

Les représentations professionnelles des aides médico-psychologiques exerçant au sein d'un établissement de santé mentale

Syrille Porterie

▶ **To cite this version:**

Syrille Porterie. Les représentations professionnelles des aides médico-psychologiques exerçant au sein d'un établissement de santé mentale. Education. 2014. dumas-01168973

HAL Id: dumas-01168973

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01168973

Submitted on 26 Jun 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

UNIVERSITE DE TOULOUSE II - LE MIRAIL
UFR SCIENCES ESPACES ET SOCIETE
DOMAINE SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
Mention : Sciences de l'Education et Formation

UE 450 : MASTER 2 EN EDUCATION, FORMATION ET EDUCATION
SPECIALITE : METIERS ET PRATIQUES DU DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL

Les représentations professionnelles des Aides Médico Psychologiques exerçant au sein d'un établissement de santé mentale

Mémoire présenté par

Syrille PORTERIE
N° étudiant : 21313358

Sous la direction de

Alain PIASER, Maître de conférences en Sciences de l'Education

Session Juin 2014

Remerciements

Je tiens à remercier ici :

M. Alain Piaser, directeur de mémoire pour sa disponibilité et son accompagnement tout au long de ce travail.

M. Jean Pierre Biocalti, tuteur de stage pour son accueil et son accompagnement lors de mon stage.

Les professionnels grâce à qui j'ai pu réaliser mon enquête pour leur participation.

Me Patricia Gueux-Lac pour son aide précieuse pour les recherches documentaires et la mise en page du document.

L'ensemble des intervenants du master pour leurs apports.

Les étudiants du master pour leur soutien.

Sommaire

Introduction 1

Première partie : cadre contextuel 3

Deuxième partie : cadre conceptuel : les représentations sociales et professionnelles 21

Troisième partie : cadre empirique 37

Quatrième partie : autoévaluation du développement professionnel 61

Conclusion 65

Bibliographie 68

Annexes 72

Annexe 1 Guide d'entretien 73

Annexe 2 Corpus d'entretiens 76

Annexe 3 Dendrogramme / Profils des classes 96

Annexe 4 Analyses factorielles 110

Table des matières 117

Introduction

Notre étude est une recherche de type exploratoire, elle s'inscrit dans une visée heuristique. Le sujet de la recherche porte sur la catégorie socioprofessionnelle des aides médico psychologiques (AMP) qui exercent dans le milieu hospitalier et plus précisément ici dans un établissement public de santé mentale. Le point de départ de la réflexion part du constat d'un décalage entre leurs pratiques réelles et leurs pratiques de références. C'est à partir de la psychologie sociale que nous nous attacherons à essayer de comprendre et d'expliquer ce décalage. Les représentations sociales et professionnelles constituent l'objet de notre recherche.

Notre travail va s'organiser en quatre parties. La première constitue le cadre contextuel de l'étude. Nous exposerons le constat de départ et le questionnement qui en découle. Puis nous présenterons l'établissement et la profession AMP. La seconde partie rendra compte du cadre théorique mobilisé qui est celui des représentations sociales et professionnelles. Nous terminerons par l'exposé de la problématique qui permet d'élaborer la question de recherche. La troisième partie représente le cadre empirique. Nous mettrons en exergue le cadre méthodologique utilisé, puis nous traiterons et nous analyserons les résultats et nous les discuterons. Enfin, à partir de l'analyse des résultats, nous proposerons des repères pour l'action qui peuvent constituer des pistes d'amélioration des pratiques professionnelles. La dernière partie sort du cadre classique de la recherche, elle porte sur la présentation de l'auto évaluation de notre développement professionnel tout au long du processus de formation.

Première partie : cadre contextuel

1 Constat

Le Centre Hospitalier où j'ai effectué mon stage est un établissement public de santé mentale. La majorité du personnel est paramédical (infirmier, aide-soignant), il y a également des professionnels du champ éducatif (éducateur spécialisé, moniteur éducateur et aide médico psychologique) qui sont en minorité.

J'ai choisi de m'intéresser plus particulièrement à la catégorie socioprofessionnelle des aides médico psychologique (AMP). Ces personnels sont en minorité et sont affectés sur quelques unités de soins intra hospitalières majoritairement.

Elles relèvent de la même classe statutaire que les aides- soignantes (AS). Elles occupent souvent les mêmes fonctions alors qu'elles ont une formation différente et des compétences différentes même si certains domaines de compétences leurs sont communs.

De plus, l'établissement n'a pas une approche réellement centrée sur le métier ou compétence. Le souhait du Directeur des Soins serait de tendre vers cette approche afin d'harmoniser les pratiques managériales au niveau de la gestion prévisionnelle des métiers et compétences (GPMC en phase de déploiement).

Par ailleurs, au regard du contexte économique et de l'évolution de la société, l'établissement a un projet de réorganisation des structures de soins, avec l'idée de plus de mixité socioprofessionnelle au niveau des équipes. Cela a déjà commencé avec l'ouverture des unités d'admission aux aides-soignantes.

Face à ce constat, je m'interroge sur le rôle des AMP, sur le décalage entre leur rôle prescrit et leur rôle réel ? Par rôle prescrit il faut entendre le rôle décliné par leur référentiel de compétences. Que peuvent-elles apporter par leurs compétences propres en termes d'optimisation de la prise en charge des personnes soignées ? Sur quels critères sont-elles affectées sur les unités de soins? Quels choix de recrutement pour cette catégorie, existe-t-il un intérêt à développer le recrutement de cette catégorie professionnelle ? Sur quelles unités de soins, elles seraient le plus adaptées ? Quelles représentations ont les cadres de santé de cette profession ? Les cadres de santé connaissent ils les compétences de cette catégorie ? Que pensent les AMP de leur positionnement, ressentent elles ce décalage ? Quelles sont leurs attentes ?

Le fait qu'elles aient la même grille statutaire que les AS ainsi que leur rôle assigné par l'institution pose la question de leur identité professionnelle. Le contexte statutaire influence-t-il la question de l'identité professionnelle ?

Le questionnement de départ porte autour du rôle des AMP, sur le décalage entre leur rôle prescrit et leur rôle réel ainsi que sur les représentations sociales de cette catégorie par les cadres de santé. Aussi, j'ai dégagé la question de départ suivante :

Assigne-t-on un rôle adéquat des AMP dans les institutions psychiatriques ?

2 Présentation de l'établissement

En France, les établissements publics de santé (EPS) entrent désormais, depuis la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, dans la catégorie des établissements publics de l'Etat. Le statut et la mission des EPS sont fixés par le livre IV de la sixième partie du code de la santé publique.

Le Centre hospitalier est un établissement public de santé mentale. A ce titre, il est doté de la personnalité morale ce qui lui permet de posséder un patrimoine propre, distinct de celui de l'Etat et de sa collectivité locale d'implantation. Toutefois il est soumis à la Tutelle de l'Etat représentée par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Il est administré par un Conseil de Surveillance présidé par le Président du Conseil Général et est dirigé par un Directeur. Le Conseil de Surveillance définit la politique générale de l'établissement.

Pour son fonctionnement, l'établissement est doté de plus de 600 agents (personnel médical et non médical).

2.1 Organisation des structures de soins

Le Centre hospitalier est organisé en 3 pôles d'activité clinique et médico technique. Il dispose aujourd'hui de plus de 250 lits/places et intervient hors des murs dans le cadre de sa politique de psychiatrie de proximité et d'accessibilité aux soins dans l'ensemble du département. Chaque pôle est placé sous la responsabilité d'un médecin, chef de pôle et d'un cadre supérieur de santé, assistant de pôle.

Les personnels paramédical et éducatif sont soumis à un principe de mobilité interne tous les 4 ans.

Les personnels exerçant dans les unités intra hospitalière ont un rythme de quatre jours de travail suivis de deux jours de repos sur un roulement en 3/8(matin, après midi, nuit), afin d'assurer la continuité des soins. Les personnels exerçant sur les unités extra hospitalières ont des horaires de semaine, en journée.

Le pôle de psychiatrie adulte **(**gardant l'activité sectorielle des secteurs: Nord-Sud-Ouest**)** comprend des unités d'hospitalisation complètes avec différents modes d'hospitalisation et des unités dites alternatives à l'hospitalisation. Nous vous présenterons ce pôle plus en détail dans le chapitre suivant.

Le pôle de psychiatrie infanto juvénile est composé de la Clinique Adolescents, des CMP/CATTP répartis sur les différents secteurs géographiques, une Unité Autisme, un Hôpital de jour, une Unité Petite enfance et un Accueil familial thérapeutique.
Le pôle « ressources » comprend la Médecine polyvalente, la Pharmacie, le Service d'information médicale, la Maison d'accueil spécialisée (MAS), le Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

2.2 Présentation du pôle de psychiatrie adulte

Ce pôle est le plus important de l'établissement, il regroupe une offre de soins en santé mentale polyvalente et s'adresse aux usagers adultes sur l'ensemble du territoire desservi. Les missions des secteurs de soins recouvrent les gammes les plus variées : des soins ambulatoires à l'hospitalisation complète comprenant également les soins sous contrainte.
Le pôle dispose d'une capacité de 150 lits d'hospitalisation continue et de 114 places pour les hospitalisations de jour, de nuit, l'accueil familial thérapeutique, etc.

Les unités d'hospitalisation complète :	**Les unités ambulatoires et alternatives à l'hospitalisation :**
3 unités d'admission (1/secteur)	Les CMP/CATTP (par secteur)
Unité polyvalente de crise (UPC), rattachée à une unité d'admission	Centre médico psychologique intersectoriel/CATTP intersectoriel
Unité de Post Cure	Unité ambulatoire d'alcoologie
Unité de Réinsertion	Hôpital de jour psycho gériatrique
Unité de Psychogériatrie	Hôpital de jour
Unité pour personnes atteintes de troubles invalidants (type long séjour)	Atelier thérapeutique
Unité pour personnes atteintes de psychose déficitaire grave	Ergothérapie/sociothérapie
	Accueil familial thérapeutique

Hospitalisation à domicile	Service d'Accueil d'Urgence et psychiatrie de liaison situé au urgences de l'hôpital général.

Le nombre total du personnel du pôle, toutes catégories professionnelles confondues est de 289,70 équivalent temps plein (ETP).
Le nombre total du personnel paramédical de filières soignante et éducative est de 224,80 ETP dont : infirmier (164,20), aide-soignant (41,30), aide médico psychologique (13,30), éducateur spécialisé (4), éducateur technique (1), ergothérapeute (2), moniteur éducateur (1).

2.3 Les aides médico psychologiques dans l'établissement

2.3.1 Répartition des aides médico psychologiques

Le nombre d'AMP sur le pôle de psychiatrie adulte est de13, 30 ETP (Février 2014).
A savoir que ce nombre peut légèrement varier en fonction des mouvements de mobilité car les AMP sont aussi affectées sur la MAS.

Unités de soins intra hospitalières

Unité de Réinsertion : 5 AMP soit 4,3 ETP
Unité de Psychogériatrie/hôpital de jour psycho gériatrique : 0 à ce jour, mais c'est une unité qui est un lieu d'affectation pour les AMP.
Unité pour personnes atteintes de troubles invalidants : 2 AMP
Unité pour personnes atteintes de psychose déficitaire grave : 2 AMP

Unités de soins alternatives à l'hospitalisation

Ergo sociothérapie : 1AMP, fonction d'animation au centre de loisir
Hôpital de Jour : 1 AMP
CATTP intersectoriel : 1 AMP
HAD : 2 AMP

Les autres unités du pôle : admissions, CMP/CATTP, Centre de Post Cure, Atelier Thérapeutique ne sont pas des unités ouvertes à l'affectation des AMP à ce jour.
Il en est de même pour le pôle de pédopsychiatrie.

Le pole « ressource » : le CSAPA est constitué uniquement d'infirmiers ; la MAS comprend une équipe pluridisciplinaire dont des AMP.

2.3.2 Genèse des aides médico psychologiques sur l'établissement

Le premier AMP est arrivé en 1995 suite à un projet de service d'une unité de soins accueillant des personnes atteintes de psychose déficitaire grave. Ce projet ouvrait la prise en charge éducative par l'intégration d'un éducateur et d'un AMP.

Puis lors de l'ouverture d'une unité de réinsertion qui nécessitait d'intégrer une filière éducative ainsi que lors de la transformation d'une unité en MAS, le recrutement des AMP s'est imposé.

La mobilité pour ces personnels étant limitée et suite à leur demande, le Directeur (un ancien éducateur) a élargi les postes d'affectation à d'autres unités : la Psychogériatrie et l'unité pour des personnes atteintes de psychoses chroniques invalidantes.

Plus récemment, un poste à l'ergothérapie au centre de loisir a été pourvu par un AMP et enfin deux postes à l'HAD.

2.4 Projet d'établissement (2010-2014)

Conformément à l'article L6143-2 du Code e la Santé Publique, le projet d'établissement est un acte règlementaire qui engage le Centre Hospitalier pour 5 ans. Il s'inscrit dans la continuité des projets précédents.

Il définit notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation et de recherche. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechnique, ainsi qu'un projet social. Il doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation des soins, définit dans le cadre des territoires de santé, la politique d'établissement en matière de participation aux réseau de santé mentionnés à l'article L6321-1 et d'actions de coopération mentionnées au titre III du présent titre. Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs.

2.4.1 Projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechnique

L'article L.6143-2 du code de santé publique mentionne que : "Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la recherche biomédicale, de la gestion et du système d'information".

Le projet de soins s'organise autour des cinq axes. Chaque axe recouvre des thématiques déclinées en plans d'actions pour les cinq ans à venir.

Les axes du projet de soins sont les suivants : les soins, l'organisation des soins, le management des professionnels de santé, l'évaluation des pratiques professionnelles et l'expertise et la recherche en soins.

Le projet de soins se constitue à partir de la politique de soins. Elle est développée par le Directeur des Soins, dans le respect des valeurs humanistes attachées aux professions soignantes et paramédicales. Elle propose une voie aux professionnels qui rende compte autant de la nature des soins psychiatriques que des pratiques thérapeutiques ou des modes d'organisation nécessaires, tout en s'attachant à l'évolution des professions de santé en tant qu'acteurs incontournables du système de santé et en vertu du rôle propre qui leur est reconnu.

Il s'appuie également sur des fondements. Parmi ceux-ci, nous retenons ci-dessous ceux en lien avec notre sujet.

Les soins infirmiers, paramédicaux et socio-éducatifs en psychiatrie et en santé mentale : Ils reposent sur une approche globale de l'être humain avec toutes ses composantes. Les soins psychiatriques sont une réponse à la maladie mentale et à la souffrance psychique qui se traduisent par une altération des capacités relationnelles, tant vis à vis de soi que des autres. Les soins infirmiers, paramédicaux et socio-éducatifs en psychiatrie contribuent à la restauration des liens psychiques et sociaux dans le cadre de situations de soins ou de médiations thérapeutiques, éducatives, professionnelles et de la dispensation des soins médicaux.

La coordination générale des activités de soins : Elle regroupe l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge du patient, dans le respect des métiers. Placée sous la responsabilité du directeur des soins, elle s'attache à mettre en cohérence la contribution apportée par chaque professionnel ainsi que les processus supports nécessaires à la qualité et à la sécurité des soins.

Le projet médical 2010 - 2014 : Les objectifs généraux fixés et les axes arrêtés dans le projet médical définissent les compétences attendues et les organisations de soins à mettre en place.

Le projet de soins est le complément indispensable du projet médical, permettant à celui-ci de trouver toute sa concrétisation dans le partenariat et la pluridisciplinarité.

L'encadrement et l'organisation des soins : la gestion des équipes par les cadres de santé est au service du soin, inscrite dans une politique de soins définie par les responsables médicaux et paramédicaux. Cette politique est mise en œuvre et évaluée sous la responsabilité des cadres de santé au sein des projets de pôles d'activités cliniques. L'objet du management est de mobiliser les équipes autour des soins aux patients tant dans les domaines conceptuel que thérapeutique ou organisationnel. A ce titre, les cadres de santé donnent une direction aux équipes soignantes afin que le soin soit au cœur des préoccupations du management hospitalier. Cette finalité nécessite une gestion de proximité de la part des cadres de santé auprès des patients, des soignants et des familles.

La collaboration interprofessionnelle : l'évolution des professions de santé (démographie et formation), les pratiques professionnelles individualisées et la complexité des problématiques psychiatriques nécessitent plus que jamais des formes de collaboration innovantes entre les métiers/compétences tant en matière d'organisation de la prise en charge du patient que des modes d'organisation du travail.

Un de ses objectifs généraux est de favoriser le développement professionnel et le partenariat entre les métiers.

Nous allons maintenant vous présenter un extrait de l'axe 2 du projet et son plan d'action respectif soulignant l'intérêt de notre sujet.

Axe 2 : L'organisation des soins :

Fiche action n° 2-2 : l'équipe pluridisciplinaire et la collaboration interprofessionnelle : mots clés : compétence collective, équipe pluridisciplinaire, multi professionnalité, équipe de soins, équipe soignante.

Contexte et caractéristiques du thème :

Les soins psychiatriques sont de nature pluridisciplinaire et multi professionnelle. Dans ce cadre, il est nécessaire de mettre en œuvre des processus de coopération volontaire et des pratiques de collaboration entre les différents professionnels.

Les modes de collaboration sont basés pour l'essentiel sur une communication efficace. Ils reposent sur une approche par les compétences requises qui doivent permettre la réalisation des soins de manière synergique dans le respect des métiers et professions impliqués dans la

prise en charge du patient. Art R4311-4 CSP " Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement sanitaire, l'infirmier peut sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans la limite de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation.
Situation de l'établissement sur ce thème : la collaboration interprofessionnelle repose pour partie sur des règles relevant de pratiques individuelles ou centrées sur des logiques de métiers. **Le bilan de l'existant :** une culture du groupe et de l'équipe existe dans l'établissement.
Objectifs d'amélioration : Développer des dispositifs explicites de communication afin de favoriser le dialogue entre infirmiers et médecins (staff, réunions de concertation pluridisciplinaire, séminaires). Promouvoir la dimension du travail en équipe de soins dans le cadre d'une délégation bien comprise et d'échanges entre les professionnels infirmiers/éducateurs et aides-soignants/aides médico-psychologiques.
Actions à mettre en œuvre : Mise en place de parcours professionnels favorisant la mobilité des métiers et des compétences. Formalisation des règles de délégation au sein des équipes de soins. Organiser l'accès des unités de soins à l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge des patients.

2.4.2 Projet social

Le Projet Social est défini par l'article L 6143-2-1 du code de la Santé Publique :
« Le Projet Social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs ».
Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois, les qualifications et la valorisation des acquis professionnels.

Le Projet Social forme un des volets du Projet d'Etablissement. Il s'inscrit dans ses orientations et il est cohérent avec celui-ci ainsi qu'avec les autres volets du Projet d'Etablissement et notamment avec le Projet de Soins avec lequel il partage plusieurs points communs.

Il a vocation à concerner tous les employés de l'établissement, qu'ils relèvent du personnel non médical ou du personnel médical, titulaires et contractuels. Il favorise la mobilisation des ressources humaines de l'hôpital au service de la prise en charge des patients.

Les 4 thématiques majeures sont :

- La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC)
- L'organisation et l'amélioration des conditions de travail
- Le management RH dans le dialogue social
- Le fonctionnement des pôles

Nous allons présenter plus en détail la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences. Elle permet d'ajuster qualitativement et quantitativement les ressources aux besoins actuels et futurs des pôles. Elle concerne les besoins en compétence, leur évaluation, la politique de recrutement. Il s'agit de détecter, rechercher, adapter, enrichir les compétences dont l'institution a besoin.

1 - La définition des effectifs requis compétences et nombre par pôle

Critères de répartition numérique baisse de population, file active, activité recensée – choix des expertises nécessaires, responsable de pôle (projet médical) contractualisation.

2 – Le suivi prévisionnel d'évolution des compétences en fonction des projets

Projection des besoins en compétences dans la perspective du projet à 5 ans : qui, quand, comment va être engagé dans cette quête sur ce laps de temps.

3 – La politique de recrutement médical et paramédical notamment infirmier

Accueil stagiaire- Allocation d'étude Apprentissage -Recrutements anticipés.

Exploiter les possibilités de formations complémentaires dans le contexte LMD.

L'expertise infirmière essentielle à une prise en charge de qualité doit pouvoir être associée à d'autres sans pour autant renoncer à son « principalat » du fait de recrutements aléatoires ou plus rares liés à la démographie et à ses phénomènes induits.

Gagner en attractivité en utilisant d'abord toutes les possibilités permises par la réglementation, allocation d'étude en 3ème année, bourses régionales, innover en utilisant des voies expérimentales telles que l'apprentissage ou le projet professionnel contractualisé.

4 - Le dispositif d'évaluation

Le parcours professionnel : l'enjeu est de reconnaître et valider les compétences et les expertises détenues, requises pour le poste actuel ou nécessaires pour le poste futur.

L'évaluation individualisée est le fil conducteur de l'approche métiers/compétences, c'est l'instigateur d'une dynamique qui va retourner dans les projets collectifs. C'est la garantie d'une cohérence professionnelle et donc de la qualité. L'intérêt de bien formaliser ce dispositif doit permettre l'accompagnement des projets professionnels en termes de formation et de valorisation des compétences.

Le dispositif est intégré à la démarche qualité de certification.

5- La maîtrise des flux entrées/sorties

Ajuster qualitativement et quantitativement les effectifs dans les contextes des décalages entrées/sorties, des absences statutaires, des variations de l'activité ou des financements ou de réorientation des projets.

Il comporte : le suivi prévisionnel des effectifs notamment soignants, le dispositif de remplacement, le dispositif d'ajustement (variation de l'activité et des financements).

Ces points sont en lien avec le projet de soins et nécessitent d'envisager la mise en place d'une équipe à taille variable, en capacité d'assurer les remplacements, de s'ajuster aux variations d'activité observées dans les pôles cliniques.

6- La formation

Favoriser le développement des compétences individuelles, accompagner les évolutions professionnelles ou institutionnelles, permettre la promotion professionnelle et les démarches de valorisation des acquis.

Concernant le lien avec notre sujet, nous avons retenu le plan d'action GPMC n° 3 – Rénovation de l'entretien annuel d'évaluation afin d'apprécier l'adaptation nécessaire en matière de compétences du moment, ou à venir, couplage avec l'entretien de formation.

Le diagnostic de départ établit le fait qu'il n'y a pas une connaissance approfondie des compétences des agents.

La stratégie est d'identifier et de recenser les compétences spécifiques des agents au travers de l'entretien annuel, ainsi que combler l'écart entre compétences souhaitées et disponibles.

Plan d'action - Actions à mener
Création d'une commission de recensement des compétences
Mise en place d'outils de gestion des compétences
Recueil des compétences par agent
Synthèse des compétences par pôle
Restitution aux responsables de pôles des bilans des synthèses
S'assurer de la mise à jour de la bibliothèque de fiches de postes
Recueil des besoins en formation issus de l'écart entre compétences disponibles et souhaitées au regard des objectifs du pôle
Exploitation du recueil et intégration éventuelle au plan de formation

Nous allons maintenant vous présenter dans le chapitre suivant la profession d'AMP.

3 La profession d'aide médico psychologique

3.1 Historique de la profession

Le métier d'AMP naît dans les années soixante, sous l'impulsion d'établissements pionniers comme celui dirigé par le psychiatre François Tosquelles. Afin d'humaniser ce lieu d'accueil pour jeunes arriérés mentaux profonds, il embauche des aides maternelles, les forme à la prise en charge de ces jeunes, à l'observation et à la transmission d'informations. S'ouvrent dès 1961 les premières structures de formation qui délivrent des diplômes d'« aide maternelle ». Par la suite, l'intitulé exact sera « Aide Médico-Psychologique ».

La fonction d'A.M.P. a connu en vingt ans une évolution notable quant à la définition de ses compétences et attributions. La Convention Collective de 1966 précise que les AMP sont « des auxiliaires d'éducation placés auprès l'éducateur et travaillant sous sa responsabilité ». Soit un travail d'exécutant, dans une place de second, plus particulièrement chargé des tâches matérielles. L'arrêté du 4 septembre 1972 instituant le Certificat d'Aptitude aux fonctions d'AMP (Cafamp) leur offre une reconnaissance officielle et fait disparaître deux précisions préalablement proposées: la limitation de l'intervention des A.M.P. aux enfants et jeunes handicapés et aux Instituts Médico Professionnels.

Le 27 août 1984, un arrêté modifie à nouveau la définition de la profession. L'A.M.P. n'est plus le second de l'Educateur Spécialisé, mais travaille à ses côtés. Pour la première fois, les termes d'adolescent ou d'adulte apparaissent.
Puis, l'arrêté du 30 avril 1992 fait apparaitre que l'A.M.P est intégré à des « équipes pluri professionnelles » et placé « sous la responsabilité d'un travailleur social ou paramédical ».
Enfin l'arrêté du 11 avril 2006, redéfinit leur profession comme la « première qualification de la filière éducative » et la valorise avec la création d'un diplôme d'Etat. Le métier acquiert alors une reconnaissance symbolique, le champ d'activité de l'AMP s'élargit considérablement et les institutions lui confient de nouvelles responsabilités.

3.2 Définition de la profession et du contexte de l'intervention

« Le Diplôme d'Etat d'Aide Médico-psychologique atteste des compétences nécessaires pour exercer une fonction d'accompagnement et d'aide dans la vie quotidienne auprès de personnes en situation de handicap ou dont la situation nécessite une aide au développement ou au maintien de l'autonomie sur le plan physique, psychique ou sociale. »
Décret n°2006-255 du 2 mars 2006 instituant le diplôme d'Etat d'aide médico psychologique, article D 451-95 du code de l'action sociale et des familles.
« La formation pratique est délivrée au sein de sites qualifiants ». Arrêté du 11 avril 2006 relatif au diplôme d'aide médico-psychologique Titre III.
L'AMP exerce une fonction d'accompagnement et d'aide dans la vie quotidienne. A ce titre, il intervient auprès d'enfants, d'adolescents, d'adultes en situation d'handicap (que la déficience soit physique, sensorielle, mentale, cognitive, psychique, résulte d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant). Il peut également intervenir auprès de personne dont la situation nécessite une aide au développement ou au maintien de l'autonomie sur le plan physique, psychique ou social.
Le rôle de l'AMP se situe à la frontière de l'éducatif et du soin. Il prend soin des personnes par une aide de proximité permanente durant leur vie quotidienne, en les accompagnant tant dans les actes essentiels de ce quotidien que dans les activités de vie sociale et de loisirs.
A travers l'accompagnement et l'aide concrète qu'il apporte, l'AMP établit une relation attentive et sécurisante pour prévenir et rompre l'isolement des personnes et essayer d'appréhender leurs besoins, leurs attentes afin de leur apporter une réponse adaptée. Il a un rôle d'éveil, d'encouragement et de soutien, de communication.

Par le soutien dans les gestes de la vie quotidienne, l'AMP participe donc au bien-être physique et psychologique de la personne. Il contribue également à la prévention de la rupture et/ou de la réactivation du lien social par la lutte contre l'isolement, le maintien des acquis et la stimulation des potentialités.

Le métier d'AMP est défini dans le Code l'Action Sociale et des Familles, c'est un métier relevant du champ du social. Toutefois ces professionnels interviennent dans les établissements de santé à caractère sanitaire comme par exemple en psychiatrie, les soins de longue durée (USLD) ou le domaine médico-social comme les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ainsi que les différentes structures du secteur du handicap.

L'AMP intervient au sein d'équipe pluri-professionnelles. Selon les situations, il travaille sous la responsabilité d'un travailleur social ou d'un professionnel paramédical. La profession d'AMP constitue une première qualification de la filière éducative.

On recense environ 22 000 AMP employées dans des structures publiques, privées ou associatives (données DREES 1998).

3.3 Référentiel de compétences

Le référentiel de compétences du Diplôme d'Etat d'Aide Médico Psychologique détermine six domaines de compétences :

Domaine de compétences 1 – Connaissance de la personne

Situer la personne aidée au stade de son développement.

Situer la personne aidée dans son contexte socio culturel.

Appréhender les incidences des pathologies, handicaps et dépendances dans la vie quotidienne des personnes.

Domaine de compétences 2 – Accompagnement éducatif et aide individualisée dans les actes de la vie quotidienne

Repérer les dimensions éducatives, affectives, sociales et culturelles des temps clés du quotidien.

Repérer et évaluer les besoins et les capacités de la personne aidée dans les actes de la vie quotidienne.

Etablir une relation d'aide, dans les actes de la vie quotidienne, associant aspects éducatifs et/ou relationnels et techniques.

Satisfaire aux besoins fondamentaux et veiller au bien-être et au confort de la personne.

Domaine de compétences 3 (transversal) – Animation de la vie sociale et relationnelle

Participer à la dynamique du groupe et gérer les relations à l'intérieur de celui- ci.

Favoriser et accompagner les relations familiales, sociales et la participation citoyenne.

Concevoir, proposer, mettre en œuvre et évaluer des activités, pour un individu ou un groupe, contribuant au développement dans ses différents dimensions (sensorielle, psychomotrice, cognitive, affective, relationnelle…).

Domaine de compétences 4 (transversal) – Soutien médico psychologique

Mettre en œuvre des aides adaptées aux différents âges de la vie et des situations de handicap dans les dimensions physique, relationnelle, affective et cognitive.

Utiliser les activités quotidiennes comme support à la relation.

Détecter les signes révélateurs d'un problème de santé ou de mal être et prendre les dispositions adaptées.

Avoir une communication appropriée à la situation de la personne.

Domaine de compétences 5 (transversal) – Participation à la mise en place et au suivi du projet personnalisé

Observer, écouter et analyser les besoins et désirs de la personne dans tous les aspects de sa vie.

Appréhender les facteurs d'évolution ou de régression en fonction de la situation de la personne.

Utiliser les éléments recueillis lors de l'intervention de proximité pour participer à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du projet personnalisé dans le respect du projet de soins et/ou éducatif et/ou pédagogique et du projet institutionnel.

Domaine de compétences 6 (transversal) – Communication professionnelle et vie institutionnelle

Connaître le projet institutionnel et situer son action dans ce projet.

Travailler en équipe pluri professionnelle dans le contexte institutionnel et participer à la vie de l'institution ou du service.

Déterminer et transmettre les informations utiles aux membres de l'équipe.

3.4 Aspect statutaire de l'AMP dans la fonction publique hospitalière

Le décret n°2000-844 du 31 aout 2000 modifiant le décret n°89-241 du 18 avril 1989 modifié portant statuts particuliers des aides-soignants et des agents des services hospitaliers de la fonction publique hospitalière mentionne :

Art. 2. - Le premier alinéa de l'article 2 du décret du 18 avril 1989 susvisé est rédigé comme suit :

« Le corps des aides-soignants comprend les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture et les aides médico-psychologiques. Les aides-soignants exerçant les fonctions d'aide-soignant ou d'auxiliaire de puériculture collaborent à la distribution des soins infirmiers dans les conditions définies à l'article 2 du décret n° 93-345 du 15 mars 1993 modifié relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. »

3.5 Question de la reconnaissance

Selon l'article de Katia Rouff (2010), l'AMP serai un professionnel méconnu.

Destiné d'abord à seconder l'éducateur, l'AMP fait maintenant partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire. Il intervient dans les établissements prenant en charge des personnes handicapées ou âgées et, depuis peu, dans les associations de soins à domicile et des établissements accueillant des personnes en difficulté sociale. Il travaille sous la responsabilité d'un travailleur social ou d'un professionnel paramédical. Pourtant, la reconnaissance de ce professionnel reste encore partielle et le diplôme classé en catégorie V.

Dans le secteur de la gérontologie, où il intervient pourtant depuis le début des années quatre-vingt-dix, la spécificité de l'AMP est encore peu reconnue, d'ailleurs son titre n'existe pas. Dans la fonction hospitalière, nous l'avons vu précédemment, un décret met en équivalence totale l'aide-soignant et l'AMP. Si des textes de 1999 concernant les EHPAD, insistent sur la diversité des métiers et incitent à l'embauche d'AMP uniquement sur leurs fonctions, dans la réalité, ces professionnels sont considérés comme des aides-soignants et pallient des difficultés de recrutement. Est-ce lié à un manque de moyens ou tout simplement à une méconnaissance de leur métier ?

La DHOS aussi dans un rapport d'étude relève que le positionnement du métier d'aide médico-psychologique a tendance à se confondre avec celui des aides-soignants, notamment dans les services gérontologiques, les EHPAD et autres unités accueillant principalement les personnes âgées. Une meilleure répartition des tâches entre les deux métiers devrait s'opérer.

Les aides médico-psychologiques, lorsqu'ils sont intégrés dans des équipes de soins, partagent souvent avec les aides-soignants l'ensemble des tâches. En effet l'animation et les activités culturelles sont des activités également revendiquées par les aides-soignants qui ne veulent pas être cantonnés aux seuls actes de soins et toilettes. Ainsi, dans certains secteurs

(personnes âgées, handicap, etc.), les aides médico-psychologiques sont amenés à exercer pour partie un emploi d'aide-soignant.

Les services de soins à domicile où l'AMP intervient depuis 2006, n'ont pour leur part, pas encore bien identifié l'AMP. Or leur nombre et leur métier sont en pleine expansion.

L'AMP est considéré comme celui qui donne des soins. Pourtant, ce professionnel souhaite apporter plus, travailler en équipe, participer aux animations, etc., comme le prévoient les référentiels. Pourtant, ces professionnels souffrent du décalage entre l'importance des compétences acquises au fil des réformes et leur statut qui n'évolue pas en conséquence. Pour se soutenir, pour acquérir davantage de visibilité, ces professionnels s'organisent par le biais d'associations, de sites Internet, de groupes Facebook…

D'après Maryvonne Guillaume-Corion,[1](citée Jacques Trémintin, 1997),la place de l'AMP est questionnée malgré l'élargissement considérable de son champ d'intervention .Son action est fondée sur le soin, la relation, l'écoute. Cette place qui n'est pas toujours très facile à trouver car elle situe l'AMP entre la dépendance envers l'éducateur ou l'infirmier et celle de la personne qu'il « assiste ». C'est un travail aux frontières du médical, de l'éducatif et du social, et ce métier nécessite des aptitudes à la communication, à la compréhension et au décryptage des messages. Mais ces capacités relationnelles ne sont pas pour autant reconnues par une grande liberté d'organisation ni d'initiatives.

3.6 Les caractéristiques du métier en prospective

Selon l'étude de la DHOS (2008), pour les aides médico-psychologiques exerçant dans des unités de soins, comme ils sont appelés à collaborer à parité avec les aides-soignants, il s'agit d'acquérir les compétences relatives aux soins. L'enjeu de maintenir des aides médico-psychologiques dans les équipes soignantes est d'introduire précisément les compétences d'animation et les compétences psychologiques des aides médico-psychologiques, cette introduction devant se faire plutôt dans le cadre d'une mutualisation des compétences. Le même raisonnement semble être mené en introduisant des aides-soignants dans les équipes d'animation des foyers socio-éducatifs.

Concernant l'évolution du positionnement fonctionnel, plusieurs points d'évolution devraient trouver des solutions ou un développement dans les années à venir dont un recentrage des

[1] « Devenir Aide Médico-Psychologique, étude de la population A.M.P. de l'IRTS de Poitiers de 1992 à 1996 Maryvonne Guillaume Corion, mémoire en vue de l'obtention du Diplôme Universitaire de responsable Formation, Université François Rabelais, Tours, 1996.

missions d'aide-soignant et d'aide médico-psychologique dans les unités de soins ou les centres socio-éducatifs de façon à utiliser au mieux les compétences de l'un et de l'autre, en tablant néanmoins sur le fait que la coexistence des deux professionnels dans une équipe peut permettre un enrichissement mutuel, en matière de soin pour l'un et en matière d'animation et de psychologie pour l'autre.

Nous allons poursuivre l’éclairage de notre questionnement dans la partie suivante en nous appuyant sur la théorie des représentations sociales.

Deuxième partie : cadre conceptuel : les représentations sociales et professionnelles

1 Les représentations sociales

1.1 Généalogie de la notion

Le terme “représentation” est apparu dans la langue française au milieu du 13e siècle.
C’est le sociologue Durkheim qui a développé cette notion, il différencie les représentations individuelles des représentations collectives.
Pour lui, « *le support des représentations collectives, c’est la société dans son ensemble, contrairement aux représentations individuelles qui ne concernent qu’un individu.*
Les premières constituent l’origine des secondes et non leur dénominateur commun.
Ensuite leur pérennité, les représentations collectives sont stables, universelles et impersonnelles alors que les représentations individuelles sont soumises aux contingences de l’environnement social des individus ». (PIASER A., 1999, p.1)
Ces représentations collectives sont un cadre de référence, elles favorisent l’évolution du groupe dans son environnement social et permettent de préserver le lien social entre les membres du groupe.
C’est un ensemble d’idées, d’opinions, de système général de pensée.
Cette notion a été largement développée notamment dans les domaines de la sociologie et de l’anthropologie. L’étude de la société ne peut pas se limiter à la pensée individuelle d’après Lévy-Bruhl.
Il est important de préciser que chaque société a son propre système représentationnel.
Piaget psychologue du développement a resitué les représentations dans leur dimension psychique. A l’inverse de Durkheim, il dit que les représentations varient dans la société.
C’est dans le cadre de la psychologie sociale que Moscovici effectue la première étude d’envergure sur les représentations qui seront désormais qualifiées de sociales.
Pour lui *« c’est dans la communication que ces représentations se socialisent et que d’individuelles elles deviennent sociales ou inversement »* (PIASER A., 1999, p.3).
Moscovici a élaboré une théorie portant sur l’analyse des processus d’interactions (individuel, intra ou inter groupal). Pour lui, les représentations sont soumises à deux types de dynamiques : une dynamique sociale et une dynamique psychique. D’autres auteurs, comme Abric (1984), Jodelet (1989), Moliner (1993), Doise (1986) ont apporté des éclairages à cette notion.
Les représentations sociales étudiées concernent des objets socialement partagés et complexes.

Trois grandes caractéristiques des représentations se dégagent, elles sont d'ordre, psychologique, cognitive et processuelle.

D'après JODELET D., c'est une : "*forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social*" (cité par, PIASER A., 1999, p.4). Les représentations sociales orientent les conduites.

1.2 Emergence du processus représentationnel

Moscovici en 1961 (cité par MOLINER P., 1993, p.5) a distingué trois conditions permettant aux individus de construire collectivement des représentations qui sont : la dispersion de l'information, la focalisation des groupes puis la pression à l'inférence.

Pour Moliner (1993), ces conditions sont nécessaires mais pas suffisantes. Il apporte de nouvelles contributions sur ce sujet en mettant en avant des critères d'émergence du processus représentationnel.

Il s'agit ici de s'assurer que l'objet d'étude est effectivement un objet de représentation sociale. En effet, *« toute étude de représentation devrait débuter par un examen attentif de la situation dans laquelle se placent le groupe interrogé et l'objet dont on souhaite étudier la représentation sociale »* (MOLINER P., 1993, p.13).

Nous allons présenter ici les cinq caractéristiques de la situation sociale dans laquelle peut apparaître le processus représentationnel selon Moliner.

- L'objet polymorphe, c'est-à-dire qui peut apparaître sous différentes formes dans la société. L'aspect polymorphe est une propriété de l'objet social.
- L'existence d'un groupe social : ensemble d'individus qui sont en interaction avec l'objet de représentation. Nous discernons deux types de position du groupe par rapport à l'objet de représentation : structurelle (l'objet participe à l'histoire du groupe) ou conjoncturelle (confrontation du groupe à un objet nouveau et problématique).
- Un enjeu en termes d'identité et de cohésion sociale. La *« valeur d'enjeu de l'objet correspond à une spécificité de son insertion sociale »* (MOLINER P., 1993, p.7).

  L'enjeu d'identité correspond à la notion d'identité psychosociale. L'identité des individus se fonde par rapport à l'objet permettant ainsi au groupe de former une entité spécifique. C'est un aspect structurel de l'élaboration de la représentation.

L'enjeu du maintien de la cohésion sociale : lorsque le groupe social est confronté à un nouvel objet, il y a une volonté du groupe de se rassembler autour de points de vue consensuels. Ce désir de partager une vision commune de l'objet permet à chacun le maintien d'appartenance au groupe. C'est un aspect conjoncturel de l'élaboration de la représentation.

- L'objet est au centre d'une interaction sociale : nous avons vu que la notion d'enjeu de l'objet correspond à un besoin soit identitaire, soit de cohésion sociale du groupe social. *« Cette notion d'enjeu ne peut se comprendre que si on envisage les relations que le groupe entretient avec d'autres groupes sociaux. »* (MOLINER P., 1993, p.11)
  Ce besoin ne se justifie que dans l'interaction du groupe avec d'autres groupes. L'objet s'inscrit dans une dynamique sociale.
- L'absence d'une instance de régulation et de contrôle définissant un système orthodoxe : les instances de contrôle et de régulation ne conduisent pas à une élaboration représentationnelle mais favorisent l'émergence de l'élaboration scientifique ou idéologique.

En conclusion : *« Il y aura élaboration représentationnelle quand, pour des raisons structurelles ou conjoncturelles, un groupe d'individus est confronté à un objet polymorphe dont la maîtrise constitue un enjeu en termes d'identité ou de cohésion sociale. Quand, en outre, la maîtrise de cet objet constitue un enjeu pour d'autres acteurs sociaux interagissant avec le groupe. Quand enfin le groupe n'est pas soumis à une instance de régulation et de contrôle définissant un système orthodoxe. »* (MOLINER P., 1993, p.13)

1.3 Définitions et caractéristiques des représentations sociales

Selon Abric : "*La représentation sociale est une vision fonctionnelle du monde, qui permet à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites, et de comprendre la réalité, à travers son propre système de références, donc de s'y adapter, de s'y définir une place*." (Cité par, PIASER A., 1999, p.15).

La représentation sociale est *« le produit et le processus d'une activité mentale par lequel un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique »*. (ABRIC J-C., 2003, p. 64). En d'autres termes, le groupe élabore des représentations afin de mieux comprendre, d'appréhender et d'interpréter la réalité et la vie quotidienne comme le souligne Jodelet (2003, p. 47), *« Nous avons toujours besoin de*

savoir à quoi nous en tenir avec le monde qui nous entoure. Il faut bien s'y ajuster, s'y conduire, le maîtriser physiquement ou intellectuellement, identifier et résoudre les problèmes qu'il pose. C'est pourquoi nous fabriquons des représentations ». Dans cette réalité représentée, reconstruite, signifiante, les individus agissent, interagissent entre eux par le biais de *« la représentation qui est un guide pour l'action, elle oriente les actions et les relations sociales »*. (ABRIC J-C., 2003, p. 13). Moliner, Rateau, Cohen Scali, (2002, p. 13) introduisent la notion « d'objet social » dans leur définition. Pour ces auteurs, *« la représentation sociale se présente concrètement comme un ensemble d'éléments cognitifs (opinions, informations, croyances) relatifs à un objet social* ». En ce sens, Jodelet (2003, p. 54) affirme que *« représenter ou se représenter correspond à un acte de pensée par lequel un sujet se rapporte à un objet. Celui-ci peut être aussi bien une personne, une chose, un évènement matériel, psychique ou social, un phénomène naturel, une idée, une théorie etc...Il peut être aussi réel qu'imaginaire ou mythique, mais il est toujours requis. Il n'y a pas de représentations sans objets »*. Pour qu'une représentation existe, il faut donc qu'elle porte sur un objet réel ou irréel, cet objet peut être *« d'ordre humain, social, idéel, matériel »* (JODELET D., 2003, p. 60) pour un groupe donné. On peut alors dire que *« la représentation est une forme de savoir pratique reliant un sujet à un objet »*. (JODELET D., 2003, p. 59).

En synthèse, nous pouvons énoncer qu'une représentation est une *« organisation d'opinions socialement construites relativement à un objet donné (présentant d'ailleurs un certain nombre de spécificités), que cette représentation résulte d'un ensemble de communications sociales (intra et intergroupes), qui permettent de maîtriser l'environnement en orientant notamment les conduites et de se l'approprier en fonction d'éléments symboliques propre à son ou ses groupe(s) d'appartenance »*. (ROUSSIAU N., BONARDI C., 2001, p. 19). Moliner et al (2002, p. 13) distinguent quatre caractéristiques d'une représentation :

- *« elle est un ensemble organisée d'éléments qui entretiennent entre eux des relations,*
- *elle est partagée par les individus d'un même groupe,*
- *elle est collectivement produite à l'occasion d'un processus global de communication*
- *elle est socialement utile car elle permet de comprendre et d'interpréter l'environnement social »*.

1.4 Les fonctions des représentations sociales

Les représentations sociales remplissent quatre fonctions :

- Fonction cognitive : *« elles permettent de comprendre et d'expliquer la réalité »*. (ABRIC J-C., 2003, p. 15). *« Elles permettent aux acteurs sociaux d'acquérir des connaissances et de les intégrer dans un cadre assimilable et compréhensible pour eux, en cohérence avec leur fonctionnement cognitif et les valeurs auxquelles ils adhèrent »*. (ABRIC J-C., 2003, p. 15-16).

- Fonction identitaire : *« elles définissent l'identité et permettent la sauvegarde de la spécificité des groupes »*. De plus, « Cette fonction identitaire des représentations leur donne une place primordiale dans les processus de comparaison sociale ». (ABRIC J-C., 2003, p. 16).

- Fonction d'orientation des conduites, des comportements, des pratiques : pour les individus, *« la représentation va déterminer leurs comportements ou leurs pratiques. La représentation est un guide pour l'action, elle oriente les actions et les relations sociales »*. (ABRIC J-C., 2003, p. 16). *« La représentation intervient directement dans la définition de la finalité de la situation », elle « produit également un système d'anticipations et d'attentes » et « elle est prescriptive de comportements ou de pratiques obligés »*. (ABRIC J-C., 2003, p. 17).

- Fonction justificatrice : *« elles permettent de justifier les prises de position et les comportements », « la représentation a pour fonction de pérenniser et de justifier la différenciation sociale, elle peut (…) viser la discrimination ou le maintien d'une distance sociale entre les groupes concernés »*. (ABRIC J-C., 2003, p. 17-18).

1.5 Les processus générateurs

Les représentations sociales s'élaborent à partir de deux processus socio cognitifs qui sont l'objectivation et l'ancrage.

« Ils rendent compte de la façon dont le social transforme une connaissance (objectivation) en représentation et de la façon dont cette représentation transforme le social (ancrage) ». (JODELET D., 2003, p. 373 cité par NETTO S., 2011, p. 74).

1.5.1 L'objectivation

Ce processus permet de transformer ce qui est abstrait, en concret, comme le souligne Doise et Palmonari (1986, p. 26) : *« il transforme un concept en une image ou en un noyau figuratif »*.

De plus, il permet au groupe social d'élaborer un savoir commun, sur lequel se fonde la communication au sein du groupe.

Ce processus se déroule en trois étapes :

- La sélection ou la dé contextualisation de l'information : *« Les individus ne pouvant tout prendre en compte, certaines informations seront privilégiées au détriment d'autres »*. (ROUSSIAU N., BONARDI C., 2001, p. 19). Le groupe va donc garder les informations qu'il juge utile en fonction de critères normatifs, culturels et des représentations qui existent déjà. Les informations retenues vont alors appartenir au groupe.
- L'établissement d'un schéma figuratif : La sélection des informations va alors permettre d'établir un schéma figuratif *« Il s'agit au moyen de mécanismes de réajustement, de donner un rôle plus important à certains éléments, qui accepteront de ce fait une forte signification »*. (*id*, 2001, p. 20). Le schéma figuratif est le noyau essentiel de la représentation sociale, il va omettre les aspects les plus conflictuels de la représentation.
- La naturalisation : *« a lieu quand les éléments du schéma figuratif sont presque physiquement perçus ou perceptibles par le sujet »*. (ROUSSIAU N., BONARDI C., 2001, p. 21). Les éléments de ce schéma vont alors devenir des éléments de réalité.

En résumé, on peut donc dire que *« les notions sont sélectionnées et décontextualisées pour former un schéma figuratif qui procède à la naturalisation et c'est à partir du schéma que va se construire la représentation »*. (JODELET D., 2003, p. 368).

1.5.2 L'ancrage

« Ce processus permet d'incorporer quelque chose qui ne nous est pas familier et qui nous crée des problèmes dans le réseau de catégories qui nous sont propres et nous permet de le confronter avec ce que nous considérons un composant, ou membre typique d'une catégorie familière ». (DOISE W., PALMONARI A., 1986, p. 22).

Ce processus se décompose en trois phases :

- construire un réseau de significations : *« En amont, l'ancrage enracine la représentation et son objet dans un réseau de significations qui permet de les situer en regard des valeurs sociales et de leur donner cohérence »*. (JODELET D., 2003, p. 73). L'objet de représentation va donc faire sens pour le groupe. *« Les groupes assignent du sens sur un nouvel objet de représentation, c.-à-d. qu'en fonction des valeurs, des attitudes et des normes partagées par*

le groupe, ils se construisent un réseau de significations sur l'objet de représentation ». (NETTO S., 2011, p. 78).

- compléter le système d'interprétation opérant du groupe : l'ancrage va donner une valeur fonctionnelle à la représentation et à son objet. Le système d'interprétation devient un média entre l'individu et son environnement.
- créer une grille de lecture pour comprendre la réalité, la vie quotidienne : dans cette phase, les éléments nouveaux vont être intégrés dans les systèmes de représentation préexistants. Dès lors, ils vont faire partis de ces systèmes.

1.6 Approches théoriques

Il existe deux grands courants relatifs aux représentations sociales : la théorie du noyau central, développée par Abric (1976) et les principes générateurs de prises de position, élaborée par Doise (1984).

Nous allons vous présenter succinctement ces approches.

1.6.1 Théorie du noyau central

Cette théorie développée par Abric (1976) avance l'idée que les représentations sont structurées par deux sous-systèmes interdépendants, qui ont chacun un rôle spécifique, il s'agit du système central et du système périphérique.

1.6.1.1 Le système central

« Le noyau central dont la détermination est essentiellement sociale, liée aux conditions historiques, sociologiques et idéologiques. Directement associé aux valeurs et aux normes, il définit les principes fondamentaux autour desquels se constituent les représentations ». (ABRIC J-C., 2003, p. 28). Le noyau central est donc lié à la mémoire collective, à l'histoire du groupe, il va permettre de donner aux groupes des significations sur l'objet. De plus, le noyau va également apporter des significations à la représentation mais aussi aux éléments périphériques. Il est peu sensible au contexte, il est constitué d'éléments stables, non négociables et cohérents qui vont permettre de résister aux changements, *« toute modification du noyau central entraîne une transformation complète de la représentation ».* (ABRIC J-C., 2003, p 22). Il assure deux fonctions : une fonction génératrice : *« il est l'élément par lequel se crée ou se transforme, la signification des autres éléments constitutifs de la représentation. Il est ce par quoi ces éléments prennent un sens, une valeur ».* (ABRIC

J-C., 2003, p 22), et une fonction organisatrice : car *« c'est le noyau central qui détermine la nature des liens qui unissent entre eux les éléments de la représentation. Il est en ce sens l'élément unificateur et stabilisateur de la représentation ».*

1.6.1.2 Le système périphérique

Autour du noyau central, se trouve les éléments périphériques, ces éléments interagissent avec le noyau central, *« ils sont hiérarchisés, c'est-à-dire qu'ils peuvent être plus ou moins proches des éléments centraux : proches du noyau central, ils jouent un rôle important dans la concrétisation de la signification de la représentation, plus éloignés ils illustrent, explicitent ou justifient cette signification ».* (ABRIC J-C., 2003, p. 25). Par rapport au système central, *« La détermination du système périphérique est plus individualisée et contextualisée ».* (ABRIC J-C., 2003, p. 28). Ce système permet l'intégration des expériences et histoires individuelles des membres du groupe. Les éléments de ce système sont plus souples, supportant les contradictions, plus évolutifs, plus sensibles au contexte. Ils répondent à quatre fonctions :

- Une fonction de concrétisation *« directement dépendants du contexte, ils résultent de l'ancrage de la représentation dans la réalité, et permettent son habillage en des termes concrets, immédiatement compréhensibles et transmissibles. Ils intègrent les éléments de la situation dans laquelle se produit la représentation, ils disent le présent et le vécu des sujets ».* (ABRIC J-C., 2003, p. 25). Autrement dit, ce système va permettre l'adaptation à la réalité concrète.
- Une fonction de régulation *« plus souples que les éléments centraux, les éléments périphériques jouent un rôle essentiel dans l'adaptation de la représentation aux évolutions du contexte »* (ABRIC J-C., 2003 p. 26).
- Une fonction de défense : *« le système périphérique fonctionne comme le système de défense de la représentation. Il en constitue ce que Flament (1987) appelle son « pare-choc ».* (ABRIC J-C., 2003 p. 26).
- Une fonction de prescription de comportements, « il indique ce qu'il est normal de dire et de faire dans une situation donnée ». (ABRIC J-C., 2003, p. 27).

Les éléments périphériques sont donc *« l'interface entre le noyau central et la situation concrète dans laquelle s'élabore ou fonctionne la représentation ».* (ABRIC J-C., 2003, p. 25).

« Les représentations sociales sont à la fois stables et mouvantes, rigides et souples. Stables et rigides parce que déterminées par un noyau central profondément ancré dans le système de

valeurs partagé par les membres du groupe, mouvantes et souples parce que nourries d'expériences individuelles, elles intègrent des données du vécu et de la situation spécifique et l'évolution des relations et des pratiques sociales dans lesquelles elles insèrent les individus et les groupes ». (ABRIC J-C., 2003, p. 29).

1.6.2 Théorie des principes générateurs de prises de position

La théorie des principes générateurs de prises de position constitue la deuxième approche pour étudier les représentations sociales. Elle a été élaborée par Doise (1984) qui s'est appuyé sur les travaux de Bourdieu (1971, 1977, 1979), notamment sur la notion d'espace social et sur ceux de Moscovici (1961). Comme ce dernier, il place la communication à l'origine de la formation des représentations sociales (ROUSSIAU N., BONARDI C., 2001). En effet, selon, Doise & Palmonari (1986), ce sont à partir d'échanges, de rapports de communications que le groupe commence à se constituer une représentation d'un objet et il va ensuite pouvoir prendre position par rapport à cet objet de représentation. Doise (1986, p. 85) définit les représentations sociales comme étant : *« des principes générateurs de prises de position liées à des insertions spécifiques dans un ensemble de rapports sociaux, et organisent les processus symboliques intervenant dans ces rapports ».* Ici, l'accent n'est pas mis sur une idée de consensus comme dans la théorie du noyau central, mais sur des prises de position qui peuvent être de nature différente bien que les individus partagent des éléments communs. Cette diversité de prises de position et d'insertion sociale est régie par des principes organisateurs. Doise & Palmonari, (1986, p. 86) expliquent que ces principes organisateurs sont :

- *« des principes d'opposition et de hiérarchisation »* faisant référence à la théorie du champ de Bourdieu, et par ailleurs, ce sont également :
- *« des principes de dichotomie, d'adaptation, d'assimilation, de syncrasie »* ces termes ont été expliqués par Moscovici (1961), (*id,* 1986, p. 89).

Par ailleurs, Doise (1982), propose quatre niveaux d'analyse à prendre en compte pour les études en psychologie sociale. Tout d'abord, le *niveau intra-individuel* qui renvoie aux mécanismes psychologiques de l'individu, puis au *niveau interindividuel* faisant référence aux relations interpersonnelles, ensuite vient le *niveau positionnel* qui correspond à l'appartenance et aux statuts sociaux et enfin, le *niveau idéologique*. A propos des représentations sociales, nous notons une centration prioritaire sur les deuxième et troisième niveaux d'analyse.

Parallèlement, selon Piaser (1999), il est nécessaire d'étudier les relations entre ces deux niveaux pour mieux comprendre les prises de position des individus.
Cette approche s'intéresse donc principalement aux divergences de prises de position entre les individus.

2 Les représentations professionnelles

C'est une catégorie particulière des représentations sociales. Les représentations sociales englobent les représentations professionnelles.
Elle a été introduite par le groupe de recherche-Représentations et Engagement Professionnels ; leurs Evolutions : Recherches, Expertise (R.E.P.E.R.E) dirigée par M. Bataille afin d'avoir un outil conceptuel plus opérant.
Il s'agit d'étudier des groupes professionnels, les objets d'étude appartiennent strictement au domaine professionnel des sujets.

2.1 Définitions et caractéristiques des représentations professionnelles

> *« Les représentations professionnelles sont des représentations sociales portant sur **des objets appartenant à un milieu professionnel spécifique et partagée par les membres d'une même profession** »* (BATAILLE M., PIASER A., 2011, p 1).

Elles sont un élément de référence continu par lequel les professionnels évoluent. L'appartenance du groupe et de l'objet à la même sphère professionnelle les caractérise.
Leurs études permettent ainsi de comprendre les rapports qu'entretiennent les groupes avec ces objets.
*« Les **représentations professionnelles** sont des représentations sociales portant sur des objets appartenant à un milieu professionnel spécifique et partagées par les membres de la profession. En se situant conjointement sur le versant du **produit** et sur celui du **processus**, elles constituent un élément de référence permanent grâce auquel les individus évoluent en situation professionnelle : opinions, attitudes, prises de position, etc. »* (PIASER A., 1999, p 19).

On peut leur attribuer quatre caractéristiques :
-un caractère descriptif : les contenus des représentations informent les professionnels sur les objets de leur environnement. Cela permet de communiquer au sein du groupe mais aussi à orienter les positions des membres du groupe.

- un côté prescriptif : contenu de référence commun au groupe professionnel.
- un caractère conditionnel : le comportement professionnel s'établira en fonction du contexte.
- un caractère évaluatif : la pertinence ou non pertinence des conduites professionnelles s'intègre aux représentations existantes et permet aux acteurs d'acquérir une meilleure expérience de leur environnement.

2.2 Fonctions des représentations professionnelles

Les représentations professionnelles ont les mêmes fonctions que celles des représentations sociales que nous avons vues précédemment.

- Fonction cognitive : elles sont des connaissances nécessaires que les individus vont mobiliser lors de leurs activités, de plus, *« elles ne sont pas figées et évoluent au rythme des changements de pratiques survenant en réponse à des situations professionnelles en mouvement ». « L'ensemble de ces réponses adaptées constitue des savoirs expérientiels spécifiques ; »* (PIASER A., 1999, p. 22).
- Fonction de protection de l'identité du groupe : dans chaque groupe professionnel, il existe une identité professionnelle qui est spécifique à ce groupe. Les représentations professionnelles vont ainsi pouvoir conserver cette identité lorsque le groupe se retrouvera en situation de changement en sauvegardant les composantes premières de cette identité.
- Fonction d'orientation des conduites: reprenant les propos d'Abric (2003), on peut dire que les représentations professionnelles tout comme les représentations sociales « sont un guide pour l'action et les pratiques » car elles leur permettent d'agir dans des situations habituelles mais aussi inhabituelles.
- Fonction de communication : représentation collective, références communes du langage utilisée au sein du groupe professionnel.
- Fonction de justification anticipée ou rétrospective des pratiques : les représentations professionnelles servent à analyser, rendre compte, expliquer sa pratique professionnelle.

2.3 Conditions générales d'existences

En s'appuyant la réflexion théorique de Moliner, Piaser (1999) a dégagé plusieurs particularités des représentations professionnelles. Nous allons en évoquer quelques-unes car elles nous semblent applicables à notre étude et elles vont nous conduire au concept d'identité professionnelle

En se référant à l'objet polymorphe, Piaser évoque la complexité des situations d'enseignement. Dans le domaine médicosocial, il en est de même et les professionnels dont les AMP, sont confrontés à cette complexité. Les situations sont complexes de par leur nature et de par leurs contextes d'exercice. Elles présentent des traits communs mais elles sont toujours différentes, ce qui oblige les professionnels à s'adapter (mobilisation de schèmes).
Les professionnels ont donc une bonne connaissance des objets représentationnels, ce qui paradoxalement impacte sur la communication entre les membres du groupe en renforçant le côté implicite de la représentation.
De plus, d'après Piaser, les représentations professionnelles se trouvent dans une configuration structurelle et donc *« l'enjeu qui préside à élaboration représentationnelle se pose en terme d'identité », « l'exercice professionnel reste encore un fort marqueur identitaire »* (PIASER A., 1999, p 19).
Dans cette notion d'identité il faut intégrer à la fois l'identité propre du groupe professionnel, c'est-à-dire comment ce groupe se perçoit et « l'identité pour Autrui » (DUBAR), comment il est perçu par d'autres.
« L'élaboration de ses représentations professionnelles va permettre à tout groupe professionnel qui partage un travail, de se distinguer des autres groupes plus ou moins proches. Cela est facile dans le cas d'activités aux noms nettement différents mais le caractère original de certains professionnels n'est pas toujours aussi facilement perceptible. Ce peut être le cas quand plusieurs professions sont regroupées sous des appellations génériques : ... les professionnels de la santé, etc... Chaque catégorie professionnelle concerne un ensemble de personnels dont les statuts, les contextes d'exercice, les missions, etc... divergent. Partager avec d'autres un ensemble de représentations professionnelles de référence, permet d'une part à chaque membre d'une profession de mieux identifier son groupe d'appartenance et d'autre part, rend plus aisée cette reconnaissance pour des personnes extérieures à ces groupes.» (PIASER A., 1999, p 20).

3 L'identité professionnelle

L'identité, terme construit à partir du latin « idem » : identique, « identitas » : qualité de ce qui est le même. C'est ce qui fait la particularité d'un individu ou d'un groupe.

L'identité personnelle concerne le sentiment d'identité, c'est à dire le fait que l'individu se perçoit le même et reste le même dans le temps. En un sens plus large, on peut l'assimiler au système de sentiments et de représentations par lequel le sujet se singularise.

L'identité d'un individu, c'est donc ce qui le rend semblable à lui-même et donc différent des autres. C'est ce par quoi la personne se sent exister aussi bien en ses personnages (propriétés, fonctions et rôles sociaux) qu'en ses actes de personne (significations, valeurs et orientations). L'identité, c'est ce par quoi la personne se définit et se connaît, ce par quoi elle se sent acceptée et reconnue comme telle par autrui.

Béatrice Drot de Lange (2000) dans son étude sur l'identité professionnelle des enseignants cite René Sainseaulieu (1985), pour qui l'identité professionnelle se définit comme *« la façon dont les différents groupes de travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes, l'identité au travail est fondée sur des représentations collectives distinctes »*. L'identité serait un processus relationnel d'investissement de soi (investissement dans les relations durables, qui mettent en question la reconnaissance réciproque des partenaires), s'ancrant dans *« l'expérience relationnelle et sociale du pouvoir ».*

C Dubar a généralisé l'analyse de R Sainseaulieu avec la notion d'identité sociale. Les individus appartiennent à des espaces identitaires variés au sein desquels ils se considèrent suffisamment reconnus et valorisés : ces champs d'investissement peuvent être le travail, mais aussi hors travail. Il se peut aussi qu'il n'existe pas pour un individu d'espaces identitaires dans lequel il se sente reconnu et valorisé. Pour C Dubar, l'espace de reconnaissance de l'identité sociale dépend étroitement de la reconnaissance ou non reconnaissance des savoirs, des compétences et des images de soi, noyaux durs des identités par les institutions. La transaction entre d'une part les individus porteurs de désir d'identification et de reconnaissance et d'autre part les institutions offrant des statuts, des catégories et des formes variées de reconnaissance peut être conflictuelle. Les partenaires de cette transaction peuvent être multiples (collègues, hiérarchie de l'institution, l'univers de la formation, la famille etc.)

La construction d'une identité professionnelle est basée sur ce que P Berger et T Luckman (1966) appellent « la socialisation secondaire » : l'incorporation de savoirs spécialisés ou savoirs professionnels, définis et construits en référence à un champ d'activité particulier.

L'identité professionnelle est le sentiment d'appartenir à un groupe social qui génère une identité collective.

4 Problématique

Nous allons reprendre le cheminement de notre réflexion afin d'aboutir à une question de recherche.

Le but de ce travail est d'entrevoir comment les AMP exerçant dans le milieu soignant se représentent professionnellement et comment elles sont perçues en particulier par les cadres de santé.

Le constat de départ a mis en évidence un décalage entre leur rôle prescrit, c'est-à-dire de référence et leur rôle réel. En effet le positionnement du métier d'AMP à tendance à se confondre avec celui des aides-soignants. Le questionnement de départ porte sur le rôle des AMP, sur ce décalage, sur leur positionnement et leur vécu par rapport à cela. Cela nous a conduit à formuler une question de départ : ***Assigne-t-on un rôle adéquat des AMP dans les institutions psychiatriques ?***

Nous avons exploré cette question de départ en effectuant des recherches afin de d'éclairer cette question. Des éléments que nous avons vus dans le cadre contextuel corroborent ce constat mais soulignent également une volonté politique d'évolution par l'approche « compétences ». L'évolution des professions de santé (démographie et formation), les pratiques professionnelles individualisées et la complexité des problématiques psychiatriques nécessitent plus que jamais des formes de collaboration entre les acteurs professionnels tant en matière d'organisation de la prise en charge du patient que des modes d'organisation du travail.

Comme nous l'avons vu supra, du fait du caractère récent de cette profession et de son évolution, la question de la reconnaissance se pose, en effet l'AMP semble être un professionnel méconnu.

La théorie des représentations sociales et plus particulièrement le concept des représentations professionnelles nous a permis de mieux comprendre cette question.

Reprenons la définition d'Abric : "*La représentation sociale est une vision fonctionnelle du monde, qui permet à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites, et de comprendre la réalité, à travers son propre système de références, donc de s'y adapter, de s'y définir une place*." (Cité par, PIASER A., p.15).

Les représentations professionnelles sont une catégorie particulière des représentations sociales. *« Les représentations professionnelles sont des représentations sociales portant sur*

des objets appartenant à un milieu professionnel spécifique et partagée par les membres d'une même profession » (BATAILLE M., PIASER A., 2011, p 1).

Il s'agit d'étudier des groupes professionnels, dans notre étude les AMP. Les objets d'étude appartiennent strictement au domaine professionnel des sujets, l'objet d'étude est ici composite : les représentations professionnelles des cadres de santé les concernant, leurs propres représentations professionnelles de leur rôle et celles concernant leur identité professionnelle. En se référant à l'objet polymorphe, Piaser évoque la complexité des situations de par leur nature et de par leurs contextes d'exercice. Dans le domaine médicosocial, les professionnels dont les AMP, sont confrontés à cette complexité, ce qui les oblige à s'adapter.

Nous rappelons dans cette notion d'identité qu'il faut intégrer à la fois l'identité propre du groupe professionnel des AMP, c'est-à-dire comment ce groupe se perçoit et « l'identité pour Autrui » (DUBAR), en d'autres termes comment il est perçu par d'autres.

« *L'élaboration de ses représentations professionnelles va permettre à tout groupe professionnel qui partage un travail, de se distinguer des autres groupes plus ou moins proches.* » PIASER A., 1999, p 20). En l'occurrence, les AMP de par leur statut, leur milieu d'appartenance et leur champ de compétences sont un groupe très proche de celui des aides-soignants. Le fait de partager des représentations professionnelles communes permet une meilleure identification à son groupe d'appartenance et favorise la reconnaissance de cette identité par les autres groupes. L'identité professionnelle est le sentiment d'appartenir à un groupe social qui génère une identité collective. Le sentiment identitaire est lié à une communauté d'appartenance et de compétences. Le métier d'AMP est une identité, comme pour tous les autres, il procure un sentiment d'identité professionnelle propre, c'est-à-dire la capacité d'être membre d'une communauté de compétences et de statut.

C'est donc au fur et à mesure de nos lectures que nous avons pu faire évoluer cette question de manière plus scientifique et la transformer en une question de recherche qui est la suivante: ***En quoi le décalage entre le rôle prescrit et le rôle réel des AMP est-il influencé par les représentations professionnelles de l'institution et plus particulièrement des cadres de santé ?***

Notre recherche étant exploratoire, nous allons essayer à travers l'enquête de dégager les représentations professionnelles des AMP par les différents acteurs concernés.

Troisième partie : cadre empirique

1 Méthodologie de l'enquête

Après avoir présenté les éléments contextuels et conceptuels d'un point de vue théorique, j'ai réalisé une enquête afin de poursuivre l'exploration de ma question de recherche. Cette enquête s'est déroulé au Centre Hospitalier sur le pôle de psychiatrie adulte où j'ai effectué mon stage.

Je vous présenterai dans un premier temps la méthodologie de l'enquête puis les résultats qui en découlent.

1.1 Préparation de l'enquête

1.1.1 Présentation de la population

J'ai ciblé deux populations : les cadres de santé et les AMP.

Au regard de ma question de recherche, j'ai choisi d'interroger des cadres de santé car ils représentent plutôt l'institution d'un point de vue managérial et ils sont en proximité avec les différents acteurs de l'équipe qu'ils encadrent dont les AMP.

Les AMP sont au cœur du sujet, de ce fait leur point de vue me parait essentiel.

J'ai interrogé douze personnes dont cinq cadres de santé et sept AMP.

Je n'ai pas retenu de critères particuliers concernant le choix des populations.

Cadre de santé (5) :

- Unité pour personnes atteintes de troubles invalidants
- Unité pour personnes atteintes de psychose déficitaire grave
- Unité de Réinsertion
- CATTP intersectoriel/ Hospitalisation à domicile(HAD)/CMP intersectoriel/Urgences psychiatriques (dont les deux dernières unités ne sont pas des lieux d'affectation pour les AMP)
- Unité de psychogériatrie (à ce jour pas d'AMP)

Aide Médico Psychologique (7):

-1 : Unité pour personnes atteintes de troubles invalidants

-1 : Unité pour personnes atteintes de psychose déficitaire grave

- 2 : Unité de Réinsertion

- 2 : HAD

-1 : CATTP intersectoriel

1.1.2 Présentation de l'outil de recueil des donnés

Le concept central de ma recherche étant les représentations sociales et professionnelles, j'ai retenu l'entretien qui permet une liberté de parole dans un cadre donné. Il vise un recueil d'informations contenues dans l'expérience du sujet. Les données perçues sont relatives à l'expression, au point de vue, à, la perception du sujet sur un phénomène, un évènement, une conception. Il renseigne sur ce que les personnes pensent et ou perçoivent concernant le sujet abordé. C'est donc un des outils approprié permettant d'accéder aux représentations qui rappelons le sont un système de croyances, d'idées, d'opinions relatives à un objet social.

Le type d'entretien est semi directif, j'ai dégagé pour mieux cerner l'objet de recherche quatre thématiques à partir des quelles j'ai élaboré des questions. Le guide d'entretien (cf. annexe 1) est commun aux deux populations interrogées. La durée prévue est de 30 à 45 minutes. Les entretiens seront enregistrés.

1.2 Déroulement de l'enquête

1.2.1 La prise des rendez-vous

Lors de mon entrevue avec le Directeur des Soins lorsque j'ai négocié mon stage au Centre Hospitalier, j'avais présenté le projet du mémoire et signalé la nécessité d'effectuer une enquête. Le Directeur des Soins m'a donné son accord et prévenu mon tuteur le cadre supérieur de santé responsable du pôle de psychiatrie adulte. Ce dernier, lors de mon stage a prévenu les cadres de santé de ma démarche qui eux-mêmes en ont parlé aux AMP. Ainsi j'ai pu obtenir facilement des accords. J'ai rencontré les personnes en me déplaçant sur les différentes unités de soins. Je leur ai présenté le cadre de mon travail et j'ai sollicité leur accord. Ensuite nous avons planifié les rendez-vous.

1.2.2 Déroulement des entretiens

La durée des entretiens est comprise entre 30 et 45 minutes. Toutes les personnes interrogées avaient un parcours professionnel et une ancienneté dans la profession différents.

Tous les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des personnes, j'ai également pris des notes afin de faciliter la transcription. Ils se sont déroulés en face à face dans un lieu prévu à cet effet sans aucun dérangement.
Mon ressenti par rapport aux entretiens réalisés a été positif. Les personnes se sont montrées disponibles et authentiques dans leurs propos.
Mon expérience dans la conduite d'entretien a été facilitante, cela m'a permis de clarifier, de faire expliciter certains points, de recentrer sur le sujet et d'aller chercher des réponses.
Grace à cette organisation et à la participation des personnes, j'ai pu réaliser l'enquête. Toutefois je formulerai quelques limites.

1.2.3 Les limites de l'enquête

Le nombre d'entretien au départ était fixé à treize personnes dont huit AMP. Sur les huit AMP j'en ai interrogé que sept car un rendez-vous s'est annulé au dernier moment, la personne était absente pour maladie. Il n'a pas été possible de le reporter ni d'en programmer un avec une autre AMP au regard du planning de chacun. De plus c'était ma dernière semaine de stage.
Il aurait été intéressant que je puisse m'entretenir aussi avec le cadre supérieur de santé responsable du pôle, la Directrice des Soins et la Directrice des Ressources Humaines et Sociales afin de compléter la vision de l'institution. Mais cela n'a pas été possible pour une question de faisabilité dans le temps.
Il me parait important de souligner que les résultats ne sont pas généralisables car ils ne concernent qu'un établissement sur un échantillon réduit.
Mais quels sont les résultats de l'enquête ? C'est ce que nous allons aborder dans le chapitre suivant.

2 Les résultats de l'enquête

2.1 Présentation de la méthode et de l'outil de traitement des données

Afin de pouvoir analyser tous ces éléments de réponse, nous avons choisi d'utiliser l'analyse de contenu en utilisant le logiciel iramuteq, développé par Ratinaud, (2008-2013).
L'analyse de contenu est une démarche d'analyse qualitative qui permet d'exploiter le recueil de données. Elle s'appuie sur le sens et la logique des acteurs. Ici, il s'agit de faire une analyse

lexicale afin d'accéder aux représentations des personnes interrogées. A partir des résultats, le chercheur va interpréter les représentations des acteurs. Il va identifier les structures sous-jacentes qui organisent le discours des acteurs.

L'analyse de contenu qui est selon, Bardin (1991, p. 42): *« un ensemble de techniques d'analyse des communications utilisant des procédures systématiques et objectives de description du contenu des messages »*. En effet, il est possible de faire une analyse de contenu sur tous types de support de communication tels que des : vidéos, entretiens, questionnaires. Cette technique, consiste, en se basant sur des productions orales ou écrites à établir des catégories. A ce propos, Bardin (1991, p. 150), nous informe que *« la catégorisation est une opération de classification d'éléments constitutifs d'un ensemble par différenciation puis regroupement par genre (analogie) d'après des critères préalablement définis »*. Ces critères de catégorisation peuvent être d'ordre sémantique, syntaxique, lexicaux, expressifs. Les catégories obtenues sont généralement des classes regroupant des éléments qui partagent des caractéristiques communes. Elles doivent remplir les conditions suivantes : *s'exclurent mutuellement* : un élément ne peut aller que dans une catégorie, *homogènes* : « un même principe de classification doit gouverner leur organisation » (id, 1991, p.153), *pertinentes* par rapport à la problématique de l'étude, *objectives*, *productives* « un ensemble de catégories est productif s'il apporte des résultats riches : riches en indices d'inférences, riches en hypothèses nouvelles, riches en données fiables ». (*Id*, 1991, p. 154). L'analyse de contenu va alors nous donner un aperçu sur le contenu des représentations.

Le logiciel iramuteq est un outil de lexicométrie. Il identifie des classes de discours des mondes lexicaux qui émergent des entretiens.

Le logiciel iramuteq est un acronyme signifiant : interface de R pour les analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires. Il permet d'effectuer des analyses statistiques sur des corpus textes ou des tableaux individus/caractère en s'appuyant sur plusieurs méthodes analytiques. Il calcule des fréquences, des chi deux; il réalise des analyses de similitude, des analyses factorielles, etc.

L'objectif de cette méthode est de rendre compte de l'organisation topique du discours à travers la mise en évidence de mondes lexicaux, autrement dit, il permet de repérer l'organisation entre les éléments à l'intérieur d'un même corpus. Le logiciel va alors procéder à une méthode de classification hiérarchique descendante (CHD). Parallèlement, il va également effectuer une analyse factorielle des correspondances (AFC) qui « renseigne sur les

rapports de proximité ou d'éloignement des différentes parties du corpus caractérisés par la CHD, les uns par rapport aux autres.

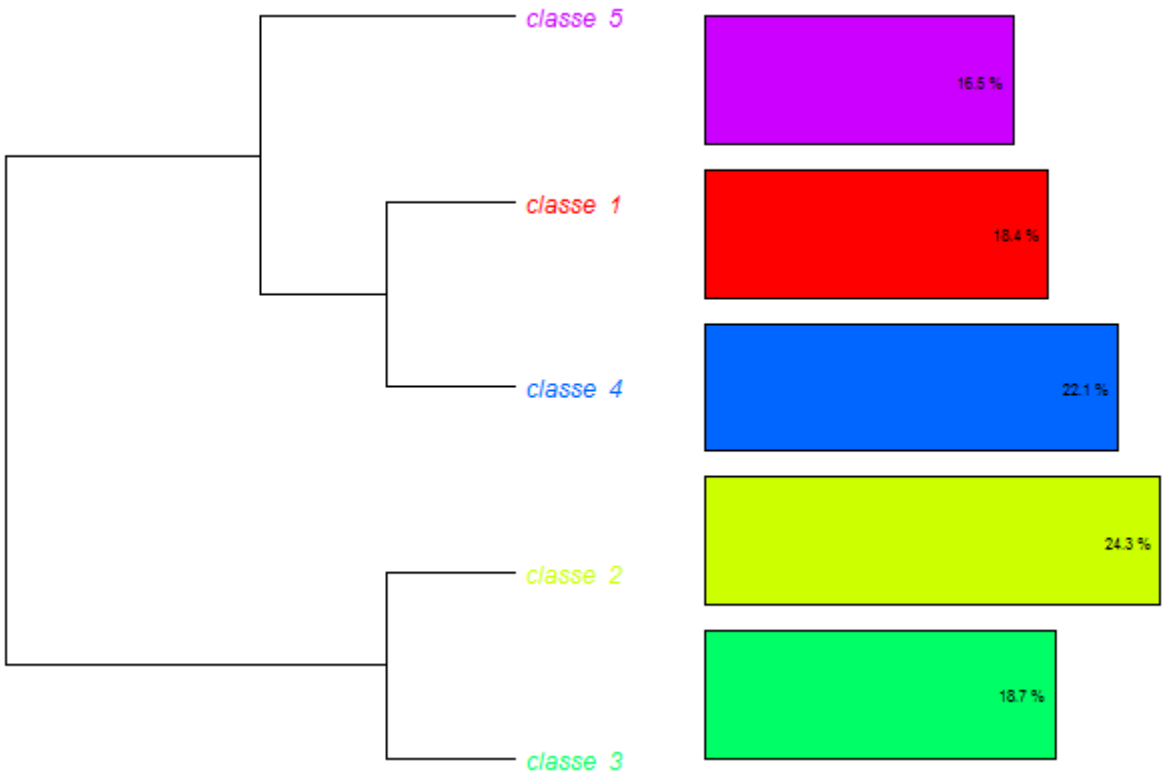
Grace à ce logiciel nous avons procédé à deux niveaux d'analyse. Le premier niveau détermine des classes de discours, le second niveau conduit à une analyse multifactorielle.

2.2 Analyse des résultats

2.2.1 Les classes de discours

Le logiciel à partir d'une méthode de classification hiérarchique descendante (CHD) fait apparaître des profils des classes de discours. A partir du corpus des entretiens (cf. annexe 2), il utilise le Chi 2 qui permet de mettre en relation une dépendance entre les éléments. Les résultats sont significatifs si p-value est< ou = à 0, 05.

Le dendrogramme fait apparaître cinq classes de discours (cf. annexe 3) que nous allons analyser.



La classe 3 et la classe 2 sont en relation. Il apparait également un lien entre ces deux classes et la classe 5.

La classe 1 et la classe 4 sont en relation. Il apparait également un lien entre ces deux classes et la classe 5.

Nous allons maintenant traiter les profils de chacune des classes. Afin de mettre en relief l'analyse nous l'illustrerons d'extraits du corpus d'entretiens.

Classe 1

Dans cette classe il n'apparait pas de variables illustratives, ni de thématiques significatives.

Le fichier résultat de la CHD présente la liste des mots suivants :

Atelier –toilette – repas – accompagner – prendre – individuel –patient – travailler –temps — observer – animer – exemple – relation – propre (rôle propre, appartenant à) – moment– groupe – collaboration – quotidien – équipe – rôle – autonomie.

Ce groupe de mots renvoie au rôle, aux compétences de l'AMP qui ont étés abordées dans les thématiques de la connaissance et des pratiques principalement : ***travailler, rôle, propre***. ***La toilette, le repas***, renvoi au quotidien. Les AMP accompagnent, sont en relation dans les gestes du quotidien mais aussi au quotidien dans une notion de temporalité : ***prendre, temps moment, quotidien.***

E AMP n°4 *:* « *AMP, c'est être auprès de la personne âgée, handicapée moteur, physique et psychique, l'aider dans son quotidien, la soulager, la diriger, pour après qu'elle soit autonome. »* -

E AMP n°6 *: « L'animation se fait au quotidien, il y a des temps forts comme la toilette » « on est assez bien formé pour prendre la personne dans sa globalité dans la prise en charge au quotidien. »*

E Cs n°1 : *« Pour les patients, les activités de l'unité sont proposées et c'est sur la base du volontariat, on respecte le temps, le rythme du patient. »*

On retrouve également parmi les compétences et activités qui s'en dégagent l'observation et l'animation par le biais d'atelier. Le terme ***atelier*** est le plus significatif, dans les entretiens, il apparait comme une activité à part entière de l'AMP, c'est un support à la ***relation***, à l'accompagnement de la personne soignée. Il peut se réaliser en individuel ou en groupe. L'observation est plus transversale, elle se fait dans le ***temps***, en continu ou à différents moments, elle est relative à l'ensemble des activités de l'AMP.

E AMP n°6 *: « qu'on travaille autour de tout ce qui tourne autour de l'autonomie, mais on a aussi un rôle d'éveil qui s'articule autour d'activités, d'ateliers, d'animation »* « *Après on peut faire de l'animation en tant que telle autour d'activités, d'ateliers »*

E Cs n°2 : *« elle développe les activités, la relation »*

E Cs n°3 : *« L'AMP aborde la relation au patient à travers l'activité. Ça peut être des activités du quotidien mais aussi des ateliers médiatisés pour accompagner le patient »*

E AMP n°3 *: « La formation nous apporte l'observation, le questionnement »*

E Cs n°3 : *« elle apporte des éléments d'observation sur les capacités du patient, des éléments sur la relation »- « L'AMP est capable de médiatiser la relation et elle peut œuvrer dans une temporalité adapté au patient, »*

Autour du patient : ***individuel, groupe***. Cela signifie que la prise en charge peut se faire en individuel et ou en groupe.

E Cs n°1 : *« Les AMP font des activités de groupe, en individuel »*

E AMP n°7 *:* « *On est beaucoup dans la communication en faisant les activités, une prise en charge individuelle » - « Je fais beaucoup d'après-midi, donc j'ai plus de temps pour faire des activités, mettre des choses en place, cela demande du temps, de la disponibilité » -*

Un autre groupe de termes se forment : ***équipe, collaboration*** que nous pouvons également lier au terme travailler. L'AMP s'inscrit dans une équipe, elle travaille en collaboration avec chacun des membres.

E AMP n°7 *: « C'est un travail d'équipe »*

E Cs n°2 : *« Elles font partie intégrante de l'équipe soignante et travaillent en collaboration avec tous les membres de l'équipe. »*

Le terme ***exemple*** est significatif, en effets beaucoup d'exemples illustrant les propos, notamment pour décrire le rôle, la pratique, les compétences ; ont été donnés au cours des entretiens.

Le but visé de l'ensemble des termes et du lien entre eux serait ***l'autonomie*** du patient.

E AMP n°4 *:* - « *ici on est en psychiatrie et il ne faut pas oublier que ceux sont des personnes qu'il faut stimuler, leur donner cette autonomie, les accompagner, »*

E AMP n°6 *: « qu'on travaille autour de tout ce qui tourne autour de l'autonomie, »*

Classe 2

Dans cette classe, la variable illustrative correspondant à la profession de cadre de santé est significative.

Le fichier résultat de la CHD présente la liste des mots suivants :

Educateur – infirmier – soignant – professionnel – cantonner – unités – voir - service – organisation – remplacer – confondre – roulement – HAD – responsabilité – Psychogériatrie – journée – AMP – compliqué – renfort – équipe – problème – tache – cadre – utiliser – travail.

Ces termes renvoient à l'organisation du travail et à un aspect plus institutionnel.

Il semble que les thématiques de la pratique, du regret et de la reconnaissance sont abordées au travers des termes : ***cantonner, remplacer, confondre, utiliser.***

E AMP n°5 : *« Pour l'institution oui il y a une similitude entre AS et AMP, c'est la même chose pour eux, déjà on est sur la même grille, on n'est pas différencié institutionnellement parlant, même sur le bulletin de salaire notre fonction n'apparait pas réellement. Dans les services c'est pareil, un coup c'est un poste d'AMP, mais il peut être transformé en poste d'AS et inversement, on ne sait pas pourquoi, mais surement pas pour le besoin. »*

E AMP n°6 : *« Il y a une grosse méconnaissance sur la fonction de l'AMP, sur le terrain on est identifié aux AS. Rôle qui se confond, on a chacun notre spécificité mais ça ne se voit pas concrètement, » - « C'est l'institution qui nous cantonne, pas les AMP. » - « Assimilation oui, à tous les niveaux, par exemple on va en renfort dans d'autres unités comme la psychogériatrie pour remplacer une AS, »*

E Cs n°1 : *« Oui de par leur statut et pour des raisons d'organisation. Je pense qu'il est important de bien les différencier »*

E Cs n°2 : *« Leur rôle est un peu confondu avec celui des AS dans ce que j'ai pu voir, notamment au niveau des soins d'hygiène et de confort. Ici sur l'hôpital, il est difficile de différencier les AS des AMP et cela dans les deux sens. » - « Pour l'organisation de l'hôpital il n'y a pas de différence entre une AS et une AMP. »*

On retrouve tout d'abord la dénomination des professions d'***éducateur*** et d'***infirmier***. Les termes ***soignant*** et ***professionnel*** sont plus larges, ils peuvent regrouper différents corps professionnels, ils montrent l'appartenance à un groupe professionnel, ici le milieu soignant sans distinguer les différentes catégories socioprofessionnelles. La notion de ***responsabilité*** peut se lier à ces deux types de profession, en effet, nous avons vu dans le cadre théorique que l'AMP travaille sous la responsabilité de l'infirmière ou de l'éducateur.

E AMP n°6 : *« On travaille en équipe pluri professionnelle, en théorie on est sensé travaillé en binôme avec les éducateurs mais on est aussi formé pour travailler avec des infirmiers et des AS, donc en fait sur notre référentiel métier on est sous la coupelle de l'éducateur mais aussi de l'infirmier. »*

E Cs n°3 : *« Elle travaille sous la responsabilité d'un infirmier ou d'un éducateur. »*

L'AMP fait partie de l'équipe. Elle est intégrée à un roulement comme souligné dans le cadre théorique (3/8). Le mot ***journée*** serait ici en lien avec l'idée que l'AMP puisse travailler en horaire de journée. Le terme ***équipe*** peut également être lié à ***problème***, c'est-à-dire que l'équipe pourrait ne pas accepter que l'AMP soit en journée. De plus cela peut être également un problème d'organisation du travail, cela peut être ***compliqué***. Le roulement en 3/8 de façon générale permet d'assurer la continuité des soins. Les AMP peuvent renforcer dans d'autres unités de soins que celles où elles sont affectées en cas de nécessité. Elles peuvent dans ce cas

remplacer une AS d'où les termes ***d'utiliser, remplacer*** mais aussi de ***confondre***. En effet à ce moment-là de par l'organisation du travail elle n'est pas différenciée d'une aide-soignante, elle a la même ***tache***.

E AMP n°6 : *« L'AMP à a base est sensée travailler en journée. On nous a mis en 3/8 par commodité. Moi personnellement je suis pour le travail en journée mais je trouve quand même important qu'il y ait aussi des AMP dans le quotidien aux différents moments de la journée comme le lever, les repas, le coucher, ceux sont des temps forts où il se joue énormément de choses que l'on peut travailler, les nuit par contre cela n'a aucun intérêt. »*

E Cs n°4 : *« Oui, on a mis l'AMP dans le roulement, alors que l'éducateur n'y est pas, elle fait l'AS le matin par exemple, c'est là où est la confusion. Elle devrait être en journée pour faire de l'animation, etc. Et des AS à 6H. Alors par mesure économique, il y a une confusion des genres. » - « Quand je suis d'astreinte je ne regrette pas cette assimilation, je suis dans la gestion des effectifs, là pour moi un AMP égale un AS, ça m'arrange »*

Ici les ***unités*** sont les unités de soins, appelées également de façon indifférenciée ***service***.

L'HAD et la ***Psychogériatrie*** sont deux unités de soins qui ont été citées à titre d'exemple.

Le terme ***cadre*** peut ici renvoyer au cadre de santé ou au cadre de travail. Nous allons d'abord le rattacher au cadre de santé, sachant que dans cette classe le discours des cadres de santé est dominant. Le cadre de santé à la ***responsabilité*** de l'***organisation*** du travail d'une ***unité*** de soin ou d'un ***service***, il a aussi sous sa responsabilité l'***équipe*** soignante.

Si l'on rattache le terme cadre au sens de cadre de travail, on peut associer l'idée de la place de l'AMP dans les unités. Le mot ***cantonner*** pourrait illustrer ici le fait qu'elles ne soient positionnées sur toutes les unités de soins ou autrement dit que leur lieu d'affectation soit limité à certaines unités de soins. De plus, le cadre de travail pourrait être une ***organisation*** en ***journée***, le mot ***voir*** peut indiquer cette perspective.

E AMP n°6 : *« on est cantonné à peu de structures »*

Classe 3

Le thème de la reconnaissance, les variables illustratives de l'âge et du genre : la tranche d'âge 50-59 ans et le genre : homme sont ici significatives.

Le fichier résultat de la CHD présente la liste des mots suivants :

Admission – place – hospitalisation – CMP – CATTP – structure – lieu – rattacher – suivre – ouvrir – crise – apporter – réinsertion – chronique – IDE – accompagnement – intérêt – médical – temps – intégrer – aide – gestion – changer – éducation – présence – complet – occupationnel – aider – écouter – mission – traitement.

Le terme ***admission*** est le plus significatif, c'est une unité de soin qui accueille les patients pour le ***traitement*** de la ***crise***, en ***hospitalisation*** à temps ***complet***. ***CMP*** et ***CATTP*** sont aussi des ***structures*** de soins, le mot ***rattacher*** renvoi à l'organisation fonctionnelle, en effet les CATTP sont rattachés aux CMP. Le CATTP a pour vocation la réinsertion des patients. ***Lieu*** peut également signifier aux structures de soins. On peut faire ici le lien par le sens de structure de soins. Ces types seraient des lieux à ouvrir au AMP (***ouvrir, intégrer***) notamment les admissions, les AMP y ont leur ***place***.

L'***intérêt*** de cette ouverture aux AMP concerne plus particulièrement les patients ***chroniques***. Les AMP pourraient ***apporter, aider*** notamment l'IDE dans ces structures notamment dans les domaines de l'***accompagnement***, le suivi (***suivre***), ***l'éducation, l'occupationnel, l'écoute***. Le terme de ***mission*** peut renvoyer à ces domaines. La notion de ***temps*** est un argument qui a été souvent mis en avant, les AMP ont plus le temps que les IDE pour accompagner les patients, elles peuvent apporter une ***présence***. L'IDE a aussi d'autres missions dont la ***gestion*** de l'organisation des soins.

Le terme ***médical*** peut se lier au traitement de la crise mais aussi à la connaissance de la profession AMP par le corps médical.

E AMP n°3 : *« L'intérêt d'ouvrir serait de travailler l'aspect éducatif, relationnel mais aussi occupationnel. »*

E AMP n°4 : *« Ils vont plus ouvrir vers des unités où il y a de l'occupationnel, faire des activités avec les patients, c'est services là sont ouverts aux AMP après tout ce qui est soin à proprement parler, ça reste fermer notamment les admissions, ce n'est pas ouvert aux AMP encore aujourd'hui. Alors que quand tu écoutes les AS en admissions, elles font de l'accompagnement, mais aussi de l'occupationnel, les patients sont là toute la journée, il faut les accompagne, les aider à faire des choses, à repartir vers l'extérieur et ça cela fait partie du rôle de l'AMP, du rôle presque propre j'ai envie de dire de l'AMP. »*

E Cs n°1 : *« Il y a un intérêt à les affecter dans d'autres services, voire augmenter leur nombre sur certains lieux où elles sont affectées déjà. - De plus, l'organisation médicale a un impact sur l'organisation des soins et la gestion des hospitalisations. Il manque une structure ouverte. Les patients chroniques demanderaient un niveau de prise en charge autre. Il faudrait faire des groupes de patients plus homogènes afin d'adapter les prises en charges, notamment pour les patients chroniques. Je pense qu'elles pourraient apporter dans d'autres unités de soin comme en admission par exemple. De par leur activité, l'intérêt serait de mieux aider le patient à mieux vivre son hospitalisation. Pour moi, les AMP ont leur place dans*

toutes les unités sauf en CMP où alors qu'elles ne soient pas seules et rattachées sur le CATTP. Le travail en CMP est surtout IDE, il s'agit d'éviter une hospitalisation, de faire un suivi médical. Par contre, les AMP pourraient être intégrées sur les CATTP rattachés aux CMP. En pédopsychiatrie aussi, cela serait intéressant. »

E Cs n°5 : *« Pleinement surtout pour les populations chroniques mais ça n'interdit pas les admissions. La problématique des patients chroniques c'est le rythme dans le temps. Plus on peut faire d'activités, plus le soin s'enrichirai et sur le long terme une fonction d'AMP pourrait se projeter, échanger, valoriser ces activités et cela pourrait être un complément très fort de l'équipe soignante. »*

Classe 4

Dans cette classe, la thématique connaissance et la variable illustrative âge pour la tranche d'âge 40 à 49 ans sont significatives.

Le fichier résultat de la CHD présente la liste des mots suivants :

Former – psychiatrie – servir – animation – médecin – développer – permettre – individualiser – thérapeutique – volonté – sentir – besoin – socialement – visage – évaluation – fonction – social – observation – animateur – repères – participer – monter – occupationnel – formation – orienter – réflexion – choisir – globalité – activité – compétence –parler –façon – capacité – regarder – écrire – évaluer – projet – lien – occuper – penser.

L'ensemble des termes de cette classe décrivent les compétences des AMP, notamment à partir du contenu de leur formation.

Former est le terme le plus significatif. On peut y associer le terme de ***formation***. La formation des AMP porte sur la ***psychiatrie, le social, l'animation, l'évaluation, l'observation, la réflexion***, l'élaboration de ***projet*** (***monter***). Cela renvoi à la notion de ***compétence***. A ce terme de compétence on peut lier celui de ***capacité***. Capacité peut faire sens aussi pour le patient car l'AMP travaille sur le développement des capacités de la personne (***développer***).

Servir et ***permettre*** sont deux verbes indiquant des intentions, des possibilités de domaines d'action.

La prise en charge de la personne est globale et individualisée (***globalité - individualiser***), à partir de l'***évaluation*** du besoin. Cela peut être ***orienter***, donner des ***repères***, ***parler***, mettre en place une ***activité***. L'activité peut être ***thérapeutique*** ou occupationnelle. Le terme ***occupationnel*** ou ***occupé*** est aussi à nuancer, car l'animation pour l'AMP est différente de l'***animateur***. Le but est de permettre le développement des capacités.

L'***observation*** est soulignée par les termes de ***regarder, visage, demander***.

La ***réflexion*** est aussi très présente et s'appuie sur faire des ***liens***, ***penser, écrire.***

Le mot ***façon*** peut renvoyer à la manière de s'y prendre ou à la manière de concevoir.

Le terme de ***participation*** peut aussi avoir un double sens, pour l'AMP qui participe au projet de soin individualisé du patient tant dans l'élaboration que dans la mise en œuvre. Ici cela renvoi au travail d'équipe, à son rôle dans la limite de ses compétences. Mais cela peut être également le but de participation du patient recherché par l'AMP, on peut associer aussi le mot de ***volonté.***

Le terme ***médecin*** : certains AMP renvoient la méconnaissance de leur rôle par le médecin. Un AMP précise qu'un seul des médecins intervenant sur la structure où il travaille lui demande de participer à ***l'évaluation*** du patient.

E AMP n°1 : *« L'AMP est capable d'amener des éléments d'observation, d'élaborer, d'analyser. Elle est capable aussi de proposer une activité bien spécifique comme un travail autour de l'eau. »* - *« C'est aussi une volonté des médecins, il y a un seul médecin avec qui je travaille qui m'a demandé une évaluation pour un patient. »*

E AMP n°3 : *« La formation nous apporte l'observation, le questionnement qui nous amène à un raisonnement et de là on peut non pas amener des solutions mais on essaie de travailler sur des pistes. »*

E AMP n°5 : *« En résumé cela serai une écoute, avoir le sens de l'observation asse aiguisé pour faire un accompagnement en fonction des besoins comme orienter, stimuler. »*

E AMP n°6 : *« L'AMP elle a des compétences larges, c'est une profession polyvalente, on est autant dans le quotidien du patient que sur l'extérieur. C'est-à-dire qu'on travaille autour de tout ce qui tourne autour de l'autonomie, mais on a aussi un rôle d'éveil qui s'articule autour d'activités, d'ateliers, d'animation mais ça peut être aussi à visée thérapeutique. »* - *« Ensuite on a un rôle d'animation mais pas d'animateur, pour moi il y a une différence entre animation et animateur. L'animation se fait au quotidien, il y a des temps forts comme la toilette, cela peut être une animation, dans la façon de le proposer, de l'argumenter, de se positionner, ça c'est de l'animation. Après on peut faire de l'animation en tant que telle autour d'activités, d'ateliers, cela peut être spontané, programmé, thérapeutique, occupationnel, »*

E Cs n°5 : *« là où je l'attends davantage c'est dans la mise en œuvre d'activité éducative, de développement des habiletés sociales, mettre en œuvre des grilles de mesure, d'évaluation, de participer activement au projet individualisé du patient ».* – *« La différence c'est que l'AMP a une formation qui leur donne des bases de réflexion, plus construite, plus rigoureuse par*

rapport à l'évaluation. A partir de là pour moi elle a une expertise plus prononcée sur le montage des projets, en fonction des pathologies, monter des outils d'évaluation, participation à des synthèses, leur formation en psychiatrie n'y est pas pour rien. »

Classe 5

Dans cette classe, il apparaît significativement deux thématiques : regret et connaissance, ainsi que trois variables illustratives : l'ancienneté de 15 ans et plus, la profession AMP et l'âge pour la tranche 40 à 49 ans.

Le fichier résultat de la CHD présente la liste des mots suivants :

Connaissance – question – soin – différence – volet – statut – éducatif – aspect – psychologique – différencier – poser – médical – métier – technique – pratique – hôpital – psychique – part –regard – formation – manquer – hygiène – prendre – situer –arriver – quotidien –autonomie – extérieur – grille – approcher.

Statut, grille, hôpital renvoient à l'aspect statutaire des AMP à l'hôpital, nous avons vu dans le cadre théorique qu'elles sont situées comme des aides-soignantes, elles ont le même statut, la même grille indiciaire. Contrairement à ce que l'on pourrait penser les termes de ***différent et différencier*** montrent qu'à ce niveau institutionnel il n'y a pas de différence entre ces deux corps de métier. Mais ces deux termes indiquent également la différence entre ces deux métiers faites par les acteurs. En effet, les mots ***volet*** et ***aspect, regard, formation*** indiquent les différents domaines d'intervention de chacun sur la question du ***soin*** : ***éducatif, psychologique, psychique***. ***Extérieur*** et ***grille*** sont rattachés à la définition du métier d'AMP. Le mot extérieur est lié à l'accompagnement du patient vers le milieu social. Le mot grille a été utilisé pour caractériser le champ de compétence de l'AMP dans l'évaluation du niveau d'***autonomie*** du patient, cela fait partie de leur ***formation***.

Prendre et ***soin*** font référence à la notion de prendre soin dans les différents aspects cités ci-dessus.

Par les mots de ***soin*** et ***technique***, on peut entendre soins techniques, ***médical*** et ***hygiène*** décrivent plutôt le métier d'aide-soignante.

L'***autonomie***, le ***quotidien***, le ***prendre soin*** réunissent les deux professions mais la ***pratique*** se situe sur des ***aspects*** ou ***volets différents***. Parfois aussi en pratique il n'y a pas de différence, c'est-à-dire que l'AS ou l'AMP peuvent faire la même chose sur ces différents aspects de la prise en charge.

Le terme ***situer*** peut renvoyer au positionnement des acteurs tant par l'institution que par eux même.

Connaissance, question, poser, regard peuvent signifier que la profession AMP est méconnue.

Arriver et ***approcher*** sont des verbes d'intention, cela peut être lié aux objectifs de soin de l'AMP. Mais arriver peut être aussi entendu comme arriver à être ***différent***, ***différencié***.

E AMP n°2 : *« En pratique la différence se fait au niveau des soins techniques sinon on a le même rôle. Une AS est capable d'animer comme un AMP, du moment qu'on y donne un, sens, il n'y a pas de problème. »*

E AMP n°3 : *« L'AS a une formation plus ciblée sur le soin, les techniques de soin. L'AMP est plus ciblée sur la relation, l'accompagnement, le bien être, l'autonomisation, l'évaluation de son état d'esprit, son psychisme, son niveau, comment il est, c'est autant ciblée sur l'activité » - « Je crois que cette formation d'AMP n'est pas encore assez connue dans notre hôpital, » - « qu'AMP il faut toujours argumenter et expliquer la fonction d'AMP. Parce que ce n'est pas connu encore.* »

E AMP n°5 : *« pour moi c'est un métier qui est méconnu, »*

E Cs n°1 : *« Oui de par leur statut et pour des raisons d'organisation. Je pense qu'il est important de bien les différencier »*

E Cs n °2 : *« Ici sur l'hôpital, il est difficile de différencier les AS des AMP et cela dans les deux sens. Les AS sont axées sur les soins d'hygiène et de confort, elles maitrisent ces soins-là, elles sont plus sur le versant technique, elles collaborent au rôle propre infirmier. Alors que l'AMP le voit moins en détail sur le plan soins techniques mais elle développe les activités, la relation et elle a un rôle éducatif même si l'AS a aussi ce rôle-là mais c'est plus développé chez l'AMP, c'est leur formation. »*

- **<u>En résumé</u>**

Les classes 3 et 2 semblent plus s'orienter vers un aspect organisationnel, de fonctionnement.

La classe 3 peut indiquer la plus-value, l'intérêt que pourrait apporter l'AMP à l'organisation des soins.

Les classes 1, 5 et 4 seraient plutôt centrées sur un aspect cognitif de par la description du rôle, des compétences de l'AMP ainsi que sur la perception, le ressenti qui peuvent interroger la question de a reconnaissance.

Nous voyons comment les discours divers des classes tout en résultant d'une même grille d'entretien renvoient à des accentuations différenciées même si tout relève de représentation (professionnelle en l'espèce). Les polarisations thématiques peuvent diverger. On retrouve ainsi tous les domaines qui concernent les AMP :

- Les structures de travail pour la classe 3
- Les proximités et les différences avec les AS concernant la classe 4
- L'identité professionnelle collective sur la classe 2
- Les pratiques quotidiennes réelles pour la classe 1
- La reconnaissance professionnelle pour la classe 5

2.2.2 Analyses factorielles

L'analyse factorielle est un deuxième niveau d'organisation des discours qui rapproche ou différencie les discours de classe. Il se dégage ici 4 facteurs (cf. annexe 4). Nous ne traiterons ici que le facteur 1 et le facteur 2. En effet les facteurs 3 et 4 n'amènent pas d'éléments supplémentaires à l'analyse. Il s'agit pour nous de proposer une interprétation de nouveaux critères de « rangement » des discours.

1er schéma

- Le facteur 1 est horizontal.

Les classes 1, 4 et 5 à droite de l'axe montrent une polarisation des discours sur des aspects professionnels individuels, les AMP se différencient des AS et cela traite plus particulièrement de la question de la reconnaissance.
Les classes 2 et 3 à gauche de l'axe insistent de leur côté sur un niveau collectif et mettent plutôt en évidence un aspect organisationnel.

- Le facteur 2 est vertical

Les classes 3 et 5 parlent plutôt de groupes professionnels en institution.
La classe 2 illustre l'identité professionnelle de l'AMP.

2ème schéma

Aucune variable illustrative ne se distingue sur les 4 axes. Aucune thématique déclarée n'est clairement organisationnelle du discours même si on peut apercevoir des tendances, par exemple l'opposition sur le facteur 1 entre la thématique de la reconnaissance (classe 3) et celle de la connaissance (classe 4).

2.3 Discussion

Nous formulerons quelques limites à l'analyse des résultats. En effet, le logiciel iramuteq sélectionne des termes qui reviennent dans le discours des acteurs. Toutefois il ne permet pas d'aller jusqu'au bout de la formulation d'interprétation du discours.
Les liens entre les questions et les réponses des acteurs ne sont pas apparents, une analyse manuelle des questions par catégorie permettrait d'avoir une interprétation plus complète. Nous pouvons apercevoir dans les entretiens des réponses communes, nuancées ou éloignées sur les thématiques abordées.

Il apparait de nombreux points communs entre les acteurs quant à la description de la profession d'AMP. Tous insistent sur la formation des AMP qui permet une approche globale de la personne soignée. Ils situent la profession dans ses différentes dimensions : éducative, psychologique, soignante. De plus, leurs connaissances dans le domaine de la psychiatrie sont soulignées. L'accompagnement vise l'autonomie de la personne soignée. Les capacités d'observation, d'évaluation, de réflexion, d'élaboration du projet individualisé, le travail en partenariat avec le réseau extérieur caractérisent leurs principales compétences. Cela met en évidence la polyvalence et l'adaptation de cette profession.
De plus, les acteurs soulignent que la fiche de poste est très semblable à celle de l'aide-soignante. Les AMP insistent sur le fait qu'elle n'est pas adaptée. Les AMP semblent être dans un discours plus en lien avec leur sentiment d'identité et soulèvent la question de la reconnaissance via la fiche de poste. Les cadres de santé renvoient la nécessité de la revoir en l'adaptant au projet de service, certains selon leurs unités pensent qu'il faudrait aussi revoir le projet de service. Cela permettrait un repositionnement des professionnels dont les AMP quant à leurs missions et champs de compétences. La vision des cadres de santé sur cet aspect est d'ordre organisationnel, managérial en termes de gestion des ressources humaines.

Par rapport aux pratiques professionnelles, les AMP pensent qu'elles ne peuvent pas mettre complètement ou plutôt de façon optimale leurs compétences en œuvre. Elles peuvent jouer leur rôle mais aussi se cantonner au rôle aide-soignant. Elles mettent cela en lien avec l'organisation du travail (roulement, postes AMP restreints sur les unités, charge de travail). Mais pour elles, la difficulté peut venir aussi de la conception personnelle de l'exercice de sa profession ainsi que de la perception qu'en ont les autres professionnels de l'équipe. Toutes s'accordent à dire que leur profession est méconnue. Enfin les AMP ont des domaines de compétences communs avec les autres corps de métier dont les infirmiers et les aides-

soignants notamment en termes d'accompagnement et d'animation, cela engendre des confusions lorsque les limites de chacun ne sont pas clairement identifiées.

Les cadres de santé pensent que les AMP peuvent mettre en œuvre leurs compétences dans l'ensemble. Toutefois ils sont en accord avec le discours des AMP concernant les difficultés liées à l'organisation des soins. Une unité de soin intègre dans son projet et dans l'organisation du travail de façon formalisée un programme d'activités menées par les AMP. Une autre unité révise le projet de service et travaille sur les compétences des différents professionnels de l'équipe, sur la différenciation des rôles de chacun. Tous insistent sur l'importance d'un projet de service mettant en évidence la conception et l'organisation des soins. Pour eux tout devrait partir du « patient ». Ainsi la place de chacun pourrait être plus clairement identifiée.

Nous avons vu que dans la pratique le rôle des AMP et des aides-soignants peuvent se confondre, des taches leurs sont communes. Cela est lié à l'organisation des soins et c'est aussi renforcé par le statut institutionnel. Les AMP insistent sur ce précédent point. D'après les AMP les postes sont attribués en fonction d'une organisation et non pas en fonction du besoin du patient. Les cadres de santé reprennent ces arguments organisationnels et institutionnels. Pour eux il est important de différencier ces deux professions mais cela a aussi un coté arrangeant quant à la gestion des effectifs. L'institution raisonne en termes de moyens, dans une logique économique alors que tout devrait partir d'une réflexion sur la prise en charge optimum de la personne soignée. La logique humaine et la logique économique se confrontent. Cependant, sans nier la réalité économique une bonne définition des projets permettrait une meilleure gestion des ressources humaines pensent les cadres de santé.

Les cadres de santé soulignent que les AMP ne sont pas reconnues à leurs justes valeurs.

Toutefois les AMP et les cadres de santé font une différence entre ces deux professions. Schématiquement les AMP sont caractérisées par le domaine éducatif et les aides-soignants par l'aspect technique des soins et le nursing. Les aides-soignants sont mieux identifiés de par leur identité soignante, leur travail étant basé sur la collaboration du rôle propre infirmier. Toutefois les AMP et les cadres de santé mettent en avant la complémentarité de ces deux professions.

Il apparait également une méconnaissance par les autres : infirmier, médecin. Cela est expliqué par le poids de l'histoire de l'infirmier psychiatrique qui a été « cadre unique » pendant très longtemps pour la personne soignée. De plus, l'accompagnement psychologique, la réinsertion, les activités supports à la relation sont le cœur de métier de l'infirmier en psychiatrie et il n'est pas aisé d'intégrer d'autres professions notamment dans les unités plus

curatives comme les admissions. Les aides-soignants ont étés intégré récemment dans les unités d'admissions et cela n'a pas été facile, les freins venant des infirmiers. Il est souligné notamment par les AMP l'importance de se connaître pour travailler ensemble.
Les AMP souhaitent pouvoir intégrer d'autres unités de soin, elles pointent également que là où il y a des éducateurs il peut y avoir des AMP, ce qui n'est pas le cas sur le pôle de pédopsychiatrie. D'une façon générale les AMP souhaitent que leurs lieux d'affectation soient élargis au sein de l'établissement. Et plus particulièrement au sein des admissions. Elles développent comme argument leurs domaines de compétences qui permettraient d'optimiser la prise en charge du patient.
Les cadres de santé sont favorables à cette ouverture, pour les admissions les points de vue sont mitigés. Tous s'accordent à reconnaitre les bénéfices que cela pourrait apporter et surtout auprès de la population des malades chroniques. Ils pensent aux CATTP, aux hôpitaux de jours. Par contre ils pensent que les AMP n'ont pas leur place en CMP. Les AMP n'ont pas évoqué non plus les CMP. Les cadres de santé soulignent les difficultés liées aux moyens économiques, aux conceptions, aux organisations. Mais des aménagements seraient possibles d'après eux.

En conclusion nous ne notons pas des points de vue réellement opposés au plan strictement professionnel. Les AMP parlent de « l'intérieur » et les cadres de « l'extérieur ». Deux fortes prégnances dans la nature du discours se dégagent : l'une est plutôt sur l'aspect identitaire et de la reconnaissance de l'AMP et l'autre sur l'aspect organisationnel.

3 Repères pour l'action

Les repères pour l'action sont une partie constitutive du mémoire professionnel, ils répondent à la commande universitaire, c'est une réflexion professionnelle en tant que cadre de santé à partir des résultats de l'analyse. Il ne s'agit en aucun cas de dire ce qu'il conviendrait de faire à l'établissement, ni de constituer un catalogue détaillé d'actions. Toutefois cette réflexion peut constituer des pistes d'amélioration des pratiques professionnelles.
L'objectif de ce travail était de mieux connaître la profession d'AMP et de regarder en quoi elle peut concourir à optimiser la prise en charge de la personne soignée.
Les résultats de l'analyse ont mis en évidence une problématique identitaire, une méconnaissance de la profession ainsi que des aspects organisationnels quant à la gestion des ressources. Nous traiterons ici des deux derniers points, ceux-ci contribuant à agir sur l'aspect

identitaire en partie : l'idée consiste à proposer des mesures visant à améliorer la perception de l'identité professionnelle des AMP.

Les préconisations s'inscrivent dans le sens du projet d'établissement et plus particulièrement au niveau du projet de soins et du projet social comme souligné dans la partie théorique. Rappelons que le projet social mettait en évidence le fait qu'il n'y a pas une connaissance approfondie des compétences des agents. La stratégie est d'identifier et de recenser les compétences spécifiques des agents au travers de l'entretien annuel, ainsi que combler l'écart entre compétences souhaitées et disponibles. Un des objectifs généraux du projet de soin est de favoriser le développement professionnel et le partenariat entre les métiers.

Par souci de clarté, la présentation sépare la reconnaissance de l'organisation mais il est important de souligner qu'il y a des liaisons fortes entre les réflexions émises pour chacune.

- **Repères pour l'action visant la reconnaissance.**

Pour reconnaitre il faut d'abord connaitre. La connaissance de la profession passe par un recensement des compétences des AMP.

La fiche de poste en est un support. Il faudrait en réaliser une qui soit véritablement spécifique aux AMP. Le travail sur cette fiche peut s'envisager de deux manières par exemple, soit par la création d'un groupe de travail transversal soit par un groupe de travail par unité de soins. Dans le premier cas, la fiche sera commune à l'ensemble des unités, ce qui pourra demander par la suite une partie plus personnalisée pour chaque unité de soins en fonction des missions spécifiques de chacune. L'approche se veut participative. Dans les deux cas le groupe de travail sera animé par un cadre de santé, il inclura des AMP. Notons toutefois l'importance d'un support commun, généralisable à l'établissement. On peut s'appuyer sur la fiche ROME, mais l'intérêt de ce travail est de permettre une connaissance approfondie des acteurs ici la profession AMP. Le fait de travailler en commun favorise le dialogue, le partage, l'explicitation des domaines de compétences et des activités rattachées. Les AMP sont les mieux placées pour parler de leur métier. Les cadres de santé pourront appréhender différents points, faire une analyse plus globale et les prendre en compte ensuite dans leur pratique managériale (projet de service, accompagnement collectif et ou individualisé, communication avec d'autres instances).

Il s'agira de définir une méthodologie de travail : choix de l'animateur du groupe, délais, programmation des rencontres, composition du groupe. Des objectifs de travail seront fixés, des comptes rendu seront présentés. Si le groupe de travail est transversal, une communication doit être relayée par le cadre de santé dans chaque unité. Dans l'autre sens si le groupe est à

l'intérieur de chaque unité, une communication sera présentée en réunion cadres de santé par exemple et un travail collectif d'harmonisation pourra s'envisager. Bien entendu, le dispositif doit être validé par la Direction des Soins et le cadre supérieur de santé responsable du ou des pôles.

Il serait également opportun de créer un outil type « registre de compétences » à utiliser à l'occasion de l'entretien annuel d'évaluation. D'un point de vue individuel le cadre de santé pourra apprécier les spécificités de chacun (domaine de formation, développement d'une compétence ou d'une activité particulière, besoins…). Cela lui permettra ensuite d'avoir une meilleure visibilité des compétences collectives de son unité (points forts, points à améliorer) et voir ainsi comment les exploiter, les développer. Cela s'inscrit aussi dans un travail en partenariat entre la Direction des Soins et la Direction des Ressources Humaines et Sociales.

Cette mise à plat des compétences va permettre ensuite de travailler sur l'équipe pluri disciplinaire et la collaboration inter professionnelle qui est l'axe n°2 du projet de soins. Pour cela il s'agit d'intégrer les autres professionnels à la réflexion et à la définition du rôle de chacun, favoriser une connaissance mutuelle des métiers visant ainsi une meilleure collaboration. Une des priorités serait de partir du rôle propre infirmier, de recenser les domaines de collaboration avec les aides-soignants et les AMP. C'est à la fois revenir sur le cadre réglementaire mais aussi permettre à ces corps de métiers d'échanger sur leurs pratiques professionnelles et donc de clarifier leur rôle respectif. Dans les unités où il y a des éducateurs, il sera nécessaire de les intégrer et de travailler aussi sur la collaboration éducateurs/AMP ainsi que sur l'articulation entre la filière éducative et la filière soignante.
Peut-être que cela pourrai amener à plus long terme à « repenser » la dimension éducative au sein d'un établissement de santé mentale.
Tout cela dans le but de mieux se situer, de valoriser la complémentarité entre les acteurs. Le cadre de santé a un rôle à jouer dans cet accompagnement. Accompagner, c'est être à coté, faire questionner, mettre l'autre en situation réflexive, valoriser voire proposer des dispositifs qui aide les professionnels à mettre du sens sur leurs pratiques. C'est aussi écouter leurs besoins, leurs attentes, leurs idées, mais également recevoir les remarques et les propositions. C'est valoriser, renforcer ce qui est positif. C'est aussi dialoguer, par des bilans réguliers. C'est instituer des dispositifs et inciter les professionnels à les intégrer (dispositif d'Analyse des Pratiques Professionnelles, formations, réunions cliniques, groupes de travail

thématiques…) afin qu'ils développent leur positionnement professionnel. Cela permet ainsi un effet sur l'identité personnelle et professionnelle et favorise une reconnaissance située.

Le projet de service peut être un levier et ou un appui pour valoriser les compétences des AMP et des autres professionnels. Il demande d'être revisité voire révisé, ceci ne peut se faire qu'en collaboration avec le médecin responsable de la structure selon les orientations du Projet Médical. Il s'agit de définir les missions du service en fonction de la population soignée accueillie et d'adapter l'organisation des soins.

Une sensibilisation sur la profession AMP auprès des médecins semble indispensable.
Plusieurs niveaux d'informations peuvent être envisagés : entre le cadre supérieur de santé et le médecin chef de pôle, entre le cadre de santé et le médecin responsable de l'unité de soins ; par une communication formalisée sur la synthèse des travaux sur les compétences au sein des instances dont la Commission Médicale d'Etablissement.

Enfin, un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles pour les AMP pourrait favoriser leur sentiment d'appartenance à un groupe, renforcer leur positionnement professionnel, développer leurs compétences contribuant ainsi in fine à une prise en charge de qualité pour la personne soignée.

- **Repères pour l'action visant l'organisation du travail.**

Le projet de soins prévoit d'organiser l'accès des unités de soins à l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge des patients, ceci concerne donc les AMP.
Toutes les unités de soins nécessitent elles des AMP ? Les différents points vus ci-dessus permettront de répondre à cette question, ou tout au moins de donner des orientations.
Les résultats de l'analyse ont mis en évidence un souhait fort des AMP à un élargissement de leurs lieux d'affectation et plus particulièrement dans les admissions. Les cadres de santé étaient aussi favorables à une ouverture.
Comme nous l'avons vu précédemment le fait de recenser leurs compétences et de clarifier leur rôle permettrait une adaptation de l'organisation des soins sur les unités.
Nous reprendrons ici des pistes de solutions envisagées par les cadres de santé plus particulièrement au cours des entretiens.

Les cadres de santé ont souligné l'intérêt de l'AMP en journée sur les structures de soins d'hospitalisation complète, qui favoriserait la mise en place d'activités, d'accompagnement de façon formalisée. Ceci dans le but d'assurer une continuité, une régularité du suivi des personnes soignées. Les AMP ont également mis en avant cela mais elles ont aussi insisté sur le fait que l'accompagnement passe aussi sur les différents temps du quotidien (lever, coucher, repas). Des adaptations peuvent être envisagées en tenant compte à la fois de la réalité en termes de gestion des moyens économiques et humains mais aussi d'un point de vue plus social. En effet, le fait de sortir les AMP du roulement pourrait susciter des incompréhensions de la part des autres corps de métiers ; les AMP pourraient se sentir cantonnées à l'animation et voir leur champ d compétences réduit ; enfin les AMP perdraient aussi financièrement car le roulement en 3/8 amènent à des primes ce qui n'est pas négligeable pour cette catégorie socio professionnelle.
On pourrait imaginer un planning qui intègrerait en alternance des périodes de journée et de roulement en 3/8. Ou en gardant le roulement actuel, inscrire dans la journée sur la programmation des soins les activités spécifiques d'animation et d'accompagnement.
Au niveau du pôle de pédopsychiatrie il y a des structures avec des éducateurs, les AMP pourraient y être affectées aussi.

Proposer une augmentation du nombre de postes sur les unités où elles ont un rôle prépondérant. Cela concernerait plutôt une population de malades chroniques.

Les structures alternatives à l'hospitalisation visent la réadaptation, la réinsertion et la resocialisation des personnes atteintes de maladies mentales. Il serait envisageable de pouvoir intégrer les AMP sur les CATTP répartis sur les secteurs géographique. L'atelier thérapeutique pourrait être également un lieu d'affectation.

Ces préconisations présentent des limites : cloisonnement des taches, juxtaposition des métiers, cantonnement à l'animation, contraintes économiques et organisationnelles (cout, remplacement). Les AMP devront aussi accepter les impératifs et les limites d'une organisation. En effet une organisation ne changera pas radicalement le fait qu'elles puissent aussi avoir des taches dites d'aide-soignante et que pour assurer une continuité des soins elles pourront toujours remplacer une aide-soignante et vice versa.

Nous conclurons cette partie en nous appuyant sur les travaux d'Anne Jorro (2011) qui définit la reconnaissance professionnelle comme une démarche englobant les actes d'évaluation, de valorisation, de légitimation de l'acteur. L'appréciation se fait par le positionnement professionnel de l'acteur. Cela conduit donc à un élargissement de l'acte évaluatif qui passe par une analyse processuelle en sollicitant le regard critique sur l'expérience vécue. La démarche de reconnaissance professionnelle est construite autour de quatre processus : évaluer, analyser, dialoguer et instituer. La reconnaissance de la professionnalité est inséparable des dynamiques identitaires des acteurs. La reconnaissance de la professionnalité est une transaction entre le « Je » et le « Nous ». Elles sont dépendantes des évènements et du regard d'autrui dont, les signes de reconnaissance émis mais aussi les dénis de reconnaissance par les autres.

Le rôle du cadre de santé est d'accompagner ces actions. Cela passe par la valorisation, la fédération d'une dynamique d'équipe autour d'un travail coopératif, la considération des uns des autres tant dans les parties communes que singulières, se reconnaître complémentaire, chacun contribuant au développement de l'autre.

Quatrième partie : autoévaluation du développement professionnel

Cette dernière partie du mémoire professionnel est un retour sur l'expérience « professionnalisante » à travers l'autoévaluation de mon développement professionnel tout au long de cette année de formation. Je suis actuellement cadre de santé formateur en Institut de Soins Infirmiers (IFSI), j'ai choisi ce master afin de correspondre aux exigences actuelles de la profession ; maintenir une dynamique professionnelle, m'actualiser ; favoriser le développement de mes compétences ainsi que l'acquisition de nouveaux savoirs dans le but de m'ouvrir à d'autres perspectives professionnelles. En effet, je me projetai à court terme dans une fonction d'encadrement d'une équipe pluri professionnelle où la gestion des compétences est une activité centrale. Je vais donc réintégrer mon établissement d'origine qui est un établissement de santé mentale au premier septembre.

Le cadre de santé doit s'adapter à des évolutions continues : évolution médico-économique et évolution de l'organisation interne, gestion des professionnels avec des expertises différentes, évolution de la fonction managériale, évolution des politiques de qualité et de gestion des risques, évolutions technologiques, évolution de l'offre et de la demande en santé, évolution des dispositifs de formation initiale et continue, … Face à ces mutations, il est essentiel qu'en tant que cadre de santé, je sois en capacité d'animer et de mobiliser l'équipe et les personnes en formation au service d'un projet de soin.

Je vais essayer de montrer ici en quoi cette année de formation m'a enrichi tant dans ma pratique actuelle de formateur que dans la projection de ma future fonction.

Ma pratique professionnelle en IFSI est centrée sur l'accompagnement des étudiants en soins infirmiers dans leur processus de professionnalisation. Par les différents apports théoriques dont le concept de la reconnaissance de la professionnalité émergente, j'ai pu renforcer et élargir ma vision de la formation, développer ma posture d'accompagnant, approfondir les liens entre la théorie et la pratique grâce à l'alternance entre les sessions de formations et mes périodes de travail. Je dirai qu'ici les changements pour moi s'expriment plutôt en termes de renforcement, de développement des connaissances, d'une accentuation de la conscientisation des liens entre la pratique et la théorie ainsi que du maintien d'une dynamique de remise en question et d'amélioration de ma pratique.

Cela m'a permis également de me préparer à ma future fonction, les mois passant le projet devenant de plus en plus concret. J'avais volontairement choisi la problématique du mémoire et le stage en ce sens.

Le stage est une des modalités de l'organisation apprenante. Bien que déjà professionnelle et titrée cadre de santé, je n'ai jamais exercé ma profession en tant que cadre de santé

responsable de secteur d'activités de soin. Ma mission de stage en lien avec ma thématique du mémoire était de réaliser une enquête sur les représentations professionnelles des AMP. Ce travail s'inscrit dans la recherche et la réflexion sur la pratique. Cela m'a permis de développer mes capacités méthodologiques, analytiques, d'approfondir des concepts et plus particulièrement celui des représentations sociales ainsi que d'expérimenter la posture du chercheur (ouverture, objectivation). J'ai pu ainsi mieux connaître la profession d'AMP, avoir une visibilité des orientations de l'établissement quant à la gestion des ressources humaines, à l'organisation des soins et au développement des compétences.

J'ai pu aussi développer mes qualités relationnelles car il faut être à l'écoute, faire preuve d'ouverture mais aussi communiquer en expliquant sa démarche. Les échanges avec les divers professionnels ont contribué à l'enrichissement de ma réflexion.

J'ai pu aussi appréhender l'organisation du travail et des soins, poser des questions et échanger sur différentes problématiques de terrain avec mon tuteur. Cela a été aidant pour moi et je me rendais compte au fur et à mesure que je me préparai à mes futures fonctions. La réflexion est importante mais pas suffisante, il me restera à éprouver la fonction, à développer les compétences et à faire évoluer ma posture.

Enfin, d'un point de vue plus global, les contenus et les échanges avec les différents intervenants, les travaux en groupe, les échanges et la solidarité au sein du groupe d'étudiants contribuent à développer une lecture multi référentielles des situations, à favoriser la coopération et la Co-construction, renforçant ainsi la dynamique d'équipe qui est au cœur de ma pratique professionnelle. Cela oblige aussi à prendre sur soi, accepter le point de vue des autres, renforcer son degré de tolérance, accepter de travailler différemment. Le fait d'être un groupe mixte avec des âges et des expériences différents a été très positif. Les plus jeunes ont été une ressource pour m'aider à m'adapter au système universitaire.

J'ai pu constituer une forme « de boites à outils »: savoirs de référence, savoirs faire (méthodologies, normes de mise en œuvre,) et savoirs être (valeurs, communication, réflexivité). La liaison entre tous ces savoirs permet d'analyser des situations complexes et ainsi de pouvoir orienter son action en en conscience et au regard d'une éthique. C'est ce que j'appelle la posture professionnelle.

En conclusion, je dirai que le développement professionnel se fait dans le sens de la modification des attitudes, des habiletés, des performances, des valeurs, de l'image de soi, du rapport au métier, de la perception en tant que formateur des étudiants ou en tant que cadre de proximité des différents professionnels, des croyances etc. Cette année de formation a été très

positive pour moi bien qu'il ne m'a pas toujours été évident de mener de front vie personnelle, vie professionnelle et formation.

Conclusion

Conclure consiste à revenir sur l'ensemble de la démarche de recherche suivie, et à mettre en évidence les résultats saillants. Au départ, notre étude était guidée par un constat mettant en évidence un décalage entre le rôle prescrit et le rôle réel des AMP. Nous souhaitions entrevoir comment les AMP exerçant dans le milieu hospitalier se représentent professionnellement et comment elles sont perçues par les cadres de santé. La théorie des représentations sociales et plus particulièrement le concept des représentations professionnelles développé par Alain Piaser nous ont permis de mieux comprendre cette question. Ce cadre théorique nous a montré que les représentations professionnelles sont très contextualisées surtout lorsque il s'agit d'étudier une profession, en l'occurrence ici celle des AMP.

Notre recherche étant exploratoire, nous avons essayé à travers l'enquête de dégager les représentations professionnelles des AMP : celles des cadres de santé les concernant, leurs propres représentations professionnelles de leur rôle et celles concernant leur identité professionnelle. Pour accéder aux représentations professionnelles des acteurs nous avons utilisé l'analyse lexicale. Nous avons ainsi obtenu cinq classes de discours.

Les discours divers des classes tout en résultant d'une même grille d'entretien renvoient à des accentuations différenciées même si tout relève de représentation (professionnelle en l'espèce). Les polarisations thématiques peuvent diverger. On retrouve ainsi tous les domaines qui concernent les AMP :

- Les pratiques quotidiennes réelles pour la classe 1
- L'identité professionnelle collective sur la classe 2
- Les structures de travail pour la classe 3
- Les proximités et les différences avec les AS concernant la classe 4
- La reconnaissance professionnelle pour la classe 5

L'analyse factorielle est un deuxième niveau d'organisation des discours qui rapproche ou différencie les discours de classe. Quatre facteurs sont apparus mais seuls les facteurs 1 et 2 ont été utilisés. Nous retrouvons dans les discours un niveau individuel et un niveau collectif. Quatre polarisations des discours se dégagent : la question de la reconnaissance, l'identité professionnelle, les groupes professionnels en institution ainsi que les aspects organisationnels.

En synthèse, la discussion des résultats ne fait pas apparaître des points de vue réellement opposés au plan strictement professionnel. Deux fortes prégnances dans la nature du discours se dégagent : l'une est plutôt sur l'aspect identitaire et de la reconnaissance de l'AMP et

l'autre sur l'aspect organisationnel. Les résultats de l'analyse ont mis en évidence une problématique identitaire, une méconnaissance de la profession ainsi que des aspects organisationnels quant à la gestion des ressources. Nous avons traité dans les repères pour l'action les deux derniers points, ceux-ci contribuant à agir sur l'aspect identitaire en partie.

Bibliographie

Ouvrages

Abric, J-C. (2003). *Pratiques sociales et représentations.* Paris : P.U.F (Première édition publiée en 1994).

Bardin, L. (1997). *L'analyse de contenu*. Paris : P.U.F.

Berger, P. & Luckman, T. (1966). *La construction sociale de la réalité*. Paris : Méridiens Klincksieck.

Doise, W. & Palmonari, A. (1986). *L'étude des représentations sociales*. Collection Textes de base en psychologie. Lausanne : Delachaux & Niestlé.

Dubar, C. (1998). *La socialisation, Construction des identités sociales et professionnelles.* Armand Colin.

Jorro, A. & De Ketele, JM. (sous la direction de) (2011). *La professionnalité émergente : quelle reconnaissance ?*. Collection Perspectives en éducation et formation- Edition Groupe de Boeck.

Moliner, P. & Rateau, P. & Cohen-Scaliohen, V. (2002). *Les représentations sociales. Pratique des études de terrain.* Rennes : P.U.R.

Roussiau, N. & Bonardi, C. (2001). *Les représentations sociales. État des lieux et perspectives*. Sprimont: Mardaga.

Sainseaulieu, R. (1985). *L'identité au travail*. (2e éd) Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques.

Thèses

Netto, S. (2011). *Professionnalisation du métier d'enseignant et informatique à l'école élémentaire : une approche par la théorie des représentations sociales et professionnelles ?* Thèse de doctorat en Sciences de l'Éducation non publiée, Université de Toulouse II-Le Mirail, Toulouse.

Piaser, A. (1999). *Représentations professionnelles à l'école : particularité selon le statut : enseignant, inspecteur.* Thèse de Doctorat en Sciences de l'Education dirigée par M. Bataille. Toulouse, Université de Toulouse le Mirail.

Ratinaud, P. (2003). *Les professeurs et Internet. Contribution à la modélisation des pensées sociale et professionnelle par l'étude de la représentation professionnelle d'Internet d'enseignants du secondaire.* Thèse de doctorat en Sciences de l'Éducation non publiée, Université de Toulouse II-Le Mirail, Toulouse.

Articles

Bataille, M. & Piaser, A. (2011). Of contextualised use of social and professionnal. In Chaib M. & Danemark, B. & Selander, S. (Eds). *Education, Professionalization and Social Representations – On the Transformation of Social Knowledge*. New –York, Oxon: Routledge, 44-54.

Jodelet, D. (2003). Représentations sociales : un domaine en expansion. In D. Jodelet, *Les représentations sociales*, 47-76. Paris : P.U.F.

Moliner, P. (1993). Cinq questions à propos des représentations sociales. *Les Cahiers Internationaux de psychologie sociale*, (20), 5-14.

Rouff, K. (2010). Aide médico-psychologique, un métier en quête de reconnaissance. *Lien Social*, (969), 10-17. [En ligne] http://www.lien-social.com/spip.php?article3173&id_groupe=10 (consulté le 12 février 2014).

Tremintin, J. (1997). Une profession en expansion : les AMP. *Lien Social*, (396). [En ligne] http://tremintin.com/joomla/index.php?option=com_content&task=view&id=874&Itemid=173 (consulté le 12 février 2014).

Documents électroniques publiés

Delzers, F. (Dir.), Groupe de travail régional ARS (2011). Exercice professionnel : Le champ de la collaboration entre infirmiers et aides-soignants, auxiliaires de puériculture, aides médico-psychologiques. [En ligne] http://www.infirmiers.com/pdf/collaboration-ide-as-ars.pdf (consulté le 14 février 2014).

DHOS – Observatoire National de l'Emploi et des métiers de la fonction publique hospitalière (2008) Etude prospective des métiers de la fonction publique hospitalière : Aide-soignant, Aide médico-psychologique, auxiliaire de puéricultrice – Les caractéristiques actuelles du groupe métier. [En ligne] http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/fichiers_repertoire/ProspectiveAMP-AS-AP.pdf (consulté le 18 février 2014)

Drot-Delange B. (2000). Internet, outil d'identité professionnelle des enseignants ? In *Séminaire INRP-TECNE, Technologies de l'information et de la communication et éducation : instruments, dispositifs et usages. Paris* [En ligne] http://www.inrp.fr/Tecne/Rencontre/Drot/index.htm (consulté le 6 mars 2014).

Textes législatifs

Décret n°2000-844 du 31 aout 2000 modifiant le décret n°89-241 du 18 avril 1989 modifié portant statuts particuliers des aides-soignants et des agents des services hospitaliers de la

fonction publique hospitalière. Journal Officiel de la République Française n°203 du 2 septembre 2000, texte n°14.
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000583296&fastPos=1&fastReqId=1175962749&categorieLien=id&oldAction=rechTexte
Arrêté du 11 avril 2006 relatif au Diplôme d'Etat d'aide médico psychologique. Journal Officiel de la République Française n°98 du 26 avril 2006, texte n°16.
http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-05/a0050052.htm

Annexes

Annexe 1

Guide d'entretien

Guide d'entretien

Outil

Entretien : questions semi-directives

Critères communs aux deux populations interrogées.

Nombre : 12

Population

Cadre de santé (5) :

- Unité pour personnes atteintes de troubles invalidants

- Unité pour personnes atteintes de psychose déficitaire grave

- Unité de Réinsertion

- CATTP intersectoriel/ Hospitalisation à domicile(HAD)/CMP intersectoriel/Urgences psychiatriques (dont les deux dernières unités ne sont pas des lieux d'affectation pour les AMP)

- Unité de psychogériatrie (à ce jour pas d'AMP)

Aide Médico Psychologique (7):

-1 : Unité pour personnes atteintes de troubles invalidants

-1 : Unité pour personnes atteintes de psychose déficitaire grave

- 2 : Unité de Réinsertion

- 2 : HAD

-1 : CATTP intersectoriel

Thématiques et questions associées

Connaissance de la profession

Comment définiriez-vous la profession d'AMP ? Quelles sont leurs compétences ?
Existe-t-il une fiche de poste spécifique ? Est-ce vous y faîtes référence ?

Pratiques (observées ou vécues selon la position des acteurs)

Diriez-vous que les AMP mettent en pratique l'ensemble de leurs compétences ?
Quelle est pour vous la différence entre une AS et une AMP ? Cette différence s'exerce-t-elle en pratique ?
Diriez-vous que les AMP se cantonnent ou sont cantonnées à un seul type d'intervention : l'animation ?

Regret

Il y a une similitude pour l'institution entre AS et AMP (mais une volonté de différenciation de la part des acteurs). Est-ce que vous regrettez cette assimilation ?

Reconnaissance

Est-ce qu'il y a un intérêt pour vous à développer ou à valoriser les compétences des AMP ?
Les lieux d'affectation des AMP sont limités à ce jour au sein de l'établissement : pourquoi ? Qu'en pensez- vous ? Pensez-vous qu'on peut envisager une ouverture ? Quel en serai l'intérêt ?

Annexe 2

Corpus d’entretiens

**** *prof_amp *sex_h *anc_0a7 *age_40a49
-*connaissance
L'AMP est entre le volet éducatif, le projet d'animation et le volet soin. Il comble le manque entre l'AS et le moniteur éducateur..Pour moi l'AMP c'est un mix entre le soin et l'éducatif. L'AMP est aussi sur l'aspect soin comme l'AS ainsi que sur le volet de l'animation. Il y a une polyvalence que n'ont pas le moniteur éducateur et l'AS. Pour moi la compétence c'est la polyvalence. Amener de l'animation au sens de l'accompagnement. Il y a une dimension psychologique, les termes sont biens choisis : aide médico psychologique. Cela touche l'intellect, la motivation cognitive. L'animation ce n'est pas que le jeu, le côté ludique. Par exemple, j'ai monté le projet pétanque : c'est le fait d'approcher un but, cela a un autre sens. En psychiatrie, le malade a du mal à se projeter, l'activité permet de travailler sur le but, la projection, la volonté d'enlever quelque chose qui fait barrage. L'observation est très importante. Ce n'est pas faire pour faire mais construire un projet et y donner du sens. Il y a une fiche qui a été créée par l'ancienne cadre, pour les autres services je ne sais pas. Au début on s'en sert, c'est très précis dans les attributions, les objectifs, pour moi cela va au-delà de ça, il y a une adaptation. Une qualité importante, c'est l'adaptation. Souvent, les AMP ont fait d'autres métiers avant, ils arrivent avec un bagage, des savoirs faire. Je dirai que l'AMP c'est un artisan de la relation.
-*pratiques
J'ai travaillé dans un centre pour adolescent délinquant, c'était surtout l'aspect éducatif. Puis un an dans un foyer médicalisé, le rôle des AS et les AMP était bien différencié. Ici en psychiatrie c'est encore différent, et puis dans la structure où je suis-je suis le seul AMP et il n'y a pas d'AS. Je dirai qu'il y a des taches communes, les soins d'hygiène, le repas où l'AMP est mise à contribution. Cela peut être très facile pour l'AMP de se cantonner à ce volet soin, de se situer côté AS au quotidien. C'est là où il faut se dire que j'ai une partie éducative, d'animation, il s'agit de prendre ses responsabilités pour animer, observer, cela demande une motivation. Il y a un rôle à jouer. Certaines AMP vont dire, je ne m'occupe pas des toilettes. Mais c'est faux, nous sommes dans une approche globale de la personne. Le métier d'AMP évolue comme on le souhaite. Il y a une dimension psychologique, beaucoup d'observation, il faut créer du lien, c'est une aide à la relation. Cela prend un autre sens lorsqu'on est dans un tout. A la MAS, d'après ce que m'a dit une ancienne collègue, l'AMP fait plutôt fonction d'AS, ceux sont les éducateurs qui s'occupent du reste. C'est dommage, par exemple l'AMP peut donner les traitements, pas les éducateurs. En psychogériatrie, tous les services, en EHPAD aussi, où la proportion de l'investissement professionnel est basé sur l'hygiène, les soins corporels, le physiologique. L'AMP ne prend pas sa place non plus, parfois par fatigue, par exemple un nombre important de toilettes ce qui peut rendre difficile après de proposer autre chose. Dans ce schéma là, tout le monde est satisfait, la présence est marquée par les temps forts. Il y a beaucoup de structures aussi où l'AMP fait fonction d'AS et cela ne pose pas de problème. Par exemple, à la MAS c'est normal que les AMP participent aux toilettes mais l'après-midi, c'est l'AMP qui devrait sortir avec l'éducateur. C'est une partie agréable du métier mais on ne peut pas se cantonner à cela. On peut s'attirer les foudres de l'équipe par rapport à la gestion de la charge de travail. Ensuite, je pense que pour proposer une activité, il faut bien observer la personne dans un projet, il faut bien la connaitre. Il faut être aux différents temps (repas, toilette…) avec la personne pour cela. Les deux rôles sont très liés. C'est un tout, il faut qu'il y ait différents phases. Les différentes activités de travail ne peuvent pas être cantonnées, sinon c'est enlever une partie de ses attributions, c'est aussi cloisonner la personne soignée à un besoin de service mais ce n'est pas prendre en charge les gens. C'est restrictif. Et c'est pareil pour les autres professionnels.
-*regret

Il y a une similitude pour l'institution entre AS et AMP (mais une volonté de différenciation de la part des acteurs). Est-ce que vous regrettez cette assimilation ? On peut rentrer dans des structures de soins mais le problème comme à l'hôpital général par exemple, il n'y a aucune différence entre l'AS et l'AMP. Je suis passé par différentes structures. Se souvenir de nos missions, ne pas subir car c'est souvent l'institution qui engloutie les envies du professionnel.
-*reconnaissance
Il y a un intérêt oui, car cette polyvalence permet une palette très large de possibilité d'implication, d'observation. En psychiatrie, on est censé être sous couvert du médecin qui a besoin d'éléments pour connaître le patient, poser un diagnostic, l'orienter. L'AMP est capable d'amener des éléments d'observation, d'élaborer, d'analyser. Elle est capable aussi de proposer une activité bien spécifique comme un travail autour de l'eau. Les recommandations de l'ARS aujourd'hui vont dans le sens d'une volonté que les patients soient occupés, qu'ils gardent leur autonomie, qu'ils maintiennent leurs acquis, qu'ils aient des repères. L'AMP est un acteur important dans la continuité des choses. C'est fini le découpage des rôles de chacun. L'AMP peut accompagner toute la journée, c'est un bon fil conducteur, présence auprès du patient à chaque temps de la journée. Avant le travail était morcelé. Quand je suis arrivé ici au CATTP, j'ai remplacé une infirmière, cela a fait scandale. Aujourd'hui c'est terminé, c'est comme si j'avais toujours été là. Ici on est cantonné à un historique, ma collègue infirmière de secteur psychiatrique depuis 40ans m'a expliqué que l'infirmier faisait tout, forcément une nouvelle personne : IDE, AS, un métier de plus qui arrive et même si les fonctions ne sont pas les mêmes, chacun a son rôle mais dans les têtes c'est violent l'arrivée d'un nouveau métier car cela prend une part. C'est difficile au début de trouver sa place. Sur les admissions, les hospitalisations peuvent êtres longues. C'est difficile de changer les choses. Les lois de 2002, 2005, 2007 accordent une place essentielle au patient, c'est important d'apporter des touches de chaque métier. C'est accepter l'autre, faire confiance. C'est très humain cette réticence, cette crainte, c'est de la peur. Quand je suis arrivé mais collègues se sont demandées qu'est-ce qu'elle allait me faire faire. Après c'est une question de personnalité, soit on reste dans un rôle attendu, soit on investit son rôle. Une ouverture oui, c'est apporter un autre regard, cela ne manque pas d'humanité mais de continuité dans la prise en charge. La vie institutionnelle instaure un rythme mais il y aurait des possibilités de proposer autre chose. Sur quel type d'unité ? A partir du moment où l'établissement a la volonté d'aménager des temps d'activité, de loisir, d'animation, l'AMP peut être présent. Cela dépend du projet de service et du projet de soins. Si il y a une volonté d'ouverture vers de la réadaptation, de la réinsertion. C'est aussi une volonté des médecins, il y a un seul médecin avec qui je travaille qui m'a demandé une évaluation pour un patient. Les indications médicales sont très floues, est-ce une crainte des procès, une volonté de combler un ennui, je ne sais pas. La dérive c'est de penser que les AMP ne sont là que pour simplement occuper les patients au sens péjoratif, combler un ennui, un vide. Parfois tout cela se mélange, à force on oublie ou ça peut glisser par rapport au pourquoi on est là. J'ai l'impression que l'hôpital n'a pas suivi les évolutions de la société. On est dans une société compliquée, difficile à vivre. On n'a pas encore pris la mesure de cette sociopathie, là où il faut faire intervenir d'autres personnes. Les patients n'ont plus de ressources, ils n'arrivent pas ou plus à faire, voire une incapacité à se réinsérer. Il y a un besoin d'accompagnement. Cela résume bien le rôle de l'AMP, pour moi c'est un vecteur, un véhicule, capable d'amener le patient à l'extérieur et de le ramener. C'est véhiculer de l'envie et de la volonté.

**** *prof_amp *sex_h *anc_15et+ *age_50a59
-*connaissance
AMP, au départ je ne savais pas ce que c'était. On m'a dit que c'était pour animer des ateliers. A l'école c'était différent, ce n'est pas que des ateliers, c'est surtout basé sur la réflexion,

pourquoi on fait cela, des remises en question, des tables rondes avec les résidents. Notre rôle va de la toilette jusqu'au coucher, c'est aider les patients à leur faire faire certaines choses. Ce qui est acquis même si c'est peu, ils doivent le conserver, c'est eux qui font, nous on est là pour les regarder, montrer, expliquer… C'est pareil au moment des repas. On travaille sur l'autonomie au quotidien. Pour moi la différence entre une AS et un AMP c'est le côté technique, les AMP ne sont pas sur les soins techniques. L'AMP a un rôle éducatif en lien avec des connaissances médicales. C'est beaucoup de discussion, c'est chercher à mieux faire. Je sais qu'il y en a une mais je n'en ai pas encore pris connaissance, je viens d'arriver dans l'unité. J'ai regardé surtout le projet de l'unité, c'est important.

-*pratiques

Pas partout, je ne pense pas. Là où je suis passé les premières années oui mais après dans les autres services non, c'était plutôt de la « garderie », liée au vieillissement de la population. L'AMP a un rôle à jouer. La formation. En pratique la différence se fait au niveau des soins techniques sinon on a le même rôle. Une AS est capable d'animer comme un AMP, du moment qu'on y donne un, sens, il n'y a pas de problème. C'est bizarre dit au départ c'est faux la formation n'est pas basé uniquement sur l'atelier, c'est à nous de créer un atelier ou autre chose. Dans l'unité il y a des AS qui peuvent aussi faire des choses comme travailler sur l'esthétique, moi je ne me vois pas faire ça. Il y a une différence entre un homme et une femme, les hommes sont plus sur des activités de sortie, de marche, les femmes sur du tricotage, etc. On est avec eux, on peut aussi faire des jeux, c'est eux qui demandent, qui choisissent. Nous on les motive, sinon cela serai trop facile.

-*regret

On est sur la même grille, mais c'est quand même différent. Par exemple avant un AMP pouvait faire la nuit, maintenant il faut une AS, mais pas de réponse au pourquoi. L'AMP pourtant a la formation des gestes de premiers secours, on sait prendre les constantes. A la MAS, il faut tous les jours une AS. Je ne vois pas tellement de différence à part quelques pratiques. C'est un peu pareil ici. Ce sera dommage de cantonner l'AS au nursing et l'AMP à l'activité.

-*reconnaissance

Oui. Pour les affectations il y a un intérêt, c'est apporter un soulagement au patient. Je ne vois pas pourquoi on ne pourra pas le faire. Ici, en admission et encore maintenant cela s'ouvre pas mal. La même chose qu'un AS Pour les AMP et les AS, il faut être nombreux, il manque du personnel, on ne peut pas faire le travail qu'on devrait faire. Le roulement en 3/8 empêche cela. Pour moi, il faudrait être aussi en journée, cela permettrait de mettre en place un dispositif d'atelier, de faire un bon suivi. Quand j'ai commencé on faisait comme ça et on a pu mettre en place beaucoup de chose, il y avait une régularité, un vrai suivi. Après petit à petit, cela a été fini, les éducateurs ont pris le relai.

**** *prof_amp *sex_h *anc_8a14 *age_40a49

-*connaissance

Notre formation, c'est accompagner les patients. Sur les foyers, on est beaucoup sur les projets collectifs, les synthèses. Ici on est plus dans le soin, on a un peu le rôle d'AS. Par rapport à la formation AS on a des compétences plus approfondies en psychiatrie, les notions de névroses de psychoses. On est sur les gestes de la vie quotidienne. Logiquement on est plus dans l'activité, la gestion du temps libre et la création de projet. L'hôpital, c'est assez compliqué de mettre en œuvre ça en place, l'IDE a les plein pouvoirs, il y a une difficulté à percer et à pouvoir s'investir pleinement par rapport à notre fonction. La formation nous apporte l'observation, le questionnement qui nous amène à un raisonnement et de là on peut non pas amener des solutions mais on essaie de travailler sur des pistes. On est beaucoup dans le questionnement. Je pense oui, je l'ai jamais vu, d'après ce que j'en ai compris et ma

collègue m'a dit elle est dirigée sur la même chose que les AS. C'est une profession récente et il n'y a pas très longtemps que je suis là, je ne sais pas si ils ont mis quelque chose en place pour la fonction AMP en elle-même. Non je ne me réfère pas à la fiche de poste. On est intégré au roulement, on a pas trop le temps de se détacher pour mettre des choses en place. On est à la limite plus là pour donner un coup de main à l'éducateur. On échange beaucoup avec l'éducateur par rapport à toute activité et à ce que l'on pourrait mettre en place.

-*pratiques

Non pas du tout. Avec l'éducateur, comme j'ai un peu d'expérience, cela fait deux ans qu'avec l'éducateur, on a mis en place deux séjours, l'éducateur monte le projet de celui de juin et moi je monte le projet de septembre. C'est compliqué, le problème c'est que si on met un projet en place, ce n'est pas forcément suivi, il n'y a pas de continuité si on n'est pas là. Les manques sont au niveau des projets d'activités essentiellement, les synthèses, le projet individualisé où c'est très compliqué au niveau de l'hôpital de mettre ça en place. Expérience médicosociale axée sur ce versant-là. En pratique il n'y a pas de différence. En théorie, l'AS est plus dirigée vers le soin et l'AMP plus dirigée vers l'accompagnement de la personne. C'est aussi une question de personne. En formation AMP on n'apprend pas la technique, on apprend après sur le tas. Par rapport à la toilette, on a chacun sa propre façon de faire, cela n'a rien avoir avec les diplômes. Les AS qui veulent s'intégrer aux activités peuvent le faire, pareil pour les infirmiers. On est tous un peu pareils dans le fonctionnement. Il y a une différence sur la connaissance de la psychiatrie par rapport aux AS, on aborde tout ça dans la formation et puis l'expérience rentre en jeu aussi. Moi j'ai tourné, ma collègue elle ne connait que l'hôpital. L'expérience est différente, moi j'ai surtout du côté médicosocial. Non, nous ne sommes pas cantonnés à ce côté-là. On est sur le roulement, il y a un AS et un AMP, on fait la même chose. Au niveau de l'unité c'est plus l'éducateur qui est cantonné à faire l'activité. Sur les accompagnements, n'importe quel professionnel peut le faire, il n'y a pas de règles définies par rapport à ça.

-*regret

Oui. Déjà on est sur la même grille, tout est relié. A part la dénomination, le diplôme. Au niveau du travail en lui-même : on est considéré pareil qu'un AS, on nous demande de faire la même chose. La seule différence avec l'infirmier c'est que l'infirmier lui gère les traitements. Moi, j'ai choisi de rentrer en psychiatrie, je savais que cela allait être compliqué car la formation est récente. Le plus dur c'est de prouver sa valeur par rapport à son diplôme et à son expérience. On sent encore que poids du cadre unique infirmier est fort, d'ailleurs les IDE ne se gênent pas pour nous dire qu'ils ne nous ont pas attendu pour faire des activités. Sur des cas d'agitation, des cas difficiles, on a plus de matière, on est plus à même que les AS à gérer ces situations, on a une approche complètement différente. Par rapport à mon expérience selon le lieu, partout où on passe on retrouve toujours les mêmes pathologies, les différents troubles du comportement. Cette unité ça ne m'a pas traumatisé, sauf qu'ici les patients ne sont pas stabilisés.

-*reconnaissance

L'intérêt serait surtout pour le patient. Mettre en valeur ce que l'on a appris, les premiers bénéficiaires seraient les patients. Pour moi ce serait développer, en premier les projets individualisés, ce qui serait déjà un bon départ, ce qui permettrait de mettre tout ça à jour et aller dans le même sens. Le but c'est d'amener quelque chose de positif pour le patient. Je ne sais pas pourquoi, il n'y a que deux ans et demi que je suis ici. J'ai suivi l'intégration des AS dans les admissions, d'après ce que j'ai observé, entendu, les AMP auraient largement leur place aussi même un peu plus. Sur les admissions je pense que cela serait une bonne chose par rapport aux activités, aux projets éducatifs, cela soulagerait les infirmiers. A la clinique ado il n'y en a pas alors qu'il y a des éducateurs, c'est dommage, on pourrait être intégré, apporter notre touche et seconder l'éducateur. Il me semble que c'est les deux seuls endroits où il n'y a

pas d'AMP. L'intérêt d'ouvrir serait de travailler l'aspect éducatif, relationnel mais aussi occupationnel. AS et AMP on n'est pas encore sur le même pied d'égalité puisque les AS sont en admission et pas nous. Il faudra du temps pour que les AMP arrivent à trouver leur place et à s'épanouir pleinement dans leur fonction à l'hôpital.

**** *prof_amp *sex_f *anc_8a14 *age_40a49
-*connaissance
AMP, c'est être auprès de la personne âgée, handicapée moteur, physique et psychique, l'aider dans son quotidien, la soulager, la diriger, pour après qu'elle soit autonome. Les compétences de l'AMP, pour moi on a un statut complet, c'est-à-dire que l'on a un côté soin et un côté éducatif et pour moi l'un ne va pas sans l'autre. Si l'on prend le côté soin, on est dans un hôpital, avec l'équipe on peut rester dans le côté soin, le soin c'est aussi le bien être, j'ai envie de dire moi je le mets dans les actes du quotidien, le lever, les toilettes, les aider. Avoir des connaissances en soin mais aussi au niveau éducatif. Oui, je connais les gros titres, je m'y réfère de temps en temps. Je suis sur le poste d'AMP mais bien sûr que si je fais l'AS.
-*pratiques
En gros je dirai que oui, il y a la possibilité qu'on puisse mettre en pratique l'ensemble de nos compétences, après cela dépend de la mentalité du service. A Charcot, à l'époque où j'y étais il y avait un éducateur en journée, des infirmiers psy, là c'était plus facile de mettre en pratique les compétences de l'AMP, on était sur de l'accompagnement, au lever, au petit déjeuner... Par contre dans la matinée, je pouvais aussi faire aussi des toilettes, change, sans l'aide du patient, sans l'accompagner, ça c'était plutôt des actes AS. A l'HAD on le fait aussi, on arrive chez eux, on les stimule, on les sollicite pour la toilette, pour qu'il s'habille, pour le quotidien et en même temps si une patiente me demande par exemple de lui prendre la température, la tension, je le fais aussi, j'en réfère à l'infirmier et je le fais. Je ne l'ai pas appris en tant qu'AMP mais AS. L'AS a une formation plus ciblée sur le soin, les techniques de soin. L'AMP est plus ciblée sur la relation, l'accompagnement, le bien être, l'autonomisation, l'évaluation de son état d'esprit, son psychisme, son niveau, comment il est, c'est autant ciblée sur l'activité et quand j'en parle à ma collègue je n'ai pas l'impression qu'on a eu la même formation, elle me parle plus de projet, certes dans la formation on a des semaines ciblées comme sport et handicap par exemple. Pour moi et c'est vrai que je suis un cas particulier j'ai envie de dire j'ai l'impression qu'on ne peut pas faire l'un sans l'autre, c'est pour ça que j'ai voulu valider cette formation d'AS, j'ai l'impression que l'on fait les deux, que je fais les deux, l'un ne va pas sans l'autre, je crois que tu peux être dans la relation, être à l'écoute et en même tant faire un soin et être avec lui et l'accompagner. Les AMP font aussi l'AS et l'AS fait aussi l'AMP, par exemple à la réinsertion les AS font aussi les accompagnements à l'extérieur alors que dans la formation ça ne se fait pas. Oui je l'ai vu en pratique, j'ai vu l'AS faire un accompagnement en sortie et l'AMP donner un bain, une aide à la toilette et plus précisément en lui faisant des soins au niveau du pied, en le massant. Après cela dépend de la personne, il y a autant d'AS qui vont dire moi je suis d'accord pour faire de l'accompagnement et une activité avec un patient et il y en a une autre qui dira moi je suis AS, je n'ai pas fait ça pour être animatrice. Si tu veux faire que du soin technique tu vas dans un hôpital adapté, ici on est en psychiatrie et il ne faut pas oublier que ceux sont des personnes qu'il faut stimuler, leur donner cette autonomie, les accompagner, c'est des personnes qui viennent pour des dépressions, qui sont pas bien, je pense que le rôle c'est de leur donner des soins adaptés et les soins c'est les orienter vers leur autonomie. De toute façon dans cet hôpital, j'ai l'impression que personne ne sait exactement ce qu'est le rôle de l'AMP, automatiquement ici quand ils disent AMP ils disent AMP=animation. Moi je ne me cantonne pas à ce rôle-là, non, par contre j'entends de plus en plus ce discours, notamment à la MAS, les filles se cantonner à ce rôle-là, j'ai l'impression, moi je ne m'y retrouve pas quand elles

me disent les AMP font ça et les AS font ça. Je crois que cette formation d'AMP n'est pas encore assez connue dans notre hôpital, par contre quand tu vas dans d'autres institutions comme l'IME, Roquetaillade, elle est connue et reconnue.
-*regret
Oui, au niveau de la paye, on a la même grille, le même statut, on a le même texte que les AS. On bénéficie même de la prime AS. C'est pour ça tout part de là, ce statut, si on avait un statut différent, on est représenté par des AS partout où on va on est représenté par des AS, ici. Pour les cadres AS ou AMP c'est pareil, il y a souvent ce discours-là. On a les mêmes responsabilités, c'est « batard » car des fois on les mêmes prises en charge. Après cela dépend de comment tu la fait mais je me suis souvent retrouvée avec une collègue AS et on faisait de la même façon. Après c'est vrai qu'au niveau de l'évaluation on y est plus et l'AS est plus technique. Mais on se retrouve. Je le regrette pas parce que pour moi ça été un bon point, ça m'a encore plus encouragé à faire cette VAE. Par contre, je pense qu'il faudrait plus qu'ils disent l'AS elle fait ça, l'AMP fait ça, il y a les mêmes activités, il faudrait plus cibler. Est-ce qu'il faut les différencier sur l'animation et les activités, je ne suis pas sure. C'est une question que je me pose souvent et que je pose, j'en suis pas sure.
-*reconnaissance
Oui, déjà on fait 18 mois de psychiatrie, on des modules ciblés, intéressants, on nous tire toujours vers cette animation et du coup il y a d'autres compétences qu'on pourrait développer. Toutes les formations continues que j'ai voulu faire, pour l'AMP il y a l'animation, l'établissement nous propose que ça, l'animation. Après ils nous empêchent pas, on peut s'inscrire dans d'autres formations mais j'ai l'impression que chaque fois ils proposent quelque chose lié à l'animation. Après c'est à la personne, ce que j'ai fait de demander autre chose. J'ai envie de dire que dans les services de soins encore une fois, ils préfèrent une AS, cela reste dans la logique des choses. L'AS dans le soin ça reste logique, une AMP dans le soin, ce n'est pas logique. Ils vont plus ouvrir vers des unités où il y a de l'occupationnel, faire des activités avec les patients, c'est services là sont ouverts aux AMP après tout ce qui est soin à proprement parler, ça reste fermer notamment les admissions, ce n'est pas ouvert aux AMP encore aujourd'hui. Alors que quand tu écoutes les AS en admissions, elles font de l'accompagnement, mais aussi de l'occupationnel, les patients sont là toute la journée, il faut les accompagne, les aider à faire des choses, à repartir vers l'extérieur et ça cela fait partie du rôle de l'AMP, du rôle presque propre j'ai envie de dire de l'AMP. Du coup cette limite ne nous permet pas de nous développer et on n'arrive pas bien à s'intégrer dans ce côté soin encore une fois. Si tu ne fais pas tes démarches personnelles, si t'arrive pas avec un projet et si tu t'intègres pas ou que t'arrive pas à expliquer le pourquoi de la chose t'es vite mis sur le côté, en tant qu'AMP. Je me répète mais encore une fois c'est ce qui m'a décidé à faire la VAE AS. Je pense qu'en admission, notre rôle on y est en plein, il y a tout cet accompagnement, tout cet étayage autour du patient que l'on eut faire avec lui, bien sûr en collaboration avec un infirmier, on peut se mettre 2 référents, on peut travailler en équipe. C'est accompagner le patient, l'aider à aller vers l'extérieur, c'est aussi la relation, le bien être. Bien sûr en admission ils arrivent en crise, nous on serait plus après la crise pour la préparation à la sortie, c'est important de prendre le temps de les accompagner pour pas qu'ils reviennent 2 jours après, redonner confiance. Cela revient souvent de la part des patients, les murs les rassurent, ils ont du mal à revenir chez eux. Bien sûr cela se fait mais je pense que nous les AMP ont pourrait y mettre notre petit grain de sel. En psychogériatrie, avec la personne âgée, il y a à faire notamment au niveau occupationnel, c'est les occuper pendant l'hospitalisation et les aider à avoir le sourire, cette relation. Les enfants, je crois que si l'on a envie d'aller vers les enfants il faut faire une formation plus spécifique, ça c'est moi, si on me disait d'aller travailler avec les ados ou à l'hôpital de jour enfant, je demanderai une formation. Pourtant j'ai fait un stage dans le médicosocial en IME, c'est vrai que dans ce

secteur il y a des AMP. Là on est plus dans une prise en charge basée sur des activités. Je connais des AMP qui travaillent dans des institutions où la formation AMP considérée comme reine mais dès que tu vas dans le secteur hospitalier, j'ai l'impression que la formation AMP n'est pas reconnue. Il faut toujours se justifier, il faut toujours argumenter, expliquer aux autres ton rôle, pourquoi t'es là, ce que tu vas faire, comment, pourquoi. Ca maintenant je le fais de moins en moins mais au début où j'étais diplômée c'était tout le temps. Tout le monde c'est ce qu'une AS fait aujourd'hui, une AMP non, tu vas dire à quelqu'un dans la rue une AMP, je ne pense pas qu'il sache ce que c'est une AMP. Chaque fois je dois argumenter et je le dis maintenant d'autant plus facilement que je suis AS, alors qu'AMP il faut toujours argumenter et expliquer la fonction d'AMP. Parce que ce n'est pas connu encore. Quand j'ai fait la VAE AS j'étais la seule AMP et elles étaient 10 AS à faire la VAE AMP. Elles venaient beaucoup de maisons de retraite, l'AM il faut les occuper, pour cela il faut monter un projet, se former, et elles me regardaient et me demandaient pourquoi tu fais ça. Je le dis à mes collègues AMP quitte à faire les deux autant avoir les deux casquettes, je le dis aussi aux AS. De toute façon on nous a mis dans la même grille, celui qui était intéressé c'était le DS qui posait beaucoup de question, qui s'intéressait à notre fonction, il voulait comprendre le rôle de l'AMP.

**** *prof_amp *sex_f *anc_8a14 *age_40a49
-*connaissance
L'AMP doit avoir des qualités : écoute, empathie, patience, savoir aller au-delà de ce qu'on peut voir comme première image, aller chercher, être dynamique. Définir le métier, pour moi c'est accompagner la personne en difficulté en fonction du besoin, qu'il soit psychologique, moral, physique. Elle participe au maintien à domicile comme à l'HAD, c'est aider ou mettre en place quelque chose, le but ce n'est pas de faire à la place de mais faire avec, c'est une vision éducative pour que la personne puisse s'en emparer. Quand ce n'est pas possible, que la personne n'a pas la possibilité de pouvoir faire, il faut travailler avec les réseaux, trouver les réseaux sociaux, les partenaires comme les aides à domicile par exemple. En résumé cela serai une écoute, avoir le sens de l'observation asse aiguisé pour faire un accompagnement en fonction des besoins comme orienter, stimuler. A l'HAD, je crois qu'il y a une fiche de poste, il me semble l'avoir vu quand je suis arrivée, mais j'en suis pas sure, si elle existe elle me semble pas claire. Je ne m'y suis pas référée, ça me fait penser que c'est un tort. A la MAS il y en avait une.
-*pratiques
Dans l'ensemble oui, mais je m'y suis plus retrouvée à la MAS qu'à l'HAD, car l y a cette orientation médicosociale et j'ai cette formation. Je dirai que oui dans l'ensemble. L'AS, elle a une orientation dans le soin, une approche plus « médicale », son repère c'est les soins, c'est ce qu'on lui a appris, elle a aussi d'autres missions. L'AMP a une visée éducative, elle va plus se servir de ce qu'elle va observer, l'AS aussi mais ce n'est pas la même visée. C'est travailler avec des partenaires, se servir des activités à une base thérapeutique, comme un lien pour pouvoir travailler ce qui a besoin d'être travaillé. L'AS aussi, ceux sont deux formations qui s'emboitent, mais l'AS est plus dans le soin. Par exemple l'AMP va apprendre à comment ranger un appartement, l'AS est plus technique, elle fait moins d'accompagnement sur l'extérieur. Une des missions de l'AMP est de lutter contre l'isolement. A la MAS oui, d'ailleurs le cadre veut faire cette différence. Par rapport à mon expérience, ces deux formations s'emboitent, on en a besoin, on est à l'hôpital et de ce fait l'une apporte à l'autre. J'ai vu un AS monter un projet éducatif et pareil une AMP avoir une activité plus orientée vers le soin. Alors après je n'ai fait que l'HAD, où il y a une vision soignante à la base. Il n'y a pas d'AS à l'HAD. Sur le projet du service, c'est des AMP. Non, je ne l'ai pas constaté. Le fait d'être à la MAS où il y a une visée d'animation mais qui est le médiateur pour pouvoir

faire quelque chose, développer des capacités comme la dextérité par exemple, ce n'est pas être animateur comme dans un centre aéré. Je parle plus d'activité que d'animation pour aller à la recherche de quelque chose, c'est un support. Je n'ai pas assez de recul, pour moi c'est un métier qui est méconnu, qui commence quand même à se développer, peut être que dans l'ensemble de la vision de l'hôpital, c'est plus perçu comme pour être fait pour occuper. Moi je ne l'ai pas vécu, puisque auparavant j'étais à la MAS et là il n'y a pas de méconnaissance, il y a tous les corps de métiers et on est sous la coupelle de l'éducateur. A l'HAD ou c'est moi mais ce n'est pas le même travail, il y a une visée plus soignante sous couvert des infirmiers, il me semble qu'il est demandé à l'AMP autre chose. Cela fait partie de ses compétences d'observer, d'évaluer, d'accompagner, de stimuler, d'écouter. On travaille avec les infirmiers quand il y a besoin de mettre en place un projet comme mettre en place le repas, entretenir l'appartement. L'accompagnement est orienté au niveau social. On aide les personnes à rester chez elles malgré les difficultés qu'elle peut rencontrer. Ça peut être orienter vers l'assistant sociale. Mais l'infirmier fait aussi cela. L'AMP fait plus d'accompagnement, elle a plus de temps pour le faire, elle aide la personne chez elle pour le quotidien. L'infirmier a plus de missions notamment le suivi médical, la gestion des traitements. Nous on est sont plus détachées pour faire les accompagnements, on s'assure de la prise du traitement mais en aucun cas elles les préparent.

-*regret

Non, pour moi ces deux fonctions s'emboitent, si la personne est hospitalisée, c'est qu'elle a besoin de soins médicaux mais aussi d'un volet psychologique et social. L'AS a plus cette part médicale, c'est moi je ne connais pas bien le métier de l'AS et l'AMP est plus tournée vers le psychologique, les deux sont complémentaires, l'un sans l'autre cela ne peut pas fonctionner. Pour l'institution oui il y a une similitude entre AS et AMP, c'est la même chose pour eux, déjà on est sur la même grille, on n'est pas différencié institutionnellement parlant, même sur le bulletin de salaire notre fonction n'apparait pas réellement. Dans les services c'est pareil, un coup c'est un poste d'AMP, mais il peut être transformé en poste d'AS et inversement, on ne sait pas pourquoi, mais surement pas pour le besoin. On a l'impression que c'est plus pour mettre une personne, mais pas par rapport à sa fonction. Voilà ce que j'ai pu voir à l'hôpital. On s'en sert en fonction du besoin. On n'a pas de collège propre, on n'a rien pour se rencontrer. Je sais pas si on est inclus dans le collège AS, je ne pense pas. Il y a un collège éducateur, infirmier, AS mais pas AMP. Lorsque j'étais à la MAS j'avais demandé et essayé de voir comment s'organiser pour se rencontrer pour parler de nos propres expériences, on m'a dit que c'était compliqué, qu'il fallait créer un collège, faire des courriers, des demandes. Cela paraissait compliqué alors je ne suis pas allée plus loin.

-*reconnaissance

Oui, mais c'est aussi pour tous les métiers, c'est permettre d'utiliser les compétences de chacun à bon escient. Il y a du potentiel et on ne s'en sert pas complètement, je pense. C'est un nouveau métier, son contenu mélange le médical et l'éducatif, il est représentatif de l'être humain, il prend la personne dans sa globalité, de part cette formation-là. Ce qui permet de meilleurs résultats et une meilleure prise en charge. Les bénéfices sont pour la personne soignée. Ce métier reste encore méconnu. On a toujours fait la différence, l'hôpital égale soin. En psychiatrie c'est un peu différent car il y a le versant psychique. Ce métier est servi à toutes les sauces, en EHPAD par exemple à moment donné il y a eu des subventions pour former des AMP mais pour au final faire le boulot d'AS. Ce n'était qu'une question de subventions, o a pris les primes et voilà. Une ouverture, oui, ce métier réunit le soin, le psychique et le côté éducatif. A l'hôpital de jour enfant il y a un éducateur, des infirmiers avec des spécificités, ils mènent des ateliers. L'AMP aurait sa place. Dans les admissions, il y a un travail éducatif en amont à faire pour certains, une fois la crise passée, un travail de préparation à la sortie, mais aussi une présence pendant l'hospitalisation avec un support

d'activité mais pas occupationnel, plutôt sur des points où la personne aurait besoin d'être aidée, soutenue, écoutée, stimulée. Il me semble que les patients sont beaucoup livrés à eux-mêmes, cela permettrait de faire une transition du fait que l'infirmier ait peu de temps pour ça. On pourrait en restituer à l'infirmier et voir ensemble quel projet on peut mettre en place ou une aide partielle sur le moment en fonction des besoins. Par exemple pour un dépressif, prendre du temps, pour travailler sur la confiance en soi, l'estime de soi, à travers la coiffure, qu'il prenne plus soin de lui. L'AMP est très présente dans son rôle, elle est dans l'action. C'est pareil avec les éducateurs, comme les infirmiers ils sont plus dans l'administratif, ce qui limite cette part de prise en charge. Ce n'est pas assez exploité. C'est pareil à la clinique ados, il y a des manques. Le rôle de l'AMP est moins encombré par l'administratif, l'organisation et sous couvert de l'infirmier, sa formation lui permettant l'élaboration de projet en fonction du besoin et ensuite de l'évaluer. On demande moins à l'AMP d'organiser, ce n'est pas dans notre rôle. Je pense que c'est un métier qui peut être auprès des enfants, des adolescents, Il y a une visée éducative en plus pour l'enfant, l'adolescent, il y a pas mal de chose à développer. Chez l'adulte on plus sur du maintien. Pour moi le métier d'AMP, j'y reviens toujours dessus, c'est à la croisée du médical et de l'éducatif. C'est intéressant, on a eu des cours de médecine, de psychiatrie, cela permet de comprendre des choses, de l'éducatif, on sait monter un projet, le mettre en œuvre, l'évaluer. Je trouve qu'en psychiatrie c'est un métier qui est intéressant. Peut-être moins en soins généraux et encore, l'aspect psychologique compte beaucoup pour la guérison. Cela permet un soutien moral, on développe beaucoup ce côté psychique.

**** *prof_amp *sex_f *anc_8a14 *age_40a49
-*connaissance
L'AMP elle a des compétences larges, c'est une profession polyvalente, on est autant dans le quotidien du patient que sur l'extérieur. C'est-à-dire qu'on travaille autour de tout ce qui tourne autour de l'autonomie, mais on a aussi un rôle d'éveil qui s'articule autour d'activités, d'ateliers, d'animation mais ça peut être aussi à visée thérapeutique. Ensuite, On travaille avec l'extérieur, parce qu'on est formé pour tout ce qui est accompagnement, travail en partenariat, avec un réseau, les organismes sociaux. On ne le fait pas sur le terrain car on travaille avec l'éducateur et c'est surtout l'éducateur qui le gère, d'ailleurs il est plus formé pour le faire mais nous on peut être amené à le faire parfois. Ensuite on a un rôle d'animation mais pas d'animateur, pour moi il y a une différence entre animation et animateur. L'animation se fait au quotidien, il y a des temps forts comme la toilette, cela peut être une animation, dans la façon de le proposer, de l'argumenter, de se positionner, ça c'est de l'animation. Après on peut faire de l'animation en tant que telle autour d'activités, d'ateliers, cela peut être spontané, programmé, thérapeutique, occupationnel, toujours en lien avec le projet du patient et de l'unité pour que cela ait du sens et donc au travers de ces différentes prise en charge on travaille différents choses comme l'autonomie, différentes problématiques, on peut aussi amener la personne à s'intéresser à des choses auxquelles elle n'aurait pas pensée, à faire éveiller chez elle de la créativité, moi je fais beaucoup d'atelier d'expression. On travaille en équipe pluri professionnelle, en théorie on est sensé travaillé en binôme avec les éducateurs mais on est aussi formé pour travailler avec des infirmiers et des AS, donc en fait sur notre référentiel métier on est sous la coupelle de l'éducateur mais aussi de l'infirmier. On travaille aussi avec l'assistante sociale, les tuteurs, on peut participer aux entretiens avec le médecin, on fait aussi des entretiens informels avec les patients quand le patient vient nous interpeller, qu'il a besoin de parler de certaines choses, on est formé aussi à ça. Dans nos compétences, on est formaté à la notion de référent et de projet individualisé donc c'est pour ça que tout ce que l'on met en place autour d'activités devrait être en lien avec le projet individualisé du patient, on cette notion-là, c'est la base de notre formation. Après on est formaté en psychiatrie, c'est aussi une base de notre formation, dans le social de plus en plus,

tout ce qui est psycho, psychiatrie, on est assez bien formé pour prendre la personne dans sa globalité dans la prise en charge au quotidien. On est formé aussi à l'animation et donc aux activités, on n'a pas besoin de faire spécialement des formations complémentaires, on est à même de pouvoir mettre en place et animer des activités de tout type. Après c'est mieux d'avoir une formation spécifique pour appuyer amis en tant qu'AMP on est quand même dans la créativité, on va sans cesse se renouveler, réfléchir, c'est la propre de l'AMP. Un atelier ne doit pas perdurer, il doit évoluer en fonction du public accueilli. Oui mais elle ne reflète pas du tout les compétences de l'AMP, la cadre est d'accord avec ça, la fiche n'a pas été réactualisée, depuis la formation AMP a évoluée, Il y a une grosse méconnaissance sur la fonction de l'AMP, sur le terrain on est identifié aux AS. Rôle qui se confond, on a chacun notre spécificité mais ça ne se voit pas concrètement, c'est dommage parce qu'on en souffre, on est frustrée. Je pense que c'est voulu aussi cette méconnaissance Notre cadre qui est ergothérapeute met l'accent sur notre profession, elle souhaite mettre à profit nos compétences mais c'est très compliqué sur le terrain.

-*pratiques

Pas du tout, moi j'ai fait le deuil de beaucoup de choses, je ne peux pas s'épanouir pleinement dans ma fonction d'AMP. Moi je privilégie la relation à l'autre, j'anime quand même des activités mais beaucoup moins. On est beaucoup cantonné à un travail de secrétariat, à des choses comme ça qui ne reflètent pas du tout le travail de l'AMP. Moi je dirai que non. Oui il y a une différence, déjà on n'a pas le même référentiel métier, ni la même formation. L'AMP a un regard éducatif, social, la notion de nursing n'existe pas. La notion d'animation est différente entre les AMP et les AS. Par contre sur le terrain on est très complémentaire. Oui il y a une différence mais elle ne se voit pas toujours, parce que l'organisation est compliquée au niveau des unités de soin et il faut pallier aux impératifs qui nous dépassent. Déjà nous on est formé en psychiatrie, en droit social, à l'animation dans sa globalité, on a une formation basée sur des écrits car on est dans une dynamique de réflexion, on met du sens sur les actions, toujours en lien avec l'histoire de la personne, son projet de vie. L'abord d'une personne est différent entre une AS et une AMP. L'AS est plus dans le souci de technique. Pour moi prendre soin c'est plus vaste que l'hygiène, on travaille cette notion par exemple autour des ateliers. L'AS a le souci de vérifier que la toilette soit faite dans certaines normes. Moi ce n'est pas du tout cette dimension. C'est l'institution qui nous cantonne, pas les AMP. Quand on parle des AMP on a l'impression que c'est un animateur, pas du tout. Ce n'est pas parce qu'on est AMP qu'on excelle dans les activités manuelles. On est formé dans l'animation dans sa globalité, après c'est en fonction de chaque personne, de centre d'intérêt, de nos facultés mais non l'AMP ce n'est pas un animateur, c'est au-delà de ça.

-*regret

Assimilation oui, à tous les niveaux, par exemple on va en renfort dans d'autres unités comme la psychogériatrie pour remplacer une AS, alors que cela demande plus de technique. AS ou AMP on ne se pose pas la question, il n'y a pas de différence à ce niveau-là. Moi la question que je me pose est ce que c'est pour du soin technique car moi le soin technique je le survole. On devrait savoir de quoi on a besoin pour choisir un renfort. On n'aborde pas les choses de la même façon, on n'a pas les mêmes compétences. Je suis formée par rapport au corps, à faire des activités spécifiques, au projet individualisé, tout tourne autour de ça. C'est une frustration, pour moi c'est clair, je suis AMP et pas AS. Je trouve que l'AMP est beaucoup plus près du patient, déjà nous on n'est pas associé aux soins infirmiers, on est dans l'éducatif, il y a aussi la notion de plaisir, on va proposer des choses plus attrayantes, on a un but d'éveil sur des techniques, du dessin, des choses que le patient ne maitrisait pas, par exemple je propose un atelier détente, la relation est très différente. Qu'on nous assimile aux AS c'est une grosse frustration, pendant des années j'ai voulu montrer cette différence mais en fait ils en ont rien à faire, que cela ne les intéresse pas et que dans le fond ça arrange bien sur le terrain

qu'on soit assimilé aux AS. Il y a aussi des AS qui sont sur le versant AMP et inversement, en fait c'est faussé à la base, on se demande qui fait quoi, c'est compliqué. Moi je ne regrette pas d'avoir cette formation, j'y crois beaucoup, je m'épanouis comme je peux, je suis bien dans la relation à l'autre et c'est mon domaine, je suis contente de pas être dans le soin technique.
-*reconnaissance
Oui, cela ouvrirai d'autres portes, je trouverai normal et je ne suis pas la seule qu'on ait notre place en admission, chose qui ne se fait pas, on est cantonné à peu de structures. L'AMP à a base est sensée travailler en journée. On nous a mis en 3/8 par commodité. Moi personnellement je suis pour le travail en journée mais je trouve quand même important qu'il y ait aussi des AMP dans le quotidien aux différents moments de la journée comme le lever, les repas, le coucher, ceux sont des temps forts où il se joue énormément de choses que l'on peut travailler, les nuit par contre cela n'a aucun intérêt. Valoriser les AMP oui, on s'aperçoit que les cadres ne connaissent pas la fonction, la direction encore moins et évidemment comme il y a une méconnaissance, les collègues infirmiers ne savent pas travailler avec nous parce que ils ne maitrisent pas nos compétences puisque eux c'est plus le binôme avec l'AS et nous avec éducateur mais c'est pas toujours évident, les éducateurs ont un rôle bien spécifique et le partenariat n'est pas toujours évident, donc on a le « c » entre deux chaises , on fait comme on peut, on est obligé de jongler avec tout ça, c'est très compliqué de s'y retrouver et de faire sa place, très difficile. Nous ce qui nous sauve les AMP c'est qu'on est formé aux projets, c'est d'écrire ce qu'on fait, d'écrire des projets, car c'est quelque chose qui reste et qu'on peut défendre, moi c'est ce que je fais. Des fois je suis même supervisé par la psychologue, je travaille avec elle sur des ateliers spécifiques. C'est une différence supplémentaire que l'on peut avoir. Pourquoi je ne sais pas, les AMP ont baissées les bras, c'est difficile de faire sa place. On différencie le soin de l'éducatif alors qu'on ne devrait pas. La culture du soin domine, c'est difficile pour les soignants d'intégrer l'éducatif. Il faut beaucoup d'énergie pour argumenter ce que l'on met en place alors que cela devrait être une évidence. Moi j'ai arrêté aujourd'hui d'argumenter, je reste dans mon rôle. Les compétences du coup sont peu mises en avant et l'institution ne s'en ai pas saisi. Le problème c'est qu'avec les AS nos rôles se confondent et c'est compliqué. Si le cadre n'est pas au clair avec ces compétences-là, on ne voit pas l'intérêt de mettre des AMP dans ces structures. Il y a un intérêt à travailler en admission même si c'est un lieu de crise, une fois la crise passée, on peut mettre en place un projet et c'est là qu'est notre place, en amenant les patients à intégrer des structures intermédiaires. L'éducatif prendrait sens sur le travail d'autonomisation qui ne me semble pas assez travaillé, par exemple faire son lit, prendre soin de soi, revenir vers le quotidien, préparer la sortie. En autre, il y a des choses à faire. L'HAD s'est ouvert, c'est intéressant, il n'y a pas encore d'AMP chez les ados. Là où il y a des éducateurs, il faudrait des AMP et inversement. L'hôpital de jour enfant aussi, on est formé sur l'autisme. On a une bonne formation en psychiatrie.

**** *prof_amp *sex_f *anc_8a14 *age_50a59
-*connaissance
Une AMP n'est pas dans le nursing, elle doit aider le patient un maximum, à la réinsertion elle fait des projets pour préparer le patient à sortir, ailleurs c'est améliorer les conditions de vie, faire des prise en charge axées sur le bien-être, faire des activités, des sorties. Ici on accompagne de l'entrée à la sortie, on prend en charge a personne dans sa globalité, c'est différent des unités de chroniques bien qu'ici les patients sont chroniques aussi. On est beaucoup dans la communication en faisant les activités, une prise en charge individuelle et il en ressort des choses. Par exemple lorsqu'on fait du dessin, de la poterie ou autre, on observe la personne. On travaille beaucoup avec l'éducatrice, on fait des visites à domicile, des prises en charge sur des appartements, dans les maisons de retraite. On est beaucoup en lien avec

l'extérieur, on travaille avec les associations, les tuteurs, les assistantes sociales, etc. L'unité où j'étais avant, je faisais vraiment le boulot d'AMP. Oui elle existe, ce n'est pas les mêmes sur les autres unités, on n'attend pas de toi les mêmes choses en fonction de l'unité. Je ne l'ai jamais vu ici, j'ai vu celle de l'infirmier. J'avais participé à l'élaboration de la fiche à l'unité où j'étais avant. Je ne l'utilise pas, ton travail tu le connais.

-*pratiques

Non dans la mesure où cela n'est pas possible. A l'école on apprend toute la théorie mais sur le terrain il y a un décalage entre ce que tu sais et ce que tu fais, notamment par manque de temps, de personnel, en lien avec la charge de travail. Là où j'étais avant il faudrait beaucoup travailler par exemple sur le schéma corporel, or cela n'est pas possible, on est 3 ou 4 tout soignant confondu pour 25 patients. Je fais beaucoup d'après-midi, donc j'ai plus de temps pour faire des activités, mettre des choses en place, cela demande du temps, de la disponibilité et tu ne peux pas laisser tes collègues se débrouiller seuls. C'est un travail d'équipe. Si tu veux t'occuper d'un patient en individuel, tu culpabilise de laisser seuls tes collègues alors que tu sais que le patient apprécie une prise en charge individuelle et que c'est bien pour lui. L'AS est plutôt dans le nursing, elle fait beaucoup à la place de, par exemple elle va beurrer les tartines des patients, leur couper la viande, alors qu'en les surveillant ils peuvent faire seuls et tu peux prévenir le risque de fausse route. L'AMP elle est dans l'autonomie du patient. Il y a une différence pour moi en pratique, moi je ne fais pas le même travail qu'elle. Par contre j'ai une collègue AMP qui sont plus sur le nursing, d'ailleurs elle dit qu'elle aurait pu faire AS. Ca va plus vite de faire à la place de. Alors que l'autonomisation passe par un accompagnement, c'est ce que l'on apprend à l'école. Non pas ici mais on le retrouve en maison de retraite. Ici il y a du travail d'AS et du travail d'AMP. On fait les 3/8, il y a différents temps comme la toilette, les repas, l'animation. Les patients savent très bien à qui ils ont à faire, à qui s'adresser, en fonction des compétences de chacun. Ils font bien la différence quand ils connaissent les personnes.

-*regret

Si tu postule sur un poste d'AS alors que tu es AMP et inversement on ne te le donnera pas. Dons ils savent faire la différence. Par contre lorsqu'il faut renforcer dans une autre unité, on ne fait pas la différence. Je suis allé en renfort sur des unités où il n'y a pas d'AMP. Et quand tu arrives et que tu dis que tu es AMP, on n'en veut pas mais on ne sait pas ce que c'est. On fait les nuits, quel intérêt par rapport à notre travail. Même si je ne suis pas contre, on est dans le roulement, les AS ne sont pas assez nombreux, donc on peut faire leur travail aussi. Non je n'ai pas de regret, je travaille bien avec les AS, on est complémentaire. Ce qui me gêne c'est quand on dit qu'on n'a pas besoin d'AMP en admission et qu'on t'y envoie en renfort pour remplacer une AS quand ils ont besoin. Je pense qu'on y aurait notre place.

-*reconnaissance

Oui tout à fait notamment l'aspect éducatif, les patients arrivent en admission, ils sont souvent détériorés, il y a toute une prise en charge au niveau de l'hygiène, il faut refaire toute l'éducation au niveau du quotidien, pour les démarches extérieures, par exemple prendre le bus. Je regrette beaucoup que notre fonction ne soit pas assez valorisée. 3 cadres ont soutenu notre fonction mais ils étaient là où il y avait des AMP. Je pense que les cadres sont comme les infirmiers par rapport à la vision des AMP. Une cadre à priori des admissions serait favorable à l'intégration des AMP dans les admissions. Mais pour l'instant ça fait bloc. Il y a une méconnaissance de la profession, on est toujours assimilé à l'activité, on est une animatrice, c'est pour cela qu'ils ont formé plus d'AS que d'AMP. Nous on devrait se battre, se mettre en avant. Quand j'ai débuté ça a été très dur même avec les AS, j'ai dû faire mes preuves, faire des projets, les sorties c'était les infirmiers qui les faisaient par exemple. Après ça c'est bien passé, le cadre a aussi beaucoup soutenu la fonction. La profession n'est pas connue des infirmiers, ils font blocage alors que l'AS ils connaissent, ils délèguent et savent

qu'ils peuvent déléguer. Ils pensent que l'AMP c'est que les activités, ils ne savent pas qu'ils peuvent déléguer à une AMP. C'est le même problème avec l'éducateur, ils ne savent pas travailler avec. La profession devrait être expliquée, valorisée auprès des infirmiers. Nous aussi on ne se bat pas beaucoup, on n'est pas nombreux. Les admissions, je suis sure que l'on a notre place et pas forcément en plus en journée, on peut être dans le roulement, la nuit cela n'a aucun intérêt. En hôpital de jour aussi, en CMP je ne sais pas ce qui s'y fait, plutôt en CATTP, à l'ergothérapie, des lieux où il y a des activités et surtout là où on peut faire un suivi, il faut que cela soit structuré. Même si en intra c'est intéressant d'être dans le roulement pour les temps forts du quotidien, il faut aussi pouvoir sortir. Pour les enfants moi je n'irai pas mais on y aurait notre place, on peut travailler avec les éducateurs.

**** *prof_cs *sex_f *anc_15et+ *age_50a59
-*connaissance
L'AMP se situe dans les dimensions éducatives, des auto-soins, des soins. Les AS sont aussi dans ces dimensions. Mais l'AMP, elle a une approche spécifique de par sa formation. Elle possède des connaissances en psychopathologie. Certaines auraient parfois tendance à dépasser leur rôle en établissant un diagnostic. Elles ont des supports d'activité que non pas les AS, lorsque l'AS fait des activités c'est plus en autodidacte. Les AMP font des activités de groupe, en individuel. Elles ont un autre regard, une autre observation sur les patients et elles arrivent à leur faire faire des choses, elles travaillent sur l'ancrage à la réalité, la construction de repères, en se servant des activités quotidiennes. En psychiatrie, il leur manque toutefois des éléments théoriques. Elles participent aux réunions cliniques et travaillent en pluridisciplinarité. Elles font aussi fonction d'AS : toilette, repas. Mais l'AS est plus en direct avec l'IDE, elle travaille en collaboration surtout au niveau des soins. L'AMP ne participe pas aux soins. L'AMP a le sens aussi d'occuper le patient. La fiche de poste de l'unité est la fiche ROME donnée par la DRH, je n'ai pas fait de fiche de poste spécifique car la fiche ROME couvre l'intégralité de leur fonction. Le but est de conserver les habiletés sociales et les gestes du quotidien. Les AMP relèvent de la filière éducative, leur formation leur donne des outils pour faire une évaluation au niveau psychologique et éducatif mais pas psychiatrique. Il y a une différence entre les AS et les AMP, ici les AMP sont trois et cela est suffisant. Elles sont bien identifiées par le reste de l'équipe, leur rôle est respecté.
-*pratiques
Les AMP et les AS de l'unité sont au clair au niveau de leur rôle respectif, elles travaillent ensembles et elles assurent la continuité de la prise en charge. L'AMP est dans l'accompagnement thérapeutique et social. Je pense que c'est bien qu'il y ait des AMP à l'HAD, car il y a un aspect éducatif. Au sein de l'unité, il y a un programme d'activités pour les patients : il y a les activités sur les structures extérieures et nous sommes en relation avec elles et es activités au sein même de l'unité de soin. Pour les patients, les activités de l'unité sont proposées et c'est sur la base du volontariat, on respecte le temps, le rythme du patient. Les activités du service sont inscrites dans l'organisation du service et dans le projet de soins. Les activités sont gérées par les AMP, parfois quelques AS participent. Elles visent le bien être du patient alors que les activités menées par les IDE ont une visée thérapeutique. Les AMP participent aux séjours thérapeutiques, aux sorties, elles peuvent même accompagner seule le patient à l'extérieur.
-*regret
Oui de par leur statut et pour des raisons d'organisation. Je pense qu'il est important de bien les différencier
-*reconnaissance
Il y a un intérêt à les affecter dans d'autres services, voire augmenter leur nombre sur certains lieux où elles sont affectées déjà. Je ne sais pas. Cela a été difficile d'intégrer les AS dans les

admissions au départ. De plus, l'organisation médicale a un impact sur l'organisation des soins et la gestion des hospitalisations. Il manque une structure ouverte. Les patients chroniques demanderaient un niveau de prise en charge autre. Il faudrait faire des groupes de patients plus homogènes afin d'adapter les prises en charges, notamment pour les patients chroniques. Je pense qu'elles pourraient apporter dans d'autres unités de soin comme en admission par exemple. De par leur activité, l'intérêt serait de mieux aider le patient à mieux vivre son hospitalisation. Pour moi, les AMP ont leur place dans toutes les unités sauf en CMP où alors qu'elles ne soient pas seules et rattachées sur le CATTP. Le travail en CMP est surtout IDE, il s'agit d'éviter une hospitalisation, de faire un suivi médical. Par contre, les AMP pourraient être intégrées sur les CATTP rattachés aux CMP. En pédopsychiatrie aussi, cela serait intéressant. Il manque de la formation continue qui permettrait une réactualisation des connaissances en psychiatrie. Aujourd'hui il y a une baisse de la réflexion sur les pratiques de la part de l'ensemble du personnel. C'est important de travailler sur le sens. Le psychiatre vient 2h par semaine, ce qui est court. Ce temps est divisé entre un temps clinique et ou de synthèse et le suivi médical. Pour moi la répartition des taches est un repère, cela permet d'identifier qui fait quoi et de situer le rôle et la fonction de chacun. Le rôle du cadre est très important à ce niveau-là. C'est plus difficile sur des unités où il n'y a qu'un professionnel de la catégorie éducative par exemple à la Réinsertion où il n'y a qu'une éducatrice. Il est difficile pour les autres d'accepter qu'il y a des roulements différents. Cela dépend des unités de soins et du niveau de dépendance du patient. Le rôle des AMP ne se cantonne pas à des activités sur la journée. Pour moi l'organisation du travail dépend des patients.

**** *prof_cs *sex_f *anc_0a7 *age_30a39
-*connaissance
Les AMP accompagnent, elles ont un rôle éducatif, elles sont dans le maintien des acquis, le développement de l'autonomie et du savoir-faire des personnes. C'est du personnel médicosocial. Leur rôle est d'accompagner au quotidien les personnes, permettre de satisfaire leurs besoins par l'animation, les activités et conserver leurs acquis. Oui mais je ne la connais pas, comme moi je n'en ai pas actuellement. Je vais regarder. Oui elle existe, d'ailleurs c'est quasiment la même chose que celle des AS. Il n'y a pas d'AMP sur l'unité alors qu'il y en a déjà eu car la cadre qui m'a précédé avait fait fais le choix de ne plus en prendre et de privilégier les AS au regard du service. C'est des choix personnel. Moi je suis pour notamment l'après-midi pour l'animation et les soins relationnels, je rouvre le service aux AMP, elles ont des compétences particulières.
-*pratiques
Oui, dans les services où je suis passée, elles faisaient les soins de confort, lorsqu'elles avaient le temps elles faisaient des activités d'animation et assurait leur rôle relationnel avec le patient. Elles font partie intégrante de l'équipe soignante et travaillent en collaboration avec tous les membres de l'équipe. Leur rôle est un peu confondu avec celui des AS dans ce que j'ai pu voir, notamment au niveau des soins d'hygiène et de confort. Ici sur l'hôpital, il est difficile de différencier les AS des AMP et cela dans les deux sens. Les AS sont axées sur les soins d'hygiène et de confort, elles maitrisent ces soins-là, elles sont plus sur le versant technique, elles collaborent au rôle propre infirmier. Alors que l'AMP le voit moins en détail sur le plan soins techniques mais elle développe les activités, la relation et elle a un rôle éducatif même si l'AS a aussi ce rôle-là mais c'est plus développé chez l'AMP, c'est leur formation. Après dans la pratique, non, c'est propre à chacun, certaines AS sont plus sensibles à l'éducation et certaines AMP se tournent plus vers les soins. Parfois si je ne savais pas qui est qui je me tromperai. Non elles ne se cantonnent pas à ça, déjà elles font partie de l'équipe, elles ont le même roulement et elles sont obligées d'assurer les autres taches. Pour

l'organisation de l'hôpital il n'y a pas de différence entre une AS et une AMP. Dans certains services il peut y avoir un coup que des AMP le matin avec les infirmiers, du coup elles font toutes les taches.
-*regret
Elles ont un parcours différent, elles développent leurs compétences. Ça permet de développer leur compétences du coté AS ou AMP. Par exemple il y a une AMP qui a fait ensuite une VAE pour devenir AS. Moi je ne regrette pas cette assimilation, je trouve que c'est bien. Il y a similitude dans le planning, le roulement, les taches sont peu différenciées d'ailleurs la fiche de poste AMP et celle de l'AS sont assez semblable au niveau du contenu, il n'y a que le titre qui change.
-*reconnaissance
Pour celles qui le souhaitent oui, cela permet de mettre en avant leur spécificité, d'activité, d'animation (une semaine par mois ou développer une activité précise par exemple). On pourrait par exemple leur mettre un roulement un peu différent pour mettre ça en place et cela permettrait plus de reconnaissance mais elles ne le souhaitent pas toutes. Il y a des AMP qui préfèrent se cantonner au rôle AS, cela arrangent certaines d'être mélangées aux AS. D'autres préfèreraient développer leur spécificité. Déjà il y a toute l'histoire de la psychiatrie, ça a été difficile au départ d'intégrer des AS, au départ on les a mises sur des services de chroniques puis on a étendu aux admissions, c'est très récent ici. Petit à petit les AMP sont arrivées. On pourrait étendre le rôle de l'AMP en admission. Le rôle de l'AMP n'a pas encore été bien défini et bien posé. L'AS dans les admissions joue le rôle relationnel et d'animation et ce qui fait partie intégrante des compétences AMP. Les patients sont en général autonome avec d'important troubles psychiques, elles sont formées en psychiatrie, je pense qu'on y viendra. Après au niveau extra hospitalier, en CMP l'IDE fait un travail spécifique auquel elles n'ont pas accès. Au centre de post cure, elles auraient leur place, il y a beaucoup d'accompagnement, d'éducation. Le pôle enfant, je ne sais pas, je ne connais pas.

**** *prof_cs *sex_f *anc_0a7 *age_30a39
-*connaissance
La profession d'AMP, c'est une profession qui a un abord global du patient, par sa double approche éducative et soignante. Elle travaille sous la responsabilité d'un infirmier ou d'un éducateur. L'AMP aborde la relation au patient à travers l'activité. Ça peut être des activités du quotidien mais aussi des ateliers médiatisés pour accompagner le patient. Elle a un rôle à jouer dans la réflexion du projet individualisé du patient même si elle ne le formalise pas, elle apporte des éléments d'observation sur les capacités du patient, des éléments sur la relation et donc en ce sens de construire un projet individualisé pour lui et de le suivre. C'est une profession que je vois plus développée que ça car elle est capable de développer ses propres objectifs de prise en charge au regard de ses compétences. Elle compétence à établir une relation, d'élaborer un projet, elle est force de proposition car elle sait observer. Il y a aussi un abord éducatif, elle fait le lien avec l'extérieur. Elle a des compétences au niveau de l'évaluation des capacités du patient, cela fait partie de sa formation. En tout cas, elle est en capacité d'aider à une évaluation formalisée du niveau d'autonomie du patient. Je ne sais pas pour l'ensemble de l'établissement, ici dans le service il y en a une qui a été créée en 2000 mais qui ne correspond plus aujourd'hui à l'évolution du métier et à ce que l'on fait aujourd'hui dans le service, elle est à refaire, c'est en projet avec les AMP. Elle y est mais elle est désuète. Cette fiche est trop globale, il n'y a jamais eu vraiment d'incitation à développer le travail de l'AMP. C'est plutôt une assimilation à l'AS par l'institution. Le projet de service doit être refait. Elles ne font pas le travail qu'elles devraient faire, on n'a pas les conditions favorables. Sur le service, il y a une histoire de nombre, au départ elles étaient peu nombreuses puis plus présentes, ensuite le nombre de poste a de nouveau diminué maintenant

elles sont trois d'où la difficulté de développer leur activité. L'enjeu est de clarifier le projet de service afin de mieux faire correspondre leurs pratiques professionnelles.
-*pratiques
Non, et en plus il y a problème avec les anciennes formées qui sont plus résignées à ne pas développer leur métier, certaines quand même sont plus au courant, vont plus chercher le détail. L'AMP est capable de médiatiser la relation et elle peut œuvrer dans une temporalité adapté au patient, qui devrait en tout cas, elle est plus dans la capacité d'observer, de stimuler. L'AS est plus dans un enchainement d'activités, de nursing, la notion de temps est différente. L'AMP est plus dans l'observation et l'accompagnement. On essaie en pratique que leur travail soit différent. Il y a eu des réunions par corps professionnels, celle des AMP a été faite en même temps que les éducatrices afin de mieux cibler leurs activités de travail, et de voir comment utiliser au mieux leurs compétences. Cela a permis de reposer des choses, par exemple favoriser un projet d'atelier en les montrant au médecin, en leur demandant d'écrire le projet, ça peut être un rappel auprès de l'éducateur que l'AMP sait faire, c'est un soutien de ma part de ce que peut faire l'AMP. Non, elle est plus cantonnée dans un rôle d'AS. Il n'y a la cafétéria le rôle de l'AMP est uniquement ciblé que sur l'animation. Sinon non sur les unités. En psychogériatrie, ça n'a pas été possible de maintenir les AMP, l'équipe leur a mis les bâtons dans les roues. C'est long de faire comprendre à une équipe que les ateliers ce n'est pas que de l'animation. L'institution n'a pas cette reconnaissance de dire qu'un AMP ce n'est pas un animateur mais c'est quelqu'un qui peut mettre en place des activités pour le patient, ce n'est pas soutenu.
-*regret
Comme je l'ai déjà dit, il y a déjà une assimilation à l'AS par l'institution de par la fiche de poste. Là où c'est dur c'est quand ça vient des AS, il y a quelque chose à voir du côté des AS, par exemple j'ai fait une étude autour du repas et j'ai demandé à chacun quel était leur rôle et les AS m'ont répondu nous aussi on fait de l'éducatif. AS et AMP dans les équipes ce n'est pas évident, il y a quelque chose à travailler.
-*reconnaissance
Oui, pour mon unité je souhaite ouvrir un poste en journée pour l'accompagnement, le lien avec les équipes qui roulent, permettre une régularité, l'AMP est un professionnel intéressant. J'ai des connaissances parmi ces professionnels à l'extérieur qui me dise AMP et AS a priori égale la même chose, même si je suis convaincu de cette différence se pose la question de l'assimilation des deux et d'en faire qu'une seule profession. La VAE permet des passerelles entre ces deux professions. Faut-il valoriser, rallonger la formation ou continuer à différencier ces deux professions, cela me questionne vraiment. On pourrait ouvrir au niveau des admissions pour les raisons que j'ai déjà évoquées. Sur d'autres unités, à l'ergothérapie je l'y verrai bien.

**** *prof_cs *sex_h *anc_8a14 *age_50a59
-*connaissance de la profession
Je le défini très mal, pour faire la différence avec l'AS qui s'occupe surtout du corps et l'AMP le mobilise, elle l'entretien, elle a une visée éducative, elle fait des activités, alors que l'AS est dans le soin. L'AMP guidera le patient. Moi je le vois comme ça. Parfois il y a une perversion des taches, AS et AMP ont leur rôle qui se chevauche parfois. Pour moi c'est flou, je connais bien l'AS, elle collabore au rôle propre infirmier, l'AMP j'ai très peu travaillé avec. Tout part de la prise en charge du patient, c'est à partir de là que je peux choisir AS ou AMP. Enfin, normalement. Tout est lié au projet de soin et au projet de l'unité. J'en suis pas sûr, je ne crois pas, d'ailleurs se pose la question des rôles partagés, qui fait quoi, comment, pourquoi ? Je voudrais justement travailler sur la fiche de poste, on commence à voir ensemble le projet de soin à l'HAD. Un accompagnement en ville est ce du soin ? Pour moi, l'AMP c'est du côté de

la réinsertion, de l'éducation, mais cela peut être aussi fait par l'AS et l'IDE. C'est la représentation que l'on a de la prise en charge du patient, du projet de soin, est ce que l'on est dans le curatif ou dans l'éducatif ? Les deux.

-*pratiques

Faut-il connaitre les compétences des AMP, je ne m'y suis pas penché dessus, ce n'est pas ma priorité aujourd'hui. Il y a un an que j'ai changé d'affectation, on m'a rajouté les urgences psychiatriques et l'HAD. Au CATTP il y a un AMP, il a beaucoup apporté, la mission du CATTP c'est la réinsertion, la réadaptation, la conservation des acquis, on est plus dans le soin mais dans l'accompagnement, pour moi sa place là est plus évidente. La place de chacun ne peut être claire que s'il y a un projet médical, de là découle le projet de l'unité et le projet de soin du patient. Pour l'instant j'en suis à l'état des lieux, chacun doit rester dans son domaine de compétence. L'AS elle plutôt dans le curatif, le corporel au niveau de l'entretien de la personne, elle est dans la prolongation des compétences de l'IDE. Par exemple, elle peut prendre la tension. L'AMP est dans l'éducatif, elle est rattachée au côté éducatif de l'éducateur mais aussi de l'infirmier, elle se situe au niveau éducatif, accompagnement. Il y a ici des confusions entre les AS et les AMP car elles font la même chose comme la toilette par exemple. On n'a pas défini en amont la prise en charge du patient, on a d'abord mis des catégories de métier sans réfléchir en amont. Est-ce que ça a été même pensé au niveau médical ? Cela se voit à la Réinsertion, d'ailleurs on revoit le projet. Exemple au CATTP il n'y avait que des IDE, puis on a mis un AMP et un ergothérapeute.Ca n'a pas déclassifier le CATTP au contraire loin de là. Par contre le projet n'est pas bien posé. L'AMP est arrivée avec une vision différente et cela a boosté. Pour moi, elles ne sont pas dans l'animation, c'est quoi l'animation ? L'AMP du CATTP propose des animations mais qui sont traduites en accompagnement dans un versant éducatif. Les AS sont dans le faire à la place de, les AMP dans le faire avec, ce n'est pas évident de trouver son rôle, certaines ont du mal à se positionner.

-*regret

Oui, on a mis l'AMP dans le roulement, alors que l'éducateur n'y est pas, elle fait l'AS le matin par exemple, c'est là où est la confusion. Elle devrait être en journée pour faire de l'animation, etc. Et des AS à 6H. Alors par mesure économique, il y a une confusion des genres. Donc pour l'AMP confusion, je suis AS jusqu'à 9H, puis je passe AMP après. En sachant qu'en psychogériatrie il y a besoin d'une AMP, elle fait le travail d'une AS car elle fait partie de l'équipe et qu'elle n'est pas en plus. A l'HAD il y a aussi des soins physiques, donc c'est à voir, à clarifier, est ce qu'il faut que des AMP, faut-il des AS, d'ailleurs à l'HAD j'ai une AMP qui est aussi AS ? La fiche de poste AS ou AMP à l'HAD pour elle je ne sais pas ? Il y a un aspect économique les AMP coutent moins cher qu'un infirmier, c'est un tout.
Au CATTP un infirmier suffirait. J'ai eu 2 AMP, c'est bien, ils font des activités, de l'animation, il faut s'interroger sur le pourquoi, le sens, car ce n'est pas que de l'occupationnel. Quand je suis d'astreinte je ne regrette pas cette assimilation, je suis dans la gestion des effectifs, là pour moi un AMP égale un AS, ça m'arrange. Ce que je regrette surtout c'est que les projets soient mal définis, si c'est bien défini on peut adapter les ressources.

-*reconnaissance

Ca dépend de ce que l'on veut, du trajet du patient. Cela doit être intégrer à a prise en charge du patient, c'est la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences. Si on se rend compte des besoins du patient alors on le fait, moi je ne suis pas contre. La conception de fond devrait orienter le choix des ressources mais il y a aussi la réalité économique, organisationnelle dont il faut aussi tenir compte. Pour moi on peut limiter ces problèmes si on définit bien les missions des unités de soin.

Pourquoi, non, surement au départ on les a mis là où il y avait des AS. Après les AS ont les étendu aux admissions. Pour moi les AMP n'ont pas leur place en admission car c'est du court séjour et il y a beaucoup de travail sur le corps et l'esprit, c'est le rôle des AS. On peut toujours en mettre mais le rôle qu'elles auraient là c'est plutôt les AS et les infirmiers. En admission, non, elle doit jouer son rôle, c'est le traitement de la crise, le but est de réduire la durée de séjour, ce n'est pas un but de réinsertion. Il y a d'autres unités après où on devrait orienter le patient pour de la réinsertion. En admission on a besoin de soignant. Sur les CATTP oui, mais la difficulté des autres CATTP c'est qu'ils sont rattachés aux CMP et qu'ils ne fonctionnent pas à temps complet, c'est par exemple une journée par semaine, c'est difficile de mettre un AMP dans ces conditions, là c'est purement une question de gestion du personnel qui empêche cela. Sur des hôpitaux de jour extra hospitalier, elles auraient leur place.

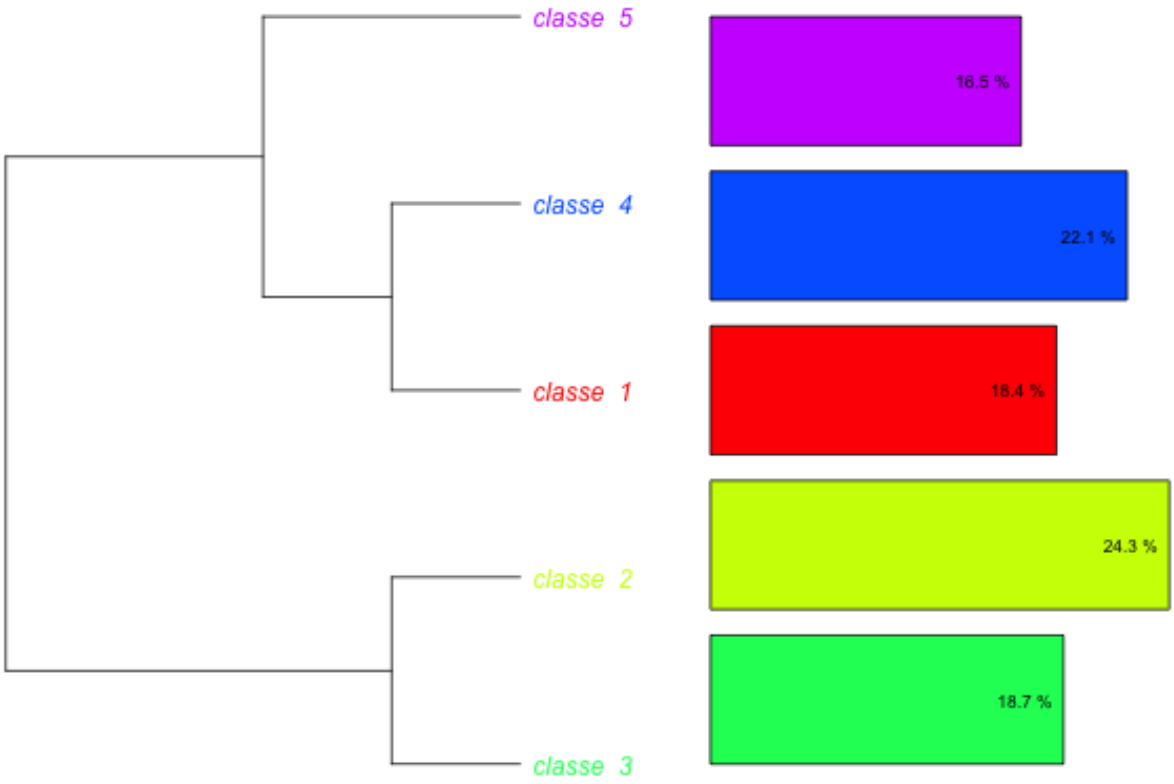
**** *prof_cs *sex_h *anc_8a14 *age_50a59
-*connaissance
AMP veut dire aide médico psychologique, il a un aspect médical et psychologique. De par sa formation elle a des connaissances plus développées en psychiatrie, en médecine, en psychologie et elle sait faire des synthèses par rapport à l'AS. Pour moi elle est un peu au-dessus de l'AS et en dessous de l'infirmier. Elle a aussi une fonction d'AS par le nursing, mais là où je l'attends davantage c'est dans la mise en œuvre d'activité éducative, de développement des habiletés sociales, mettre en œuvre des grilles de mesure, d'évaluation, de participer activement au projet individualisé du patient. Ce n'est pas interdit aux AS mais les deux AMP du service se tournent vers ces compétences-là, autour de l'axe occupationnel, éducatif en lien avec le projet de soin. La fiche de poste du service n'est pas assez explorée sur les ressources des AMP, elle est très proche de celle des AS, cela mérite d'être réactualisé, d'ailleurs c'est mon projet de mettre les compétences propres des AMP. Aujourd'hui ce n'est pas la référence. La référence c'est ce qui se passe dans le service malheureusement, c'est le roulement, on remplace aisément l'AS par l'AMP. A mon avis, il faut revoir l'organisation mais mettre une AMP en journée mais cela touche à l'économie, il faut pouvoir le faire. L'AMP intervient dans les projets, elle travaille avec l'éducateur qui lui est en journée, cela favorise la prise de responsabilité, je favorise dans mon management les projets pour tous les agents.
-*pratiques
Pour une partie oui mais le cadre dans lequel ils sont assigné ne leur permet pas : cela veut dire qu'il faut qu'ils déploient de l'énergie en plus pour mettre en œuvre leur pratique par rapport à leurs collègues AS. Non, au niveau des activités, s'ils avaient plus de temps cela serait plus important. Le plus pour moi c'est qu'ils puissent monter des grilles d'évaluation, des projets. Mon problème c'est que les infirmiers n'arrivent pas à le faire. L'AMP est ressource mais je n'arrive pas à l'exploiter pleinement. L'AS est dans le nursing, c'est le bras droit de l'infirmier, l'AMP est plus dans l'accompagnement, les projets. La différence c'est que l'AMP a une formation qui leur donne des bases de réflexion, plus construite, plus rigoureuse par rapport à l'évaluation. A partir de là pour moi elle a une expertise plus prononcée sur le montage des projets, en fonction des pathologies, monter des outils d'évaluation, participation à des synthèses, leur formation en psychiatrie n'y est pas pour rien. Pas pleinement, ils peuvent très bien s'arrêter à la fonction AS, pour moi ils peuvent aller plus loin. On ne favorise pas leur compétence à ce là, même si j'essaye bien sûr. Non, on ne peut pas les cantonner à l'animation, elles ont des ressources plus grandes comme je l'ai déjà dit : projets, réflexion…Il y a une différence entre une animation et ce qui peut en être exploité dans l'animation, c'est une évaluation, ce n'est pas que de l'occupationnel. L'animation même occupationnelle c'est positif en soi car cela développe les patients. Ce qui

est intéressant c'est d'aller plus loin que l'occupationnel, c'est ce qu'on en fait et comment on l'exploite et ce que pourra en faire le médecin. L'animation va permettre de révéler des choses qu'on ne retrouvera pas dans le quotidien, par exemple une sortie au restaurant, le patient ne se conduit pas du tout de la même façon, il nous surprend.
-*regret
Même si on sait quelque part que non, de fait il y a une assimilation. Ce qui compte c'est le roulement, un chiffre sur un poste. Elles ne sont pas reconnues à leur juste valeur, par rapport aux capacités qu'elles peuvent déployer. Tout ça touche la question du soin çà interroge la prise en charge du patient. C'est le gravillon dans les rouages. Pour l'institution c'est réfléchir à une prise en charge optimum alors qu'elle se réfère aux moyens, au système économique. Même si on sait qu'elles ont une valeur ajoutée, on n'a pas trop réfléchir à ce que l'on pourrait leur proposer, de s'épanouir dans leur formation. D'ailleurs j'ai une AMP qui voudrait devenir infirmière alors que si elle se plaisait dans son métier elle choisirait éducatrice. En synthèse la reconnaissance passe par le questionnement du soin et des moyens alloués.
-*reconnaissance
Pleinement surtout pour les populations chroniques mais ça n'interdit pas les admissions. La problématique des patients chroniques c'est le rythme dans le temps. Plus on peut faire d'activités, plus le soin s'enrichirai et sur le long terme une fonction d'AMP pourrait se projeter, échanger, valoriser ces activités et cela pourrait être un complément très fort de l'équipe soignante. Mais ici c'est ritualisé, les infirmiers auraient du mal à comprendre que les AMP aient un « régime spécial », qu'elles soient dégagées pour faire des activités dites plus valorisantes. D'ailleurs maintenant les IDE d service montent des projets d'atelier, d'activité. Pour l'instant c'est la notion de groupal qui domine au niveau des ateliers, mais le soin c'est déterminer pour chaque patient un objectif individuel, voire faire de l'individuel avec le patient. Cela interroge le projet de soin. Déjà il n'y a pas longtemps que les AS sont dans les admissions. Les infirmiers étaient réfractaires, la responsabilité était, diluée, maintenant qu'il y a les AS ça change au niveau de la responsabilité. Les AS ont tracées la voie, les AMP pourraient rentrer. Peut-être aussi que personne n'y a réfléchi, la vision de l'AMP c'est celle de l'AS. C'est une histoire de conception, de projets, de soin, de moyens. Est-ce que l'établissement, la direction des soins a la volonté de développer la compétence AMP, elle va dire oui pourquoi pas mais à moyen constant. Cela veut dire une réorganisation mais aussi comment travailler avec les médecins, car c'est bien le médecin qui sur le projet du service peut argumenter ce type de choix de personnel, mais d'ailleurs est ce que le médecin sait ce que peut faire une AMP. Le médecin s'implique moins qu'avant dans le fonctionnement du service mais il ne s'occupe pas de développer les ressources. Pour moi il faut, sortir les AMP du roulement ou avoir plus de monde et ça c'est difficile. Et cela ne concerne pas que les AMP. La question de l'organisation des soins, le soin en général devrait passer par le patient. L'établissement est sur une voie, l'économie. Cela interroge les effectifs minimums de fonctionnement. Un nouveau projet d'établissement devrait arriver et on est plus à l'heure actuelle à regarder là où on peut supprimer des postes. On pourrait ouvrir, oui mais pourquoi faire, de nouveau cela interroge la question du soin. Moi je suis favorable aux admissions voire en CMP/CATTP. En admission, l'infirmier qui est en journée gère tous les hospitalisations de jour, les autres infirmiers s'occupent des patients à temps complet. Pour moi elles ont leur place, elles pourraient apporter du contact, les patients sont beaucoup dans la salle commune à attendre. Elles pourraient travailler sur la revalorisation de soi, proposer des activités ludiques voire à leur niveau faire des groupes de paroles par thème par exemple, après ça leur appartient, cela part d'un désir, d'un projet. Pour moi les activités sont au bénéfice du patient.

Annexe 3

Dendrogramme / Profils des classes

DENDROGRAMME



PROFILS

V1	V2	V3	V4	V5	V6
***	nb classes	5	***		
**	classe	1	**		
****	49	267	18.35	****	
18	38	47.37	24.90	chose	6.053368e-07
9	13	69.23	23.61	atelier	1.180828e-06
9	13	69.23	23.61	toilette	1.180828e-06
5	5	100.00	22.67	proposer	1.924058e-06
6	7	85.71	21.77	repas	3.075269e-06
9	14	64.29	20.80	accompagner	5.087166e-06
15	32	46.88	19.74	prendre	8.871469e-06

4	4	100.00	18.07	individuel	2.133131e-05
22	64	34.38	14.42	patient	1.460237e-04
14	34	41.18	13.55	travailler	2.328169e-04
3	3	100.00	13.50	travers	2.387404e-04
10	21	47.62	13.03	temps	3.066534e-04
9	18	50.00	12.90	charger	3.282926e-04
6	11	54.55	10.03	diffÃ©rent	1.540272e-03
4	6	66.67	9.56	observer	1.986463e-03
3	4	75.00	8.70	animer	3.187894e-03
10	28	35.71	6.29	exemple	1.212213e-02
3	5	60.00	5.90	relation	1.515432e-02
3	5	60.00	5.90	baser	1.515432e-02
5	11	45.45	5.62	part	1.771527e-02
4	8	50.00	5.51	notion	1.887916e-02
2	3	66.67	4.73	propre	2.969830e-02
2	3	66.67	4.73	moment	2.969830e-02
2	3	66.67	4.73	revenir	2.969830e-02
2	3	66.67	4.73	partir	2.969830e-02
2	3	66.67	4.73	groupe	2.969830e-02
2	3	66.67	4.73	collaboration	2.969830e-02
6	16	37.50	4.16	quotidien	4.127756e-02
5	13	38.46	3.69	important	5.480486e-02
5	14	35.71	2.97	Ã©quipe	8.469889e-02
2	4	50.00	2.71	amener	9.944538e-02
2	4	50.00	2.71	dÃ©part	9.944538e-02
11	42	26.19	2.04	rÃ´le	1.528434e-01
3	8	37.50	2.02	autonomie	1.554464e-01
*****	*	*	*	*	*
4	6	66.67	9.56	diffÃ©rents	0.001986463

3	4	75.00	8.70	soi	0.003187894
32	126	25.40	7.90	la	0.004936592
17	54	31.48	7.79	sur	0.005261495
19	65	29.23	6.79	du	0.009188835
6	14	42.86	5.92	autre	0.014960768
4	8	50.00	5.51	autour	0.018879160
2	3	66.67	4.73	ensuite	0.029698302
2	3	66.67	4.73	voire	0.029698302
2	3	66.67	4.73	ses	0.029698302
2	3	66.67	4.73	quel	0.029698302
2	3	66.67	4.73	2	0.029698302
4	9	44.44	4.23	lui	0.039671883
3	6	50.00	4.10	chez	0.042811658
24	102	23.53	2.95	on	0.085736566
22	92	23.91	2.90	un	0.088749822
7	22	31.82	2.90	comme	0.088497051
3	7	42.86	2.88	quelque	0.089639576
2	4	50.00	2.71	eux	0.099445382
2	4	50.00	2.71	chaque	0.099445382
27	119	22.69	2.69	des	0.100667535
23	99	23.23	2.50	faire	0.113782379
4	11	36.36	2.48	ou	0.115015368
5	15	33.33	2.38	trÃ¨s	0.122857700
37	178	20.79	2.11	de	0.146138225
*	*	*	*	*	*

**	classe	2	**		
****	65	267	24.34	****	
17	23	73.91	33.58	Ã©ducateur	6.856253e-09
19	30	63.33	27.89	infirmier	1.281035e-07
7	7	100.00	22.34	soignant	2.284556e-06
7	8	87.50	17.86	pareil	2.377705e-05
7	8	87.50	17.86	professionnel	2.377705e-05
9	12	75.00	17.51	cantonner	2.865529e-05
15	26	57.69	17.39	unitÃ©	3.040481e-05
9	13	69.23	14.95	voir	1.104722e-04
8	11	72.73	14.58	service	1.342262e-04
7	9	77.78	14.44	organisation	1.448311e-04
4	4	100.00	12.62	remplacer	3.816760e-04
4	4	100.00	12.62	confondre	3.816760e-04
3	3	100.00	9.43	roulement	2.135783e-03
4	5	80.00	8.57	had	3.418507e-03
4	5	80.00	8.57	responsabilitÃ©	3.418507e-03
4	5	80.00	8.57	psychogÃ©riatrie	3.418507e-03
7	12	58.33	7.88	journÃ©e	4.995708e-03
38	120	31.67	6.34	amp	1.177394e-02
4	6	66.67	5.97	base	1.455811e-02
3	4	75.00	5.66	compliquÃ©	1.738078e-02
3	4	75.00	5.66	renfort	1.738078e-02
7	14	50.00	5.28	Ã©quipe	2.157156e-02
5	9	55.56	4.93	partie	2.645333e-02
4	7	57.14	4.20	problÃ¨me	4.045931e-02
3	5	60.00	3.52	tache	6.073732e-02
2	3	66.67	2.95	cadre	8.584192e-02
2	3	66.67	2.95	coup	8.584192e-02

2	3	66.67	2.95	couvrir	8.584192e-02
2	3	66.67	2.95	utiliser	8.584192e-02
2	3	66.67	2.95	confort	8.584192e-02
8	20	40.00	2.88	travail	8.985614e-02
5	11	45.45	2.78	passer	9.569536e-02
*****	*	*	*	*	*
3	3	100.00	9.43	dommage	0.002135783
5	7	71.43	8.65	tous	0.003266169
4	5	80.00	8.57	mon	0.003418507
4	5	80.00	8.57	sous	0.003418507
12	28	42.86	5.82	oÃ¹	0.015840141
3	4	75.00	5.66	parce_que	0.017380782
16	43	37.21	4.61	avec	0.031866747
13	35	37.14	3.58	se	0.058400879
32	107	29.91	3.00	ne	0.083310919
2	3	66.67	2.95	nos	0.085841923
2	3	66.67	2.95	maintenant	0.085841923
2	3	66.67	2.95	celle	0.085841923
2	3	66.67	2.95	3	0.085841923
7	17	41.18	2.79	non	0.094686941
5	11	45.45	2.78	devoir	0.095695357
3	6	50.00	2.19	avant	0.138593713
6	15	40.00	2.11	autres	0.145871591
*	*	*	*	*	*
30	94	31.91	4.51	*prof_cs	0.03361481

**	classe	3	**		
****	50	267	18.73	****	
17	22	77.27	54.00	admission	2.009551e-13
13	18	72.22	36.29	place	1.698384e-09
8	8	100.00	35.79	plutÃ´t	2.194988e-09
6	6	100.00	26.64	hospitalisation	2.452912e-07
6	6	100.00	26.64	cmp	2.452912e-07
7	8	87.50	25.63	cattp	4.137271e-07
6	7	85.71	21.19	structure	4.149999e-06
4	4	100.00	17.62	lieu	2.691656e-05
4	4	100.00	17.62	rattacher	2.691656e-05
5	6	83.33	16.83	suivre	4.080986e-05
6	9	66.67	14.06	ouvrir	1.766467e-04
3	3	100.00	13.17	vae	2.847774e-04
3	3	100.00	13.17	petit	2.847774e-04
3	3	100.00	13.17	crise	2.847774e-04
5	7	71.43	13.12	apporter	2.924015e-04
6	11	54.55	9.67	seul	1.871790e-03
6	11	54.55	9.67	passer	1.871790e-03
4	6	66.67	9.27	rÃ©insertion	2.331211e-03
4	6	66.67	9.27	fois	2.331211e-03
3	4	75.00	8.45	retrouver	3.652074e-03
3	4	75.00	8.45	chronique	3.652074e-03
5	9	55.56	8.30	ide	3.963350e-03
7	15	46.67	8.15	accompagnement	4.302005e-03
4	7	57.14	6.97	intÃ©rÃªt	8.286799e-03
4	7	57.14	6.97	trouver	8.286799e-03
4	7	57.14	6.97	notamment	8.286799e-03
6	14	42.86	5.65	mÃ©dical	1.742980e-02

8	21	38.10	5.62	temps	1.777626e-02
2	3	66.67	4.58	intÃ©grer	3.231670e-02
2	3	66.67	4.58	aide	3.231670e-02
2	3	66.67	4.58	gestion	3.231670e-02
2	3	66.67	4.58	changer	3.231670e-02
2	3	66.67	4.58	Ã©ducation	3.231670e-02
2	3	66.67	4.58	prÃ©sence	3.231670e-02
2	3	66.67	4.58	complet	3.231670e-02
7	19	36.84	4.41	penser	3.571424e-02
4	9	44.44	4.05	rester	4.423451e-02
4	10	40.00	3.09	occupationnel	7.881388e-02
3	7	42.86	2.75	aider	9.724267e-02
2	4	50.00	2.61	Ã©couter	1.062247e-01
2	4	50.00	2.61	sembler	1.062247e-01
2	4	50.00	2.61	pleinement	1.062247e-01
2	4	50.00	2.61	mission	1.062247e-01
2	4	50.00	2.61	traitement	1.062247e-01
*****	*	*	*	*	*
7	11	63.64	15.20	encore	9.653351e-05
4	8	50.00	5.30	m	2.133008e-02
2	3	66.67	4.58	partout	3.231670e-02
7	19	36.84	4.41	beaucoup	3.571424e-02
5	12	41.67	4.34	notre	3.712976e-02
32	137	23.36	3.97	les	4.645521e-02
17	63	26.98	3.69	pouvoir	5.460338e-02
14	51	27.45	3.15	mais	7.579880e-02
29	126	23.02	2.88	la	8.945274e-02
8	26	30.77	2.74	elles	9.757399e-02
2	4	50.00	2.61	puis	1.062247e-01

4	11	36.36	2.34	alors	1.257006e-01
5	15	33.33	2.23	me	1.355354e-01
5	15	33.33	2.23	autres	1.355354e-01
*	*	*	*	*	*
30	92	32.61	17.77	-*reconnaissance	2.488707e-05
25	97	25.77	4.97	*age_50a59	2.578549e-02
25	104	24.04	3.16	*sex_h	7.554476e-02

**	classe	4	**		
****	59	267	22.1	****	
11	12	91.67	35.33	former	2.788822e-09
12	17	70.59	24.80	psychiatrie	6.360616e-07
14	23	60.87	21.98	aller	2.757292e-06
6	6	100.00	21.64	servir	3.291249e-06
15	28	53.57	18.00	animation	2.208505e-05
5	5	100.00	17.96	mÃ©decin	2.251800e-05
7	9	77.78	16.77	dÃ©velopper	4.209834e-05
10	16	62.50	16.14	permettre	5.885113e-05
4	4	100.00	14.32	individualiser	1.545318e-04
4	4	100.00	14.32	thÃ©rapeutique	1.545318e-04
5	6	83.33	13.37	volontÃ©	2.556362e-04
8	13	61.54	12.35	sentir	4.412634e-04
9	16	56.25	11.53	besoin	6.840041e-04
3	3	100.00	10.70	Ã©lÃ©ment	1.073410e-03
5	7	71.43	10.16	visÃ©e	1.433519e-03
5	7	71.43	10.16	venir	1.433519e-03
4	5	80.00	9.92	Ã©valuation	1.631438e-03
9	18	50.00	8.73	fonction	3.131291e-03
4	6	66.67	7.08	social	7.783042e-03
4	6	66.67	7.08	observation	7.783042e-03
3	4	75.00	6.60	animateur	1.018629e-02
3	4	75.00	6.60	gÃ©rer	1.018629e-02
3	4	75.00	6.60	repÃ¨re	1.018629e-02
4	7	57.14	5.13	participer	2.353337e-02
4	7	57.14	5.13	monter	2.353337e-02
5	10	50.00	4.70	occupationnel	3.018589e-02
7	16	43.75	4.64	formation	3.131914e-02

3	5	60.00	4.25	orienter	3.919681e-02
3	5	60.00	4.25	rÃ©flexion	3.919681e-02
3	5	60.00	4.25	choisir	3.919681e-02
3	5	60.00	4.25	globalitÃ©	3.919681e-02
16	49	32.65	3.88	activitÃ©	4.873492e-02
7	17	41.18	3.84	compÃ©tence	5.006687e-02
2	3	66.67	3.50	parler	6.132729e-02
2	3	66.67	3.50	faÃ§on	6.132729e-02
2	3	66.67	3.50	capacitÃ©	6.132729e-02
2	3	66.67	3.50	regarder	6.132729e-02
2	3	66.67	3.50	Ã©crire	6.132729e-02
2	3	66.67	3.50	exister	6.132729e-02
2	3	66.67	3.50	Ã©valuer	6.132729e-02
12	35	34.29	3.48	projet	6.226280e-02
3	6	50.00	2.78	lien	9.568698e-02
4	9	44.44	2.70	occuper	1.002237e-01
7	19	36.84	2.58	penser	1.079886e-01
12	38	31.58	2.31	chose	1.282297e-01
5	13	38.46	2.13	demander	1.448403e-01
*****	*	*	*	*	*
30	94	31.91	8.12	d	0.004371308
21	63	33.33	6.05	ce	0.013928974
8	18	44.44	5.60	nous	0.017967802
7	15	46.67	5.57	car	0.018238781
19	57	33.33	5.31	qui	0.021143972
4	7	57.14	5.13	quelquea	0.023533374
33	119	27.73	3.96	en	0.046644675
4	8	50.00	3.73	autour	0.053446183
2	3	66.67	3.50	leurs	0.061327291

3	6	50.00	2.78	mÃªmes	0.095686976
*	*	*	*	*	*
20	62	32.26	4.84	-*connaissance	0.02776074
38	143	26.57	3.58	*age_40a49	0.05835176

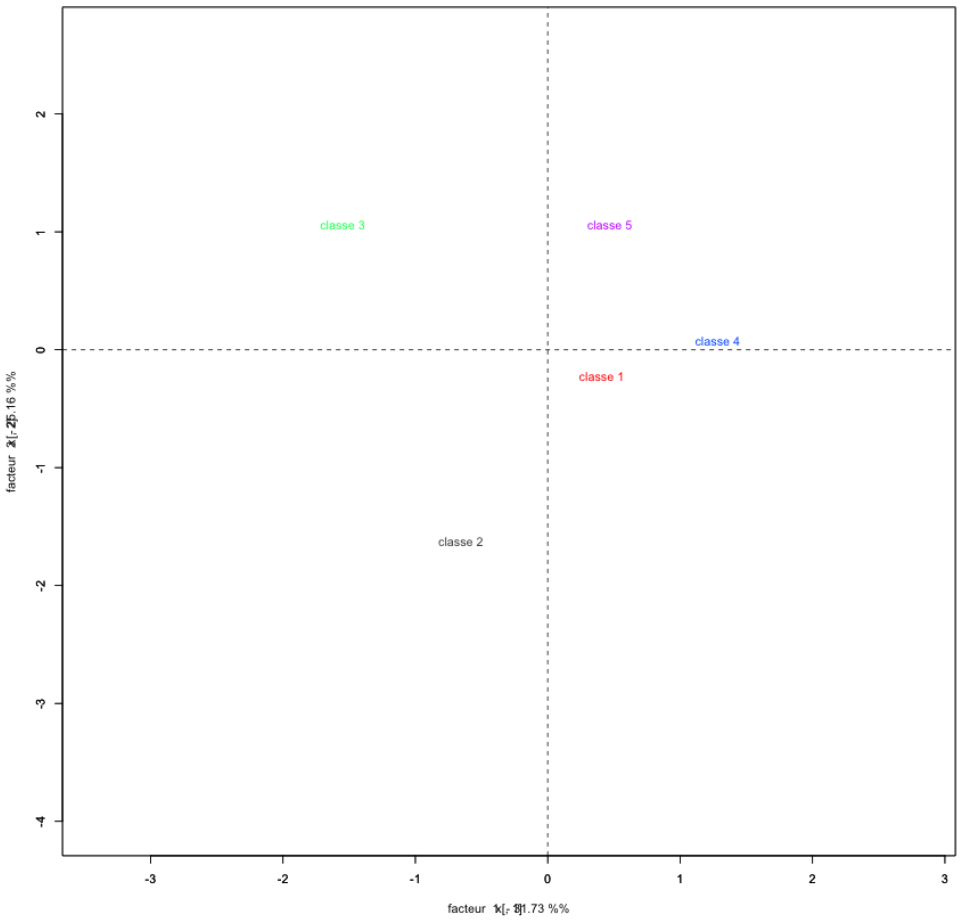
**	classe	5	**		
****	44	267	16.48	****	
7	7	100.00	36.43	connaissance	1.580515e-09
9	11	81.82	35.59	question	2.441188e-09
22	52	42.31	31.30	soin	2.211769e-08
10	17	58.82	23.65	diffÃ©rence	1.154138e-06
4	4	100.00	20.58	volet	5.715889e-06
4	4	100.00	20.58	statut	5.715889e-06
13	31	41.94	16.51	Ã©ducatif	4.833402e-05
5	7	71.43	15.77	aspect	7.153938e-05
4	5	80.00	14.94	psychologique	1.111396e-04
4	5	80.00	14.94	diffÃ©rencier	1.111396e-04
6	10	60.00	14.30	cÃ´tÃ©	1.561464e-04
5	8	62.50	12.69	poser	3.675624e-04
7	14	50.00	12.06	mÃ©dical	5.146927e-04
9	21	42.86	11.52	mÃ©tier	6.876970e-04
4	6	66.67	11.23	technique	8.037995e-04
4	6	66.67	11.23	pratique	8.037995e-04
4	7	57.14	8.64	hÃ´pital	3.295955e-03
3	5	60.00	7.01	psychique	8.097045e-03
5	11	45.45	7.00	part	8.159624e-03
2	3	66.67	5.55	regard	1.845538e-02
6	16	37.50	5.46	formation	1.941188e-02
4	9	44.44	5.29	rester	2.142207e-02
3	6	50.00	5.01	manquer	2.518908e-02
3	6	50.00	5.01	hygiÃ¨ne	2.518908e-02
9	32	28.12	3.58	prendre	5.839242e-02
2	4	50.00	3.32	situer	6.864378e-02
4	11	36.36	3.30	arriver	6.946179e-02

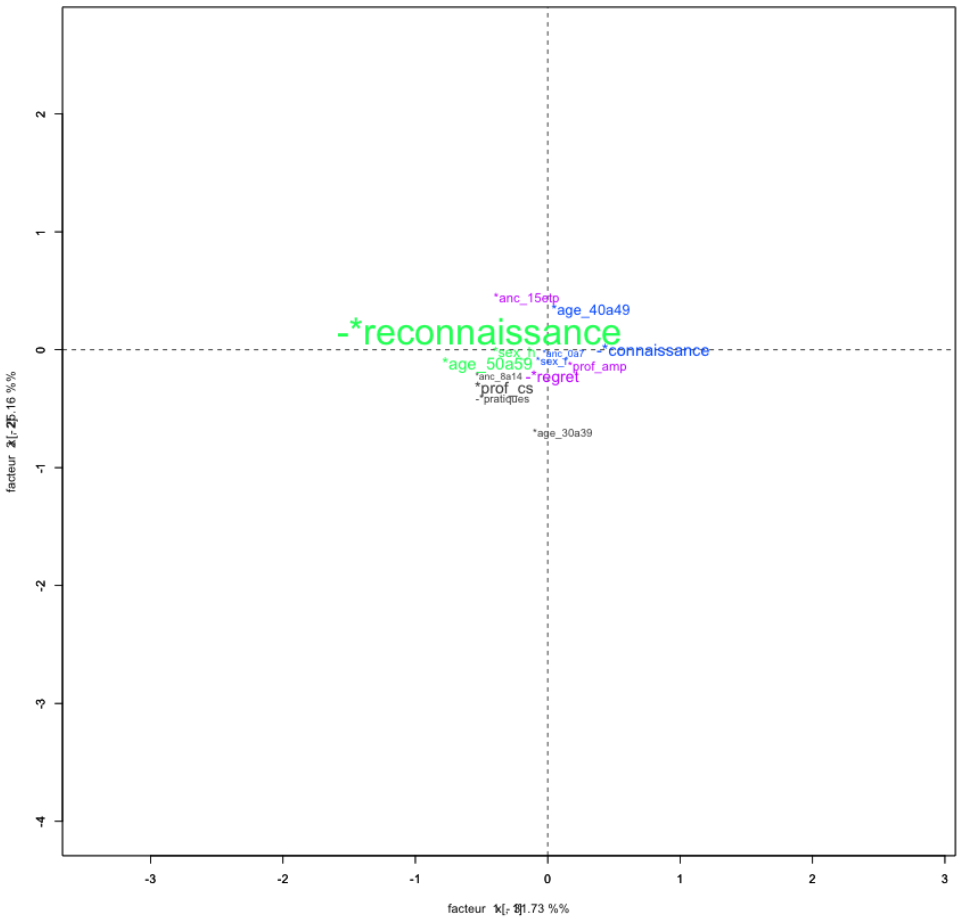
5	16	31.25	2.70	quotidien	1.004833e-01
3	8	37.50	2.65	autonomie	1.037047e-01
2	5	40.00	2.05	extÃ©rieur	1.524007e-01
2	5	40.00	2.05	grille	1.524007e-01
2	5	40.00	2.05	approcher	1.524007e-01
*****	*	*	*	*	*
3	5	60.00	7.01	souvent	0.008097045
6	15	40.00	6.39	si	0.011489553
5	12	41.67	5.79	son	0.016105272
34	167	20.36	4.88	l	0.027221010
24	107	22.43	4.59	et	0.032092606
4	10	40.00	4.18	cette	0.041005154
4	10	40.00	4.18	ces	0.041005154
3	7	42.86	3.63	vouloir	0.056613094
2	4	50.00	3.32	sans	0.068643785
4	12	33.33	2.59	deux	0.107329859
18	83	21.69	2.37	une	0.123461843
2	5	40.00	2.05	toute	0.152400727
6	22	27.27	2.03	oui	0.154292978
*	*	*	*	*	*
9	30	30.00	4.49	-*regret	0.03411539
15	62	24.19	3.49	-*connaissance	0.06169128
8	30	26.67	2.55	*anc_15etp	0.11040731
33	173	19.08	2.41	*prof_amp	0.12090402
28	143	19.58	2.15	*age_40a49	0.14244995

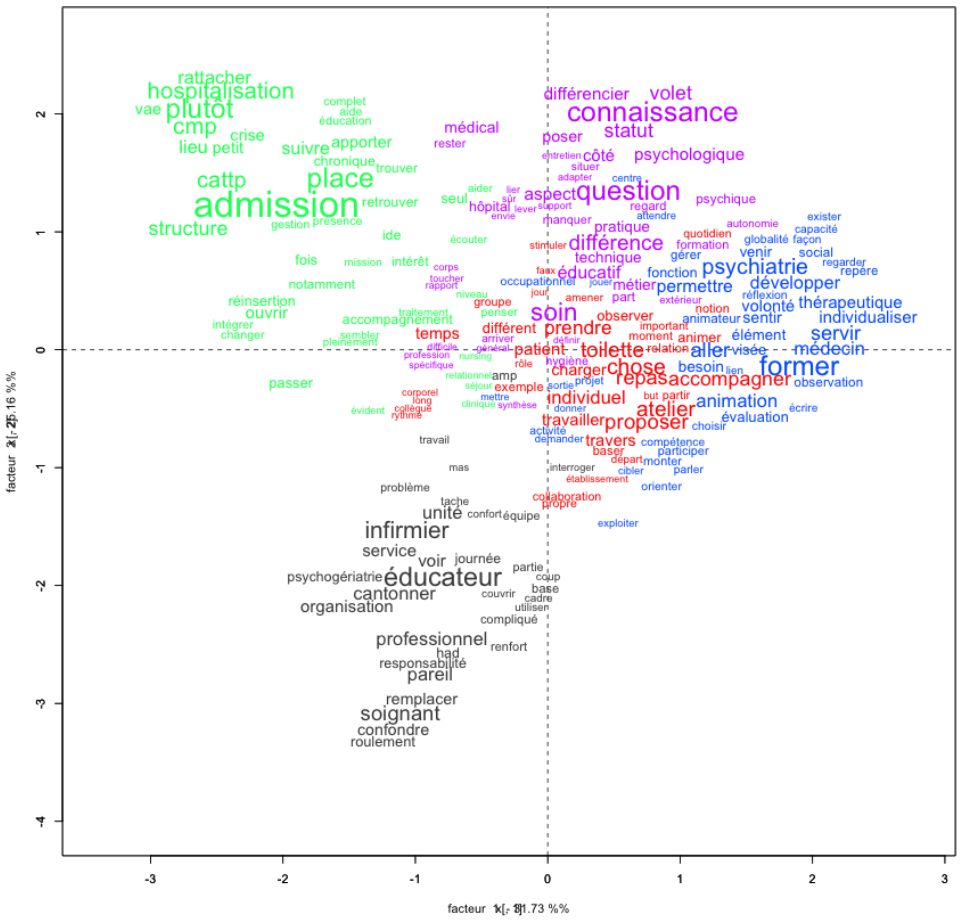
Annexe 4

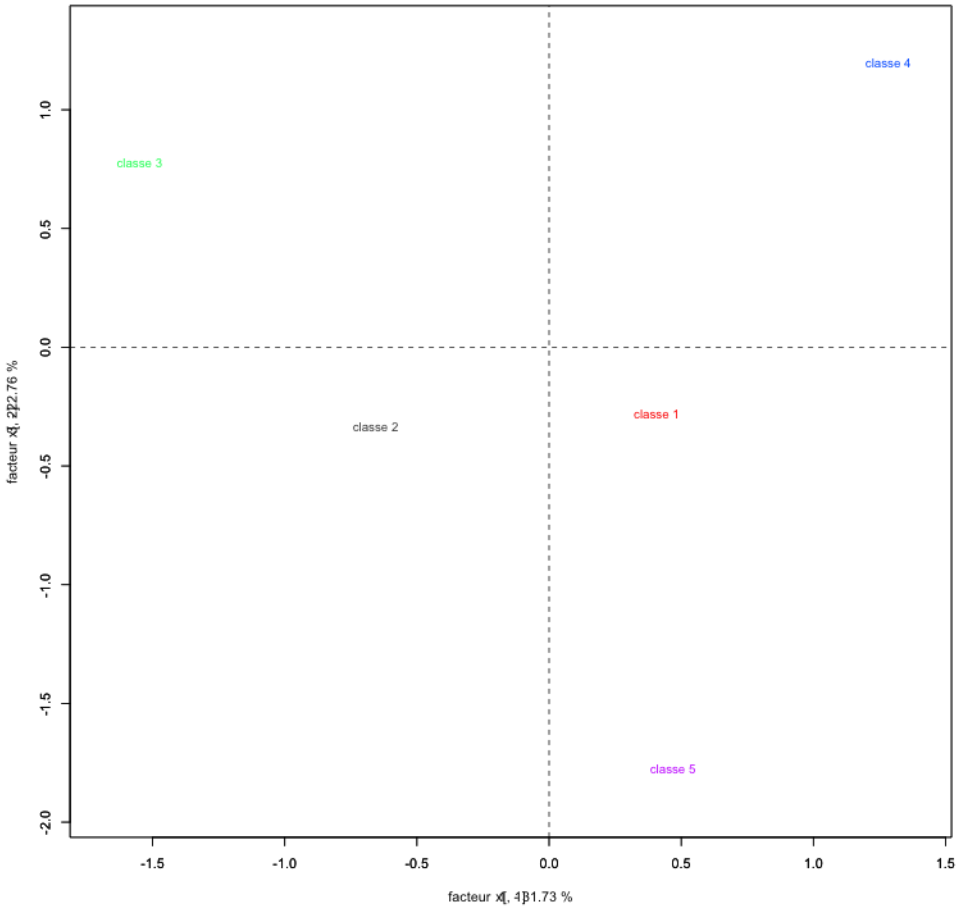
Analyses factorielles

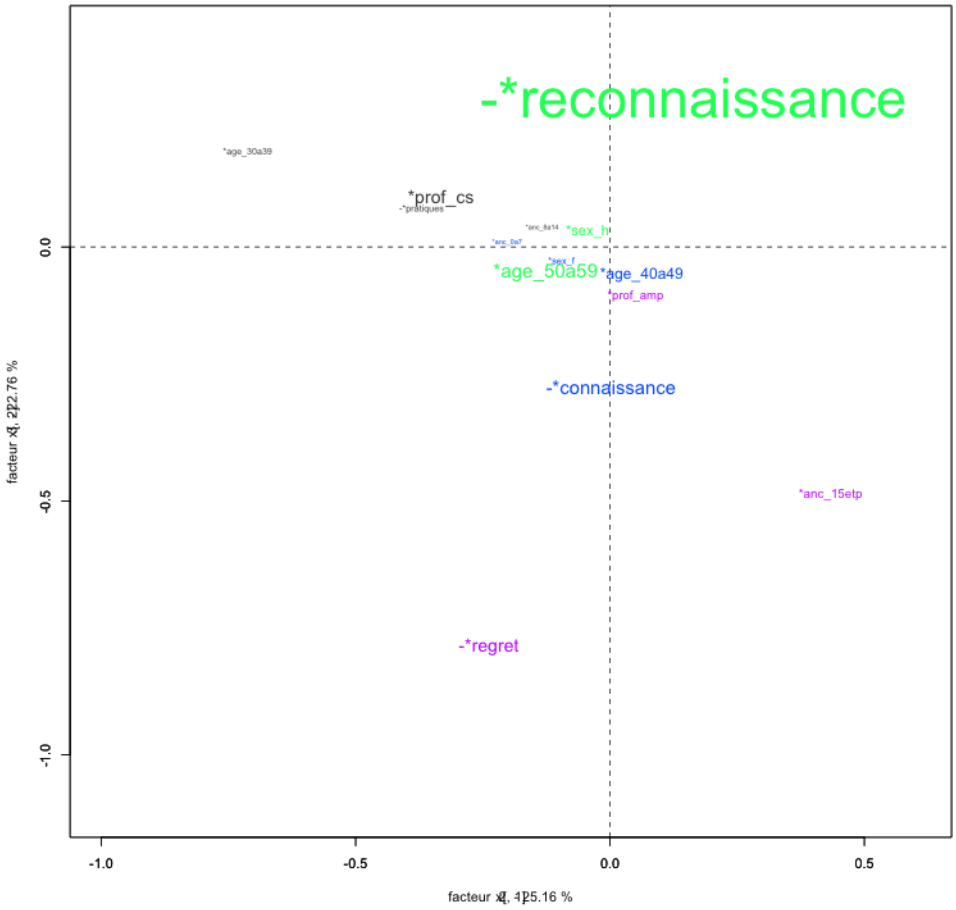
ANALYSES FACTORIELLES




*anc_15etp
*age_40a49
-*reconnaissance
*age_50a59
*sex_f
*prof_amp
*anc_8a14
*régret
*prof_cs
*pratiq_des
*age_30a39
-*connaissance
facteur 2 [25.16 %]
facteur 1 [31.73 %]


facteur 2 [25.16 %%
facteur 1 [31.73 %%
rattacher
hospitalisation
vae
plutôt
cmp
crise
lieu
petit
complet
aide
éducation
suivre
apporter
chronique
trouver
cattp
place
admission
retrouver
structure
gestion
présence
ide
écouter
fois
mission
intérêt
corps
toucher
rapport
notamment
réinsertion
ouvrir
intégrer
changer
accompagnement
traitement
sembler
pleinement
temps
passer
médical
rester
seul
aider
lier
sûr
hôpital
lever
envie
aspect
différencier
volet
connaissance
poser
statut
entretien
côté
psychologique
situer
adapter
centre
question
psychique
regard
attendre
manquer
pratique
autonomie
exister
capacité
quotidien
façon
globalité
formation
stimuler
différence
gérer
venir
social
technique
éducatif
fonction
psychiatrie
regarder
repère
faire
occupationnel
jouer
métier
permettre
développer
jour
amener
part
extérieur
réflexion
notion
volonté
thérapeutique
groupe
penser
soin
observer
animateur
sentir
individualiser
différent
prendre
important
moment
animer
élément
servir
arriver
désirer
patient
toilette
relation
aller
visée
médecin
profession
nursing
rôle
hygiène
charger
chose
besoin
lien
former
spécifique
relationnel
amp
exemple
repas
accompagner
observation
séjour
sortie
projet
corporel
long
mettre
clinique
synthèse
individuel
but
partir
animation
évident
collègue
rythme
donner
atelier
écrire
travailler
proposer
évaluation
activité
demander
travers
choisir
compétence
travail
baser
participer
départ
monter
mas
interroger
cibler
parler
établissement
orienter
problème
tache
collaboration
propre
unité
confort
équipe
exploiter
infirmier
service
voir
journée
partie
psychogériatrie
éducateur
coup
base
cantonner
couvrir
cadre
organisation
utilisen
compliqué
professionnel
renfort
had
responsabilité
pareil
remplacer
soignant
confondre
roulement


classe 4
classe 3
classe 2
classe 1
classe 5
1.0
0.5
0.0
-0.5
-1.0
-1.5
-2.0
-1.5
-1.0
-0.5
0.0
0.5
1.0
1.5


-*reconnaissance
*age_30a39
*prof_cs
-*pratiques
*anc_9a14
*sex_h
*anc_0a5
*sex_f
*age_50a59
*age_40a49
*prof_amp
-*connaissance
*anc_15etp
-*regret
0.0
-0.5
-1.0
-1.0
-0.5
0.0
0.5
facteur x2, 22.76 %
facteur x1, 25.16 %

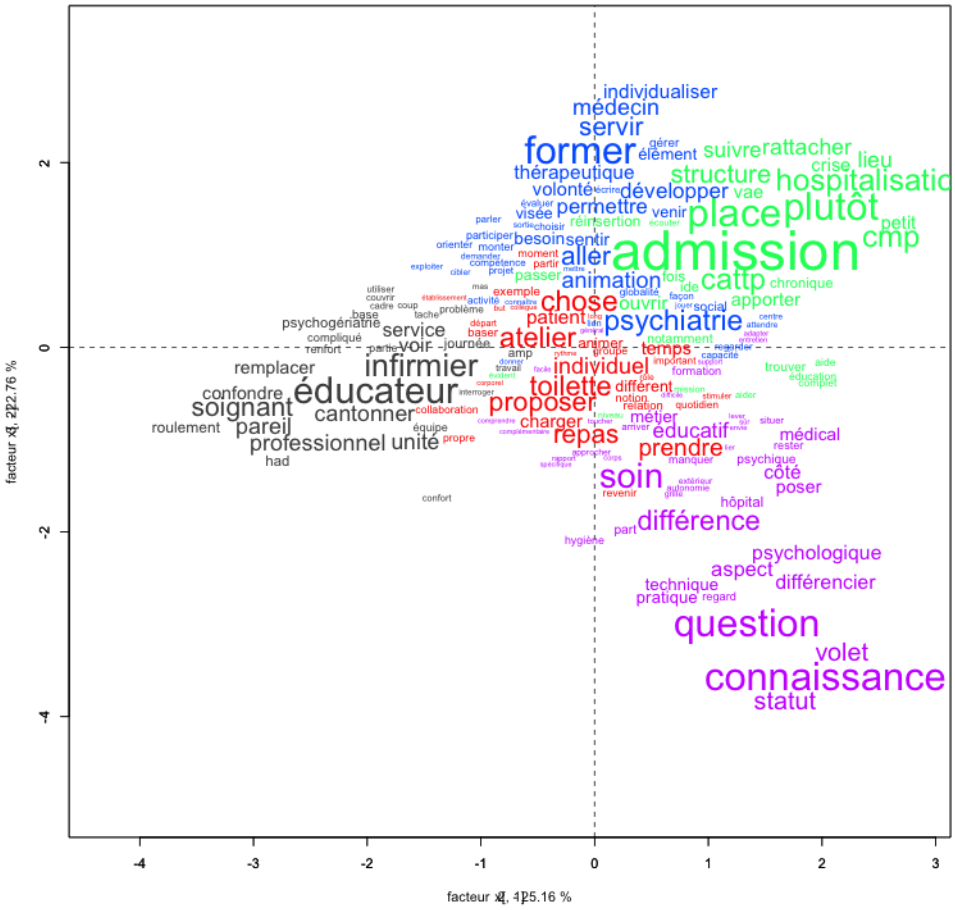

individualiser
médecin
servir
former
gérer
élément
suivre
rattacher
crise
lieu
thérapeutique
structure
hospitalisatio
volonté
développer
vae
permettre
place
plutôt
petit
visée
venir
réinsertion
écouter
choisir
besoin
sentir
admission
cmp
aller
animation
fois
cattp
chronique
passer
ide
façon
apporter
exemple
chose
ouvrir
social
psychiatrie
patient
psychogénatrie
service
atelier
notamment
remplacer
infirmier
individuel
temps
trouver
formation
confondre
éducateur
toilette
différent
proposer
soignant
cantonner
relation
quotidien
métier
roulement
pareil
charger
repas
éducatif
médical
prendre
professionnel
unité
had
manquer
psychique
soin
côté
poser
revenir
hôpital
différence
part
hygiène
psychologique
aspect
technique
différencier
pratique
regard
question
volet
connaissance
statut
facteur x2, 22.76 %
facteur x1, 25.16 %

Table des matières

Introduction 1

Première partie : cadre contextuel 3

1 CONSTAT 4
2 PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT 5
2.1 ORGANISATION DES STRUCTURES DE SOINS 5
2.2 PRESENTATION DU POLE DE PSYCHIATRIE ADULTE 6
2.3 LES AIDES MEDICO PSYCHOLOGIQUES DANS L'ETABLISSEMENT 7
2.3.1 Répartition des aides médico psychologiques 7
2.3.2 Genèse des aides médico psychologiques sur l'établissement 8
2.4 PROJET D'ETABLISSEMENT (2010-2014) 8
2.4.1 Projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechnique 9
2.4.2 Projet social 11
3 LA PROFESSION D'AIDE MEDICO PSYCHOLOGIQUE 14
3.1 HISTORIQUE DE LA PROFESSION 14
3.2 DEFINITION DE LA PROFESSION ET DU CONTEXTE DE L'INTERVENTION 15
3.3 REFERENTIEL DE COMPETENCES 16
3.4 ASPECT STATUTAIRE DE L'AMP DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE 17
3.5 QUESTION DE LA RECONNAISSANCE 18
3.6 LES CARACTERISTIQUES DU METIER EN PROSPECTIVE 19

Deuxième partie : cadre conceptuel : les représentations sociales et professionnelles 21

1 LES REPRESENTATIONS SOCIALES 22
1.1 GENEALOGIE DE LA NOTION 22
1.2 EMERGENCE DU PROCESSUS REPRESENTATIONNEL 23
1.3 DEFINITIONS ET CARACTERISTIQUES DES REPRESENTATIONS SOCIALES 24
1.4 LES FONCTIONS DES REPRESENTATIONS SOCIALES 25
1.5 LES PROCESSUS GENERATEURS 26
1.5.1 L'objectivation 26
1.5.2 L'ancrage 27
1.6 APPROCHES THEORIQUES 28
1.6.1 Théorie du noyau central 28
1.6.1.1 Le système central 28
1.6.1.2 Le système périphérique 29
1.6.2 Théorie des principes générateurs de prises de position 30
2 LES REPRESENTATIONS PROFESSIONNELLES 31
2.1 DEFINITIONS ET CARACTERISTIQUES DES REPRESENTATIONS PROFESSIONNELLES 31
2.2 FONCTIONS DES REPRESENTATIONS PROFESSIONNELLES 32
2.3 CONDITIONS GENERALES D'EXISTENCES 32

3 L'IDENTITE PROFESSIONNELLE 33
4 PROBLEMATIQUE 35

Troisième partie : cadre empirique 37

1 METHODOLOGIE DE L'ENQUETE 38
1.1 PREPARATION DE L'ENQUETE 38
1.1.1 Présentation de la population 38
1.1.2 Présentation de l'outil de recueil des donnés 39
1.2 DEROULEMENT DE L'ENQUETE 39
1.2.1 La prise des rendez-vous 39
1.2.2 Déroulement des entretiens 39
1.2.3 Les limites de l'enquête 40
2 LES RESULTATS DE L'ENQUETE 40
2.1 PRESENTATION DE LA METHODE ET DE L'OUTIL DE TRAITEMENT DES DONNEES 40
2.2 ANALYSE DES RESULTATS 42
2.2.1 Les classes de discours 42
2.2.2 Analyses factorielles 52
2.3 DISCUSSION 53
3 REPERES POUR L'ACTION 55

Quatrième partie : autoévaluation du développement professionnel 61

Conclusion 65

Bibliographie 68

Annexes 72

Annexe 1 Guide d'entretien 73

Annexe 2 Corpus d'entretiens 76

Annexe 3 Dendrogramme / Profils des classes 96

Annexe 4 Analyses factorielles 110

Table des matières 117

Les représentations professionnelles des Aides Médico Psychologiques exerçant au sein d'un établissement de santé mentale

Résumé

Notre étude est une recherche de type exploratoire, le but est d'entrevoir comment les Aides Médico Psychologiques (AMP) exerçant dans le milieu soignant se représentent professionnellement et comment elles sont perçues en particulier par les cadres de santé. Le point de départ de la réflexion part du constat d'un décalage entre leur rôle prescrit, c'est-à-dire de référence et leur rôle réel. En effet le positionnement du métier d'AMP à tendance à se confondre avec celui des aides-soignants. C'est à partir de la théorie des représentations sociales et plus particulièrement le concept des représentations professionnelles que nous nous attacherons à comprendre et à expliquer ce décalage. Nous allons essayer à travers l'enquête de dégager les représentations professionnelles des AMP par les différents acteurs concernés.

L'intérêt de ce travail est la valorisation des compétences des AMP concourant à une optimisation de la prise en charge de la personne soignée.

Mots-clés : Aide médico psychologique – Cadre de santé – Compétences – Rôle – Représentations sociales et professionnelles – Etablissement public de santé mentale