

**Professionalisation
et qualité de la prise
en charge des
personnes âgées
en établissement**



**Un enjeu et une nécessité
pour les aides
médico-psychologiques
et les aides-soignants**



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**✦ Pour un diagnostic partagé portant sur
la contribution des professions
d'accompagnement de proximité à la
qualité de la prise en charge des
personnes âgées en EHPAD**

Rapport final

Mars 2005

Sommaire

<u>Sommaire</u>	2
<u>1 – Eléments de contexte et cadre de méthode</u>	3
<u>1.1 – Quelques éléments de contexte</u>	3
<u>1.2 – Des problématiques en perspective</u>	3
<u>1.3 – L’objet de l’étude</u>	4
<u>1.4 – La méthode dans le cadre de cette démarche</u>	5
<u>2 – Définition et champs d’intervention des deux métiers : que peut-on lire sur le sujet ?</u>	6
<u>2.1 – Les distinctions</u>	6
<u>2.1.1 – Une histoire distincte</u>	6
<u>2.1.2 – Deux univers professionnels</u>	7
<u>2.1.3 – Deux formations distinctes</u>	9
<u>2.1.4. – Le point de vue de la formation sur la spécificité des fonctions</u>	11
<u>2.2 – et malgré tout, de nombreuses sources de confusion</u>	13
<u>2.2.1- Un seul et même corps dans la fonction publique hospitalière et territoriale</u>	13
<u>2.2.2 – Reconnaissance ou digestion de la fonction d’A.M.P. dans la filière soignante ?</u>	13
<u>2.2.3 – Des fonctions, dans l’ombre de la profession d’infirmier</u>	14
<u>2.2.4 Une insuffisante reconnaissance de ces professions</u>	15
<u>2.2.5- Des référentiels qualité qui surdéterminent la filière soignante</u>	16
<u>2.2.6 - Des frontières floues avec d’autres fonctions</u>	20
<u>2.2.7 – Une actualité qui rend le contexte encore plus confus</u>	22
<u>2.2.8 – En conclusion, des tentatives de légitimation des distinctions</u>	25
<u>3 – Les axes forts portés par les acteurs</u>	27
<u>4 – En guise de conclusion, quelques pistes à investir</u>	29
<u>4.1 - En préambule : une interpellation à l’égard des décideurs</u>	29
<u>4.2 - La conception, le partage et le portage d’une politique territoriale d’accueil des personnes âgées dépendantes</u>	29
<u>4.3 – La qualité : vers les conventions tripartites deuxième génération</u>	30
<u>4.4 – Une mobilisation plus forte du personnel dans le cadre de l’élaboration des projets et des conventions</u>	31
<u>4.5 – Laisser une place aux besoins des résidents</u>	32
<u>4.6 – Investir la qualité de l’emploi dans le secteur</u>	32
<u>4.7 – Donner une opérationnalité à la pluri-disciplinarité</u>	33
<u>4.8 – Conforter l’appareil de formation</u>	34

➤ 1 – Eléments de contexte et cadre de méthode

1.1 – Quelques éléments de contexte

La loi du 24 janvier 1997 relative à la P.S.D (Prestation Sociale Dépendance) et ses décrets d'application du 26 avril 1999 ont impulsé une réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes.

Cette réforme s'appuie notamment sur un dispositif contractuel, les **conventions tripartites (signées entre l'Etat, le département et les établissements) permettant de mobiliser des moyens** en tenant compte de la situation et des projets spécifiques de chaque établissement.

La convention doit définir les conditions de fonctionnement de l'établissement par rapport à la qualité de la prise en charge des personnes et des soins dispensés, préciser des objectifs d'évolution et des modalités d'évaluation. Pour cela, la réforme s'appuie sur un cahier des charges (arrêté du 26 Avril 1999¹) proposant un cadre structurant dans lequel les partenaires doivent s'inscrire.

Cette réforme incite également les EHPAD à embaucher du personnel qualifié.

Elle ouvre enfin la possibilité aux établissements de recruter des A.M.P. (Aides Médico-Psychologiques) dans le secteur des personnes âgées en les faisant émarger sur les crédits de l'Assurance Maladie. Ainsi, les A.M.P. investissent un nouveau champ d'intervention, alors même qu'elles étaient jusqu'alors essentiellement orientées sur le secteur du handicap. L'étude régionale conduite par la D.R.A.S.S. Rhône-Alpes² montre à cet effet :

- une tendance à la progression du nombre de diplômés A.M.P. chaque année, et notamment de diplômés issus d'établissements pour personnes âgées ;
- une évolution significative du nombre d'A.M.P. dans les établissements pour personnes âgées, même si cette évolution reste concentrée sur quelques établissements.

1.2 – Des problématiques en perspective

L'arrivée de cette profession au sein des EHPAD soulève plusieurs questions :

Vis-à-vis des établissements :

Comment la possibilité de recourir aux A.M.P. est-elle accueillie par les établissements ? Quelles places trouvent les A.M.P. au sein des EHPAD, notamment aux côtés d'autres professions de proximité, telles que notamment les A.S. (les Aides-Soignants), traditionnellement plus représentées dans ce secteur ?

¹ : Arrêté du 26 Avril 1999 fixant le contenu du cahier des charge de la convention pluriannuelle (annexe I, II)

² : « Deux métiers qualifiés dans la prise en charge de personnes âgées en établissements : Aide médico-psychologique et Aide-soignant », La lettre de la D.R.A.S.S., n°2003-09-L, Décembre 2003.

Vis-à-vis des autres professionnels de proximité :

Quelle incidence peut avoir l'arrivée de ces fonctions, plus récentes, issues du monde du handicap et de la lignée éducative, auprès de fonctions plus anciennes, beaucoup plus nombreuses (notamment au sein des EHPAD) et plus structurées – les aides-soignants – issues généralement de l'univers soignant et hospitalier ?³

Vis-à-vis des responsables d'établissements, mais également des financeurs et administrations de contrôle :

L'arrivée de ces nouvelles fonctions, aux côtés des fonctions traditionnelles, contribue-t-elle à une meilleure réponse aux exigences de qualité, imposées aujourd'hui par les différents textes : décret de 1999 portant réforme de la tarification certes, mais également loi 2002-2, ...

La relation entre ces deux professions illustre-t-elle – enfin - un rapprochement entre le secteur social et le secteur sanitaire ?

1.3 – L'objet de l'étude

Face à ce contexte, la D.R.A.S.S. (en charge notamment du suivi du schéma régional des formations sociales) a souhaité approfondir la question des rôles respectifs des A.S. et des A.M.P. dans les E.H.P.A.D..

Dans ce cadre, elle a confié à Rhizome l'accompagnement d'un diagnostic partagé par l'ensemble des acteurs concernés (employeurs, salariés, centres de formation, financeurs et organismes représentatifs du secteur), autour de la problématique suivante :

« Quels personnels, pour quel projet d'établissement et quelle prise en charge » ?

Il s'agissait de contribuer aux objectifs suivants :

- clarifier, à partir des textes et de la littérature existants, la définition et le champ d'intervention des deux métiers : Aides Soignants et Aides Médico-Psychologiques ;
- Identifier les compétences attendues par les employeurs pour chacun de ces deux métiers, et mettre en résonance ces attentes avec les politiques de recrutement et les choix de formation qu'ils mènent ;
- Identifier les organisations et méthodes de travail permettant la mise en œuvre des complémentarités et des spécificités des deux métiers, en mettant en exergue les contraintes éventuelles rencontrées ;
- Mener une réflexion particulière sur l'articulation éventuelle entre la qualification et le niveau de dépendance des personnes âgées.

Ce diagnostic a vocation à alimenter les réflexions de chaque acteur impliqué dans l'accueil et l'accompagnement des personnes en EHPAD :

- pour les employeurs, sur la qualification des personnels, au service de l'amélioration de la qualité de prise en charge de la personne âgée, mais également sur les exigences susceptibles d'être négociées avec les autorités de tarification ;
- pour les financeurs, sur les objectifs et les modalités d'évaluation des conventions tripartites ;

³ : L'enquête menée en 2003 par la D.R.A.S.S. Rhône-Alpes citée précédemment montre notamment que l'emploi d'AS est nettement plus répandu que celui d'AMP puisque 80 % des structures enquêtées disposent au moins d'un A.S., et que d'ores et déjà, les établissements rencontrent des difficultés à recruter des A.S. qualifiés sur le marché du travail.

- pour la D.R.A.S.S., sur les évolutions du secteur, les besoins concernant ces deux métiers et les perspectives d'évolution de l'offre de formation, mais également sur les perspectives de soutien méthodologiques aux DDASS et au CROSMS pour le département de l'offre hospitalière et médico-sociale.

1.4 – La méthode dans le cadre de cette démarche

1 – En premier lieu, un Comité de Pilotage a été organisé (17 juin 2004). Ce Comité de Pilotage était composé de représentants :

- de la D.R.A.S.S. ;
- de D.D.A.S.S. ;
- de l'A.R.H. ;
- de Conseils Généraux ;
- des partenaires sociaux (salariés et employeurs).

Cette instance avait vocation à constituer l'instance de pilotage de l'étude-action.

2 – Une brève analyse de documents remis par les membres du Comité de Pilotage (ainsi que quelques autres documents mobilisés sur le secteur) a été réalisée par Rhizome, à la fois pour structurer la grille de questionnements mais également pour identifier « ce qui est dit » sur le champ d'intervention et les compétences spécifiques de ces fonctions.

3 – Des séances d'animation, à partir d'une grille de questionnements validée par les commanditaires (cf. Annexes) ont été réalisées auprès de différents groupes de travail les 17, 28 et 30 Septembre 2004. Ces groupes de travail étaient les suivants :

- un groupe constitué d'A.M.P. et d'A.S. issus de différents établissements de la région ;
- un groupe constitué de directeurs, issus de différents EHPAD de la région ;
- un groupe constitué de représentants d'organismes de formation de la région ;
- un groupe constitué de représentants des Pouvoirs Publics ;
- un groupe constitué de représentants d'organismes intervenant sur le secteur.

Ces groupes avaient vocation à exprimer les points de vue et les analyses des acteurs « de terrain » et nourrir ainsi la problématique de la démarche. Ces différentes séances ont été riches en débats. Elles ont notamment permis d'appréhender la diversité des points de vue – y compris au sein d'un même groupe - mais également l'hétérogénéité des situations et des représentations sur ce secteur.

4 – A l'issue de ces réflexions, une restitution des matériaux produits dans le cadre de ces groupes a été proposée, pour validation, auprès de représentants de chacun de ces groupes, constitués en « Comité Ressources », le 25/10/2004.

5 – Enfin, une restitution a eu lieu auprès du Comité de Pilotage, le 08/11/2004.

Le présent document se veut une synthèse de ces deux restitutions : il constitue un « pré-rapport » final formalisant l'ensemble des

matériaux structurés au cours de cette démarche, et une base de travail pour nourrir des perspectives que les membres du Comité de Pilotage pourraient proposer lors du séminaire final.

6 - Un séminaire final inter-institutionnel sera organisé le 3 Mars 2005 : il aura vocation à présenter l'ensemble des matériaux produits dans le cadre de ces démarches, et des pistes susceptibles de contribuer à l'évolution de la place des A.S. et des A.M.P. dans l'amélioration de la qualité de la prise en charge au sein des EHPAD.

A l'issue de ce séminaire, un document final intégrant les enrichissements du séminaire, sera produit et remis aux commanditaires.

Pour préparer ce séminaire, une réunion de préparation avec les membres du Comité de Pilotage est prévue le 19 Janvier 2005.

➤ **2 – Définition et champs d'intervention des deux métiers : que peut-on lire sur le sujet ?**

2.1 – Les distinctions

2.1.1 – Une histoire distincte

En premier lieu, les A.M.P. et les A.S. trouvent leur origine dans des histoires singulières.

- **L'histoire de la fonction d'aides-soignants** est à l'origine étroitement confondue à la profession d'infirmière. En effet, elle trouve ses origines au sein de l'Institution Hospitalière du XIX^e siècle où une large catégorie de personnel (distincte des médecins) était mobilisée, dans le cadre de préoccupations clairement hygiénistes, pour répondre à l'incapacité d'un certain nombre de patients à assumer leurs besoins élémentaires comme se laver, s'habiller et manger seuls.

Ces tâches sont alors assurées par des « infirmiers » (terme désignant alors toute personne travaillant à l'hôpital sans être médecin) sans aucune formation.

Progressivement, avec l'évolution des connaissances médicales, scientifiques et techniques, les médecins expriment de plus en plus le besoin d'être secondés ; les tâches, selon leur nature, sont organisées et déléguées à un personnel consacré, dans le cadre d'une division du travail qui n'a cessé de se spécialiser, et de se complexifier.

Pour un certain nombre d'historiens, la création de la catégorie d'aide-soignante – « invention » de l'administration hospitalière - est une conséquence du processus de professionnalisation des infirmières... En effet, cette catégorie serait née de la spécialisation toujours croissante de la médecine et de l'accroissement continu de la demande de soins. Alors même que le diplôme d'Etat devenait indispensable pour exercer en tant qu'infirmière, des mesures (initialement transitoires) avaient été envisagées pour reconnaître ces « *infirmières formées sur le tas* », ne disposant pas encore du diplôme infirmier. La création d'une catégorie provisoire d'aide-soignante visait à l'origine au reclassement statutaire et indiciaire d'une partie du personnel. Progressivement, cette catégorie « intermédiaire » s'est avérée une étape possible dans un parcours

professionnel. Ainsi, en 1956, cette profession était institutionnalisée, à travers la création du C.A.F.A.S. (Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Aide-Soignant).

Cette fonction s'ancre ainsi dans une histoire liée aux sciences et techniques médicales.

- **L'histoire des A.M.P.**, d'origine beaucoup plus récente, s'inscrit quant à elle, et à contrario de l'histoire des A.S., en dissidence avec l'institution hospitalière : les A.M.P. semblent s'être progressivement imposées dans un courant plus vaste de « psychothérapie institutionnelle » de sortie de Guerre, pour rompre avec les pratiques psychiatriques carcérales de l'époque.

L'histoire veut que dans les années 50, sur un plateau lozérien à Saint-Alban, l'abbé Oziol décide, en coopération avec le Dr Tosquelles, de recruter, au sein de son village psychiatrique, le « *Clos du Nid* » (institution accueillant des personnes déficientes mentales) un personnel local, « *peu ou pas qualifié* » - essentiellement des femmes – sélectionné sur la base de « *comportements et traditions maternelles du temps de nos grand-mères* ». Dans ce cadre, ce sont principalement les aptitudes comportementales et relationnelles – et non la technique médicale - qui sont privilégiées. Progressivement, ces personnels seront formés, sur le tas et en cours d'emploi (aboutissant à l'organisation d'un premier examen « d'Aide Maternelle ») ; dès 1962, l'Institut de Psychopédagogie Médico-Social de Montpellier assurera une formation permettant d'obtenir un titre d'Aide Médico-Psychologique ; d'autres centres de Formation en France organiseront ce type de formation, alors même que de nombreux établissements privés spécialisés ouvriront leurs portes aux personnes handicapées. Ce n'est qu'en 1972 que cette fonction est institutionnalisée, à travers la Création d'un Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide Médico-Psychologique (C.A.F.A.M.P.).

*
* *

En résumé, ces deux fonctions se distinguent tout d'abord à travers une filiation différente :

- Institution Hospitalière pour l'A.S., Institution Psychiatrique dissidence, puisque résolument alternative pour l'A.M.P. ;
- Logique médicale, voire hygiéniste pour l'A.S., logique éducative pour l'A.M.P. ;
- Logique de délégation de tâches pour l'A.S., création ad hoc d'une nouvelle fonction (sans logique délégataire) pour l'A.M.P..

2.1.2 – Deux univers professionnels

Ces histoires viennent au fondement de la structuration de deux univers professionnels, qui se distinguent aujourd'hui par deux « branches professionnelles » et deux « filières professionnelles ».

- Les **aides soignants** appartiennent à la filière santé.

Elles constituent l'une des professions de santé non médicale les plus importantes.

Au sein de la fonction publique hospitalière, cette profession est réglementée par le **Décret de 1989**⁴ modifié, portant statuts particuliers des aides-soignants et des agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière. Leur cadre d'intervention est étroitement lié à la distribution des soins infirmiers, dans les conditions définies par le décret modifié relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Lorsque les aides-soignants ne font pas partie de la fonction publique hospitalière, cette profession n'est pas directement réglementée, mais est néanmoins structurée par la profession d'infirmier qui est elle-même réglementée.

Le décret de 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier⁵ précisait que « *lorsque ces soins sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile, à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier peut, sous sa responsabilité, **les assurer avec la collaboration d'aides-soignants** ou d'auxiliaires de puériculture qu'il encadre et dans la limite de la compétence reconnue à ces derniers du fait de leur formation* ».

Ainsi, les actes ou les soins relevant du rôle propre de l'infirmier peuvent être réalisés avec la collaboration d'aides-soignants à condition que :

- ces actes ou soins soient réalisés sous sa responsabilité ;
- que ce personnel relève de son encadrement ;
- et que ces actes ou soins soient confiés aux A.S. dans la limite de la compétence reconnue à ces derniers du fait de leur formation.

Ainsi, dans les textes, l'aide-soignant est placé sous la responsabilité d'infirmiers. La collaboration des aides-soignants aux actions de soin ne peut être étendue aux actions ne figurant pas à leur programme de formation ni aux actes dont l'infirmier n'a pas la direction, c'est-à-dire aux actes prescrits par le médecin.

Il existerait néanmoins un vide juridique concernant l'exercice de ces professions, qui d'un point de vue légal n'apparaissent pas comme professions de santé (le droit d'exercice et les actes ne sont pas réglementés par une disposition ou par un texte pris en application de la loi), mais y sont apparentées.

- Les **aides médico-psychologiques** constituent quant à eux, au sein de la filière « travail social », une fonction relevant des professions « éducatives ». Pour autant, contrairement à certaines fonctions telles que les assistants de services sociaux, cette fonction n'est pas réglementée : de fait, les textes ne précisent pas concrètement les tâches et les opérations susceptibles d'être réalisées en propre par l'aide-médico-psychologique.

⁴ : Décret n°89-241 du 18 avril 1989 portant statuts particuliers des aides-soignants et des agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière (modifié).

⁵ : Décret n°93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier (abrogé), article 2.

Dans le cadre de la fonction publique hospitalière, le décret⁶ précise néanmoins que les aides médico-psychologiques participent aux tâches éducatives sous la responsabilité de l'éducateur ou de tout autre technicien formé à cet effet (article 2).

2.1.3 - Deux formations distinctes

Les textes réglementaires distinguent de façon explicite la formation d'A.S. de la formation d'A.M.P. :

- Le décret de 1994⁷ relatif à la formation des aides-soignants précise les conditions d'organisation du « C.A.F.A.S. », « *Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide-Soignant* ». L'arrêté du 22 Juillet 1994 précise les modalités, le programme de formation préparatoire à ce certificat, les conditions de délivrance du certificat ainsi que les conditions d'agrément et de fonctionnement des établissements habilités à organiser cette formation. L'A.S. s'inscrit au premier niveau d'une filière professionnelle soignante.
- Il n'y a pas de décret instituant la formation d'aide médico-psychologique. Par contre, un arrêté du 30 Avril 1992, modifié le 23 juin 1994 précise ces mêmes éléments concernant la formation préparatoire au certificat d'aptitude à la fonction d'A.M.P.. Le certificat d'AMP constitue une première qualification de la fonction éducative.

Plusieurs éléments distinguent ces deux processus de formation :

1 – En premier lieu, d'un côté, la formation mène à un **diplôme professionnel d'aide-soignant – le D.P.A.S.** - (le Décret du 12 Août 1996⁸ a institué le diplôme professionnel d'aide-soignant en supprimant de fait l'appellation « *certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant* ») et de l'autre, la formation conduit à l'acquisition d'un Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide Médico-Psychologique – le C.A.F.A.M.P.-. Si ces deux diplômes sont de niveaux V, la dénomination – pour l'un, diplôme professionnel, pour l'autre certificat d'aptitude à une fonction - ne reste pas neutre sur les représentations.

2 – La **formation d'aide-soignant est pour partie inter-professionnelle**, puisque commune à la formation d'auxiliaire de puériculture. Ainsi, une partie des enseignements peuvent mixer parfois les deux populations (même si dans les faits, les A.S. et les Auxiliaires de Puériculture ne se rencontrent pas toujours). Les formations d'A.M.P. s'adressent quant à elles exclusivement à des A.M.P..

3 – Une **épreuve d'admissibilité** est exigée à l'entrée de la formation **d'A.S.** (épreuve écrite de 2 heures, portant sur le programme de biologie humaine, nutrition et alimentation du BEP carrières sanitaires et sociales

⁶ : Décret n°89-241 du 18 avril 1989 portant statuts particuliers des aides-soignants et des agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière.

⁷ : Décret n°94-626 du 22 juillet 1994 relatif à la formation des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture et modifiant le décret n°47-1544 du 13 Août 1947 modifié instituant un diplôme d'Etat de puériculture

⁸ : Décret n°96-729 du 12 Août 1996 modifiant le décret n°94-626 du 22 juillet 1994 relatif à la formation des aides-soignants.

et épreuve orale d'admission sur un thème relevant du domaine sanitaire et sociale).

Pour la formation d'A.M.P., seul, un test d'entrée en formation est requis, comprenant une épreuve de compréhension d'un texte, et un questionnaire d'actualité ; il ne concerne pas les personnes titulaires de certains diplômes.

Pour l'A.S., le jury de sélection est essentiellement composé de professionnels de santé : présidé par un médecin Inspecteur de Santé Publique, il comprend des infirmier enseignants et encadrants. Pour l'A.M.P., le jury de sélection est composé de responsables pédagogiques d'organismes de formation, d'A.M.P. et d'employeurs d'A.M.P..

4 – Dans le texte, l'arrêté relatif à la formation des A.M.P. prévoit des **passerelles pour les A.S.** (exonération du test de sélection, réduction d'horaires...) ; à l'inverse, l'arrêté relatif à la formation d'aide-soignant ne cite à aucun moment les fonctions d'A.M.P.. Par contre, des facilités sont prévues pour les BEP carrières sanitaires et sociales, les A.S.H. et les A.S.H.Q..

5 – Les **modalités de déroulement de la formation sont distinctes** : la formation d'aide-soignant est une formation qui dure 1 an, en voie directe et en continu (même si théoriquement, elle peut être organisée de façon discontinue sur une période maximale de 2 ans), alors que la formation d'aide médico-psychologique est une formation d'une durée de 2 ans (en réalité 18 mois) en cours d'emploi.

De fait, alors même que la formation d'A.M.P. nécessite la signature d'un contrat de travail, la formation d'A.S. peut être suivie par des étudiants sans activité professionnelle.

Pour les professionnels d'ores et déjà en établissement, la formation d'A.S. nécessite une absence de 1 an, alors que la formation d'A.M.P. peut être suivie en poursuivant son activité professionnelle (à raison d'une semaine par mois de formation). Dans ce cadre, l'employeur doit assurer une prise en charge financière de la formation et signer une convention de formation.

En outre, les objectifs de formation d'A.M.P. sont davantage structurés sur l'analyse des pratiques de travail (*« aider les AMP à dépasser les difficultés rencontrées dans leur pratique, à améliorer la qualité de leur relation... »*). Il est précisé, dans le cadre de l'annexe que les « stagiaires » devront participer ou s'associer aux choix et à l'élaboration du contenu de leur formation : *« il s'agit de mettre en place une pédagogie souple et adaptée »*.

A contrario, les objectifs de la formation d'aide-soignant sont plus explicites, directifs (*« participer à l'accueil, participer à l'identification des besoins physiques, physiologiques et psychologiques de l'être humain aux différentes étapes de la vie.... »*)

6 – Si chaque centre de formation est agréé par le préfet de région, la formation des A.S. est délivrée par des « **Ecoles** » **professionnelles** dont une partie du mode de fonctionnement est rigoureusement réglementée par arrêté, alors que l'arrêté relatif à la formation des A.M.P. ne spécifie pas d'exigence – outre l'agrément – pour les **centres de formation ou organismes en charge de délivrer les formations d'A.M.P.**

L'agrément, pour les écoles d'A.S., est délivré après évaluation des besoins spécifiques de la région, et révisé chaque année. Les centres ou organismes de formation agréés au titre de la formation d'A.M.P. le sont

pour une durée de 4 à 5 ans renouvelables. Des exigences sont formulées à l'égard des formateurs d'A.S. (diplôme d'infirmier pour le directeur, et pour les enseignants permanents...), et non dans le cadre des formateurs d'A.M.P..

7 – Théoriquement, **les temps d'enseignements théoriques en formation d'A.S. sont plus importants** (mais également plus larges) que les temps d'enseignements théoriques en formation d'A.M.P. : de 350 heures de formation théorique pour les AMP à 630 heures d'enseignements théoriques (315 commun au DPAS et au DPAP, et 315 heures spécifiques) pour les A.S.. En outre, la durée de stage pour les A.M.P. est limitée à 4 semaines du fait même des modalités en cours d'emploi de la formation ; pour les A.S., 10 semaines de stage identiques au DPAS et au DPAP sont exigées, plus 17 semaines de stages spécifiques.

8 – En ce qui concerne **la formation d'A.S., le diplôme est obtenu suite à un contrôle continu** (contrôle de connaissances écrit et mises en situation professionnelle) **et des épreuves finales** (épreuve écrite et mise en situation professionnelle). En ce qui concerne la formation d'A.M.P., le diplôme peut être obtenu suite à une épreuve écrite (questionnaire et note de réflexion pratique), une épreuve orale et l'appréciation du livret de formation.

9 – Enfin, en terme de programme, il apparaît que la **différence** la plus significative réside dans la **place donnée aux « soins »** (selon une approche médicale) dans l'enseignement chez les A.S. alors même que les A.M.P. ont une approche beaucoup plus centrée sur **l'évolution de la personne et le handicap**, dans une dimension plus « clinique ».

2.1.4. – Le point de vue de la formation sur la spécificité des fonctions

C'est sans doute dans les textes relatifs à la formation que l'on trouve le plus grand nombre d'éléments relatifs aux conditions spécifiques de mise en œuvre de ces fonctions :

- Ainsi, **l'arrêté du 22 juillet 1994⁹ apporte des éléments concernant la fonction d'aide-soignant :**
 - 1- L'aide-soignant est en liaison avec les autres intervenants au sein d'une **équipe pluridisciplinaire** ; formellement, l'aide-soignant n'intervient pas seul.
 - 2- Il contribue à une **prise en charge globale des personnes** (d'une personne ou d'un groupe de personnes) et, en tant que de besoin, à **leur éducation et à celle de leur entourage** ; de fait, il n'est pas exclusivement cantonné aux « soins techniques », ni au « nursing ».
 - 3- Il intervient **en milieu hospitalier ou extra-hospitalier** ; de fait, il n'est pas cantonné à un univers professionnel exclusif.
 - 4- Et il participe *« dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité à des soins visant à répondre aux besoins d'entretien et de continuité de la vie de l'être humain et à compenser partiellement ou totalement un manque ou*

⁹ : Arrêté du 22 juillet 1994 relatif au certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant et au certificat d'aptitude aux fonctions d'auxiliaire de puériculture ; le décret du 12 Août 1996 est venu depuis modifier le CAFAS en DPAS.

une diminution d'autonomie de la personne ». Dans ce cadre, l'aide soignant ne dispose pas d'une compétence propre ou d'une délégation de compétences, à l'instar des infirmiers qui sont dotés d'un rôle propre et d'une délégation de compétences d'actes médicaux. En ce sens, l'aide-soignant ne peut prétendre à la dénomination « d'auxiliaire médical » qui est réservé, selon le Code de la Santé Publique aux seules professions disposant d'une délégation d'actes médicaux, cette délégation faisant l'objet d'une prescription médicale¹⁰.

Pour autant, les aides-soignants peuvent réaliser, sous la responsabilité de l'infirmier, des soins relevant en propre de la fonction d'infirmier. Elles ont également la charge de réaliser une aide aux actes élémentaires de la vie quotidienne des personnes dépendantes¹¹.

- En ce qui concerne les **aides médico-psychologiques**, l'**arrêté du 30 Avril 1992 et ses annexes** donnent quelques indications sur les modalités opérationnelles de cette fonction :

1 – Il s'agit en premier lieu de « **personnes** »¹², « **qui participent à l'accompagnement** » (...) « **afin de leur apporter notamment l'assistance individualisée que nécessite leur état psychique ou physique** ». L'annexe précise à cet effet que les populations concernées réclament « *une présence plus individualisée pour compléter l'action menée au niveau du groupe avec le travailleur social ou médical responsable* ». La nature de cet accompagnement est précisé :

« *Pour saisir l'isolement de la personne handicapée ou âgée et y répondre, une réelle qualité de contact, la capacité d'un engagement relationnel non verbal, une présence éducative ou sociale se concrétiseront dans un accompagnement individualisé au travers des actes de la vie quotidienne* », notamment dans le cadre d'actes répétitifs. Ainsi, il est précisé que le rôle de l'A.M.P. se situe à la frontière du médical et du social, en soignant et en prenant soin...

2 – Par ailleurs, l'A.M.P. est centrée sur un **public spécifique** puisqu'il s'agit « *des personnes handicapées ou des personnes âgées dépendantes* » : l'annexe précise à cet effet que le champ professionnel s'est élargi de la prise en charge des enfants ou des adolescents à l'ensemble des personnes handicapées et des personnes âgées, en nuanciant la notion de « dépendance » : il est ainsi question de personnes « *plus ou moins dépendantes* ».

¹⁰ : Article 8 du décret 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

¹¹ : Cf. en 1990, la Commission du Commissariat Général au Plan, présidée par Pierre SCHOPFLIN, proposait d'identifier les besoins d'aide aux « actes élémentaires de la vie quotidienne » des personnes dépendantes. Le besoin d'aide pour la toilette, pour ne citer qu'un exemple, était explicité comme suit « *Il s'agit ici d'hygiène corporelle. On entendra par besoin d'aide pour la toilette soit la nécessité qu'un tiers intervienne sous la forme d'une supervision lors de la toilette de parties du corps (...) soit la nécessité d'une présence constante pour la toilette, le bain ou la douche de tout le corps* ».

¹² : L'utilisation du nom commun « personne » souligne que cette fonction peut être occupée par « qui que ce soit » ;

3 – Ces professionnels interviennent **au sein d'équipes pluri-professionnelles**¹³ : de fait, d'emblée, cette profession se situe nécessairement dans une étroite combinaison avec d'autres professions ;

4 – L'A.M.P. est censé intervenir **sous la responsabilité d'un travailleur social ou para-médical**. Il est précisé dans l'annexe que sa formation doit lui permettre d' « être disponible, comprendre, entourer, apporter aide et soutien aux personnes concernées ».

Il est intéressant de noter que la fonction d'A.M.P. est définie en fonction d'un public (« *personnes handicapées ou personnes âgées dépendantes* ») alors que la fonction d'A.S. est définie en fonction d'un champ d'intervention (« *en milieu hospitalier ou extra-hospitalier* »), et non d'un public ciblé (« *une personne ou un groupe de personnes* »).

2.2 – et malgré tout, de nombreuses sources de confusion

En conclusion, la plupart des textes évoquent de façon distincte ces deux fonctions, sans pour autant que leurs différences soient explicitement perceptibles. En outre, un certain nombre d'éléments viennent contribuer à une confusion entre ces deux fonctions :

2.2.1- Un seul et même corps dans la fonction publique hospitalière et territoriale

Comme souligné auparavant, la fonction publique hospitalière réunit dans un même corps A.S., A.M.P. et auxiliaires de puériculture : « *le corps des aides-soignants* »¹⁴. Comme stipulé dans l'article 2 « *Le corps des aides soignants comprend les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture et les aides médico-psychologiques* ».

Si aucune distinction n'est faite entre l'aide soignante et l'auxiliaire de puériculture (si ce n'est leur collaboration respective, l'une avec l'infirmier, l'autre avec la puéricultrice, l'un et l'autre étant renvoyés à la distribution de soins infirmiers réglementée par le décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier), la fonction d'aide médico-psychologique est malgré tout distinguée dans le texte : les A.M.P. sont ainsi censés « *participer aux tâches éducatives* » sans préciser ce qui relève ou non des « *tâches éducatives* » ; le concept de « *tâches éducatives* » peut d'autant plus être interrogé lorsqu'il est utilisé à l'égard de publics âgés...

2.2.2 – Reconnaissance ou digestion de la fonction d'A.M.P. dans la filière soignante ?

Par ailleurs, alors même que jusqu'en 2002, les décrets relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier ne faisait pas état des A.M.P., le nouveau décret¹⁵ précise que les AMP, au même titre que les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture et selon les

¹³ : Subtile distinction entre les AMP qui interviennent au sein d'équipes pluri-professionnelles, et les A.S. qui interviennent au sein d'équipes pluridisciplinaires...

¹⁴ : Décret n°89-241 du 18 avril 1989 portant statuts particuliers des aides-soignants et des agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière.

¹⁵ : Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

mêmes conditions (encadrement, responsabilité de l'infirmier, et interventions dans les limites de la qualification – et non plus compétences – reconnues du fait de leur formation) peuvent assurer, en collaboration avec l'infirmier, les actes et les soins relevant de leur rôle propre. Ce décret conforte certaines analyses positionnant les A.M.P. – au même titre que les Aides-soignants – au rang d'auxiliaire médical.

2.2.3 – Des fonctions, dans l'ombre de la profession d'infirmier

Dans ce cadre, les marges de manœuvre laissées à ces fonctions semblent – « théoriquement » - faibles : en effet, l'une comme l'autre fonction ne dispose pas d'un rôle propre clairement explicité. En outre, les dimensions « relationnelles » qu'elles peuvent investir ne suffit pas à légitimer leur place dans le système de prise en charge des personnes.

Historiquement, la profession d'infirmier, telle que précisée dans le décret¹⁶, s'est construite sur une double compétence : la « qualité technique » et la « qualité des relations avec le malade ». « *Le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé, et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle* » sont un des principes clés qui structure l'intervention de l'infirmier.

Ainsi, comme reprécisé dans le cadre de l'article 3, « *Relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes* ».

« *Dans le cadre de son rôle propre* », il assure (article 5) une intervention et une information concernant, notamment :

- Les soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
- La surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
- L'aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ; vérification de leur prise ; surveillance de leurs effets et éducation du patient ;
- La préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
- Le lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;
- Le recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance...

A la lecture de ces textes, il est parfois difficile d'identifier ce qui relève du rôle propre de l'infirmier par rapport notamment aux compétences demandées aux aides soignants, voire aux A.M.P..

En outre, la notion de « collaboration » - et non de délégation - mentionnée dans l'article 4 du décret de 2002¹⁷ est également structurante ; le décret ne mentionne pas la notion de « délégation » :

¹⁶ : Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

¹⁷ : Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

dans le cas de la collaboration aide-soignant ou AMP/infirmier, les gestes accomplis par ces fonctions sont toujours réalisés sous la responsabilité de l'infirmier. L'aide soignant ou l'A.M.P. qui réalise un acte ou un soin le fait en apportant sa collaboration à l'infirmier. A ce titre, il agit sous le **contrôle et la responsabilité de l'infirmier** qui ne délègue pas ses compétences mais sollicite une collaboration à l'exécution de ses fonctions relevant de son rôle propre.

Le **référentiel de compétences** des A.S. en cours d'élaboration¹⁸ confirme largement l'hypothèse d'une fonction privée d'un rôle propre : il positionne de façon explicite l'aide-soignant sur une fonction collaborative, en particulier avec l'infirmier : les missions sont réalisées « en collaboration » sans pour autant que la nature de cette collaboration ne soit plus explicitement formulée : sporadiquement apparaissent le travail « *en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire* », ou le « *travail en équipe* » sans de plus ample explication. La nature des relations avec les autres professionnels n'est pas précisée. Par ailleurs, le référentiel liste une série d'actes techniques, auxquels l'aide-soignant est censé « participer » - terme quasi-exclusivement utilisé - (mais ne réalise pas en propre).

2.2.4 Une insuffisante reconnaissance de ces professions

De fait, face à une profession d'infirmier fortement légitimée sur un « rôle propre », les fonctions d'A.S. comme d'A.M.P. sont elles-aussi à la recherche d'une légitimité. Certains analystes (notamment la sociologue Anne Marie Arborio) soulignent ainsi toute la difficulté de ces professions à exister en tant que telles, du fait même de l'absence d'un rôle en propre, institutionnellement reconnu : la profession d'aide soignante provient de cet ensemble de tâches délaissées par les infirmières. Elle se pose ainsi la question de savoir si « *les aides soignants participent au soin ou bien ne font ils que prendre en charge le « sale boulot » de professions anciennes, mieux reconnues et plus prestigieuses* ». « *Cette profession se sent enfermée dans la fonction infirmière, réduite aux soins délégués qu'elle exécute. Dès lors, les aides-soignants souffrent d'un déficit d'image et de fonction* ».

Pour revendiquer une place et une spécificité propre dans les organisations, l'A.S. – tout comme l'A.M.P. aujourd'hui - cherchent à valoriser leur fonction dans la relation privilégiée qu'ils entretiennent avec le patient. La circulaire du 19 janvier 1996¹⁹ (précisant les conditions d'exercice dans la fonction publique hospitalière) met un accent tout particulier sur le rôle d'accompagnement de l'aide-soignant auprès de la personne :

« l'activité de l'aide-soignant (...) comporte une dimension relationnelle très importante, compte tenu notamment du temps passé auprès de la personne soignée et de sa famille. Cette relation doit prendre en considération les habitudes de vie du patient, ses valeurs et son environnement, tout en respectant sa personnalité et sa dignité. Elle revêt une importance toute particulière notamment lorsque celui-ci est un

¹⁸ : Cf. travaux du GERACFAS – Référentiel compétences : missions, activités, compétences aide-soignant, 2004.

¹⁹ : Circulaire DGS/PS3/DH/FH1 n°96-31 du 19 janvier 1996 relative au rôle et missions des aides-soignants et auxiliaires de puériculture dans les établissements hospitaliers.

enfant, une personne handicapée, une personne atteinte d'une maladie chronique évolutive, une personne âgée, un malade en fin de vie »²⁰.

De fait, on assiste progressivement à un débat où les professions revendiquent – dans un environnement où l'utilisateur a aujourd'hui toute sa place : droit de l'utilisateur, droit des malades – le privilège d'une relation de qualité avec la personne, créant ainsi des tensions entre les professions.

2.2.5- Des référentiels qualité qui surdéterminent la filière soignante

En premier lieu, il convient de souligner la multiplicité, voire la diversité des textes, référentiels, guides, etc... susceptibles de structurer la qualité de la prise en charge au sein des établissements en général, et des EHPAD en particulier.

- A l'origine, l'accréditation

Introduite au sein du système de santé français par l'ordonnance²¹ de 1996 portant réforme hospitalière et précisée par un décret²² de 1997, la procédure d'accréditation a pour objectif de s'assurer que les établissements de santé développent une **démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins** délivrés aux patients, notamment par une implication des professionnels à tous les stades de la démarche qualité. Parmi les références proposées par le Manuel d'accréditation des établissements de santé, on notera notamment un certain nombre d'indicateurs concernant la qualité du management, la qualité des ressources humaines, l'association des équipes, la nécessaire continuité des soins... Néanmoins – et du fait même que l'accréditation ne s'applique pas aux activités médico-sociales -, la dimension « accompagnement social », « accompagnement psychologique », « assistance dans la dépendance » n'est que peu développée, si ce n'est exclusivement sous l'angle « des fonctions hôtelières et approvisionnements »...

- L'arrêté du 26 Avril 1999²³ lie étroitement la qualité de la prise en charge au professionnalisme et à l'organisation des intervenants (avec « une attention particulière au niveau de formation du personnel d'accueil »).

Pour autant, cet arrêté est structuré essentiellement selon une veine « soignante » laissant certes une place certaine à toutes les activités d'accompagnement – social, éducatif, culturel – des personnes âgées dépendantes mais en privilégiant largement les fonctions médicales – médecins, médecins coordonnateurs – ou paramédicales – infirmiers -.

En effet, si un certain nombre d'activités d'accompagnement social, éducatif,... sont listées en guise d'objectifs (c.f. Chapitre II – Les recommandations relatives à la qualité de vie des résidents, 2.1 – Les objectifs à atteindre : où l'on retrouve notamment la nécessité de « *maintenir ou retrouver certaines relations sociales pour le résident* », « *apporter les aides – directes ou incitatives – pour les activités de la vie*

²⁰ : Circulaire DGS/PS3/DH/FH1 n°96-31 du 19 janvier 1996 relative au rôle et missions des aides-soignants et auxiliaires de puériculture dans les établissements hospitaliers.

²¹ : Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière

²² : Décret n° 97-311 de 7 avril 1997

²³ : Arrêté du 26 Avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

quotidienne », etc...), ces activités ne sont pas explicitement attribuées à une fonction en particulier, mais plus globalement, à la responsabilité collective de l'établissement qui devra tenter de s'y conformer.

Par ailleurs, le texte identifie indistinctement les aides-soignants et les aides médico-psychologiques aux « *autres membres de l'équipe soignante* » après le médecin coordonnateur et l'infirmière référente. Il est intéressant de noter que si la distinction – sans doute budgétaire – est faite entre « le soin » et « la dépendance », l'A.S., l'A.M.P. et « *les autres personnels psycho-éducatifs* » doivent assurer leur collaboration aux « *infirmiers salariés et libéraux qui assurent la composante soins de la prise en charge* ». Quant à la dimension « dépendance domestique, sociale et relationnelle », elle est explicitement attribuée aux « *agents de service et pour partie par les aides-soignants, dans le respect des dispositions du décret n°93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier* ».

Alors même que ce texte a vocation à structurer le champ social et médico-social, on retrouve ici toute la prégnance du modèle hospitalier où il n'existe pas de distinction entre l'A.S. et l'A.M.P.

- Une **note de la Direction de l'Action Sociale et de la Direction de l'Hospitalisation du 26 Avril 1999** intitulée « *Adaptation des établissements d'hébergement pour personnes âgées en vue d'une amélioration de la qualité de vie des résidents présentant une détérioration intellectuelle* » présente une série de critères susceptibles de favoriser l'accueil de ce type de publics spécifiques à travers trois axes privilégiés : l'amélioration des modes de vie, l'amélioration de la qualité de la relation et l'organisation d'espaces appropriés. On retrouve ainsi une liste de préconisations où les caractéristiques susceptibles de distinguer l'A.M.P. de l'A.S. sont préconisées comme relevant du projet collectif de la structure : quelques exemples en témoignent :
 - *Le fait qu'il s'agisse d'une maladie ne doit pas pour autant entraîner une organisation hospitalière. Médecins et soignants seront présents mais de façon discrète. Ainsi, le port systématique d'une blouse blanche, très symbolique et essentiellement reflet d'une culture hospitalière, devra être évité, en dehors de la réalisation de certains actes techniques spécifiques infirmiers ... »*
 - « *préserver le plus longtemps l'autonomie physique et psychique des personnes accueillies grâce à l'écoute active, la résolution des tensions internes de ces résidents, l'entretien, voire la stimulation de leurs fonctions cognitives en se gardant de faire de l'animation un impératif artificiel* » ;
 - « *Pour de nombreux résidents, le temps de la toilette et de l'habillage constitue une phase essentielle de relation privilégiée, permettant en particulier de favoriser la parole, l'enchaînement des gestes et le maintien des repères. Il convient en outre de développer toutes les possibilités de communication non verbale, surtout aux stades avancés de la maladie. Le toucher, particulièrement présent dans les soins d'hygiène, en constitue une base simple.* »
 - « *Le maintien de relations, par le biais de différents ateliers à caractère souvent ludique (cuisine, lecture de journaux, musique, jeux.) voire d'activités spécifiques (art-thérapie, musicothérapie.), sera formalisé*

dans le cadre de la mise en place d'un projet personnalisé pour chacun des résidents de l'unité ».

Cette note énonce des principes organisationnels, visant à équilibrer l'approche sociale et médicale :

L'équipe est constituée d'un noyau de base en contact permanent avec les personnes âgées et d'intervenants de "seconde ligne", ayant une formation et des fonctions plus spécialisées, aptes à prendre le recul nécessaire.

Tous les professionnels du noyau de base sont titulaires du diplôme professionnel d'aide-soignant (DPAS) ou du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique (CAFAMP), ou de tout autre diplôme donnant compétence à la prise en charge de la vie quotidienne. La fonction d'AMP est distinguée comme bénéficiant « *d'une formation initiale particulièrement adaptée à ces résidents* ».

Le noyau de « seconde ligne » réunit les professions « techniques » tels que médecins, infirmiers, etc...

En outre, les temps de réunion de l'équipe et des groupes de parole sont prévus par la note, de même que le plan de formation permettant à l'ensemble des personnels d'acquérir une culture gérontologique commune.

- **Le protocole 2000 relatif à l'hôpital public** avait également vocation à engager une nouvelle étape, spécifiquement pour l'hôpital, autour des trois priorités réaffirmées de la politique hospitalière : adapter l'offre de soins aux besoins de la population ; améliorer la qualité et la sécurité des soins ; réduire les inégalités dans l'accès aux soins. Ce protocole, signé par les partenaires sociaux, cherche à s'appuyer sur l'amélioration des conditions de travail, la prévention de la violence, la mise en place systématique, dans le cadre du projet d'établissement, d'un projet social clairement identifié, l'inscription d'un volet social dans le cadre des contrats d'objectifs signés avec l'A.R.H., le développement de la formation professionnelle etc...pour conforter les démarches de qualité dans le secteur de la santé. Dans le cadre de ce protocole, un autre protocole d'accord sur les filières professionnelles dans la fonction publique hospitalière a été signé²⁴ et n'est pas sans incidence sur les professions – en particulier d'aide-soignant -.

Ce texte prévoit d'engager les hôpitaux autour de quatre priorités :

- 1 – Assurer une meilleure reconnaissance des métiers et des qualifications ;
- 2 – Favoriser la promotion des personnels et diversifier les perspectives d'évolution de carrière
- 3 – Adapter les carrières et les rémunérations à l'évolution des emplois ;
- 4 - Simplifier les filières autant que faire se peut en réduisant le nombre de corps et de grades.

A cet effet, concernant les aides-soignants et les agents des services hospitaliers, un « *travail de bilan de l'application des mesures prises depuis 1998 en faveur des agents relevant de cette filière (effectifs, formation, évolution de carrière) sera engagé afin de conduire une réflexion sur la promotion sociale au sein de cette catégorie* ». De même,

²⁴ Protocole d'accord sur les filières professionnelles dans la fonction publique hospitalière, établi entre les organisations syndicales – CFDT, FO, UNSA, SNCH, CFE/CGC et le Gouvernement

pour la « filière socio-éducative » (dans laquelle on peut supposer que l'A.M.P. puisse trouver une place), sans qu'aucune fonction ne soit nommée, « *Un travail sera engagé qui permettra de faire le bilan de la situation des agents relevant de cette filière à la suite duquel des propositions d'amélioration pourront être faites* ».

- Le guide co-signé par la DGS et la DGAS intitulé « **Les bonnes pratiques de soins en EHPAD : quelques recommandations** »²⁵ évoque un certain nombre de recommandations destinées à améliorer les pratiques gériatriques (la gériatrie étant conçue comme une dimension transversale, et de fait, pluri-disciplinaire), qui interpellent directement ou indirectement les fonctions d'A.S. et d'A.M.P.. Pour autant, comme en témoigne le titre, ce document, élaboré principalement par des médecins, centre les recommandations sur le soin. Les thèmes abordés vont de la prise en charge des comportements (agitation et agressivité, contention physique, déambulation pathologique) à des recommandations concernant des actes techniques (prise en charge de la douleur, des escarres, de l'incontinence, des infections...) dans une logique de résolution de problème, au cas par cas.

Ce guide, d'essence principalement médicale, ne fait état que des fonctions d'aides-soignants (et d'« auxiliaires de vie »), et ce exclusivement autour d'actes « techniques » aux côtés de l'équipe soignante :

- le traitement de l'incontinence ;
- la coopération avec l'infirmier dans le cadre des soins palliatifs.

Les fonctions d'A.M.P. ne sont pas évoquées.

- **Le plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007**²⁶ apporte également quelques indicateurs de qualité. Il souligne à cet effet que ces maladies constituent « *la principale cause de dépendance lourde des personnes âgées et d'entrée en institution, puisque actuellement 40% des malades y vivent* ».

Ce plan prévoit notamment :

- la réalisation d'un référentiel commun à l'ensemble des « soignants », construit sur la base de l'impératif de respect de l'individu et ayant pour objet de préciser, d'un point de vue éthique, les particularités de prise en charge des malades et de leurs proches. Ce référentiel devrait voir le jour en 2006 ;
- une meilleure connaissance des besoins et des attentes des personnes et de leurs familles ;
- mais également l'adaptation des établissements d'hébergement pour personnes âgées pour prendre en compte la spécificité de cette maladie, notamment à travers une formation des directeurs, cadres et professionnels à une meilleure prise en charge de cette maladie. Des outils sont actuellement en construction, qui pourraient peut être apporter quelques précisions sur la contribution des deux fonctions à la qualité de l'accueil des malades.

De fait, si de nombreux textes destinés à impulser et structurer la qualité dans la filière de prise en charge des personnes âgées (santé ou EHPAD),

²⁵ : « *Les bonnes pratiques de soins en Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes : quelques recommandations* », DGS, DGAS, Mars 2004

²⁶ : Plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007 : 10 objectifs pour améliorer la qualité de vie des malades et de leurs proches

et s'il apparaît globalement que la présence d'un personnel formé est un gage de qualité de service et de sécurité des patients, peu d'éléments permettent néanmoins à la fois de préciser le rôle des A.S. et des A.M.P., mais également d'objectiver leur contribution dans l'amélioration de la qualité au sein des établissements. En effet, avant même d'être le fait de professions en particulier, la qualité apparaît avant tout comme le fruit d'une nécessaire démarche collective, transcendant la spécificité, le professionnalisme et les compétences des uns et des autres.

2.2.6 - Des frontières floues avec d'autres fonctions

Au-delà des problématiques des infirmiers et des A.S.H. évoquées précédemment, d'autres « diplômes », « titres », « qualifications », ou fonctions peuvent parfois semer la confusion, fragilisant encore l'expression d'une spécificité et d'une valeur ajoutée propre aux A.S. et A.M.P. On citera notamment :

- **les « animateurs » en gérontologie socio-culturelle** disposant d'un BEATEP (Brevet d'Etat d'Animateur-Technicien de l'Education Populaire, certes de niveau IV) ont en charge l'initiation, l'organisation, la réalisation et l'évaluation des actions d'animation auprès de personnes et de publics fragilisés par l'âge, la dépendance, la maladie, les conditions de leur position sociale, dans le cadre d'une prise en charge à domicile et en institution.

- **les techniciens de l'intervention sociale et familiale** (diplôme de niveau IV également en travail social dont les missions sont en pleine évolution suite à la réforme de la formation des travailleuses familiales). A partir du support des activités de la vie quotidienne, le T.I.F.S. assure une action socio-éducative auprès des familles certes, mais également auprès d'autres publics (et semblerait-il, de plus en plus, vers les personnes âgées) visant à favoriser l'intégration sociale et le développement et l'autonomie des personnes aidées. Leur rôle se veut à la fois préventif, éducatif, d'accompagnement et de soutien.

- **Les auxiliaires de vie sociale** (diplôme de niveau V) sont censés exercer leur fonction dans le cadre du domicile mais semblent de plus en plus présents dans les maisons de retraite. Leur mission vise à apporter une aide dans l'accomplissement des tâches et activités de la vie quotidienne pour permettre aux personnes handicapées, aux personnes âgées ou aux familles de rester dans leur cadre de vie habituel, et conserver ainsi une certaine autonomie et une vie sociale. L'arrêté du 26 mars 2002 relatif au diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale²⁷ apporte un certain nombre d'éléments formalisés susceptible de caractériser à la fois les fonctions d'A.S. et d'A.M.P. : la nature de l'intervention est qualifiée comme relevant *« d'un accompagnement et un soutien des personnes dans leur vie quotidienne : actes essentiels, activités de la vie ordinaire, activités sociale »* ; *« Il concourt au maintien à domicile d'une personne en situation de besoin d'aide dans le respect de ses choix de vie, dans l'objectif de maintenir et/ou restaurer et/ou stimuler son autonomie. En fonction des potentialités et des incapacités constatées de la personne en situation de besoin d'aide, il décline ses fonctions selon deux logiques d'intervention : aider à faire (stimuler, accompagner,*

²⁷ : Arrêté du 26 mars 2002 relatif au diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale

soulager, apprendre à faire...) ou à faire à la place de quelqu'un qui est dans l'incapacité de faire seul... »

D'autres titres ou diplômes moins répandus, sont également développés :

- **Le titre d'agent d'accompagnement auprès des personnes âgées et des personnes dépendantes (diplôme de niveau V)** proposé par le GRETA.

Homologué en 1997, puis en décembre 2000 (renouvellement) par la Commission Technique d'Homologation des Titres et des Diplômes de l'Enseignement Technologique, le titre « *Agent d'Accompagnement auprès des Personnes âgées et des Personnes Dépendantes* » a été créé en 1991 par des professionnels (directeurs d'établissements d'hébergement pour Personnes Agées) et des représentants institutionnels de la Drôme, à partir d'une analyse du travail réel des agents de service.

Les objectifs de cette formation sont les suivants :

« La formation vise à rendre les agents d'accompagnement capables d'assurer la sécurité, le confort, la prise en compte globale de l'individualité de la personne âgée en conjuguant les fonctions de service avec des aptitudes à l'accompagnement du résident dans son quotidien. »

La formation est d'une durée de 600 heures en centre et de 300 heures en entreprise pour les Demandeurs d'Emploi ; pour les salariés, la durée peut être considérablement réduite grâce à la mise en œuvre d'une procédure de reconnaissance d'acquis professionnels. D'autre part, la mise en place de la V.A.E. peut permettre à des demandeurs d'emploi et à des salariés d'accéder à la certification directement.

Le contenu de formation est le suivant :

- connaissance de la personne âgée : psychologie et pathologies, handicaps liés au vieillissement, accompagnement en fin de vie ;
- Connaissance des Institutions – place et rôle de l'Agent d'Accompagnement ;
- Projet de vie ;
- Relation avec la personne aidée ;
- Communication ;
- Hygiène et alimentation ;
- Gestes d'urgence – manutention des malades – maintien de l'autonomie, animation.

Aujourd'hui, ce titre pourrait être étendu au niveau national. D'ores et déjà une quinzaine de GRETA sont à ce jour candidats à l'extension.

- De même, une **formation d'auxiliaire de gérontologie** (dont l'emploi est reconnu par la convention collective de la Croix Rouge Française) est proposée par la Croix Rouge. Il s'agit d'une formation qualifiante en alternance de 350 heures en centre et 140 heures de stage. Les problématiques liées aux personnes âgées et au vieillissement y sont plus particulièrement abordées.

- Il est à noter que d'autres régions réfléchissent également à la création de nouveaux métiers – voire de nouvelles formations, et peut être à moyenne échéance, à de nouveaux diplômes - : par l'exemple, une étude action est conduite par la Plate-forme de professionnalisation Languedoc Roussillon, qui a produit une analyse précise de l'emploi

« **d'Accompagnateur-Animateur de personnes âgées** », dans le cadre de la dynamique « *nouveaux services, emplois jeunes* ».

La finalité de cet emploi est défini comme tel : « *Apporter aux personnes âgées un soutien moral, physique et matériel adapté à leurs besoins et à leurs souhaits pour améliorer les conditions quotidiennes de vie* ».

Plus concrètement, il s'agit :

- d'apporter un soutien moral par la présence et le dialogue aux personnes âgées et rompre leur isolement ;
- assurer un accompagnement physique en fonction de l'état de la personne ;
- assurer des petits soins corporels (coiffure, esthétique, etc.) et apporter des aides ponctuelles (courrier, couture...) ;
- imaginer, organiser et animer des activités individuelles et collectives ;
- observer, et informer sur les évolutions physiques et psychologiques des personnes âgées, y compris en lien avec certains aspects médicaux ;
- recevoir, informer et sécuriser les familles, tout en favorisant la relation personne âgée/famille, en fonction des possibilités et des demandes.

Ces travaux devraient donner lieu à un référentiel de formation, le lancement d'une formation expérimentale à caractère régional...

Ainsi, on assiste progressivement à un développement de ce secteur, notamment l'émergence de nouvelles qualifications ou encore la perméabilité des secteurs, qui contribuent petit à petit à opacifier encore les distinctions entre les différents professionnels.

2.2.7 – Une actualité qui rend le contexte encore plus confus

Tous ces éléments doivent être resitués dans un contexte particulier dont il convient de rappeler les grandes lignes :

- *Une appréciation récente des enjeux liés à la prise en charge des problématiques de vieillissement...*
- Vieillissement de la population ; en 2020, le nombre des personnes âgées de plus de 60 ans devrait s'élever à 13 millions et le nombre des personnes âgées de plus de 85 ans devrait doubler ;
- Vieillissement des aidants également, avec des enfants qui décèdent parfois avant leurs parents ;
- Nécessité d'une diversification de l'offre, favorisant une prise en charge « *sans discontinuité* » et sans rupture des personnes âgées, mais également un soutien pour les aidants ;
- Prises en charge de plus en plus lourdes au sein des institutions de personnes pour qui le maintien à domicile n'est plus possible²⁸ sans que toutes les conséquences de ces évolutions n'aient été véritablement anticipées.

²⁸ : Cf rapport de l'I.G.A.S. sur la prise en charge sociale et médico-sociale des personnes âgées face à la canicule de l'été 2003

L'entrée en institution, compte tenu des progrès de l'aide à domicile, se fait donc de plus en plus tard, lorsque les déficiences sont telles que le maintien à domicile n'est plus possible. Un certain nombre de personnes âgées entrant en institution sont en outre aujourd'hui porteuses de déficiences psychiques (Alzheimer ou maladies apparentées) qui nécessitent de fait une évolution des conditions de prise en charge.

- Les institutions sont également fréquemment le lieu où les personnes âgées finissent leur vie, nécessitant également de nouvelles compétences pour préparer et accompagner ces moments ;

Tout converge en faveur d'une demande de soins et de services médico-sociaux en forte augmentation : il s'agira à très court terme de répondre à une montée en charge croissante des besoins sociaux et de santé, principalement liés aux évolutions démographiques et sociétales.

- *un cadre d'action qui témoigne d'un certain nombre d'ambitions à l'égard de ces enjeux :*

- La Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne dispose « *L'Union reconnaît et respecte le droit des personnes âgées à mener une vie digne et indépendante et à participer à la vie sociale et culturelle* »
- Depuis 1999, la réforme de la tarification permet d'améliorer le taux de médicalisation des EHPAD, et invite tous les établissements à entrer dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Celle-ci doit être centrée sur les résidents, et s'appuyer sur le projet d'établissement définissant les principes d'amélioration de la qualité des prestations offertes, des projets de vie et de soins.
- La loi 2002-2 est porteuse d'un certain nombre d'exigences en matière de professionnalisme, tout comme la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé²⁹ : exigences de qualité et de professionnalisme, mise en place d'une véritable démocratie sanitaire et sociale.
- La loi relative à la politique de Santé Publique (1^{ère} loi depuis 1903) réaffirme l'enjeu global de la prise en charge de la santé, au-delà de la seule « offre de soin ».

- *et des moyens en profond décalage avec les ambitions*

- Faible qualification du secteur. Le C.E.P de la branche sociale et médico-sociale note que dans le secteur des personnes âgées, 52 % des personnels se situent au niveau IV et 31 % au niveau V. Comme souligné dans le rapport du Conseil Economique et Social³⁰, les risques sont réels : « *L'insuffisance des effectifs de personnels qualifiés fait également craindre le développement du travail*

²⁹ : LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

³⁰ : Rapport du Conseil Economique et Social « Le recrutement, la formation et la professionnalisation des salariés du secteur sanitaire et social », présenté par M.Michel PINAUD, Juillet 2004.

dissimulé et même le danger qui s'ensuit, d'interventions totalement inappropriées sur des êtres fragiles. »

- Pénurie de main d'œuvre, notamment en ce qui concerne les aides-soignants et les infirmiers, et plus globalement le personnel médical ; de nombreuses études prévoient de fortes pénuries de main d'œuvre sur ce secteur, mais également une carence élevée de qualifications pour les années à venir. Le rapport du C.E.S. souligne « *Actuellement, force est de constater qu'un quart des postes de soins ne sont pas pourvus aujourd'hui dans les maisons de retraite et que cela risque de s'aggraver avec l'augmentation rapide des capacités d'accueil, par exemple du fait de la création de 160 000 places en 2004.* » (...) « *la carence est également forte au niveau de l'animation gériatrique, bien que celle-ci permette pourtant l'accomplissement de soi et la participation à la vie sociale des personnes âgées.* »³¹ Ce rapport souligne également : « *De leur côté, les infirmiers et aides soignants vont devoir faire face, d'ici dix à quinze ans, à un départ massif des professionnels les plus expérimentés, situation problématique à terme. A titre d'exemple, d'ici à 2015, la fonction publique hospitalière perdra plus de la moitié des agents de ces deux filières, du fait des départs à la retraite.* »
- Faible attractivité du secteur ; le rapport du Conseil Economique et Social souligne « *Le secteur sanitaire et social, face tout à la fois à d'importantes difficultés de recrutement, à des carrières relativement courtes pour certaines d'entre elles ainsi qu'à de fortes rotations d'effectifs pour des emplois sensibles, se trouve également confronté avec acuité à la pénibilité des conditions de travail, à de mauvaises conditions d'emploi, de rémunérations et de perspectives de carrière, et plus généralement à la question de l'attractivité de ces métiers.* ». « *Certaines branches d'activité, tels l'aide à domicile ou les établissements et services pour personnes âgées souffrent plus particulièrement d'un fort déficit d'image. Dans une société valorisant la performance, la beauté et la jeunesse, il apparaît certes louable, mais peu gratifiant, de s'occuper de personnes en situation d'une quelconque dépendance ou infirmité.* »³² Comme l'indique l'étude de la D.R.E.S.S. « *330000 aides-soignants en 1999* »³³, le nombre d'aides-soignants admis en formation était en diminution progressive..
- Un appareil de production de compétences largement sous-calibré et fragile : pour exemple, les chiffres présentés par le Commissariat Général au Plan dans son rapport « *Avenirs des métiers* » concernant les aides soignants sont les suivants :
Entre 2000 et 2010, l'emploi global concernant les aides-soignants augmente de 11 %, soit une création d'environ 40,5 milliers de postes. Sur cette période, les besoins de remplacement liés aux départs en retraite s'élève à 100.5 milliers d'emplois.

³¹ : Rapport du Conseil Economique et Social « Le recrutement, la formation et la professionnalisation des salariés du secteur sanitaire et social », présenté par M.Michel PINAUD, Juillet 2004.

³² : Idem.

³³ 330 000 aides soignants en 1999, Etudes et résultats, D.R.E.S.S., n°54, mars 2000.

Les effectifs des métiers de la santé augmentent aussi (160 000 nouveaux emplois d'ici 2010), surtout pour les infirmières et les aides-soignantes (+ 100 000 nouveaux postes pour ces deux professions)

Même si aujourd'hui, les organismes mutualisateurs, les Assedic, financent en nombre ce type de formation, le volume de candidats qualifiés sortant ne peut répondre à ces besoins de compétences.

Le C.E.P. note également que les effets de ces réformes exigeant un personnel qualifié a pour incidence de contraindre les établissements à consacrer une grande partie de leurs plans de formation aux formations qualifiantes, et limiter ainsi d'autres formes d'utilisation du plan de formation.

- Une **hétérogénéité des conditions d'emploi** avec des structures employeuses diverses (les fonctions publiques, le secteur associatif non lucratif, le secteur privé lucratif...) avec une pluralité de conventions collectives (Fonction Publique Hospitalière, Croix Rouge Française, Etablissements d'accueil pour personnes âgées, convention collective 1951 ou 1966, convention UHP2, Convention collective unique...), des personnels régis par des grilles de salaires et des règles statutaires différentes, des primes et les indemnités diverses, un cadre d'intervention différent... En outre, les conditions d'emploi sont elles-mêmes très diversifiées : CDI, CDD, vacataires, apprentissage, et il y a encore quelque temps, « emplois-jeunes » ...Ces emplois semblent particulièrement sensibles aux « contrats aidés ».

2.2.8 – En conclusion, des tentatives de légitimation des distinctions

Un certain nombre d'articles sont aujourd'hui publiés pour justifier des spécificités de l'une ou de l'autre fonction : Philippe CHAVAROCHE³⁴ tente de réinterroger le rôle et la place des A.M.P. et interroge fortement les environnements de travail, tout en soulignant leur position ambiguë ; il met également en exergue leur histoire singulière qui les positionnerait, au sein d'institution d'inspiration « hospitalière » sur des positionnements souvent en décalage avec cette culture.

Pascal MACREZ³⁵ quant à lui tente de réaffirmer le rôle et la place des aides-soignants, notamment en valorisant leur technicité et réinterroge également leur besoin de reconnaissance.

D'autres articles vont enfin re-crée la fonction – article consacré à l'A.S. « confort »³⁶ - en rappelant bien souvent les ressources de professionnels que l'environnement n'a pas su lui-même valoriser.

De fait, les repères susceptibles de caractériser l'une ou l'autre fonction, telles que par exemple celles présentées dans le cadre de l'étude menée

³⁴ : Par exemple « Les aides médico-psychologiques : une profession à la croisée des chemins », ASH, 31 janvier 2003, n° 2296.

³⁵ : Par exemple, « Aide-Soignant, un métier paramédical », Mars 2001 ou « Une profession en quête de reconnaissance » sur le site internet www.aide-soignant.com.

³⁶ : Décideurs en Gérontologie, n°64 – Septembre 2004 « Présence, écoute, toucher : Monique Sengez, AS Confort »

par l'I.R.T.S.³⁷ Nord Pas-de-Calais, restent pleinement des objets de débats :

« Les AMP ont en plus :

- un regard et une approche différents du résident*
- une fibre animatrice dont on sent l'impact sur la personne soignée*
- le soin de la personne dans sa globalité physique et psychique*
- une formation à l'animation*
- une bonne formation à la promotion de la vie*
- l'approche psychologique et relationnelle, la communication*
- le travail d'autonomie de la personne*
- l'approche compréhensive, des besoins fondamentaux de l'individu*
- l'analyse de pratiques*
- des outils et des techniques d'animation*

Les AMP ont en moins :

- moins de connaissances des soins physiques et de l'hygiène*
- des difficultés sur le plan de gestes techniques (infirmiers)*
- moins de respect des consignes*
- un manque de rigueur sur les principes, les règles*
- une moindre acception de la hiérarchie*
- des difficultés pour assurer le suivi des actions*
- des difficultés d'organisation*

Les AS ont en plus :

- des connaissances médicales, le vocabulaire médical*
- les gestes techniques (infirmiers, toilette)*
- le respect des consignes*
- de la rigueur, héritée de leur formation médicale*
- plus de respect de l'autorité*
- un bon suivi des actions*
- la transmission du savoir-faire aux AMP*

Les AS ont en moins :

- des difficultés dans les projets individualisés et les activités*
- une réticence à l'accompagnement*
- une réticence à quitter leur blouse la blouse maintient la distance)*
- n'ont pas la dimension éducative »*

Compte tenu de la diversité des fonctions, des conditions de leur mise en œuvre, mais également d'un secteur en pleine expansion, encore insuffisamment structuré et en carence de ressources (ressources budgétaires, pénuries de main d'œuvre, faible niveau de qualification), les professionnels ne peuvent aujourd'hui s'accorder sur des caractéristiques censées, au-delà des quelques repères historiques ou réglementaires, les distinguer. Difficile, dans ce cadre, de partager une lisibilité sur les fonctions, notamment avec les employeurs.

³⁷ : Les évolutions affectant l'exercice professionnel des AMP dans le champ de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, IRTS Nord Pas de Calais

✦ 3 – Les axes forts portés par les acteurs

Lors du comité Ressources, les matériaux produits par les différents groupes ont été validés³⁸. Même si ces groupes ont été l'occasion de nombreux débats, plusieurs grands axes récurrents et transversaux peuvent être identifiés :

1 – Une **forte hétérogénéité à la fois des réalités territoriales, des situations de travail, mais aussi des fonctions et de la nature des missions** confiées aux A.S. et aux A.M.P. : il est ainsi difficile de dégager de grandes tendances sur les pratiques concrètes de travail et les spécificités de l'une et de l'autre fonction.

2 – Une **forte sensibilité aux enjeux** à venir, **aux exigences formulées par les textes** – notamment la loi 2002-2, les exigences qui ont d'ores et déjà été éprouvées sur le secteur de la santé dans le cadre des processus d'accréditation...-, mais également **une dénonciation quasi-unanime sur l'insuffisance des ressources actuelles** mobilisées dans le secteur des personnes âgées : budgets insuffisants, postes non financés, pénurie de personnel soignant, secteur globalement peu qualifié, secteur peu attractif et faiblement valorisé, dans une société où la problématique de la prise en charge du vieillissement n'a pas encore su trouver pleinement sa place...Ce contexte de crise biaise de fait la problématique de l'étude.

3 – Les interrogations sur la place et le rôle des A.S. et des A.M.P. mettent en exergue des **phénomènes qui affectent, de façon plus générale, le secteur sanitaire** : face à des besoins de plus en plus importants sur un secteur relativement nouveau et en pleine expansion, et une carence manifeste de moyens et de personnels, les organisations ont recours aujourd'hui à une plus forte **flexibilité et polyvalence** du personnel, **fragilisant l'identité et la spécificité des fonctions** « traditionnelles » : les aides-soignants réalisent aujourd'hui des tâches qui relevaient hier des infirmiers ou des A.S.H. ; inversement, les A.S.H. remplissent des fonctions d'aides-soignants...De même, le recrutement ou la formation d'A.M.P. vient bien souvent compenser la difficulté à trouver, sur le marché, des aides-soignants, avec toutes les limites : compétences techniques limitées, difficultés à fidéliser les AMP dans la durée...

4 - Cette situation contribue à **une perte du sens de l'activité** pour un certain nombre de professionnels – aides-soignants comme A.M.P. -, qui ont le sentiment à la fois d'être empêchés d'exercer, de façon qualitative, leur métier, mais aussi dont les compétences sont sous-évaluées et peu valorisées. En outre, cette absence de lisibilité des fonctions induit **des incompréhensions entre les fonctions** qui ont des difficultés à éprouver leurs limites mutuelles et leurs complémentarités.

5 – La problématique de la **prévention des risques** – risques liés à la charge mentale, risques liés à la pénibilité physique, risque de maltraitance... - est unanimement évoquée, pour des professions qui sont fortement exposées. Cette situation se traduit notamment par un fort turn over et un taux d'absentéisme élevé.

³⁸ : Ces matériaux sont présentés en Annexe.

6 – Les **modalités organisationnelles des établissements** sont également fortement interrogées ; du fait souvent de l'insuffisance des moyens, des modes d'organisation rationalisés contraignent :

- d'une part les professionnels dans la réalisation d'activités de leur point de vue peu satisfaisantes (surdétermination du soin au détriment du relationnel, de l'animation, de l'accompagnement individualisé) ;
- mais également les usagers dans des rythmes et des modalités de fonctionnement qui semblent heurter les grands principes du droit des usagers.

De façon générale, **l'intensification du travail d'une part, et la maltraitance institutionnelle** d'autre part sont quasi-unaniment évoquées.

7 – Du point de vue de certains, c'est toute une **conception du « soin »** apporté aux personnes âgées - essentiellement appréhendé sous l'angle technique et médical – qui mérite d'être interrogé, alors même que la notion de santé au sens large – telle que définie par l'OMS – qui devrait être investie. Dans ce cadre, il conviendrait d'opérer également une profonde **transformation de l'appareil de formation** qui, en particulier dans le secteur sanitaire, surdétermine la dimension technique au détriment d'autres approches – relationnelles, institutionnelles, systémiques...-.

8 – La **pertinence des démarches qualité** est également interrogée : même si ces dernières permettent de **progresser sur certaines dimensions – contractualisation, identification de critères généralistes** susceptibles de tirer vers le haut les établissements... -, plusieurs limites sont néanmoins énoncées : **les professionnels de proximité sont insuffisamment associés** dans le cadre de ces dynamiques ; de plus, **l'usager n'est également pas associé** à ces réflexions. Au mieux, les familles peuvent être mobilisées, avec le risque de considérer essentiellement les EHPAD comme des fournisseurs de service, dans le cadre d'une relation « clients-fournisseurs » .

9 – Dans ce cadre, **la distinction traditionnelle entre les deux fonctions** :

- d'un côté l'aide soignante sur la toilette, le « technique », le « faire à la place de », qui compense les pertes...
- de l'autre l'A.M.P. sur le relationnel, l'animation, la stimulation, l'éducatif, le « faire faire », qui contribue à préserver et valoriser les fonctionnalités encore mobilisables...

reste un objet de débat, globalement peu partagé, où chacune des fonctions revendique une part de ce qui caractérise l'autre fonction...

Le degré de dépendance ne permet pas non plus de distinguer les deux fonctions.

Au mieux, les professionnels s'accordent pour dire que leurs formations, leurs origines disciplinaires et leurs cultures professionnelles les conduisent, au sein des EHPAD :

- o pour les uns à privilégier les problématiques liées au corps et aux fonctionnalités physiques et physiologiques ;
- o et pour les autres, à privilégier les problématiques liées au psychisme et aux fonctionnalités cognitives.

10 – Globalement, sans pour autant qu'on sache précisément aujourd'hui situer ces deux fonctions au sein des EHPAD, il apparaît que la **confrontation entre ces deux professions mérite d'être cultivée** : seuls, les organismes de formation se posent encore la question d'une éventuelle fusion des deux formations. La pluridisciplinarité apparaît, pour les directions des établissements, comme un gage incontournable de qualité de prise en charge, sans que l'on sache aujourd'hui encore réellement l'organiser.

11 – Deux leviers semblent à ce titre devoir être privilégiés : en premier lieu, c'est le **projet d'établissement** qui déterminera si, au-delà des activités de soin, il reste une place pour le relationnel, l'accompagnement individualisé dans le cadre de la quotidienneté, l'animation... En second lieu, c'est le **management et les choix organisationnels** réalisés qui détermineront si, d'une part, les A.S. peuvent elles aussi contribuer à la dimension relationnelle du projet, et si les A.M.P. peuvent elles-aussi apporter une valeur ajoutée au projet, sans substitution aux autres fonctions.

✦ 4 – En guise de conclusion, quelques pistes à investir

A l'issue de ces débats, plusieurs pistes se dégagent, comme autant de critères susceptibles d'enrichir les perspectives d'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Ces pistes ont été validées et enrichies par le Comité Ressources. Elles ont vocation à être débattues et étayées par les membres du Comité de Pilotage.

4.1 - En préambule : une interpellation à l'égard des décideurs

Les acteurs ont souhaité souligner, en premier lieu, la pénurie de moyens à laquelle ils sont actuellement confrontés, et leurs craintes les plus vives quant à l'évolution du secteur, compte tenu des enjeux – largement médiatisés – sur le vieillissement, dans les années à venir.

Cette étude, parmi d'autres, doit être **l'occasion d'interpeller les décideurs politiques** de façon à ce que les établissements puissent avoir des moyens suffisants pour répondre aux ambitions de cette mission de service public déléguée.

4.2 - La conception, le partage et le portage d'une politique territoriale d'accueil des personnes âgées dépendantes.

Avant même de parler de la nature des compétences mobilisées, la qualité doit passer par une **meilleure lisibilité et un meilleur partage** des exigences et des conditions de prise en charge des personnes âgées dépendantes sur le territoire.

En premier lieu, il s'agit d'impulser plus fortement une politique de prise en charge qui repose sur une approche **plus sociale et moins exclusivement soignante**. L'enjeu est d'expérimenter à nouveau (en

s'appuyant notamment sur les expériences menées dans le cadre du poly-handicap) de nouvelles modalités d'articulation, de complémentarité et de coopération entre le champ sanitaire et le champ social.

Pour cela, **des espaces de rencontre et de confrontation de points de vue entre les acteurs doivent pouvoir être constitués**. Aujourd'hui, ces espaces sont rares, conjoncturels, peu institutionnalisés... Les acteurs soulignent que cette étude a en premier lieu **l'intérêt de faire se rencontrer et débattre des acteurs** qui travaillent, au niveau régional, pour la même finalité, et qui ne se rencontrent jamais.

En outre, il convient également de positionner **l'institution sur un territoire, non pas comme une « non solution », une « solution par défaut »** lorsque tout à été tenté, mais comme un mode de réponse pertinent, ayant une valeur ajoutée propre et valorisable, compte tenu des autres solutions complémentaires existantes sur le territoire. De fait, l'approche territoriale devrait permettre de renouveler le regard sur les modes de prise en charge de la dépendance. Les schémas gérontologiques pourraient également appuyer cette lisibilité et offrir un cadre structurant dans lequel les projets d'établissement pourraient ainsi trouver toute leur place. Dans ce cadre, les projets de santé territoriaux méritent d'être investis, dans une étroite articulation entre la prévention et l'offre de soin, le sanitaire et le social...et ce afin de consolider les logiques de filières au détriment de l'atomisation des modes de réponse et d'intervention.

4.3 – La qualité : vers les conventions tripartites deuxième génération

Les réflexions relatives à la qualité – tant sur le champ sanitaire que social – ont été particulièrement nombreuses. Les démarches « qualité » se propagent : de la réforme hospitalière de 1990 et de la démarche d'accréditation dans le sanitaire à la loi 2002-2 dans le secteur social et médico-social en passant par la réforme de la tarification dans les EHPAD... ; une profusion de référentiels, de guides, de cahiers des charges – jusque la récente Norme AFNOR : NF X 50-058 : *«Etablissements d'hébergement pour personnes âgées : cadre éthique et engagements de service»* précisent quantité de repères, de critères et d'indicateurs susceptibles de guider, de mesurer, d'apprécier et d'évaluer la qualité de service.

Paradoxalement, les professionnels, plus que jamais, expriment leur souffrance de ne pas pouvoir exercer leur fonction de façon « qualitative », ce qui, de fait, ne peut qu'interroger.

D'ores et déjà, un certain nombre d'études³⁹ mettent en lumière, au sujet de ces démarches qualité :

- un écart souvent significatif entre les intentions des démarches engagées, et la réalité des pratiques ;
- une trop faible implication des personnels, dans le cadre d'une démarche véritablement partagée et portée collectivement...
- des conditions de mise en œuvre souvent arbitraires...

³⁹ : Nous faisons notamment référence, dans ce cadre, à la récente étude réalisée par les deux laboratoires du C.N.R.S., GRAPHOS-CNRS, et LCPE/LNST-CNRS concernant « Les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé » commanditée en 2001 par le Ministère en charge de la santé et dont les premières conclusions ont été publiées en 2003.

donnant de fait une coloration quelque peu abstraite, fragile et éphémère à ces dynamiques.

Pour autant, il apparaît que la réforme de la tarification a permis d'introduire un **outil fondamental qu'est la contractualisation tripartite**. Cet outil, au-delà d'un cadre financier, devrait créer les conditions favorables pour que des critères qualitatifs précis puissent être déterminés, négociés et partagés entre les différentes parties prenantes. Il ne s'agit donc plus de critères trop abstraits, mais de critères déterminés en commun, au plus près des situations locales.

Alors même qu'il est aujourd'hui encore trop tôt pour faire un bilan des conventions tripartites, on pourrait d'ores et déjà imaginer que les conventions tripartites deuxième génération puissent, au-delà de l'outil financier qu'elles revêtent, préciser des exigences sur :

- la nature des besoins identifiés, et éventuellement ceux auxquels peu de réponses sont encore apportées ;
- la place et la valeur ajoutée du projet d'établissement sur le territoire ;
- la façon dont les principes relatifs à la qualité de la prise en charge sont mis en œuvre sur le terrain, etc...

4.4 – Une mobilisation plus forte du personnel dans le cadre de l'élaboration des projets et des conventions

Il convient également de créer les conditions pour que les projets d'établissement – tout comme les conventions tripartites – soient de moins en moins des exercices « gestionnaires » réalisés par des gestionnaires.

De fait, l'un des leviers semble devoir résider dans une implication plus large des personnels – et ce, en particulier des personnels qui remplissent des fonctions de proximité auprès des résidents – dans l'élaboration des projets d'établissement et des conventions tripartites, et un véritable partage, en interne, des critères de qualité. L'évaluation réalisée par les laboratoires du C.N.R.S. montre notamment que l'un des indicateurs de la fragilité des actions engagées en faveur de la qualité réside *« dans le constat de l'absence d'un diagnostic et d'un vécu commun autour de la qualité dans la plupart des établissements. En effet, les réponses sont hétérogènes au sein de chaque établissement quand on demande aux professionnels d'identifier les points faibles et les points forts de la structure : chacun a son idée sur la question, mais il n'existe pas de critères de convergences spécifiques au contexte de chaque structure. »*

Cette implication et ce nécessaire partage exigent un changement de mentalités, à plusieurs titres :

- accepter que les professions de proximité – même de « niveau V » – soient porteuses d'informations fondamentales pour construire la qualité de service et soient légitimées à les exprimer ;
- créer les conditions – et ce dès la formation initiale, notamment à travers un contenu de formation moins technique, et plus institutionnel – pour que ces professions puissent verbaliser et exprimer leurs analyses, en vue non seulement de nourrir les projets d'établissement et au-delà, contribuer à la structuration du secteur ;

- former les managers pour que ces derniers puissent créer des espaces où les ressources et les connaissances puissent se confronter, s'enrichir, et nourrir les projets et les critères d'évaluation des établissements.

4.5 – Laisser une place aux besoins des résidents

L'article 1^{er} de la loi n° 2002-2 précise que l'action sociale et médico-sociale *«repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature.»*. Le consentement éclairé, le projet de soin, le projet de vie (...) sont ainsi censés structurer l'ensemble des processus mis en œuvre auprès et au service des résidents : or, comme le soulignent les professionnels, force est de constater que la parole du résident reste généralement absente des démarches qualité.⁴⁰

Dans ce cadre, la **démocratie sociale et sanitaire** et ses conditions effectives de mise en œuvre au sein des EHPAD peuvent également apparaître comme des critères à investir au service de l'amélioration de la qualité de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

4.6 – Investir la qualité de l'emploi dans le secteur

Un autre enjeu, semble-t-il à investir en matière de développement de la qualité de prise en charge des personnes âgées dépendantes, réside dans la **qualité de l'emploi** de ces fonctions de proximité. A cet effet, le lien entre qualité de l'emploi et qualité de la prise en charge ne semble plus à démontrer.

Ainsi, il convient aujourd'hui de s'interroger sur les conditions de préservation, mais également de prévention face à la charge mentale inhérente à ces fonctions de proximité notamment pour restaurer l'attractivité de ce secteur : comment alléger la charge mentale d'un personnel confronté régulièrement à des processus de dégradation, de dégénérescence, de détérioration... ? comment prévenir des risques psychosociaux dans ces conditions ?...

Par ailleurs, il convient d'investir également les conditions physiques d'exercice d'activité, et prévenir ainsi la pénibilité physique du travail.

Au-delà des actions individuelles ou conjoncturelles qui peuvent être menées ici ou là (formations gestes et postures, ou gestion du stress), c'est une véritable réflexion collective qui doit être menée sur cette

⁴⁰ : L'Etude du CNRS dit également « L'ensemble des acteurs s'accordent pour déterminer le malade devenu davantage patient suite à l'accréditation comme l'arlésienne de toutes les actions menées en faveur de la qualité dans les établissements (...) Il nous semble qu'entreprendre des actions qualité, en adoptant le point de vue du patient (sans se contenter d'une incantation de son nom) limiterait la tentation, légitime, de description des modes opératoires – entendons là la segmentation des activités – au profit d'actions favorisant la transversalité de la prise en charge ». Initialiser des groupes de travail sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient, à partir de la « qualité attendue » et de la « qualité perçue » par les usagers pourrait, selon nous, limiter dans un premier temps la tentation de ne produire des actions qu'à partir de la « qualité voulue » par les professionnels ». Note de synthèse DHOS – Les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé – GRAPHOS/LNST, Avril 2003.

question, de façon à ce qu'une véritable politique de prévention des risques puissent s'instaurer dans les établissements, mobilisant de fait les partenaires sociaux, les services de santé au travail et les services de l'Inspection du Travail.

Dans ce cadre, le document unique de prévention des risques professionnels, rendu obligatoire par le décret du 5 novembre 2001⁴¹, mais également la dynamique collective susceptible d'exister autour de cette question (la qualité de fonctionnement d'un C.H.S.C.T. peut ainsi apparaître comme un indicateur significatif) peuvent constituer autant de critères susceptibles d'apprécier la qualité au sein des EHPAD.

4.7 – Donner une opérationnalité à la pluri-disciplinarité

Enfin, la qualité de la prise en charge semble également garante d'une certaine **pluri-disciplinarité** de l'intervention : cette pluri-disciplinarité passe non seulement par une diversification des compétences, mais également par une meilleure coordination entre ces compétences, compte tenu des besoins de la personne. Cette diversification et cette coordination nécessitent que plusieurs axes puissent être investis :

- l'identification de **métiers clairs et lisibles**, ayant des spécificités propres, et susceptibles d'enrichir les modes de réponse auprès des personnes âgées dépendantes. Ainsi, la fusion des filières ne semble pas d'actualité ; pour autant, la démultiplication des formations et l'ouverture des champs d'intervention (on demande aujourd'hui des AMP à domicile...et on trouve des A.V.S. en maison de retraite) nécessite également d'être interrogée, au service d'une meilleure lisibilité ; pour autant, il convient également de se garder du mythe du « prescrit » pour l'ensemble des métiers intervenant auprès de l'humain ; le référentiel ou la fiche de poste ne peuvent pas à eux seuls garantir l'inter-disciplinarité : seul, un collectif de travail unis et porteur d'un projet partagé peut assurer véritablement l'expression de cette pluridisciplinarité.

- ces métiers doivent être structurés de façon certes à préserver les identités, mais également à **favoriser la connaissance des autres métiers**. De fait, les formations doivent non seulement favoriser une meilleure connaissance du champ dans sa globalité, mais également des différentes fonctions et de leurs spécificités. De fait, au-delà de l'acte technique, c'est également une formation institutionnelle et systémique qu'il convient de développer. Des rencontres peuvent également être envisagées entre les futurs professionnels.

- **D'autres métiers peuvent également être imaginés** – non pas sur le soin et le relationnel, mais sur des compétences nouvelles, à l'instar des fonctions de « qualitiens » qui s'imposent dans certains établissements de santé. Ces nouvelles compétences permettent, à travers un regard distancié, de renouveler le regard sur la qualité et investir des dimensions – par exemple, la dimension organisationnelle – qui jusqu'alors étaient traitées empiriquement.

⁴¹ : Décret no 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs

- Il convient enfin de **former les équipes de direction et l'encadrement** afin que ces derniers puissent être en mesure de mieux valoriser les ressources disponibles et mobilisables, favoriser la transdisciplinarité au sein de leurs services, mais également de façon à ce qu'ils puissent concevoir des organisations compatibles avec les exigences de qualité (encadrement intermédiaire non exclusivement soignant, espaces de rencontre, de débats et de coordination, favorisant une meilleure implication des personnel dans les projets d'établissement, etc...). Une réflexion mérite à cet effet d'être conduite pour apprécier de l'opportunité de recruter, à des fonctions de direction, de management ou d'animation, des profils non exclusivement issus du secteur du soin.

4.8 – Conforter l'appareil de formation

Enfin, l'appareil de formation mérite d'être réinterrogé : en effet, alors même que les formations semblent fleurir et se développer sur le secteur de l'accompagnement des personnes âgées, un véritable enjeu de **mise en cohérence** semble s'affirmer. Plusieurs questions sont alors posées :

- Alors même que la pression de la pénurie de main d'œuvre se fait de plus en plus forte, comment contribuer à une élévation des exigences en matière de compétences, et une qualification du secteur ?
- Quelle animation des organismes de formation pour envisager des critères d'agrément qui participent de l'élévation des compétences sur ce champ ?
- Quelles articulations notamment entre les organismes publics (GRETA notamment, mais également AFPA) et les organismes de droit privé, qui interviennent de façon quasi exclusive sur la formation des A.S. et des A.M.P. ?
- Comment, à la lueur des besoins des professionnels, favoriser une évolution des contenus de formation, de façon à ce que les enseignements puissent être moins techniques ?

Plus globalement l'évolution et la progression professionnelle mérite d'être posée en particulier pour les A.M.P. au sein des EHPAD : les réflexions sur la V.A.E., à condition qu'elles ne soient pas menées de façon segmentées par filière, devraient notamment permettre de progresser sur cette question. Les évolutions et la formation tout au long de la vie constituent des marges de manœuvre essentielles, notamment pour lutter contre l'usure professionnelle.