

*Ecole Supérieure Montsouris
Université Paris EST Créteil
Val de Marne*

Diplôme de Cadre de Santé

*EHPAD : établissement médico-social
AMP : travailleur social
Peuvent-ils se rejoindre ?*



Laetitia CLEMENT

2011-2012

DCS 11-12

A Mr D. et ses yeux vifs et malicieux
A Me P. et sa danse sur Joe Dassin avec l'animateur pour ses 100 ans
A Me L. et sa jolie peau de pêche malgré ses 101 ans
A Me R. et sa cigarette...et son oxygène....
A Mr L. ancien fleuriste et sa chambre qui sentait bon les fleurs
A Me M. ancienne vendeuse de lingerie et ses jolies combinaisons
A Me C. et ses pleurs, qui tombe dans mes bras
A Me B. et ses jolis cheveux gris
A Me R. et sa collection de bouchons de bouteilles d'eau
A Me B. qui a choisi de partir dans les bras de la soignante K
A Mr H. et ses miettes de pain pour les oiseaux attirant les pigeons et les réclamations des voisins
A Me R. qui voulait tout savoir sur ma vie amoureuse
A Me P. et ses grossièretés
A Me V. et sa gentillesse
A Mr D. et ses calembours
A Mr C. à sa fenêtre....
A Me L. 101 ans et son rouge à lèvres, son sac à main, ses flatteries: oh que c'est jolie...Tu portes bien la toilette, toi...
A Me R. et ses sonnettes continues pour éviter d'être seule
A Mr L. et ses vols de stylo
A Me M. et son doux sourire
Aux joueurs de Tarot
Aux amoureuses de Laurent le Kinésithérapeute
Aux deux voisines de chambre qui se croient amies depuis l'enfance

Et tant d'autres encore... à qui je dédie ce mémoire.

Remerciements

Je voudrais témoigner toute ma reconnaissance à l'ensemble des personnes qui ont permis la réalisation de ce mémoire :

- Ma directrice de mémoire pour son aide, sa patience, son écoute et sa disponibilité.
- Les cadres de santé, directeurs d'EHPAD et du centre de formation d'AMP qui m'ont accueillie chaleureusement et qui se sont prêtés aux entretiens avec beaucoup d'authenticité.
- Les aides soignants et les aides médico-psychologiques qui ont répondu aux questionnaires.

Glossaire

- AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
- ALD : Affection Longue Durée
- ALMA : ALlô Maltraitance des personnes âgées et/ou des personnes handicapées
- AMP : Aide Médico-Psychologique
- ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- ANESM : Agence Nationale d'Évaluation des établissements Sociaux et Médico-sociaux
- AS : Aide Soignant
- APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
- ARS : Agence régionale de Santé
- DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
- CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
- DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
- DMLA : Dégénérescence Maculaire Aigüe Liée à l'Age
- EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- ESSMS : Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
- FNAQPA : Fédération Nationale Avenir et Qualité de vie des Personnes Agées
- GMP : Groupe Iso-Ressource Moyen Pondéré
- HAD : Hospitalisation A Domicile
- HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
- MCO : Médecine/ Chirurgie/Obstétrique
- OMS : Organisation Mondiale de Santé
- PASA : Pôles d'Activités et de Soins Adaptés
- PMP : Pathos Moyen Pondéré
- PSD : Prestation Spécifique de Dépendance
- SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile
- VAE : Validation des Acquis d'Expérience
- UHR : Unité d'Hébergement Renforcée

Sommaire

Introduction.....	4
1 Emergence d'une problématique.....	5
2 Hypothèse.....	7
3 Le cadre conceptuel.....	8
3.1 La vieillesse et le vieillissement	8
3.1.1 Définitions.....	8
3.1.2 Une vieillesse qui induit des modifications physiques	9
3.1.3 La dépendance.....	12
3.1.4 Le mécanisme de reconstruction identitaire.....	13
3.1.5 Le vieillissement de la population.....	14
3.2 La politique de santé	16
3.2.1 Les réformes de santé.....	16
3.2.2 La décentralisation	18
3.2.3 Un système de santé maîtrisant les dépenses	20
3.3 Le métier d'AMP	23
3.3.1 Histoire de la profession.....	23
3.3.2 Définition du métier	24
3.3.3 La formation.....	25
3.3.4 L'étudiant AMP et l'évolution de la profession.....	28
3.4 Collaboration et complémentarité.....	30
3.4.1 La collaboration	30
3.4.2 La complémentarité.....	31
3.5 De la compétence à reconnaissance professionnelle	32
3.5.1 La compétence individuelle	32
3.5.2 La compétence collective.....	33

3.5.3	L'identité professionnelle.....	34
3.6	La qualité du soin.....	37
3.6.1	La définition de la qualité	37
3.6.2	La qualité du soin : comment peut-elle se mesurer ?.....	37
3.6.3	La démarche qualité	39
3.6.4	La démarche qualité dans les établissements de santé.....	39
3.6.5	Le droit des usagers.....	41
3.7	De la qualité à l'émergence d'une culture gériatrique	42
3.7.1	Soins infirmiers et sciences humaines.....	42
3.7.2	La culture gériatrique	43
3.7.3	L'équipe en gériatrie = compétence collective	45
3.7.4	Projet personnalisé : un levier pour engager la culture gériatrique.....	46
3.8	Conclusion du cadre conceptuel	48
4	Méthodologie	49
4.1	Méthode de recueil de données.....	49
4.2	Le profil de la population enquêtée	51
4.2.1	Le profil des aides soignants et des aide médico-psychologiques	51
4.2.2	Les professionnels ayant fait l'objet d'un entretien	54
4.3	Dépouillement par thème	55
4.4	Les difficultés rencontrées	55
5	Analyse de l'enquête	57
5.1	La diversité de l'équipe AS/AMP : un choix pour les gestionnaires ?	57
5.1.1	L'enveloppe budgétaire.....	57
5.1.2	Deux facteurs favorisant : le marché de l'emploi et le conventionnement.....	59
5.1.3	La formation AMP : une alternance appréciée des employeurs	60
5.2	L'organisation du soin des EHPAD.....	62

5.3	La gestion des compétences.....	66
5.3.1	La complémentarité AS/AMP.....	66
5.3.2	De la compétence individuelle à la compétence collective.....	72
5.3.3	Les limites de l'interaction.....	75
5.4	Les projets personnalisés	80
5.4.1	L'utilisation des projets personnalisés dans les EHPAD.....	80
5.4.2	La participation de l'AMP pour l'élaboration des projets personnalisés.	81
5.4.3	La participation de l'AMP pour la réalisation des actions qui résultent des projets personnalisés.	81
5.5	La qualité	83
6	Vérification de l'hypothèse	85
7	Les limites du travail.....	86
8	Le projet professionnel.....	87
	Conclusion	88
	Bibliographie	90

Introduction

Les EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) se sont développés considérablement ces derniers temps. Ils traduisent la nécessité de répondre à un besoin important de la population française : la prise en charge de la personne âgée. En effet, la courbe démographique montre un vieillissement qui s'accroîtra davantage dans les années à venir. Les autorités gouvernementales ont développé divers moyens pour soutenir l'accompagnement de ces individus face à leur vieillesse. La dépendance, par exemple, a fait l'objet d'une réelle réflexion : la création d'une cinquième branche de la sécurité sociale pour verser une prestation financière aux personnes dépendantes, venant des cotisations des actifs. Cette proposition était encore dans les programmes politiques de certains candidats à la présidentielle de 2012.

Les EHPAD permettent de répondre à cette dépendance. L'équipe soignante est diversifiée puisqu'elle comprend des professionnels paramédicaux et sociaux. Par exemple : l'aide médico-psychologique est un travailleur social.

Ces établissements médico-sociaux tentent de limiter une médicalisation trop massive. Toutefois, la prise en charge s'oriente inévitablement vers des activités relatives au domaine soignant. Au regard de ce contexte, l'AMP peut-il encore se positionner comme un travailleur social dans ces établissements ?

Cette étude tentera de répondre à ce questionnement et révélera les compétences de ce professionnel ainsi que leurs gestions effectuées par les cadres de santé.

Je vous présenterai dans une première partie la problématique soulevée et l'hypothèse dégagée. Puis, dans une deuxième partie appelée cadre conceptuel, j'étayerai les concepts de la vieillesse et la politique de santé, le métier d'AMP, les notions de complémentarité/ collaboration, compétence/reconnaissance professionnelle, la qualité du soin et la culture gériatrique. Et enfin, dans une troisième partie, je relaterai l'enquête réalisée au travers des entretiens et questionnaires. Elle permettra d'analyser la réalité du terrain, et de vérifier l'hypothèse retenue.

1 Emergence d'une problématique

J'exerce depuis 2008, au titre d'infirmière coordinatrice dans un EHPAD. Cet établissement est privé à but lucratif. Il a fait l'objet de deux fusions consécutives en moins de trois ans. Ainsi, la résidence qui appartenait au départ à un médecin a été soumise à des modifications importantes en termes d'orientation d'objectifs professionnels. De plus, la politique de santé menée en France a accentué ce mouvement. La résidence s'est ouverte entre autres à la qualité avec le projet d'obtenir la certification et de détenir un personnel qualifié. L'équipe était en effet composée essentiellement d'auxiliaires de vie. Le directeur leur avait demandé ce qu'ils envisageaient concernant leur projet professionnel en leur précisant la possibilité de financer une formation. Certains ont choisi d'en bénéficier, d'autres ont préféré devenir des agents hôteliers, et quelques uns ont démissionné. Deux types de formation ont été proposés par le directeur : soit une validation des acquis d'aide soignante (AS) soit une formation en alternance d'Aide-Médico-Psychologique (AMP). Chaque employé désirant accéder à une qualification devait choisir, beaucoup se sont orientés vers la formation d'AMP. Ainsi, l'équipe était aux prémices d'une construction. Ce basculement s'est effectué juste avant mon arrivée dans la structure.

Le directeur a donc privilégié le parcours professionnel du salarié plutôt que les besoins de l'établissement. Aujourd'hui, ce personnel est toujours fidèle à la structure. Cependant j'ai pu constater certaines difficultés.

D'une part, les compétences de l'AMP sont peu exploitées. Le travail effectué par les AS et AMP est quasi similaire au sein de la structure. Or, ces deux fonctions présentent des différences notables. Ayant collaboré avec les deux types d'institut de formation, j'ai pu comprendre la diversité de ces deux métiers.

Le discours des AMP converge dans ce sens. Certains, en cours de formation continue, effectuent des stages dans d'autres établissements, tel que les MAS accueillant les personnes handicapées. A leur retour, j'ai souvent entendu leurs propos qui témoignent d'une nette distinction entre leur activité en stage dans le secteur de l'handicap par rapport à celle dans le champ de la vieillesse. Ils insistent sur une charge de travail plus lourde en EHPAD ne permettant pas un accompagnement quotidien avec un projet de soin individuel adapté.

De plus, une AMP au début de son apprentissage m'évoque une disparité entre la réalité du terrain et la formation.

Les formateurs m'ont confirmé ce décalage et m'expliquent la part importante des étudiants AMP s'orientant vers le secteur de l'handicap au détriment de celui des personnes âgées. Un secteur avec des moyens autres que celui du médico-social, qui permet aux AMP d'exercer pleinement leur fonction.

D'autre part, l'évolution démographique du vieillissement en France a une influence sur les EHPAD. La structure de la population française se modifie avec un phénomène préoccupant de vieillissement. Les prévisions montrent un accroissement majeur du nombre de personnes âgées.

Selon l'INSEE : « *En 2060 : la France pourrait compter 200 000 centenaires, soit treize fois plus qu'aujourd'hui (15 000 en 2010)*¹.

De ce fait, la population accueillie dans les établissements d'hébergement est davantage âgée et dépendante, nécessitant des soins lourds.

Dans la résidence où j'exerce, ce phénomène est visible. Le GMP (groupe iso-ressources moyen pondéré) attenant à la dépendance a considérablement augmenté. Les soins effectués sont de plus en plus techniques avec des injections d'antibiotiques, des surveillances d'appareillages spécifiques comme les sondes urinaires, les poches de colostomie etc.

Les résidents sont physiquement fragiles, par conséquent les hospitalisations sont plus fréquentes ; fatigués, ils participent moins aux activités thérapeutiques collectives préférant se reposer dans leur chambre. Je me souviens qu'en 2008, à l'occasion des anniversaires, 90% des personnes âgées y participaient gaiement.... Aujourd'hui, cette fête est largement moins investie, seulement 60% des résidents sont présents, ils n'ont plus la force de se prêter à des événements festifs. Les sorties sont aussi très étudiées, elles restent en corrélation avec leur capacité physique.

Ainsi, deux problèmes émergent:

- Une confusion entre les fonctions des AMP et celles des aides soignantes. L'ensemble des compétences sont donc peu utilisé et sous exploité.
- Une modification de la prise en charge des résidents en EHPAD s'orientant davantage vers les soins au détriment du social.

¹ Site de l'Institut National de la statistique et des études économiques - disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1319 – consulté le [20/11/2011]

- La problématique, objet de ce mémoire que je propose de traiter est la suivante :

Comment l'AMP : travailleur social, peut-il trouver sa place au sein d'un EHPAD ?

2 Hypothèse

Etant infirmière coordinatrice, avec le projet de devenir cadre de santé, je suis soucieuse du bien-être des résidents et de la qualité des réponses apportées. L'équipe soignante est fidèle à l'établissement. La motivation, l'envie de réaliser une bonne prise en charge est permanente au sein de l'équipe soignante. Nous avons tous le désir de faire de ce lieu de vie, un endroit unique répondant aux attentes et aux besoins des personnes âgées qui y vivent, ainsi qu'à leurs proches. Ces dernières années, il y a eu de nombreuses modifications dans l'organisation des soins. Un véritable essor de la qualité des soins a émergé ainsi qu'un personnel relevant le déficit du changement. Donc, le capital humain est présent. Toutefois, les rôles et les missions de chacun ne sont pas suffisamment clairs et déterminés, notamment ceux des AMP. Par conséquent, la distribution des tâches n'est pas optimale. Or, une définition précise de leurs activités et une meilleure exploitation de leurs compétences apporteront une qualité supplémentaire à la prise en charge déjà effectuée.

Nous élaborons des projets de soins/vie personnalisés afin d'adapter nos actions aux besoins des résidents. Ils sont pertinents grâce à la participation de tous les professionnels (infirmier, animatrice, kinésithérapeute, aide soignant, AMP etc.). C'est donc un travail de collaboration pluridisciplinaire. L'objectif est de conceptualiser la prise en charge en termes de projet et de l'adapter au plus près de la personne. Ainsi une hypothèse émerge :

Grâce à la mise en place des projets personnalisés, le cadre de santé utilise cet outil pour asseoir le positionnement de l'aide médico-psychologique et orienter ses missions en complémentarité avec celles des aides soignants afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées résidant en EHPAD.

3 Le cadre conceptuel

J'ai évoqué dans le chapitre antérieur un vieillissement de la population et l'accroissement de ce phénomène démographique. Toutefois, il me semble important de définir d'abord les termes de vieillesse et vieillissement. Différents auteurs seront cités, afin de bien comprendre ces deux concepts.

3.1 La vieillesse et le vieillissement

3.1.1 Définitions

Selon le dictionnaire Français Larousse

- La vieillesse : « *Fait **d'être vieux**, dernière période de vie normale, caractérisée par un ralentissement des fonctions.* »
- Le vieillissement : « *fait **de devenir vieux**, ensemble des phénomènes qui marquent l'évolution d'un organisme vivant vers la mort².* »

Selon le Larousse de la psychologie

- La vieillesse serait « *la **dernière période de la vie**, correspondant à l'aboutissement normal de la sénescence* ».
- La sénescence est « *l'état qui commence chez l'homme à la fin de l'âge adulte, à l'issue de la maturation, avec l'involution des fonctions physiologiques et psychologiques conduisant au vieillissement* ».
- Le vieillissement « *est **un ensemble de transformations** qui affectent la dernière période de la vie et qui constitue un processus de déclin* »³.

Ainsi, la vieillesse correspond à un fait, une période donnée tandis que le vieillissement traduit l'ensemble d'un processus de diminution, de déclin. Un changement

² Dictionnaire Français Larousse – disponible sur Dictionnaire Larousse – disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/la%20s%C3%A9curit%C3%A9> - consulté le [20/11/2011]

³ Le Larousse de la psychologie – disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/la%20s%C3%A9curit%C3%A9> - consulté le [20/11/2011]

qui s'installe dans le temps. Les mots utilisés sont de connotation plutôt négative : involution, déclin, ralentissement, mort.

Richard Vercauteren présente d'autres mots dont certains un peu familiers traduisant ces deux notions: « *vieillir, vieillard, ancienneté, sénescence, se faire vieux, décliner, changer, mûrir, prendre de la bouteille...*⁴ »

Jack Messy définit aussi le vieillissement dans la temporalité avec une évolution qui débute à la naissance et se termine à la mort. « *Un processus inhérent à toute l'existence*⁵ ».

Pour lui, cette évolution du vieillissement commence dès le premier jour de vie. Mais quand est-il pour la vieillesse ? A partir de quand, de quel changement d'état, de quel âge, dit-on d'un individu que c'est un « vieux » ?

Selon l'OMS, l'âge de la vieillesse se situe à partir de 65 ans. Il distingue 3 périodes : le 3^{ème} âge (de 65 à 89 ans), le 4^{ème} (De 89 ans à 110 ans) et le 5^{ème} âge (à partir de 110 ans).

Les statisticiens par commodité, ont l'habitude de choisir soit la classe des 60 ans et plus, soit celle des 75 ans et plus.

Ainsi, le seuil de la vieillesse est hasardeux, la limite d'âge est floue. De manière biologique, l'usure des organes et la déficience du corps vont être les premiers signes qui dénotent la vieillesse. Afin de mieux comprendre le processus physique du vieillissement, nous allons développer ces affections corporelles.

3.1.2 Une vieillesse qui induit des modifications physiques

Avec l'âge, le corps devient déficient, les organes s'usent. Les personnes sont alors plus fragiles, les capacités physiques diminuent avec un affaiblissement sensoriel et fonctionnel :

⁴ Sylvain Connangle et Richard Vercauteren (2010), Paris, Ed éres, **Missions et management des équipes en établissement pour personnes âgées** – 144p

⁵ Ibid

- La diminution de l'acuité visuelle est fréquente lié à des pathologies comme la cataracte, le glaucome ou bien la DMLA (Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age) : « 85 % des personnes de plus de 65 ans déclarent avoir des troubles de la vision⁶. »
- La perte de l'audition engendre un isolement voir une dépression : « 52 % des plus de 85 ans déclarent avoir des troubles de l'audition⁷. »
- Les limitations fonctionnelles ne permettent pas de réaliser les soins personnels : « à 85 ans, 70 % des hommes et 80% des femmes témoignent d'avoir au moins une limitation fonctionnelle qui induit une difficulté pour se laver, se nourrir, se lever du lit⁸ ... »

Ainsi, le sénior doit affronter ses perturbations physiques, malgré lui. Il ne peut maîtriser son corps et ses modifications. Ses sens et son appareil moteur lui échappent.

Simone de Beauvoir, en 1970, a écrit un livre intitulé : « La vieillesse ». Elle voulait dénoncer la place des personnes âgées au sein de la société. Pour elle, elles sont victimes d'un rejet économique et social. Elle décrit pour bien faire comprendre à ses lecteurs ce qu'est la vieillesse, le déclin de deux personnes proches d'elle, à savoir sa maman et Jean Paul Sartre. Elle évoque par exemple pour sa maman l'incapacité de se lever ; Jean Paul Sartre, lui, avait perdu la vue et sa continence⁹.

Outre, les déficits sensoriels, les maladies sont plus propices lorsque la personne a un âge avancé.

Les pathologies chroniques : les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète, et plus généralement, la majorité des maladies affectées aux ALD. 75% des ALD concerne des personnes de 90 ans et plus¹⁰.

⁶ Rapport de la DREES(2011) : l'état de la santé de la population en France – disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_sante-population_2011-3.pdf - consulté le [20/11/2011]

⁷ Ibid

⁸ Ibid

⁹ Simone de Beauvoir (1970)- **La Vieillesse** – Paris – Ed Gallimard – 604p

¹⁰ Rapport de la DREES(2011) : l'état de la santé de la population en France – disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_sante-population_2011-3.pdf - consulté le [20/11/2011]

La maladie d'Alzheimer fait aussi parti des pathologies chroniques. Elle se définit comme une maladie neuro-dégénérative incurable du tissu cérébral, elle entraîne la perte progressive et irréversible des fonctions mentales notamment la mémoire. Elle engendre une détérioration intellectuelle, des troubles du comportement pouvant conduire à une perte d'autonomie.¹¹

Cette pathologie est considérée comme un véritable fléau. Elle concerne 1 personne sur 5 (pour les plus de 85 ans). Les statistiques de l'INSEE montrent un accroissement de ce taux. « *Le nombre de personne de plus de 60 ans atteint de cette maladie passe de 12 millions en 2006 à 22 millions en 2050, soit plus du tiers de la population française*¹². »

En conséquence, ces maladies et déficits sensoriels perturbent la vie quotidienne. La personne âgée est en perte d'autonomie, elle devient dépendante d'une tierce personne. Elle a besoin d'un accompagnement pour les gestes de la vie courante.

La liberté du sénior est ainsi limitée. Son corps, ses fonctions cognitives lui échappent.

Je me souviens d'un résident de l'établissement où j'exerce, Mr C, il avait une incapacité de se lever seul et de marcher. Il était condamné à rester dans son fauteuil roulant. Il en était très malheureux :

« Vous savez Madame, j'ai vécu la guerre, j'ai été dans un camp de concentration. Je peux dire que ce n'est rien par rapport à ce que je vis aujourd'hui. J'étais quand même libre, je marchais.... Aujourd'hui, je ne le suis plus du tout, je suis emprisonné dans mon corps. »

¹¹ Site Santé-médecine – disponible sur http://sante-medecine.commentcamarche.net/contents/alzheimer/01_definitions_et_statistiques_de_la_maladie_d_alzheimer.php3#les-statistiques-de-la-maladie-d-alzheimer – consulté le [20/11/2011]

¹²Rapport de la DREES(2011) : l'état de la santé de la population en France – disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_sante-population_2011-3.pdf - consulté le [20/11/2011]

3.1.3 La dépendance

Le terme de dépendance est apparu en France pour la première fois en 1973, utilisé par le Dr Delomnier. C'est un médecin qui exerçait dans un hébergement de personnes âgées.

« *Le vieillard dépendant a donc besoin de quelqu'un pour survivre, car il ne peut, du fait de l'altération des fonctions vitales, accomplir de façon définitive ou prolongée, les gestes nécessaires à la vie*¹³. »

Puis, ce terme a été repris d'une part par la loi du 24 Janvier 1997 relative à la prestation spécifique dépendance (PSD) : « *la dépendance mentionnée au premier alinéa est définie comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou requiert une surveillance régulière*¹⁴. » ; d'autre part, lorsque la PSD devient l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) par la loi du 20 Juillet 2001.

La dépendance est une notion plutôt subjective. Ainsi, son évaluation a fait l'objet de nombreux débats. Pour Bernard Ennuyer, les notions de dépendance et perte d'autonomie sont confuses. La première est plutôt fonctionnelle et témoigne d'une incapacité. Alors que la seconde, est différente. L'autonomie signifie « *loi que l'on se donne à soi-même.* » Alors, la perte d'autonomie serait de dire que les seniors n'ont plus le droit ou la capacité de faire des choix de leurs conditions de vie¹⁵ ?

Donc, devant ces confusions, un outil objectif pour mesurer la dépendance a été créé. Cet instrument d'évaluation appelé grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources), permet d'adapter au plus juste l'APA aux bénéficiaires. Elle traduit par une échelle de 1 à 6, les incapacités des personnes âgées à réaliser les gestes de la vie quotidienne.

Le nombre de personnes âgées dépendantes s'accroît avec le vieillissement de la population Française. Selon le scénario de la Drees, l'effectif des seniors dépendants de

¹³ Bernard Ennuyer (2003), **les malentendus de la dépendance** – disponible sur <http://rnrsms.ac-creteil.fr/idf/formation/colloque04/ennuyer.htm> - consulté le [22/11/2011]

¹⁴ Ibid

¹⁵ Ibid

plus de 75 ans augmentera de 25% d'ici 2025¹⁶. La dépendance, les déficiences du corps physique, les troubles de la mémoire etc. autant de changements, de modification de soi, difficiles à accepter pour un être humain.

Simone de Beauvoir évoque la déchéance corporelle qui positionne l'individu aux dépends de l'autre dans ces moindres faits et gestes. Les comportements de chacun face à ces faiblesses y sont exposés. Elle demande par exemple à Jean Paul Sartre qui s'est oublié dans son lit, ce qu'il ressent. Il réplique en souriant : « *Il faut être modeste quand on est vieux*¹⁷ ». Sa maman est confuse du dérangement qu'elle occasionne auprès du personnel. La simplicité, la modestie et la résignation sont de multiples réponses comportementales à la vieillesse. J'ajouterai la violence qui traduit chez certaines personnes la non acceptation de cette perte de contrôle.

3.1.4 Le mécanisme de reconstruction identitaire

Le vieillissement entraîne de véritables changements pour l'individu. Il n'est plus ce qu'il a été. Il n'est plus actif dans la société, son corps est déficient. Qu'en est-il de son identité ?

Pour Jack Messy, la vieillesse est un « *passage* » à une nouvelle classe d'âge, un nouveau rôle, une nouvelle place à occuper. Un changement difficile à vivre : « *Elle signifie l'entrée dans une succession de drames plus ou moins intenses impliquant des crises que tout un chacun devra bien résoudre pour continuer à être, à exister*¹⁸. »

Il fait référence à un changement d'identité pour la personne âgée. Cette dernière subie ce « déclin », « l'involution des fonctions physiques et psychologiques », ces modifications de tout ordre, et elle devra s'y adapter. Sa place au sein de la société et de

¹⁶ Stéphane le Boulier (décembre 2010), **La dépendance des personnes âgées : quelle réforme ?** Pais - Regards sur l'actualité n° 366, 99p

¹⁷ Simone de Beauvoir (1970)- **La Vieillesse** – Paris – Ed Gallimard – 604p

¹⁸ Sylvain Connangle et Richard Vercauteren (2010), Paris, Ed éres, **Missions et management des équipes en établissement pour personnes âgées** – 144p

ses proches sera différente. Son rôle se transformera. Sa nouvelle identité devra être construite en tant que personne âgée.

L'identité : « *Caractère permanent et fondamental d'un individu, d'un groupe qui fait son individualité.*¹⁹ »

Ainsi, l'identité qui est fondamentale pour un individu est lésée, psychologiquement, la personne âgée est fragilisée. Le senior est soumis à une diminution de ces fonctions physiques et une dépendance aux autres et à la société qui induisent une crise identitaire.

La vieillesse est inéluctable pour chaque être humain. Elle se caractérise par des positionnements difficiles. La personne âgée est dépendante de la société (elle n'est plus active économiquement et coûte financièrement) et des individus. Psychologiquement, elle doit faire face à tous ces bouleversements et doit essayer de se reconstruire.

La population française vieillie. Ce phénomène démographique est mondial, il touche essentiellement les pays développés. Nous allons analyser cette évolution.

3.1.5 Le vieillissement de la population

Selon les estimations de l'INSEE « *Au 1^{er} Janvier 2050, la France métropolitaine compterait 70 millions d'habitants soit 9,3 millions de plus qu'en 2005. Et, un habitant sur trois serait âgé de 60 ans et plus contre un sur cinq en 2005. La part des jeunes diminuerait, ainsi que celle des personnes d'âge actif*²⁰. »

En 2010, les plus de 75 ans représentaient 8,8%, en 2050, le taux augmentera à 15,6%²¹.

Les facteurs de cette évolution sont multiples :

¹⁹ Dictionnaire Français Larousse – disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/identit%C3%A9> – consulté le [21/11/2011]

²⁰ Isabelle Robert Bobée (juillet 2006) – INSEE Première, **projection de la population de la France métropolitaine à l'horizon de 2050** – disponible sur <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1089/ip1089.pdf> - consulté le [21/11/2011]

²¹ Ibid

➤ Les conséquences du baby boom

Le baby boom est une augmentation du taux de natalité. La période représentée est l'après-guerre et plus exactement de 1942 à 1975. Cette population arrive aujourd'hui, en majorité à l'âge de la retraite. Elle sera encore plus importante en 2040.

« En 2000, les personnes de 65 à 90 ans étaient nées entre 1910 et 1935. Cette période comptait environ 14 millions de naissances. En 2040, la même tranche d'âge sera composée de personnes nées entre 1950 et 1975, 21 millions de naissances ont été comptées pendant ces années²² ».

➤ Une diminution du taux de fécondité

Selon l'INSEE, ce taux diminuerait de 2,1 enfants par femme aujourd'hui à 1,8 pour la génération des femmes nées en 1985.²³

➤ L'allongement de l'espérance de vie lié au progrès de la médecine.

La découverte de nouvelles molécules médicamenteuses, l'amélioration et appareils médicaux, et le dépistage précoce de certaines maladies encouragent cette progression. Ainsi en 2040, l'espérance de vie à 60 ans est prévue à 25 ans, contre 20 au même âge en 2000²⁴.

Ainsi, la démographie Française se modifie à l'instar des autres pays développés. Les chiffres nous ont montrés une accélération du processus de vieillissement. Cela impacte dans notre société, la santé de cette population est préoccupante devenant même un problème de santé publique dont se soucient les instances politiques.

Synthèse

La présentation faite au cours de chapitre comporte une connotation quelque peu morose. Pourtant ces écrits détaillent un phénomène naturel : le vieillissement. Celui-ci

²² Michel Grignon (Mars 2003), **les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé**, bulletin d'information en économie de la santé – disponible sur <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes66.pdf> [consulté le 21/11/2011]

²³ Isabelle Robert Bobée (juillet 2006) – INSEE Première, **projection de la population de la France métropolitaine à l'horizon de 2050** – disponible sur <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1089/ip1089.pdf> - consulté le [21/11/2011]

²⁴ Michel Grignon (Mars 2003), **les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé**, bulletin d'information en économie de la santé – disponible sur <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes66.pdf> [consulté le 21/11/2011]

peut être conjoint à des pathologies comme la maladie d'Alzheimer, la dépendance et à une atteinte psychologique relative à la crise identitaire.

A ce jour, la population de la France vieillit. Quelles réformes le gouvernement a-t-il créées pour orienter notre système de santé en faveur des personnes âgées ?

3.2 La politique de santé

3.2.1 Les réformes de santé

La France va vivre un véritable enchaînement de réformes de santé concernant la prise en charge de la vieillesse. Cette politique va se décliner sous différents aspects avec une évolution caractérisée par une prise de conscience de la personne âgée en tant qu'individu et de la modification démographique. Pierre Laroque, après ses travaux de 1945 pour établir le plan Français de la sécurité sociale, publie en 1962 un rapport mettant en place la première politique de vieillesse. Son objectif prioritaire était de développer l'aide à domicile, de fermer les hospices ou de les rénover et d'engendrer une nette séparation entre les maisons de retraites qui accueillent les personnes valides et les hôpitaux qui reçoivent les personnes atteintes de pathologies aiguës²⁵.

Puis la loi du 30 Juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales a permis un accroissement du nombre d'établissements pour personnes âgées.

En 1997, la dépendance préoccupe, ainsi la PSD (Prestation Spécifique Dépendance) a été créée, remplacée par l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) en 2001.

En 2002, outre la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale, celle relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé apporte une conception plus humaniste de la prise en charge. Cette prise de conscience accentuée par le choc de la canicule de 2003, va générer de multiples plans :

- Le plan vieillissement et solidarités de 2004/2007 avait pour objectif de répondre à une demande croissante d'une part quantitative en augmentant le nombre de structures accueillant les personnes âgées, les hébergements temporaires, SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile) et accueil de jour ; d'autre part qualitative

²⁵ Rapport de la cour des comptes (novembre 2005)- **Les personnes âgées dépendantes**- disponible sur <http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RPT/Rapport.pdf> - consulté le [2/04/2012]

avec une médicalisation des EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) encouragée par la convention tripartite et la création des emplois d'aides soignants (28 120 entre 2004 et 2006)²⁶.

- Le plan solidarité grand-âge 2007/2012 est dans cette même continuité avec un appui pour les aidants familiaux par la création d'un congé de soutien familial.
- Les plans Alzheimer se succèdent de la même manière, de 2004 à 2007 puis de 2007 à 2012. Ce dernier plan s'articule autour de trois axes :
 - *« La Santé : améliorer la qualité de vie des malades et de leurs familles*
 - *La recherche : mieux connaître la maladie pour agir*
 - *La solidarité : se mobiliser pour un enjeu de société²⁷»*

Concrètement en EHPAD, ce plan a favorisé l'emploi de personnels qualifiés comme les ergothérapeutes et psychomotriciennes, spécialisées dans la réhabilitation cognitive et comportementale. Une nouvelle profession apparaît les assistants de soin en gérontologie, ils participent à la prise en charge spécifique aux personnes de grande dépendance ou présentant des troubles cognitifs. Les unités spécialisées type UHR/ PASA se développent avec la formation du personnel y intervenant.

- Le plan bien vieillir de 2007- 2009 encourage la prévention de pathologies pour les personnes âgées et le maintien d'un lien social.

Parallèlement, depuis 2002 une lutte constante est menée contre la maltraitance. Elle propose différents objectifs dont la sensibilisation de la population au phénomène de maltraitance. Le réseau ALMA (Allo maltraitance personnes âgées) traduit cette inquiétude avec un accroissement considérable d'antennes départementales d'écoutes téléphoniques. A ce jour il en existe une trentaine. Dans les établissements les exigences de qualité sont renforcées ainsi que le dispositif de contrôle des structures. Cette lutte a été reprise en 2009 par une politique de bientraitance.

²⁶ Le plan vieillissement et solidarité- disponible sur <http://www.senat.fr/rap/r07-447-1/r07-447-120.html> - consulté le [2/04/2012]

²⁷ Le plan Alzheimer – disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Alzheimer_2008-2012-2.pdf - consulté le [3/03/2012]

Nous pouvons constater qu'au travers de ces réformes, une idéologie se crée autour de la vieillesse. Le vocabulaire employé pour les structures d'accueil traduit ce changement : les hospices sont devenus des maisons de retraite puis des EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes). Ainsi, la politique se dirige d'une part vers une amélioration de la dépendance avec des mesures d'aide financière et humaine pour l'accompagnement (un personnel qualifié plus nombreux, l'APA) ; d'autre part vers une amélioration de la qualité de vie notamment dans les établissements. Par cette politique, nous percevons une représentation sociale de la personne âgée dans la société qui se modifie. Le vieillard qui était considéré comme inutile économiquement, symbole d'handicap, et même une personne en fin de vie, devient un être humain subissant ce fameux processus inéluctable. La personne âgée n'est plus considérée comme un malade mais comme un individu qui continue à vivre avec ses faiblesses et sa dépendance²⁸.

Simone de Beauvoir qui en 1970 se révoltait contre la société parce que les plus anciens en étaient rejetés, a voulu rendre la population consciente de la problématique vieillesse en filmant sans détour, son propre déclin. Ce reportage public a eu un impact brutal auprès des ménages. Serait-elle satisfaite de la politique menée actuellement ?

3.2.2 La décentralisation

La loi de 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales crée la séparation entre ce secteur et celui du sanitaire. Il a été modifié par la loi du 6 Janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé. Le département va devenir l'élément central en termes de financement. En effet, le conseil général est chargé du versement de l'APA, de l'habilitation, de la tarification des établissements et de la mise en place de l'aide sociale²⁹. Le département devient donc pivot des aides de solidarités.

²⁸ Sylvain Connangle et Richard Vercauteren (2010), Paris - Ed éres, **Missions et management des équipes en établissement pour personnes âgées** – 144p

²⁹ Loi du 6 Janvier 1986 - disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000512457&dateTexte=> - consulté le [4/03/2012]

Les EHPAD sont soumis à des règles suivant l'accord signé avec le conseil général et l'ARS, c'est la convention tripartite établie pour une durée de 5 ans. Elle permet un engagement en termes de qualité pour les établissements avec en contrepartie un financement. Elle inscrit la structure dans un projet auquel elle est soumise par des évaluations comprenant divers rapports comme le rapport d'activité, le GMP et PMP envoyés chaque année aux instances de tutelles.

Les exigences vont se porter sur la qualité de vie des résidents avec des espaces adaptés à la dépendance, le développement des soins palliatifs, une médicalisation plus prononcée avec la formation du personnel et le recrutement du médecin coordonnateur³⁰.

Durant mon exercice professionnel, nous avons selon la convention tripartite, deux grands projets qui étaient l'accompagnement des personnes en fin de vie et l'amélioration de la prise en charge des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer. De ce fait le personnel soignant bénéficiait chaque année de formations relatives à ces domaines.

Par ailleurs, selon la circulaire n° 2001/241 du 29 Mai 2001 relatif au financement et à la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, trois tarifs se distinguent :

- Le tarif hébergement : *« il recouvre l'ensemble des prestations d'admission en générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale de l'établissement qui ne sont pas liées à l'état de dépendance des personnes âgées. Ce budget est pris en charge par le résident ou par le conseil général s'il est habilité aide sociale.*

- Le tarif dépendance : *il recouvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie et qui ne sont pas pris en charge dans le budget soins. Ce budget est pris en charge par le conseil général dans le cadre de l'APA déterminé en fonction du GIR du résident.*

- Le tarif soin : *il recouvre les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques des résidents ainsi que les prestations paramédicales correspondant aux soins liées à l'état de dépendance*

³⁰ Sylvain Connangle et Richard Vercauteren (2010), Paris – Ed éres, **Missions et management des équipes en établissement pour personnes âgées** – 144p

des personnes accueillies. Ce budget est pris en charge en totalité par la sécurité sociale, via l'ARS dans le cadre d'une tarification globale ou partielle³¹. »

Ainsi s'organise la tarification des établissements, elle est donc majoritairement dépendante du conseil général.

La politique de santé s'est modifiée depuis le rapport de Pierre Laroque en 1962, elle est davantage en adéquation avec le vieillissement de la population. En tenant compte de cette démographie, il serait logique que les dépenses de santé s'accroissent et les hospitalisations aussi. C'est pourquoi, le gouvernement priorise la régulation du coût financier dans le domaine de la santé. Mais, peut-on à la fois améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées et limiter ces dépenses ? Quel peut-être l'impact sur le système de santé ?

3.2.3 Un système de santé maîtrisant les dépenses

Le 21 Juillet 2009, la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) a été promulguée. Les travaux préparatoires, notamment ceux de Gérard Larcher et Paul Ritter en 2008 ont démontré la nécessité d'optimiser l'offre de soin. Les ARS ont été créés permettant une territorialisation de la santé, et ainsi de garantir une offre en adéquation avec la demande. Une mutualisation des ressources est bénéfique pour induire l'efficacité. Les hôpitaux publics coopèrent avec les établissements privés, se restructurent avec les fermetures de services de MCO (Médecine/Chirurgie/Obstétrique), s'orientant davantage vers une activité plus spécialisée. De plus, la durée moyenne de séjour tend à diminuer, elle passe de 6,1 à 5,7 jours de 1998 à 2008³².

Donc, l'hôpital se réorganise, le nombre de lit en MCO se restreint, la durée moyenne d'hospitalisation se raccourcit et pourtant, la demande de soin s'accroît avec le vieillissement de la population. Comment peut-on maintenir la qualité de l'offre et du soin dans un schéma comme celui-ci ?

³¹ Sylvain Connangle et Richard Vercauteren (2007), Paris - Ed éres, **Gérer la démarche qualité en établissement pour personnes âgées** – 131p

³² IRDES, **les séjours hospitaliers** – disponible sur <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/Hopital/Sejours.htm> - consulté le [4/04/20011]

Selon le rapport de la Drees, il est évident que les structures alternatives comme les EHPAD, l'HAD doivent se développer³³ : 14 399 places ont été créées en EHPAD, et 14 260 places en SSIAD entre 2004 et 2006³⁴. De plus, selon le dernier rapport de la CNSA, les aidants familiaux représentant près de 8,3 millions sont encouragés à collaborer avec d'autres organisations alternatives telles que l'accueil de jour, l'hébergement temporaire ou bien des professionnels à domicile³⁵. Et, effectivement, la part des 65 ans ou plus, en journées d'hospitalisation en ambulatoire, a subi une augmentation passant de 23% à 28,1%³⁶. Donc, la priorité est bien mise sur l'ambulatoire.

Cette organisation induit une prise en charge rigoureuse avant et après ces hospitalisations courtes. D'ailleurs, le rapport de la Drees indique qu'il existe un « *transfert de charge vers les structures d'aval* » telles que le médico-social³⁷. L'équipe soignante de ces établissements se médicalise afin de garantir la continuité du soin, et se professionnalise davantage avec de réelles qualifications.

Il est important de préciser qu'une organisation comme celle-ci nécessite une coopération efficace entre les différents secteurs.

En 2001, Henry Mintzberg et Sholom Glouberman ont écrit un article dans la revue « *Health Care Management* », qui s'intitule « *Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie* ». Ils distinguent alors, 4 mondes : le cure (représentant l'hôpital), le care (représentant l'ambulatoire tel que la médecine libérale ou les établissements médico-sociaux), le contrôle (les ARS) et le communautaire (les instances politiques). Ils insistent sur la fragmentation entre ces 4 systèmes, entraînant une prise en charge de la maladie

³³ Drees (Aout 2008) – **Impact du vieillissement sur les structures de soin** – disponible sur <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Drees/EtudesResultats/2008/654/er654.pdf> - consulté le [2/04/2012]

³⁴ Site du Sénat - **Construire le cinquième risque** – disponible sur <http://www.senat.fr/rap/r07-447-1/r07-447-120.html> - consulté le [2/04/2012]

³⁵ La gazette du social – disponible sur <http://www.gazette-sante-social.fr/actualite/actualite-generale-solidarite-8-3-millions-d-aidants-qui-s-ignorent-32950.html> - consulté le [21/04/2012]

³⁶ Drees (Aout 2008) – **Impact du vieillissement sur les structures de soin** – disponible sur <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Drees/EtudesResultats/2008/654/er654.pdf> - consulté le [2/04/2012]

³⁷ Ibid

défectueuse. Ils relèvent le bénéfice de lever ces clivages, et de former des coalitions pour mieux coopérer :

« Les systèmes de santé doivent s'appuyer sur des soins coopératifs continus, et pas seulement sur un traitement intermittent... Les efforts doivent être basés sur la coopération, à travers les différents mondes plutôt qu'à l'intérieur de chacun d'eux....Il y a nécessité d'approfondir notre réflexion sur la façon d'atteindre une meilleure intégration³⁸. »

En 2001, ces auteurs attirent la réflexion sur le système de santé anglo-saxon. Dans cette approche, celui de la France est semblable. C'est pourquoi, en 2009, la loi HPST favorise le décloisonnement du secteur sanitaire et médico-social pour un parcours de santé plus efficient.

Synthèse

Le système de santé est en pleine mutation pour répondre notamment au vieillissement de la population. Les diverses réformes suivent deux axes principaux :

- L'action sociale qui s'officialise en 2002 et qui renforce l'idée engagée par Pierre Laroque en 1962, considérant la personne âgée comme telle. L'identité du secteur médico-social n'en est que plus renforcée.
- Limiter les coûts de santé notamment en encourageant la coopération entre le secteur sanitaire et médico-social

Toutefois, cette coopération accentue la médicalisation de ces établissements. Aujourd'hui des limites existent marquant la séparation entre le sanitaire et le social. Nous pouvons nous demander si elles seront toujours présentes dans les années à venir.

L'équipe soignante se médicalise donc, avec notamment une obligation d'une présence infirmière le jour. De plus, tout agent pratiquant des soins doit être un professionnel tel qu'AS, AMP etc., éloignant ainsi les auxiliaires de vie de ces structures d'hébergement. Le métier d'AMP s'est ouvert au champ de la vieillesse récemment. Quelle est cette profession ? Etudions plus précisément sa fonction et son rôle au sein de l'équipe soignante.

³⁸ Sholom Glouberman et Henry Mintzberg (2001) – **Health Care Management Review: Managing the Care of Health and the Cure of Disease.**

3.3 Le métier d'AMP

3.3.1 Histoire de la profession

Cette profession est née dans les années 50/60, appelée dans un premier temps aide maternelle, elle relevait du secteur psychiatrique.

En effet, en 1950, le médecin psychiatre F. Tosquelles s'occupait d'un établissement : « le clos du nid » qui accueillait des enfants déficients mentaux. L'objectif de cette structure était de lutter contre l'abandon de ces handicapés considérés comme « inéducables ». Le personnel, en majorité féminin, n'était pas professionnel, mais plutôt local. Ces femmes s'occupaient des enfants avec beaucoup de tendresse maternelle et prenaient en considération leurs niveaux de développement. Le Dr Tosquelles interpellé par cette intuition maternelle, évoqua : *« remplacer plus ou moins la maman dans ce qu'elle est le support d'une éducation première, dont le cadre est le milieu de vie quotidien de l'enfant, dont les médiations sont précisément celles de la quotidienneté familiale des soins, des interactions, des jeux, des stimulations banales, et dont ce qui s'y tisse d'échanges affectifs s'avèrent essentiel.*³⁹ »

Ce maternage devient un élément constructif de la profession. Le Dr Tosquelles créa la fonction d'aide maternelle. Il organise des formations en interne, qui donne lieu en 1957 à un diplôme d'aide maternelle. C'est en 1960 que ce titre devient « Aide Médico-Psychologique ». Le 1^{er} centre de formation se crée en 1962 à Montpellier. Les établissements accueillant des personnes handicapées se multiplient, la demande de personnel est plus forte donc le nombre d'AMP formés augmente parallèlement. Puis le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide Médico-Psychologique (CAFAMP) apparaît en 1972, et en 2006 le diplôme d'état d'AMP⁴⁰.

Donc, l'arrêté du 11 Avril 2006 relatif au diplôme d'aide médico-psychologique détaille cette profession, exposé ci -dessous⁴¹.

³⁹ Ph. Chavaroche AMP : **de la souillure à la professionnalisation**, mémoire de DSTS, Institut Régional di Travail Social Aquitaine, 1997 - disponible sur <http://www.cedias.org/download/download/61512.pdf> - consulté le [5/04/2012]

⁴⁰ Véronique Legras-Bourrel, **les Aides Médico-Psychologiques auprès de personnes âgées dépendantes : processus d'influence et évolution des pratiques de la prise en charge**, mémoire de DSTS, Institut Régional di Travail Social Midi Pyrénées, Janvier 2006 - disponible sur <http://www.cedias.org/download/download/61512.pdf> - consulté le [5/04/2012]

⁴¹ Arrêté du 11 Avril 2006 relatif au diplôme d'état d'AMP – disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-05/a0050052.htm> - consulté le [5/04/2012]

3.3.2 Définition du métier

« L'aide médico-psychologique (A.M.P.) exerce une fonction d'accompagnement et d'aide dans la vie quotidienne.

A ce titre, il intervient auprès d'enfants, d'adolescents, d'adultes en situation de handicap (que la déficience soit physique, sensorielle, mentale, cognitive, psychique, résulte d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant). Il peut également intervenir auprès de personnes dont la situation nécessite une aide au développement ou au maintien de l'autonomie sur le plan physique, psychique ou social.

Le rôle de l'A.M.P. se situe à la frontière de l'éducatif et du soin. *Il prend soin des personnes par une aide de proximité permanente durant leur vie quotidienne, en les accompagnant tant dans les actes essentiels de ce quotidien que dans les activités de vie sociale et de loisirs.*

A travers l'accompagnement et l'aide concrète qu'il apporte, l'A.M.P. établit une relation attentive et sécurisante pour prévenir et rompre l'isolement des personnes et essayer d'appréhender leurs besoins et leurs attentes afin de leur apporter une réponse adaptée. Il a un rôle d'éveil, d'encouragement et de soutien de la communication et de l'expression verbale ou non.

Par le soutien dans les gestes de la vie quotidienne, l'aide médico-psychologique participe donc au bien-être physique et psychologique de la personne. Il contribue également à la prévention de la rupture et/ou à la réactivation du lien social par la lutte contre l'isolement, le maintien des acquis et la stimulation des potentialités. **L'A.M.P. intervient au sein d'équipes pluri-professionnelles. Selon les situations, il travaille sous la responsabilité d'un travailleur social ou d'un professionnel paramédical.** *C'est ainsi qu'il seconde suivant les structures ou au domicile et selon les circonstances, un éducateur, un animateur, un infirmier, un kinésithérapeute⁴² ... »*

Afin de bien comprendre cette définition, les notions essentielles ont été surlignées en caractère gras. L'AMP appartient à la filière du travail social, avec une fonction éducative. Il intervient dans le cadre d'un accompagnement d'une dépendance que ce soit à l'origine d'un handicap ou de la vieillesse. Ainsi, son champ d'intervention va être :

⁴² Ibid

- Le secteur médico-social:
 - Handicap: IME (institut médico-éducatif), MAS (maison d'accueil spécialisé), foyers de vie, etc.
 - Gériatrie: EHPAD
- Le secteur sanitaire:
 - psychiatrie: hôpitaux psychiatriques
 - Gériatrie: service de long séjour
- Le domicile: SSIAD et aide à domicile

Notons qu'à l'origine, les AMP exerçaient exclusivement dans le secteur de l'handicap fidèle à la provenance « du clos du nid ». Petit à petit, cette profession s'est ouverte au domaine de la vieillesse. Le décret du 26 Avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes légitime la place des AMP en gérontologie en ajoutant leurs modalités de rémunération à celles des aides soignantes⁴³. Puis, la loi du 2 Janvier 2002 rénovant l'action sociale souligne l'importance des projets de vie, qui nécessite les compétences des AMP⁴⁴. Cette introduction récente se traduit par un choix prépondérant des AMP de travailler auprès des handicapés, les 2/3 se dirigent vers ce secteur⁴⁵.

3.3.3 La formation

Pour accéder à cette formation, aucun diplôme n'est requis. Mais les candidats doivent passer des tests de sélection comprenant une épreuve écrite de 1H30 et orale avec un formateur et un professionnel de 20 minutes. Cette formation est accessible soit en continue (12 mois dont 2 stages de 12 semaines), soit en apprentissage (18 mois, 1 semaine

⁴³ Véronique Legras-Bourrel, **les Aides Médico-Psychologiques auprès de personnes âgées dépendantes : processus d'influence et évolution des pratiques de la prise en charge**, mémoire de DSTS, Institut Régional di Travail Social Midi Pyrénées, Janvier 2006 - disponible sur <http://www.cedias.org/download/download/61512.pdf> - consulté le [5/04/2012]

⁴⁴ Loi du 2 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale – disponible sur http://www.evolia93.fr/docs/loi_du_2-2.pdf - consulté le [6/04/2012]

⁴⁵ Formation AMP – disponible sur http://www.mip-louhans.asso.fr/parties/metier/sous_parties/FM/AMP/AMP.pdf - consulté le [5/04/2012]

de formation par mois et 1 stage de 4 semaines) ou bien par le biais de la VAE pour le personnel justifiant d'une expérience de 3 ans⁴⁶.

La formation se répartie en six domaines de compétences :

- « *Connaissance de la personne (105 Heures)*
- *Accompagnement éducatif et aide individualisée dans les actes de la vie quotidienne (90 H)*
- *Animation de la vie sociale et relationnelle (70 H)*
- *Soutien médico-psychologique (125 H)*
- *Participation à la mise en place et au suivi du projet personnalisé (70 H)*
- *Communication professionnelle et vie institutionnelle (35 H)⁴⁷ »*

Leur référentiel d'activité s'organise autour de quatre fonctions principales :

- « ***Accompagnement et aide individualisée aux personnes dans les actes de la vie quotidienne*** : *Veiller au respect du rythme biologique, assurer le lever, sieste, coucher, aider aux soins d'hygiène en fonction de l'autonomie, effectuer certains soins sous la responsabilité de l'IDE, observer et transmettre les signes révélateurs d'un problème de santé, aider à préserver l'image de soi et veiller au confort etc.*

- ***Accompagnement dans la relation à l'environnement/ maintien de la vie sociale*** : *Proposer des activités et assurer l'encadrement d'un groupe (sorties, loisirs...), proposer des modes relationnels adaptés à chacun, proposer des activités d'éveil et de développement des repères, travailler les apprentissages en lien avec le projet éducatif, faciliter l'intégration de l'individu dans un groupe, aider au maintien et au développement des liens sociaux et familiaux etc.*

⁴⁶ Arrêté du 11 Avril 2006 relatif au diplôme d'état d'AMP – disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-05/a0050052.htm> - consulté le [5/04/2012]

⁴⁷ Ibid

➤ **Participation à la mise en place et au suivi du projet personnalisé dans le cadre du projet institutionnel :** *Etablir une relation personnalisée avec chaque personne, observer la personne dans sa vie quotidienne, échanger les informations recueillies au sein de l'équipe pluri professionnelle, participer à la mise en place d'un projet individualisé, suivre ce projet, l'évaluer et rendre compte au sein de l'équipe etc.*

➤ **Participation à la vie institutionnelle :** *Prendre connaissance du projet institutionnel, participer aux réunions institutionnelles, participer à l'élaboration d'outils d'observation et d'évaluation, accueillir et orienter les visiteurs, les familles, participer à la gestion du matériel, gérer de petits budgets d'activités⁴⁸ etc. »*

La fonction d'AMP relève donc à la fois du soin (en collaboration avec l'infirmier), et de l'éducatif de part la stimulation sensorielle ou physique pour maintenir l'autonomie et développer un apprentissage. Cet aspect pédagogique peut se réaliser lors des soins comme la toilette (le laisser faire et non pas faire à la place de...) et des activités thérapeutiques élaborées selon des objectifs précis de stimulation cognitive ou sensorielle. C'est pourquoi, ce métier se définit comme étant « à la frontière de l'éducatif et du soin⁴⁹ ». N'oublions pas le rôle relationnel de ce travailleur social. C'est un acteur majeur pour maintenir le contexte social du résident soit dans sa relation quotidienne qu'il établit lors des soins, soit en privilégiant les liens avec la famille et l'extérieur lors de sorties diverses ou bien en amenant la personne âgée à développer des contacts avec d'autres résidents de l'établissement à l'occasion des activités thérapeutiques ou animations diverses.

Un outil est particulièrement mis en avant dans le référentiel d'activité : le projet individualisé. Il représente 70 heures de formation. Il paraît donc essentiel à l'exercice de cette profession. En effet, cet outil permet une prise en charge globale et adaptée aux besoins du résident, par le biais d'objectifs et d'actions précis formalisés. Il est élaboré en équipe et encourage ainsi une collaboration interdisciplinaire. Il serait intéressant d'étudier

⁴⁸ Ibid

⁴⁹ Ibid

sur le terrain l'impact de la réalisation de projets personnalisés sur le positionnement de l'AMP au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

3.3.4 L'étudiant AMP et l'évolution de la profession

Le nombre d'AMP ne cesse de s'accroître : de 8 000 en 1993 à 42 000 en 2007⁵⁰, soit un nombre cinq fois plus important en 14 ans.

Les étudiants AMP sont en majorité des femmes (en 2004, elles représentaient 90 %) et ont 27 ans ou plus (65%, en 2004)⁵¹. Une enquête de la Drees réalisée en 2009, a révélé que 36% des inscrits ont un niveau d'étude de type BEP et 26 % ont un Baccalauréat ou équivalent. Ils proviennent pour la plus part d'un emploi dans le secteur médico-social ou hospitalier (52%) ou sont en recherche d'emploi (21%)⁵². L'observatoire national de l'emploi et des métiers, selon une étude prospective sur l'évolution des compétences des AMP d'ici 2015, insiste sur trois points essentiels qui dans le futur devraient avoir une importance haute : le travail en collaboration avec l'équipe soignante, la réalisation des comptes rendus et l'utilisation des outils de bureautique. De plus, il précise que : « *pour les AMP exerçant dans des unités de soins, comme ils sont appelés à collaborer à parité avec les aides soignants, il s'agit d'acquérir des compétences relatives aux soins. L'enjeu de maintenir des AMP dans les équipes soignantes est d'introduire précisément les compétences d'animation et psychologiques des AMP, cette introduction devant se faire plutôt dans le cadre d'une mutualisation des compétences*⁵³. »

Devrait-on comprendre que ce professionnel qui actuellement est « *à la frontière de l'éducatif et du soin* » va acquérir dans les années futures, des compétences davantage relatives aux soins ?

⁵⁰ La formation d'AMP – disponible sur http://www.mip-louhans.asso.fr/parties/metier/sous_parties/FM/AMP/AMP.pdf - consulté le [5/04/2012]

⁵¹ DHOS - **Etude prospective des métiers de la FPH** – disponible sur http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/fichiers_repertoire/ProspectiveAMP-AS-AP.pdf - consulté le [6/04/2012]

⁵² Drees (novembre 2011), **les étudiants en formation sociale ou de santé pour l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie** – disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er781.pdf> - consulté le [6/04/2011]

⁵³ DHOS, étude prospective des métiers de la FPH – disponible sur http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/fichiers_repertoire/ProspectiveAMP-AS-AP.pdf - consulté le [6/04/2012]

« *Pour collaborer à parité avec les aides soignantes* » : quelle sera alors la spécificité de chacun ?

En somme, l'évolution décrite nécessiterait davantage de précision notamment sur le positionnement et les compétences de l'AMP.

Synthèse

L'aide médico-psychologique est un travailleur social. Sa profession a été officialisée récemment (2006) par un diplôme d'état. Fidèle à son histoire, le domaine de l'handicap est son premier champ d'exercice. Depuis 10 ans, ce dernier s'est ouvert aux EHPAD. L'AMP a des compétences relatives à l'accompagnement social et pédagogique par le biais de stimulation et création de liens sociaux (ouverture vers l'extérieur, liens familiaux etc.).

Par ailleurs, l'AMP possède une fonction soignante très proche de l'aide soignante :

- « *Accompagnement dans les actes de la vie quotidienne (soin d'hygiène, aide au lever et au coucher, respect du sommeil biologique, aide à l'alimentation etc.)*
- *sous la responsabilité de l'infirmier, effectuer certains soins et aider à la prise de médicaments sous forme non injectable.*
- *Observer et transmettre les signes révélateurs d'un problème de santé (thermorégulation, diurèse, symptômes et effets des traitements...).*
- *Intervenir et alerter en cas de situations d'urgence (chutes, étouffements...)⁵⁴.* »

Ces compétences citées sont semblables à celles de l'AS. Rajoutons que les soins d'hygiène représentent une part de l'activité quotidienne majeure. Dans ces conditions comment l'AMP peut-il se positionner ?

La réalisation du projet personnalisé se réfère à l'une de leur fonction principale, est-ce un levier pour ajuster le rôle et la place de l'AMP ?

La DHOS évoque une mutualisation des compétences des AMP et des aides soignantes qui induira une collaboration égalitaire. Qu'est-ce qu'un travail en collaboration ? Les AS et les AMP travaillent-ils en collaboration ou en complémentarité ?

⁵⁴Arrêté du 11 Avril 2006 relatif au diplôme d'état d'AMP – disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-05/a0050052.htm> - consulté le [5/04/2012]

3.4 Collaboration et complémentarité

3.4.1 La collaboration

Selon les définitions du dictionnaire Larousse :

- La collaboration : « *action de collaborer, de participer à une œuvre avec d'autres.* »
- Collaborer : « *travailler de concert avec d'autre, l'aider dans ses fonctions, participer avec un ou plusieurs autres à une œuvre commune.* »
- Participer : « *prendre part aux activités, avoir part à quelque chose*⁵⁵. »

Donc, la collaboration renvoie au travail, réalisé en commun.

« *Dans la collaboration, les individus ne réalisent pas les mêmes opérations mais travaillent sur le même objet avec un but commun*⁵⁶. » explique Me Efros sociologue. Le résident est placé au centre du travail des soignants. Leurs objectifs convergent vers le même sens, celui du résident.

Cependant, selon Me Efros, les agents n'effectuent « *pas les mêmes opérations.* » Ils ne réalisent donc pas les mêmes activités. Or, les quatre fonctions de l'AMP citées dans le chapitre formation sont communes aux AS. Ces dernières ont aussi les compétences pour les assurer. Ainsi, le terme de collaboration n'est pas le plus approprié pour évoquer le travail de ces deux professionnels. Alors, comment se distinguent-ils ?

Selon le Dr Michel Cavey Lemoine, spécialiste en gériatrie : « *la grande originalité de la création d'AMP, c'est que l'AMP et l'AS font le même métier mais pas du même point de vue, et c'est par cette synergie que l'une et l'autre s'apportent ce qu'elles ont de plus précieux*⁵⁷. »

Ils ont chacun un regard, une culture différente selon leur profession : la vision des AS fait davantage référence au soin, alors que les AMP sont principalement dans une représentation pédagogique et sociale.

La notion de complémentarité est-elle plus adaptée au contexte ?

⁵⁵ Dictionnaire Larousse – disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/collaborer> - consulté le [6/04/2012]

⁵⁶ Efros Dominique (janvier 2004), **Travailler ensemble, un défi. Travailler en équipe, de quelle équipe et de quel travail parle-t-on ?** Soins cadres n°49, p27

⁵⁷ Site du Dr Michel Cavey Le Moine- disponible sur <http://michel.cavey-lemoine.net/> - consulté le [8/04/2012]

3.4.2 La complémentarité

Selon les définitions du dictionnaire Larousse :

- la complémentarité est : « *caractère de ce qui est complémentaire.* »
- Complémentaire : « *qui constitue un complément, qui vient s'ajouter à d'autres choses de même nature pour les compléter.* »
- Compléter : « *avoir des éléments qui manquent à quelque chose ou à un ensemble pour qu'il soit complet.*
*Avoir les qualités, les éléments qui manquent à quelque chose ou à quelqu'un, de telle sorte que l'ensemble formé fasse un tout assez complet, harmonieux, efficace*⁵⁸. »

La complémentarité indique donc un ajout, pour former un « *ensemble* » accompli. Nous pouvons lier le mot ensemble à une fonction (exemple : accompagnement dans les actes de la vie quotidienne). L'action sera la même mais avec une finalité et des valeurs diverses. Cette fine distinction entre l'AS et l'AMP fait l'objet de manière plus adéquate d'une complémentarité qui apporte une réelle valeur ajoutée à la prise en charge soignante du résident.

Selon Michel Cavey Lemoine : « *le pire que l'on puisse faire, serait de les placer dans une sorte de position tierce, à coté des IDE d'une part et des AS d'autre part. Auprès du malade ou de la personne âgée, c'est le croisement des regards, les différentes cultures et non la spécificité des rôles, qui garantissent la fécondité ? C'est quelque chose de très subtil, mais dont les résultats sont extraordinaires dans les équipes qui marchent*⁵⁹. »

La « *position tierce* » rappelle la notion d'interdisciplinarité relative à la collaboration. D'après ce médecin gériatre, ce positionnement des AMP est plutôt néfaste. En revanche, imbriquer ces deux agents serait d'après lui, une vraie richesse.

Toutefois, notons que ces notions de collaboration et de complémentarité sont dépendantes de l'organisation du soin de chaque établissement. En effet, dans certaines structures, ces deux acteurs réalisent les mêmes tâches, dans d'autres, mais plus rarement,

⁵⁸ Dictionnaire Larousse – disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/la%20s%C3%A9curit%C3%A9> - consulté le [6/04/2012]

⁵⁹ Site du Dr Michel Cavey Le Moine- disponible sur <http://michel.cavey-lemoine.net/> - consulté le [8/04/2012]

les AMP sont totalement détachés de l'équipe d'aide soignante. Chacun est missionné sur des fonctions différentes. La distribution des rôles permet soit de valoriser une collaboration soit une complémentarité. Il serait intéressant d'analyser sur le terrain la méthode la plus efficace pour une meilleure qualité de prise en charge.

Pour que la complémentarité et même la collaboration soit effective, il est nécessaire que chaque agent détienne des compétences individuelles bien inscrites dans leur métier. Qu'est ce que la compétence ?

3.5 De la compétence à reconnaissance professionnelle

3.5.1 La compétence individuelle

Pour Francis Minet : *« la notion de compétence... se situe au croisement des dimensions objectives (la tâche et ses conditions d'obtention) et subjectives (le sujet, ses connaissances et son expériences) de l'activité. Elle apparaît comme la notion centrale autour de laquelle s'articule l'ensemble constitutif des ressources humaines de l'entreprise⁶⁰. »*

Pour cet auteur, la notion de compétence n'est pas figée. En effet, de multiples facteurs interagissent et font évoluer ce concept. D'une part, le sujet : il est construit selon son expérience professionnelle, son histoire personnelle, ses traits de caractère, ses aptitudes (à s'adapter par exemple) etc. Autant d'éléments qui interviennent autour de l'individu et qui constituent sa singularité. Son identité sociale et professionnelle compose ainsi la compétence.

D'autre part, l'organisation : elle est conçue par la direction. Elle est composée des tâches, des situations (un imprévu), de l'organisation de travail, du système social (hiérarchie et enjeux de pouvoir), des moyens et conditions de travail etc.

La compétence est donc consécutive à la fois de la logique d'organisation et celle de l'individu.

De plus, Francis Minet souligne que cette notion a double caractère :

- *« Opératoire : elle n'a de sens que dans l'action, elle est toujours compétence à agir [...] »*

⁶⁰ Francis Minet(1994) – **La compétence : mythe, construction ou réalité ?**-Paris – Ed l'Harmattan- 225p

➤ *Finalisé : une action qui poursuit un but⁶¹ »*

La compétence individuelle ne peut donc se révéler que par l'action et la réalisation de l'activité.

3.5.2 La compétence collective

Depuis quelques temps, la coopération entre professionnels se développe laissant émerger de véritables réseaux. Au sein des établissements, le schéma est identique. Les spécificités professionnelles se multiplient. Par exemple, les ergothérapeutes et les psychomotriciennes apparaissent dans les EHPAD. L'équipe s'étend et pour qu'elle soit efficace, il est nécessaire de travailler ensemble. La compétence individuelle ne suffit plus.

Guy Le Boterf, sociologue, étaye cette idée. Pour lui, effectivement « *le savoir-agir* » de l'individu se complète avec « *savoir-interagir* ». L'enjeu est de faire émerger une compétence collective à partir des compétences individuelles⁶².

Le manager est responsable des membres de son équipe et de leurs compétences. D'ailleurs, il est dans l'obligation de donner les moyens de développer ces dernières par le biais de formation, par exemple. Il doit encourager l'interdisciplinarité pour favoriser la prise en charge globale, donc la collaboration entre chaque spécialiste (la savoir interagir) pour former la compétence collective. Si nous l'appliquons au contexte de l'équipe AS/AMP dans un EHPAD, le cadre de santé doit alors identifier les compétences individuelles de ces soignants et encourager selon leur spécificité, leur travail en complémentarité. Il doit les inciter à intégrer dans leur activité cette interaction avec l'autre discipline selon les situations. De là, émerge la compétence collective plus efficace que l'individuelle.

Cependant la différence de chaque acteur est indispensable pour fructifier ce collectif. L'identité professionnelle doit être mise en avant dans le travail d'équipe. Encore faudrait-il qu'elle soit intègre.

⁶¹ Ibid

⁶² Guy Le Boterf(2009),Paris-Ed Eyrolles, **Construire les compétences individuelles et collectives**- 269p

3.5.3 L'identité professionnelle

Beaucoup de sociologues se sont hâtés pour tenter développer ce concept. Je retiendrai plus particulièrement les travaux de R Sainsaulieu qui a étudié l'identité au travail.

Dans son ouvrage réalisé avec F. Piotet, il distingue l'identité de soi et celle pour autrui.

« Par identités, il faut entendre un ensemble de représentations mentales permettant aux individus de retrouver une cohérence, une continuité entre leurs expériences présentes et celles du passé. C'est l'identité du soi [...] L'identité est aussi un système de repères conduisant à la découverte que l'on est proche de certains et différents des autres. C'est l'identité pour autrui⁶³. »

L'identité est une notion très entière puisqu'elle englobe toutes les caractéristiques qui constituent l'être selon une relation de soi et pour autrui. Les particularités physiques, le rôle familial, le métier etc. sont autant d'éléments qui interviennent dans ce processus. Dans le contexte professionnel, l'acteur s'identifie à son métier. Cette construction s'élabore d'une part « pour soi » à partir de la formation initiale et continue, de l'expérience, de l'emploi etc. ; d'autre part « pour autrui » à partir des relations, des valeurs développées au sein de l'organisation avec les autres membres.

Ce processus relationnel est lié au sentiment, à la notion d'appartenance à un groupe, développée par Alex Mucchielli :

« Les sentiments d'appartenance, de valeur et de confiance semblent plus importants que les autres, car ils prennent leur racine dans l'identité communautaire qui constitue, quant à elle, le fond anthropologique de la participation affective de tout homme à un groupe social⁶⁴. »

La profession a une connotation sociale puisqu'elle définit l'individu selon la catégorie socioprofessionnelle faisant référence à son métier. Ce dernier est légitimé par les textes. Les décrets officialisent le diplôme d'état et donc forment le groupe des professionnels relatifs à leur diplôme, à leurs compétences.

⁶³ Piotet.F et R. Sainsolieu (1994), **Méthode pour une sociologie de l'entreprise** – Paris- presses de la fondation nationale des sciences politiques – 202p

⁶⁴ A.Mucchielli (1999), **L'identité** – Paris – collection que sais-je ? n°2288

Or, rappelons-nous que contrairement aux aides soignantes, c'est un arrêté qui officialise le diplôme d'AMP. Un texte qui détient une valeur moindre que le décret.

De plus, l'arrêté du 30 Avril 1992 donnant lieu au certificat d'AMP qualifie les AMP non pas comme des professionnels mais comme des « personnes »

*« Il est institué un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique destiné **aux personnes** qui participent à l'accompagnement des personnes handicapées ou des personnes âgées dépendantes ...⁶⁵ »*

Ce n'est qu'en 2006, donc très récemment que les AMP sont reconnus comme professionnels par un diplôme d'état.

La reconnaissance du métier est lésée influençant l'appartenance à un groupe. La dynamique de cette dernière ne peut pas s'enclencher sans une réelle reconnaissance de la part des autorités. L'identité professionnelle en est ainsi très fragilisée.

De plus, la compétence collective détaillée précédemment met en valeur les compétences individuelles de chaque professionnel. Pour ce faire, les spécificités de chacun doivent être claires et bien délimitées. Quand est-il lorsque le métier d'AMP est défini par : « *l'AMP se situe à la frontière de l'éducatif et du soin.* »

La frontière : « *Délimitation, limite entre deux choses différentes⁶⁶* ».

Donc l'AMP est spécialiste ni du soin ni de l'éducatif. D'après l'arrêté, il se situe sans approfondissement donc partiellement à la fois dans le soin et l'éducatif.

Son groupe d'appartenance n'a pas un positionnement clair dans une organisation de soin. Leur identité professionnelle n'en est que plus fragilisé.

Selon A. Mucchielli : « *permettre aux individus, comme aux groupes ou aux cultures, d'atteindre la maturité de leur identité [...] c'est les aider à créer les conditions qui permettront aux sentiments constitutifs du sentiment d'identité de se développer⁶⁷.* »

⁶⁵ Arrêté du 30 Avril 1992 instituant un certificat d'AMP – disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006079736> – consulté le [10/04/2012]

⁶⁶ Dictionnaire Larousse – disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/la%20s%C3%A9curit%C3%A9> - consulté le [6/04/2012]

⁶⁷ Ibid

Pour ce sociologue, le sentiment d'identité peut évoluer. Le positionnement, la définition précise des rôles de chacun, le développement des compétences permette d'engendrer le processus de maturité. C'est donc au manager d'impulser cette évolution.

Synthèse

En EHPAD, l'aide médico-psychologique travaille en complémentarité avec l'aide soignante.

La compétence individuelle est relative aux spécificités de chaque professionnel. Cependant, elle reste à ce jour insuffisante par le fait que la notion d'équipe s'accroît. Les agents, afin de réaliser leurs activités de manière efficiente, doivent savoir interagir entre eux donnant naissance à la compétence collective.

Mais, cela est concevable seulement si l'identité professionnelle est mature. Dans ce contexte, la compétence individuelle qui constitue la base pour interagir, prendra toute son essence.

La reconnaissance des autorités gouvernementales envers le métier d'AMP est ambiguë. Cela fragilise l'identité professionnelle de l'AMP. Donc, il aura des difficultés pour assumer son métier et développer la compétence collective en interface avec l'individuelle.

Cependant, l'identité se construit, évolue selon un processus faisant intervenir divers facteurs comme l'organisation du soin. Le manager par ce biais peut impulser une dynamique identitaire.

Détaillons maintenant la qualité de la prise en charge, est-elle améliorée par la compétence collective ?

3.6 La qualité du soin

3.6.1 La définition de la qualité

L'OMS détermine la qualité comme : « *la capacité de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques... lui assurant le même résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat pour le moindre risque iatrogène, pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, résultats, contacts humains....*⁶⁸ »

Une définition plus fréquemment utilisée est celle de l'institut en médecine des Etats Unis : « *Capacité des services de santé destinées aux individus et aux populations d'augmenter, d'atteindre les résultats de santé souhaités en conformité avec les connaissances professionnelles du moment*⁶⁹. »

Elle se rapporte aux vastes secteurs des services de santé (l'hôpital, soins à domicile, structure médico-social etc.) et concerne non pas les patients, mais les individus et la population. Le concept de la qualité s'étend ici de manière plus large.

3.6.2 La qualité du soin : comment peut-elle se mesurer ?

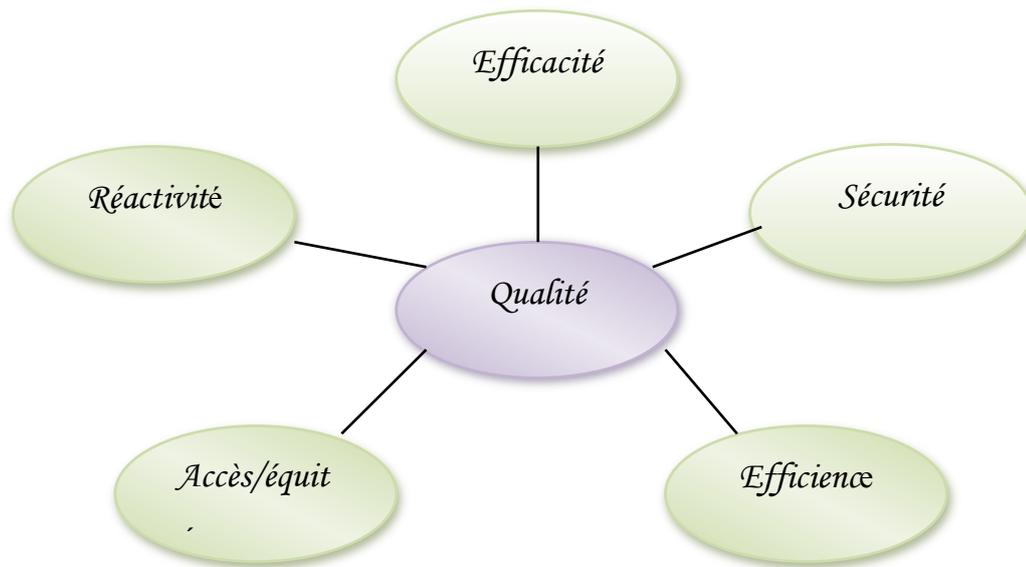
La qualité du soin est une notion assez subjective. Les définitions citées préalablement le démontrent bien : « *atteindre les résultats de santé souhaités* ». Le désir, le souhait restent impalpables, non objectifs. Une enquête de l'IRDES a représenté la qualité selon des valeurs, des facteurs multidimensionnels. Ces éléments permettent de la qualifier et de la mesurer. Cinq grands principes se sont révélés, détaillés selon le schéma ci dessous⁷⁰.

⁶⁸ Zeynep Or et Laure Com-Ruelle (décembre 2008), IRDES **La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer** – disponible sur <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf> - consulté le [8/04/2012]

⁶⁹ Ibid

⁷⁰ Zeynep Or et Laure Com-Ruelle (décembre 2008), IRDES **La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer** – disponible sur <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf> - consulté le [8/04/2012]

Dimensions de la qualité⁷¹



Ainsi, ces cinq dimensions désignent la qualité. Notons que la sécurité y est indiquée. En voici sa définition selon le Larousse :

- « situation dans laquelle quelqu'un ou quelque chose n'est exposé à aucun danger, à aucun risque.
- Situation de quelqu'un qui se sent à l'abri du danger, qui est rassuré.
- Absences ou limitation des risques dans un domaine précis⁷². »

La sécurité évite le danger, limite les risques, donc développe la prévention des évènements indésirables. Le circuit du médicament est un bon exemple, puisqu'il a fait l'objet lors de mon expérience professionnelle d'une réflexion pour augmenter la sécurité. Les modalités de préparation ont été modifiées laissant à la pharmacienne cette responsabilité à l'aide de moyens techniques performants. Ainsi, le dispositif utilisé a permis de sécuriser d'une part la préparation du pilulier, d'autre part la distribution. La survenue des évènements indésirables ont été ainsi maîtrisée par cette méthode.

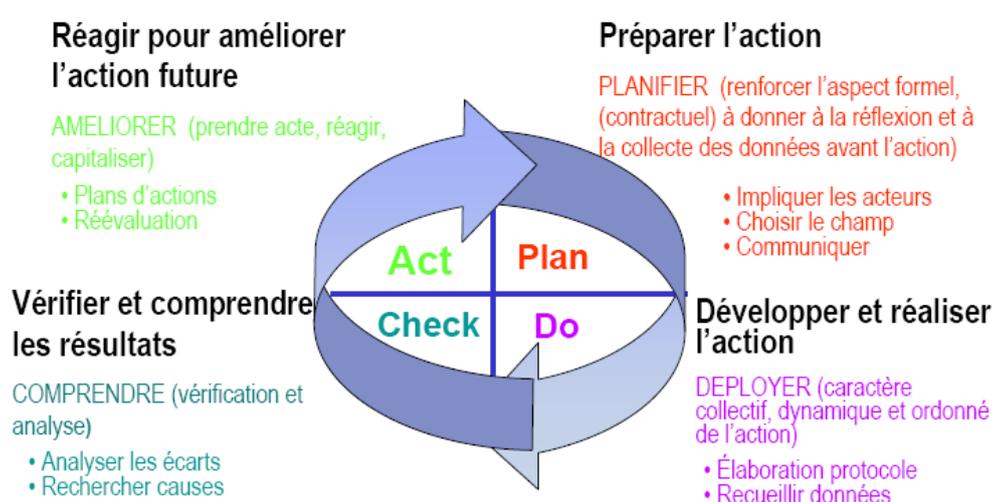
⁷¹ Ibid

⁷² Dictionnaire Larousse – disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/la%20s%C3%A9curit%C3%A9> - consulté le [6/04/2012]

3.6.3 La démarche qualité

La roue de Deming est une représentation fréquente de la démarche qualité. En 1950, William Edwards Deming présente l'idée de l'amélioration continue sous cette forme imagée ronde pour mettre en évidence le caractère cyclique de ce concept. Le PDCA : Plan-check-Do-Action repose sur des stratégies à appliquer l'une après l'autre et dans un même sens, c'est dire vers l'avant pour montrer une progression constante⁷³.

La roue de Deming⁷⁴



La Roue de Deming illustre bien que qualité et amélioration continue sont indissociables.

3.6.4 La démarche qualité dans les établissements de santé

L'OMS qualifie la France comme possédant le meilleur système de santé au monde. Toutefois, cela ne reflète pas forcément la qualité des soins. Cette dernière fait l'objet d'une démarche internationale. Les pionniers ont été les canadiens en 1958, avec le développement d'une accréditation obligatoire. Puis, d'autres pays les ont suivis (Australie, Afrique du Sud, Pays Bas, Italie etc.) ; et c'est en 1996 que la France introduit

⁷³ Marketing et Business (novembre 2011), **la roue de Deming** - disponible sur <http://www.karmano.fr/2011/11/la-roue-de-deming/> - consulté le [8/04/2012]

⁷⁴ Robineau Isabelle, enseignante en Master 1 Management et Santé. Qualité et Organisation. **La mise en place des indicateurs dans le monde de la santé**. Paris Est Créteil, 2011

l'accréditation selon l'ordonnance du 24/04/1996 dite Juppé portant réforme de l'hospitalisation. De ce fait, l'ANAES se crée (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) remplacée en 2005 par l'HAS (Haute Autorité de Santé).

Pour le secteur médico-social, la loi du 2 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale vise à accompagner ces établissements dans une recherche permanente de la qualité de l'accompagnement⁷⁵. L'ANESM (agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) a été créée en 2007 pour les assister dans cette démarche. Ils élaborent et mettent à disposition des ESSMS (établissements de santé sociaux et médico-sociaux) des procédures, références, recommandations sur les bonnes pratiques professionnelles. Citons, en exemple : « *l'accompagnement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou apparenté dans les établissements médico-sociaux, les attentes de la personne et le projet personnalisé, la qualité de vie en EHPAD*⁷⁶ etc. »

De plus, depuis 2008, un questionnaire d'auto-évaluation sur la bientraitance est à remplir chaque année. Une enquête qui permet de contrôler les établissements et de les informer sur les exigences attendues. En 2010, 76% des ESSMS y ont participé⁷⁷.

Les ESSMS sont dans l'obligation d'une évaluation par un organisme extérieur tous les 5 ans donnant lieu à la certification. Au regard de cet enjeu, ils disposent d'outils pour s'auto-évaluer. La grille Angélique est fréquemment utilisée. L'établissement où j'exerçais, se repérait d'après le référentiel de certification SYNERPA- FNAQPA. Et, depuis Mars 2012, l'ANESM a publié une dernière recommandation qui traite de : « *l'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* ».

Il détaille 5 axes principaux :

➤ « *la garantie des droits individuels et collectifs* ;

⁷⁵ ARS, loi du 2 janvier 2002 – disponible sur <http://www.ars.bretagne.sante.fr/Loi-2-janvier-2002-une-recher.91148.0.html> - consulté le [8/04/2012]

⁷⁶ Site de l'ANESM – disponible sur http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=375 – consulté le [9/04/2012]

⁷⁷ Site de l'ANESM – **La bientraitance** - disponible sur <http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article602> – consulté le [9/04/2012]

- *la prévention des risques liés à la santé ;*
- *le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance ;*
- *la personnalisation de l'accompagnement ;*
- *l'accompagnement de fin de vie⁷⁸. »*

3.6.5 Le droit des usagers

A la suite de la loi du 2 Janvier 2002 relative à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale, les établissements garantissent le droit des usagers. Plusieurs outils obligatoires permettent d'offrir ce droit individuel :

- Le livret d'accueil pour informer des prestations de l'établissement. Deux autres documents y sont annexés : la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante et le règlement intérieur.
- Le contrat de séjour signé entre l'institution et l'utilisateur (ou son représentant légal).
- Le projet d'établissement qui permet de transmettre les orientations de la structure en matière de fonctionnement, de prestation, de coopération etc.
- Le conseil de la vie sociale qui est composé de deux représentants des personnes accueillies, un représentant des familles, un représentant du personnel et un de l'organisme gestionnaire. Ce conseil est un véritable régulateur de la vie sociale au sein de l'établissement⁷⁹.

Le droit de l'utilisateur est une priorité pour ces structures car il représente un élément majeur du respect et de la dignité de la personne humaine, en somme d'une éthique. D'ailleurs, outre ces documents obligatoires, remarquons que le droit individuel et collectif fait l'objet d'un chapitre dans le dernier guide d'auto-évaluation de l'ANESM.

⁷⁸ Site de l'ANESM – **L'évaluation interne : repères pour les EHPAD** - disponible sur http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article551&var_mode=calcul – consulté le [9/04/2012]

⁷⁹ Sylvain Connangle et Richard Vercauteren (2007), édition éres, **Gérer la démarche qualité en établissement pour personnes âgées.**

« Respecter l'autonomie et les droits des personnes âgées, c'est, en premier lieu, les considérer comme des adultes responsables de leur vie, même s'ils sont peut-être plus fragiles à ce moment là de leur existence⁸⁰. »

Synthèse

La qualité comporte cinq critères : la sécurité, l'efficacité, accès/équité, réactivité et rapidité. Sa démarche évolue toujours selon une amélioration continue. Les diverses réformes l'ont renforcée avec des systèmes d'évaluation des établissements. Le droit des usagers a tout naturellement pris sa place dans cette démarche qualité.

Mais comment une prise en charge de qualité est-elle représentée ?

3.7 De la qualité à l'émergence d'une culture gérontologique

3.7.1 Soins infirmiers et sciences humaines

Le soin a dès sa naissance eu une connotation en relation avec les sciences humaines. La prise en charge telle que le conçoit en 1859, Florence Nightingale ou bien Virginia Henderson en 1961 fait l'objet d'ores et déjà de toute une dimension holistique favorisant le soin individualisé⁸¹.

Le langage anglais détermine deux dimensions pour le terme du soin : le cure et le care. Le cure signifie traiter. Il fait donc référence au traitement de la maladie en lien avec les causes et l'évolution de la pathologie. Le care désigne le prendre soin, il implique de mettre en œuvre des qualités humaines et relationnelles considérant l'individu comme un sujet, un être unique avec ses besoins et ses désirs. Walter Hesbeen initie largement cette notion du prendre soin.

« Le mot soignant dépasse largement le statut professionnel mais désigne une intention. Il ne suffit pas d'être médecin, infirmière, kinésithérapeute...pour être soignant ; encore faut-il que l'action quotidienne soit marquée par l'intention de prendre soin des personnes et pas seulement faire des soins... le prendre soin n'est ni une théorie ni une

⁸⁰ Jean Jacques Amyot, Annie Mollier (2002) – Paris- Ed Dunod- **Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées**

⁸¹ Théorie du soin- disponible sur <http://www.infirmiers.com/pdf/cours-en-frac/Theorie%20de%20soins%202.pdf> – consulté le [10/04/2012]

science. C'est une conception pluriprofessionnelle de la pratique soignante issue de l'expérience et du questionnement⁸². »

Notons qu'il caractérise le prendre soin non pas dans l'action individuelle du soignant mais plutôt dans une approche plus étendue provenant de l'ensemble de l'équipe soit de l'équipe pluriprofessionnelle.

Selon R. Vercauteren et S. Connangle, le care est composé de deux notions : le prendre soin et avoir soin. Le premier est fondé sur les habitudes, les croyances et permet de répondre aux actes de la vie courante comme boire et manger, se mobiliser etc., donc d'assurer la continuité de la vie. Mais cela n'est pas dissociable d'une finalité du soin. Certains individus ont par exemple besoin de stimulation, pour maintenir et développer les fonctions cognitives ou sensorielles, nécessaires pour la socialisation. Cette dynamique qui complète le prendre soin, ils la nomment : avoir soin⁸³.

Ainsi, les auteurs déterminent le care selon un équilibre judicieux entre « prendre soin » en garantissant les actes élémentaires de la vie, avec des aptitudes relationnelles et « avoir soin » en attribuant un objectif, pour le développement du soi.

Donc, le soin émane de la dimension holistique. On y distingue le cure et le care. Walter Hesbeen étaye le prendre soin. S.Connangle et R.Vercauteren approfondissent ce concept en distinguant le prendre soin et avoir soin.

3.7.2 La culture gérontologique

La population âgée est souvent affectée par la maladie (cf. chapitre 2). Toutefois, la vieillesse est bien dissemblable de la pathologie. Il est nécessaire de détacher ces deux notions : être vieux ce n'est pas être malade. Le vieillissement est une fragilité de l'état physiologique de l'individu et qui engendre une perte d'autonomie. C'est pourquoi notre système de santé comprend des secteurs diverses ayant chacun sa spécificité dans la prise en charge, comme le domaine sanitaire et le médico-social. Les EHPAD appelés aussi lieu de vie s'interroge d'ailleurs sur une médicalisation trop importante.

⁸² Walter Hesbeen (1999) – **Le caring est-il prendre soin ?** – Revue Perspective soignante, Ed Seli Arslam n°4

⁸³ Sylvain Connangle et Richard Vercauteren (2010), éres, **Missions et management des équipes en établissement pour personnes âgées.**

Le DR Guillet, membre du réseau de consultants en gérontologie de Montpellier explique :

« On a mis du médical partout mais il ne faut pas confondre vieillesse et maladie, lieu médicalisé et lieu de soin - tel l'hôpital - car, dans un lieu de vie, on doit prendre soin, ce qui ne signifie pas seulement faire des soins...La personne dépendante devient alors objet de soin⁸⁴ »

L'action de ces établissements selon le concept du care est une mission collégiale, où l'ensemble de l'équipe soignante intervient selon un principe de respect et de dignité par le biais de mission d'accompagnement de la personne dans la globalité (physiologique, psychologique et sociale).

« Notre pays souffre d'un défaut de culture gérontologique qui s'exprime par l'absence de prise en compte globale de la personne âgée et par une focalisation sur la question strictement médicale. Il est nécessaire de développer une approche plus sociale, psychologique et culturelle et rompre avec l'idée que le grand vieillard est un malade⁸⁵ ... »

La culture gérontologique est donc liée aux valeurs prônées par l'équipe pluriprofessionnelle, positionnant le résident au centre du soin en tant qu'être humain.

D'après S. Connangle et R. Vercauteren, ces valeurs sont basées sur la problématique identitaire de la personne âgée, avec une représentation de l'image du soi en déclin. Ils définissent la discipline gérontologique selon trois axes :

- *« un outil permettant l'intégration sociale et culturelle du sujet vieillissant, mais aussi une adaptation à son environnement⁸⁶. »*
- Une discipline qui conduit à *une approche transversale* par l'intervention de professionnels pluridisciplinaires nécessitant la compétence de faire une synthèse disciplinaire...donnant lieu à une *« opérationnalité rationnelle. »*
- Une culture qui par son authenticité modifiera l'image et de la personne âgée et des intervenants⁸⁷.

⁸⁴ Dr Guillet (Nov/Dec 2004) - revue Soins Gérontologique n°50, Ed Masson, P21

⁸⁵ Ibid

⁸⁶ Sylvain Connangle et Richard Vercauteren (2010), éres, **Missions et management des équipes en établissement pour personnes âgées**.144p

La culture gérontologique se révèle donc au travers des valeurs exprimées et mises en pratique par l'ensemble de l'équipe pour un accompagnement de la personne âgée (l'accompagnement venant du mot compagnon ne fait l'objet d'une hiérarchie mais d'un partage, d'une construction d'échange⁸⁸).

3.7.3 L'équipe en gérontologie = compétence collective

L'équipe en gérontologie est très étendue, elle comprend non seulement le personnel paramédical et social (infirmier, aide soignant, AMP, médecin coordonnateur, animateur, kinésithérapeute etc.) mais aussi d'autres acteurs actifs : le résident, la famille, les bénévoles. La prise en charge devra être construite dans le cadre de cette pluridisciplinarité incluant le résident et sa famille.

La discipline gérontologique suppose une collaboration entre les professionnels. Cela impose plusieurs principes :

- « Un affect » entre les membres de l'équipe. Les auteurs S. Connangle et R. Vercauteren ne définissent non pas ce terme par rapport à la relation affective, mais selon le principe d'appartenance. Des professionnels concernés autour d'une même préoccupation : le résident.
- La connaissance des pratiques professionnelles de chaque acteur et de leurs limites.
- Des rôles définis selon les différents personnels qui permettent de clarifier la place de chacun au sein de l'équipe. Par exemple, l'AMP et l'aide soignante qui ont des compétences nuancées vont intervenir avec une finalité identique : le bien-être du résident mais selon des intentions différentes. L'aide soignante garantira une toilette dans les meilleures conditions, l'AMP amènera un patient désorienté à accepter le principe de la toilette⁸⁹.

⁸⁷ Ibid

⁸⁸ Claude Perrin (décembre 2010) – EHESP – **Promouvoir la démarche du projet personnalisé d'accompagnement en EHPAD : une stratégie managériale au service de la qualité de vie des résidents** – disponible sur <http://ressources.ensp.fr/memoires/2010/dessms/perrin.pdf> - consulté le [11/04/1012]

⁸⁹ Sylvain Connangle et Richard Vercauteren (2010), éres, **Missions et management des équipes en établissement pour personnes âgées**.144p

Pour que ces trois axes s'unissent et s'entremêlent les uns aux autres, il est nécessaire d'avoir un manager d'équipe (soit un cadre de santé). Ce dernier initie cette dynamique car d'une part il impulse « l'affect » : l'appartenance à un groupe, à une « communauté » ayant un sens commun ; d'autre part il organise le soin avec un juste positionnement de chaque professionnel favorisant ainsi une interdisciplinarité efficace.

Nous pouvons nous référer à la théorie de Guy Le Boterf : « le savoir agir et interagir ». La gériatrie appelle à la diversité des professionnels. Ces derniers agissent selon leurs compétences individuelles et interagissent par rapport à l'environnement, au travail interdisciplinaire. Le taylorisme avec son cloisonnement entre chaque domaine est aujourd'hui dépassé, la vraie richesse provient des interactions entre chaque spécificité, soit la compétence collective⁹⁰.

3.7.4 Projet personnalisé : un levier pour engager la culture gérontologique

Les projets personnalisés sont obligatoires et émanent de la loi du 2 Janvier 2002⁹¹. Les autorités de santé ont accentué l'importance de cet outil puisqu'il représente l'un des points du référentiel de qualité et a fait l'objet de recommandations de l'ANESM. Rappelons aussi qu'il est inscrit dans la formation des AMP. C'est un chapitre entier auquel ils consacrent 70 heures.

Il existe dans le langage courant diverses appellations : projet de vie/ projet de soin/ projet d'accompagnement, personnalisé/ individualisé. Dans cet écrit, j'emploierai le terme de projet personnalisé.

Le Larousse définit le projet comme : « *but que l'on se propose d'atteindre, idée de quelque chose à faire* ⁹² ». L'enjeu du projet est bien de mener une réflexion sur un thème mais surtout de la mettre en action. Le projet est dans une dynamique de futur mais avec

⁹⁰ Guy Le Boterf(2009),Paris-Ed Eyrolles, **Construire les compétences individuelles et collectives**- 269p

⁹¹ ARS, loi du 2 janvier 2002 – disponible sur <http://www.ars.bretagne.sante.fr/Loi-2-janvier-2002-une-recher.91148.0.html> - consulté le [8/04/2012]

⁹²Dictionnaire le Larousse- disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/le%20projet> - consulté le [11/04/2012]

une impulsion concrète des idées. La roue de Deming peut être utilisée dans cette démarche de projet.

L'adjectif personnalisé renvoie au nom commun une personne : « *individu considéré en lui-même*⁹³. ». Toute la singularité de l'individu, sa personnalité est considérée dans le projet personnalisé.

Il apporte donc une reconnaissance et un accompagnement adapté à la personne âgée dans une perspective d'amélioration continue de la qualité.

Claude Perrin qui a réalisé un travail de recherche sur ce sujet explique les principales finalités du projet personnalisé :

- « Reconnaître **la singularité** de la personne, ses besoins, ses désirs et ses potentialités à travers son écoute
- Définir les axes et les objectifs d'action autour desquels s'organise **l'accompagnement** du résident
- Assurer la cohérence, la planification et la continuité de l'action en favorisant une action **pluridisciplinaire** et la complémentarité des interventions
- Définir, à partir des besoins du résident une stratégie de changement et d'évolution de la situation personnelle et **sociale** visant à améliorer ses capacités⁹⁴ etc. »

Les termes surlignés en caractère gras dans le texte : singularité, accompagnement, pluridisciplinaire, sociale sont des mots-clés déjà employés pour étayer le concept de culture gérontologique. Le projet personnalisé s'oriente donc dans le même sens. Il constitue un véritable outil pour mettre en action cette discipline gérontologique.

De plus, l'auteur remarque que le législateur a donné un caractère obligatoire au projet personnalisé mais n'a pas indiqué les modalités de réalisation. Les établissements sont donc libres de choisir ses méthodes d'élaboration et d'application.

⁹³ Ibid

⁹⁴ Claude Perrin (décembre 2010) – EHESP – **Promouvoir la démarche du projet personnalisé d'accompagnement en EHPAD : une stratégie managériale au service de la qualité de vie des résidents** – disponible sur <http://ressources.ensp.fr/memoires/2010/dessms/perrin.pdf> - consulté le [11/04/1012]

Synthèse

Notre conscience professionnelle engendre une démarche de qualité. Les établissements sont soumis à des obligations et des contrôles réguliers. Les référentiels sont adaptés au contexte du médico-social. En effet ce dernier se démarque du domaine sanitaire par une prise en charge différente. En EHPAD, le résident est âgé et non malade. Il nécessite un accompagnement global. C'est pourquoi, le soin en gérontologie s'identifie principalement au care. Ce dernier fait l'objet d'une véritable culture : la culture gérontologique. Elle fait appel à la compétence collective et est outillée par le projet personnalisé.

3.8 Conclusion du cadre conceptuel

En 2002, la loi rénovant à l'action sociale et médico-sociale traduit l'évolution du système de santé amorcée déjà depuis 1962. L'organisation des EHPAD a été influencée avec notamment une équipe ayant de réelles qualités soignantes pluridisciplinaires. L'aide médico-psychologique en fait partie. Ces compétences sont liées à des fonctions éducatives, relationnelles et soignantes. Il travaille en complémentarité avec l'aide soignant et inscrit la dimension sociale dans les soins d'accompagnement, correspondants à un vrai lien avec ces établissements médico-sociaux qui repoussent la médicalisation trop massive et revendiquent une prise en charge relative au care.

Cependant, le positionnement des AMP est fragilisé par une identité professionnelle mise à mal et des compétences individuelles proches de celles des aides soignants limitant la compétence collective.

Toutefois, l'AMP détient un atout supplémentaire. Sa formation lui procure un enseignement sur la mise en place et le suivi du projet personnalisé. Le cadre de santé doit s'assurer de la formalisation et de la mise en œuvre de ce dernier. Il peut donc s'appuyer sur les compétences de l'AMP et l'encourager à participer à son élaboration. De plus, il peut, par cet outil répartir les rôles et les actions de chacun selon leurs métiers, et ainsi orienter les missions de l'AMP davantage selon sa spécificité. Cette répartition aura une action directe sur le positionnement de l'AMP au sein de l'équipe. Cet agent sera un réel acteur de cet outil essentiel pour dynamiser la compétence collective et développer la culture gérontologique.

Je rappelle qu'au regard de mon expérience professionnelle, la problématique soulevée est la suivante :

Comment l'AMP : travailleur social, peut-il trouver sa place au sein d'un EHPAD ?

L'hypothèse envisagée est celle-ci:

Grâce à la mise en place des projets personnalisés, le cadre de santé utilise cet outil pour asseoir le positionnement de l'aide médico-psychologique et orienter ses missions en complémentarité avec celles des aides soignants afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées résidant en EHPAD.

Le cadre conceptuel étayé a permis d'identifier les différents éléments, à savoir : le contexte actuel et son système de santé, le métier d'AMP et ses difficultés, et enfin le projet personnalisé, véritable clé de la culture gérontologique pour améliorer la qualité de la prise en charge en EHPAD.

J'ai réalisé une enquête exploratoire dans les établissements d'hébergement afin de vérifier mon hypothèse. Je vous présente la méthodologie appliquée pour cette étude.

4 Méthodologie

4.1 Méthode de recueil de données

Dans un premier temps, j'ai procédé à une recherche documentaire. Mes lectures se sont portées vers des ouvrages, des revues de soins et des sites internet relatifs à la vieillesse, au métier d'AMP et aux EHPAD.

Les multiples échanges avec ma directrice de mémoire ont permis d'affiner mon thème et d'orienter ma recherche dans un axe délimité.

Puis, j'ai voulu confronter ces éléments théoriques à la réalité du terrain. Alors, j'ai procédé à une enquête exploratoire. J'ai utilisé deux outils distincts : le questionnaire et l'entretien.

4.1.1.1 Les questionnaires

Ils ont été distribués auprès des aides soignants et des aides médico-psychologiques. Je n'ai pas voulu différencier l'outil selon la catégorie professionnelle

pour quantifier mais surtout comparer les informations données entre ces deux soignants. D'ailleurs, cela a simplifié la distribution effectuée par les cadres de santé et évité tout risque d'erreur.

J'ajoute que ce questionnaire a fait l'objet d'un essai auprès des AS/AMP de l'équipe soignante dont j'étais responsable, lors de mon activité professionnelle. A la suite de ce test, j'ai modifié quelques intitulés pour une meilleure compréhension ainsi que le mode de réponse des questions 8, 9 et 16 pour amener les soignants à réfléchir sur un ordre d'idée et éviter d'influencer une réponse trop hâtive.

J'ai construit ces questionnaires selon trois domaines précis :

- les activités quotidiennes et les valeurs professionnelles : Existe-t-il un décalage entre leurs actes et leurs cultures ? Ont-ils une identité professionnelle ?
- La complémentarité : travaillent-ils en binôme et connaissent-ils réellement les compétences du collaborateur ?
- Les projets personnalisés : l'AMP participe-t-il à leurs élaborations ? Permettent-ils au cadre de santé de déterminer les missions de chacun ?

L'envoi des questionnaires a fait l'objet d'un accord préalable, du cadre de santé et/ou du directeur de soin selon les établissements.

J'ai sollicité les structures de statuts diverses afin d'élargir ma recherche. Seuls les EHPAD publics et privés à but lucratifs ont bien voulu participer. En ce qui concerne les établissements associatifs, soit ils n'ont pas répondu à ma demande soit ils m'ont évoquée l'absence d'AMP dans leur organisation.

4.1.1.2 Les entretiens

J'ai complété cette enquête par des entretiens semi-directifs car j'avais besoin de recueillir des informations qualitatives (notamment sur l'organisation et les compétences). Et puis, je voulais amener les personnes interrogées à s'exprimer librement pour développer les réels problèmes dont ils sont confrontés et leur ressenti. D'ailleurs, au fur et à mesure de l'entretien, les réponses étaient moins formalisées laissant place à davantage d'authenticité sur leur quotidien. J'ai au préalable élaboré une grille d'entretien, mais je ne l'ai pas entièrement respecté favorisant l'échange spontané.

Les entretiens ont duré 30 à 68 minutes et ont été enregistrés. Les personnes interrogées exercent dans les lieux où j'ai déposé les questionnaires afin de comparer les données recueillies.

Tout d'abord, je me suis entretenue avec deux cadres de santé (chacun exerçant soit dans le secteur public soit dans le privé à but lucratif) et un cadre supérieur d'un EHPAD public.

J'ai orienté les entretiens selon trois axes :

- L'organisation du soin
- Les compétences AS/AMP : travaillent-ils en équipe ? Sont-ils complémentaire ?
- Les projets personnalisés et leur élaboration

Ensuite, j'ai contacté un directeur d'un EHPAD privé à but lucratif afin de connaître ses ressources et ses moyens financiers pour la gestion du personnel.

Et enfin, j'ai conversé avec une ancienne directrice d'un centre de formation d'AMP pour évoquer le partenariat avec les structures et me transmettre les difficultés ressenties par ces étudiants en apprentissage sur leurs lieux d'exercice professionnel. Je précise que ce centre est spécifiquement orienté vers le secteur de la gérontologie, il coopère essentiellement avec les EHPAD.

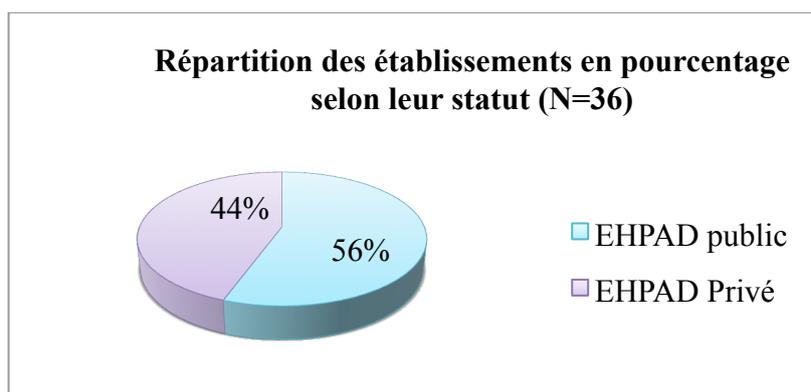
Les entretiens ont pu être effectués après la sollicitation d'un rendez-vous soit auprès de la personne contactée soit auprès du directeur des soins. Dans ce cadre, j'ai rappelé le caractère anonyme des informations recueillies.

4.2 Le profil de la population enquêtée

4.2.1 Le profil des aides soignants et des aide médico-psychologiques

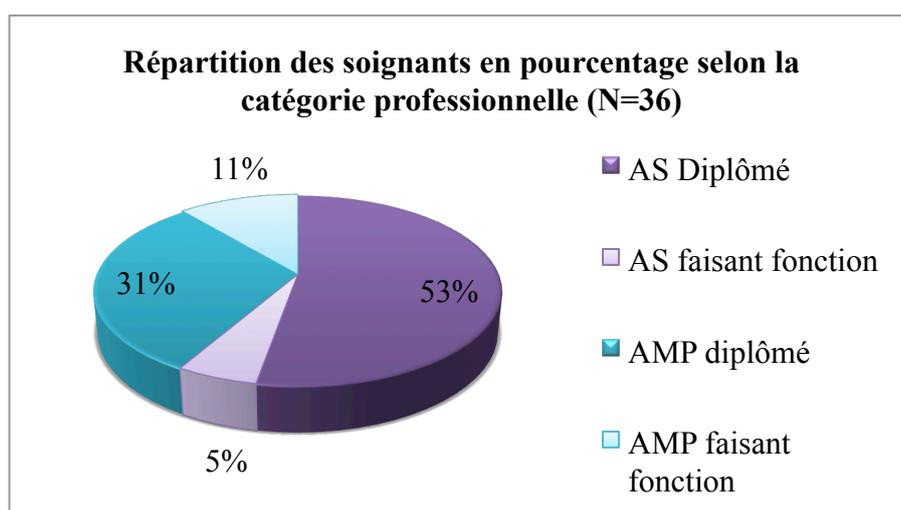
J'ai utilisé le questionnaire comme outil d'enquête. Sur les 64 documents transmis, j'en ai récupéré 40 dont 36 exploitables. En effet, quatre d'entre eux étaient incomplets ou remplis de manière incorrecte. J'ai préféré ne pas les prendre en considération pour éviter de fausser les données.

✚ Concernant le statut des établissements :



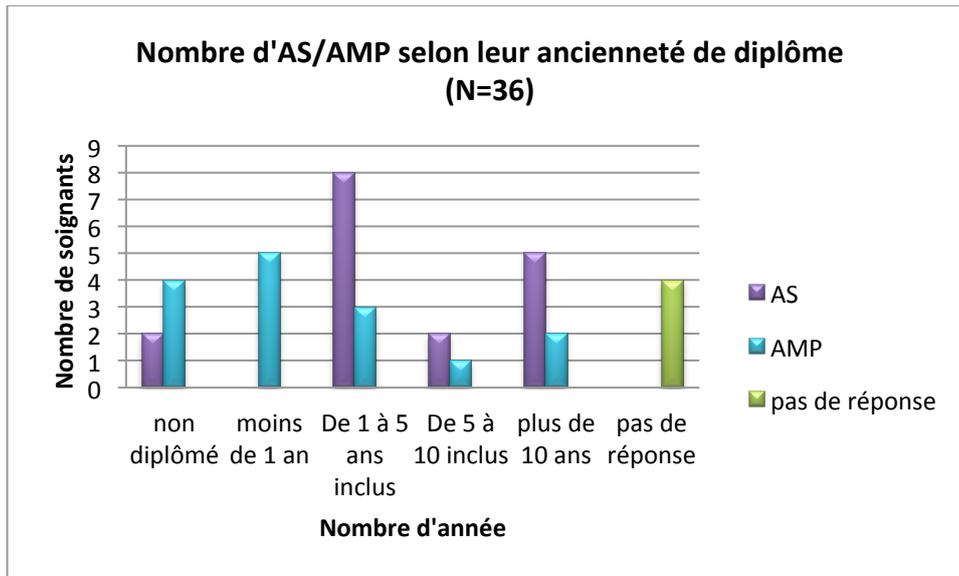
Les soignants ayant répondu aux questionnaires proviennent en majorité des établissements publics. Toutefois, le pourcentage est équilibré entre les deux types de statut.

✚ Au sujet de la catégorie professionnelle des soignants :



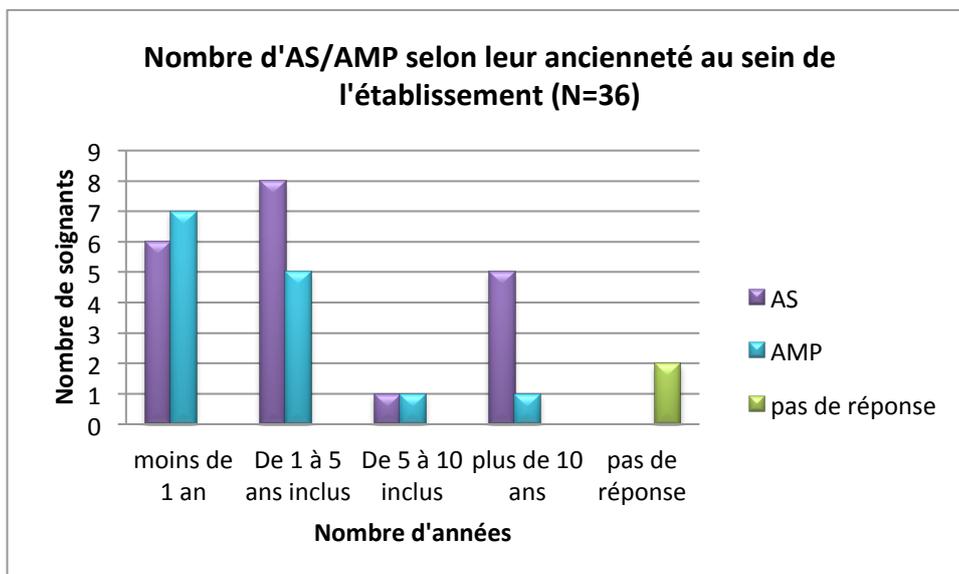
Lorsque j'ai remis les questionnaires aux cadres de santé, je leur ai demandé de les distribuer à l'équipe d'AS/AMP en essayant de prioriser les AMP. Nous pouvons constater que malgré ces consignes, au total 53% des aides soignants ont répondu. Par ailleurs, ce graphique montre une proportion importante d'agents non qualifiés (16% au total). Se sont soit des soignants en cours de formation ou de validation des acquis soit sans véritable projet de qualification mais ayant des missions d'AS ou d'AMP. Dans ce cadre, la catégorie la plus représentée est les AMP.

✚ Leur nombre d'année d'expérience :



Les AMP ont peu d'expérience : 9 sur 15 ont un diplôme obtenu il y a moins d'un an ou bien ne sont pas diplômés. Remarquons que se sont en majorité les AS qui ont un diplôme de plus de 10 ans.

✚ Leur ancienneté dans l'établissement :



Les soignants interrogés ont principalement une ancienneté de moins de 5 ans dans l'établissement. Il n'y a pas de décalage manifeste entre les AS et les AMP. Seule la catégorie des plus de 10 ans est pratiquement exclusive aux AS.

Synthèse

Les questionnaires exploités proviennent de part quasiment égal d'établissements publics et privés.

53% des aides soignants ont répondu contre 31% pour les AMP. Les non diplômés représentent 18%, se sont en grande partie des agents en cours de formation AMP.

La majorité des AS représentée a une expérience (en fonction de l'année d'obtention du diplôme) supérieure à 1 an dont 29% a plus de 10 ans de diplôme. Contrairement aux AMP qui ont peu d'expérience (60% ont un diplôme de moins d'un an ou bien ne sont pas encore diplômés).

Ces 2 soignants ont une ancienneté assez récente au sein de l'établissement (72 % d'entre eux y travaille depuis moins de 5 ans dont 36% ont moins d'un an). Remarquons tout de même que 25% des aides soignants ont une fidélité supérieure à 10 ans dans leur établissement.

4.2.2 Les professionnels ayant fait l'objet d'un entretien

Dénomination	Genre	Catégorie professionnelle	Type d'établissement	Ancienneté dans l'établissement	Ancienneté dans la profession
CDS 1	Femme	Cadre de santé	EHPAD (1) privé à but lucratif	3 ans	33 ans en gérontologie et cadre de santé depuis 19 ans
CDS 2	Homme	Cadre de santé	EHPAD (2) public crée en 2008 lié à un hôpital	2 ans	5 ans
CDS sup 3	Femme	Cadre supérieur	EHPAD (3) public accueillant une population précaire en rupture social (provenant des foyers d'hébergements ou des secteurs psychiatriques)	6 ans	Cadre supérieur depuis 4 ans

D.ET	Homme	Directeur d'établissement	EHPAD (D) privé à but lucratif	1 an	4 ans
D.F	Femme	Ancienne directrice	Centre de formation d'AMP en alternance avec une spécificité gérontologique.	4 ans : de Juillet 2007 à Novembre 2011	Formatrice depuis 2004

Afin de préserver l'anonymat, je nommerai ces professionnels et les établissements selon la désignation noté ci-dessus. Remarquons que certaines structures ont des caractéristiques particulières : le centre de formation est orienté vers la gérontologie, l'EHPAD (3) héberge une population précaire et l'EHPAD (2) relativement récent est lié au secteur sanitaire.

4.3 Dépouillement par thème

Au départ de mon investigation, j'ai recueilli des informations auprès des EHPAD ayant des organisations diverses. Je voulais donc réaliser une étude comparative en fonction de leurs procédés. Toutefois, les résultats ne sont pas probants : le positionnement des AMP est identique malgré les différentes modalités d'organisation.

Je présenterai alors, les éléments selon une classification par thème afin de hiérarchiser les données et suivre un cheminement corrélé à mon hypothèse de départ :

- L'organisation du soin
- La gestion des compétences
- Les projets personnalisés
- La qualité en EHPAD

Cette enquête s'est effectuée par l'utilisation de deux outils : le questionnaire et l'entretien. 4 professionnels des EHPAD, 1 d'un centre de formation et 36 soignants AS/AMP correspondent à l'échantillon prélevé. Il n'est pas représentatif du contexte national et semble être trop restreint pour en extraire des conclusions sur la situation d'île de France.

4.4 Les difficultés rencontrées

J'ai réalisé cette enquête au cours de cette année de formation. J'ai sollicité les professionnels (cadre de santé, directeur d'établissement) pour effectuer ma recherche au

sein de leur structure. Je les ai contactés par téléphone, mail, courrier postal selon les conseils des secrétaires d'accueil. Un certain nombre de personnes ne m'a pas répondu, d'autres ont rétorqué ne pas être concernés par le sujet ou bien subir des événements indésirables limitant leurs disponibilités. En revanche, certains ont accepté de me recevoir sans tarder. Ils ont été très accueillants et ont participé vivement à mon étude par le biais d'entretiens et de questionnaires.

Au cours d'un stage effectué en IFSI, j'ai eu connaissance, grâce à un rapport élaboré par des étudiants infirmiers, de l'organisation de soin de l'EHPAD (3). Celui-ci dispose d'une équipe d'AMP détachée de celle des AS. J'ai contacté directement le cadre supérieur et rapidement, un rendez-vous a été fixé. Cependant, cette enquête a été retardée car je devais au préalable solliciter la directrice de soin pour son autorisation. Ma demande s'est faite par écrit, à son retour de vacances. J'ai reçu sa réponse positive par courrier postal. Presque deux mois se sont écoulés entre les deux rendez-vous fixés par le cadre supérieur. De ce fait, mon travail a été considérablement ralenti. Toutefois, je voulais réellement recueillir et exploiter les informations précieuses de cette résidence, car son organisation vis-à-vis des équipes AS et AMP est unique dans cet environnement.

Concernant les questionnaires, ils ont fait l'objet de plusieurs rappels par téléphone, certains me les ont renvoyés directement. Au total, j'ai récupéré 62% de ceux qui ont été distribués. Ce taux est assez élevé et pas fréquent. Donc, les cadres de santé ont été motivés, et ont de ce fait mobilisé leurs agents. Cependant, certains n'ont pas été remplis convenablement, quelques réponses ne sont pas exploitables. Au total, 36 questionnaires seront étudiés et je détaillerai précisément la manière dont j'ai utilisé certaines informations.

De plus, les questions 18, 20 et 21 ne seront pas considérées car étant de l'ordre du ressenti, je ne peux pas les traiter de manière objective.

Et enfin, devant la richesse des informations, j'ai choisi d'analyser que certaines réponses qui me semblent les plus pertinentes et restant dans l'axe de mon thème ; laissant ainsi la possibilité de continuer cette recherche ultérieurement.

L'étape suivante consiste à l'analyse des résultats de l'enquête. Je présenterai d'abord les différentes organisations, puis la gestion des compétences des AMP par le

cadre de santé, ensuite je développerai l'élaboration des projets personnalisés et enfin la représentation de la qualité en EHPAD.

5 Analyse de l'enquête

5.1 La diversité de l'équipe AS/AMP : un choix pour les gestionnaires ?

5.1.1 L'enveloppe budgétaire

Il me semblait important pour traiter ce sujet d'investiguer sur les moyens financiers dont disposent les EHPAD. En effet, les salaires et la dotation des soignants sont soumis à des règles budgétaires. Les ressources humaines sont donc déterminées selon ces contraintes. L'entretien réalisé avec le directeur d'établissement avait comme première attention de connaître les instances hiérarchiques et les obligations auxquelles il est lié pour construire l'équipe soignante.

Mon questionnement était le suivant :

- De quel budget dépend la rémunération du soignant AMP ?
- « Une partie de l'ARS (70%) et une partie du conseil général (30%). »

Depuis la réforme de la tarification des EHPAD (développée dans le chapitre : la décentralisation), il existe trois tarifs différents: celui du soin, de la dépendance et de l'hébergement. De manière générale et sans prendre en considération les diverses aides, le budget de l'hébergement est pris en charge par le résident, celui de la dépendance par le conseil général et celui du soin par l'ARS. Donc, l'interlocuteur signifie que la rémunération de l'AMP provient à 70% du budget soin versé par l'ARS et à 30% du budget dépendance transmis par le conseil général. Il affirme que cette modalité est identique pour le salaire des aides soignants. Il précise que les enveloppes sont attribuées aux établissements selon :

- « Le nombre de lit et la prise en charge prévu : selon s'il y a des unités d'Alzheimer ou pas, selon la taille de l'établissement, et selon le projet définit... »

Puis, il évoque la convention tripartite :

- « La plupart des établissements sont conventionnés : la convention tripartite (établissement, ARS et conseil général). On doit garantir l'utilisation de cette

enveloppe avec un projet de vie, un projet de soin, la restauration, un projet qualité. On doit pouvoir justifier toutes les dépenses... »

Ainsi, la convention tripartite constitue le maillon indispensable. Elle amène les établissements à disposer d'un projet (de soin, de vie etc.) et en fonction de ce dernier et de la structure elle-même, les tutelles vont déterminer une tarification. Les enveloppes budgétaires attribuées aux EHPAD en résultent.

➤ Ce budget détermine-t-il le nombre de soignants employés?

- *« Le budget définit forcément le nombre de poste à pourvoir mais il est constitué sur une base. Une base de calcul qui est le ratio qui est fait sur l'établissement, qui est de 1 pour 10. La rémunération, c'est la convention collective qui l'a définit, sachant que malheureusement, ils sont assez bas. Alors, on est toujours un peu au dessus. Donc, là c'est encore une négociation avec l'ARS pour avoir un peu plus que prévu. L'ARS fait une moyenne de toutes les conventions pour définir le budget moyen attribué aux soignants. L'ARS prend en compte la rareté des soignants (IDE...) donc il comprend qu'on puisse être en dépassement sur certain poste comme IDE, AS, pas sur le nombre mais sur la rémunération. »*

➤ Existe-t-il une différence budgétaire entre les AS et l'AMP ?

- *« Moi, non. Peut-être que d'autres le font mais étant donné que pour l'ARS, un AS est égal à un AMP. Ce n'est pas qu'ils sont identiques, ce n'est pas la même fonction mais c'est pour le même besoin. L'AMP est considéré comme un soignant, il n'y a pas de différence. Dans la convention collective, la rémunération est la même. »*

Il insiste en signalant qu'il n'existe aucun avantage, aucune différence pour la gestion financière entre un AS et un AMP.

Effectivement, dans toutes les conventions notamment celle relevant de l'hôpital, l'AMP appartient au même corps professionnel que l'AS : le corps aide soignant auquel s'ajoute aussi les auxiliaires puéricultrices⁹⁵. Donc, il est important de savoir que sur le

⁹⁵ Décret du 3 Aout 2007 portant statut particulier de l'aide soignant – disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006056728> – consulté le [3/05/2012]

plan financier l'AMP et l'AS sont positionnés de manière identique. Le directeur ou le cadre de santé effectuera son recrutement (dans ce contexte, le directeur délègue cette responsabilité au cadre) selon des besoins non relatifs au versant pécuniaire.

Comment alors, ces responsables construisent leur équipe ? La diversité du groupe AS/AMP est-elle favorisée ?

5.1.2 Deux facteurs favorisants : le marché de l'emploi et le conventionnement

D'après le directeur d'établissement de l'EHPAD (D) :

- *« Aujourd'hui, la pénurie des aides soignants ne nous laisse pas trop le choix, c'est de prendre les gens diplômés qui se présentent [...] Pour moi, le 1^{er} critère, c'est la motivation. Puis après il n'y a pas que le critère individuel mais aussi la qualité de l'équipe ...Les gens peuvent être très bon mais s'ils ne travaillent pas en équipe, ils ne servent à rien »*

D'après le CDS de l'EHPAD (1) :

- *« Elles ont le même travaille, elles sont tout le temps ensemble. On n'a pas le luxe d'avoir une AMP avec une activité spécifique ».*

De plus, elle explique toute les difficultés auxquelles elle a été confrontée à son arrivée comme l'absentéisme :

- *« Pour nous c'était assainir le terrain... ce n'est pas recruter car le budget n'augmente pas...C'est surtout avoir du personnel fidèle, qui ne s'absentent pas et qui comprend l'enjeu de la prise en charge de 21 résidents par étage... »*

Le type de qualification n'a jamais été évoqué. Ces établissements subissent des obstacles qui constituent de véritables freins pour la construction de leur équipe : le manque de moyen, l'absentéisme, la pénurie etc. Donc, leur priorité n'est pas la catégorie professionnelle mais déjà un agent disposant d'un diplôme (AS ou AMP), motivé, fidèle, sachant travailler collectivement et sérieusement.

Leurs équipes sont constituées d'AS et d'AMP de manière hasardeuse et non en rapport avec leurs compétences ou un projet de soin bien défini. D'ailleurs le cadre de l'EHPAD(1) nomme les membres de l'équipe AS/AMP : les aides soignantes. Donc elle

assimile entièrement les AMP aux aides soignantes, elle ne fait aucune distinction entre elles.

Je précise que ces deux établissements ont un statut privé à but lucratif, qu'en est-il dans le secteur public ?

Pour l'EHPAD (3), la convention tripartite précise :

- « *Création de 8 postes d'AMP pour assurer un accompagnement de proximité pour porter la dimension sociale de la maison de retraite.* »

Cette structure accueille une population précaire, sans relations familiales. Les AMP ont alors une mission sociale pour combler ce manque.

Pour l'EHPAD (2) : la directrice de soin m'explique qu'en 2008, ils ont signé la convention tripartite qui a abouti à 9 postes d'AMP et un de psychomotricien. Cet établissement est récent. Il représente une continuité de l'hôpital dont il est rattaché.

Ainsi, il semblerait que l'ARS libère des moyens supplémentaires pour les établissements publics. La part des AMP dans les équipes est considérable (31% des AMP diplômés et 11% faisant fonction ont répondu aux questionnaires). Pourtant il n'y a aucun avantage financier à les employer et les établissements privés disposent de moyens financiers moindres pour l'emploi de ces professionnels. Alors, le recrutement des AMP, présente-t-il des privilèges (autre que pécuniaires) pour les gestionnaires ?

5.1.3 La formation AMP : une alternance appréciée des employeurs

Le personnel sans qualification représente 16% sur l'échantillon prélevé de l'enquête (dont 11% d'AMP). Se sont essentiellement des soignants en cours de formation. Je rappelle que l'apprentissage du métier d'AMP fait l'objet d'une alternance pendant 18 mois. Ils étudient à l'école une semaine par mois et le reste du temps, ils exercent chez leurs employeurs. Lors des entretiens, les interlocuteurs (des établissements privés) ont effectivement évoqué la présence d'AMP en cours de formation dans leurs équipes. Le directeur de l'EHPAD (D) a voulu qualifier certains de ces agents. Il avoue ne pas leur avoir laissé le choix entre une formation AS ou AMP. Il les a volontairement orientés vers le diplôme d'AMP en raison de certaines modalités plus faciles à gérer.

- « *L'AMP c'est plus simple. C'est une semaine par mois. Alors que la formation d'AS, se sont des modules et c'est un peu n'importe où et n'importe comment.*

Donc, c'est difficile de faire les remplacements. Alors que si les directeurs s'organisent bien, on peut envoyer 4 soignants en formation d'AMP et les remplacer toujours par les mêmes. Donc sur les 4 (1 semaine), vous prenez 2 CDD pour les remplacer et vous stabiliser vos équipes.... »

- *« Mais il faut qu'ils soient dans une promotion différente et c'est possible ? »*
- *« Oui tout à fait, c'est ce que j'ai fait. »*

Le cadre de santé de l'EHPAD (1) confirme que le choix entre les deux formations s'est orienté vers celle d'AMP pour des raisons d'alternance plus accessible et non selon la spécificité du métier.

La directrice du centre de formation affirme l'envoi rapide des plannings pour une meilleure organisation des employeurs.

- *« Il y a un planning qui est établi, mis en place et connu de tous dès le début de la formation avec une semaine par mois. Donc cela s'organise... Une semaine par mois est déjà très facilitateur pour l'employeur avec un planning envoyé très très en amont... Pour la formation d'AS, elle est organisée de manière très différente donc pas du tout comparable en termes d'organisation pour un employeur. »*

De plus un partenariat s'est installé entre le centre et les établissements. Il permet d'une part d'assurer la formation du personnel non diplômé déjà en exercice dans ces structures ; d'autre part de pouvoir recruter des candidats intégrant l'équipe soignante avec un contrat d'apprentissage.

- *« La collaboration commence très tôt. C'est soit l'employeur qui nous envoie leur salarié pour passer le concours. Ou bien, nous, nous avons un vivier de candidats et nous leur proposons des candidatures qui nous semblent pertinentes par rapport à la structure. »*

Ainsi, le partenariat établi représente un atout pour les employeurs puisque non seulement il permet de professionnaliser leurs personnels, mais c'est aussi une ressource pour trouver des employés ayant fait déjà l'objet d'une sélection par le centre. De plus, cette formation est prise en charge par l'organisme paritaire collecteur (OPCA).

Synthèse

La rémunération des aides soignants et des AMP est identique. La valeur du salaire n'est pas déterminante pour différencier le recrutement d'un AS et d'un AMP. Seule, la convention signée permet de dégager des postes d'AMP dans une dimension relative à leur métier. Si ce contrat n'a pas de disposition à cet égard, nous pouvons dire que l'ARS considère alors les AMP principalement dans une fonction soignante. D'après cette enquête, les EHPAD privés ne disposent pas de ces moyens. Ils ne choisissent donc pas spécifiquement les soignants en fonction de leur type de qualification. En revanche, les autorités de tutelles ont accepté la création d'emplois AMP dans les deux établissements publics. En conséquent, le conventionnement est un point majeur pour déterminer la diversité de l'équipe. Toutefois, d'autres facteurs interviennent particulièrement dans les établissements privés, d'une part la pénurie du personnel qui restreint le choix des employeurs dans leurs recrutements ; d'autre part l'alternance de l'apprentissage et le partenariat développé qui encouragent les gestionnaires à orienter leur personnel non qualifié vers la formation d'AMP, au détriment de celle des AS.

La diversité de la qualification des agents est donc assujettie à un contexte dont dépend l'établissement. Le cadre de santé (ou manager) organise le soin selon les moyens dont il dispose. Détaillons le fonctionnement interne des EHPAD.

5.2 L'organisation du soin des EHPAD

Chaque établissement est soumis à la convention car elle génère les enveloppes budgétaires qui définissent les postes et l'effectif nécessaire au regard du projet et de la charge de travail. Les entretiens ont permis de distinguer concrètement l'influence de ces contrats. Chaque responsable (cadre de santé et directeur) s'est appuyé des moyens plus ou moins offerts (selon les structures) pour construire leurs équipes et le mode d'organisation. Les interlocuteurs ont parlé librement en me dévoilant l'authenticité du terrain. Je retranscrirai leurs propos pour transmettre au plus près leurs quotidiens. Ainsi, je vais détailler le fonctionnement de chaque établissement en précisant : la structure et son effectif soignant, le rôle et la position de l'AMP dans l'équipe ainsi que les difficultés rencontrées concernant la spécificité de ce métier. Dans un souci de clarté, je vais disposer ces informations sous forme de tableau.

Désignation Effectif AS/AMP	Leurs rôles dans l'équipe/ activités	Difficultés
<p>EHPAD (1)</p> <p>privé à but lucratif sans création spécifique de poste d'AMP dans la convention</p> <p>102 lits : 22 soignants dont 3 AMP en cours de VAE et 2 avec une VAE d'AMP prévues prochainement.</p>	<p>Il n'existe pas de fiche de poste distincte entre les AS et les AMP</p> <p>Les AMP sont associés et identifiés aux AS. Les tâches sont réparties selon la charge de travail et par étage.</p> <p>Une animatrice s'occupe des ateliers, seuls les soignants (AS+AMP) disponibles peuvent y participer « car leur unité est moins lourde, elles peuvent se le permettre »</p>	<p>-Le temps de travail : les horaires : les heures de pause l'après-midi contraignent la mise en place des ateliers.</p> <p>-Le manque de motivation : une équipe soignante peu investi au départ (absentéisme) entraînant une autre priorité du management. « il faut remettre l'état d'esprit des soignants pour que les choses deviennent positives. »</p> <p>-L'absence de moyens : « il n'y a pas les moyens de mener une politique différente, ce serait très bien si je pouvais le faire mais je ne peux pas... je n'ai pas assez d'effectif pour sensibiliser les AMP, AS à faire des tas de chose, on est obligé de raisonner en groupe. »</p> <p>-Le poids des missions : « on les a responsabilisé sur certaines choses : la surveillance des selles, les projets personnalisés, le poids, les chutes...c'est très compliqué et très lourd car on a tellement de choses à côté que c'est très lourd »</p>
<p>EHPAD (2)</p> <p>Etablissement public créé en 2008.</p> <p>La convention tripartite signée en 2008 a permis la création de 9 postes d'AMP.</p> <p>Pour 188 lits : 90 agents (AH, AS, ASH) dont 2 AMP. 7 autres AMP sont répartis à l'hôpital de jour et aux unités protégées pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer</p>	<p>Il existe une fiche de poste AMP seulement pour l'activité en hôpital de jour. Pour les unités d'hébergement : la fiche de poste est commune aux AMP et AS</p> <p>L'échange avec la directrice de soin responsable des unités protégées et de l'hôpital de jour ne permet pas de dresser l'organisation de ces services. En revanche le rôle des soignants sera identifié par rapport à l'EHPAD de 188 lits qui dispose de 2 AMP dans son équipe.</p> <p>-Une équipe constituée quantitativement au regard de la dépendance des résidents.</p>	<p>-Le manque de moyens : « Comment dégager le temps nécessaire pour être dans leur rôle d'AMP, elles ne sont pas en plus, elles font parties de l'équipe » En animation...si l'on veut être perfectible, il faudrait une AMP dans chaque secteur, la réalité est là. Sauf que l'on n'a pas une AMP dans chaque secteur. »</p> <p>-Le temps de travail : les horaires : une AMP dispose d'horaire en fonction de la crèche, soit 8h-15h15 « c'est plus un horaire de crèche qu'un horaire de mission d'AMP car faire une animation à 8h00 ce n'est pas possible »</p>

	<p>-Les AMP travaillent à 80% de leur temps AS et 20% AMP : <i>« je me suis engagée à mettre l'AMP dans son rôle d'AMP au moins une fois par semaine. Elle a monté un atelier massage. ».</i> Le cadre de santé leur demande un projet écrit, structuré et suivi au quotidien.</p>	<p>-Le poids du groupe induit un positionnement difficile de la spécificité : 2 AMP sur un total de 90 agents <i>« elle avait du mal à être dans son rôle au début mais quelque part, cela l'arranger aussi, de ne pas être dans son rôle, d'être comme tout le monde... et non pas dans le rôle d'AMP. »</i></p>
<p>EHPAD (3) Etablissement public.</p> <p>Il accueille des personnes âgées en rupture sociale. La convention signée a permis la création de 8 postes d'AMP.</p> <p>Pour 288 lits : 52 AS et 8 AMP</p>	<p>Une fiche de poste AMP existe, distincte de celle des AS. Elle détaille des missions :</p> <p>-d'accompagnement : <i>« aide lors des prises de repas, stimulation des résidents dans la vie, aide à l'accompagnement à la salle à manger, aide à la distribution des cigarettes... »</i></p> <p>-de liens de transmissions de l'information : <i>maintien d'un lien avec les personnes âgées hospitalisées, accompagnement des résidents déments ou mal entendant en consultation et en démarche extérieure, participation aux transmissions...</i></p> <p>-de maintien dans la vie sociale : <i>mise en place d'atelier et/ou participation aux animations, accompagnement des résidents pour les achats »</i></p> <p>Donc, il existe une équipe d'AMP complètement détachée de celle des AS. Elle dispose d'un local pour faire des ateliers. <i>« Elles ne travaillent pas du tout ensemble, à part au moment du repas. »</i></p>	<p>-Un cloisonnement géographique de l'équipe AMP : elles étaient distantes des AS, une délocalisation de leur local est en cours afin qu'elles soient : <i>« plus au centre des choses »</i></p> <p>- Un manque d'initiative <i>« Elles ne lancent pas de projet, c'est ça qui est dramatique. Il faut toujours qu'elles soient portées par quelqu'un. Et pourtant c'est une équipe à laquelle j'ai lancé de l'autonomie. »</i></p> <p>-Des tensions générées avec les soignants AS : <i>« on avait démarré un projet sur un atelier culinaire, donc cette soignante (AMP) a vécu un certain nombre de choses lié aux collègues AS. Car les AS, elles étaient très...bah, on les retire de l'animation, elles ont très mal vu l'arrivée des autres professionnels... A l'époque, c'était vraiment elles qui faisaient le travail d'animation. »</i></p> <p>- Le poids du groupe AS induit un positionnement difficile, source de conflits : <i>« Elles participent aux transmissions, mais elles ne disent pas grand-chose...il y a 4 IDE, 22 AS, les AMP(4) et quelques ASH. Donc elles se retrouvent face à la masse des AS. Elles interviennent toujours sur la défensive, ou en donneuse de leçon, donc forcément... »</i></p>

	<p>Toutefois, l'équipe d'AMP était au départ composée d'AS pour solutionner des problèmes d'aptitudes physiques. La médecine du travail demandait pour certains AS des conditions adaptées, sans port de charge.</p> <p><i>« Donc je me suis dit pourquoi ne pas les positionner sur des postes d'AMP et leur donner le travail d'accompagnement. On en a besoin puisqu'il y a des postes, cela permettait de remplacer des postes au soin. »</i></p> <p>Ces AS n'ont pas bénéficié de formation et les AMP diplômés ont été intégrés à cette équipe quelques temps après.</p>	<p>-Les résultats insatisfaisants de leurs activités :</p> <p>Peu de transmissions orales et écrites Elles réalisent les visites des personnes hospitalisées à 2 ne privilégiant pas le lien intime. Les projets d'animation ne sont pas menés entièrement et sans réels objectifs d'apprentissage et de stimulation (exemple : un atelier repas thérapeutique où elles reçoivent les résidents)</p> <p>-une culture professionnelle non imprégnée</p> <p><i>« l'équipe d'AMP n'a pas ces valeurs d'accompagnement. Elle l'a autour du repas mais elle ne l'a pas plus. »</i></p>
--	--	---

Les trois situations exposées mettent en évidence des modalités de fonctionnement diverses. Cependant, tous ces établissements révèlent des difficultés importantes relatives au positionnement de l'AMP dans l'équipe soignante.

Notons que le cadre supérieur de l'EHPAD (3) a voulu exploiter entièrement les moyens dont elle disposait en détachant l'équipe d'AMP à celle des AS. Cependant, les obstacles sont considérables. Le cloisonnement entre les deux équipes semble participer aux conflits. Le faible investissement et les valeurs professionnelles dissimulées de ces soignants AMP n'ont pas permis une dynamique propice à la cohésion d'équipe. Le positionnement de ces professionnels reste très compliqué. L'équipe a certes été constituée au départ d'AS souffrants de problèmes de santé, cependant des AMP diplômées les ont rejoints et représentent, aujourd'hui une majorité dans l'équipe. Malgré ce changement, l'esprit reste le même.

Le cadre de santé de l'HEPAD (2) a quant à lui, immergé ses 2 AMP dans l'équipe soignante avec un contrat moral d'une journée par semaine dédiée exclusivement à leur rôle d'AMP. Le positionnement a été dans un premier temps difficile car ils se distinguaient du groupe des 90 autres agents. Le cadre de santé les a accompagnés dans leurs missions et les conséquences sont positives :

- *« Elle a créé un point d'impact d'une culture...C'est un déclic pour l'équipe. »*

Le cadre de santé de l'EHPAD (1) considère l'équipe des soignants AS/AMP dans son ensemble, en groupe. Elle ne met pas en évidence les spécificités de chacun. Elle attend un résultat par rapport aux missions demandées. Ces dernières sont identifiées comme très lourdes. Pour qu'elles soient assurées, ce cadre de santé priorise la fonction soignante de l'AMP.

Synthèse

L'organisation est donc dépendante du contexte dans lequel se situe chaque EHPAD. Les compétences de l'AMP sont exploitées différemment selon le fonctionnement interne. Certaines conventions ne mettent pas en valeur la spécificité du métier. Seul, le cadre de santé par son management pourra révéler la richesse des compétences de chaque professionnel et ainsi améliorer la qualité de la prise en charge. Certaines organisations (exemple : EHPAD (3)) ont induit un cloisonnement non propice à une complémentarité et une dynamique d'équipe en lien avec la culture gériatrique. D'autres comme l'EHPAD (2) ont utilisé ces agents en les positionnant d'abord dans des secteurs tels que les unités protégées ou l'hôpital de jour, puis une petite proportion (2 sur 9) a intégré l'équipe en hébergement continu. Ils réalisent à 80% des missions soignantes et à 20% des missions pédagogiques et psychologiques (grâce aux ateliers thérapeutiques). Donc, les organisations sont diverses. Toutefois, la problématique est identique pour tous, le positionnement des AMP au sein de l'équipe est fragile. Le manque de moyens, les conditions de travail (horaires et charge de travail), la pression du groupe AS sont autant de facteurs qui viennent altérer la place de ces soignants dans l'équipe.

Détaillons précisément la gestion des compétences élaborée par le cadre de santé.

5.3 La gestion des compétences

5.3.1 La complémentarité AS/AMP

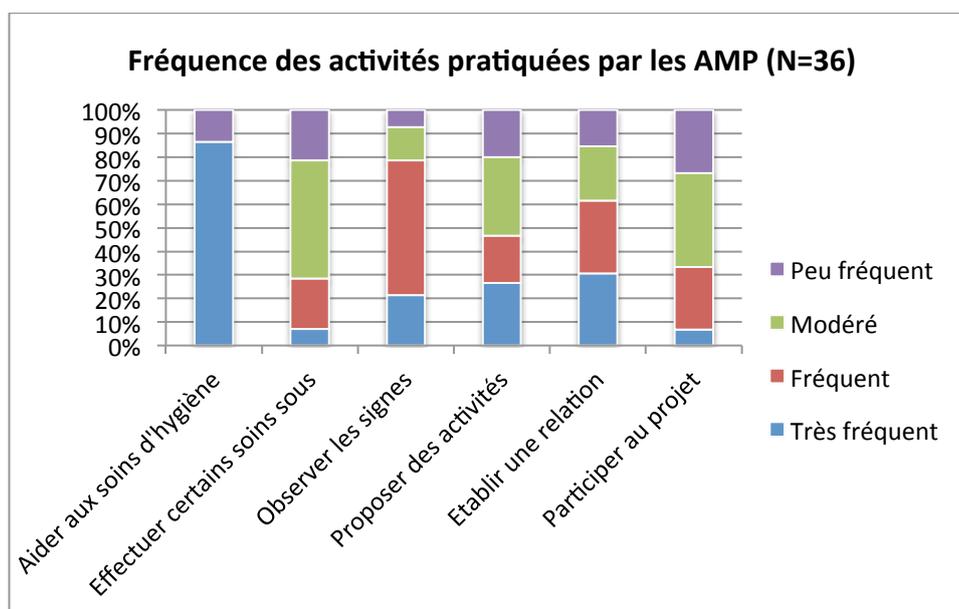
L'enquête par questionnaire permet de connaître la fréquence des activités effectuées par les AMP et les AS (diplômés et faisant fonction). L'objectif est d'identifier l'utilisation des compétences de ces deux professionnels par le cadre de santé. Je vais procéder alors à une comparaison des tâches réalisées entre ces deux soignants.

La question était la suivante : Parmi ces 6 activités, notez les plus fréquemment pratiquées (chiffre 1) au moins courantes (chiffre 6).

Je précise que les agents ont répondu en ne respectant pas totalement les consignes. Par exemple, certains ont noté le chiffre 1 à plusieurs reprises.

Afin de faire une analyse juste, je vais construire une cotation en considérant que le chiffre 1 correspond à l'activité très fréquemment réalisée, les chiffres 2 et 3 à une pratique fréquente, les chiffres 4 et 5 à une pratique modérée et le chiffre 6 à une pratique peu fréquente.

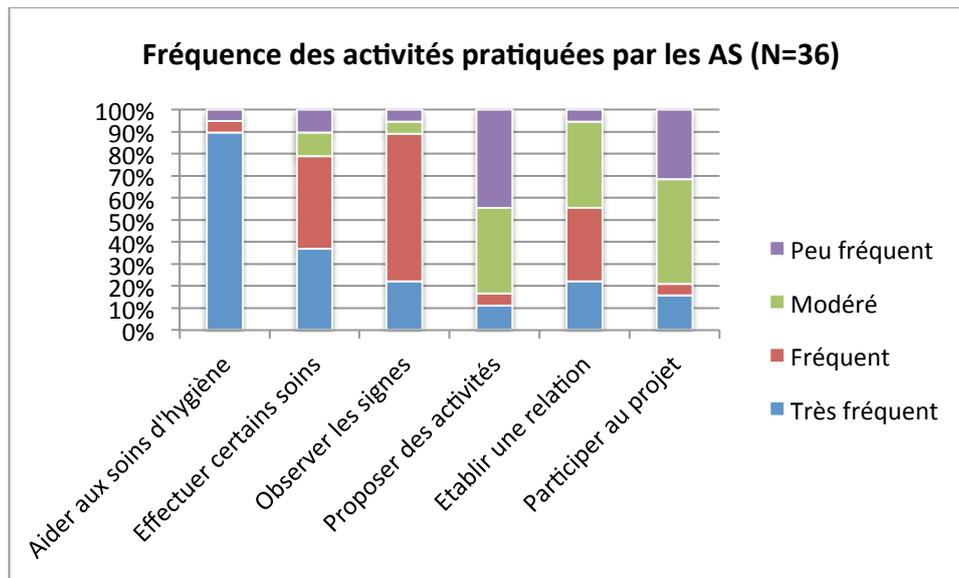
✚ Concernant les AMP :



- L'aide aux soins d'hygiène est réalisée très fréquemment
- La réalisation des soins sous la responsabilité de l'IDE est pratiquée modérément
- L'observation des signes cliniques est fréquente
- Proposer des activités thérapeutiques : les résultats sont partagés mais la proportion la plus importante est la pratique modérée
- Etablir une relation personnalisée est très fréquent à fréquent.
- Participer à l'élaboration des projets individuels est réalisé de manière modérée à peu fréquente.

Ainsi, les cadres de santé utilisent en priorité les compétences des AMP pour aider aux soins d'hygiène et établir une relation personnalisée, l'observation des signes cliniques arrive en troisième position, avant la réalisation des activités thérapeutiques.

✚ Concernant les AS :



- Aider aux soins d'hygiène est très fréquent
- Effectuer certains soins sous la responsabilité de l'IDE est réalisée très fréquemment à fréquemment
- L'observation des signes cliniques est fréquente
- Proposer des activités thérapeutiques est peu fréquent
- Etablir une relation personnalisée est fréquent à modérée
- Participer à l'élaboration des projets individuels est réalisé de manière modérée.

Les cadres de santé utilisent donc les compétences des AS en priorité pour l'aide aux soins d'hygiène et la réalisation de soins sous la responsabilité de l'IDE. L'observation des signes cliniques relevant d'un problème de santé arrive en troisième position.

Parmi toutes ces activités, ces deux soignants se rejoignent d'une part sur l'aide aux soins d'hygiène. Effectivement, elle représente une part importante de l'activité soignante et nécessite la contribution de tous ; d'autre part sur l'observation et la transmission des signes révélateurs d'un problème de santé : elle est fréquente pour ces deux agents. Ceci démontre bien la médicalisation des EHPAD.

En revanche, ces deux soignants se différencient d'abord par la réalisation de certains soins sous la responsabilité des IDE : cette compétence est plutôt attribuée aux AS. Ensuite, la réalisation des activités thérapeutiques appartient davantage aux AMP sans que

se soit une pratique très courante. Et enfin, établir une relation individualisée est plus souvent effectué par l'AMP que par l'AS.

Donc, ces graphiques démontrent une activité pour les aides soignants essentiellement de l'ordre du soin et sous la responsabilité de l'infirmier. Les AMP complètent la prise en charge par le domaine psychologique et pédagogique (les activités thérapeutiques et la relation individualisée). Malgré toutes les difficultés manifestes du positionnement des AMP, nous pouvons voir que les compétences sont gérées dans le quotidien de façon complémentaire entre ces deux agents.

Au cours des entretiens, cette notion de complémentarité s'est justifiée à plusieurs reprises. Les cadres et directeurs ont employé ce terme et ont évoqué entre autres le rôle psychologique de l'AMP essentiel à la prise en charge.

Selon le directeur de l'EHPAD (D) :

- *« Il y a une complémentarité entre l'AS et l'AMP...Le soignant est plutôt technique alors que l'AMP est plutôt psychologique. Alors si vous arrivez à créer un binôme, c'est bien...L'AMP va pouvoir alerter sur le confort et les petites choses qui ne vont pas, c'est très important dans le quotidien du résident. »*

De plus, il évoque le lien avec la famille que l'AMP développe :

« C'est bien d'avoir des AMP car elles sont formées justement pour animer, accompagner et stimuler...L'AMP peut apporter un plus à l'AS...Ces moments d'échange permet d'avoir une autre vision des familles et des résidents, des « on s'occupe pas de nous ». Alors que dans le partage, il y a moins d'agressivité... favorise les liens et aide à la participation des familles. Quand ça se passe comme ça, vous enlevez à peu près 60 à 70% des conflits... L'AMP peut être le médiateur entre le résident et sa famille. »

Ainsi, le référentiel d'activité qui présente la fonction du maintien de la vie sociale avec l'aide au développement des liens sociaux et familiaux est dans cette EHPAD, bien exploitée dans la fonction d'AMP. Elle représente une activité complémentaire à celle des aides soignants.

De plus, les managers reconnaissent leurs compétences en matière de conduite de projet. Le cadre de santé de l'EHPAD (2) favorise les AMP pour l'élaboration d'ateliers thérapeutiques :

- *« Une AMP sait ce que c'est un projet et comment on le monte. Une AS est capable de mettre en action une animation mais sans nécessairement la*

construction en amont. Elles sont capables au pied lever, de mettre de la musique, mais ce n'est pas construit. Alors que l'AMP dira, là c'est pour le développement des liens sociaux...On a du vocabulaire en plus, c'est plus précis, plus fin, plus pertinent»

Donc, le domaine de compétence « animation de la vie sociale et relationnelle » est exploité par ce cadre de santé.

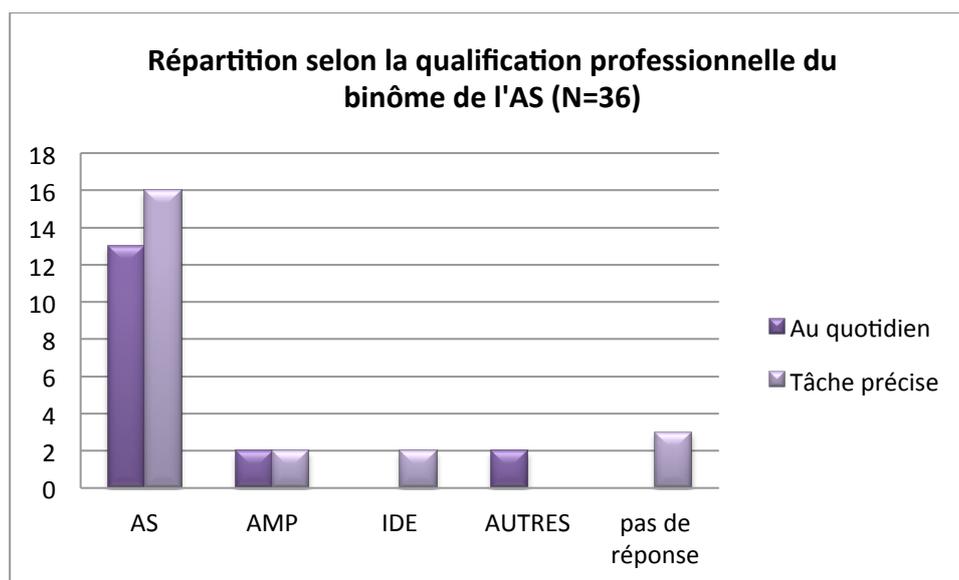
Par ailleurs, la fiche de poste de l'EHPAD (3) favorise essentiellement la fonction d'accompagnement social de l'AMP.

Ainsi, dans ces établissements, la complémentarité entre les fonctions d'AS et d'AMP est identifiée et, autant que possible mise en valeur.

Le directeur d'établissement a évoqué la notion de binôme. Il serait intéressant d'analyser si ces deux agents travaillent de cette manière.

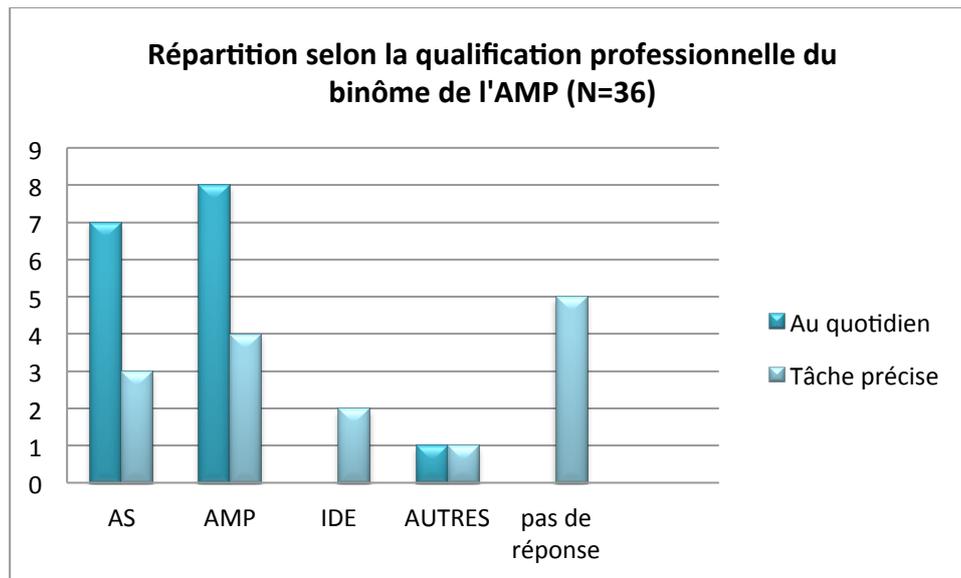
Le questionnaire va permettre d'y répondre. J'ai demandé à chaque soignant s'il travaillait en binôme au quotidien ou pour une tâche précise et avec quel professionnel.

✚ Concernant les AS



Les AS déclarent travailler au quotidien (77%) ou pour une tâche précise (86%) en binôme. La qualification de leur collaborateur est essentiellement aide soignant.

✚ Concernant les AMP



Les AMP déclarent travailler quotidiennement (86%) ou pour une tâche précise (53%) en binôme. La qualification de leur collègue est assez répartie, en raison d'un effectif plus important d'AS, toutefois les AMP sont en majorité.

Synthèse

La gestion des compétences s'appuie sur une complémentarité entre les deux professionnels. D'une manière générale, le manager utilise à parité ces deux soignants pour répondre à la dépendance des personnes âgées dans les soins quotidiens. La fragilité des résidents responsabilise ce personnel à part égal dans la surveillance de leur état de santé. Toutefois, le manager reconnaît davantage à l'AMP, la compétence relationnelle, ainsi que celle du maintien du lien social avec la famille et les autres pensionnaires de l'établissement. Les ateliers thérapeutiques sont évoqués dans un contexte de conduite de projet. Nous pouvons rattacher ces ateliers à la compétence pédagogique et de stimulation. Les managers exploitent cette complémentarité selon leur organisation interne, au détriment du travail en binôme AS/AMP, qui n'est pas utilisé régulièrement.

Par ailleurs, nous pouvons nous appuyer du contre exemple, celui de l'EHPAD(3). Le détachement de ces deux équipes engendre non pas la complémentarité mais la collaboration. Or, je rappelle les conseils du médecin gériatre Michel Cavey Lemoine : « *le pire que l'on puisse faire, serait de les placer dans une sorte de position tierce, à côté des*

*IDE d'une part et des AS d'autre part*⁹⁶ ». En conséquent, les tensions et conflits présents dans cet EHPAD démontrent que la complémentarité est bien la juste distance entre le travail des AS et celui des AMP.

Dans le cadre conceptuel, nous avons étayé le concept de la compétence collective. L'enquête met-elle en évidence cette dynamique d'équipe ?

5.3.2 De la compétence individuelle à la compétence collective

D'après Guy Le Boterf, le « savoir agir et le savoir interagir » sont des pré-requis pour développer la compétence collective. Les entretiens ont mis en évidence cette nécessité de travailler en équipe.

Tout d'abord, la directrice du centre de formation évoque l'enseignement du rôle de l'AMP en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire.

- *« Dans la formation, il y a tout un pan sur l'équipe pluridisciplinaire où sont balayés les rôles de chacun, et leur collaboration au sein de l'équipe. Comme l'essentiel des étudiants sont en EHPAD, est forcément évoquée la collaboration AS/AMP qui est un peu particulière. »*

Puis, l'entretien réalisé avec le directeur de l'établissement montre clairement sa priorité en termes de travail d'équipe.

- *« Pour moi, le 1^{er} critère, c'est la motivation. Puis, après, il n'y a pas que le critère individuel mais aussi la qualité de l'équipe. Il faut intégrer un soignant dans une équipe, une structure. Les gens peuvent être très bons, mais s'ils ne travaillent pas en équipe, ils ne servent à rien...Il faut toujours favoriser le travail d'équipe. Le binôme, le trinôme (IDE, AS, AMP). Tous doivent devenir acteur... Plus ça va, plus, ils sont sollicités pour travailler tous ensemble.»*

Il est bien démontré, que la compétence individuelle ne suffit plus. Il s'agit aujourd'hui de travailler collectivement. L'AMP doit donc se positionner non seulement en complémentarité avec l'AS mais aussi dans une dynamique d'équipe favorisant la culture gériatologique. L'AMP de part, sa spécificité sociale, est-il alors un acteur pour impulser ces valeurs ?

⁹⁶ Site du Dr Michel Cavey Le Moine- disponible sur <http://michel.cavey-lemoine.net/> - consulté le [8/04/2012]

Les interlocuteurs ont exprimé à plusieurs reprises cette notion de culture. D'abord, lors de l'échange réalisé avec la directrice de soin de l'EHPAD (2), elle a invoqué le rôle social de l'AMP qui démarque son établissement médico-social de celui du sanitaire. Puis, le cadre de proximité de la même structure, évoque l'AMP dans cette conception de transmission de valeurs.

- Concernant les activités thérapeutiques réalisées par les AS : *« l'idéal, c'est d'être coaché par une AMP... Elle a créé un point d'impact d'une culture. On a parlé de la couture, et bien c'est venu après. C'était un déclic pour l'équipe. »*

Ainsi, les interactions entre le personnel sont encouragées. L'interagir est bénéfique, impulse une dynamique propice à la culture gérontologique. Les soignants se retrouvent autour du même « affect », illustré aussi par le directeur de l'EHPAD (D)

- *« c'est trouvé un projet commun qui est la prise en charge de la personne âgée mais dans sa globalité. »*

Ce mouvement autour des valeurs s'accroît. L'AMP devient un acteur de part ses compétences relatives à l'accompagnement social et pédagogique.

Par ailleurs, un autre point a été évoqué à plusieurs reprises lors des entretiens. Il éloigne le bénéfice de la qualification mais accroît la compétence individuelle. Le facteur individu est largement pris en compte dans la répartition des rôles. La théorie de F. Minet explique la part importante de la personne dans sa singularité, sa motivation, son histoire etc. Tout ce qui peut définir l'individu. Cette logique est donc considérable dans la construction de la compétence individuelle, élément de base pour fonder la compétence collective. D'ailleurs, certains managers n'hésitent pas à favoriser les qualités suivantes, au détriment de la qualification :

- la motivation : le CDS (2) évoque à plusieurs reprises le plaisir au travail, le directeur de l'EHPAD (D) insiste sur l'attention de « bien faire »
- *« On a des auxiliaires de vie, qui ne sont pas diplômées, mais qui humainement...L'envie de bien faire prime. Même si elles font des erreurs, les résidents et les familles pardonnent à partir du moment où il y a toujours cette envie de bien faire. »*
- l'individu selon son relationnel et le lien tissé avec le résident. Cela a été exprimé par le directeur de l'EHPAD (D) :

- *« je fais plutôt attention aux affinités. Il y a un résident qui va vouloir prendre une douche avec l'aide de tel agent et pas avec un autre. On ne peut pas les forcer, s'ils se sentent bien avec quelqu'un, c'est plutôt humain...Il faut un bon équilibre. Donc, il faut plutôt favoriser la relation résident/équipe, que favoriser une compétence AMP/AS.*
- *Cette relation est liée à l'individu ou à la qualification ? Car la formation, forme normalement les professionnels pour...*
- *Non, on ne peut pas être formé à aimer tout le monde et à se faire aimer par tout le monde. Ça ne s'apprend pas... On est dans une collectivité où l'individu ...veut exister pour sa propre personne...On parle d'intimité...Je vous renvoie la question, êtes-vous capable de vous dénuder devant n'importe qui ? »*

Le CDS (2) parle aussi de soignant référent qu'il va mettre en place développant la relation résident/ soignant au détriment de la répartition des rôles de chacun selon la spécificité du métier.

Ainsi, la compétence ne se restreint pas seulement à la qualification mais aussi à l'individu dans sa singularité. Le manager doit prendre en compte la totalité des facteurs pour composer son équipe et développer ainsi la compétence collective.

Synthèse

Les compétences individuelles de l'AMP sont donc reconnues et complémentaires à celles de l'AS. Cependant, le travail en équipe est, à ce jour, essentiel. Les managers attendent donc des AMP, une complémentarité qui s'entremêle avec le savoir interagir en équipe. Cela met en évidence, les compétences du professionnel, avec un rôle clair attribué par le cadre de santé. Toutefois, d'autres facteurs participent au développement du travail collectif : la motivation, l'individu etc.

L'AMP grâce à sa formation orientée vers le domaine social et pédagogique, est un acteur participant à la dynamique collective, et favorisant l'émergence de la culture gériatologique.

Et pourtant, cette conception reste encore vulnérable. Tous les interlocuteurs interrogés, ne l'expriment pas forcément. Quelles peuvent-être les raisons de cette involution non propice à l'émergence de cette culture?

5.3.3 Les limites de l'interaction

L'interaction peut être fragile car elle dépend de divers éléments venant participer à son développement.

D'abord, la logique d'organisation exprimée par F. Minet est un point central. Le cloisonnement des équipes par qualification (EHPAD (3)) ou par étage (EHPAD (1)) est un frein à ce travail d'équipe. La répartition des tâches selon cette logique encourage les acteurs à rester dans un rôle personnel sans se soucier du collectif et limite ainsi l'émergence de valeurs propices à la culture gériatrique.

Ensuite, l'auteur insiste sur la logique de l'individu (défini par sa motivation, ses traits de personnalité, ses aptitudes, son expérience etc.). Or, le profil des AMP interrogés par questionnaires ont une expérience peu significative : 60% ont un diplôme datant de moins d'un an ou en cours de formation. Leurs identités professionnelles ne peuvent être que fragiles. N'oublions pas, que l'équipe d'AMP de l'EHPAD (3) était composée dans un premier temps d'AS n'ayant pas bénéficié de formation par rapport à leur nouveau statut. Comment, dans ces conditions, le métier d'AMP peut-il prendre position au sein de l'équipe soignante ?

Arrêtons-nous sur le profil de ces soignants. La directrice du centre de formation a indiqué que la majorité des étudiants possède un âge entre 20 et 30 ans et détienne un parcours difficile puisque 70% sont des demandeurs d'emploi (les 30% restants sont des salariés d'EHPAD dans le cadre de la formation professionnelle). Elle précise, concernant les 70% de demandeurs d'emploi :

« Ils s'orientent vers les métiers de l'aide à la personne. Ils choisissent le métier d'AMP ou en tout cas un métier de soignant. On a des candidats qui se présentent sans trop savoir la différence entre le métier d'AMP et d'AS. »

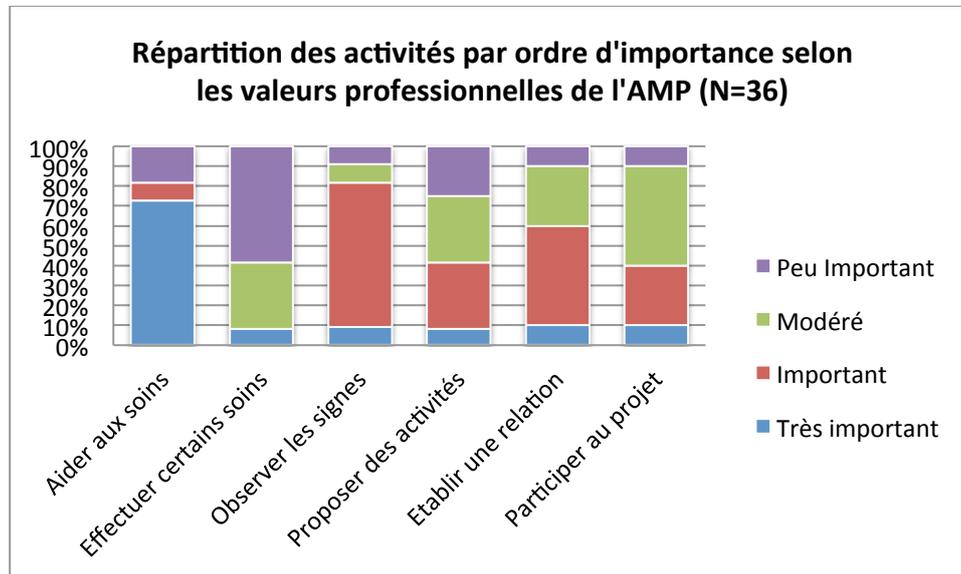
Ainsi, cette profession ne fait pas l'objet d'un véritable choix par rapport à sa spécificité. Je rappelle que les managers envoient leurs salariés vers cet apprentissage pour des avantages en termes de gestion. La formation aura donc un travail considérable pour investir ces étudiants dans leur métier et développer une identité capable de démarquer le soignant dans l'équipe.

J'ai voulu vérifier si ces AMP disposent d'une réelle empreinte professionnelle, la question 9 était posée de la façon suivante :

En fonction de vos propres valeurs, parmi ces 6 activités, noter celles qui vous semblent les plus importantes (chiffre 1) au moins importantes (chiffre 6). D'une manière

identique à la question 8, j'ai construit une cotation pour pouvoir analyser au plus juste les réponses en considérant que le chiffre 1 correspond à une activité très importante, les chiffres 2 et 3 à une pratique importante, les chiffres 4 et 5 à une activité modérément importante et le chiffre 6 à une pratique peu importante.

Les valeurs professionnelles des AMP

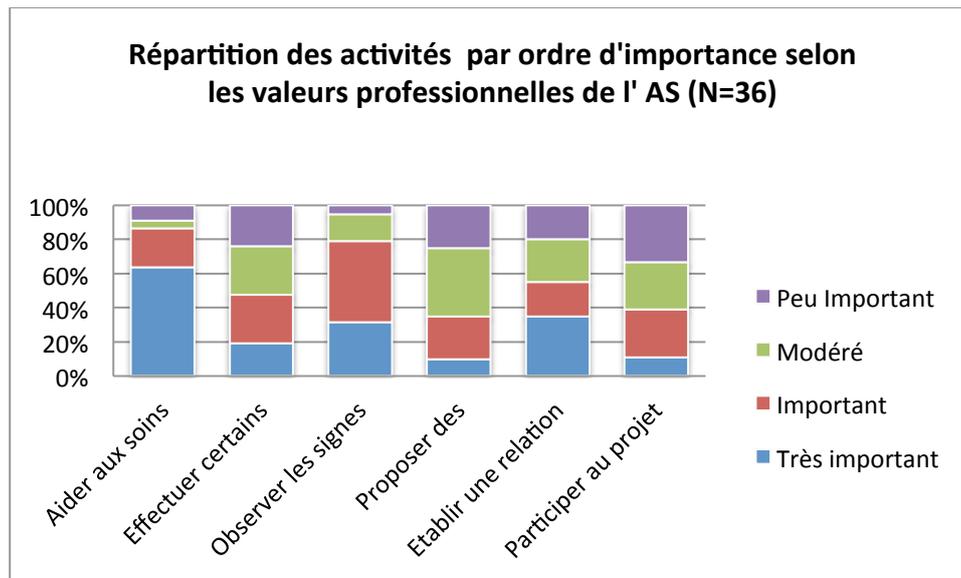


- Aider aux soins d'hygiène est très important
- Effectuer certains soins sous la responsabilité de l'IDE est peu important
- L'observation des signes cliniques est importante
- Proposer des activités thérapeutiques est modérée à importante
- Etablir une relation personnalisée est importante
- Participer à l'élaboration des projets individuels est modérément important.

Donc, selon les valeurs des AMP, l'aide aux soins d'hygiène est classée en première position, puis l'observation des signes cliniques, ensuite la relation personnalisée, les activités thérapeutiques puis la participation au projet personnalisé, et enfin la réalisation des soins sous la responsabilité de l'IDE est classée en dernier.

La fonction soignante est importante pour eux, la fonction relationnelle et pédagogique prend une moindre place. En conséquent, ils se laissent influencer par l'organisation leurs demandant de participer fortement aux soins d'hygiène et à l'observation des signes cliniques.

✚ Comparons avec les valeurs des AS :



- Aider aux soins d'hygiène est très important
- Effectuer certains soins sous la responsabilité de l'IDE : les résultats sont très partagés entre important, modérée voir peu important
- L'observation des signes cliniques est importante
- Proposer des activités thérapeutiques est modérément important
- Etablir une relation personnalisée est très important
- Participer à l'élaboration des projets individuels : les résultats sont partagés mais la majorité considère cette activité comme peu importante.

Donc, l'aide aux soins d'hygiène est classée en première position, puis établir une relation personnalisée, l'observation des signes cliniques se place en troisième position, puis la réalisation de soins sous la responsabilité de l'IDE, proposer des activités et la participation au projet personnalisée se classent en dernière position.

La fonction soignante est particulièrement mise en avant. Toutefois, la dimension relationnelle détient une place importante.

Les AS et les AMP se distinguent d'une part par l'activité : réalisation des soins sous la responsabilité de l'IDE. Il est logique que l'AMP la place en dernière position et l'AS en quatrième. En revanche, établir une relation personnalisée est plus important pour

les AS que pour les AMP. Il convient de dire que l'identité professionnelle des AMP ne relève pas d'une réelle cohérence.

La complémentarité entre les AS et les AMP ne peut être effective, seulement si le soignant a connaissance de la profession de son collaborateur. Bien souvent, une représentation galvaudée du métier limite la reconnaissance des compétences du professionnel et une sollicitation appropriée. Le positionnement au sein de l'équipe en est affecté. Ce regard peut provenir non seulement du collaborateur mais aussi du supérieur comme en témoigne les entretiens réalisés.

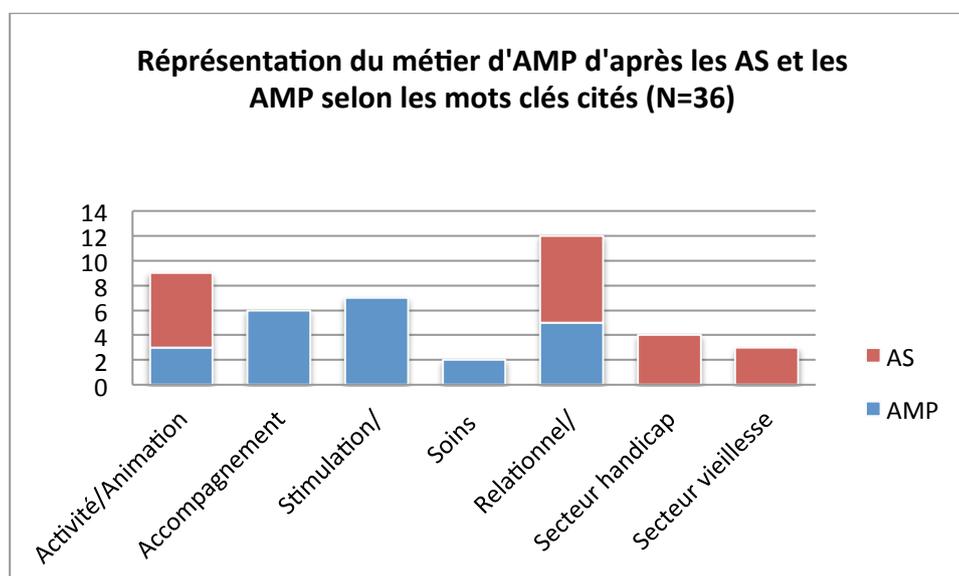
Selon le directeur de l'EHPAD (D) :

- « Pour moi, l'AMP, idéalement, c'est le premier pas avant d'être AS »
- « Donc, pour vous, c'est inférieur aux AS ? »
- « Légèrement, la preuve est que l'AMP n'est pas reconnu dans le milieu hospitalier alors que l'AS peut travailler aussi bien en EHPAD, clinique, un peu partout... »

Le CDS (2) explique

- « Faire tomber les représentations que l'animation, ce n'est pas du boulot, c'est ce qu'on entend souvent. »

La question 13 de l'enquête va permettre de connaître le regard porté sur le métier d'AS et d'AMP. Elle était formulée de la façon suivante : quelle est selon vous la différence entre un AS et un AMP ? Afin de hiérarchiser les réponses, je les ai classées selon les mots-clés cités.



Les AMP revendiquent principalement leur rôle d'accompagnement et d'éducation/stimulation. Remarquons que ces réponses, à contrario de la question 9 sont davantage dans l'empreinte de leur spécificité. Les AMP prétendent donc à ces valeurs mais ne les formalisent pas lorsque les réponses sont traduites sous forme d'activités quotidiennes. Leur identité est donc difficile à percevoir.

Les AS n'ont jamais employé les termes évoqués : accompagnement, éducation/stimulation. Pour eux, ils catégorisent les AMP en rapport avec leurs compétences relationnelles et d'animation. Ils montrent leurs différences en notant les secteurs d'exercice de chacun. Ils précisent leur attachement à l'hôpital et assimilent les AMP aux secteurs de l'handicap et de la vieillesse. De plus, certaines réponses des AS retranscrivent un positionnement supérieur par rapport aux AMP : *« l'AS a plus de responsabilités/ collabore avec l'IDE/est polyvalente/ l'AMP a moins de modules à passer »*

Le regard de l'AS et de l'AMP sur la profession d'aide soignante est porté principalement sur le soin et la technicité. La représentation est identique pour ces deux professionnels concernant ce métier. L'identité professionnelle de l'AS est davantage distinguée, claire. Son positionnement dans l'équipe est en conséquence, approprié et plus solide.

Synthèse

Les managers gèrent les compétences des professionnels AS/AMP selon une complémentarité. Cependant, le positionnement de l'AMP au sein de l'équipe est délicat. Dans certains établissements, ce soignant est un véritable acteur de la compétence collective et impulse une dynamique avec des valeurs transmises aux autres professionnels. Dans d'autres structures, les managers priorisent non pas la spécificité du métier mais davantage l'individu et la relation développée avec les résidents, ainsi que la motivation (l'envie de bien faire est toujours valorisée, le plaisir au travail aussi).

Par ailleurs, pour que ce professionnel puisse participer à la dynamique d'une culture gérontologique, il est indispensable qu'il puisse se positionner dans l'équipe par rapport à ses compétences spécifiques. Or, les réponses apportées sur leur identité professionnelle sont incohérentes. Ce qui laisse supposer une identité vulnérable influencée d'une part par l'organisation interne de leurs établissements ; d'autre part leurs profils (une expérience inférieure à 1 an, des candidats en formation n'ayant pas choisi spécifiquement

le métier d'AMP). Rajoutons que la représentation des AS et de certains managers envers cette profession, n'encourage pas à développer l'implication des AMP dans l'équipe. Dans le cadre conceptuel, nous avons étayé l'idée des projets personnalisés comme outil pour concrétiser la culture gérontologique puisqu'il permet d'une part la contribution de l'ensemble de l'équipe et d'autre part un accompagnement de la personne âgée dans sa globalité. Mais, comment sont-ils utilisés dans la réalité du terrain ?

5.4 Les projets personnalisés

5.4.1 L'utilisation des projets personnalisés dans les EHPAD

Lors des entretiens, j'ai évoqué ce sujet. J'ai demandé si ces projets étaient effectués dans les établissements. Les réponses sont très partagées puisque seulement un manager sur quatre affirme les réaliser : le CDS (1).

- Ce cadre (CDS (1)) me présente cet outil et m'explique la volonté du groupe d'utiliser ce procédé puisqu'il met à disposition un document pour formaliser ces projets.
- Le CDS (2) explique une élaboration débutée mais des actions pas encore identifiées et mises en place.
- Le CDS sup (3) exprime une suspension de ces projets mais une reprise prochaine.
- Le D.ET évoque des projets non formalisés mais des actions réalisées tous les jours.

Je rappelle que cet outil est obligatoire depuis 10 ans (2002) et pourtant, les établissements ne semblent pas l'investir. La question 8 évoquant la pratique des activités le confirme. En effet, l'item « *participer à la mise en place d'un projet individualisé avec l'équipe pluridisciplinaire* » a été estimé comme une activité réalisée modérément à peu fréquemment par les AS et les AMP. De manière identique, la question 9 sur les activités a classé selon leurs valeurs professionnelles affirme pour ces deux soignants une considération modérée à peu importante.

En conséquent, cet outil est peu utilisé dans les EHPAD. Les cadres évoquent la réalisation de ces projets prochainement, et les soignants ne semblent pas y porter beaucoup d'importance.

5.4.2 La participation de l'AMP pour l'élaboration des projets personnalisés

L'élaboration se distingue selon les structures. En effet, les EHPAD (1) et (2) m'expliquent leurs procédés. Le premier dispose d'un imprimé utilisé dès l'admission pour renseigner des habitudes de vie de la personne. Les items sont corrélés aux 14 besoins de Virginia Henderson. Au cours de l'hébergement, ils sont étudiés selon l'organisation de l'institution, les besoins et désirs du résident. A partir de ces informations, un projet est formalisé. Les professionnels qui mènent ce travail sont le médecin coordonnateur, la psychologue, le cadre de santé et les infirmiers, aides soignants/AMP référents de l'étage où réside la personne âgée.

Le deuxième établissement s'organise autrement. Cinq groupes de travail ont été créés, selon des thématiques : vie sociale, environnement (rangement/ménage), circuit du médicament (surveillance, mode de prise du médicament), alimentation et soins quotidiens (toilette, habillage et installation). La directrice de soin, les cadres de santé et le médecin coordonnateur sont chacun responsables d'un groupe. Les soignants (AS, AMP, IDE etc.) élaborent les actions, les responsables les valident.

Ainsi, les modalités de réalisation sont différentes selon les établissements. L'AMP dispose d'un enseignement particulier sur les projets personnalisés. Toutefois, leur participation à l'élaboration n'est pas particulièrement valorisée.

L'entretien effectué avec la directrice du centre de formation confirme cette idée. Elle m'explique qu'en termes de méthodologie, il peut effectivement se démarquer mais que l'aide soignant a autant la capacité de participer à la mise en place de ces projets. Elle précise que le regard de l'AMP sera peut-être orienté davantage vers l'accompagnement. Cependant, elle n'en est pas si convaincue. Cela rejoint, l'argument cité auparavant sur l'identité professionnelle vulnérable de l'AMP.

5.4.3 La participation de l'AMP pour la réalisation des actions qui résultent des projets personnalisés.

L'analyse va s'identifier aux établissements qui utilisent ce procédé. Ma question était la suivante, en lien avec les projets personnalisés : « *Faites vous une différence entre les AS et les AMP pour les actions spécifiques ?* »

- L'EHPAD (1) (qui est la seule structure qui utilise réellement les projets).
- « *On en a fait 102 en 2011* »

- « Si le plan d'action a mené a été beaucoup plus ciblé par le psychologue...J'essaye des fois de voir plutôt avec une AMP qui a eu la rubrique pendant sa formation où l'on insiste plus sur l'aspect psychologique...Mais sinon, je fais aucune différence. Elles sont toutes pour moi...elles sont toutes...On aura bientôt, un pourcentage à la fin moitié AS, moitié AMP, donc quand on met en place quelque chose, on le met avec le groupe. »

Cette réponse se traduit autour de l'organisation interne du soin.

- Le CDS (2) évoque aussi la logique d'organisation et va privilégier des soignants référents.
- Le D.ET exprime la notion du travail en équipe qu'il faut valoriser au quotidien et priorise les affinités, la relation établie soignant/soigné.

Ainsi, les cadres de santé n'utilisent pas cet outil pour positionner l'AMP dans son rôle. Les projets (lorsqu'ils sont élaborés) rentrent dans leur fonctionnement quotidien.

Synthèse

Les projets personnalisés sont peu exploités dans les établissements. Lorsqu'ils sont réalisés par l'équipe, cette dernière est plutôt restreinte. Elle ne s'étend pas aux acteurs tels que le kinésithérapeute, la psychomotricienne et même le résident et sa famille. Cet outil n'est pas considéré comme un moyen de rassembler l'ensemble des agents intervenants dans l'accompagnement. De plus, la conception des items élaborés par l'EHPAD (2) ne permet pas une représentation globale de l'individu. Donc, ce procédé n'est pas utilisé comme un outil développant la culture gériatrique.

Par ailleurs, ces projets restent dans une logique semblable à celle de l'organisation interne. Ils sont soumis aux mêmes difficultés et ne permettent pas aux cadres de les dépasser. Ainsi, l'AMP est positionné de manière identique par rapport à la réalisation de son travail quotidien. Il ne se différencie pas dans l'élaboration et la mise en œuvre des projets personnalisés par rapport à ces collaborateurs.

Il est important d'insister sur le fait que les managers ne s'investissent pas autant dans ces projets. Et pourtant, dans le cadre conceptuel, nous avons étayé l'idée que cet outil permettait d'engendrer une certaine qualité de la prise en charge de part le rassemblement de l'équipe entière qu'il suppose, induisant la notion de globalité et la personnalisation des soins. Alors, Comment les managers et les soignants perçoivent la qualité au sein de leur établissement ?

5.5 La qualité

La qualité est une notion très vaste, je voulais savoir en employant ce terme, quelles étaient leurs premiers critères pour définir une prise en charge de qualité ?

Les réponses se distinguent :

Pour le CDS (1), elle évoque dans cet ordre

- D'abord la compréhension de la personne âgée mais dans un aspect médical (les infections, les épidémies de gastro, les insuffisances respiratoires aiguës...), avec la nécessité de réaliser des formations internes pour les soignants.
- Ensuite, l'hygiène (hygiène des mains, le port du tablier et des gants...),
« c'est à partir de là, que l'on est dans la qualité »
- L'aspect psychologique : la bienveillance, la façon d'être, de se comporter
- Les gestes d'urgence
- Les audits : sensibilisation sur la prévention des risques de chute, de déshydratation, dénutrition etc.
- Et enfin, *« tout ce que l'on peut mettre en place pour que le résident se sente bien »*

Pour le CDS (2) : il n'hésite pas à exprimer sa colère devant ce mot et insiste sur la notion de sécurité encore non garantie dans les établissements :

-« On peut parler de la qualité des soins quand déjà, on a résolu le problème de la sécurité des soins. Et, aujourd'hui, on parle de qualité des soins sauf, qu'on n'a pas abordé la sécurité. Quand on a 3 faisant fonction d'AS mais qui ne sont pas AS, qui distribuent les médicaments. On ne parle pas de qualité, il faut que ça ait un sens. »

Puis ce cadre parle dans un deuxième temps du respect de la dignité de l'Homme, avec le maintien de l'autonomie.

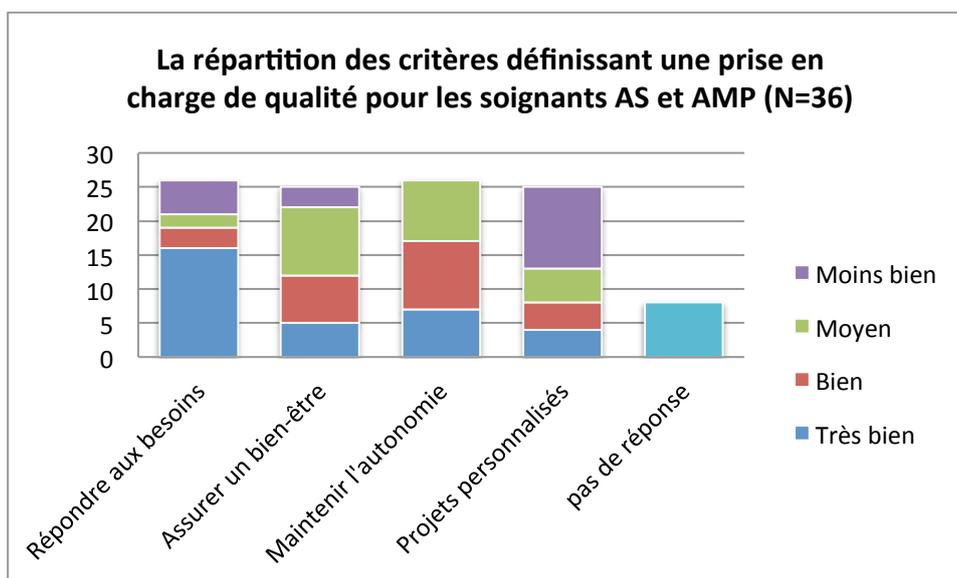
Pour le CDS sup (3), elle évoque un indicateur : l'absence d'escarre qui permet de donner une information sur la prise en charge (la nutrition, l'hydratation).

-« Ça veut dire aussi que se sont des personnes qui sont accompagnées, qui ne sont pas seuls dans leurs lits ».

Le D.ET met en avant la communication auprès de l'ensemble de l'équipe et de la famille pour anticiper les problèmes et mettre en valeur la prise en charge du soignant auprès de ses proches.

Ainsi, les managers ont une conception différente de la qualité. Certains sont davantage dans le soin, alors que d'autres revendiquent d'abord la sécurité ou l'information. L'accompagnement et l'aspect psychologique avec le maintien de l'autonomie sont souvent cités dans un deuxième temps.

Concernant les AS et AMP, je voulais aussi connaître leurs regards au sujet de la qualité de la prise en charge. Ma question était la suivante : « *Quels sont selon vous les critères qui définissent une prise en charge de qualité ?* » J'ai appliqué la même cotation que pour les questions 8 et 9, à savoir : le chiffre 1 représente une prise en charge de très bonne qualité, le chiffre 2 : bonne qualité, le chiffre 3 : qualité moyenne, le chiffre 4 : moins bonne qualité.



Les soignants placent en première position : répondre aux besoins des résidents dans un cadre institutionnel, puis le maintien de l'autonomie, le bien être psychologique et sociale se place en dernière position avec la mise en place de projets personnalisés en lien avec l'équipe pluridisciplinaire.

Synthèse

Lorsque le mot qualité est évoqué, bien souvent ce que les managers et soignants répondent est de l'ordre du fondement du soin, ou de la prise en charge. A savoir : répondre aux besoins, les règles d'hygiène, la connaissance de la personne âgée ou bien la dignité de l'individu. Cela traduit, des réelles difficultés au quotidien pour aller au-delà de la base de la prise en charge. La roue de Deming et le mot « projet » déterminent une action allant vers l'avant et sans cesse réajustée. Il est démontré que ce mouvement est difficile à obtenir. La culture gérontologique décrite dans le cadre conceptuel ne peut prendre toute son ampleur si déjà, l'équipe dépense une énergie importante pour réaliser ce qu'ils ont exprimé, à savoir la sécurité. Par ailleurs, les managers ont acquiescé la médicalisation des EHPAD, avec en parallèle une équipe disposant d'un effectif identique. Les difficultés qu'ils rencontrent, ne sont-elles pas liées à l'orientation médicale de ces établissements, se traduisant comme un antagoniste pour développer la culture gérontologique ?

6 Vérification de l'hypothèse

Je rappelle que la problématique soulevée est la suivante :

Comment l'AMP : travailleur social, peut-il trouver sa place au sein d'un EHPAD ?

Voici, l'hypothèse envisagée :

Grâce à la mise en place des projets personnalisés, le cadre de santé utilise cet outil pour asseoir le positionnement de l'aide médico-psychologique et orienter ses missions en complémentarité avec celles des aides soignants afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées résidant en EHPAD.

L'analyse de l'enquête a démontré que l'AMP détient un positionnement compliqué au sein de l'équipe soignante. La spécificité du métier est souvent dissimulée autour d'une organisation interne.

Les projets personnalisés sont peu réalisés dans les établissements, les cadres de santé ne l'utilisent pas comme un outil pour améliorer la prise en charge du résident en

développant la culture gérontologique. Ils n'exploitent pas, non plus, ces projets pour repositionner les actions de l'AMP.

Les seules structures procédant à cette pratique, expriment des missions dégagées pour les soignants en corrélation avec leur organisation ; selon les managers : par étage, par soignant référent, ou même par affinités. La spécificité de l'AMP est dans ce cadre peu mise en valeur. Toutefois, dans l'exercice quotidien, un équilibre est présent dans les actions des AMP et des AS qui démontrent une complémentarité entre eux.

7 Les limites du travail

Cette étude s'est révélée très intéressante car, elle correspond à un problème dont j'ai été confronté au cours de mon expérience professionnelle. De plus, l'ensemble des cadres de santé interrogés ont reconnus cette difficulté : la gestion des compétences de l'AMP. Mon enquête a permis de recueillir une information très riche. Toutefois, le temps dont je disposais, ne permettait pas une étude aussi complète.

La synthèse de ces informations n'a pas été simple. J'ai essayé d'analyser les réponses les plus pertinentes. J'ai, à ce titre, privilégié les entretiens, au détriment des questionnaires. En effet, j'ai mis volontairement de côté plusieurs questions en raison d'abord d'une mauvaise formulation de ma part laissant place au ressenti. Ensuite, certaines réponses étaient très ambiguës (exemple : la question 17), elles ne correspondaient pas à celles des cadres de santé. Peut-être y avait-il un problème de vocabulaire ? Et enfin, certaines questions (10, 11, 12) n'auront apportées aucun renseignement important vis à vis du sujet traité.

De même, toute une partie des entretiens sur la médicalisation des EHPAD n'a pas fait l'objet d'une analyse car elle ne concerne pas principalement le thème.

Pour terminer, dès le début de mon enquête, je me suis rendue compte que mon hypothèse ne sera pas réellement validée. Alors, les entretiens réalisés détiennent un contenu sur le sujet des projets personnalisés, succinct. Il aurait été préférable que j'approfondisse davantage les raisons de cette pratique si peu effectuée. Toutefois, j'ai préféré m'orienter vers l'AMP, son positionnement et la gestion de ses compétences par le cadre de santé.

8 Le projet professionnel

Mon projet professionnel s'oriente dans le cadre des établissements médico-sociaux et plus particulièrement en EHPAD. Je reprendrai une activité au sein d'une structure qui a été créée en Mai 2011. Il se situe à la moitié de sa capacité de remplissage et l'effectif de l'équipe soignante est, elle aussi à 50% du recrutement total. Ainsi, ma priorité va s'orienter vers la construction d'une équipe solide et efficace. La gestion des compétences sera donc une démarche à réaliser tout comme le recrutement. La convention tripartite signée ne permet pas la création de postes d'AMP en plus de ceux des aides soignants. L'ARS considère ces deux professionnels dans un ensemble. Je serai donc amené à gérer selon mes propres convictions les deux soignants. La complémentarité sera de mise mais sans oublier les autres membres de l'équipe. Il existe, effectivement une psychomotricienne et une animatrice. Elles ont pour moi, un rôle important dans leurs collaborations avec l'AMP. Ma priorité sera de faire naître une dynamique d'équipe. Pour cela, le cloisonnement est à bannir. Les AMP se situeront comme l'indique le décret : « à la frontière de l'éducatif et du soin ». Leur fonction soignante sera exploitée car ça leur appartient et elle fait partie de leur profession. Cependant, je considère qu'ils ont un rôle important dans la fonction sociale et pédagogique. La collaboration avec l'animatrice et la psychomotricienne s'intégreront dans ce domaine. J'éviterais (à contrario de l'EHPAD (3)) de lui donner un projet de vie à réaliser seul, sans être épaulé par un autre professionnel. L'AMP a besoin d'être guidé pour un projet de cette envergure. De plus, un travail d'équipe ne peut être que plus efficace. L'EHPAD et sa culture gérontologique prendra naissance auprès de cette dynamique d'équipe.

Voilà mon souhait concernant mon poste à venir. Bien entendu, je suis consciente de tous les obstacles qui peuvent se présenter (exemple : le recrutement). Mais, cet écrit retrace un idéal que je tenterai d'approcher.

Conclusion

Les divers plans gouvernementaux (Alzheimer, Bien Vieillir) qui se sont succédés ces dernières années, démontrent une volonté de prendre en charge le phénomène de vieillissement de la population. Ainsi, les personnes âgées acquièrent une autre attention au sein de la société. Ils sont considérés non pas comme des personnes malades mais dépendantes. C'est pourquoi, l'accompagnement physique, psychique et social est devenu une priorité, aujourd'hui. Dans ce cadre, les AMP sont venus s'intégrer aux équipes soignantes. Toutefois, leur positionnement est problématique. D'abord, les établissements ne disposent pas de moyens semblables pour gérer cette profession. Certaines conventions tripartites (généralement celles des structures publiques) permettent la création de postes d'AMP en plus de ceux des aides soignants. D'autres contrats (généralement ceux des établissements privés), assimilent cet agent dans l'effectif du groupe AMP/AS. Ainsi, les moyens financiers dont disposent les EHPAD sont différents. Les organisations sont donc conjointes à ces modalités.

L'enquête a montré des rôles attribués à l'AMP distincts : un manager a détaché l'équipe d'AMP à celle des AS. Un autre a assimilé entièrement ces soignants aux AS, sans faire aucune distinction. Et enfin, un cadre a voulu un intermédiaire, c'est-à-dire attribué un rôle de soignant à 80% et un rôle social et de stimulation à 20%. Toutefois, tous ont exprimé des difficultés pour le positionnement de ce professionnel au sein de l'équipe (l'absence de moyens, la pression du groupe des aides soignants, les conditions de travail : les horaires, la charge de travail). La spécificité de la profession est peu exploitée, souvent contrainte aux obstacles de l'organisation.

Toutefois, le travail de recherche montre une complémentarité au quotidien de l'activité des AMP avec celle des AS.

Selon les auteurs S.Connangle et R.Vercauteren, la qualité de la prise en charge en EHPAD se traduit par une dynamique d'équipe, nécessitant la compétence collective et engendrant une culture gériatrique. D'après mes recherches, les AMP n'ont pas suffisamment d'aptitudes pour être un réel acteur de cette dynamique. En effet, leur identité professionnelle est vulnérable, leur profil est délicat (ils n'ont pas particulièrement choisi cette profession) et l'organisation ne leur permettent pas de prendre une place aussi marquée au gré de leur métier. Cependant, un établissement a réussi par l'intermédiaire d'une AMP d'engendrer un point d'impact pour développer la culture gériatrique.

D'autres, afin de rentrer dans cette dynamique du collectif, préfèrent privilégier le soignant référent ou les affinités tissées pour positionner leurs agents.

Par ailleurs, il a été noté que les structures sont contraintes à d'intenses difficultés liées à la médicalisation, mais paralysant ainsi, la dynamique de la qualité se réfèrent à une culture gériatrique. La sécurité est une notion qui ait apparue pour certains établissements.

Il existe un outil pour soutenir cette culture gériatrique : les projets personnalisés. Ils rassemblent tous les intervenants (y compris le résident et sa famille) pour élaborer un projet « personnalisé », c'est-à-dire adapté à la personne âgée. Grâce à ce procédé, la spécificité du métier d'AMP pourra-t-elle être davantage exploitée ? Les établissements utilisent très peu cet outil. Et, lorsqu'ils s'en servent, les projets rentrent dans l'organisation déjà mise en place. Ils ne permettent pas de missionner autrement les agents.

Les EHPAD se médicalisent lié au développement du maintien à domicile et aux fermetures des services de MCO laissant présager une continuité de la prise en charge davantage dans le domaine du soin. Les EHPAD : établissement médico-sociaux sont à ce jour encore très proche de l'accompagnement des personnes âgées. Toutefois, étant donné le contexte, leur situation va-t-elle évoluer ? Resteront-ils à la frontière du médical et du social ? Et, les AMP resteront-ils aussi comme l'indique le décret : « *à la frontière de l'éducatif et du soin ?* »

Bibliographie

Ouvrages :

Sylvain Connangle et Richard Vercauteren (2010), Paris, Ed Eres, **Missions et management des équipes en établissement pour personnes âgées** – 144p

Sylvain Connangle et Richard Vercauteren (2007), Paris - Ed Eres, **Gérer la démarche qualité en établissement pour personnes âgées** – 131p

Annie Mollier (2002) – Paris- Ed Dunod- **Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées**

Simone de Beauvoir (1970)- **La Vieillesse** – Paris – Ed Gallimard – 604p

Stéphane le Boulier (décembre 2010), **La dépendance des personnes âgées : quelle réforme ?** Paris - Regards sur l'actualité n° 366, 99p

Francis Minet(1994) – **La compétence : mythe, construction ou réalité ?**-Paris – Ed l'Harmattan- 225p

Guy Le Boterf(2009), Paris- Ed Eyrolles, **Construire les compétences individuelles et collectives**- 269p

Piotet.F et R. Sainsolieu (1994), **Méthode pour une sociologie de l'entreprise** – Paris-presses de la fondation nationale des sciences politiques – 202p

A.Mucchielli (1999), **L'identité** – Paris – collection que sais-je ? N° 2288 Jean Jacques Amyot,

Revue :

Sholom Glouberman and Henry Mintzberg (2001) – **Health Care Management Review: Managing the Care of Health and the Cure of Disease.**

Efros Dominique (janvier 2004), **Travailler ensemble, un défi. Travailler en équipe, de quelle équipe et de quel travail parle-t-on ?** Soins cadres n°49, p27

Dr Guillet (Nov/Dec 2004) - revue Soins Gériatrique n°50, Ed Masson, P21

Walter Hesbeen (1999) – **Le caring est-il prendre soin ?** – Revue Perspective soignante, Ed Seli Arslam n°4

Sites internet :

Le Larousse de la psychologie – disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/la%20s%C3%A9curit%C3%A9> - consulté le [20/11/2011]

Dictionnaire Français Larousse – disponible sur Dictionnaire Larousse – disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/la%20s%C3%A9curit%C3%A9> - consulté le [20/11/2011]

Rapport de la DREES (2011) : **l'état de la santé de la population en France** – disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_sante-population_2011-3.pdf - consulté le [20/11/2011]

DREES (novembre 2011), **les étudiants en formation sociale ou de santé pour l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie** – disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er781.pdf> - consulté le [6/04/2011]

DREES (Aout 2008) – **Impact du vieillissement sur les structures de soin** – disponible sur <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Drees/EtudesResultats/2008/654/er654.pdf> - consulté le [2/04/2012]

Site de l'Institut National de la statistique et des études économiques - disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1319 – consulté le [20/11/2011]

DHOS - **Etude prospective des métiers de la FPH** – disponible sur http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/fichiers_repertoire/ProspectiveAMP-AS-AP.pdf - consulté le [6/04/2012]

Isabelle Robert Bobée (juillet 2006) – INSEE Première, **projection de la population de la France métropolitaine à l'horizon de 2050** – disponible sur <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1089/ip1089.pdf> - consulté le [21/11/2011]

IRDES, **les séjours hospitaliers** - disponible sur <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/Hopital/Sejours.htm> - consulté le [4/04/2011]

Michel Grignon (Mars 2003), IRDES - **les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé**, bulletin d'information en économie de la santé – disponible sur <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes66.pdf> [consulté le 21/11/2011]

Zeynep Or et Laure Com-Ruelle (décembre 2008), IRDES **La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer** – disponible sur <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf> - consulté le [8/04/2012]

Rapport de la cour des comptes (novembre 2005)- **Les personnes âgées dépendantes**- disponible sur <http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RPT/Rapport.pdf> - consulté le [2/04/2012]

Site du Sénat - Le plan vieillissement et solidarité- disponible sur <http://www.senat.fr/rap/r07-447-1/r07-447-120.html> - consulté le [2/04/2012]

Site du Sénat - **Construire le cinquième risque** – disponible sur <http://www.senat.fr/rap/r07-447-1/r07-447-120.html> - consulté le [2/04/2012]

Le plan Alzheimer – disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Alzheimer_2008-2012-2.pdf - consulté le [3/03/2012]

Loi du 6 Janvier 1986 - disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000512457&dateTexte=> - consulté le [4/03/2012]

Loi du 2 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale – disponible sur http://www.evolia93.fr/docs/loi_du_2-2.pdf - consulté le [6/04/2012]

ARS, loi du 2 janvier 2002 – disponible sur <http://www.ars.bretagne.sante.fr/Loi-2-janvier-2002-une-recher.91148.0.html> - consulté le [8/04/2012]

Arrêté du 30 Avril 1992 instituant un certificat d'AMP – disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006079736> – consulté le [10/04/2012]

Arrêté du 11 Avril 2006 relatif au diplôme d'état d'AMP – disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-05/a0050052.htm> - consulté le [5/04/2012]

Décret du 3 Aout 2007 portant statut particulier de l'aide soignant – disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006056728> – consulté le [3/05/2012]

Site de l'ANESM – disponible sur http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=375 – consulté le [9/04/2012]

Site de l'ANESM – **La bientraitance** - disponible sur <http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article602> – consulté le [9/04/2012]

Site de l'ANESM – **L'évaluation interne : repères pour les EHPAD** - disponible sur http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article551&var_mode=calcul – consulté le [9/04/2012]

Site Santé-médecine – disponible sur http://sante-medecine.commentcamarche.net/contents/alzheimer/01_definitions_et_statistiques_de_la_maladie_d_alzheimer.php3#les-statistiques-de-la-maladie-d-alzheimer – consulté le [20/11/2011]

Théorie du soin- disponible sur <http://www.infirmiers.com/pdf/cours-en-yrac/Theorie%20de%20soins%202.pdf> – consulté le [10/04/2012]

Marketing et Business (novembre 2011), **la roue de Deming** - disponible sur <http://www.karmano.fr/2011/11/la-roue-de-deming/> - consulté le [8/04/2012]

La gazette du social – disponible sur <http://www.gazette-sante-social.fr/actualite/actualite-generale-solidarite-8-3-millions-d-aidants-qui-s-ignorent-32950.html> - consulté le [21/04/2012]

Bernard Ennuyer (2003), **les malentendus de la dépendance** – disponible sur <http://rnrsms.ac-creteil.fr/idf/formation/colloque04/ennuyer.htm> - consulté le [22/11/2011]

Site du Dr Michel Cavey Le Moine- disponible sur <http://michel.cavey-lemoine.net/> - consulté le [8/04/2012]

Formation AMP – disponible sur http://www.mip-louhans.asso.fr/parties/metier/sous_parties/FM/AMP/AMP.pdf - consulté le [5/04/2012]

Ph. Chavaroche AMP : **de la souillure à la professionnalisation**, mémoire de DSTS, Institut Régional di Travail Social Aquitaine, 1997 - disponible sur <http://www.cedias.org/download/download/61512.pdf> - consulté le [5/04/2012]

Véronique Legras-Bourrel, **les Aides Médico-Psychologiques auprès de personnes âgées dépendantes : processus d'influence et évolution des pratiques de la prise en charge**, mémoire de DSTS, Institut Régional di Travail Social Midi Pyrénées, Janvier 2006 - disponible sur <http://www.cedias.org/download/download/61512.pdf> - consulté le [5/04/2012]

Claude Perrin (décembre 2010) – EHESP – **Promouvoir la démarche du projet personnalisé d'accompagnement en EHPAD : une stratégie managériale au service de la qualité de vie des résidents** – disponible sur <http://ressources.ensp.fr/memoires/2010/dessms/perrin.pdf> - consulté le [11/04/1012]

Enseignement théorique

Robineau Isabelle, enseignante en Master 1 Management et Santé. Qualité et Organisation. **La mise en place des indicateurs dans le monde de la santé**. Paris Est Créteil, 2011

Les annexes

- Le référentiel professionnel du Diplôme d'Etat de l'Aide Médico-Psychologique.
- Le questionnaire adressé aux aides soignants et aux aides médico-psychologiques.
- La grille d'entretien à réaliser avec les cadres de santé
- La grille d'entretien à réaliser avec le directeur d'établissement
- La grille d'entretien à réaliser avec l'ancienne directrice du centre de formation d'aide médico-psychologique.
- Retranscription de l'entretien réalisé avec le cadre de santé (CDS (1)).
- Retranscription de l'entretien réalisé avec le cadre de santé (CDS (2)).
- Retranscription de l'entretien réalisé avec le directeur d'établissement (D.ET).
- Retranscription de l'entretien réalisé avec l'ancienne directrice d'un centre de formation d'aide médico-psychologique (D.F)
- Retranscription de l'entretien réalisé avec le cadre supérieur de santé (CDS sup (3)).

Questionnaire de recherche destiné aux AS/AMP

1- Sexe : F M

2-Qualification : AS AS en cours de formation / AMP AMP en cours de formation

3-Année d'obtention du diplôme :

4-Heures de travail : jour nuit

5- Statut de l'établissement : privée à but lucratif privée à but non lucratif public

6-Ancienneté dans l'établissement :

7-Projet professionnel :

- Formation (préciser laquelle) :.....
- Changer d'établissement (préciser les raisons) :.....
- Pas de projet particulier

8- Parmi ces 6 activités, notez les plus fréquemment pratiquées (chiffre1) au moins courantes (chiffre 6) :

-Aider aux soins d'hygiène en fonction de ses besoins et de son degré d'autonomie.
-Effectuer certains soins sous la responsabilité de l'infirmière (distribution des médicaments, prise de TA, aide à la réalisation de pansements....)
-Observer et transmettre les signes révélateurs d'un problème de santé (thermorégulation, diurèse, surveillance alimentation, surveillance de l'état cutané...)
- En lien avec l'équipe pluridisciplinaire, proposer des activités thérapeutiques individuelles et collectives
-Etablir une relation personnalisée avec chaque personne
-Participer à la mise en place d'un projet individualisé avec l'équipe pluridisciplinaire

9- En fonction de vos propres valeurs, parmi ces 6 activités, noter celles qui vous semblent les plus importantes (chiffre 1) au moins importantes (chiffre 6) :

- ...Aider aux soins d'hygiène en fonction de ses besoins et de son degré d'autonomie.
- ...Effectuer certains soins sous la responsabilité de l'infirmière (distribution des médicaments, prise de TA, aide à la réalisation de pansements....)
- ...Observer et transmettre les signes révélateurs d'un problème de santé (thermorégulation, diurèse, surveillance alimentation, surveillance de l'état cutané...)
- ... En lien avec l'équipe pluridisciplinaire, proposer des activités thérapeutiques individuelles et collectives
- ...Etablir une relation personnalisée avec chaque personne
- ...Participer à la mise en place d'un projet individualisé avec l'équipe pluridisciplinaire

10- Qu'est ce que vous faites devant un changement de poche de colostomie ?

- Vous changez la poche vous-même
- Vous appelez une collègue IDE
- Vous appelez une collègue AS
- Vous appelez une collègue AMP
- Vous appelez votre collègue du secteur (qu'importe son diplôme, l'importance est qu'elle soit disponible)

11- Est-ce qu'une AS a le droit de réaliser des activités thérapeutiques individuelles et collectives ? :

- Oui non

12- Est-ce qu'une AMP a le droit de surveiller un dispositif (tel qu'un aérosol, oxygène) ?

- Oui Non

13- Quelle est selon vous la différence entre une AS et une AMP ?

14- Travaillez-vous en binôme au quotidien ?

- oui non

Si oui, qui est votre collègue ?

- AS AMP Autre (précisez)

15- Pour une tâche précise, vous arrive-t-il de travailler en binôme ?

- oui non

Si oui, qui est votre collègue (le plus courant) ?

- AS AMP IDE Autre (kinésithérapeute, animatrice etc.)

16- Quels sont, selon vous, les critères qui définissent une prise en charge de qualité ?

Plusieurs réponses sont possibles, les noter par ordre d'importance (chiffre 1 pour le plus important)

-Répondre aux besoins des résidents en prenant en compte le rythme institutionnel (toilette le matin, repas à heure et lieu fixes etc.)
-Assurer un bien être psychologique et une activité sociale
-Maintenir l'autonomie de la personne âgée en travaillant en interdisciplinarité
-Mettre en place un projet individualisé en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire

17- Existe-t-il des projets de soin/vie individualisés dans votre structure ?

oui non

Si oui : participez-vous à l'élaboration, la mise en place, le suivi et l'évaluation de ces projets ?

oui non

18- Pensez-vous que ces projets permettent une meilleure prise en charge du résident ?

oui non

19- Est-ce que ces projets déterminent systématiquement vos missions et actions en lien avec votre qualification ?

oui non

Si non, pourquoi ?

20- Avez-vous l'impression d'être intégré au sein de l'équipe pluridisciplinaire ?

oui non

Si non pourquoi ?

21- Pensez-vous bien exploiter vos compétences professionnelles dans votre structure ?

oui non

Si non pourquoi ?

Merci de votre aide.

Grille d'entretien à réaliser avec les cadres de santé

- Depuis quand, êtes vous CDS ?
- Depuis combien de temps, travaillez-vous au sein de votre structure ?
- Quelle est la composition de l'équipe soignante ? Qui la compose (en vue des divers professionnels de santé), et de quelle manière ?
- Quelles sont les activités des soignants ?
- Faites vous les entretiens de recrutement ? Si oui, quels sont les critères de recrutement ?
- Etablissez- vous des projets de soins/vie dans l'établissement ?
- Comment sont-ils conduits ? par qui ?
- Y a-t il une différence entre les missions des AS et celles des AMP ? Si oui, quelles sont-elles, et qui détermine les missions ?
- Si les missions de chacun sont déterminées, l'AS peut-il selon vous, assurer une mission de l'AMP avec la même qualité d'intervention ?
- Avez-vous des fiches de poste pour chacune de ces professions ?
- Y a-t-il pour vous une complémentarité ou un rôle identique entre l'AS et l'AMP ?
- Qu'est ce que pour vous la qualité des soins en EHPAD ?
- Pensez-vous que la population des résidents accueillis en EHPAD évolue ?
- La qualité de la prise en charge, a-t-elle évoluée ?
- Par rapport à ces évolutions, l'équipe soignante est-elle composée de la même façon ? (qualitativement et quantitativement)

Grille d'entretien à réaliser pour les directeurs d'établissement

- Depuis quand, êtes vous directeurs d'établissement ?
- Depuis combien de temps, travaillez-vous au sein de la structure ?
- De quel budget dépend la rémunération des soignants ?
- Qui définit le budget ? En fonction de quoi ? Le budget attribué, est-il le seul critère pour déterminer le nombre de soignant ?
- Y a-t-il un budget différent attribué aux AS et AMP ?
- Y a-t-il une rémunération différente entre les AS et les AMP ?
- Est-il plus avantageux (financièrement) d'avoir des AS ou AMP ?
- Avez-vous des soignants en cours de formation pour une qualification AS ou AMP?
- Est-il plus avantageux d'avoir des AS ou AMP en cours de formation ?
- Qui réalise les recrutements ?
- Quels sont les critères de recrutement ?
- Qui détermine la composition de l'équipe ? (en vue des divers professionnels de santé), et de quelle manière ?
- Y a-t-il des fiches de postes différentes entre les AS et les AMP ?
- Pour vous, qu'est ce que la qualité des soins ?
- Selon vous, est-ce que les AS et AMP ont des compétences similaires ?
- Quelle est la plus value de l'AMP dans une équipe soignante ?
- La population des résidents accueillis évolue-t-elle ?
- L'activité, est-elle différente ? La qualité des soins demandée est-elle différente ?
- Si l'activité et/ou la qualité sont différentes, y a-t-il parallèlement une évolution de l'équipe soignante (qualitativement, quantitativement) ?

Grille d'entretien à réaliser avec l'ancienne directrice du centre de formation d'AMP

- Vous étiez directrice pendant combien de temps ?
- Vous êtes habilitée à avoir une promotion de combien d'étudiants ?
- Votre promotion est-elle compétente ?
- A-t-elle augmenté ces dernières années ?
- Quel est le profil des candidats (reconversion professionnelle, âge, genre) ?
- Ces dernières années, y a-t-il eu de grandes modifications/ au contenu de la formation ?
- Y a-t-il un enseignement pour faire connaître la profession d'AS
- Y a-t-il un enseignement par rapport à leur rôle en collaboration avec l'équipe en général ?
- Qui sont les employeurs (quel domaine ? privé/public), % handicap et l'EHPAD
- Y a-t-il des partenariats formalisés avec les EHPAD ?
- Y a-t-il des facilités pour conjuguer la formation et l'emploi de l'étudiant ?
- En général, qu'est-ce que les étudiants rapportent de leur stage et de leur emploi lorsqu'ils sont en EHPAD ? Sont-ils satisfaits ? si non pourquoi ?
- Le rôle de l'AMP est-il bien identifié en EHPAD ?
- Y a-t-il un enseignement particulier sur le projet personnalisé ?
- Selon vous, est-ce un des leviers pour identifier le rôle de l'AMP ?
- Une fois la formation terminée, est-ce que les AMP (des EHPAD) restent chez leurs employeurs ?
- Dans quel secteur se dirige-t-il généralement ?

Retranscription de l'entretien réalisé avec le CDS (1)

Durée de l'entretien : 33 minutes

Elle travaille depuis Décembre 2009, cadre depuis 1993 (soins palliatif, et en gérontologie depuis 33 ans)

Comment se compose l'équipe ?

8 AS en 10h et 3 AS en 7h/ équipe

Au 1^{er} étage : 3 AS ensemble une en 7h et 2 en 10h

Au 2^e étage et 3^e : 2 AS à chaque étage + 1 sur le 2^e car charge de travail est plus lourde sur le 2^e, mais doit aider au 3e si besoin

Au 4e : 2 AS + 1 qui doit aider au 3^e si besoin

Ce ne sont donc que des AS ?

Non, se sont surtout des AS diplômés sauf ceux qui ont faits leurs formations par l'établissement : étude d'AMP

1 (4^e), 1(2^e), 1(1^{er}), 1+1+1= VAE d'AMP

C'est équilibré, j'aurai bientôt presque autant d'AMP que des AS.

1+1 VAE d'AMP prévue.

Ont-elles choisi la formation d'AMP plutôt que celle d'AS ?

Elles ont voulu faire.....

Le choix qui était intéressant est de faire cette alternance à la fois d'aller à l'école et de revenir travailler sur le site donc elles ont plutôt penché sur AMP.

Ce n'était pas une spécificité du métier.

Il y a eu la proposition de formation par la direction qui était la formation d'AMP en alternance. C'était ça qui les intéressait beaucoup à la base.

Mais elles n'avaient pas...un désir spécifique pour ce type de qualification, sauf une qui a fait son diplôme mais a échoué malheureusement à ½ point, elle a repassé sa formation, payé par nous même si elle était parti de chez nous.

Et son désir à elle était de devenir AMP, puis elle a repassé des modules par la suite pour devenir AS. C'est quelqu'un qui a eu double cursus : AMP et ASD.

Mais les autres non, elles sont AMP et voila.....

Ont-elles un rôle ou des missions définies selon leurs qualifications ?

Elles ont un rôle....., on essaye de leur donner un rôle.....

On a une animatrice ici à temps plein et une psychomotricienne qui fait des ateliers. Par contre, l'AM, on a re-ciblé les AS du 3^e étage vers le salon au RDC pour qu'elles participent à toute l'activité de l'AM. Donc c'est surtout les 4 AS du 3^e étage car leur unité est moins lourde. Elles peuvent se le permettre. Mais les autres non...elles sont sur leur étage à cause de la charge de travail. Et aujourd'hui, on les a fait participer à des nouvelles activités qu'elles ne faisaient pas du tout avant.

Parce que quand, je suis arrivée ici, il n'y avait pas de cadre depuis 5 mois ni de MEDEC depuis 5 mois, on a mis un an pour remettre de l'ordre. Une fois qu'on a remis de l'ordre c'est-à-dire un taux d'absentéisme qui a chuté, on a pu travailler.

Pendant tout ce temps là, les auxiliaires de vie étaient à l'école mais pas avec un bon état d'esprit. Donc on a tout repris à zéro.

Mais pour arriver à faire faire des activités à des AS ou à des AMP, il faut avant que vous stabilisiez tout le terrain. Et quand le terrain est neutre, vous pouvez travailler. C'est ce qu'on a fait, enfin..... c'est ce que j'ai fait, et avec le MEDEC car elle est arrivée en même temps que moi, et on s'est mis à travailler correctement.

Pour vous, ça vaut dire quoi travailler correctement ?

Pour nous c'était assainir le terrain : enlever tous les vacataires qui ne foutaient rien dans cet établissement...

Et ré-embaucher des vacataires qui avaient envie de travailler, avec nous et de suivre la politique d'établissement sur les projets de vie individualisés...les projets personnalisés car dans le groupe, on a un doc. Spécifique.

Donc, on fait travailler les ASD et les AMP pareil sur les projets personnalisés.

On les responsabilise sur certaines choses (ex : des référents pour les selles, sur les projets personnalisés, sur les poids et les chutes), ce qui est déjà pas mal....

Ça ne marche pas toujours car il faut relancer, après c'est très compliqué et très lourd car on a tellement de chose à coté que c'est très lourd.... (Parle des cris d'une résidente)

On en était à comment travailler correctement ?

C'est aussi recruté aussi un personnel fiable ?

Non, ce n'est pas recruter car le budget n'augmente pas.... C'est surtout avoir un personnel fidèle qui ne s'absente pas et qui comprend l'enjeu de la PEC de 21 résidents par étage, et si on n'est pas là, l'entreprise ne fonctionne plus.

L'entreprise, c'est comme si on avait un chiffre d'affaire... Je leur ai dit ça, j'ai voulu les choquer, et parler de licenciements... Alors que ce n'est pas vrai, j'ai dit si ça ne fonctionne pas et que vous êtes tous absent en même temps et que vous venez tous travailler régulièrement, et si vous avez décidé de faire ça pendant longtemps et bien.... 1 je ne resterai pas parce que je ne veux pas travailler dans le vide et 2^e : on fermera des lits. Alors que nous sommes dans un groupe privé, il n'est pas question de fermer des lits... j'ai mis 1 an 1 an ½ avec un absentéisme qui a chuté au bout d'un an et demi.

J'ai mis beaucoup de temps, un EHPAD ça ne se gère pas comme ça... il faut remettre l'état d'esprit des soignants pour que les choses deviennent positives. Alors, on leur a fait des formations, on les a valorisés... et ça, ça a beaucoup compté.

On a eu beaucoup de chance car on a eu un audit, 2 mois avant, on a fait une bible avec des formations tous les jours de 20 minutes à la place des transmissions. Ils étaient demandeurs.... On les a considérés comme des élèves... Et à la fin, ils étaient tous prêts à être interrogé par les auditeurs parce qu'ils savaient tous ce qu'on leur a appris et ça a très bien marché. Et c'est comme ça qu'on a réussi à remonter...

C'était dur..... Pour travailler ici, il fallait avoir comme moi travaillé depuis 30 ans.

Les projets personnalisés : une des volontés du groupe, est-ce un argument pour la motivation des soignants ?

C'en est un, on en a fait 102 en 2011, et depuis ça stagne car on est débordé. Et puis c'est obligatoire. Et on a un document déjà établi par le groupe, qui permet plus de motivation. C'est un document qui a le mérite (téléphone...).

Qui mène les projets personnalisés ?

Moi, avec le MEDEC la psychologue, les IDE et les AS référents de l'étage, à chaque fois on interroge l'AS de l'étage qui connaît très bien le résident.

AS seulement pas les AMP ?

Euh... l'équipe soignante (AS et AMP)... et on remplit le document (elle m'explique le document...).

A la fin, c'est le MEDEC qui signe et valide cette fiche, et derrière, moi je marque la problématique et les plans d'actions.

Réellement, on n'a pas le temps d'évaluer au bout d'un mois... Sinon, on ne ferait que ça....

On a été débordé, il faut qu'on les reprenne...

Vous responsabilisez les AS et les AMP en fonction des actions qui sont déterminées ?

Oui

Faites vous une différence entre les AS et les AMP pour les actions spécifiques ?

Si jamais, il y a une tendance pour un résident....

Si le plan d'action a mené a été beaucoup plus ciblé par le psychologue, ex : cette résidente a besoin qu'on prenne du temps, avec davantage de relationnel car la résidente est très émotive.... J'essaye des fois de voir plutôt avec une AMP qui a eu la rubrique pendant sa formation...où l'on insiste plus sur l'aspect psychologique.

Quand, elles sont diplômées, je préfère lui donner cette responsabilité là, mais sinon je fais aucune différence. Elles sont toutes pour moi... elles sont toutes.....

On aura bientôt, un pourcentage à la fin moitié AS, moitié AMP... donc, quand on met en place quelque chose, on le met avec le groupe.

Est-ce que les AS et les AMP travaillent en complémentarité ?

Elles travaillent tout le temps ensemble

Non mais elles ont le même travail, elles sont tout le temps ensemble.

On n'a pas le luxe d'avoir.... Une AMP avec une activité spécifique,

Sauf au 1^{er} étage où il y a une activité spécifique pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer réalisé par une AMP (1 fois par semaine).

Vous allez avoir une équipe d'AMP qui va bientôt être complètement formé, avez-vous l'impression qu'au niveau suivi des pathologies, elles ont les mêmes compétences qu'une AS ?

Elles sont sous l'influence des AS, elles sont mises dans le même bain ici...

Y a pas les moyens de mener une politique différente... ça serait très bien si je pouvais le faire... mais je ne peux pas.

Je n'ai pas assez d'effectif pour sensibiliser les AMP l'AM à faire des tas de chose, on est obligé de raisonner avec le groupe, je pense qu'il y a beaucoup d'endroit où ça doit être comme ça...

Mais au 1^{er} étage, on peut faire la différence, car on a X qui est AMP et Y qui est ASD et une 3^e qui est beaucoup plus animation....

Dans les autres étages, c'est différent car tous les résidents descendent au salon l'AM où il y a l'animatrice. Donc, il y a bien des AS qui vont avec elle, mais après il y a l'histoire des pauses, elles sont en 10H, elles ont 45 minutes de pause l'AM. Donc pour mettre en place quelque chose, il faut que cela s'imbrique dans l'organisation générale de l'établissement et du groupe.

[Avez-vous des fiches de poste différentes pour chacune de ces deux professions ?](#)

Les fiches de poste, c'est le directeur qui les a. Se sont des fiches de poste pour les AS et AMP.

[Pensez vous que la population des résidents accueillis a évolué ?](#)

Depuis combien de temps ?

[Depuis que vous êtes dans le milieu ?](#)

Depuis 30 ans, ah oui....

Les PA rentrent en établissement avec un âge plus avancé qu'avant, certaines attendent les 100 ans (comme la visite d'hier). Donc oui, avec le développement des structures à domicile. Donc, les résidents attendent le dernier moment pour rentrer en établissement.

[La prise en charge est-elle différente ?](#)

Elle est forcément médicalisée, ce qui n'était pas le cas, il y a 15 ans, les gens rentraient encore très valide... certains...

[Est-ce la composition de l'équipe a changé par rapport à ces évolutions ?](#)

Les métiers sont les mêmes, y a des AS, maintenant y a des AMP, alors qu'avant, il n'y en n'avait pas. La composition s'est affinée car on est plus médicalisé.

Vous me disiez que c'était des auxiliaires de vie qui étaient là avant ?

Et bien le directeur a pris la décision de diplômer un maximum de personnel et donc il a favorisé la formation d'AMP.

Pour vous c'est quoi la qualité des soins en EHPAD ?

Ça commence par la compréhension de la personne âgée, il faut les connaître pour savoir leurs besoins, leurs demandes, les pathologies. Donc, c'est faire des formations internes pour qu'elles comprennent bien la PEC, d'expliquer ceux à quoi on peut être confronté sur l'hygiène, sur les affections, les gestions de crise comme une épidémie de gastro, insuffisance respiratoire aigüe

Il faut leur apprendre, leur rappeler, leur redire ce que c'est.

Une meilleure PEC, c'est déjà se laver les mains, ne pas mettre de bijoux, mettre un tablier, de mettre des gants et ça c'est très important.

Quand on a compris ça, on commence à être dans la qualité.

Après, il y a tout le coté psychologique du patient : la bientraitance, la façon d'être, de se comporter, de parler.

Il n'y a pas que le diplôme, il y a aussi tout le temps, le savoir être, de se comporter, le savoir dire au résident.

Si on a oublié ça, on a tout oublié, et si on se met à tutoyer quelqu'un c'est parce qu'on n'a rien compris. Donc ça, c'est les incontournables...

Après il y a les gestes d'urgence, comme on est dans un groupe, ils ont la possibilité de suivre des formations.

Et puis, les audits qui sont organisés par le siège qui nous font progresser, avec les protocoles disponibles pour les soignants.

Elles savent qu'il faut les connaître pour leurs métiers.

Ensuite, on a deux MEDEC qui font des formations internes sur n'importe quel sujet : la dénutrition, la déshydratation... Il y a des règles, avec des fiches de suivi, ils ont été sensibilisé au poids, on leur a expliqué, et les 102 résidents sont pesés par mois.

On n'arrête pas de les sensibiliser sur les chutes, les contentions, on répète à long haleine... Voilà ça c'est la qualité.

Et après, c'est tout ce qu'on peut mettre en place pour que les résidents se sentent bien : on a de la chance d'avoir un jardin, on les emmène au marché... si c'est possible, pour faire des choses intéressantes. Et ça c'est aussi la PEC pluridisciplinaire.

Retranscription de l'entretien réalisé avec le CDS (2)

Durée de l'entretien : 68 minutes

J'ai été reçue dans un premier temps par la directrice de soin. Cet échange a fait l'objet d'une prise de notes. Elle évoquait la création de 8 postes d'AMP selon la convention tripartite.

Depuis quand êtes vous CDS ?

Depuis 2007, je travaille depuis septembre 2010, ça fera deux ans en septembre

Combien d'unités avez-vous ?

J'ai 6 unités, le service d'animation et celui de suppléance.

Au niveau de 6 unités, y a-t-il les unités Alzheimer ?

Non, c'est la directrice de soin qui a repris ces unités suite à un congé maternité.

Chaque unité comporte combien de lit ?

Entre 20 et 23, se sont de petites unités qui ont été faites à la convention tripartite qui on demandé d'avoir que des chambres à 1 lit sur 188 lits sauf une à deux lits.

Par rapport à ces 20/23 lits, vous avez une équipe soignante de combien ?

Quand je suis arrivée, ils étaient déjà positionnés, et puis c'est conventionné donc budgété. Il n'y a pas de budget extensible. Les équipes sont constituées non pas au regard de la charge de travail et non du nombre de lit car ça ne veut rien dire. Les équipes sont constituées au regard des dépendances des résidents, plus le GIR est élevé, plus il y a des soins (aide totale pour la toilette, l'alimentation). Dans ces équipes j'ai en moyenne 11 agents, au regard non pas du nombre de lit mais de la charge de travail. Il faut que se soit objectif, les populations accueillies sont vieillissantes, et c'est aussi leurs logements, des gens autonomes au départ peuvent se dégrader. Donc, la charge de travail n'est plus la même, donc il faut vraiment rester sur des critères objectifs car souvent la personne n'est plus la même qu'à son arrivée.

Ces 11 agents ont quelle qualification ?

J'ai des AS, des ASH, des AH et les AMP. C'est un peu tout mixé.

Sur les secteurs que j'occupe, j'ai deux AMP. Sur la totalité des 6 secteurs, la totalité des agents (on va dire 90 à peu près, je n'ai que 2 AMP).

Elles sont un peu noyées ?

Oui et non, il faut déjà reconnaître les spécificités de chacun. Ce n'est pas une AS, et faire tomber les représentations que l'animation, ce n'est pas du boulot, c'est ce qu'on entend souvent... C'est sympa de chanter, de faire du découpage ; ce n'est pas ça, ce n'est pas faire le clown toute la journée, y a plus que ça.

Mais comment faire accepter leurs missions ?

Comment dégager le temps nécessaire, pour être dans leur rôle d'AMP ? Elles ne sont pas en plus, elles font parties de l'équipe.

Les critères sont : 80% de leur temps AS et 20% d'AMP.

Ce que j'essaye de faire et c'est nouveau, et c'est important dans mon rôle de cadre. Il faut prendre le temps d'observer les gens (qu'est ce qui aime faire, comment ils travaillent..) et faut prendre le temps d'observer.

Je me suis engagé de mettre l'AMP dans son rôle d'AMP au moins une fois par semaine.

Elle a monté un atelier massage.

Le thème de cet atelier a été choisi par elle ?

Oui, au regard des besoins des résidents et aussi selon ce qu'elle a envi de faire. Elle a bien monté son projet...

Le plaisir au travail, faut le prendre en compte surtout dans une société qui est dans le clientélisme (d'autant plus dans le privé).

Au delà des exigences du client, il faut que chacun ait le plaisir de travailler, et elle, elle a monté cet atelier et les résidents sont très contents.

Elle varie, elle fait aussi un peu de chant. Elle change d'atelier pour mieux capter l'attention des résidents. Elle ne fait pas que des ateliers groupés mais aussi des individuels dans les chambres.

Donc, elle ne fait pas du tout de nursing, elle fait que des ateliers ?

Ces jours là, oui.

Elle avait du mal à être dans son rôle au début mais quelque part, cela l'arrangeait aussi, de ne pas être dans son rôle, et d'être comme tout le monde....et non pas dans le rôle d'AMP.

Et puis à un moment donné, ça a un peu sorti et puis elle s'est dit qu'elle avait une plus value par rapport à ce qu'elle a appris à l'école et ce qu'elle pouvait mettre en application. Donc, ça a petit à petit mis en émergence ; Et puis la directrice de soin, lui à proposer un poste d'AMP sauf que ça faisait depuis un moment qu'elle n'avait pas fait AMP, elle a répliqué : non, je suis très bien où je suis. Et c'est à partir de ce moment là, qu'elle s'est dit je suis AMP et non AS. Donc, elle était un peu plus dans la reconnaissance de son métier. Et là, tout doucement on a dégagé du temps et je l'ai accompagné. Elle est en horaire par rapport à la crèche, donc elle fait du 8H- 15H15 donc c'est plus un horaire de crèche, qu'un horaire de mission d'AMP car faire une animation le matin à 8H00, ce n'est pas possible car les résidents sont encore en toilette ou au petit déjeuner. Il peut lui arriver de faire 1 ou 2 toilettes ou quelques lits, mais en tout cas, le reste du temps est dégagé pour faire de l'animation.

Par contre, je lui demande un projet qui tienne la route avec un investissement écrit. Je veux quelque chose de cadrer. Si on veut être cohérent par rapport au reste de l'équipe, pour faire un projet, ok, je donne les moyens, mais il faut quelque chose derrière.

[Pensez vous que sa qualification d'AMP lui donne plus d'aptitude qu'une AS à faire ses ateliers ?](#)

Elle est plus formée dans la conduite de projet alors qu'une AS n'a pas été nécessairement formée à la conduite de projet.

Même si les AS ont une formation assez large avec la connaissance des besoins, les 14 besoins. Pour elle l'animation sera plutôt faire un tour de table....L'animation ce n'est pas du vrai travail, certaines diront ça. Pour moi, oui c'est complètement différent, bien-sur.

Si déjà en tant que cadre on ne fait pas la différence... C'est aussi le rôle du cadre d'être objectif, d'avoir des valeurs et des exigences qui tiennent la route. C'est extrêmement important de défendre la spécificité des métiers en tant que cadre.

On ne peut pas mélanger....

Comment peut -on exercer la fonction de contrôle sur le terrain...

C'est comme un AS et un IDE, on ne peut pas mélanger. On ne va pas demander les mêmes choses à un IDE qu'à un AS, ce n'est pas possible. Après, c'est peut-être cadre-dépendant.

C'est comme le nouveau décret pour les AS où les AS peuvent prendre la TA. C'est extrêmement facile d'appuyer sur un bouton, sauf que les chiffres elles ne savent pas les interpréter.

Donc, je suis très vigilant par rapport à ça, je ne peux pas.

Donc en fait, il y a aucun AS qui fait des ateliers ?

Si.... Mais là, c'est autre chose, on ne tombe plus dans la spécificité métier mais dans la fiche de poste où les AS ont aussi un rôle d'animation. Le lien s'est les 14 besoins de Virginia Henderson, la fonction se récréer.

Que l'on soit AS ou AMP en EHPAD, elles ont aussi un rôle d'AMP. L'idéal, c'est d'être coaché par un AMP. Une AS a aussi monté un atelier où j'avais demandé les mêmes exigences, elle avait le projet de faire un atelier couture. Elle recousait des boutons.....avec quelques résidents.

Mais mon discours n'est pas ambivalent, une AMP sait ce que c'est un projet et comment on le monte etc. Une AS est capable de mettre en action une animation mais sans nécessairement la construction en amont. Elles sont capables au pied lever, de mettre de la musique mais ce n'est pas construit ; c'est-à-dire que va-t-on rechercher dans ça. Alors que l'AMP dira là, c'est pour le développement des liens sociaux.... On a du vocabulaire en plus. C'est plus précis, plus fin, plus pertinent ;

Un AS est capable de faire des animations et c'est demandé

Faites vous des projets individualisés ?

On est en plein dedans

Comment sont-ils réalisés ?

Il ya 5 groupes de travail où la directrice des soins, le médecin coordonnateur et les cadres de santé sont chacun responsable d'un groupe. Les groupes-pilotes se réunissent plusieurs fois.

On ne voulait surtout pas faire des choses irréalisables et rentrer dans le jeu de la convention tripartite, leur faire plaisir... Car ça demande un investissement.

Moi, je suis pilote de la vie sociale du résident, il y d'autres thématiques comme la toilette/habillage/installation, l'environnement avec le ménage et rangement, alimentation (individualisation des repas), le circuit du médicament.

Ces thématiques balayent bien la PEC du résident, on a fait un brainstorming.

Comme je suis responsable de l'animation, je pilote le groupe de la vie sociale du résident.

C'est par quels moyens, on continue à développer et maintenir des liens sociaux. Donc, je travaille avec les AMP, les différents acteurs pour réfléchir sur ce que l'on peut proposer etc.

C'est individualisé ? Vous faites patient par patient ?

On est encore aux prémices.

C'est original d'avoir organisé par thème alors que c'est individualisé ?

Oui, je suis d'accord mais c'est en amont, après cela sera personnalisé.

Se sont les 5 points qui nous semblaient important.

Me T aura un projet de vie sur sa toilette, son habillage, son installation, son environnement (c'est-à-dire sur son ménage et rangement de son espace personnel), elle aura une alimentation individualisée (haché, en morceau, si elle n'aime pas les épinards, à 16h elle aura sa madeleine au chocolat ou bien c'est sa famille qui lui apporte ses gâteaux et l'AS X saura qu'à 16H00, il faudra apporter la madeleine au chocolat de Me T etc.). Le circuit du médicament car on est du social et non du sanitaire donc les AS donnent les médicaments. Donc là, c'est pour sécuriser le circuit du médicament (Me T a tel médicament donc comment on le délivre et comment on surveille).

Est-ce que les soignants participent à ses groupes pilotes ?

Oui

Les actions ont déjà étaient formalisées et réalisées par les soignants ?

Oui, entre autres l'alimentation et l'environnement, on a bien avancé dessus.

Une fois les 5 groupes réalisés, par le dossier informatisé, on mettra par écrit pour formaliser le projet de vie.

L'importance quand on monte un projet est de partir des utilisateurs, car ils sont au plus près des résidents. Il faut qu'ils se sentent investis, c'est eux qui ont pris la décision sur les actions à mettre en place et après nous validons. C'est important de faire du vrai, et pas qu'un bout de papier.

Les AMP ont-elles été positionnées par rapport aux actions à mettre en place ?

Tout le monde s'est investi.

Sur les 2 AMP, il n'y en a qu'une dans mon groupe. C'est aussi intéressant de se mettre dans un groupe en dehors de notre domaine

D'accord pour la construction des projets, mais pour les actions qui y découlent ?

Les actions qui en découlent ne sont pas forcément personne-dépendant. On ne l'a pas encore acté dans mon groupe.

Ça serait plus les animateurs et les AMP aussi, on ne l'a pas encore clairement défini, donc je ne peux pas vous en parler.

Pensez-vous que le projet de vie est un moyen pour positionner les spécificités de l'AMP ?

Bonne question, euh.....

Le projet de vie peut être le levier, un des leviers de reconnaissance des métiers

Après ce qui est aussi intéressant, le côté animation plairait plus aux AMP, et à ce moment là si l'on veut être perfectible, je dis bien perfectible. Il faudrait une AMP dans chaque secteur, la réalité est là. Sauf que l'on n'a pas une AMP dans chaque secteur.

Il faut être exigeant mais surtout objectif et ne pas demander des choses qu'on ne peut pas tenir.

Par exemple, si je positionne les AMP sur le recueil des données, elles auront tous les résidents à faire.

Je m'organise, en ce moment pour nommer des agents référents, au regard bien-sûr des affinités, de la dépendance pour avoir une charge de travail équilibré (avec Me Y, R et T se soit l'agent K qui s'en occupe). Donc, vous doutez bien que l'AMP ne sera pas spécialement dans son rôle plus spécifique à l'animation, se sera partagé entre les différents membres de l'équipe.

Je trouve que c'est bien aussi car c'est aussi leur montrer. .. Je fais un management participatif et je souhaite qu'elles apprennent et qu'elles soient autonomes.

Petit à petit, elles se rendront compte qu'elles n'ont pas les compétences d'animation et de se dire ça c'est pour l'AMP car nous on ne sait pas faire.

Elle a confronté certaines personnes et a su dynamiser et confronter d'elle-même, elle a su marquer sa différence auprès des AS.

Y a-t-il une complémentarité entre elles deux ?

Oui, je pense que oui, petit à petit.

Au début, ce n'était pas évident.

C'est bien d'accompagner et moi, je suis là pour poser un cadre.

Je favorise les initiatives et qu'elles en retirent une certaine expérience.

Parfois, on fait des analyses de retour d'expérience, qu'elles expérimentent et qu'elles comprennent.

Il est important de les laisser s'exprimer, d'où un management participatif.

En tant que cadre, je reconnais les deux. Il faut composer avec la réalité ; je n'ai pas assez d'AMP, je n'en n'ai pas dans chaque secteur.

Cela voudrait dire que cela m'enlève une AS et ça, ce n'est pas possible.

Mais remplacer une AS par une AMP, si elles font les mêmes soins, pourquoi pas ?

Oui mais c'est aussi, un contrat moral, il faut aussi que l'AMP s'y retrouve.

A-t-elle apporté de la plus value par rapport à la PEC ?

Oui, elle a créé un point d'impact d'une culture. On n'a parlé de la couture, et bien c'est venu après.

C'était un déclic pour l'équipe.

Et moi, je leur ai dit qu'il y avait des choses à faire.

Depuis 2 ans, avez-vous vu une médicalisation de la PEC ?

Oui

L'équipe a-t-elle changé par rapport à ça?

Non

La PEC a-t-elle changé ?

Ils sont chez eux... c'est un fait

J'ai également un médecin à temps plein, en plus du médecin coordonnateur.

Comme elle est là physiquement, elle a un bureau, elle est aussi dans son rôle et pense qu'un médecin qui ne prescrit pas, ce n'est pas bon. Elle a aussi des comptes à rendre. Je pense que des fois, elle prescrit trop rapidement. Donc, elle médicalise plus, et c'est plus pour se protéger elle que pour le bien du résident.

Une résidente diabétique 85 ans qui a une hémoglobine glycosylée toutes les 3 semaines....

Faire la part des choses entre les soucis médicaux et aussi se faire plaisir.

Par exemple, on fait plus d'ECG qu'en unité de long séjour.

Au delà d'être trop médicalisé, on a du mal à passer la main ; Il n'y a pas d'IDE la nuit. Il n'y a que 2 AS sur l'EHPAD. Quand on a un résident perfusé, comment on fait la nuit....

Il y a une ambiance, où tout le monde se connaît et certains professionnels peuvent facilement dérapier dans l'affect. J'ai déjà été interpellé par un résident qui m'a demandé l'agent X est triste car elle n'a pas eu ses vacances. Quelque part en EHPAD, on est au resto....

Moi, je casse cela, si l'on veut rester objectif, c'est de bien faire la part des choses et de casser le côté affect.

Qu'est ce que pour vous la qualité des soins ? Je ne demande pas une définition, quel est pour vous le premier mot-clé lorsqu'on parle de qualité des soins ?

Le 1^{er} mot-clé : moi, ça m'énerve.

Je ne supporte pas... pourtant j'en ai fait de la qualité, j'ai été détaché pour mettre un projet d'accréditation...

Ce qui m'agace, c'est que plus ça va, plus on est dans une politique où l'on parle de qualité de soins.

On a les instances départementales, nationales... On a la direction qui nous mette la pression. Attention car trop de qualité tue la qualité, et c'est une réalité.

On peut parler de la qualité des soins quand déjà on n'a pas résolu le problème de la sécurité des soins. Et aujourd'hui, on parle de qualité des soins, sauf, qu'on n'a pas abordé la sécurité.

Quand on a 3 faisant-fonction d'AS mais qui ne sont pas AS, qui distribuent les médicaments. On ne parle pas de qualité. Il faut que ça ait un sens.

Qualité c'est en premier lieu le résident, c'est qu'il soit propre sur lui, qu'il ne soit pas infantilisé, qu'on lui donne à manger correctement sans le gaver, c'est d'être dans la dignité de l'être humain. Pour moi, la qualité en EHPAD, c'est ça et maintenir l'autonomie.

C'est comme mettre de l'efficience partout, cela n'a plus de sens. Quand un résident préfère manger qu'une soupe le soir, il faut s'adapter et là aussi ça fait parti du projet de vie. Ce n'est pas la génération des sushis et poulet curry.... Ils ne le mangeront pas. Ils gardent leurs habitudes ... composé avec, et ne pas mettre de l'efficience partout.

La qualité des soins c'est aussi la qualité du travail et quand tout est bordé avec une check liste sur tout, est que c'est de la qualité. Il faut laisser de l'autonomie aux gens, et faire confiance.

Retranscription de l'entretien réalisé avec le directeur d'établissement (D. ET)

Durée de l'entretien : 40 minutes

Depuis quand êtes vous directeur ?

Depuis 4 ans.

Et directeur dans cet établissement ?

Bientôt 1 an

De quel budget dépend la rémunération des soignants ?

Une partie ARS (70%) et une partie du conseil général (30%).

Qui détermine le quota des soignants ?

L'ARS

Sur quoi se base –t-il ?

Ils ont une enveloppe par rapport aux nombres de lit, et pour la PEC prévu. Selon, s'il y a des unités Alzheimer ou pas, selon la taille de l'établissement, et selon le projet défini sur le type de population prisE en charge et le projet à mettre en place.

Donc, il y a une première enveloppe qui est distribué (la dotation soin) et si l'enveloppe n'est pas toute dépensée, il faut rendre l'excédent.

Et si on dépense plus, on n'est pas bon, et l'année d'après, il nous le retire.

Cette enveloppe, est-elle revue tous les ans ?

Non, enfin.....

Cette enveloppe est définie en fonction de la dépendance.

Si le GMP est très élevé, vous avez plus de moyen. Si demain, vous avez un GMP plus bas ou un taux de remplissage moindre, il réduise cette enveloppe. Car elle correspond à des besoins par rapport au nombre des résidents.

Avez l'impression que cette enveloppe est suffisante ?

Elle n'est jamais suffisante. Pour assurer une meilleure PEC, forcément, il faut plus, surtout plus de soignant, plus d'humain.

Avez-vous fait déjà la demande d'avoir plus de soignants ?

Ça se fait dans les négociations de reconventionnement. Pour l'instant, on est en dotation partielle. Alors que la dotation globale, il y a plus d'équilibre car on assure aussi la rémunération des médecins, des kinés. On peut répartir autrement les moyens en évitant la participation des labos pour les prises de sang et embaucher plutôt des IDE. Ça permet un équilibre, une harmonie et une vision de l'ensemble des professionnels avec plus de maîtrise. Pour la CPAM c'est plus simple, après c'est à nous de gérer l'enveloppe.

Après la difficulté serait la PEC d'une personne très dépendante. Par exemple si en soin, elle coûte plus chère que son hébergement, on évite de la prendre en charge. Ce qui est un peu dommage car le but de l'EHPAD c'est quand même de répondre à la demande.

Donc, il peut y avoir des dérives de ce type alors ?

De même que pour les traitements, si le résident coûte chère avec certains médicaments, vous ne le prenez pas. Il plombe votre budget donc vous ne le faites pas, vous ne le prenez pas.

Après ça dépend, il faut toujours être en équilibre, s'il n'y a pas beaucoup de personnes dépendantes... faut toujours être en équilibre. Et puis de toute façon, on est tenu par le budget car ce qui n'est pas dépensé est repris et ce qui a été dépensé en plus est retiré pour l'année d'après.

Vous envoyez un rapport d'activité ?

Oui, nombre de journées de vendu en hébergement, tous les GIR (on a eu 3000 journées en GIR 2, 4000 en GIR 3 etc.), et puis les hospitalisations. Et donc en fonction de ces données, ils font un prix et regarde si ça correspondait à l'enveloppe.

La plus part des établissements sont conventionnés, la convention tripartite (établissement, ARS, conseil général) et on doit garantir l'utilisation de cette enveloppe avec un projet de vie, un projet de soin, la restauration, projet qualité. On doit pouvoir justifier toutes les dépenses (aménagement des locaux, création d'espace, informatisation des dossiers...)

Donc c'est ce budget qui détermine le nombre de soignant que vous allez embaucher?

Le budget définit forcément le nombre de poste à pourvoir mais il est constitué sur une base. Une base de calcul qui est les ratios, qui sont faits sur un établissement, qui sont de 1 pour 10.

La rémunération, c'est la convention collective qui l'a définie, sachant que malheureusement, ils sont assez bas, alors on est toujours un peu au dessus. Donc, là c'est encore une négociation avec l'ARS pour avoir un peu plus que prévu.

L'ARS fait une moyenne de toutes les conventions pour définir le budget moyen attribué aux soignants.

L'ARS prend en compte la rareté des soignants (IDE ...) donc ils comprennent qu'on puisse être en dépassement sur certains postes comme IDE ou AS, pas sur le nombre mais sur la rémunération.

[Et dans le public, cela se passe de la même manière ?](#)

Non, dans le public ils sont payés entièrement par la sécu. Dans l'associatif, ils ne sont pas à but lucratif donc, ils ont plus de moyen.

[Y a-t-il une différence budgétaire entre les AS et les AMP ?](#)

Moi, non.

Peut-être que d'autres le font mais étant donné que pour l'ARS un AS=AMP, ce n'est pas qu'ils sont identiques, ce n'est pas la même fonction mais c'est pour le même besoin. L'AMP est considéré comme un soignant, il n'y a pas de différence. Dans la convention collective, la rémunération est la même.

[Donc, financièrement entre un AS et un AMP, il n'y a pas de différence, ni d'avantage pour vous ?](#)

Pas financièrement, aucun avantage

Après, il y a une complémentarité entre un AS et une AMP, pour créer un binôme car le soignant est plutôt technique et l'AMP est plutôt psychologique. Donc, si vous arrivez à avoir ce binôme, c'est bien car l'aspect psychologique est oublié et l'AMP va pouvoir alerter sur le confort et les petites choses qui ne vont pas alors que c'est très important dans le quotidien du résident.

[Vous ne pensez pas que ces petites observations de confort... L'AS ne peut pas le faire ?](#)

Tout dépend de sa formation. Je vais être un peu dur mais l'empathie était souvent oubliée dans la formation de soignant. C'était un soin technique sans explication réelle. On vous fait un pansement, une piqure, on dit que c'est pour votre bien mais on ne vous explique pas le soin. Aujourd'hui, ça commence à changer, un médecin donne des explications, il

commence à être formé sur l'approche psychologique pour annoncer telle ou telle chose. Donc, les anciennes soignantes sont sur le même mode de fonctionnement. On fait le soin et point, même les formules de politesse n'étaient pas appliquées.

Mais vous l'avez vu, vous ?

Oui, moi je l'ai déjà vu à l'hôpital, pas en maison de retraite mais à l'hôpital

Y a longtemps ?

Pas si longtemps que ça... peut être une dizaine d'année

Et là, vous avez l'impression que ça change un peu ?

Oui, mais c'est une obligation car tout change. Le monde change car les familles sont de plus en plus informées et on doit les tenir informées pour le droit des usagers, même pour les dossiers médicaux où ils peuvent y accéder avec une simple demande. Donc, ça change. Avant, on n'allait pas remettre en cause un médecin, une infirmière. Aujourd'hui, ce n'est plus un souci de dire que le médecin aurait pu agir plus tôt. Où il y a de plus en plus de plaintes.

Donc c'est par rapport à ça que vous aviez envie d'introduire la notion «psychologique» ?

Oui, tout à fait. Souvent on s'occupe du résident et l'entourage compte aussi beaucoup....

La formation d'AMP permet de donner l'information que la famille est venue, le résident était très agressif après. Au delà de la douleur physique, la douleur psychologique est souvent beaucoup plus grande. L'AMP dans sa formation a normalement cette approche, de pouvoir déceler quels sont les besoins, est ce qu'il faut appeler la famille ou pas, quel est le rôle de la famille et de rassurer aussi la famille. Car une AS faisait son soin souvent sans s'occuper de l'entourage, alors que l'on sait que cela a un impact important sur le comportement du résident.

Depuis que vous exercez, voyez- vous cette différence (l'introduction de la notion psychologique) ?

Ça commence....

Après cela joue beaucoup avec le management... le management de proximité, aussi bien la direction, que le CDS, que l'IDE. On ne peut pas réussir seul.... Si vous connaissez bien le résident, la famille, plus ça va, plus ils auront une attitude correcte. La preuve, c'est que

des fois on a des auxiliaires de vie, qui ne sont donc pas diplômées mais qui humainement.....L'envie de bien faire prime, même si elles font des erreurs. Les résidents et la famille pardonnent certaines erreurs à partir du moment où il y a toujours cette envie de bien faire.

Dans certaines structures, il y a beaucoup d'AMP en formation, est ce que pour vous, il est plus facile d'envoyer un AMP plutôt qu'un AS en formation ?

Oui, ce n'est pas financièrement. La formation d'AMP est moins technique que la formation d'AS, car on reste sur la partie psychologique, on est moins sur la maladie. C'est pour cela que l'AMP décèle moins de chose que l'AS. Je n'ai pas pu faire jury dans le diplôme d'AMP, mais je suis persuadée que dans leur parcours de formation, on évoque partiellement le technique.

D'accord, mais est ce qu'il y a plus de contraintes à demander à un agent de faire la formation d'AS que d'AMP ?

L'AMP c'est simple, c'est une semaine par mois alors que pour la formation d'AS, se sont des modules et c'est un peu n'importe où et n'importe comment. Donc, c'est difficile de faire les remplacements et de les prévoir. Alors que si les directeurs s'organisent bien, on peut envoyer 4 soignants en formation d'AMP et les remplacer toujours par les mêmes. Donc sur les 4 personnes (1/ semaine), vous prenez 2 CDD pour les remplacer, vous stabilisez vos équipes et ça ne fait pas une perte. Pour bien faire, vous prenez 4 AMP en formation, comme cela vous pouvez garantir aux 2 personnes en CDD un planning stable pendant 18 mois.

Mais il faut qu'il soit dans une promotion différente ? Et c'est possible ?

Oui tout à fait, c'est ce que j'ai fait.

Au niveau du coût, il y a une différence ?

Je crois que la formation d'AMP est légèrement moins chère mais je ne suis pas certain.

Avez-vous envoyé des agents en formation ?

Oui

Une formation AMP ou AS

AMP

Tous ?

Oui sauf une car elle était infirmière dans son pays et il lui manquait juste un module pour être AS.

Et les autres, elles ont choisi cette formation ?

C'est moi qui.....

C'est vous, le directeur qui a demandé à ce qu'elles fassent la formation d'AMP ?

Oui

Pour moi, l'AMP, idéalement, c'est le premier pas avant d'être AS.

Donc pour vous c'est inférieur aux AS ?

Légèrement, la preuve c'est que l'AMP n'est pas reconnu dans le milieu hospitalier alors que l'AS peut travailler aussi bien en EHPAD, clinique, un peu partout. Alors que l'AMP peut travailler qu'en maison de retraite et dans le secteur de l'handicap.

Pour les recrutements, la qualification est-elle au préalable déterminée ?

Aujourd'hui, la pénurie d'AS ne nous laisse pas trop le choix, c'est de prendre les gens diplômés qui se présentent.

Je laisse le CDS faire le recrutement dans un premier temps pour évaluer toute la partie technique que je ne maîtrise pas forcément. Après si le CDS veut que je rencontre le candidat, je le fais. Mais je ne les vois pas tous, je rencontre que ceux qui sont intéressés et intéressants.

Pour moi, le 1^{er} critère, c'est la motivation, puis après il n'y a pas que le critère individuel mais aussi la qualité de l'équipe. Il faut intégrer un soignant dans une équipe, une structure. Les gens peuvent être très bons, mais s'ils ne travaillent pas en équipe, ils ne servent à rien.

Donc pour résumer, pour vous une bonne équipe est composée en diversité et d'AMP et d'AS et si possible en binôme ?

Tout à fait, pour avoir une complémentarité...

La partie de soin technique est plutôt du matin, avec le nursing (= 60 à 70% du travail qui est fait le matin), après l'AM, entre la sieste, la surveillance, début du nursing vers 17H30, c'est bien d'avoir des AMP car elles sont formées justement à animer, accompagner, à stimuler dans le cadre d'un lieu de vie où là, l'AMP peut apporter un plus à l'AS. Ces moments d'échange permettent tout simplement d'avoir une autre vision des familles et des résidents de « on s'occupe pas de nous » alors que dans le partage, il y a moins d'agressivité, moins de méfiance et favorise les liens et aide à la participation des familles. Quand ça se passe comme ça, vous enlevez à peu près 60 à 70% des conflits.

Donc, l'AMP est un médiateur entre l'équipe et les familles ?

L'équipe, pas forcément mais il peut être le médiateur entre le résident et sa famille.

Mais, l'AS ne peut pas être ce médiateur ?

Ça dépend du parcours. Et puis, c'est un métier humain alors ça dépend aussi des raisons pour lesquelles elles ont choisi ce métier. Le 1^{er} vecteur, c'est pourquoi, elles ont choisi ce métier qui est quand même très dur, donc il faut avoir une vraie vocation. Si elle fait ce métier juste pour manger, on n'est pas bon. Si elle fait ce métier car c'est une vraie vocation, là ça ne peut que marcher donc peu importe qui elle est et quel diplôme. J'ai connu des auxiliaires de vie qui avaient 15 fois plus de compétences car l'approche et l'expérience au fil des années ont fait que, elles étaient voir même meilleures que des AS diplômés depuis un certain temps.

Donc vous faites davantage confiance à la personne elle-même, l'individu ?

Oui.

Depuis 4 ans, avez-vous l'impression que la population des résidents accueillies évolue ?

Oui.

On favorise de plus en plus le maintien à domicile, ce qui est bien. Mais, avec le temps, les résidents arrivent en urgence déjà. Donc très peu d'admissions anticipées et en plus les résidents arrivent avec un taux de dépendance de plus en plus élevé. On a de moins en moins de résidents en GIR 5-6, on en a des 3-4 et de plus en plus des 1-2, avec des pathologies de plus en plus lourdes.

Donc la prise en charge est différente ?

Tout à fait.

Est-ce que par rapport à cette évolution, vos équipes ont changé pour subvenir à cette activité ?

Changé.....

Après c'est aussi l'ensemble de l'équipe et pas que les AS et AMP.

Cet AM, je discutais avec une soignante et elle me disait qu'elle préférerait clairement faire 10 personnes très lourdes plutôt que les 10 personnes qu'elle a en ce moment en charge car psychologiquement ces 10 personnes, surtout 3 lui prennent plus de temps, si elle veut bien faire son travail que les 10 autres plus lourds. Ils ont besoin, ils nécessitent de plus de soins enfin ce n'est pas du soin c'est de l'accompagnement psychologique, avec une usure psychologique et non pas physique ; donc ça change.

Si l'établissement devient de plus en plus lourd, ça dépend vraiment de la technique. C'est là où il ne faut pas se tromper sur l'orientation de ce que l'on veut faire dans la vie.

Dans votre projet de soin, qu'est ce qui est mis en avant dans votre établissement ?

Aujourd'hui, c'est l'accompagnement en fin de vie et la prise en charge spécifique sur la maladie d'Alzheimer donc, j'ai de la chance d'avoir 2 unités Alzheimer.

Faites vous des projets personnalisés ?

On est dans l'obligation de le faire

Donc, vous en faites ?

On va en faire... rire.

Je vais vous dire honnêtement, on le fait tous les jours systématiquement.

La problématique aujourd'hui, c'est qu'on ne l'écrit et qu'on ne le formalise pas. Mais humainement, chaque jour, on revoit systématiquement les plans de table, on essaye de créer des affinités. Donc ce n'est pas quelque chose qu'on va marquer, mais c'est quelque chose que l'on fait. Il y a le critère qualité qui est quand même les visites des familles, c'est-à-dire plus vous avez de visites de famille, plus l'établissement plait et plus les familles se sentiront bien plus leurs parents aussi. Après, vous avez un autre critère, le nombre de repas invités que vous faites, le nombre de participants aux activités. Il y a plein

de petites choses qui permettent de savoir si on fait bien notre travail ou pas. Sachant que je favorise le dialogue et les rencontres.

Bon les actions ne sont pas formalisées, mais elles sont quand même réfléchies, et qui les décide ?

L'ensemble de l'équipe. Il y a des réunions tous les matins + les réunions cadre.

Les agents sont –ils positionnés pour ses actions selon leurs qualifications ?

Non

Il faut toujours favoriser le travail d'équipe. Le binôme, le trinôme (IDE, AS, AMP), tous doivent devenir acteur. Donc pour cela il faut même que les ASH puissent être dans l'organisation et trouver leurs places, ce ne sont pas que des femmes de ménage. Donc, c'est trouver dans l'établissement un projet commun qui est la PEC de la PA mais dans sa globalité. On ne parle pas assez du rôle de l'ASH qui va discuter avec la résidente pendant qu'elle fait le ménage.

Plus ça va, plus ils sont sollicités pour collaborer et travailler tous ensemble.

Donc vous ne faites pas attention à la qualification ?

Je fais plutôt attention aux affinités. Il y a un résident qui va vouloir prendre une douche avec l'aide de tel agent et pas avec une autre. On ne peut pas le forcer, si ils se sentent bien avec quelqu'un c'est plutôt dans l'humain. Ya des gens qui attirent et des gens qui repoussent. Il y a un résident qui ne sera pas bien avec un AS, peut-être qu'il sera bien avec une autre, alors il faut faire un bon équilibre. Donc, il faut plutôt favoriser la relation résident / équipe, que favoriser une compétence AMP/AS.

Cette relation est liée à l'individu ou à la qualification ? Car la formation normalement forme les professionnels pour... ?

Non, on ne peut pas être formé à aimer tout le monde et à se faire aimer par tout le monde. Ça ne s'apprend pas. Donc, ce n'est pas parce que on vous à dit de faire les choses comme ça, que le résident va le vivre comme ça. On est dans une collectivité où l'individu peut exister, donc à partir du moment où le résident continue à exister et veut exister pour sa propre personne, il sera forcément différent des autres, et ça malheureusement les AS ou les AMP..... On parle d'intimité...Je vous renvoie la question, êtes vous capable de vous dénuder devant n'importe qui ?

Pour vous, c'est quoi la qualité des soins, qu'est ce qui vous vient en 1^{er} quand on parle de qualité ?

Plusieurs critères d'évaluation : l'hydratation, la nutrition, les escarres, les chutes. Il existe beaucoup de critères d'évaluation qui permettent de dire si l'on fait une bonne PEC ou pas. Le vrai défaut c'est le manque d'information, le plus souvent. On attend tjrs le dernier moment pour justifier la PEC. On ne met pas assez en avant la PEC soignante et on ne l'a favorise pas assez. Les soignants font les choses plutôt bien, mais elles ne formalisent pas car pour elles, c'est plutôt normal, c'est fait machinalement. Les familles sont présentes qu'1 à 2H et peuvent s'inquiéter car une résidente est endormie. Comment ça se fait, c'est parce qu'elle a fait de la gym douce le matin etc. Donc, c'est là où l'on n'est pas bon, c'est dans l'information... pourquoi il est comme ça... On ne demande pas assez aux familles de participer à sa PEC, ils sont dans la critique mais ils ne participent pas, donc il est important de transmettre. Pour moi, un bon professionnel, c'est celui qui fait de bonnes transmissions et qui transmet oralement à l'IDEC, au MEDEC et au directeur. Le plus dur, c'est quand ça ne va pas, c'est la confiance perdue. Donc c'est vraiment l'information, l'accompagnement et la transmission. Un soin ça reste un soin. L'IDE doit savoir faire un pansement, un dextro ...

Retranscription de l'entretien réalisé avec l'ancienne directrice d'un centre de formation
AMP (D.F)

Durée de l'entretien : 32 minutes

Vous avez été directrice d'un centre de formation ?

Tout à fait

Vous avez occupé cette place pendant combien de temps ?

De Juillet 2007 à Novembre 2011. Un peu plus de 4 ans

La promotion d'AMP compte combien d'étudiants ?

J'ai commencé en tant que formatrice en 2004 : il y avait 2 promotions

Et quand je suis partie, il y avait 4 promotions de 20 à 25 personnes en 18 mois, avec un chevauchement de 6 mois.

Donc ça a augmenté au fur et à mesure

Oui tout à fait

Faites vous que de l'alternance ?

Oui, en contrat d'apprentissage, ou contrat de professionnalisation pour les demandeurs d'emploi, et des salariés en professionnalisation. C'est que de l'alternance.

Quel est le profil des candidats ?

Age : majorité entre 20 et 30 ans (70%), puis après souvent des plus de 45 ans, on n'a pas beaucoup de tranche du milieu.

Pour le parcours : 70% (souvent ceux qui ont 20/30 ans) qui sont les demandeurs d'emploi, et qui s'orientent vers les métiers de l'aide à la personne. Ils choisissent le métier d'AMP ou en tout cas un métier de soignant. On a des candidats qui se présentent sans trop savoir la différence entre le métier d'AMP et d'AS. On essaye, nous, avant le début de la formation, qu'ils aient bien vu la différence et que se soit bien leurs vocations, car se sont des métiers complémentaires mais différents.

30% se sont des salariés, et chez nous, se sont surtout des salariés d'EHPAD qui ont parfois 10/15 ans d'expérience professionnelle en tant qu'aide hôtelière et / ou faisant fonction.

Donc, c'est essentiellement des EHPAD ?

Dans notre centre, oui, car le cœur de métier du centre est la gérontologie. Donc, notre réseau est essentiellement composé d'EHPAD. Donc, c'est avec ces structures que l'on formalise des contrats de professionnalisation aux jeunes qui viennent nous voir pour devenir AMP.

Ces employeurs sont surtout privés ou publics ?

C'est beaucoup du privé, après on a privé à but lucratif ou associatif. On a quand même beaucoup de privé lucratif. Mais c'est peut-être une spécificité du centre. Notre réseau est beaucoup composé d'EHPAD privé à but lucratif.

Y a-t-il des étudiants qui abandonnent en cours de formation ?

Assez peu

Après, il est important pour nous d'accompagner les personnes en difficulté. Donc, on essaye de les repérer assez rapidement. On a beaucoup de contact avec les structures employeurs, ce qui permet de déceler assez vite les difficultés, et de mettre en place un accompagnement personnalisé qui amène rarement à des ruptures de parcours. Ça peut arriver 1 ou 2 fois sur 20/25.

Après, c'est dans notre recrutement, où l'on fait attention, à bien identifier ce qu'ils connaissent du métier d'AMP et de ne pas trop l'idéaliser par rapport au terrain.

Et aussi à valider une expérience professionnelle, même courte mais dans les métiers de l'accompagnement à la personne.

Sinon, le risque est d'avoir des personnes qui sont en idéales de ce qu'est le soin et l'accompagnement et lorsqu'ils se confrontent à la réalité du terrain, réalisent que ce n'est pas du tout ce qu'ils imaginaient, et ça ne leur convient pas du tout.

Donc on essaye de valider des expériences du terrain quitte même à les envoyer un peu en stage avant, pour qu'ils perçoivent un peu ce qu'est ce métier là.

Après ces stages, il y en a qui renoncent ?

Globalement assez peu, la plupart des personnes qui viennent vers nous....Alors, c'est entrain de changer... mais c'était des personnes qui avaient la fibre du soin ou de l'accompagnement.

C'est entrain de changer car génération différente qui arrive sur le marché du travail.

Et parce que volonté farouche de pôle emploi d'envoyer, à peu près toutes les personnes dans des métiers appelés porteurs...

Donc, on constate que le profil de nos étudiants change, sans qu'on n'y puisse grand-chose.

Pour le partenariat développé, comment se passe votre collaboration ?

Ça commence très tôt ; c'est soit l'employeur qui nous envoie leur salarié pour passer le concours. Ou bien, nous, nous avons un vivier de candidats et nous leurs proposons des candidatures qui nous semblent pertinentes par rapport à la structure (lieu et fonctionnent).

Le partenariat commence là, ensuite y a des appels téléphoniques, dans les 2 premiers mois, pour s'assurer que l'intégration s'est bien passée. Et que les aptitudes perçues de la personne se révèlent une réalité et perçues aussi de l'employeur.

Ensuite, il y a une visite systématique, après 7/8 mois donc à mi-parcours, de façon automatique. Sauf si difficultés, on ne va pas attendre les 8 mois.

Puis une visite en fin de parcours pour valider les compétences acquises.

Faites – vous des facilités envers l'employeur pendant cette alternance ?

On peut autoriser des absences en cours, mais de façon très exceptionnelle, avec une demande écrite de l'employeur justifiée par un évènement particulier (ex : les 100 ans de Me X), et l'AMP est le référent de cette personne etc. Sinon, dans le principe et sauf exception, non. Il y a un planning qui est établi, mis en place et connu de tous dès le début de la formation avec une semaine par mois. Donc, cela s'organise et normalement, non.

Une semaine par mois est déjà très facilitateur pour les employeurs. Avec un planning qui est envoyé très très en amont.

Combien coute la formation ?

4530 euros. Sachant que pour les employeurs, c'est une formation qui est prise en charge par l'organisme paritaire collecteur (OPCA). Pour la formation d'AS c'est la même chose.

La formation d'AS est organisée de manière très différente, donc pas du tout comparable en termes d'organisation pour un employeur.

Y A-t-il eu de grandes modifications au niveau de l'enseignement ?

Pas depuis 2006, le diplôme a été complètement réformé en 2006, et depuis non. C'est un diplôme qui est devenu accessible à la VAE car organisé autour de module, alors qu'avant il n'y avait pas d'acquis possible. Là, il y a 6 domaines de formation, et on a 5 ans pour acquérir les 6 domaines. Et quand on est AS, on a 2 modules d'AMP a passé, donc il y a des passerelles.

Ces passerelles sont-elles souvent demandées

AMP pour devenir AS oui, AS pour devenir AMP je n'en n'ai jamais vu.

Y a-t-il un enseignement pour faire connaitre la profession d'AS

Pas du tout

Et par rapport à leur collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire ?

Oui, par contre

Dans la formation, il y a tout un pan sur l'équipe pluridisciplinaire où sont balayés les rôles de chacun, et leur collaboration au sein de l'équipe.

Comme l'essentiel des étudiants sont en EHPAD est forcément évoqué la collaboration AS/AMP qui est un peu particulière.

C'est-à-dire, encore faudrait-il en faire la différence, très clairement....

Alors par rapport à cela, ils en disent quoi, ils se sentent frustrés ?

Ça fait parti de leur grieffe, ça fait vraiment parti des problématiques pour les fidéliser en EHPAD. On a beaucoup de nos AMP qui se voient faire les mêmes choses que les AS, qui ont beaucoup de difficultés à se retrouver dans la spécificité de leur fonction, et du coup lorsqu'ils vont faire leur stage d'un mois dans les structures pour les personnes handicapées, et là, ils sont positionnés réellement sur

le métier d'AMP, qui pour la plus part c'est ce qui ont choisi, et donc à la fin de leur formation. Il quitte le secteur gérontologie pour aller vers le secteur de l'handicap, car les conditions de travail sont moins difficiles aussi, mais aussi parce qu'il y a une dimension entière de l'AMP qu'ils n'arrivent pas à mettre en œuvre en EHPAD.

C'est plus ou moins vrai, selon les structures, avec des directeurs et des IDEC +/- sensibles à la spécificité de chaque métier. Dans le global, ça fait parti de ce qu'il ressort de leur expérience.

A votre avis, quel serait le levier ?

Leur donner leur rôle.

Après je sais aussi que ce n'est pas une volonté, mais il y a une question d'organisation, du travail, des soins qui fait qu'ils ont des difficultés à confier aux AMP l'animation, en collaboration avec l'animatrice lorsqu'il y en a une. Dans certains EHPAD, ce n'est pas le cas du tout. Et donc là, on se demande bien ce que les AMP peuvent retirer de spécifique de leur travail par rapport aux AS. Car c'est ce qui peut faire la différence en EHPAD, car les toilettes, elles ne vont pas les réaliser de la même façon, mais en termes d'organisation du travail, c'est un peu complexe. Donc là, je comprends mieux pourquoi, on a du mal à positionner... Et on va solliciter plus l'AS pour des toilettes plus techniques qui va nécessiter l'intervention de l'IDE, pour des pansements....

Les aspects très techniques comme ça, ce n'est pas du tout leur travail, ça ne fait pas parti de leur référentiel. Alors, ils l'apprennent en alternance, sur le terrain, pourquoi pas mais ce n'est pas leur vocation de départ, contrairement aux AS.

Après, en termes d'organisation de travail, c'est quand même compliqué. C'est-à-dire qu'on change les personnes systématiquement...

Pour les résidents, ce n'est pas idéal car ils perdent leur repère. Donc, c'est facile à comprendre. Par contre, pourquoi, ne leur confie pas les animations l'après midi, là j'ai plus de mal à comprendre en termes d'organisation de travail.

Quand ils ont terminé leur formation, vers quel secteur se dirige t-il ?

Les salariés restent souvent attachés à leur structure, pour la plupart... Pour la grande majorité, il reste, relativement reconnaissant de leur employeur de leur avoir permis d'aller en formation.

Les plus jeunes, en contrat de professionnalisation partent, et ce n'est pas faute qu'on leur propose. Ils partent dans le handicap. Dans, le secteur gérontologique, ils vont aller plus facilement vers l'associatif que vers le privé lucratif, ça c'est clair. Car les conventions collectives sont plus intéressantes. Avec une compétition telle avec toutes les offres d'emploi, ils ont le choix du roi. Le plus intéressant financièrement, reste le secteur associatif.

Donc, les étudiants ont des difficultés à se positionner, il y a une différence entre leur idéal et le terrain, y a-t-il d'autres éléments qu'ils rapportent ?

Non, ce qui ressort beaucoup c'est ça, leur positionnement AS/AMP.

Les conditions de travail ne ressortent pas tant que ça, étonnamment.

Les difficultés au niveau des toilettes, quand même, avec le nombre a enchainé.

Le manque de moyen mais qu'ils n'imputent pas forcément à la direction mais à une politique générale pour l'accompagnement de la vieillesse.

Ils relèvent très souvent des difficultés pour l'accompagnement en fin de vie, ça c'est vraiment quelque chose qui ressort extrêmement fréquemment, comme étant la plus grosse difficulté.

C'est être confronté à la mort quotidiennement, alors qu'ils ont choisi un métier de vie, d'accompagnement. C'est relativement lourd à porter. C'est ce qu'il ressort, avant même le contact auprès des personnes démentes, agressives. Ça vient avant étonnamment, j'ai eu l'occasion de faire une enquête.

Ils vont être en mesure de comprendre l'agressivité, ou au moins de se poser, de réfléchir, d'y amener quelque chose.

Comme les PA arrivent de plus en plus tard, et de plus en plus dépendantes, ce n'est pas forcément la conception qu'ils avaient au départ.

Est-ce qu'ils expriment des difficultés par rapport à leur collaboration avec l'AS ?

Non, globalement non.

Se sont des collègues, on s'entend très bien.

Je pense que ça dépend aussi beaucoup de l'IDEC et de la dynamique qui est impulsée par l'IDEC. Soit être très cloisonnant, soit ne pas l'être et profiter de la complémentarité et de la richesse. Du coup, la plupart du temps, ça se passe plutôt bien.

Il y a un enseignement important par rapport au projet personnalisé, est ce qu'ils arrivent à mettre en application les actions qu'ils ont pu apprendre ?

Ça vient (rire), on va y arriver.... Ça frémit

C'est encore très compliqué jusqu'à il n'y a pas si longtemps ; donc, c'est aussi une zone de frustration. C'est certain.

Pensez vous que c'est un des moyens pour permettre un meilleur positionnement ?

Je n'en suis pas persuadée car je pense que les AS ont cette capacité aussi.

Après, c'est une question de méthodologie...

Mais en termes de regard personnalisé, de réflexion, pour moi ça reste un travail d'équipe donc mené par un AS ou un AMP référent, ils vont avoir les mêmes priorités auprès du résident ; le regard sera peut-être un peu différent et encore... je n'en suis même pas persuadée car leur regard est, quand ils en ont un, reste très dans l'accompagnement et le relationnel que plus dans le soin. Ils ont sûrement la même capacité, peut-être plus en termes de méthodologie...

Mais par rapport aux actions définies ?

Là, pour le coup, ils peuvent avoir une vraie plus value, c'est certain.

Et emmener l'équipe sur la personnalisation, la mise en place d'actions auprès des résidents. Donc là effectivement pourquoi pas...

Au départ, la palette des compétences est moins large chez l'AS que l'AMP.

Après, il y a des AMP qui sont très la dedans, et d'autres plus dans le quotidien.

A l'IDEC de bien identifier aussi chez chacun ce qu'il a envie de faire et ces aptitudes à le faire aussi.

Retranscription de l'entretien réalisé avec le CDS sup (3)

Durée de l'entretien : 55mns

Le début de l'entretien n'a pas été enregistré, mais a fait l'objet de prise de notes : il évoquait l'identité de l'interlocuteur, l'histoire de l'hôpital et la présentation de la population accueillie.

L'entretien a été complété par la suite par un échange avec le cadre de santé et une AMP

Combien de résident ?

288 places

Constitution de l'équipe ?

1 directeur, 1 psy, 3 agents administratif, 1 MEDEC, 1 gériatre, 1 vacation de psy, préparatrice en pharmacie, 11 IDE, 2 CDS, 1 Cadre sup, 52 AS, 64 AH, 1 pédicure en vacation, 1 esthéticienne, 1 coiffeuse, 1 poste de psychomotricienne, 2 animatrices, 2 A sociales, 8 AMP.

Section cure médicale et MDR jusqu'en 2007 puis convention, à ce titre 8 postes d'AMP.

Poste d'AMP développé en 2008, j'ai un cursus très technique avec réa, bloc, je ne connaissais pas le travail d'AMP.

J'étais arrivée dans une équipe qui était abimée par le travail, en EHPAD, avec un dos en vrac. Demandée par la médecine de travail d'être déchargée de port de charge. Elles vivaient mal ce type de situation, car toujours en dehors de l'équipe. C'était compliqué pour elles, elles le vivaient mal. Donc, je me suis dit pourquoi pas les positionner sur les postes d'AMP et leurs donner le travail d'accompagnement. On en a besoin puisqu'il y a des postes, cela permettait de remplacer les postes aux soins.

Donc on a démarré comme ça, avec une équipe très moteur, très intéressée qui avait envie d'avancer la dessus, et qu'on construit un certain nombre de projet.

Et puis après, nous avons intégré 2 personnes qui n'étaient pas issu de l'EHPAD car c'était aussi la politique de l'établissement. Elles n'étaient pas dans ce mouvement là, et elles ont quand même fait capoter le projet. Donc on a essayé de travailler, en sachant que c'est moi qui encadrerait ces équipes en direct, mais j'avais beaucoup de travail autour, donc ce n'était pas très simple, je ne pouvais pas être au cœur de l'équipe. Donc on a quand même pas mal réfléchi autour de ces équipes. On a fini par se dire que ce n'était pas leur métier premier,

qu'elles avaient pas de notion, pour travailler sur les ateliers thérapeutiques, c'était compliqué. Donc, on a décidé de mixer l'équipe et de faire rentrer des AMP diplômées.

Donc, là elles étaient positionnées sur les postes sans avoir eu de formation ?

Non, d'emblée, elles ont été positionnées sur les postes. On a demandé une formation, sauf qu'elles Faut le vouloir pour aller en formation...Et, elles n'étaient pas forcément là dedans. Donc, on ne l'a pas fait immédiatement. Mais, bon 2008, on est en 2012, le temps passe très vite.

L'année 2008/2009 s'est très bien passée, puis, il y a eu une cassure. Tout simplement parce que j'ai eu un moment où j'ai eu plein d'arrêt de travail sur l'équipe AS. On a voulu les réinjecter dans le soin, mais dans le soin à stimuler. Nous avons quand même un public particulier où il y a beaucoup de négociation. Et là, ça a fait une cassure...

Donc, j'ai des moteurs qui n'ont pas du tout porter... et qui se sont arrêtés. Et ceux qui sont pas moteur et qui n'avaient pas forcément l'empreinte du travail ont laissé tomber le truc. Donc, c'est à ce moment là que nous aurions dû faire les formations, avec les anciennes mais elles étaient absentes, avec des arrêts. Car forcément, se sont des gens avec des pathologies, et les pathologies ressurgissent avec le stress.

Et puis l'intégration des AMP- AMP, ne s'est pas bien passée, parce que ce n'est pas le même métier. Les unes revendiquaient une place et un savoir faire (les AS), et donc elles ne laissaient pas les AMP monter le projet. Sur ce type de difficultés, il faut du temps en termes de management pour reprendre les choses et essayer d'avancer. C'était compliqué... Donc, la psychologue du service a essayé de travailler avec elles. C'est aussi ça qui a pris du temps, car j'ai passé le relais à quelqu'un d'autre, et elle aussi est tombée, ça été très difficile.

J'ai identifié les 2 personnes avec lesquelles, j'étais en difficulté, et je les ai fait sortir de l'équipe, il y a 15 jours. Donc, je me retrouve avec une équipe où il manque du monde.

Elles ont aussi un gros travail sur l'accompagnement repas, je leur ai demandé car je pense que la stimulation, ça fait parti de leur travail. Et c'est important qu'elles travaillent aussi avec les AS. Donc, on avait fait un profil de poste, qui permettait beaucoup de chose au départ, on a été assez large sur le profil de poste. Et on a étendu leurs horaires aux horaires du soir.

Donc, on est obligé de tout remanier le travail depuis quelques temps.

C'est vraiment une équipe qui est complètement détachée des AS ?

Oui, et même détachée géographiquement car la salle AMP était dans l'aile des autonomes donc, les AS y sont peu.

Donc du coup, elles ne travaillent pas du tout ensemble, à part au moment du repas. Et ça ne se passait pas forcément bien car les AS déléguaient tous ce qu'elles n'avaient pas envie de faire. Donc, ce n'est pas très très simple.

Et là, on a une nouvelle directrice qui est arrivée au mois de Janvier, et c'est vrai qu'il faut qu'on sorte de ça.

Donc mon projet était de rétablir déjà géographiquement les AMP au sein du centre d'hébergement, donc on a récupéré une salle d'animation au 2^{ème} étage. Il a fallu tout délocaliser. Donc on est en cours de déménagement de la salle, donc de ce fait elles sont plus au centre des choses. Elles travaillent avec les AS sur le 2^{ème} étage car on a un 1^{er} étage avec des résidents très dépendants. Au 2^e, c'est surtout des personnes dépendantes mais aussi avec des profils psychologiques particulier, avec des pathologies alcooliques... Donc, il y a un gros travail de stimulation.... (Déplacement)

Les AS ont l'impression d'être hiérarchiquement supérieurs aux AMP ?

Je ne pense pas

Elles ont l'impression qu'on leur retire une partie.

C'est-à-dire que l'alimentation ici, a toujours été très compliquée. Moi, quand je suis arrivée, les résidents étaient devant leur assiette et ne mangeaient pas.

C'est aussi liée à l'histoire, c'est un EHPAD qui s'est construit par la force des choses donc, avant il n'y avait pas de personnel soignant, c'était des surveillants. Il n'y avait pas d'accompagnement réellement de la personne âgée. Donc, au fur et à mesure, elles ont remplacé les surveillants sur certaines tâches et entre autres sur la tâche du repas. Elles sont à la distribution des repas avec l'AH qui est sous dimensionnée. Et du coup, elles ne sont pas dans l'aide au repas, mais dans le service du repas. Dans leur tête, il a fallu rétablir que le repas leur appartient. Mais c'est long, on y arrive un petit peu.

On a réorganisé le travail notamment en déplaçant les très dépendants dans une autre salle lors du repas, et on a demandé aux AMP de les faire manger. Puis de manière plus étendue, sur les repas. Elles ne peuvent pas faire manger tout le monde, donc après on a intégré les équipes d'AS au repas. Et là, c'est bon tout le monde mange, il n'y a plus de soucis. Le petit déjeuner est arrivé un peu après, donc petit à petit...

Est-ce que votre organisation avait comme objectif d'impulser une culture de l'EHPAD, un accompagnement ?

On n'est pas au service, on n'est toujours pas au service aujourd'hui, et vu qu'on est avec des populations qui n'ont jamais rien eu, ils ne sont pas en demande, ils ont peur, ils sont dépendants, ils ne peuvent plus aller nulle part. Donc...Voilà. Mais bon, la nouvelle directrice a fait beaucoup le tour des EHPAD, et elle dit que ce n'est pas que chez nous.

On est quand même protégé par le fait que nous avons peu d'éléments extérieurs. Et d'ailleurs dès qu'il y a une famille, ça ne se passe pas bien.

Elles ne supportent pas le regard extérieur, ça leur renvoie un certain nombre de chose. Elles comprennent celui des encadrants mais plus difficile pour l'extérieur.

Est-ce que cette équipe d'AMP a pu impulser des valeurs d'accompagnement ?

Non, parce que l'équipe AMP ne l'a pas ces valeurs d'accompagnement. Elle l'a autour du repas mais elle ne l'a pas plus, que se soit des vrai AMP diplômés ou des AS. Certaines l'ont, certaines ne l'ont pas. On n'a pas une équipe qui a cet esprit là.

Le projet est de les remonter au 2^e étage, de leur confier éventuellement un groupe de très dément, de les conforter plus dans un rôle d'auxiliaire de gérontologie, avec l'accompagnement.

Nous, on a toujours fonctionné avec une unité type PASA, on n'a toujours fonctionné comme ça.

C'est vrai que l'on tâtonne, car en plus avec l'absentéisme, ce n'est pas très très simple.

Sur la convention tripartite, quel est le projet cité pour le déblocage de ces 8 postes d'AMP.

C'est un projet d'accompagnement, moi je suis arrivée après et ... je ne pense pas qui fallait travailler avec les AMP mais plus avec les AS, et approfondir le rôle des AS, car on leur a sorti le domaine de l'accompagnement aux AS, en faisant ça.

« Création de 8 ETP d'AMP pour assurer un accompagnement de proximité pour porter la dimension sociale de la maison de retraite », ça voulait dire qu'on séparait le social du soignant. Alors que pour moi, la mission doit rester globale.

A la limite, on aurait formé nos propres AS à la dimension d'AMP, ça aurait moins scindé, je pense, mais bon...

Il faut les comprendre nos résidents, ils viennent de la grande précarité, il faut accepter ... Cela entraîne plus d'agressivité.

La mise en place d'une collaboration entre les AS et les AMP peut-elle limiter cette scission entre le sanitaire et le social ?

Et bien, c'est ce qu'on fait, ce matin, j'étais très contente car il y a eu une absence d'une AMP. Et pour l'atelier thérapeutique du matin, elles ont besoin d'être 2 personnes pour pouvoir mieux encadrer. Et, c'est l'AS qui a proposé d'y aller pour renforcer l'équipe pour cet atelier parce qu'elle avait terminé ses toilettes, donc je me dis que les choses peuvent avancer quand même...

Comment se positionnent les AMP/ à l'équipe pluridisciplinaire ? Déjà, est ce qu'elles lancent des projets ?

Elles ne lancent pas de projet, c'est ça qui est dramatique, il faut toujours qu'elles soient portées par quelqu'un. Et pourtant, c'est une équipe à laquelle j'ai lancé de l'autonomie en disant... parce qu'elles sont arrivées avec un projet, et entre autres le jardin... qui était un très beau projet qui était porté par une AS. Elle rentrait dans son projet un résident, et cette AS faisant fonction AMP est tombée malade. Le jardin a été repris par le résident. Ce n'est plus l'équipe d'AMP qui porte le projet, elles se sont laissé reprendre le projet par le résident. Ce qui nous pose d'autres problèmes, pour lui c'est un beau projet de vie.

Mais c'est un projet qui n'appartient plus à l'équipe. On avait un projet couture qui était porté par certaines. On a récupéré des vieilles machines. Et à ce jour, se sont les résidents qui portent le projet couture. Donc, elles n'accrochent pas le projet, elles transfèrent.

Donc, avec la psychomotricienne (50%), le but, c'est de les accrocher avec elle pour qu'elles soient guidées. Je pensais que c'était une profession, où on pouvait... Elles auraient pu arriver en me disant voilà...voilà ce que l'on préconise. Donc, il y en a qui propose tjrs plein de chose, mais elles ne le font pas. Et ça s'est fatiguant car on obtient les choses, les salles, on acte les choses, on fait tout un travail d'organisation, mais derrière....

Et, pourquoi ?

Car elles ne sont pas investies dans le travail, on avait démarré un projet sur un atelier culinaire, donc cette soignante a vécu un certain nombre de choses lié aux collègues AS. Car les AS, elles étaient très... Bah on les retire de l'animation, elles ont très mal vu l'arrivée des autres professionnels car c'était de très anciennes AS, et elles ont vraiment travaillé avec les résidents. A l'époque, il n'y avait pas d'animateur, pas d'AS. Donc, c'est vraiment l'équipe qui sortait le résident, qui faisait tout le travail animation... Elle le faisait à priori très très bien. Puis après on leur a mis des animateurs, elles ne décident plus quel résident part en sortie, donc on leur a retiré ces choses là. Et les très anciennes, elles

bloquent. Et pourtant, l'AM, quand je les vois en salle de réunion, je leur dis attendez, il y a plein de jeux de société, on a plein de résidents qui s'ennuient, prenez des jeux de dominos, allez jouer dans leur chambre. Enfin, voilà....

Moi qui venait du technique, on n'avait pas de relationnel... Je me disais, ça serait formidable la gériatrie, j'aurai dû arriver là avant, car c'est là où l'on peut... Et le fait de les voir passer à côté de ça... Bref... mais, je pense quand même.

Une autre avait lancé, un projet repas thérapeutique, je lui ai demandé de mettre ça en place avec un vrai suivi derrière. Et, elle l'a abandonné car l'on a changé d'animateur car c'était trop lourd. Et les autres la rejeter de l'équipe.

Après, j'ai demandé de refaire cet atelier, et donc c'est toute l'équipe AMP qui le met en place, elles font les courses et ensuite, elles reçoivent le résident.... Ce n'est pas le but.

Avez-vous vu quand même une plus value dans la PEC par rapport à cette équipe d'AMP ?

Oui, car le poste étant assez large, on a mis un certain nombre de choses où il y avait de gros manque. Par ex : accompagnement des résidents sur les consultations (...) car on n'a pas de famille donc, y a quand même toute cette difficulté là. Tout le bénéfice autour du repas, stimulation là c'est une ancienne AS/AMP qui a un diplôme de conseillère conjugale et sociale qui a été mise sur ce poste en attendant un poste. Donc il y a quand même un autre niveau. Elle travaille beaucoup avec tous les résidents psy entre autres. Elle arrive à bien les stimuler ceux avec lesquels on a une scission complète avec le soin. Puis à les faire rebasculer sur l'équipe, pour que les AS puisse faire leur travail.

Difficulté pour la visite des personnes hospitalisées, car elles y vont à 2

Elles participent aux transmissions, mais elles ne disent pas grand-chose... Quand elles interviennent, elles sont en dehors du truc...

Elles d'emblée, aux transmissions, il y a 4 IDE, 22 AS, les AMP, et certains ASH. Donc, elles se retrouvent face à la masse des AS, donc, elles interviennent toujours sur la défensive. Toujours en donneuse de leçon, donc forcément...

Elles sont donc décalées ou en tout cas noyées par la masse ?

Oui, oui, c'est certain.

Mais, je ne pensais pas que la transmission d'information était aussi dure sur cette équipe.

C'est à l'oral, mais à l'écrit ?

C'est les 2.

Bon on a une particularité grave, c'est que nous n'avons pas de dossier de soin. On a des éléments de dossier mais pas de dossier global.

Y a-t-il une collaboration avec l'animatrice ?

On a rétabli cela ...

Quand la responsable de l'animation inclue les AMP, elles sont là ... elles ont vraiment l'impression d'être là, non pas pour faire l'animation mais pour faire ce que l'animatrice ne veut pas faire, le change, l'accompagnement, voilà....

Donc, quand elles vont à des banquets, mais maintenant, j'envoie AS et AMP, c'est elles qui s'occupent des résident. La responsable d'animation, elle est avec les autres responsables d'animation ailleurs. Donc, elles se disent, nous on vient faire « bouche-trou ». Elles le vivent mal.

D'un autre coté lorsqu'on les intègre à un atelier gym avec les kinés. Elles arrivent quand l'atelier est commencé et partent avant que se soit fini. Donc, elles se confortent aussi dans ce rôle, de spectateur, et ce n'est pas ça. Donc, ça c'est un travail avec l'animatrice pour voir, comment on peut leur faire intégrer certaines choses.

Faites vous des projets personnalisés ?

Ça été arrêté par l'ancienne directrice, et on va les reprendre prochainement.

Y a-t-il une médicalisation plus importante ?

Oui, avec un médecin qui vient d'arriver et tend vers ça. Je ne suis pas très d'accord car nous sommes un EHPAD, avec des effectifs non complets avec que 1 IDE la nuit. Le médecin gériatre reprend facilement les gens (ex : résident hématome sous dural, repris à l'EHPAD en surveillance).

C'est vrai qu'on travaille sans séparation avec l'hôpital je sais l'activité de mes collègues, je ne refuse pas de reprendre quelqu'un sauf quand le bénéfice, il n'est pas bon pour le résident, et la sécurité...

Est-ce que le sanitaire est plus important que le coté social ?

Non, on a toujours eu des gens lourds, avec un GMP a 760, ils sont clairement lourds nos résidents, avec une surveillance d'O2, beaucoup d'aérosol, on a plein de TT, on a besoin d'une présence IDE la nuit...

C'est noté dans la convention, ils sont lourds mais j'ai l'impression qu'il va falloir faire corps si on ne veut pas se retrouver avec des résidents de + en + lourds. On fait bloc sur certaines entrées.

Que représente pour vous la qualité, quel est le premier mot-clé lorsque l'on parle de qualité ?

L'absence d'escarre. Cela veut dire une personne bien hydratée, bien nourrie. C'est un indicateur soignant mais ça veut dire aussi que se sont des personnes qui sont accompagnées, aussi, qui ne sont pas seules dans leurs lits.



42 Bd Jourdan 75014 PARIS – Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59

**Diplôme de cadre de santé
DCS@11-12**

TITRE DU MEMOIRE

EHPAD : établissement médico-social
AMP : travailleur social
Peuvent-ils se rejoindre ?

AUTEUR

Laetitia Clément

MOTS-CLES

Etablissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
Aide médico-psychologique/ projet personnalisé
Culture gérontologique

KEYWORDS

Institution for elderly and dependant people
medical and psychological aid
Personalized project
Geriatric knowledge

RESUME

Le travail en interdisciplinarité est aujourd'hui largement pratiqué dans le secteur de la santé. La qualité de la prise en charge est ainsi améliorée. En EHPAD, l'équipe soignante se diversifie avec l'intégration des AMP. Leurs compétences sont assez proches de celles des aides soignantes mais avec une spécificité pour l'accompagnement, la stimulation et l'éducation. L'aide médico-psychologique est qualifiée comme un travailleur social, comment peut-il se positionner auprès des professionnels paramédicaux? Les projets personnalisés sont obligatoires dans les EHPAD, ils permettent d'individualiser la prise en charge. Ces projets peuvent-ils être un levier pour accentuer le positionnement des aides médico-psychologiques? Ce mémoire a été réalisé premièrement par la technique du questionnaire, adressé aux aides soignants et aux AMP. Cela a permis d'avoir le regard de ces deux professionnels ; et deuxièmement par des entretiens auprès de cadres de santé, directeur d'établissement et directeur d'un centre de formation d'AMP.

ABSTRACT

Today, interdisciplinary work is very prevalent in the healthcare sector. The quality of care has improved as a consequence. In EHPAD (Institutions for Elderly and Dependent People). The care team is diversified with the integration of AMP (medical and psychological assistants). Their competences are similar to those of nursing auxiliaries, but with a speciality accompanying, stimulating and educating. The medical and psychological aid is a social worker, how can he position himself within the team of paramedical professionals? Personalized projects are compulsory in the EHPAD. This allows to individualize the care. Can these projects be a lever to highlight the positioning of AMPs? This work was realized first by the technique of the questionnaire, addressed to the AMPs and the nursing auxiliaries. This allowed me to have the point of view of these two professionals; and secondly by interviews with the team managers, one director of establishment and one director of training centre for AMPs.

Les mémoires des étudiants de l'IFCS de l'ESM sont des travaux réalisés au cours de l'année de formation. Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'ESM.