquer leur numéro de téléphone privé).

Par contre, les professionnels plus souples, qui correspondent mieux à ses attentes, rencontrent très vite de réelles difficultés relationnelles car ils ne parviennent pas justement à poser des limites claires (par exemple : accepter un coucher à 2 heures du matin).

D'autres professionnels encore ne souhaitent pas poursuivre leur mission, de par la complexité de la situation.

- ☺ *On entend par complexité l'ensemble des paramètres non détectables lors de l'évaluation de départ, tels que la présence fréquente et perturbante de la soeur jumelle de Melle A., les effets d'un tabagisme excessif, les heures de coucher tardives liées à l'angoisse de la nuit etc...*

Face à ce problème, nous sommes en difficulté.

D'une part le planning à prévoir est conséquent et d'autre part, le personnel qualifié vient à manquer.



- ☺ *L'expérience nous a permis de constater qu'il était préférable de privilégier l'alternance de plusieurs professionnels malgré la demande formulée par les usagers ou leur famille d'avoir peu de personnel différent, voire toujours la même personne. Ce fonctionnement évite ou retarde les phénomènes d'usure professionnelle et permet de varier les personnalités. Les sujets de conversation entre l'utilisateur et l'intervenant s'en trouvent alors diversifiés. Bien entendu, il ne s'agit pas non plus, à l'inverse, de faire défiler, chez l'utilisateur, un nombre démesuré d'assistants de vie. D'ailleurs, y-a-t-il un chiffre d'or ? car tout le monde se pose cette question.*

Nous convoquons alors l'ensemble des intervenants pour recueillir leurs expériences, leur avis, mettre à plat leur vécu et tenter d'harmoniser une pratique professionnelle visant à instaurer un protocole d'intervention identique.

- ☺ *L'objectif à court terme est de stabiliser l'équipe de travail en développant une écoute attentive et un accompagnement visant à éviter la rupture et la « crise de nerf ».*



Le temps s'écoule. Grâce à ce dispositif, nous pouvons poursuivre notre action mais un recadrage permanent est nécessaire. Et malgré cela, nous sommes confrontés à quelques défections vécues douloureusement de part et d'autre, et ce jusqu'en décembre 2006.

Début 2007, une altercation vécue entre une assistante de vie et Melle A. au moment de l'habillage nous fait prendre conscience des souffrances des intervenants. Nous constatons qu'ils rencontrent tous les mêmes difficultés, quel que soit le moment de leur intervention.

☺ *Deux difficultés se dégagent :*

- *une difficulté d'ordre relationnel : Les propos parfois blessants voir même humiliants de Melle A, peuvent déstabiliser des professionnels peu habitués à fonctionner dans une relation aussi directement disqualifiante.*

- *Une difficulté d'ordre pragmatique : Melle A. semble atteinte de troubles obsessionnels compulsifs. Ses angoisses et ses contrariétés ont des répercussions sur son physique ; malgré l'altération de sa fonction proprioceptive (sa perte de sensibilité), elle impose aux assistantes de vie de faire, refaire 5 fois, 10 fois, voire 20 à 30 fois les mêmes gestes ; comme par exemple repositionner son bras dans son lit, mettre une mèche de cheveux de tel côté de la tête, retendre le drap de dessus..... Comment accepter et supporter ces rituels au quotidien, combien de fois doit-on effectuer l'acte demandé ? jusqu'à quel moment reste-t-on « une bonne professionnelle » si on accepte ? à quel moment devient-on « une mauvaise professionnelle » si on refuse.*



Nous décidons de contacter l'A.P.F. et leur proposons une rencontre dans leurs locaux sans que Melle A. soit conviée.

D'un commun accord, nous décidons d'harmoniser nos créneaux d'intervention sur une plage horaire commune, axée sur l'aide à la toilette, l'habillement et la mise au fauteuil.

Nous espérons ainsi apporter un confort technique et moral aux professionnels.

- ☺ *Il y aura donc partage au niveau de la mobilisation, comme par exemple le transfert du fauteuil au chariot de douche. Melle A. sera ainsi moins tentée de formuler des demandes surprenantes voir inhabituelles du fait de la présence de l'autre professionnel.
Melle A. aura aussi moins la possibilité de « manipuler » les personnels puisqu'elles seront en équipe donc moins vulnérables parce que solidaires face à la situation.*

Ce nouveau schéma d'intervention semble correspondre à chacun, même s'il faut reconnaître qu'il n'a pas été soumis à l'approbation de Melle A.



- ☺ *Effectivement, cette décision est contraire à ce qui caractérise notre travail à domicile : respecter le choix et la liberté du sujet.
Contrairement à une institution qui fonctionne avec ses règles, le domicile est avant tout un cadre privé, situation qui n'est pas sans poser de multiples questions, et bien sûr des difficultés.*

Une année passe, ponctuée de hauts et de bas et d'une période d'hospitalisation de Melle A. pendant deux mois.

A son retour, elle est totalement alitée et n'est plus en mesure de sortir à l'extérieur, ni même d'utiliser son ordinateur. Son moral en est fragilisé.

- ☺ *Les intervenantes sont de nouveau malmenées, au point de nous alarmer sur la poursuite de leur engagement.*

Plus encore, l'environnement familial (très présent autour de Melle A.) est au bord de la rupture et, pour la première fois, le placement de Melle A. en structure est envisagé par sa famille.



- ☺ *Le personnel nous fait part aussi de son épuisement physique (les couchers sont de plus en plus tardifs 1 heure voire 2 heures du matin) et moral (du fait de propos blessants de Melle A. envers les assistantes de vie.*

En ce qui nous concerne et dans ces conditions, nous touchons aux limites de notre engagement qui reste lié aux professionnels en place que nous sentons sur le point de craquer.

- ☺ *En même temps, nous comprenons la détresse de Melle A. qui tente de maîtriser son entourage à défaut du contrôle qu'elle a sur sa vie. Elle essaie tout simplement d'exister...*

Début 2009, nous fixons rendez-vous à Melle A. à son domicile en présence des assistantes de vie et de son père.

Nous leur faisons part de nos préoccupations.

A notre surprise, le père est arrivé lui aussi à ses limites face à la situation provoquée par sa fille. Il lui fait comprendre qu'il ne peut plus accepter son attitude et pour la première fois, il dit comprendre et partager notre inquiétude et renvoie sa fille face à sa problématique (maintien à domicile ou placement).



- ☺ *Nous conseillons à Melle A. de se faire aider psychologiquement.*

Une récente altercation avec l'une des assistantes de vie avait tourné court. Melle A. n'avait plus conscience des effets dévastateurs de ses propos et reconnut que c'était bien malgré elle qu'elle blessait les personnes.

- ☺ *Il n'est pas difficile d'imaginer que lorsqu'on se voit trois fois par jour, que l'on est cantonné dans un espace de 20 ou 30 m², le ton et la manière dont on s'exprime prennent beaucoup d'importance. Melle A. observe les moindres faits et gestes et paroles des assistantes de vie ; elle concentre son écoute et son attention sur elles. Le moindre relâchement de leur part peut être source de pinailleries. Mais aussi, Melle A. a une réelle capacité à utiliser sa force mentale pour déstabiliser les assistantes de vie ; en tant qu'usager, elle se sait être l'élément dominant ; elle sait que les intervenants n'oseront pas trop la contrarier ou la remettre en place de peur de perdre leur travail ; s'instaure alors un climat de tension rendant, pour certaines d'entre elles, la poursuite de leur mission impossible. Là encore, c'est le sujet qui nous met à genoux à chaque occasion et qui nous questionne.*



Lors de notre réunion hebdomadaire où nous exposons les difficultés de personnel, en présence de l'infirmière expert et de la psychologue, cette dernière suggère de mettre en place un assistant de vie homme sur le poste, proposition qui remporte l'adhésion de l'équipe.

Là encore la décision prise est un passage en force puisque Melle A. s'opposait fortement à une présence masculine chez elle. Nous la contactons par téléphone pour l'en informer, sans lui laisser le choix; nous organisons une présentation de ce professionnel et le mettons une nuit en doublon avec une autre salariée habituée.

- ☺ *Nous expliquons bien la situation à cet assistant de vie, en lui relatant les difficultés liées à cette mission, à savoir les réticences de Melle A. envers un intervenant masculin, les problèmes de tocs qu'il va devoir gérer, la difficulté à établir une communication, et enfin la gestion du temps notamment face à l'heure tardive du coucher.*

Contre toute attente, le premier contact s'établit relativement rapidement et Melle A semble plutôt satisfaite ; l'assistant de vie se montre lui aussi confiant donc nous lui établissons un planning assez chargé pour soulager ses collègues épuisées.



- ☺ *Nous arrivons donc à poursuivre notre mission. Même si Melle A nous confie qu'elle est moins à l'aise avec cet intervenant, elle reconnaît que son professionnalisme et ses capacités de conviction la cadrent davantage.*

Trouver du personnel qualifié, expérimenté, acceptant d'assurer un planning assez fluctuant, sur des plages horaires d'intervention relativement denses, et ce, 7 jours sur 7, c'est bien là que se situe un des enjeux importants de notre travail.

- ☺ *L'approche professionnelle de cet assistant de vie empêche Melle A. d'exercer toute forme de manipulation à son encontre. Nous pensons que sa riche expérience professionnelle (dans des domaines diversifiés de la santé), contribuent à la poursuite de notre mission et apportent à Melle A. l'aide appropriée.*

Aujourd'hui, nous sommes encore en mesure d'assurer ce maintien à domicile mais pour combien de temps encore ?

L'équipe actuelle est fragile et en nombre insuffisant ; à chaque fois que nous le pouvons, nous essayons d'intégrer de nouveaux intervenants mais le profil recherché est tellement particulier que les occasions se font rares.



- . ☺ *Par ailleurs, nous sommes satisfaits de constater que Melle A. a entamé depuis peu une démarche d'accompagnement psychologique (les tentatives menées jusqu'à présent s'étaient toutes soldées par des échecs du fait de ses abandons successifs).
Le père de Melle A. est à ce jour conscient des efforts de sa fille mais aussi de notre persévérance.
Nous entretenons d'ailleurs avec lui des contacts téléphoniques réguliers, pour évoquer nos difficultés réciproques mais aussi échanger sur nos satisfactions mutuelles concernant le maintien à domicile de sa fille.*



MADEMOISELLE D.

En 2004, je suis contactée par le père d'une jeune fille Infirmes Motrices Cérébrales âgée de 18 ans ; il se montre démuni face à la situation dans laquelle il se trouve.

Il m'explique que sa fille et lui ont été victimes d'un accident de la route lorsqu'elle avait 12 ans, alors qu'il conduisait le véhicule.

Melle D. est aphasique et incontinente. Elle se déplace aisément en fauteuil roulant dans toute la maison. Elle est prise en charge, dans la journée et sur le rythme scolaire, par l'association girondine des infirmes moteurs cérébraux. Elle vit, le reste du temps, au domicile de ses parents.

A la veille de la Toussaint, La mère de Melle D. quitte brusquement le domicile familial avec ses deux autres enfants, laissant M. D. seul s'occuper de sa fille. D'habitude, c'est la mère qui s'occupe de la toilette de Melle D. Ce départ brutal met le père dans l'embarras surtout pour la prise en charge de cette toilette, qu'il n'imagine pas faire lui-même.

Face à cette situation, nous nous proposons de le dépanner et mettons en place une assistante de vie pour une durée de 15 jours.



La mère de Melle D revient au domicile.

Elle reprend son activité professionnelle et s'aperçoit que la présence des assistantes de vie pour l'aide à la toilette et pour la préparation du petit déjeuner, lui permet de gagner du temps, mais aussi de prendre du recul.

La famille nous demande donc de poursuivre ; nous acceptons en leur faisant part de nos craintes par rapport à la lourdeur de la prise en charge et leur conseillons de rechercher un relais plus adapté avec des soignants.

De plus, les créneaux horaires d'intervention sont courts.

Le matin, les assistantes de vie disposent d'une heure pour aider Melle D. à se lever, l'aider à la toilette, à l'habillage, et lui préparer un petit déjeuner avant que la société de transport ne vienne la chercher.

Le soir, lors du retour à domicile de la jeune fille, elles disposent également d'une heure pour la stimuler et l'aider à la douche, effectuer la préparation du repas pour la famille, mettre la table, tout en restant vigilant aux gestes de Mlle D.

- ☺ *Deux assistantes de vie s'en sortent plutôt bien avec Melle D. Elles font preuve d'une capacité d'adaptation hors du commun. C'est leur capacité d'empathie qui leur permet d'engager une véritable relation de confiance, de sécurité et de sérénité avec la personne aidée.*



Cependant, des difficultés apparaissent car le comportement de Melle D. se traduit tantôt par des maladresses du fait de ses difficultés psychomotrices tantôt par de l'agressivité envers ses sœurs ou sa mère (cacher leurs vêtements ou leurs objets ; elle peut être encore capable d'enlever sa protection et de tartiner les_murs avec ses excréments).

Les assistantes de vie insistent aussi sur les humeurs changeantes de Melle D., ses facultés à accepter ou à refuser à un instant « T » la toilette ou tout autre accompagnement ; elles sont quelquefois désespérées face à ses réactions.

- ☺ *En effet, Melle D. fonctionne sur le ressenti ; les premiers gestes, les premières paroles, et la première approche sont souvent capitales pour l'intervention auprès de cette jeune fille. Elle peut faire comprendre par des cris, son refus d'accepter telle ou telle personne pour s'occuper d'elle. Mais ce comportement là, elle peut aussi l'avoir, parfois, envers les professionnels qu'elle connaît depuis longtemps.*

La première vague d'assistantes de vie tient le coup pendant plus d'un an. Mais le climat familial se détériore toujours un peu plus. Le planning établi ne se révèle pas satisfaisant au regard des tâches à effectuer et du fait de restrictions budgétaires imposées par la famille.



- ☺ *D'ailleurs une situation de stress apparaît pour les personnels du fait de l'ambiance particulière et du climat plus que tendu qui règnent dans cette maison. Les assistantes de vie se sentent mal à l'aise.*

De plus, le domicile de Melle D. est hors CUB ce qui pose également problème à cause du peu de personnel dont nous disposons sur ce secteur géographique.

Début 2007, nos craintes de ne pouvoir poursuivre notre engagement se confirment.

Nous insistons pour que la famille prenne contact avec des cabinets infirmiers locaux de manière à prendre notre relais car nous restons quand même persuadés que cette mission relève de professionnels soignants.

En attendant cette solution, et pour se donner les moyens de continuer, nous faisons appel à notre psychologue qui se rend au domicile et s'entretient longuement avec le couple.

- ☺ *Cette rencontre débouche sur la mise en place d'un protocole négocié et écrit qu'elle présentera ensuite à chaque assistante de vie arrivant sur le poste.*

Ce protocole a un triple objectif.

- *énoncer ce qu'il ne faut pas faire afin d'éviter de déclencher la colère de Melle D.*
- *ce qu'il faut faire pour lui garantir un bien-être physique et moral*
- *expliquer la nécessité de respecter le repos de cette famille à la limite de l'épuisement.*



Par contre, M. D. veut croire que nous pourrons toujours l'aider puisque depuis maintenant 3 ans, deux assistantes de vie semblent résister...

Il pense que nous mettons de la mauvaise volonté à trouver du personnel puisque jusqu'à présent nous y sommes toujours parvenus. Il se montre aussi réticent à confier sa fille à des infirmiers...

- ☺ *On peut se demander pourquoi les personnes préfèrent souvent avoir recours à des assistantes de vie plutôt qu'à des soignants. Outre la différence de formation et donc de compétences, peut-être que la notion de « prendre le temps » et le respect du rythme de la personne peuvent être une explication. Mais pour cette situation, il n'est pas question de ça puisque du temps, il n'y en a pas. L'essentiel pour cette jeune fille est que notre service intervienne aux heures correspondant à son besoin, contrairement à un service de soins qui, lui, programmerait ses tournées en fonction des priorités médicales et de son nombre de patients.*

Certes les plages horaires d'intervention convenues sont restreintes mais M. D. affirme ne pas pouvoir supporter de dépense supplémentaire.

Il perçoit une rente mensuelle pour s'occuper de sa fille, rente qui se substitue aux revenus de son ancienne activité professionnelle. C'est sur cette rente qu'il finance nos interventions.



- ☺ *Cette rente lui permet d'avoir un revenu mensuel, ce qui lui préserve son rôle économique au sein de la famille.*

Ce fonctionnement tient à peu près pendant encore 18 mois, jusqu'à ce que Mlle D. ait épuisé (physiquement et moralement) la plupart des assistantes de vie en place ; nous sommes amenés à intégrer de nouvelles intervenantes diplômées mais leur manque d'expérience professionnelle nous amène aux limites.

Nous demandons à M. D de constituer un dossier de Prestation de Compensation du Handicap pour sa fille de façon à réfléchir à un plan d'aide plus adapté et à apporter des aménagements techniques que nous pensons plus que nécessaires à réaliser.

A noter que depuis le début, rien n'est aménagé pour faciliter la toilette de Melle D. qui, à ce moment là, a 22 ans.



- ☺ *Les assistantes de vie se font mal au dos lorsqu'elles mobilisent Melle D. à la salle de bains. Certaines ne souhaitent pas continuer car elles sentent que cet acte n'est pas sécurisé et qu'il comporte des risques importants de chute. La salle de bains des sœurs de Melle D. est un peu plus facile d'accès, c'est donc là que se passe la toilette. Cette situation n'est pas pour améliorer le relationnel déjà conflictuel entre les soeurs.*

Melle D. ne manque d'ailleurs pas de les provoquer en s'appropriant leurs affaires ou en les abimant (par exemple : elle écrase les tubes de rouge à lèvres de ses sœurs dans le lavabo). Ne retrouvons-nous pas ici la même situation que dans l'exemple précédent, à savoir le besoin d'exister ?

En avril 2009, nous provoquons une visite à domicile, pour rencontrer les parents de Melle D. et leur faire comprendre qu'il ne nous est plus possible de pourvoir au remplacement des personnels en congés, si les conditions ne changent pas. A notre surprise, Mme D. comprend notre difficulté et donne son accord pour augmenter les plages horaires d'intervention tandis que M. D. lui, ne réagit pas.

- ☺ *Nous prenons alors conscience que M. D., qui est notre interlocuteur depuis le début, ne communique pas sur nos échanges avec son épouse. Ils ne sont pas d'accord l'un et l'autre sur l'organisation à prévoir et sur l'aide attendue pour leur fille.*



A cette occasion, nous leur demandons aussi où en est le dossier de PCH qui devrait déboucher sur l'aménagement de la salle de bains de Melle D et sur l'octroi d'un plan d'aide adapté.

M. D semble perdu et ne veut prendre aucun engagement pour un autre planning tant qu'il n'a pas obtenu une notification officielle de la part de la M.D.P.H.

- ☺ *Au retour de cette visite, nous avons le sentiment que M. D va revenir sur la décision prise par son épouse, à savoir la mise en place de créneaux de deux heures d'intervention lors de remplacements ou lors de l'intégration de nouveaux salariés.*

Les faits nous donnent malheureusement raison. Nous écrivons alors à la famille pour préciser par écrit nos conditions.

- ☺ *La mésentente des parents de Melle D par rapport au planning demandé, déstabilise profondément notre service et les assistantes de vie ressentent fortement ce malaise. Elles n'acceptent plus d'être victimes de ce flottement et d'être prises à parti à chaque occasion par le couple.*



Après quelques résistances, nous arrivons quand même à un accord qui se traduit par la mise en place de deux heures minimum d'intervention avant le départ de Melle D. en vacances d'été pendant trois semaines.

- ☺ *Nous savons alors que la PCH va aboutir très prochainement mais nous nous rendons à l'évidence : nous ne serons pas en capacité de nous inscrire dans une continuité de service pour la suite en maintenant une prestation de qualité.*

Ce sont les expériences douloureuses vécues antérieurement par les personnels qui ne souhaitent plus se trouver confrontés à Melle D, qui nous le confirment.

- ☺ *En ce qui nous concerne, nous avons le même sentiment ; nous sommes à bout de souffle et c'est avec une certaine amertume que nous décidons de renoncer à la poursuite de cette mission.*

Nous en faisons part à M. D. et l'engageons à prendre ses dispositions.



- ☺ *Lors de notre réunion de transmission hebdomadaire où nous expliquons notre retrait, la psychologue s'interroge sur les difficultés de communication vécues par notre équipe avec M. D. tout au long de notre mission. D'après elle, ses multiples réactions pourraient s'apparenter aux conséquences d'un traumatisme crânien. Cette hypothèse se trouvera confirmée par la suite, par une source extérieure. C'est ainsi que s'achève, non sans frustration, notre travail auprès de cette jeune fille, après cinq années de suivi.*

Nous laissons à une autre association le soin de poursuivre, dans de meilleures conditions techniques et pratiques un travail intéressant.



Voilà !!

Ces deux exemples illustrent notre travail au quotidien.

Même si au départ on a dans l'idée de limiter le nombre d'intervenants chez un usager, la complexité de ces prises en charge nous impose de recourir à de nouveaux professionnels, coûte que coûte, pour garantir le maintien à domicile.

Quand on arrive à l'épuisement quantitatif et qualitatif, on est confronté aux limites de notre propre effectif. Les assistants de vie sont en nombre insuffisant sur le marché de l'emploi, les formations sont courtes (400 heures en moyenne) et peut-être pas assez ciblées.

Ce métier souffre d'une image négative. Alors même que notre degré d'exigence s'accroît, vu les spécificités et la diversité des situations, nous sommes confrontés à la dévalorisation qui entoure cette profession, notamment l'activité liée à l'entretien du cadre de vie. Quand les professionnels parviennent à dépasser eux-mêmes cette perception, ils en éprouvent des satisfactions et pour nous ils représentent une véritable mine d'or.

Cette branche professionnelle n'est pas une voie de garage ; une des richesses de ce métier se situe dans la qualité des relations humaines engendrées.

L'aspect pratique lié à l'aide apportée pour les actes de la vie quotidienne participe de cette richesse.

Le travail à domicile peut paraître à certains égards séduisant mais il ne correspond pas aux professionnels qui ont besoin d'un cadre de référence pour agir.

Il requiert une grande capacité d'adaptation et une réelle motivation.

En vingt ans d'existence de l'association, ce métier a beaucoup évolué et s'est structuré. Ce n'est pas fini ... car le maintien à domicile reste souvent le choix de vie que font les personnes dépendantes. L'avenir nous réserve donc des perspectives de travail enrichissantes. Nous sommes motivés à nous engager dans cette dynamique.