





DEAMP :
le guide pratique
de l'aide
médico-psychologique
Méthodologie et annales corrigées

© ESF éditeur 2014
Division d'Intescia
52, rue Camille-Desmoulins,
92440 Issy-les-Moulineaux
Président : Alexandre Sidommo

Directrice pôle social-sciences humaines : Sophie Courault
Responsable éditoriale : Martine Ollivier

ISBN : 978-2-7101-2665-2
ISSN : 1269-8377

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2e et 3e a, d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou ses ayants droit, ou ayants cause, est illicite » (art. L. 122-4). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Gérald Alayrangues

DEAMP :
le guide pratique
de l'aide
médico-psychologique
Méthodologie et annales corrigées


esf
EDITEUR

Remerciements

Un grand merci :

- à Stéphane Rullac qui m'a donné l'opportunité de cette écriture ;
- aux formateurs de Buc Ressources, du Centre Inform'ip et du Campus de formation du Centre hospitalier de Meulan Les Mureaux (CHIMM) ;
- aux étudiants AMP de Saint-Martin, en particulier Élodie, Diane, Brinda, Meiddy et Diana, ainsi qu'aux étudiants de Buc Ressources et du Campus du CHIMM ;
- aux DRJSCS (Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale) ;
- aux personnes que j'ai rencontrées et accompagnées ces quinze années passées ;
- aux professionnels et amis qui ont participé directement ou indirectement à l'élaboration des outils présents dans cet ouvrage.

Sommaire

Préface	7
Introduction	9
DC1 – Connaissance de la personne	15
Apport théorique : 105 heures	17
Les enjeux du DC1. Connaître la personne	18
L'épreuve de certification du DC1	34
Conseils méthodologiques	35
Entraînement. Annales corrigées	36
DC2 – Accompagnement éducatif et aide individualisée dans les actes de la vie quotidienne	69
Apport théorique : 90 heures	71
Les enjeux du DC2. Définir les besoins de la personne	72
L'épreuve de certification du DC2	78
Conseils méthodologiques	79
Entraînement. Exemple de compte rendu d'intervention	83
DC3 – Animation de la vie sociale et relationnelle	117
Apport théorique : 70 heures	119
Les enjeux du DC3. Définir un projet d'animation	120
L'épreuve de certification du DC3	123
Conseils méthodologiques	124
Entraînement. Exemples de projets d'animation	130
DC4 – Soutien médico-psychologique	139
Apport théorique : 105 heures	141
Les enjeux du DC4. Définir une posture professionnelle	142
L'épreuve de certification du DC4	147
Conseils méthodologiques	148
Entraînement. Annales corrigées	150

DC5 – Participation à la mise en place et au suivi du projet personnalisé	185
Apport théorique : 70 heures	187
Les enjeux du DC5. Définir un projet personnalisé (étude de cas)	188
L'épreuve de certification du DC5	196
Conseils méthodologiques	197
Entraînement. Exemples de projets personnalisés	202
DC6 – Communication professionnelle et vie institutionnelle	233
Apport théorique : 35 heures	235
Les enjeux du DC6. Définir le travail d'équipe	236
L'épreuve de certification du DC6	242
Conseils méthodologiques	243
Entraînement. Annales corrigées	244
Conseils aux épreuves écrites du DEAMP	277
Conseils aux épreuves orales du DEAMP	279
Liste des sigles	281
Sites Internet	284
Bibliographie	285

Préface

Gérald Alayrangues, formateur auprès des aides médico-psychologiques à l'école de formation aux professions de l'éducation spécialisée de Versailles : Buc Ressources – école qui m'est chère car j'ai eu le privilège, avec Maurice Capul, d'en faire l'ouverture et de la diriger durant de nombreuses années –, a souhaité que je préface cet ouvrage. Cette filiation, pour importante qu'elle soit, ne justifie pas à elle seule ce patronage, car celui-ci s'inscrit surtout dans une autre histoire. En l'occurrence, une reconnaissance que j'ai plaisir à retenir car c'est en effet du même lieu qu'en 1997, j'ai aussi fait paraître *Le Guide de l'aide médico-psychologique*¹, premier ouvrage consacré à cette profession ; et dont la quatrième édition, une nouvelle fois réactualisée et désormais appelée *Guide de l'AMP*, est sortie en janvier 2012 et poursuit son chemin.

De titre assez voisin puisque Gérald Alayrangues a intitulé son livre *DEAMP : le guide pratique de l'aide médico-psychologique. Méthodologies et annales corrigées*, cet ouvrage-ci a également à voir avec l'exercice professionnel tout en ayant pour principal objet la pratique de la formation et de la certification dans le cadre aujourd'hui généralisé des « référentiels ».

Toujours postérieure à l'avènement d'un métier, la formation professionnelle, d'abord facultative et proche de l'emploi, n'a premièrement d'autre objet que de faire gagner du temps à l'expérience, par l'acquisition de certaines connaissances déjà recueillies. Deuxièmement, en même temps que le diplôme tend à devenir une exigence initiale, cette fonction première de la formation entre en tension avec les impératifs statutaires de niveau de qualification, dont on lui confie labellisation et garantie. Dès lors, l'adéquation de la formation à l'évolution des pratiques est une interrogation récurrente, sauf à doter les dispositifs de formation des conditions structurelles qui vont permettre les expériences pour suivre ce mouvement et faire évoluer de pair compétence et qualification.

Le travail que Gérald Alayrangues nous propose ici – travail dont élèves et formateurs tireront profit – témoigne de cet effort de créativité et de la difficulté à faire vivre la complexité des situations dans une architecture qui facilite des reconnaissances statutaires (l'accès à d'autres niveaux par les passerelles à l'intérieur d'une

1. *Le Guide de l'aide médico-psychologique*, Dunod, 2003.

filière ou avec d'autres filières des professions sociales et paramédicales, la reconnaissance des acquis de l'expérience...). Certes, cette rationalisation architecturale est louable mais il reste à la rendre réellement compatible avec quelques principes de formation qui ne peuvent pas se réduire à des additions de crédits, y compris quand ils sont nommés « compétence(s) ».

La compétence que l'on peut, dès la formation, entraîner ne se vérifie véritablement que dans la surprise de l'exercice. Situations jamais identiques où il convient de tirer au mieux profit de ce qui a pu être appris par ailleurs : études, expérience, connaissance des sujets, du cadre mais aussi de ce que l'histoire a fait de sa personne, aspect qui n'est pas des moindres dans l'intersubjectivité d'une relation où la manière de donner compte autant que ce que l'on donne.

L'intégration en 2006 des AMP dans le cadre des professions éducatives a structurellement modifié l'identité et l'avenir du métier. Avec cet ouvrage qui rejoint les écrits maintenant nombreux relatifs à ces professionnels, il reste évident qu'il y a, dans la nature de leur accompagnement, des dimensions qui leur sont spécifiques et dont ce livre marque bien la distinction.

Guy Dréano, juin 2013

Introduction

Le diplôme d'État d'aide médico-psychologique ou DEAMP a été créé en 2006.

Il remplace le certificat d'aptitude aux fonctions d'AMP ou CAFAMP (défini par un arrêté de 1972). En tant que diplôme d'État, il s'appuie sur la notion de compétences professionnelles.

Les textes législatifs et réglementaires actuels concernant ce diplôme sont :

- le décret n° 2006-255 du 2 mars 2006 relatif au diplôme d'État d'aide médico-psychologique ;
- l'arrêté du 11 avril 2006 relatif au diplôme d'État d'aide médico-psychologique ;
- la circulaire DGAS/SD.4A n° 2006-319 du 13 juillet 2006.

Il est fortement conseillé de consulter ces textes sur le site Internet officiel www.legifrance.gouv.fr avant d'entrer en formation.

Initialement ancrée dans le champ du handicap, la profession d'AMP s'ouvre ces dernières années au secteur de l'accompagnement social, des services de soins à domicile et des maisons de retraite.

La formation au métier d'AMP est définie par quatre référentiels :

- un référentiel fonctions/activités qui décrit *les missions* ;
- un référentiel de compétences qui décrit *les savoir-faire et les savoir-être* ;
- un référentiel de formation qui décrit *le programme* ;
- un référentiel de certification qui décrit *les épreuves*.

Le DEAMP est reconnu comme **un diplôme en travail social de niveau V** ouvert à la VAE¹.

Le référentiel professionnel est défini dans l'annexe 1 de l'arrêté du 11 avril 2006. Il identifie quatre fonctions principales :

1. L'accompagnement et l'aide individualisée aux personnes dans les actes de la vie quotidienne. L'AMP accompagne l'utilisateur durant les levers, les toilettes, les repas, le coucher et la nuit. Il associe à ces actes essentiels des moments d'échange privilégiés et répond aux besoins des personnes.

1. VAE : Validation des Acquis de l'Expérience. Dispositif qui permet d'obtenir le diplôme à partir d'une expérience professionnelle d'au moins trois années dans le secteur social ou médico-social. Cette expérience est validée à partir d'un écrit soutenu à l'oral devant un jury.

2. L'accompagnement dans la relation à l'environnement et au maintien de la vie sociale. L'AMP établit une relation attentive et sécurisante avec les personnes. Il assure un suivi individuel dans les différentes activités. Il cherche à susciter, à stimuler la participation citoyenne et l'inscription dans la vie de la cité.

3. La participation à la mise en place et au suivi du projet personnalisé dans le cadre du projet institutionnel. L'AMP est en capacité d'appréhender les besoins et les attentes des personnes qu'il accompagne et cherche à apporter des réponses adaptées. Il échange avec l'équipe pluri-professionnelle et évalue ses actions.

4. La participation à la vie institutionnelle. L'AMP participe à toutes les réunions. Il assure les transmissions orales et écrites et accueille les nouveaux professionnels ainsi que les stagiaires. Il élabore avec l'équipe les outils d'observation et d'évaluation. Il s'implique dans la formation continue.

La formation se structure autour de six domaines de compétences (DC). Chaque DC se valide indépendamment des autres :

- *le domaine de compétences 1* : Connaissance de la personne ;
- *le domaine de compétences 2* : Accompagnement éducatif et aide individualisée dans les actes de la vie quotidienne ;
- *le domaine de compétences 3* : Animation de la vie sociale et relationnelle ;
- *le domaine de compétences 4* : Soutien médico-psychologique ;
- *le domaine de compétences 5* : Participation à la mise en place et au suivi du projet personnalisé ;
- *le domaine de compétences 6* : Communication professionnelle et vie institutionnelle.

La formation d'AMP se fait en alternance, entre le centre de formation, d'une part, et les lieux professionnels, d'autre part, appelés « sites qualifiants ». Le temps de formation est réparti sur 18 à 24 mois selon que les étudiants sont en contrat d'apprentissage ou bien en situation d'emploi. Le dispositif de formation prévoit également une formation en voie directe sur un an (12 mois), comprenant 495 heures théoriques et 2 stages pratiques de 3 mois (420 heures chacun).

Hors périodes de stage, les étudiants participent à **des regroupements au sein du centre de formation.** Les cours qui sont dispensés pendant ces semaines de regroupement proposent des apports théoriques liés aux domaines de formation (DF).

Ces semaines de regroupement sont structurées en fonction du référentiel et des domaines de formation (DF), chaque DF précisant les contenus traités, le nombre d'heures correspondant et les domaines de compétences visés. Elles peuvent être orientées sur un thème spécifique. Par exemple : dans le cadre de l'animation (DF3), la semaine pourra être organisée autour de l'apprentissage de techniques éducatives comme la gymnastique douce, la cuisine, le jeu, l'expression musicale.

Autre exemple : dans le cadre de l'accompagnement éducatif (DF2), la semaine peut développer le thème de l'ergonomie.

Les formateurs, au côté de professionnels de terrain, y proposent des approches théoriques et techniques interdisciplinaires : médicales, psychologiques, juridiques, éducatives ou relevant des sciences sociales, etc.

Les semaines de regroupement sont aussi l'occasion pour les stagiaires de prendre du recul et d'analyser la pratique qu'ils ont sur les lieux de stage. Ils peuvent également se consacrer à la rédaction des documents écrits demandés, et préparer l'exposé oral de travaux afin de s'entraîner aux épreuves de certification.

La formation d'AMP prévoit la possibilité d'obtenir **des dispenses et des allègements** au titre d'un diplôme déjà acquis :

- une dispense signifie que l'étudiant est dispensé de présenter l'épreuve de certification d'un domaine de compétences. Par exemple, le ou la diplômé(e) AVS (Auxiliaire de Vie Sociale) est dispensé(e) de présenter l'épreuve correspondant aux DC1, DC2, DC5 et DC6 ; il lui incombe par contre de présenter l'épreuve de certification correspondant aux DC3 et DC4 afin d'obtenir le DEAMP ;
- un allègement signifie que l'étudiant doit présenter l'épreuve de certification d'un domaine de compétences mais n'est pas tenu d'assister à la totalité des cours théoriques.

Pour obtenir la certification au DEAMP, le candidat doit obtenir **la moyenne dans chaque domaine de compétences**.

Les stages font l'objet d'une évaluation. Les candidats qui effectuent la totalité du parcours de formation doivent valider 2 stages de 12 semaines, soit 420 heures chacun. Cette évaluation concerne 4 des 6 DC : les DC2 et DC4 sont notés pendant le stage conjointement par le référent professionnel et le centre de formation ; les DC3 et DC5 ne sont pas notés mais ils sont évalués par une appréciation.

Au total, le candidat obtient 8 appréciations et 4 notes en milieu professionnel.

Pour le DC2 comme pour le DC4, la note finale attribuée au candidat est la moyenne de la note qu'il a obtenue à ce DC au premier stage, de la note qu'il a obtenue à ce DC au second stage et de la note qu'il a obtenue à l'épreuve organisée en centre d'examen en fin de parcours.

Les conclusions de ces évaluations sont inscrites sur **le livret de formation de l'étudiant**.

Au cours des stages, les candidats appréhendent **au moins deux publics différents** : par exemple, un public de personnes handicapées et un autre de personnes âgées. L'un des deux publics doit être fonctionnellement dépendant (soit des personnes qui ont besoin d'une aide dans les activités de la vie quotidienne, qu'elle soit psychique ou physique).

Évaluation du parcours de formation et récapitulatif des notes des 1^{er} et 2^e stages (dans le livret de formation) :

	DC1	DC2	DC3	DC4	DC5	DC6
Épreuves	Note sur 20 Centre d'examen	Note sur 20 Centre d'examen	Note sur 20 Centre de formation	Note sur 20 Centre d'examen	Note sur 20 Centre de formation	Note sur 20 Centre d'examen
Évaluation 1 ^{er} stage	Non évalué	Note sur 20	Évalué Sans note	Note sur 20	Évalué Sans note	Non évalué
Évaluation 2 ^e stage	Non évalué	Note sur 20	Évalué Sans note	Note sur 20	Évalué Sans note	Non évalué
Moyenne	1 note	Moyenne des 3 notes	1 note	Moyenne des 3 notes	1 note	1 note

L'organisation des épreuves de certification est prévue par la circulaire DGAS/SD.4A n° 2006-319 du 13 juillet 2006 relative aux modalités de la formation préparatoire et d'obtention du diplôme d'État d'aide médico-psychologique (DEAMP) :

« L'établissement de formation présente les candidats au diplôme d'État et adresse au directeur régional des affaires sanitaires et sociales (DRASS²), avant la date limite fixée par celui-ci, un dossier comprenant notamment pour chaque candidat, le livret de formation dûment complété ainsi que les travaux demandés dans le cadre de la certification (compte rendu d'interventions, projet d'animation, étude de cas). »

Les épreuves se déroulent en deux lieux :

- en centre d'examen, en fin de parcours de formation, pour les DC1, DC2, DC4 et DC6 ;
- au sein du centre de formation pour les DC3 et DC5.

Les épreuves en centre d'examen *« sont organisées par les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS).*

« Pour les épreuves orales, les groupes d'examineurs comprennent au minimum un formateur, compétent dans la matière évaluée, et un professionnel confirmé.

« Les épreuves écrites font l'objet d'une double correction par un formateur, compétent dans la matière évaluée, et un professionnel confirmé.

« Le jury constitué conformément à l'article D. 451-98 du CASF aura en sa possession le livret de formation du candidat dans son intégralité.

2. Aujourd'hui appelées DRJSCS (Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale).

« Ce document comportera tous les éléments se rapportant au cursus de formation, tant théorique que pratique, du candidat. Un modèle figure en annexe I de la présente circulaire. Une version électronique pourra en être transmise aux établissements de formation qui pourront le reproduire par tout moyen à leur convenance.

« Le jury établit la liste des candidats qui ont validé les six domaines de compétences du diplôme en tenant compte, éventuellement, des dispenses résultant soit de la possession d'un diplôme mentionné à l'annexe IV de l'arrêté du 11 avril 2006, soit d'une validation antérieure des acquis de l'expérience ou d'une présentation antérieure au diplôme d'État. Ces candidats sont, en conséquence, reçus au diplôme.

« Dans le cas où tous les domaines ne seraient pas validés, le jury prend une décision de validation partielle mentionnant les domaines validés. Le candidat dispose de cinq ans pour valider la totalité du diplôme. »

Deux épreuves sont organisées par les centres de formation :

- **la soutenance du projet d'animation** (DC3) : l'épreuve orale de 30 minutes prend appui sur un écrit d'une page réalisé par le candidat. Le projet est conçu à partir d'une situation proposée par le candidat, lequel formule des hypothèses et des préconisations en matière d'animation ;
- **l'étude de cas** (projet personnalisé du DC5) : cette épreuve orale, de 30 minutes également, prend appui sur un document écrit réalisé par le candidat à l'occasion d'un des stages. Ce document synthétise, autour d'un cas précis, la participation du candidat à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi du projet personnalisé dans un cadre pluri-professionnel.

Ce guide pratique de l'aide médico-psychologique est construit en six parties correspondant aux 6 domaines de formation et aux 6 domaines de compétences concordants. Chacune de ces 6 parties :

- aborde les enjeux théoriques du domaine de compétences en question ;
- décrit les épreuves de certification ;
- propose des conseils méthodologiques et des annales corrigées ;
- présente quelques travaux effectués par des étudiants AMP.

Ce guide vous donne **les contenus théoriques nécessaires** pour réussir les différentes épreuves de certification du DEAMP.

Il vous permet de 1) cerner les *enjeux théoriques* du domaine de compétences ; 2) prendre concrètement connaissance du *détail des épreuves* de certification ; 3) intégrer une *méthodologie* ; 4) en *vous entraînant aux épreuves* des centres d'examen (annales corrigées pour les DC1, DC4 et DC6) ; 5) et en *analysant des travaux d'élèves AMP* donnés à titre d'exemple, qui illustrent les attendus des autres domaines de compétences (le compte rendu d'intervention pour le DC2, le projet d'animation pour le DC3, le projet personnalisé pour le DC5).



DC1



Connaissance
de la personne



Apport théorique : 105 heures

L'arrêté du 11 avril 2006 définit le domaine de compétences, les compétences à développer et les indicateurs de compétences pour vérifier les acquisitions (Annexe I, Référentiel professionnel, Domaines de compétences).

DOMAINE DE COMPÉTENCES 1 - Connaissance de la personne	
COMPÉTENCES	INDICATEURS DE COMPÉTENCES
1.1. Situer la personne aidée au stade de son développement	Connaissance générale des différentes étapes du développement de l'être humain.
1.2. Situer la personne aidée dans son contexte socioculturel	Savoir prendre en compte le vécu et l'histoire de la personne.
1.3. Appréhender les incidences des pathologies, handicaps et dépendances dans la vie quotidienne des personnes	Connaissances générales sur les pathologies, handicaps et dépendances et leurs conséquences sur la vie quotidienne et sociale.

Il détermine les thématiques ou contenus de formation (Annexe III, Référentiel de formation).

CONTENUS DU DOMAINE DE FORMATION 1
<p>Le développement de la personne tout au long de la vie, dans ses différentes dimensions : physique, psychique, culturelle et sociale</p> <p>Anatomie et physiologie des grandes fonctions et leurs troubles Naissance, enfance, adolescence, âge adulte, vieillesse, mort Représentations de la vieillesse Influence du contexte socioculturel sur le développement Notions de normalité</p>
<p>Pathologies, déficiences et leurs incidences somatiques, psychiques et sociales</p> <p>Le normal et le pathologique Les déficiences et leurs étiologies (motrices, intellectuelles, sensorielles, polyhandicap...) Les maladies mentales Les pathologies liées au vieillissement Les maladies neurologiques Les conduites addictives Les troubles du développement</p>
<p>Conséquences en termes de situation de handicap</p> <p>Notions de fonctionnement, handicap, santé Notions de situation de handicap Notions de dépendance et d'autonomie</p>
<p>Les carences affectives et leurs conséquences</p> <p>Inadaptations, situations d'exclusion sociale et conséquences</p>
<p>Accompagnement pédagogique de la professionnalisation et de la construction de l'identité professionnelle</p>

Le domaine de formation 1 (DF1) comprend plusieurs thèmes qui sont liés au développement anatomique, psychologique et socioculturel de la personne. Il aborde également les pathologies et leurs conséquences en termes de handicap. Nous ne développerons pas dans ce chapitre l'ensemble de ces contenus de formation mais nous y donnerons les repères essentiels permettant de comprendre les enjeux du DC1 et de se préparer au mieux à l'examen.

Les enjeux du DC1. Connaître la personne

La connaissance de l'être humain s'appuie sur **des concepts**¹ qui sont utilisés pour le décrire, le caractériser. Les professionnels du soin et de l'accompagnement ont recours à ces concepts pour essayer de donner du sens à ce qui est observé par chacun : AMP et autres membres de l'équipe pluridisciplinaire (médecins, psychologues, travailleurs sociaux, etc.). Chaque concept a une définition très précise, qui réfère à une situation tout aussi précise. Vous découvrirez ces concepts en cours, lors des regroupements en centre de formation. Et vous pourrez ainsi repérer les situations auxquelles ils réfèrent lors des stages.

Néanmoins, identifier un individu à partir de concepts a pour effet de le catégoriser et par là de le stigmatiser. Dire d'une personne qu'elle est « handicapée » a pour effet de la réduire à sa maladie ou ses empêchements, en ignorant notamment ses ressources et ses compétences. L'expression invite à ne la voir que sous le seul angle de ce handicap. C'est pour cela qu'on convient de parler de « personne en situation de handicap », où le handicap est considéré comme le résultat d'une inadaptation de l'environnement aux capacités de la personne. Et où la personne ne se trouve pas oblitérée par un point de vue unique : médical, social...

Pour autant, en tant que professionnel du soin et de l'accompagnement, il est nécessaire de **maîtriser le langage théorique**² afin de pouvoir échanger avec ses collègues et l'équipe pluridisciplinaire. Ce langage permet également de définir avec précision, pertinence et concision les phénomènes observés.

QUELQUES DÉFINITIONS INDISPENSABLES

Anamnèse : histoire de la personne et de sa situation sociale.

Autonomie : capacité d'une personne à choisir elle-même ses actions et son projet de vie.

Déficience : conséquence d'une maladie et/ou d'un handicap (perte de moyens).

Désavantage : résultat d'une déficience ou d'une incapacité. Le désavantage social limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (perte de crédit).

1. Un concept est une représentation abstraite de la réalité.

2. Une théorie est un ensemble de propositions servant à unifier de façon logique des concepts afin d'expliquer et d'interpréter certains aspects de la réalité.

Diagnostic : permet d'identifier et de nommer une pathologie et de la différencier d'une autre (diagnostic différentiel).

Diagnostic éducatif : permet d'évaluer les besoins, les capacités et les limites des personnes pour mener un projet personnalisé.

Étiologie : étude des causes des maladies.

Handicap : désigne l'incapacité d'une personne pour cause de déficience d'une fonction motrice, sensorielle ou mentale entraînant un désavantage social.

Handicap mental : désigne une réduction des facultés intellectuelles.

Handicap moteur : désigne des atteintes corporelles qui réduisent ou empêchent les mouvements.

Handicap sensoriel : désigne une atteinte partielle ou totale d'un ou plusieurs organes des sens (principalement l'ouïe et la vue).

Hémiplégie : paralysie complète ou incomplète d'une moitié latérale du corps, à la suite d'une lésion d'un des hémisphères cérébraux.

Inadaptation sociale : concept utilisé autrefois pour désigner à la fois les personnes atteintes de déficiences intellectuelles, physiques et sensorielles mais aussi les personnes atteintes de troubles du comportement. Aujourd'hui, on utilise plutôt le concept de handicap.

Incapacité : résulte d'une déficience et correspond à une réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité (perte de résultat).

Indépendance : capacité d'effectuer sans aide les activités de la vie courante.

Maladie : altération de la santé organique ou fonctionnelle.

Maladie mentale : altération de la santé psychique.

Multi-handicap : englobe le pluri-handicap, le polyhandicap et le sur-handicap

Nosologie : étude des caractéristiques des maladies qui permettent une classification.

Paraplégie : paralysie des deux membres inférieurs.

Pathologie : science qui étudie les maladies.

Pluri-handicap : association de plusieurs handicaps, le plus souvent physiques

Polyhandicap : association d'un handicap mental et moteur.

Pronostic : évolution possible d'une pathologie, en bien ou en mal.

Sur-handicap : trouble relationnel qui s'ajoute aux déficiences d'origine.

Symptôme : signe d'un trouble.

Syndrome : regroupement de signes et de symptômes qui permettent de décrire des troubles physiques ou mentaux.

Tétraplégie : paralysie des quatre membres.

Vouloir décrire un être humain relève du leurre : l'« objet » de cette description est en soi d'une telle complexité qu'il est impossible d'en faire le tour. On peut néanmoins s'essayer à le **décrire à partir de multiples dimensions** que la théorie a identifiées, dont notamment ses **caractéristiques physiques, mentales, culturelles et environnementales**.

Chaque personne – et chacun des groupes de personnes dans lesquels elle évolue – a des croyances, des opinions, des idées qui sont liées à son histoire. Ces croyances, opinions, idées, etc., se trouvent modifiées à chaque instant par sa propre expérience, au fil du temps. De plus, pour entrevoir quelque chose du monde intérieur d'une personne, il est nécessaire de la rencontrer « sur son terrain », et donc à un moment, de pouvoir parler le même langage qu'elle. Il s'agit ainsi d'apprendre

quelque chose de son histoire, de ses goûts, ses habitudes, mais aussi de pouvoir se représenter quel est son entourage.

Une des dimensions que l'on utilise volontiers dans la vie de tous les jours pour décrire une personne est celle du **normal/anormal** : on hésite alors rarement sur le qualificatif à lui appliquer. Pourtant, si l'on s'attarde un peu à regarder la personne dans tout ce qu'elle donne à voir d'elle-même, notamment au fil du temps, selon les périodes de sa vie, ou les circonstances environnementales, on s'aperçoit que la chose n'est pas si simple, ni si univoque. Tout individu traverse des états qu'on peut dire plus ou moins normaux, ou anormaux. De même, tout individu a des comportements qu'on peut dire plus ou moins normaux ou anormaux. Personne n'est totalement normal ou anormal. Entre la normalité et l'anormalité, il existe toute une série de gradations, et même plus un continuum, qui va de la normalité à l'anormalité. Ce qui peut être représenté sous la forme d'un axe, sur lequel on positionne un curseur, qui peut être déplacé à tout moment selon l'évolution de l'état, ou selon la dimension considérée chez la personne.

Le **concept de normalité/anormalité** renvoie aussi aux références culturelles de chacun, à ses manières de vivre, à sa perception du monde, à la représentation que l'on a de soi dans ce monde et dans ses relations avec les autres.

L'état pathologique est une forme d'anormalité par rapport à un état de santé.

En tout cas, et sans oublier de considérer la personne unique qu'est chaque individu malade, l'AMP se doit de connaître certaines des classifications de maladies et pathologies qui sont reconnues et utilisées dans le secteur sanitaire et médico-social.

La Classification Internationale du Fonctionnement de la santé et du handicap : CIF

La Classification Internationale des Handicaps (CIH) a été proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 1980, par Philippe Wood. Elle complète la Classification Internationale des Maladies (CIM) déjà en usage. En 2001, une révision de la CIH a été proposée, sous le nom de Classification Internationale du Fonctionnement de la santé et du handicap (CIF).

1980, la CIH

Selon la CIH, le handicap peut être caractérisé selon trois axes : déficience, incapacité, désavantage.

▼ **Déficience**

L'axe de la déficience correspond à « *toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique. La déficience est caractérisée par des pertes de substance ou des altérations qui peuvent être provisoires ou définitives. Elle*

représente l'extériorisation d'un état pathologique ; elle est le reflet des troubles manifestés au niveau de l'organe. Elle peut être congénitale ou acquise ».

La déficience est donc l'état concret de dysfonctionnement d'une fonction du corps ou de l'esprit. Elle est la conséquence d'une maladie ou pathologie.

▼ **Incapacité**

L'axe de l'incapacité correspond à « *toute réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain* ».

L'incapacité a donc trait aux faits, gestes et activités qu'une personne ne peut plus faire à cause de la déficience. Elle correspond à une baisse de capacité ou bien une impossibilité à mettre en œuvre des compétences dans la vie quotidienne.

▼ **Désavantage**

Le désavantage « *résulte, pour un individu donné, d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal* » dans la société, compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs sociaux et culturels.

Le désavantage est donc la conséquence sociale d'une incapacité d'une personne, dans tous les domaines : travail, loisirs, famille, etc.

Ces trois axes ou dimensions sont utiles pour distinguer les causes et les conséquences d'une maladie ou d'une pathologie. Ils fournissent un appui pour construire des projets visant à limiter les effets supplémentaires négatifs d'un handicap, par exemple.

DISTINCTIONS DES DEUX MODÈLES DE CLASSIFICATION

CIH	CIF
Déficience	Déficience
Incapacité	Limitation d'activité
Désavantage	Restriction de participation

2001, la CIF

Les termes employés par la CIF donnent un sens nouveau à la notion de handicap. Les trois axes « déficience », « incapacité », « désavantage » de la CIH sont remplacés par « déficience », « limitation d'activité » et « restriction de participation » dans la CIF. Ce changement n'est pas que terminologique, il invite à décrire les conséquences de la déficience dans l'environnement donné au lieu de se limiter à les évoquer. La CIF met ainsi l'accent sur la description du contexte social et personnel

de l'individu concerné. Son approche est plus dynamique. La CIF est de fait plus riche en informations pour l'AMP.

Voici deux situations cliniques analysées selon le modèle CIF, à titre d'illustration³.

Pathologie	Lésion médullaire ⁴	Ostéonécrose ⁵
Déficience	Paraplégie	Hanche enraidie
Limitation d'activité	Incapacité à se déplacer et à utiliser les escaliers	Incapacité à se déplacer et à utiliser les escaliers
Restriction de participation	Isolement social	Isolement social

Dans les deux cas exposés ci-dessus, on observe :

- *une restriction d'activité* : incapacité d'un individu à marcher ou à utiliser des escaliers ;
- *une cause* : les déficiences causées par une maladie déterminée ;
- *une conséquence* : une difficulté à participer à une vie sociale riche et normale.

Ce tableau n'évoque pas l'étiologie, c'est-à-dire la cause des pathologies citées. À partir du modèle de la CIF, il s'agit plutôt de penser des solutions pour améliorer la situation : réduire la limitation d'activité en proposant, par exemple, un aménagement de l'escalier (monte-charge) et de l'appartement (élargissement des portes) afin de permettre l'utilisation d'un fauteuil roulant qui facilite la participation de l'individu à la vie sociale.

EN RÉSUMÉ . . .

Le modèle médical du CIM considère le handicap comme une caractéristique de la personne, conséquence directe d'une maladie, d'un traumatisme ou d'un problème de santé.

Le modèle de la CIH considère le handicap comme un problème généré par la société et non pas comme une caractéristique de la personne.

Le modèle de la CIF prend en compte le contexte social en s'éloignant d'une seule classification des conséquences des maladies. Il unifie les deux modèles en y ajoutant la dimension psychologique.

Une approche de l'être humain à plusieurs niveaux

L'être humain est un être multidimensionnel qui articule des réalités biologiques (le corps), psychologiques (l'esprit), culturelles (histoire et origines) et sociologiques (environnement). L'AMP étudie, tout au long de la formation, l'ensemble de ces

3. Ce tableau est inspiré de Gilles RODE, Alain YELNICK, « Évaluation du handicap moteur, cognitif ou sensoriel », module 4 item 49, site Internet www.cofemer.fr.

4. Lésion de la moelle épinière.

5. Mortification de la tête fémorale.

dimensions. Il sera ainsi en mesure de **décrire ces réalités** et de **comprendre leurs interactions**, afin de chercher comment accompagner au mieux la personne en fonction de ses besoins.

On identifie pour ce faire quatre niveaux de description :

- *au niveau biologique*, l'AMP doit avoir des connaissances sur le corps humain, notamment en anatomie (description des organes) et en physiologie (fonction des organes) ;
- *au niveau psychologique*, l'AMP acquiert des savoirs sur le fonctionnement psychique (phénomènes conscients et inconscients) ainsi que sur les pathologies neurologiques (maladies du cerveau et du système nerveux central) et psychiatriques (maladies mentales) ;
- *au niveau sociologique*, l'AMP étudie les représentations sociales liées au handicap et au vieillissement ; par exemple, comment la société se représente-t-elle le handicap et le vieillissement à travers les époques ?
- *au niveau culturel*, l'AMP aborde les éléments liés à la culture (ensemble des modes de vie et des systèmes de valeur), notamment les rites (coutumes et habitudes) et les croyances religieuses (pratiques et contenus des religions).

Décrire la personne en s'appuyant sur cette distinction de niveaux peut faciliter la compréhension de la réalité vécue par la personne en question, et ainsi aider à mieux communiquer avec elle et mieux la soutenir. L'AMP qui accompagne une personne en « situation de handicap » doit ainsi savoir l'**observer** à travers toutes ces dimensions.

Le programme de formation au DEAMP est composé de disciplines issues de la psychologie ainsi que des sciences infirmières et médicales⁶. Le travail de l'AMP est de fait à la frontière du soin, du social et de l'éducatif. Dans l'exercice de ses compétences, l'AMP doit être à même de mobiliser ses différents savoirs et de les articuler dans sa réflexion professionnelle. La réalité particulière de chaque individu, et l'appréhension multidimensionnelle qu'elle impose au professionnel accompagnant, rend le travail de l'AMP particulièrement complexe sur le terrain.

Savoir **articuler ces savoirs entre eux** est une nécessité de tous les instants. Cette articulation s'impose pour considérer effectivement **la personne dans sa globalité**.

« Connaître » la personne suppose également d'effectuer de constants allers-retours entre la réalité qu'on observe en étant à ses côtés et la représentation qu'on (s')en fait pour penser l'accompagnement : ainsi, l'AMP passe continuellement de l'observation à la description et à l'analyse. Cette alternance régulière lui permet de s'ajuster à la réalité vécue par la personne.

6. L'AMP peut intervenir en milieu médicalisé : hôpital, Centre Médico-Psychologique (CMP), Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)...

L'AMP doit notamment penser l'articulation des divers facteurs qui limitent l'activité des personnes dans leur vie quotidienne : facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels. Si c'est en centre de formation que l'AMP apprend les diverses déclinaisons de chaque dimension, de chaque facteur, etc., c'est essentiellement sur le terrain, en stage, puis tout au long de l'exercice professionnel, que l'AMP apprend à les articuler de façon pertinente et efficiente.

Théories axées sur la dimension biologique et psychologique

Le développement de la personne

▼ *La dimension biologique*

L'AMP travaille avec les professionnels du corps médical et paramédical : médecins, infirmiers, aides-soignants, psychomotriciens, ergothérapeutes, kinésithérapeutes... Ces professionnels du soin ont une connaissance des différents systèmes organiques qui composent l'être humain. Si « le développement de la personne tout au long de la vie » est un des thèmes du référentiel de formation au DEAMP, les heures attribuées à l'anatomie et à la physiologie représentent environ 30 heures de formation – comme le DEAS (diplôme d'État d'aide-soignant).

L'enseignement en anatomie et en physiologie vise à ce que l'AMP connaisse le fonctionnement général du corps humain. L'AMP doit ainsi être capable de décrire le **fonctionnement des grands systèmes**, même s'il ne lui est pas demandé de connaître en détail l'anatomie et le fonctionnement de chaque organe. Ce qui distingue les aides-soignants⁷ des AMP, c'est que les aides-soignants approfondissent davantage les compétences sur les soins adaptés à l'état clinique de la personne. En effet, les aides-soignants travaillent en collaboration et sous la responsabilité de l'infirmier : il leur appartient notamment de rechercher les informations nécessaires à la réalisation du soin, de choisir le matériel approprié au soin, de réaliser le soin et de l'évaluer pour le réajuster si nécessaire.

L'AMP doit avoir des connaissances de base sur :

- le squelette et le système locomoteur (os, muscle, articulation) ;
- les organes des sens (vue, ouïe, goût, odorat et toucher) ;
- le système respiratoire (nez, pharynx, larynx, trachée, bronches et poumons) ;
- le système circulatoire (artères, veines et capillaires) ;
- le système digestif (bouche, tube digestif) ;
- le système nerveux (cerveau, moelle épinière) ;
- le système endocrinien (hormones) ;

7. Voir Annexe I de l'arrêté du 22 octobre 2005 modifié relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant.

- le système urinaire (reins, vessie, urètre, uretère) ;
- l'appareil reproducteur (organes génitaux) ;
- le sang et le système immunitaire (moyens de défense de l'organisme).

▼ *La dimension psychologique*

L'enseignement apporte des connaissances en psychopathologie et sur le **développement psycho-affectif et cognitif** de la personne. Les différentes étapes de l'existence sont ainsi étudiées, de la naissance à la mort.

LES DIFFÉRENTS TYPES DE DÉVELOPPEMENT

■ **Le développement psychomoteur** signifie que le développement de la motricité (mouvement) participe à la construction du psychisme (fonctionnement mental). On distingue différentes étapes dans ce développement : la préhension (se saisir des objets), la station assise, la station debout, la marche et la maîtrise de la propreté.

■ **Le développement psycho-affectif** est décrit, depuis Freud et la psychanalyse, en termes de stades oral, anal, phallique, de latence et génital. Le **stade oral** correspond au moment où le bébé (0-1 an) investit le monde avec la zone buccale (la bouche). Le plaisir est stimulé par la zone érogène orale au moment de la succion. C'est le temps d'une relation particulière à la mère à travers l'alimentation, les baisers et les caresses. Au **stade anal** (1-3 ans), l'enfant découvre le plaisir de maîtriser le fonctionnement sphinctérien : retenir les matières fécales ou les expulser. C'est la période où l'enfant apprend à être propre et l'interdit de nuire à son propre corps (saleté) ainsi qu'au monde qui l'entoure. Le **stade phallique** (3-7 ans) inaugure la période dite œdipienne : découverte de la différence des sexes et identification à la personne aimée. L'interdit de l'inceste et la peur de la castration permettent la résolution de l'Œdipe : il n'est pas autorisé au garçon de séduire sa mère, ni à la fille de séduire le père. L'enfant devra donc sortir du cercle familial pour satisfaire son désir amoureux et sensuel. Le **stade de latence** (7-12 ans) fait suite à la période dominée par le complexe d'Œdipe : il se caractérise par l'arrêt ou la diminution de la sexualité infantile jusqu'à la puberté. Le **stade génital** (à partir de 12 ans), dernier stade d'évolution de la sexualité de l'enfant, se prolonge jusqu'à l'âge adulte. La sphère érogène est génitale. L'adolescent se tourne vers le sexe opposé pour satisfaire sa pulsion érotique.

■ **Le développement cognitif** renvoie à l'ensemble des opérations intellectuelles, dont les capacités se développent progressivement depuis la naissance. Piaget⁸ distingue plusieurs stades dans ce développement : période sensori-motrice (0-18 mois), période pré-opératoire (18 mois-7 ans), période opératoire (7-12 ans) qui comprend le stade des opérations concrètes et le stade des opérations formelles (raisonnement hypothético-déductif). La **période sensori-motrice** correspond au stade des réflexes (succion, préhension...) où la construction de l'intelligence se réalise à partir des sens, des actions et des déplacements. L'enfant découvre le monde, l'assimile et s'adapte aux phénomènes nouveaux à partir de ses actions

8. Psychologue suisse (1896-1980) qui a étudié la psychologie de l'enfant.

et de ses expériences sensorielles. La **période pré-opératoire** est caractérisée par la capacité de se représenter le monde, l'enfant accède au langage et à la pensée. À la **période opératoire concrète**, l'enfant peut effectuer des opérations sur la conservation du poids et du volume, il est capable d'ordonner des éléments et de faire des relations entre les objets. À la **période opératoire formelle ou hypothético-déductive**, l'enfant est capable de construire des théories : face à une situation qui pose problème il peut élaborer des hypothèses, les vérifier et tirer des conclusions.

■ **Le développement social** renvoie aux relations humaines en société. Les carences affectives ont un impact sur le développement de l'enfant. Spitz⁹ et Bowlby¹⁰ ont montré l'importance de l'attachement dans les relations sociales. L'attachement est un besoin primaire d'entrer en relation avec autrui. La mère, ou la personne pourvoyeuse des premiers soins, est la première figure d'attachement de l'enfant. L'attachement a pour fonction de procurer une sécurité affective suffisante et favorable à un développement harmonieux. Les compétences sociales notamment sont liées au type d'attachement développé au cours de l'enfance.

LES DIFFÉRENTES ÉTAPES DE LA VIE

■ **L'adolescence** est une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte qui se caractérise par des transformations psychologiques, physiques et sociales.

■ **L'âge adulte** est la période de sortie de l'adolescence. Sur le plan juridique, la personne est responsable devant la loi. D'un point de vue psychologique, elle est dans la capacité d'être indépendante sur le plan financier, matériel et psychologique.

■ **Le vieillissement** est une période de la vie qui se caractérise par des changements sur le plan physique, psychologique et social. Les signes du processus de vieillissement sont liés à une diminution des capacités physiques et intellectuelles.

■ **La fin de vie** est une période d'approche vers la mort. La personne elle-même, mais aussi sa famille, peut ressentir que la mort est proche. Cette étape marque le début du travail de deuil pour l'entourage qui prend conscience de la proche disparition de la personne aimée. C'est une période de transition vers la mort qui est vécue de façon singulière, selon les appartenances sociales et ethnico-religieuses.

Pathologies

L'AMP doit avoir des connaissances sur les principales **pathologies somatiques** (liées au corps) et **psychiatriques**. En collaboration avec l'aide-soignant et l'infirmier, l'AMP participe aux différentes étapes du soin de la personne. L'observation et la transmission des informations concernant la prise en charge médicale sont des compétences nécessaires pour faciliter les démarches de soins.

9. Psychiatre psychanalyste américain d'origine hongroise (1887-1974) qui a étudié la relation mère-enfant.

10. Psychiatre psychanalyste anglais (1907-1990) qui a formalisé la théorie de l'attachement.

L'AMP en milieu hospitalier et dans le secteur médico-social (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, Service d'Éducation et de Soins Spécialisés à Domicile, Foyer d'Accueil Médicalisé...) peut être confronté à différentes pathologies : chroniques, aiguës, infectieuses, chirurgicales, psychiatriques.

▼ **Les pathologies chroniques : affections de longue durée qui évoluent lentement**

- Asthme (maladie du système respiratoire).
- Diabète (maladie liée au dysfonctionnement du pancréas).
- Maladie d'Alzheimer (perte progressive des neurones).
- SIDA : Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise (maladie virale provoquée par le VIH).
- Cancer (tumeur maligne).

▼ **Les pathologies aiguës : affections qui évoluent rapidement mais durent peu de temps**

- Infarctus du myocarde (lésion liée à l'obstruction d'une artère alimentant le cœur).
- Accident vasculaire cérébral (AVC, obstruction ou rupture d'un vaisseau dans le cerveau).
- Maladies respiratoires aiguës (maladies touchant les voies respiratoires et d'origine infectieuse).
- Cirrhose (maladie du foie).

▼ **Les pathologies infectieuses : maladies dues à une bactérie, un virus, parasite ou champignon**

- Méningites (inflammation des méninges, membrane qui enveloppe le cerveau et la moelle épinière).
- Tuberculose (infection bactérienne).
- Paludisme (parasite transmis par les moustiques).
- Rougeole (infection virale).

▼ **Les pathologies chirurgicales**

La chirurgie consiste à intervenir directement sur les tissus et organes du corps humain pour corriger les conséquences des pathologies. Il s'agit de distinguer :

- l'orthopédie (étude des problèmes locomoteurs) ;
- la traumatologie (étude des traumatismes physiques) ;
- la chirurgie viscérale (opération de l'appareil digestif et de certains organes abdominaux) ;
- la chirurgie vasculaire (opération des vaisseaux, artères et veines) ;
- la neurochirurgie (opération du système nerveux), l'urologie (étude de l'appareil urinaire des deux sexes) ;
- la chirurgie cardiaque (opération du cœur).

▼ *Les pathologies psychiatriques*

La psychiatrie a pour objet d'étude la santé mentale. La pédopsychiatrie concerne les individus de la naissance à 20 ans. Quant à la gérontopsychiatrie, elle concerne les personnes âgées qui présentent des troubles mentaux.

Névroses (trouble psychique sans lésion organique qui se manifeste par une fuite de la réalité) :

- névrose hystérique (se caractérise par des symptômes physiques tels que les paralysies, les convulsions, et l'envie d'attirer l'attention par un comportement excessif) ;
- névrose obsessionnelle (se caractérise par l'obsession de l'ordre et de la propreté, le doute, les vérifications) ;
- névrose phobique (se caractérise par la crainte et la peur excessive de certains objets ou certaines situations).

Psychoses (trouble psychique grave qui se manifeste par une perte de contact avec la réalité) :

- psychose maniaco-dépressive (se caractérise par des troubles de l'humeur avec des phases d'excitation, d'exaltation et des phases de dépression, de mélancolie) ;
- schizophrénie (se caractérise par des délires, des hallucinations et un comportement désorganisé) ;
- paranoïa (se caractérise par un sentiment et un vécu de persécution).

États limites (trouble intermédiaire entre névrose et psychose) :

- perversion (se caractérise par la volonté de manipuler l'autre et par une sexualité qui s'écarte de la normalité) ;
- psychopathie (se caractérise par un comportement asocial et des passages à l'acte violents).

Déficiences

La Classification Internationale des Handicaps (CIH) définit la déficience comme la conséquence de la pathologie ou de la maladie. La déficience est comprise comme une **perte de moyens**.

La déficience d'un organe ou d'un système est évaluée par rapport au fonctionnement habituel de cet organe ou de ce système.

La classification identifie plusieurs catégories de déficiences :

- *les déficiences intellectuelles* : perturbations des fonctions cognitives qui se caractérisent par le retard mental profond (QI inférieur à 20), le retard mental sévère (entre 20 et 34), le retard mental moyen (entre 35 et 49), le retard mental léger (entre 50 et 70). Le QI (Quotient Intellectuel) est le résultat chiffré correspondant aux épreuves des tests d'intelligence ;
- *les déficiences du psychisme* (problèmes liés à l'attention, la perception et l'humeur) ;
- *les déficiences du langage et de la parole* (problèmes pour communiquer) ;
- *les déficiences auditives* (problèmes pour entendre) ;

- les déficiences de l'appareil oculaire (problèmes pour voir) ;
- les déficiences des organes internes (problèmes des fonctions cardio-respiratoires, gastro-intestinales, urinaires, etc.) ;
- les déficiences du squelette et de l'appareil de soutien (paralysie) ;
- les déficiences esthétiques (différence du visage, de la tête ou des membres).

Théories axées sur les dimensions sociologique et culturelle

Influence de l'environnement sur le développement individuel de chaque être humain

Exercer dans un hôpital psychiatrique (HP) ou en Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) ou bien encore en Institut Médico-Éducatif (IME), amène à travailler en équipe avec différents professionnels qui contribuent tous à soigner, à héberger ou encore à accompagner les personnes prises en charge. L'espace de vie dans lequel sont accueillis les « patients » ou les « usagers » est pensé et encadré par un **projet institutionnel**.

Les professionnels qui appartiennent à des métiers différents, et donc à des groupes professionnels distincts (psychiatres, infirmiers, AMP, rééducateurs, travailleurs sociaux, psychologues, etc.), participent à ce projet institutionnel en fonction de leurs missions et de leurs compétences. Leurs propositions et actions s'organisent les unes par rapport aux autres, au sein de cette **équipe pluridisciplinaire** (soit : composée de spécialistes des disciplines issues des sciences humaines médicales et infirmières, mais aussi sociales, psychologiques...). Cette organisation au sein d'une institution influence la manière de percevoir les patients et de les accompagner dans leur projet de vie. La réciproque est aussi vraie : la conception que l'on a du patient et de l'accompagnement modèle l'organisation au sein de l'établissement.

De leur côté, les personnes accompagnées ne sont pas uniquement des patients et des usagers, des personnes isolées et malades. Elles font aussi partie d'une famille, d'un groupe social ; elles possèdent une histoire, un passé qui s'est déroulé dans un environnement autre ; elles appartiennent à un groupe culturel donné ; elles ont des relations humaines au sein de l'établissement, etc.

On comprendra que les **interactions** sont **multiples au sein d'un établissement** : entre les patients, entre les professionnels, et au travers des groupes auxquels chacun appartient. Le contexte dans lequel exerce l'AMP est de ce fait fort complexe. L'AMP doit donc trouver sa place dans cet environnement, en fonction de sa personnalité, sa culture, son parcours, etc., et surtout en se référant aux missions spécifiques de sa profession.

Pour pouvoir prendre en compte toutes ces dimensions, et saisir leurs interactions, l'AMP doit maîtriser des outils d'analyse des situations vécues par les personnes accompagnées.

L'étude de situation. Éléments théoriques et méthodologiques

→ Le risque de la représentation sociale

La représentation sociale est un concept issu de l'approche psycho-sociale et signifie que nous percevons le monde qui nous entoure en fonction de nos croyances, nos opinions, nos valeurs, etc. Dans ce sens, chacun lit, interprète le réel à travers ses modèles de pensée, et croit qu'il s'agit de *la* réalité, une réalité unique dont il aurait connaissance de façon totalement objective. Alors que dans les faits, chacun a sa perception personnelle du réel.

Ce phénomène que vit le patient ou l'utilisateur comme l'AMP et les autres professionnels, et qu'on appelle la « représentation sociale », signifie donc ce processus par lequel chacun essaie de décoder les situations qu'il vit dans le monde extérieur à partir de son propre monde intérieur.

Chaque individu est ce qu'il est en fonction de son code génétique (théorie de l'**inné** : ce qui est transmis par les parents dans les gènes) et des relations et interactions qu'il a avec son environnement (théorie de l'**acquis** : ce qui s'acquiert, se construit après la naissance). Chaque personnalité est un « mélange » d'inné et d'acquis : de ce que ses parents lui ont transmis génétiquement et de son expérience de vie (éducation, croyances, valeurs, famille, vie sociale, affective, etc.). Ces deux dimensions s'entrecroisent et modèlent le développement affectif et social des individus, de la petite enfance à l'âge adulte. Les représentations sociales que chacun élabore sur l'autre sont elles-mêmes le produit de ces interactions, « mélanges », modelages et remodelages.

Ainsi, chaque professionnel construit sa propre représentation sociale des personnes et des choses à partir de sa propre formation initiale, de sa personnalité, de son histoire, des relations qu'il tisse dans le cadre du travail, etc.

EN RÉSUMÉ . . .

Les représentations sociales que nous nous faisons de l'autre et du monde sont liées à notre histoire dans un sens large, l'éducation que nous avons reçue, nos groupes d'appartenance, la société dans laquelle nous évoluons, etc. Les représentations sociales nous aident à comprendre l'autre et le monde, mais il faut être vigilant : on peut penser avoir raison, détenir *la* vérité, alors qu'on ne voit qu'à travers ses conceptions personnelles.

Pour comprendre la situation des usagers ou patients, l'AMP doit être conscient que ses pensées sont soumises à ses propres représentations sociales, qui peuvent restreindre ou transformer sa vision. Il doit aussi avoir à l'esprit que ses collègues, comme les usagers et patients, possèdent tous leurs propres représentations sociales.

▼ De « l'étude de cas » à « l'étude de situation »

L'AMP doit étudier la situation des personnes soignées, hébergées ou accompagnées. Pour intervenir de façon pertinente auprès d'elles, il est en effet indispensable de se faire une idée précise de leur situation particulière. C'est ainsi à travers l'**observation** et l'**analyse** que l'AMP se forme une représentation de la situation de l'autre, patient ou usager.

Une tendance naturelle semble-t-il, dans les métiers du soin et de l'accompagnement, est d'étudier l'autre comme un « cas » : soit de le définir et le décrire comme s'il s'agissait d'un tableau ou d'une photo, une vue fixe et figée qui le résumerait entièrement. Ce serait oublier que la personne évolue mais aussi qu'elle échappe largement à une compréhension facile et en totale. Pour éviter ce travers, l'AMP est invité à comprendre chaque situation comme liée à un **contexte**, soumise à des évolutions et des influences de l'**environnement** social, familial et culturel. Ainsi, dans l'étude d'une « situation », l'AMP ne réduit pas la personne à ses caractéristiques pathologiques (par exemple : « il a une névrose », « il est trisomique », etc.) mais l'intègre à un environnement qu'il saisit au moyen d'une multitude de points de vue.

EN RÉSUMÉ . . .

Dans la **logique d'une « étude de cas »**, l'AMP se représente le problème de la personne comme étant lié à son seul fonctionnement interne, alors que dans la **logique d'une « étude de situation »**, il se représente le problème à partir de tous les points de vue possibles : interne (génétique, physiologique, psychologique) et externe (psycho-social, sociologique et culturel).

▼ Comment mener une étude de situation¹¹

L'étude de situation est une démarche d'observation et d'analyse qui s'effectue en plusieurs phases.

1. La première phase, descriptive, se centre sur les événements et la situation : qui, quoi, où, quand, combien, pourquoi ? Cette phase permet à l'AMP de se construire une représentation concrète de la situation. Le professionnel doit alors être capable de situer son action dans un environnement, un contexte et une temporalité.

2. Une deuxième phase d'exploration consiste à interroger la situation. Il s'agit de formuler des questions pour vérifier que tous les niveaux de la réalité ont été explorés :

- niveau 1, la personne ;
- niveau 2, les relations entre les personnes ;
- niveau 3, les phénomènes de groupe ;
- niveau 4, l'organisation ;
- niveau 5, l'institution.

11. FUMAT Y., VINCENS C., ÉTIENNE R., *Analyser les situations éducatives*, ESF éditeur, 2003.

3. Une troisième phase dite « analytique » consiste à rapporter des éléments théoriques à la situation pour mieux la comprendre et/ou l'expliquer. Elle est conduite par l'animateur du groupe de réflexion, mais tous les membres du groupe peuvent apporter des connaissances théoriques. Cette phase vise à chercher des solutions au problème tel qu'il a été posé.

4. La dernière phase consiste à faire **la synthèse** des différents points de vue. En s'appuyant sur cette synthèse, on peut émettre ou pas des préconisations, résoudre ou pas les problèmes rencontrés, conclure ou pas avec des prises de décision.

EN RÉSUMÉ . . .

L'analyse des situations professionnelles est un travail qui se fait généralement en groupe. Elle s'appuie sur des situations réelles rapportées par les divers participants. La présentation que le professionnel fait de la situation s'appuie sur des principes : discrétion, non-jugement, anonymat des personnes et des lieux¹².

L'analyse des situations professionnelles est conduite et encadrée par un animateur qui propose d'étudier plusieurs dimensions de la réalité. Cette démarche d'étude de situation consiste à se forger seul, puis en groupe, une représentation de la réalité des personnes accompagnées ou soignées pour construire une démarche adaptée au mieux aux situations, besoins, envies, etc.

L'étude de situation. Illustration : Alfred en IME (Institut Médico-Éducatif)

▼ Phase 1. Qui, quoi, où, quand, combien, pourquoi ?

Alfred est âgé de 11 ans et originaire de la Guadeloupe. Il est accueilli en IME, en internat, depuis l'âge de 6 ans, dans la région parisienne. Sa prise en charge est liée à ses troubles du comportement et fait suite à une demande de l'Éducation nationale. Sa mère est en cure de désintoxication alcoolique. Son père ne vit plus au domicile familial et est souvent absent. Virginie, la petite sœur d'Alfred, est en situation de « polyhandicap » et accueillie dans un autre IME, en internat. À l'IME, pour le repas de midi, Alfred déjeune dans le réfectoire à la même table que son groupe, soit sept enfants. Alfred bave et se trouve de ce fait rejeté par ses camarades qui chahotent. Comment faire pour qu'ils l'acceptent ? Le réfectoire comprend au total six tables de sept à huit enfants. À chaque table sont présents deux professionnels. À la table d'Alfred, en l'occurrence, une AMP et un éducateur spécialisé.

▼ Phase 2. Avons-nous exploré tous les niveaux de la réalité ?

Niveau 1. La personne

Pourquoi Alfred bave-t-il ? A-t-il un traitement particulier ? Connaît-il l'utilisation de la serviette de table ? Bave-t-il en dehors des repas ? À quel moment du repas bave-t-il ?

12. Lorsque le dispositif d'analyse des situations professionnelles se déroule en centre de formation ou à l'extérieur de l'établissement ou du service dans lequel le professionnel exerce.

Niveau 2. Les relations entre les personnes

Est-il en conflit avec un ou une camarade au moment du repas ? Comment réagissent l'éducateur et l'AMP lorsqu'il bave ? Qui dans le groupe le chahute, et comment le chahute-t-il ? Comment réagit alors Alfred ?

Niveau 3. Le phénomène de groupe

Quelle est la place d'Alfred dans ce groupe ? À quel moment est-il en groupe en dehors des repas ? Est-il avec les mêmes camarades à chaque repas ?

Niveau 4. L'organisation

Combien de temps dure le repas ? Comment sont installées les tables ? Est-ce que les enfants peuvent se servir à manger ? À quel moment sont distribués les médicaments ?

Niveau 5. L'institution

Quelles sont les réponses apportées par l'équipe éducative lors des chahuts au moment du repas ? Quelles sont les sanctions posées ? Comment l'AMP ou l'ES travaille avec la famille à ce sujet ?

▼ Phase 3. Analyse et éléments théoriques

Au niveau de la personne

Alfred ne tient pas la bouche fermée, il a un problème à la mâchoire. Son mauvais positionnement explique qu'il ait des difficultés pour évacuer la salive. Il faut solliciter le médecin psychiatre au sujet des médicaments qu'il prendrait et observer le cas échéant leurs effets éventuels sur la salivation. Faut-il préconiser une orientation chez l'orthodontiste ?

Au niveau des relations et du groupe

On pourra proposer de travailler avec les jeunes sur l'estime de soi et le respect de l'autre. En effet, Alfred manifeste le désir de faire des efforts face à ce problème, pour mieux être intégré dans son groupe. Par ailleurs, le père d'Alfred souhaite participer à la mise en œuvre du projet personnalisé de son fils. On pourra proposer au père d'accompagner son fils lors des consultations médicales.

Au niveau de l'organisation et de l'institution

Il serait opportun d'aménager des repas en dehors de la salle commune et de proposer avec l'équipe éducative des moyens pour qu'Alfred participe à la préparation du repas (choix du menu, courses...).

▼ Phase 4. Synthèse des différents points de vue

- 1) Le médecin psychiatre réajuste le suivi médical d'Alfred à ces nouvelles données.
- 2) Le père propose d'accompagner son fils deux fois par mois chez l'orthodontiste.
- 3) L'éducateur et l'AMP mettent en place des repas à thème dans un espace adapté. La participation d'Alfred est importante dans ce projet : il pourra s'investir dans le choix du menu, par exemple, la rédaction de la liste des courses et la réalisation des achats au marché.

4) Il sera recherché un matériel, pour manger et boire, qui soit adapté à son handicap au niveau de la mâchoire.

L'épreuve de certification du DC1

Présentation du domaine de certification

Compétences évaluées	Une épreuve écrite organisée par la DRJSCS en fin de formation
<ol style="list-style-type: none">1. Connaissances permettant de situer la personne au stade de son développement.2. Connaissances des éléments permettant de situer la personne aidée dans son contexte socioculturel.3. Appréhender les incidences des pathologies, handicaps et dépendances dans la vie quotidienne des personnes.	Contrôle de connaissances 3 questions à choisir parmi les 4 proposées Durée de l'épreuve : 1 h 30 Note sur 20

Les objectifs de l'épreuve

Le contrôle des connaissances du candidat porte sur :

- les différents stades du développement de l'être humain ;
- l'influence du contexte socioculturel sur le développement de la personne ;
- les pathologies ;
- les déficiences et situations de handicap.

L'esprit de l'épreuve

Cette épreuve vise à évaluer la compétence du candidat à utiliser le vocabulaire approprié pour échanger avec les professionnels. La maîtrise des concepts permet au futur professionnel d'échanger sur les pratiques et d'analyser les situations particulières à partir d'un langage commun. Le (futur) professionnel s'appuie sur des éléments théoriques pour penser ses actions avant, pendant et après ses interventions auprès des patients ou usagers. Cette épreuve permet aussi de vérifier la capacité du candidat à transmettre à l'écrit des informations sur la personne aidée.

Les critères de notation

1. Capacité du candidat à situer la personne dans son développement physique et psychique : l'AMP est capable d'identifier les stades de développement de l'être humain afin de répondre de façon adaptée aux besoins de la personne aidée.

2. Capacité du candidat à situer la personne dans son cadre social et culturel : l'AMP est capable de prendre en compte le vécu et l'environnement socio-culturel de la personne aidée.
3. Connaissance des effets des pathologies, handicaps et dépendances dans la vie quotidienne : l'AMP connaît les conséquences liées aux différentes inadaptations et peut identifier les difficultés spécifiques à chacune.

BON À SAVOIR !

À titre indicatif : les correcteurs attribuent 6,5 points par réponse.

Une grille de correction est remise à chaque correcteur, le jour de la correction. Elle fournit des éléments de correction pour guider les correcteurs dans leur évaluation.

En cas de note inférieure à 10/20, le correcteur soumet la copie à l'avis d'un autre correcteur avant attribution de la note finale.

Conseils méthodologiques

Finalité de l'épreuve

L'épreuve du DC1 consiste à vérifier les connaissances du candidat en ce qui concerne les éléments de l'enseignement théorique donné dans le cadre du DF1.

Proposition de méthode

La forme de votre écrit

1. **Recopiez la question choisie.** Sa présence sur votre copie d'examen est nécessaire, le correcteur ne peut la deviner ! Il identifiera ainsi rapidement le contenu attendu selon son référentiel d'évaluation.
2. **Analysez-en le contenu.** Repérez dans la question quels sont les mots clés : vous définirez dans l'introduction de votre réponse les notions ou concepts liés à ces mots clés.
3. **Rédigez votre réponse.** Certaines questions nécessitent de répondre par un développement écrit de plusieurs lignes. Il convient alors de prendre soin de la présentation de votre copie : identifiez chaque paragraphe avec titre(s) et sous-titre(s). Ces titres et sous-titres représentent le plan de votre réponse. Veillez à définir les termes utilisés. Et pour finir, relisez votre copie afin de corriger les éventuelles fautes d'orthographe.

Le contenu de votre écrit

Choisissez vos questions (trois sur les quatre proposées) selon :

- vos connaissances sur le thème ;
- les arguments que vous allez pouvoir tirer de votre pratique professionnelle sur le sujet en question.

Il est en effet préférable d'**illustrer vos réponses** à l'aide d'exemples issus de votre expérience sur le terrain.

Dans votre introduction, définissez la pathologie qui est l'objet de la question et/ou les notions correspondant aux mots clés.

Dans votre développement, décrivez :

- les signes ou symptômes ;
- les causes (étiologies) ;
- les effets ou conséquences de la pathologie en question.

MÉMO

- ✓ **Signe et symptôme** sont souvent utilisés comme synonymes.
Signe : manifestation objective (physique) de la maladie qui aide à préciser le diagnostic (exemple : fièvre).
Symptôme : manifestation subjective ressentie par le malade et décrite par lui (exemple : douleur, angoisse).
- ✓ **Cause ou étiologie** : origine d'une maladie.
- ✓ **Conséquence** : effet de la maladie ou de la pathologie dans la vie de tous les jours (**déficiences et incapacités**).

Entraînement. Annales corrigées

Épreuve DC1 Île-de-France – mai 2012

DRJSCS D'ÎLE-DE-FRANCE (mai 2012)

Épreuve écrite : DC1 Connaissance de la personne

Question 1 : Le polyhandicap est un handicap grave à expressions multiples associant une déficience motrice et une déficience mentale sévère ou profonde. Quels sont les principaux troubles physiologiques (ou somatiques) souvent associés au polyhandicap ? Quels sont les gestes de prévention à mettre en œuvre dans l'accompagnement de la personne au quotidien ?

Question 2 : Donnez la définition de la maladie de Parkinson. Quels sont les trois signes permettant de reconnaître cette maladie ? Citez deux conséquences de cette maladie dans la vie quotidienne de la personne.

Question 3 : Amélie âgée de 16 ans est née trisomique 21. C'est une jeune fille hypersensible, très attachante, qui vit avec ses parents et son petit frère. Elle est scolarisée depuis deux ans dans une école spécialisée.

1. Donnez la définition et l'origine de la trisomie 21.
2. Citez au minimum quatre signes de la trisomie 21.

3. Expliquez quelles peuvent être les conséquences dans sa vie personnelle (citez deux conséquences) et dans sa vie familiale (citez deux conséquences).

Question 4 : L'adolescence est une période importante dans le développement de l'être humain. Décrivez-en les caractéristiques physiologiques, psychologiques et sociales.

Éléments de réponse

Question 1 : Le **polyhandicap** est un handicap grave à expressions multiples associant une déficience motrice et une déficience mentale sévère ou profonde. Quels sont les principaux **troubles** physiologiques (ou somatiques) souvent associés au polyhandicap ? Quels sont les **gestes de prévention** à mettre en œuvre dans l'accompagnement de la personne au quotidien ?

■ **Mots clés :** polyhandicap – troubles – gestes de prévention.

Au-delà de la déficience intellectuelle (absence de raisonnement), **une personne polyhandicapée** présente des **troubles divers** tels que les troubles moteurs (hypotonie), sensoriels (trouble de l'audition, de la vision), digestifs (trouble de l'élimination, constipation), cutanés (fragilité de la peau, escarres). D'autres troubles répandus existent chez la personne polyhandicapée comme l'épilepsie, les douleurs orthopédiques, l'insuffisance respiratoire (danger de fausses routes).

Les gestes de prévention à mettre en œuvre sont :

- le soulagement et le confort à partir de la connaissance et de la communication des critères objectifs de la douleur ;
- la surveillance de l'état général de la peau, du transit intestinal ;
- le développement de la vie relationnelle pour éviter la régression ;
- la mise en place d'une alimentation adaptée ;
- le développement d'activités sensori-motrices ;
- l'utilisation de matériel adapté pour faciliter les actes de la vie courante.

Question 2 : Donnez la définition de la **maladie de Parkinson**. Quels sont les **trois signes** permettant de reconnaître cette maladie ? Citez **deux conséquences** de cette maladie dans la vie quotidienne de la personne.

■ **Mots clés :** maladie de Parkinson – signes – conséquences.

La maladie de Parkinson est une affection dégénérative du système nerveux central.

Trois **signes** de cette maladie :

- l'hypertonie musculaire : rigidité des membres ;
- l'akinésie : lenteur et difficulté des mouvements ;
- les tremblements au repos.

Les **conséquences** dans la vie quotidienne sont, selon les stades d'évolution de la maladie, une perte de l'autonomie au niveau de la marche mais aussi des gestes mis en œuvre pour manger, s'habiller, se laver, etc.

Question 3 : Amélie âgée de 16 ans est née trisomique 21. C'est une jeune fille hypersensible, très attachante, qui vit avec ses parents et son petit frère. Elle est scolarisée depuis deux ans dans une école spécialisée.

1. Donnez la **définition** et l'**origine** de la **trisomie 21**.
2. Citez au minimum **quatre signes** de la trisomie 21.
3. Expliquez quelles peuvent être les **conséquences** dans sa vie personnelle (citez deux conséquences) et dans sa vie familiale (citez deux conséquences).

■ **Mots clés** : trisomie 21 – définition – origine – signes – conséquences.

1. La trisomie 21 ou syndrome de Down est une maladie génétique congénitale, elle est due à une anomalie chromosomique (chromosome 21 en surnombre : 3 chromosomes au lieu de 2).

2. Quatre signes de la maladie :

- les signes morphologiques (yeux écartés, tête large, bouche entrouverte, petite taille...);
- les malformations cardiaques (cardiopathie congénitale);
- le retard intellectuel ou cognitif;
- les troubles de la sensibilité.

3. Les conséquences sur la vie personnelle :

- Sur le *plan médical*, Amélie a des activités physiques et sportives limitées.
- Sur le *plan social*, elle connaît des difficultés d'intégration en milieu ordinaire.
- Sur le *plan de la vie de famille*, le petit frère peut éprouver un sentiment d'abandon vis-à-vis de ses parents et se retrouver en position de grand frère vis-à-vis de sa sœur. Les moyens financiers devront être recherchés pour améliorer la qualité de vie d'Amélie, notamment à l'âge adulte.

Question 4 : L'**adolescence** est une période importante dans le **développement** de l'être humain. Décrivez-en les **caractéristiques** physiologiques, psychologiques et sociales.

■ **Mots clés** : adolescence – développement – caractéristiques.

L'adolescence est une période dite de crise due à de nombreux changements. L'adolescence est une des étapes du processus de croissance avant d'aboutir à l'âge adulte.

Les caractéristiques physiologiques : sur le plan physique, le corps se transforme. On observe une phase de croissance physique qui est liée à la puberté : chez le garçon, la voix devient plus grave, la taille du pénis et des testicules augmente, la pilosité se

développe. Chez la fille, les seins prennent du volume, le bassin s'élargit, la pilosité et les règles font leur apparition.

Les caractéristiques psychologiques : l'esprit provocateur lié au développement intellectuel mais aussi à la capacité sexuelle est un élément caractéristique de cette période. Les adolescents peuvent se regrouper en fonction de leurs intérêts communs (chanteurs, vêtements, sports, etc.).

Les caractéristiques sociales : les adolescents peuvent provoquer et interroger la société et être incompris des adultes. L'adolescence se termine lorsque l'individu acquiert la possibilité de pourvoir à ses besoins propres sans pour autant être totalement indépendant des autres, mais en établissant des rapports avec son environnement socio-culturel.

Épreuve DC1 Région Centre – juin 2012

DIPLÔME D'ÉTAT D'AIDE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE – SESSION 2012 DC1 – CONNAISSANCE DE LA PERSONNE

- Durée 1 h 30 (10 h 30 à 12 h 00)
- 3 questions à choisir parmi les 4 proposées. Chaque question est notée sur 20 points.

Situation : Jérémie a 8 ans et vit avec ses parents au centre d'une grande ville de province. Il souffre de Troubles Envahissants du Développement (TED). Un diagnostic de syndrome autistique infantile a été posé à l'âge de 5 ans. Ses parents, Monsieur et Madame Blanc, sont propriétaires d'une maison de centre-ville et ont repris l'entreprise familiale de meubles créée par le père de Monsieur Blanc, âgé aujourd'hui de 80 ans. Son épouse, âgée de 75 ans, est accueillie 2 jours par semaine dans un accueil de jour pour personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. Ils habitent dans la même ville que leurs enfants. Les parents de Madame Blanc sont en bonne santé et savourent leur retraite dans un autre pays. Jérémie est accueilli 5 jours par semaine, en externat, dans un IME de cette ville, IME dans lequel vous êtes AMP. Victor, 5 ans, est le frère de Jérémie. Inscrit à l'école maternelle, il intègre le CP à la rentrée.

Question 1 : Situez le garçon de 5 ans au stade de son développement.

Question 2 : Définissez le syndrome autistique et les conséquences sur la vie quotidienne de Jérémie.

Question 3 : Que connaissez-vous de la maladie d'Alzheimer et de ses conséquences sur la vie quotidienne ?

Question 4 : Quels sont les différents éléments du contexte social et familial auxquels il convient d'être attentif ? Dites pourquoi.

Éléments de réponse *

Question 1 : Situez le garçon de **5 ans** au **stade** de son **développement**.

■ **Mots clés** : 5 ans – développement – stade.

Le développement du langage favorise la communication, apparition du « Pourquoi ? » qui indique que la curiosité se développe. Le vocabulaire s'enrichit de plus en plus. L'enfant a besoin de se dépenser physiquement. Il est fier de son autonomie : se laver seul, s'habiller seul, se brosser les dents, manger et aider à faire la vaisselle. Ses dessins sont de plus en plus précis et son agilité motrice se développe encore plus. Ses habiletés se développent encouragées par l'école maternelle. Reconnaissance des lettres de l'alphabet : il commence à reconnaître sa droite de sa gauche, la date et les jours, compter jusqu'à 20 et plus parfois. Les jeux s'enrichissent du fait du développement de sa vie imaginaire (jeux d'imitation). Dans les jeux collectifs, à 5 ans, il commence à jouer, à travailler en petits groupes.

Selon Piaget, l'enfant de 5 ans est au stade de la pensée pré-opératoire. Elle est caractérisée par la représentation symbolique (capacité d'évoquer des objets et des situations au moyen de signes et de symboles). Il peut, grâce au langage, raconter l'action, reconstituer le passé, anticiper l'action future. Il existe deux temps pour la pensée pré-opératoire. L'enfant de 5 ans peut alors se trouver à l'une ou l'autre phase :

- la pensée symbolique (de 2 à 4/5 ans) : pensée très égocentrique (centrée sur lui). Le jeu symbolique est très développé (« on ferait comme si... », « jeu de la marchande »). L'enfant aime mimer des situations (ours, poupées, dinettes, déguisements, etc.) ;
- la pensée intuitive (de 5 à 7 ans) : le raisonnement devient plus adapté au réel. Les notions de temps et d'espace difficiles à comprendre vont se constituer progressivement.

▼ *La représentation du monde chez l'enfant*

La pensée est égocentrique, c'est-à-dire que l'enfant est dans l'incapacité de se décentrer du seul point de vue possible, le sien. La pensée est magique, c'est-à-dire que pour l'enfant, tout peut apparaître et disparaître sans raison. Il croit que sa pensée modifie la réalité, qu'un objet ou un acte peut avoir une influence sur un autre objet.

Sigmund Freud évoque le stade phallique pour cet âge. Éveil d'une nouvelle zone érogène : la zone du sexe. Cette période est marquée par des rapports de puissance : développement du sentiment de rivalité, jalousie, ambition (« *t'es pas cap !* », « *mon papa est le plus fort !* »). Elle marque l'entrée dans le complexe d'Œdipe :

* Correction de la DRJSCS Centre. Avec son aimable autorisation pour cette reproduction.

1. Éveil à la différenciation sexuelle : l'enfant se rend compte par ses observations que le garçon a un attribut que la fille n'a pas.
2. L'angoisse de castration : cette découverte de la différence des sexes entraîne une angoisse de castration.
3. Le complexe d'Œdipe :
 - chez le garçon : il cherche à séduire sa mère mais le père est un obstacle ; sentiment de rivalité et de jalousie à l'égard de ce père ; culpabilité des sentiments et crainte d'être puni (par la castration) ;
 - chez la fille : elle cherche à séduire son père pour obtenir de lui le phallus qui lui manque ; sentiment de rivalité et de jalousie de la mère et rancœur à son égard (elle la tient responsable de ce manque), culpabilité de tels sentiments.

▼ **Comment résoudre toutes ces contradictions ?**

Résolution du complexe d'Œdipe : l'enfant doit abandonner la lutte à l'égard du parent rival car la situation est intenable. Il se tourne vers d'autres objets d'amour plus « autorisés » (d'autres hommes et femmes). Le garçon va désirer grandir pour ressembler à son père (identification) et conquérir plus tard une partenaire comme sa mère. La fille va désirer grandir pour ressembler à sa mère (identification) et conquérir plus tard un partenaire comme son père.

▼ **Quelles sont les conséquences de cette période ?**

- L'acceptation par l'enfant de son identification sexuée.
- L'intériorisation des images parentales, des exigences et interdits parentaux et de l'interdit de l'inceste (interdit de pratiques sexuelles avec ses parents, frères et sœurs). Cette intériorisation renforce le Surmoi (concept issu de la psychanalyse et qui représente l'instance qui découle de la résolution du complexe d'Œdipe).
- Le développement du principe de réalité (frustration) qui s'oppose au principe de plaisir et de toute-puissance.
- L'acceptation de la relation triangulaire (l'enfant accepte la présence d'une troisième personne et sort de la relation exclusive avec sa mère).
- Le développement de la sublimation qui est un mécanisme de défense qui permet la transformation de l'énergie pulsionnelle en énergie disponible pour les activités.

Question 2 : Définissez le **syndrome autistique** et les **conséquences sur la vie quotidienne** de Jérémy.

■ **Mots clés** : syndrome autistique – conséquences sur la vie quotidienne.

Le syndrome autistique appartient aux troubles envahissants du développement selon le DSM-IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux). C'est une pathologie complexe et source de nombreux conflits parmi les prises en charge proposées.

Étiologie : la cause du syndrome autistique est multifactorielle (prédispositions génétiques et environnement).

On définit ce syndrome selon la fameuse triade autistique :

- altération qualitative des interactions sociales ;
- altération qualitative de la communication ;
- caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités.

➤ **Conséquences sur la vie quotidienne**

Les troubles du contact : la personne établit rarement le contact, paraît le fuir. Elle évite le contact visuel (regard périphérique : de biais). Elle manque d'empathie (capacité de ressentir les émotions de quelqu'un), incapable d'exprimer des émotions dans les mimiques (geste ou expression du visage qui exprime une pensée), pauvreté des relations sociales.

L'utilisation des objets : la personne utilise les objets de façon détournée ou stéréotypée (répétition de gestes). Il n'y a pas de jeux spontanés ni imaginatifs. Intérêt pour des objets inhabituels. Intérêts restreints.

La communication et le langage : le langage peut être absent. S'il est présent, il présente un retard avec écholalie (répétition de toute ou d'une partie de la phrase), avec débit et rythme particuliers.

Les réactions bizarres à l'environnement : toutes les modalités sensorielles peuvent être affectées. Hypo ou hyper réactivité aux sons, aux lumières. Intolérance aux changements.

Les émotions : peu d'émotions ou exprimées de façon inadéquate mais réactions d'angoisse, colères, peurs inhabituelles. L'auto-agressivité (retournement de l'agressivité contre soi-même) et l'hétéro-agressivité (agressivité à l'égard d'un autre) sont possibles.

La motricité : peut être réduite (pas d'initiatives) ou augmentée (agitation sans cesse).

Les fonctions intellectuelles : développement hétérogène ou qui manque d'unité (secteurs performants, d'autres sont déficitaires). Les capacités ne permettent pas une adaptation à la réalité.

L'autisme, c'est aussi des défenses et des angoisses de morcellement (impression de partir en morceaux, de s'effondrer), de chute, etc.

➤ **Conséquences sur la vie quotidienne de Jérémie**

Autonomie : il peut avoir besoin d'aide pour s'habiller, manger, sortir à l'extérieur.

Lien social : il est possible qu'il existe des problèmes de comportement. Ainsi, les relations avec les voisins et les amis peuvent être compliquées, ainsi que toute sortie à l'extérieur.

Liens familiaux : Victor, le petit frère, peut sentir une différence de traitement entre lui et son frère si les parents surprotègent Jérémy. Il peut aussi vivre des week-ends qui dépendent de Jérémy plutôt que de ses envies.

▼ **Évolution à l'adolescence**

Angoisses massives liées aux changements corporels (puberté), avec des risques de passages à l'acte. Changements des relations avec les parents.

▼ **Évolution à l'âge adulte**

Stabilisation et persistance des comportements et bizarreries de langage. Parfois une décompensation psychiatrique.

▼ **Sur le plan des soins**

La plupart des spécialistes de l'autisme estime qu'une prise en charge multiple permet une approche des plus efficaces pour améliorer le confort de vie des personnes : méthodes éducatives comportementales (méthodes qui s'appuient sur des apprentissages), aide à la communication, travail sur l'enveloppe corporelle (qui permet de délimiter le dedans et le dehors du corps), suivi psychothérapeutique, art-thérapie (méthode artistique qui utilise le potentiel et la créativité des personnes). Au vu de la complexité et de l'étendue des domaines touchés par cette pathologie, il paraît en effet difficile d'imaginer qu'une seule thérapie puisse régler tous les problèmes.

Question 3 : Que connaissez-vous de la **maladie d'Alzheimer** et de ses **conséquences sur la vie quotidienne** ?

■ **Mots clés** : maladie d'Alzheimer – conséquences sur la vie quotidienne.

Définition : la maladie d'Alzheimer est une affection neurologique (maladie du cerveau), avec des débuts insidieux (insignifiants en apparence) et d'évolution lentement progressive qui se caractérise par une dégénérescence des cellules nerveuses avec altération irréversible des fonctions cognitives (problème d'attention, de mémoire, de langage).

Étiologie : la cause de cette maladie est due à une protéine (l'amyloïde bêta) qui se dépose autour des vaisseaux sanguins cérébraux formant des plaques séniles entraînant la mort des neurones. On parle parfois des trois stades de la maladie : le *premier stade*, le *stade avancé* et le *stade sévère*. (Le premier stade se caractérise par des troubles mnésiques et comportementaux. La personne oublie des mots, a des pertes des souvenirs récents. Le stade avancé se caractérise par une difficulté à s'exprimer avec une perte progressive de l'autonomie. Au stade sévère, la mémoire est altérée, le patient n'est plus autonome et le maintien à domicile devient problématique.)

Aspects cliniques. On retrouve les aspects cliniques ci-dessous mais de façon plus intense au fur et à mesure de la progression des stades :

- troubles de la mémoire ;
- troubles de l'attention ;
- désorientation temporo-spatiale ;
- aphasie : perte des mots, puis perte du langage ;
- troubles de la lecture et de l'écriture ;
- apraxie : perte des gestes usuels ;
- agnosie : perte de la reconnaissance ;
- altération du raisonnement ;
- perte de la pensée abstraite ;
- anosognosie : perte de la conscience de la maladie ;
- troubles psychiques : anxiété, dépression, irritabilité ;
- troubles du comportement : agitation, déambulation, errance, « fugues », agressivité verbale ou physique ;
- troubles psychotiques : hallucinations, illusions, idées délirantes, troubles de l'identification ;
- troubles alimentaires, du sommeil, sphinctériens.

▼ **Conséquences pour le malade**

Psychologiques : difficulté progressive à gérer son existence. La personne n'arrive pas à prendre de décisions et les activités de la vie quotidiennes sont difficiles à réaliser.

Psychiques : désorganisation de la personne. La personne a un sentiment de perte de contrôle de sa vie et s'inquiète du déclin cognitif.

Sociales : rupture relationnelle. La personne a tendance à s'isoler et s'exclut de la vie sociale.

Question 4 : Quels sont les différents éléments du **contexte social et familial** auxquels il convient d'être attentif ? Dites pourquoi.

■ **Mots clés** : contexte social et familial.

M. et Mme Blanc ont deux enfants : Jérémy, 8 ans, souffrant de troubles autistiques, et Victor, 5 ans, accueilli au CP à la rentrée prochaine. Les parents de M. Blanc sont âgés, sa mère souffre de la maladie d'Alzheimer. Les parents de Mme Blanc vivent leur retraite à l'étranger.

L'état de santé de la mère de M. Blanc nécessite un accueil de jour deux fois par semaine. On ne sait pas qui l'accompagne et si M. et Mme Blanc sont mobilisés pour cet accompagnement au vu du grand âge de ses parents. L'état de santé va-t-il se dégrader rapidement demandant à prendre des décisions importantes sur le plan matériel et sur le plan affectif ? Quant au père de M. Blanc, comment vit-il la situation

et l'état de son épouse ? On imagine que les contacts entre M. Blanc et ses parents sont fréquents. D'autant plus que la transmission intergénérationnelle de l'entreprise du père a certainement contribué à établir de bons rapports familiaux. La proximité géographique aussi. Professionnellement, M. et Mme Blanc sont très occupés en tant que directeurs d'entreprise. Leur situation financière semble stable puisqu'ils sont propriétaires d'une maison en centre-ville. Le couple doit être soudé et solide pour exercer dans la même entreprise et affronter ensemble les soucis quotidiens.

Jérémy, aujourd'hui en externat, nécessite un accompagnement particulier dans la vie quotidienne au vu de sa pathologie. Victor, le petit frère, s'accommode-t-il bien de la situation ? Surtout à un âge où la demande d'affection peut être importante envers un des parents. L'arrivée au CP va aussi demander aux parents d'être attentifs à sa scolarité. Ce petit garçon qui va bien est aussi un élément positif pour le couple qui ne semble pas avoir de soucis de ce côté-là. Le fait que les parents de Mme aillent bien et profitent de leur retraite est aussi un élément positif.

Quel temps peuvent-ils consacrer à des loisirs personnels entre l'accompagnement de la mère de M. Blanc et les allers-retours à l'IME pour Jérémy, à l'école pour Victor ? Une bonne organisation est indispensable et une aide extérieure serait la bienvenue si elle n'existe pas. Les parents de Mme Blanc ne peuvent les soutenir et leur permettre de sortir de temps en temps. L'IME est un élément positif dans ce contexte car il permet une prise en charge adaptée pour Jérémy. Ses parents peuvent aussi bénéficier d'un réseau de parents ou de groupes de parole. L'équipe pluri-professionnelle peut les aider. Il est possible qu'ils aient les moyens financiers de faire garder les enfants de temps en temps. De plus, comme ils sont dans une grande ville, ils peuvent bénéficier de ce que la commune met à leur disposition : loisirs, culture, mais aussi services divers, transports...

Épreuve DC1 Région Sud-Est – mars 2012

Épreuve DRJSCS (mars 2012) DC1 – Contrôle de connaissances

Durée : 1 h 30 Notation sur 20

Vous devez choisir 3 questions parmi les 4 proposées.

Question 1 : Qu'est-ce que la maladie d'Alzheimer ?

Question 2 : Vous travaillez dans un établissement accueillant des personnes en situation de handicap et certaines sont sujettes à l'épilepsie. Décrivez les manifestations de l'épilepsie. Précisez les facteurs déclenchants.

Question 3 : Depuis quelques années, on relève un nombre croissant d'adolescents souffrant de dépression. Quels en sont les signes les plus évocateurs ?

Question 4 : Citez les avantages et les inconvénients pour une personne âgée entrant en institution.

Éléments de réponse

Question 1 : Qu'est-ce que la **maladie d'Alzheimer** ?

■ **Mot clé** : maladie d'Alzheimer.

La maladie d'Alzheimer est une maladie du cerveau, neuro-dégénérative, entraînant une détérioration progressive et définitive des cellules nerveuses. Cette maladie s'inscrit dans la catégorie des démences séniles caractérisées par une détérioration intellectuelle et des troubles du comportement.

Les principaux symptômes caractéristiques de la maladie d'Alzheimer sont :

- les troubles de la mémoire (amnésie) ;
- les troubles de la reconnaissance des objets (agnosie) ;
- les troubles du langage (aphasie) ;
- les troubles dans l'exécution des gestes (apraxie).

Question 2 : Vous travaillez dans un établissement accueillant des personnes en situation de handicap et certaines sont sujettes à l'**épilepsie**. Décrivez les **manifestations** de l'épilepsie. Précisez les **facteurs déclenchants**.

■ **Mots clés** : épilepsie – manifestations – facteurs déclenchants.

L'épilepsie est une affection neurologique qui se manifeste par une décharge électrique au niveau du cerveau.

On distingue différentes **manifestations d'épilepsie** selon l'ampleur de la décharge :

- la **crise généralisée** touche les deux hémisphères cérébraux et se manifeste par des crises tonico-cliniques (appelées aussi grand mal) : perte de connaissance avec chute, mouvements convulsifs et morsure de la langue. Durant la crise, on distingue la phase tonique où tous les muscles du corps sont contractés et la phase clonique où se manifestent les convulsions ;
- la **crise partielle ou focale** se limite à certaines régions du cortex cérébral et se manifeste par des troubles divers : troubles sensoriels, moteurs, de la mémoire et de la conscience.

Les **facteurs déclenchants** sont :

- l'exposition à une lumière intense ;
- la fatigue ;
- l'essoufflement ;
- les facteurs émotifs ;
- les traumatismes crâniens.

Question 3 : Depuis quelques années, on relève un nombre croissant d'**adolescents** souffrant de **dépression**. Quels en sont les **signes** les plus évocateurs ?

■ **Mots clés** : adolescents – dépression – signes.

Les signes les plus évocateurs de *dépression chez les adolescents* sont :

- la tristesse ;
- le désintérêt et le déplaisir ;
- les pensées négatives ou idées suicidaires ;
- les troubles du sommeil ;
- l'isolement et l'échec scolaire ;
- les fugues ;
- les conduites addictives (alcool, drogue, etc.) ;
- les troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie).

Question 4 : Citez les **avantages** et les **inconvenients** pour une **personne âgée entrant en institution**.

■ **Mots clés** : avantages – inconvenients – personne âgée entrant en institution.

▼ **Avantages de l'entrée en maison de retraite**

Certaines maisons de retraite sont équipées d'appartements et ont un service de soins adaptés au vieillissement et à certaines maladies (Parkinson, Alzheimer...). Le maintien à domicile ne permet pas de rencontrer d'autres personnes. La personne âgée peut souffrir de solitude chez elle alors que la maison de retraite favorise les échanges. Par ailleurs, en maison de retraite, la personne âgée peut bénéficier d'une prise en charge adaptée (avec l'aide d'un psychomotricien et d'un ergothérapeute), ce qui est souvent difficile à mettre en place au domicile. Enfin, l'institution soulage la famille aidante quand la dépendance devient trop lourde.

Au sein des maisons de retraite, des unités de soins adaptés proposent durant la journée des activités sociales et thérapeutiques en aménageant l'espace de vie.

▼ **Inconvénients**

Certaines personnes quand elles entrent en maison de retraite perdent leurs repères ainsi que leur autonomie. Ces personnes « déracinées » ou « délocalisées », en contexte inconnu, peuvent « décompenser », ou autrement dit réagir avec des troubles psychologiques plus ou moins durables et graves en fonction de leur situation.

Épreuve DC1 Région Aquitaine – 2012

Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale Aquitaine

DIPLOME D'ÉTAT D'AIDE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ÉPREUVE ÉCRITE DC1 – « Connaissance de la personne »

La durée de l'épreuve est d'une heure et trente minutes.

(Notation sur 20 points. À titre indicatif, deux points sont réservés pour la forme.)

Vous devez répondre à trois questions parmi les quatre proposées.

- **Question 1** (6 points) : Comment pouvez-vous définir la dépression ? Vous citerez les principaux signes observables évocateurs d'une dépression.
- **Question 2** (6 points) : En tant qu'aide médico-psychologique, vous accompagnez une personne qui a fait un AVC. Définir ce qu'est un AVC, puis préciser quelles peuvent être les conséquences (physiques, psychologiques et sociales) pour la personne.
- **Question 3** (6 points) : La sclérose en plaques est une maladie neuro-dégénérative. Définissez-la. Présentez deux troubles relatifs à cette maladie.
- **Question 4** (6 points) : Définir ces termes : aphasie, apraxie, agnosie.

Éléments de réponse

Question 1 : Comment pouvez-vous définir la **dépression** ? Vous citerez les principaux **signes** observables évocateurs d'une dépression.

■ **Mots clés** : dépression – signes.

▼ *Définition de la dépression, ses signes*

La dépression est un état pathologique en réaction à des facteurs sociaux (perte d'un emploi par exemple) et psychologiques (traumatismes, deuils, etc.). Certains spécialistes évoquent des facteurs physiologiques (anomalies de certaines substances chimiques). Il est difficile de savoir à l'heure actuelle la cause de la dépression. Plusieurs facteurs sont en jeu. La dépression se caractérise par la tristesse et un ralentissement psychomoteur (baisse du tonus et de l'activité mentale). Selon le DSM-IV, on observe des troubles des fonctions végétatives (troubles du système nerveux), une perte d'énergie, des troubles du sommeil et de l'appétit, des troubles de la motivation (déficit de l'intérêt, baisse des plaisirs et de l'activité, idées suicidaires), des troubles des fonctions cognitives (dysfonctionnements dans le traitement de l'information), des attitudes négatives, un sentiment de dévalorisation.

Question 2 : En tant qu'aide médico-psychologique, vous accompagnez une personne qui a fait un **AVC**. Définir ce qu'est un AVC, puis préciser quelles peuvent être les **conséquences** (physiques, psychologiques et sociales) pour la personne.

■ **Mots clés** : AVC – conséquences.

▼ *Définition de l'AVC, ses conséquences*

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est une lésion cérébrale suite à une lésion vasculaire (obstruction ou rupture d'un vaisseau sanguin). Les conséquences de

l'AVC dépendent de la zone du cerveau endommagé et de l'étendue de la lésion. Les manifestations ou les conséquences de l'AVC sont les suivantes :

- *sur le plan physique* : paralysie complète ou partielle du visage, d'un bras ou d'une jambe d'un côté du corps (hémiplégie), cécité ou trouble de la vue, vertiges et troubles de l'équilibre ;
- *sur le plan psychique* : troubles cognitifs et de la perception, entraînant des incapacités à comprendre, à s'exprimer ; la personne présente une perte de l'estime de soi (elle se dévalorise), une fatigue permanente, des sentiments de frustration ;
- *sur le plan social* : la personne est dépendante de son environnement ; la vie familiale, personnelle et professionnelle, est perturbée.

Question 3 : La **sclérose en plaques** est une maladie neuro-dégénérative. Définissez-la. Présentez deux **troubles** relatifs à cette maladie.

■ **Mots clés** : sclérose en plaques – troubles.

▼ **Définition de la sclérose en plaques, ses troubles**

La sclérose en plaques est une maladie du système nerveux central. Elle se caractérise par l'altération de la myéline (substance isolant et protégeant les fibres nerveuses) qui joue un rôle dans le cheminement de l'influx nerveux. Les symptômes sont très variables :

- des *troubles sensitifs* (sensibilité au toucher, fourmillements) ;
- des *troubles de la vision* (diminution de l'acuité visuelle) ;
- des *troubles neurologiques* (problème d'élocution, vertige), des troubles moteurs (fatigue à la marche, spasticité qui se caractérise par une contraction exagérée du muscle) ;
- des *troubles urinaires et sexuels* (incontinence, impuissance).

Question 4 : Définir ces termes : **aphasie, apraxie, agnosie**.

■ **Mots clés** : aphasie – apraxie – agnosie.

▼ **Définitions**

Aphasie : c'est un trouble du langage qui se caractérise par une difficulté d'articulation et de prononciation des mots.

Apraxie : c'est un trouble qui se caractérise par la perte de la compréhension de l'usage des objets.

Agnosie : c'est un trouble dans la reconnaissance des objets.

Épreuve DC1 Région Bretagne – mai 2012

DRJSCS Bretagne DEAMP – Session mai 2012 ÉPREUVE DE CONTRÔLE DE CONNAISSANCES

DC1 : Connaissance de la personne

Vous répondrez à 3 questions à choisir parmi les 4 proposées.

Durée 1 h 30

Question 1 : Qu'est-ce que la phobie ? En vous appuyant sur un exemple de phobie, vous en présenterez les conséquences sur la vie quotidienne des personnes.

Question 2 : Une jeune femme vient d'apprendre qu'elle est atteinte de sclérose en plaques. Quels sont les principaux symptômes de cette maladie ? Quels conseils pouvez-vous lui donner pour mieux vivre avec la maladie au quotidien ?

Question 3 : Le médecin annonce à la femme de son patient que son mari est atteint de la maladie d'Alzheimer. À quels symptômes doit-elle s'attendre lors de l'évolution de la maladie ?

Question 4 : Que sont les conduites addictives ? Quelles en sont les manifestations ? Vous citerez 2 exemples d'addiction.

Éléments de réponse

Question 1 : Qu'est-ce que la **phobie** ? En vous appuyant sur un exemple de phobie, vous en présenterez les **conséquences** sur la vie quotidienne des personnes.

■ **Mots clés :** phobie – conséquences.

▼ *Qu'est-ce que la phobie ?*

C'est une peur irraisonnée déclenchée par un objet ou une situation. La phobie peut se développer suite à un événement traumatique. Elle se caractérise par une forte angoisse et des conduites d'évitement de l'objet ou de la situation phobogène. La phobie se présente sous plusieurs formes :

- les *phobies d'espace* : agoraphobie (peur des grands espaces : foire), claustrophobie (peur des espaces clos : ascenseur) ;
- les *phobies sociales* : peur du contact humain, qu'il soit physique ou relationnel ;
- les *phobies d'animaux* ;
- les *phobies d'impulsion* : peur d'accomplir certains actes (défenestration par exemple).

▼ *Les conséquences de la phobie*

La phobie a des conséquences sur la vie sociale et professionnelle de la personne. L'agoraphobe, par exemple, a peur de la foule et donc les déplacements à l'exté-

rieur sont diminués, avec une tendance à s'isoler au domicile. En général, les personnes phobiques sont sujettes à des attaques de panique qui se caractérisent par des sentiments de terreur associés à une accélération du rythme cardiaque, une perte de connaissance ou des sueurs. Une personne atteinte de phobie sociale, par exemple, devient anxieuse à l'idée d'être face à un public et peut être sujette à une crise de panique si elle doit agir ou parler face à ce même public.

Question 2 : Une jeune femme vient d'apprendre qu'elle est atteinte de **sclérose en plaques**. Quels sont les principaux **symptômes** de cette maladie ? Quels **conseils** pouvez-vous lui donner pour mieux vivre avec la maladie au quotidien ?

■ **Mots clés :** sclérose en plaques – symptômes – conseils.

▼ **Définition et symptômes de la sclérose en plaques**

La sclérose en plaques est une affection du système immunitaire responsable de dommages sur le système nerveux central (le cerveau et la moelle épinière). Elle se manifeste par divers symptômes :

- des troubles de la vue ;
- une fatigue anormale ;
- des troubles de la marche et des tremblements ;
- des pertes d'équilibre, des spasmes ou contractures musculaires (spasticité) ;
- des troubles urinaires et sexuels.

▼ **Conseils**

La sclérose en plaques évolue différemment selon les personnes. À son stade ultime, elle peut entraîner la mort. Au-delà du traitement médicamenteux, des changements dans le mode de vie peuvent permettre d'atténuer les symptômes. Les conseils pour mieux vivre la maladie sont :

- le repos ;
- les activités physiques ;
- l'hygiène alimentaire ;
- l'arrêt du tabac ;
- du café et de l'alcool ;
- la gestion du stress (relaxation).

Question 3 : Le médecin annonce à la femme de son patient que son mari est atteint de la **maladie d'Alzheimer**. À quels **symptômes** doit-elle s'attendre lors de l'évolution de la maladie ?

■ **Mots clés :** maladie d'Alzheimer – symptômes.

▼ *Symptômes de la maladie d'Alzheimer*

C'est une maladie du cerveau caractérisée par une dégénérescence progressive des cellules du cerveau. L'évolution de cette maladie se caractérise par plusieurs étapes ou stades qui entraînent des changements variables selon les personnes. Les symptômes qui apparaissent lors de l'évolution de la maladie sont : les troubles de la mémoire à court terme (amnésie), la diminution du raisonnement et de la compréhension, la désorientation, les troubles du langage (aphasie), les troubles dans la reconnaissance des objets et des personnes (agnosie), les troubles dans l'exécution des gestes (apraxie), les troubles de l'humeur.

Question 4 : Que sont les **conduites addictives** ? Quelles en sont les **manifestations** ? Vous citerez **2 exemples** d'addiction.

■ **Mots clés** : conduites addictives – manifestations – 2 exemples.

▼ *Définition des conduites addictives et exemples*

L'addiction est une conduite de dépendance à une substance (alcool, tabac, drogues...) mais aussi à certains comportements (jeu par exemple).

▼ *Manifestations*

L'état d'addiction se manifeste par une dépendance physique et psychique. La dépendance physique s'observe par la tolérance au produit qui nécessite une augmentation de la dose pour obtenir les effets souhaités. Le syndrome de manque se manifeste par des troubles psychiques : anxiété et troubles neurologiques.

Épreuve DC1 Région Nord-Pas-de-Calais – avril 2013

DRJSCS Nord-Pas-de-Calais
DEAMP – SESSION AVRIL 2013
ÉPREUVE DE CONTRÔLE DE CONNAISSANCES
DC1 : Connaissance de la personne

Vous répondrez à 3 questions à choisir parmi les 4 proposées.
Durée 1 h 30

Question 1 : Citez les principaux aspects psychologiques du vieillissement chez la personne et leurs incidences dans la relation à autrui.

Question 2 :

L'être humain est doté de sens :

1. À quoi servent-ils ?

Avec l'âge, ils se modifient :

2. Citez pour chacun d'entre eux une difficulté rencontrée en tant qu'AMP.
3. Quelles activités et quels moyens mettez-vous en place pour accompagner et stimuler la personne ?

Question 3 :

1. Définissez le développement psychomoteur de l'enfant.
2. Citez les grandes étapes chez l'enfant de 0 à 2 ans.
3. Précisez en quoi le bon développement psychomoteur chez un enfant est important.

Question 4 :

1. Qu'est-ce que l'autonomie ?
2. Dans votre fonction d'AMP, comment pouvez-vous l'encourager ? Citez 2 exemples.

Éléments de réponse

Question 1 : Citez les principaux **aspects psychologiques** du **vieillessement** chez la personne et leurs **incidences dans la relation à autrui**.

■ **Mots clés :** aspects psychologiques – vieillissement – incidences dans la relation à autrui.

Le vieillissement est un processus normal dans l'existence d'un être humain. Le corps change à cette étape de la vie. C'est un processus physiologique inscrit dans le programme génétique. Du point de vue psychologique, la personne qui vieillit peut éprouver un sentiment de dévalorisation au regard des difficultés motrices (baisse du tonus, ralentissement...), sensorielles (surdité, problèmes de vue...) et de la baisse des facultés mentales (problèmes de mémoire...).   la mort du conjoint, la personne âgée à la retraite peut ressentir un sentiment d'inutilité, entraînant un isolement affectif et relationnel. L'approche de sa propre mort est aussi une préoccupation. L'absence de relation à autrui renforce la solitude et peut entraîner la dépression.

Question 2 : L'être humain est doté de **sens** :

1.   quoi servent-ils ?
- Avec l'âge, ils se modifient :
2. Citez pour chacun d'entre eux une **difficulté** rencontrée en tant qu'AMP.
 3. Quelles **activités** et quels **moyens** mettez-vous en place pour accompagner et stimuler la personne ?

■ **Mots clés :** sens – difficulté – activités – moyens.

▼ **Cinq sens : vue, ouïe, odorat, toucher, goût**

1. Les cinq sens jouent un rôle primordial dans notre existence car ils permettent de nous repérer dans notre environnement et d'échanger avec le monde qui nous entoure. Les sens permettent d'éprouver du plaisir et de nous avertir des dangers. La vue permet de voir, l'ouïe permet d'entendre les sons, l'odorat permet de sentir les odeurs, le toucher permet d'établir avec la peau un contact avec le monde extérieur, le goût permet de reconnaître les aliments.

2. La personne peut être confrontée au moment du vieillissement à des problèmes liés aux capacités sensorielles. Selon les pathologies et les besoins spécifiques de chaque personne, l'AMP peut proposer des moyens pour stimuler et faciliter l'accompagnement des personnes.

▼ **Face à des problèmes de vue :**

L'AMP peut proposer des moyens pour faciliter les gestes de la vie quotidienne (cuisiner, lire ou regarder la télévision), comme par exemple :

- proposer des aides visuelles en consultant l'ophtalmologiste (lunettes grossissantes, loupes de lecture, etc.) ;
- se remémorer la place des objets (ustensiles de cuisine ; emplacement des journaux, des livres, de la télécommande pour la télévision, etc.) ;
- aider à se repérer dans le déplacement d'une pièce à l'autre (compter le nombre de marches, par exemple, si la personne vit dans un espace de vie avec étages) ;
- mettre en place des activités pour stimuler la reconnaissance des formes ou le contraste des couleurs.

▼ **Face à des problèmes d'ouïe :**

- proposer une aide auditive (appareil auditif), en consultant un spécialiste (médecin ORL ou audioprothésiste) ;
- la rassurer en lui apportant une aide pour installer l'appareil auditif ;
- communiquer sans bruits de fond (baisser le son de la radio, ne pas parler à plusieurs), parler lentement, reformuler ;
- se placer face à la personne et modifier sa manière de s'exprimer : utiliser des photos, journaux, revues ou images.

▼ **Face à des problèmes de goût et d'odorat :**

- accompagner dans le choix des menus (atelier cuisine) ;
- reconnaître la nourriture avariée (être attentif aux dates de péremption) ;
- proposer des activités de reconnaissance des odeurs (parfums, savons, fleurs, etc.) ;
- accompagner dans le choix des vêtements, quand ils sont sales.

▼ **Face à des problèmes de toucher :**

- permettre d'évaluer le sens du toucher (réactions à la chaleur, à la douleur, etc.) ;
- accompagner lors de l'habillage, de la mise en place de bas de contention et de chaussures par exemple ;

- sécuriser les déplacements ;
- mettre en place un atelier pour stimuler le sens du toucher : perception et palpation de différents tissus (laine, soie, velours, etc.), d'objets (pâte à modeler, bois, fer, etc.) ou de formes (billes, jetons, boîtes, etc.).

Question 3 :

1. Définissez le développement psychomoteur de l'**enfant**.
2. Citez les grandes **étapes** chez l'enfant de 0 à 2 ans.
3. Précisez en quoi le bon **développement psychomoteur** chez un enfant est important.

■ Mots clés : enfant – développement psychomoteur – étapes.

1. Le développement psychomoteur de l'enfant est lié à la maturation du système nerveux et concerne les acquisitions de l'enfant sur le plan moteur (mouvement du corps et des membres) et sur le plan cognitif et affectif (intelligence, langage, interaction avec l'environnement). Il correspond aux acquisitions sensorielles, motrices et cognitives qui marquent les étapes de l'existence.

2. Les grandes étapes de ce développement chez l'enfant de **0 à 2 ans** sont :

- réponse au sourire vers 2 mois ;
- maintien de la tête vers 3 mois ;
- acquisition de la préhension volontaire (à distance) vers 5-6 mois ;
- acquisition de la position assise sans soutien vers 9 mois ;
- notion de permanence de l'objet vers 9 mois ;
- préhension des objets avec le pouce et l'index (pince) vers 12 mois ;
- acquisition de la marche entre 12 et 18 mois ;
- jeu d'imitation (faire semblant) vers 22 mois ;
- association de 2 mots vers 24 mois.

3. Le bon développement psychomoteur chez un enfant est important car il permet de repérer si l'enfant acquiert les compétences nécessaires pour échanger et interagir avec l'environnement. Le développement psychomoteur normal s'appuie sur des repères chronologiques qui prennent en compte les variations interindividuelles. Ces variations sont liées aux différences de développement entre les individus : elles peuvent être d'origine génétique ou environnementale.

Question 4 :

1. Qu'est-ce que l'**autonomie** ?
2. Dans la fonction d'AMP, comment pouvez-vous l'encourager ? Citez **2 exemples**.

■ Mots clés : autonomie – 2 exemples.

1. Par définition, l'autonomie signifie « se gouverner par ses propres lois ». Une personne autonome est dans la capacité de faire des choix et de gérer ses dépendances physiques, psychiques et sociales. Une personne autonome est une

personne en capacité de choisir son projet de vie. L'autonomie est liée aux notions de dépendance et d'indépendance. En général, lorsqu'on évoque la notion de « perte d'autonomie », on signifie qu'une personne est dans l'impossibilité de choisir et d'effectuer des actes de la vie courante. Une personne dépendante a besoin d'aide dans les actes de la vie quotidienne. Une personne indépendante n'a pas besoin d'aide dans les actes de la vie quotidienne.

2. Encourager l'autonomie, c'est encourager la personne à prendre des décisions, à faire des choix (choisir un menu pour les repas, ses vêtements pour la journée, etc.). L'AMP accompagne dans les actes de la vie quotidienne et encourage l'autonomie de la personne. Encourager l'autonomie de la personne, c'est « ne pas faire à la place de » mais avec la personne, en l'orientant dans ses actes si nécessaire (au regard de ses déficits et de ses potentialités).

La fonction médico-psychologique signifie à la fois une préoccupation pour le soin du corps mais aussi pour l'état psychologique des personnes accompagnées. Il s'agit, quel que soit l'état médical et psychologique de la personne, de mettre en œuvre le principe de respect de l'autonomie dans l'action. Même si la personne est dépendante, confuse, atteinte d'une déficience intellectuelle lourde, elle peut exprimer des attentes et des souhaits. L'AMP a pour fonction de rechercher son consentement, d'aider la personne à exprimer ce qu'elle ressent afin d'accéder à la liberté de faire des choix.

Épreuve DC1 Région Alsace – juin 2013

DRJSCS Alsace

DEAMP – SESSION MAI/JUIN 2013

ÉPREUVE DE CONTRÔLE DE CONNAISSANCES

DC1 : Connaissance de la personne

Vous répondez à 3 questions à choisir parmi les 4 proposées.

Durée 1 h 30

Question 1 : La personne psychotique présente de nombreux rituels. Définissez ce qu'est un rituel et le sens possible de ces rituels dans le fonctionnement de la personne.

Question 2 : Qu'est-ce que la maladie mentale ? Citez une forme de maladie mentale, décrivez les symptômes en les illustrant d'exemples.

Question 3 : Être atteint d'une déficience (motrice, mentale, sensorielle) peut avoir des conséquences à plusieurs niveaux. Citez-les et donnez des exemples.

Question 4 : Que pouvez-vous dire sur le vieillissement dit « normal » et ses principaux effets d'un point de vue psychologique et social ?

Éléments de réponse

Question 1 : La **personne psychotique** présente de nombreux rituels. Définissez ce qu'est un **rituel** et le **sens** possible de ces rituels dans le fonctionnement de la personne.

■ **Mots clés :** personne psychotique – rituel – sens.

Du point de vue psychopathologique (ou du trouble mental), **le rituel** est un acte plus ou moins obsessionnel (acte compulsif qui contraint la personne), répétitif et propre à chaque individu (par exemple se laver les mains plusieurs fois dans la journée, vérifier la fermeture des portes, répéter des formules, des conjurations, etc.). Pour la psychologie, le rituel est une protection contre un danger ou une angoisse. La personne psychotique peut mettre en place des rituels pour se protéger des hallucinations ou des délires.

Question 2 : Qu'est-ce que la **maladie mentale** ? Citez une forme de maladie mentale, décrivez les **symptômes** en les illustrant d'**exemples**.

■ **Mots clés :** maladie mentale – symptômes – exemples.

La psychiatrie est une discipline de la médecine qui est chargée de repérer et traiter les maladies mentales. Selon le DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), **la maladie mentale** se caractérise par un ensemble de troubles qui engendrent des souffrances psychologiques et des incapacités. La maladie mentale affecte le psychisme des individus, en particulier ses pensées et ses comportements. Ce sont les signes et les symptômes qui permettent de poser un diagnostic de maladie mentale. Les pathologies mentales ou psychiatriques sont nombreuses. Les principales sont les névroses (troubles mentaux dont le sujet a conscience et qui se manifestent par une fuite de la réalité) et les psychoses (troubles mentaux graves dont le sujet n'a pas conscience et qui se manifestent par une perte de contact avec la réalité).

Si on prend l'exemple de **la schizophrénie** (psychose), les symptômes caractéristiques sont :

- les *idées délirantes* : la personne peut se croire possédée ou bien se sentir influencée, ou bien croire qu'on peut lire dans ses pensées, voire les entendre ;
- les *hallucinations* : ce sont des perceptions qui n'existent pas dans la réalité ; ces hallucinations peuvent concerner les cinq sens (par exemple : avoir la sensation que l'intérieur du corps est en train de se transformer ou bien que l'espace se modifie).

Si on prend l'exemple de **l'hystérie** (névrose), les symptômes caractéristiques sont :

- la *conversion* : la personne manifeste des symptômes physiques (paralysie, vertige) ;
- le *théâtralisme* : la personne cherche à se faire remarquer dans le but de plaire, elle s'habille de manière extravagante et exprime avec exagération ses émotions.

Question 3 : Être atteint d'une **déficience** (motrice, mentale, sensorielle) peut avoir des **conséquences** à plusieurs niveaux. Citez-les et donnez des **exemples**.

■ **Mots clés :** déficience – conséquences – exemples.

La Classification internationale des handicaps (CIH) distingue la déficience, l'incapacité et le désavantage. La déficience est la conséquence d'une maladie et/ou d'un handicap (perte de moyens). Il existe plusieurs catégories de déficiences, notamment la déficience motrice, la déficience mentale et la déficience sensorielle.

La déficience motrice : il s'agit d'une atteinte de la capacité du corps ou d'une partie du corps à se mouvoir. Les **conséquences** sont les difficultés suivantes :

- difficulté à se tenir debout ou assis ;
- difficulté à se déplacer ;
- difficulté à communiquer (mimique, écriture, etc.) ;
- difficulté à s'alimenter (prendre des ustensiles, déglutir, etc.).

La déficience mentale : il s'agit d'une atteinte des facultés cognitives et intellectuelles. Chaque personne atteinte de déficience mentale présente des capacités et des difficultés qui lui sont propres. Les **conséquences** sont les difficultés suivantes :

- difficulté à comprendre des idées abstraites ;
- difficulté à se repérer dans l'espace et le temps ;
- difficulté à résoudre les problèmes ;
- difficulté à s'exprimer.

La déficience sensorielle : il s'agit d'une atteinte du fonctionnement d'un organe sensoriel. Les **conséquences** sont les difficultés suivantes :

- difficulté à développer le langage oral et écrit ;
- difficulté à communiquer (apprendre le langage des signes) ;
- difficulté d'accéder à l'éducation (enseignement spécialisé).

Question 4 : Que pouvez-vous dire sur le **vieillessement dit « normal »** et ses principaux **effets** d'un point de vue psychologique et social ?

■ **Mots clés :** vieillissement dit « normal » – effets.

Le vieillissement est un processus de détérioration physique mais aussi de remaniement psychologique. Le corps change et ses modifications sont variables selon les individus. Au-delà des aspects physiologiques et biologiques, on observe une baisse des performances de la mémoire, une chute des capacités d'apprentissage, ce qui ne signifie pas pour autant une baisse des facultés intellectuelles. Sur le plan psychologique et social, la personne change de statut et de rôle. Selon ses capacités et ses centres d'intérêt, elle peut s'engager dans de nouvelles activités grâce au temps libéré par la retraite. La question de la fin de vie et de la mort recentre la personne sur le sens de l'existence et la mise à profit du temps qui reste à vivre.

Épreuve DC1 – Région Midi-Pyrénées – février/mars 2013

DEAMP – SESSION 2013

DC1 : Connaissance de la personne

Le candidat traitera trois questions sur les quatre proposées et indiquera le numéro des questions choisies.

• **Question 1 :**

- Donnez une définition du terme nouveau-né.
- Donnez le poids et la taille en moyenne d'un nouveau-né à terme.
- Quelle est la position du nouveau-né ?
- Qu'est-ce que l'hypotonie et l'hypertonie chez l'enfant ?
- Donnez une définition des fontanelles, quels sont les deux types de fontanelles chez l'enfant ?

• **Question 2 :** En quoi l'adolescence peut-elle être une période difficile à vivre ?

• **Question 3 :** Monsieur R., 53 ans, est placé dans une structure d'accueil pour personnes ayant la sclérose en plaques depuis une vingtaine d'années. Sa pathologie l'a amené progressivement à une immobilisation en fauteuil.

- Quels points de vigilance devez-vous avoir au niveau de l'hygiène de sa peau ?
- Quels risques l'immobilisation peut-elle entraîner ? Décrivez-en le mécanisme.
- Quels sont les gestes de prévention qui peuvent être préconisés ?

• **Question 4 :** Expliquez le fantasme de parentalité inversée entre la personne âgée dépendante et son (ses) enfant(s). Développez votre réponse en vous appuyant sur votre pratique.

Éléments de réponse

Question 1 :

- Donnez une définition du terme **nouveau-né**.
- Donnez le **poids** et la **taille** en moyenne d'un nouveau-né à terme.
- Quelle est la position du nouveau-né ?
- Qu'est-ce que l'**hypotonie** et l'**hypertonie** chez l'enfant ?
- Donnez une définition des fontanelles, quels sont les deux types de **fontanelles** chez l'enfant ?

■ **Mots clés :** nouveau-né – poids et taille – position – hypotonie – hypertonie – fontanelles.

– **Le nouveau-né** est le terme utilisé pour désigner un enfant qui a moins de 28 jours. À ne pas confondre avec le terme nourrisson qui relate la période du bébé de 1 mois à 2 ans.

- Le nouveau-né à terme a un **poids** compris entre 2,5 et 4 kg, soit un poids moyen de 3,250 kg. Il a une **taille** moyenne de 50 cm.
- Le nouveau-né adopte en général la **position** fœtale aux alentours du septième mois, la tête fléchie vers le bas. Cette position est la plus confortable pour la mère à la naissance.
- L'**hypotonie** est un terme médical qui signifie que l'enfant présente un manque de tonus musculaire au niveau de la tête ou des membres. L'hypotonie est le signe de certaines maladies (cérébrales, cardiaques, respiratoires...).
- L'**hypertonie** est l'augmentation anormale du tonus musculaire et peut être aussi le signe de certaines maladies (lésions cérébrales, cervicales...).
- La **fontanelle** est une membrane située entre les os du crâne. À la naissance, les os du crâne ne sont pas encore soudés. On distingue la fontanelle antérieure (grande fontanelle) à l'avant du crâne qui se ferme entre 18 et 30 mois et la fontanelle postérieure (petite fontanelle) à l'arrière du crâne qui se ferme entre 2 et 3 mois.

Question 2 : En quoi l'**adolescence** peut-elle être une **période difficile** à vivre ?

■ **Mots clés** : adolescence – période difficile.

L'**adolescence** est une **période** qui peut être **difficile**. On évoque souvent la notion de « crise d'adolescence ». Celle-ci se manifeste à travers des changements au niveau du corps (puberté), au niveau familial (recherche d'autonomie) et au niveau psychologique (entrée dans l'âge adulte).

La crise d'adolescence est donc un ensemble de troubles liés à un changement d'état, à une transition entre l'enfance et l'âge adulte.

▼ **Au niveau du corps**

L'adolescent(e) peut se replier sur lui-même au moment de la puberté, celle-ci marque de nombreux changements physiques. Il (elle) peut éprouver des sentiments d'insécurité ou de honte (acné, premières règles pour les filles...). Avec l'accès à la maturité génitale, l'adolescent(e) expérimente la sexualité et peut éprouver des difficultés à parler des problèmes liés à la contraception, aux conduites à risques, au SIDA, etc.

▼ **Au niveau de la famille**

L'adolescent(e) peut entrer en conflit avec ses parents, rechercher l'opposition par rapport aux normes établies. Il se réfère à de nouveaux modèles en dehors du cercle familial. Il (elle) peut faire des choix contraires aux valeurs des adultes qui l'entourent. Il (elle) a besoin d'adultes qui lui permettent d'interroger le sens de son existence.

▼ *Au niveau psychologique*

L'adolescent(e) en souffrance peut présenter des signes ou des troubles qui sont multiples. La dépression, le repli sur soi sont des signes d'alerte par rapport au risque suicidaire. Les conduites à risque comme la toxicomanie, les actes délic-tueux sont à prendre en compte et sont le signe d'un « mal-être » qui demande une écoute de la part des adultes.

Question 3 : Monsieur R., 53 ans, est placé dans une structure d'accueil pour personnes ayant la sclérose en plaques depuis une vingtaine d'années. Sa pathologie l'a amené progressivement à une immobilisation en fauteuil.

- Quels **points de vigilance** devez-vous avoir au niveau de l'**hygiène de sa peau** ?
- Quels **risques** l'**immobilisation** peut-elle entraîner ? Décrivez-en le mécanisme.
- Quels sont les **gestes de prévention** qui peuvent être préconisés ?

■ **Mots clés :** points de vigilance – hygiène de peau – risques – immobilisation – gestes de prévention.

▼ *Points de vigilance relatifs à l'hygiène de la peau*

Il s'agit d'être vigilant aux différents points d'appui du corps afin d'éviter les frot-tements, la macération (l'incontinence fragilise la peau) et la pression exercée par l'immobilisation.

▼ *Risques possibles et mécanisme de l'immobilisation*

L'immobilisation prolongée provoque l'escarre qui est une lésion tissulaire. La compression par le poids du corps entraîne l'écrasement des tissus. Le risque d'une escarre non soignée est l'abcès ou les surinfections. La lésion est due à une mauvaise oxygénation des tissus. L'âge avancé, la dénutrition, la déshydratation ou encore la pathologie favorisent la venue des escarres.

▼ *Gestes de prévention à préconiser*

Les gestes sont, entre autres, de vérifier au quotidien l'état de la peau, de maintenir la peau propre et sèche, de proposer un régime alimentaire équilibré, de changer de position régulièrement.

Question 4 : Expliquez le **fantasme de parentalité inversée** entre la personne âgée dépendante et son (ses) enfant(s). Développez votre réponse en vous appuyant sur votre **pratique**.

■ **Mots clés :** fantasme de parentalité inversée – pratique.

Le **fantasme de parentalité inversée** est une situation souvent inconsciente où l'enfant accompagnant son parent dépendant se retrouve en position de parent et la

personne âgée devenue dépendante se retrouve en position infantile. Il y a confusion des places et inversement des positions entre les générations.

À partir d'**exemples vécus** en situation professionnelle ou en stage, il s'agit de montrer que les familles, par exemple, sont parfois en souffrance lors d'un placement en institution car les enfants ne peuvent plus assumer leur parent à domicile. Certaines personnes âgées dépendantes ont des fausses reconnaissances ou confondent les différences de génération et les identités de chaque membre de la famille. L'infantilisation du parent dépendant par la famille entraîne parfois des ruptures de lien avec les enfants.

Épreuve DC1 Poitou-Charentes – septembre 2013

ÉPREUVE ÉCRITE

DC1 : « CONNAISSANCE DE LA PERSONNE »

Durée : 1 h 30 – Notation sur 20 points

Vous devez répondre à trois des quatre questions ci-dessous ; **chaque question sera notée sur 6 points, la présentation et l'usage d'un vocabulaire professionnel seront notés sur 2 points.**

- **Question 1 :** Vous travaillez dans une institution auprès d'adolescents et vous observez qu'un jeune fume en cachette. Vous soupçonnez qu'il s'agit de cannabis.
 - À partir de quand peut-on parler de conduite addictive ?
 - Citez deux éléments qui peuvent amener un adolescent à cette situation ?
 - Citez deux réponses qui peuvent être apportées à ce jeune ?
- **Question 2 :** Vous travaillez dans un foyer de vie accueillant des personnes présentant des troubles psychiques. Alors que vous dites à un résident qu'il est l'heure d'aller se coucher, il se met en colère, vous insulte et refuse d'aller se coucher.
Quels sont les éléments qui peuvent vous aider à comprendre cette « crise » à ce moment-là ? Vous développerez votre réponse à partir de trois éléments de compréhension possibles.
- **Question 3 :** Définissez le terme hémiplégie et énoncez les manifestations qui s'y rattachent. De quel soutien physique et psychologique peut avoir besoin une personne hémiplégique ?
- **Question 4 :** L'être humain est doté de cinq sens dont la vue et l'ouïe. Pour ces deux sens, lorsqu'ils sont altérés, énoncez :
 - les incidences sur la vie quotidienne et sociale,
 - deux actions proposées à la personne pour la stimuler et la conduire vers une autonomie.

Éléments de réponse

Question 1 : Vous travaillez dans une institution auprès d'adolescents et vous observez qu'un jeune fume en cachette. Vous soupçonnez qu'il s'agit de cannabis.

- À partir de quand peut-on parler de **conduite addictive** ?
- Citez deux éléments qui peuvent amener un **adolescent** à cette situation ?
- Citez deux **réponses** qui peuvent être **apportées** à ce jeune ?

■ **Mots clés** : conduite addictive – adolescence – réponses apportées.

▼ **Une conduite addictive** se manifeste par une compulsion de répétition, une dépendance physique et psychique au produit consommé (cannabis pour cette situation). La compulsion de répétition signifie que le jeune fume du cannabis régulièrement et qu'il n'arrive pas à mettre un terme à sa consommation. La dépendance physique et psychique signifie que le jeune consacre du temps à la recherche du produit avec une augmentation de la dose (à cause de l'accoutumance) afin d'éprouver les effets du cannabis.

▼ **Deux éléments** qui peuvent amener un adolescent à cette situation :

1. L'adolescence est une période qui peut être vécue sur un mode dépressif ou persécutif. Certains adolescents fragiles sur le plan psychologique utilisent le cannabis qui a des effets proches de l'anxiolytique (médicament utilisé contre l'anxiété).
2. Les difficultés scolaires ou familiales peuvent amener un adolescent à passer d'une consommation occasionnelle à une consommation régulière.

▼ **Deux réponses** qui peuvent être apportées à ce jeune :

1. Il s'agit pour le professionnel AMP d'instaurer un espace de dialogue où le jeune peut évoquer sa conduite sans jugement. Le travail d'équipe en partenariat avec les parents ou les proches peut permettre de donner du sens à la conduite addictive et en comprendre les raisons.
2. Le rappel de la loi est aussi important. Il permet de rappeler que le cannabis est une substance illicite qui ne peut être consommée dans l'institution.

Question 2 : Vous travaillez dans un foyer de vie accueillant des personnes présentant des **troubles psychiques**. Alors que vous dites à un résident qu'il est l'heure d'aller se coucher, il se met en **colère**, vous insulte et refuse d'aller se coucher.

Quels sont les éléments qui peuvent vous aider à comprendre cette « **crise** » à ce moment-là ? Vous développerez votre réponse à partir de trois éléments de compréhension possibles.

■ **Mots clés** : troubles psychiques – colère – crise.

Les personnes qui présentent des **troubles psychiques** ont des réactions qui se manifestent de diverses façons. On peut observer des changements d'attitude, des propos bizarres, de l'agitation ou bien encore de la **colère** à des moments imprévus.

▼ **Éléments de compréhension possibles**

1. La crise qui se présente au moment du coucher (colère et insultes) peut révéler une angoisse liée à la nuit et à des peurs nocturnes.
2. Certaines personnes ressentent l'obligation de réaliser certains rituels avant de se coucher.
3. La personne a pu vivre un événement traumatique durant la journée et l'exprime au moment du coucher. Il s'agit pour l'AMP de comprendre le sens de cette crise en instaurant un dialogue.

Question 3 : Définissez le terme **hémiplégie** et énoncez les **manifestations** qui s'y rattachent. De quel **soutien physique et psychologique** peut avoir besoin une personne hémiplégique ?

■ **Mots clés** : hémiplégie – manifestations – soutien physique et psychologique.

▼ **Définition et manifestations**

L'**hémiplégie** est une paralysie d'une ou de plusieurs parties du corps d'un seul côté. L'hémiplégie est due à une atteinte du système nerveux central affectant une partie du cerveau ou la moelle épinière. Différents troubles se manifestent selon la zone atteinte : diminution de la force musculaire et de la mobilité, paralysie faciale, perte de la sensibilité, difficulté de coordination dans les mouvements, trouble du langage (aphasie), perte partielle du champ visuel...

▼ **Soutien physique**

La personne atteinte d'une hémiplégie doit réapprendre les gestes du quotidien. Différentes techniques de rééducation sont mises en place par les spécialistes. Le kinésithérapeute intervient lors de la rééducation des mouvements, l'ergothérapeute porte un intérêt à l'aménagement du milieu. L'AMP collabore avec l'équipe paramédicale et peut accompagner dans les actes de la vie quotidienne. L'AMP apporte des aides techniques au moment des déplacements (transferts). Il s'agit d'aider la personne à se repositionner et de l'informer sur les actes à accomplir en lui demandant sa participation. L'AMP établit un contact avec la personne et s'informe sur la bonne gestuelle pour utiliser le fauteuil roulant (conseils auprès du kinésithérapeute ou de l'ergothérapeute).

▼ **Soutien psychologique**

La perte de l'autonomie peut entraîner chez la personne atteinte d'une hémiplégie une réaction dépressive ou anxieuse. L'AMP soutient la personne avec douceur et

assurance. Elle doit faire preuve de patience et d'écoute lors des échanges. Elle collabore avec l'équipe pluridisciplinaire ainsi qu'avec l'entourage de la personne, pour faciliter la communication.

Question 4 : L'être humain est doté de cinq sens dont la **vue** et l'**ouïe**. Pour ces deux sens, lorsqu'ils sont altérés, énoncez :

- les **incidences** sur la vie quotidienne et sociale,
- deux actions proposées à la personne pour la **stimuler** et la conduire vers une **autonomie**.

■ **Mots clés :** vue – ouïe – incidences – stimuler – autonomie.

▼ **La vue : les incidences**

La perte de la vue entraîne des difficultés pour se mouvoir et effectuer des activités de la vie quotidienne comme préparer les repas ou bien se laver. Une mauvaise appréciation des distances, de même des maladresses dans l'exécution des gestes peuvent provoquer des accidents. La perte de l'acuité visuelle diminue donc la participation à la vie sociale et aux activités de loisirs (lire, regarder la télévision...). Elle peut amener la personne vers l'isolement.

▼ **Deux actions possibles pour stimuler la vue**

1. L'AMP peut guider la personne par la voix et les gestes.
2. L'AMP peut utiliser les moyens techniques mis à disposition des non-voyants (braille, port de verres à double foyer).

▼ **L'ouïe : les incidences**

La perte de l'ouïe entraîne des difficultés de communication avec autrui et ne permet plus certaines activités comme l'écoute de la radio ou de la musique. La personne peut être confrontée à certains dangers dans la vie quotidienne (se déplacer en ville, conduire...). Elle peut éprouver des difficultés dans les échanges, ce qui peut entraîner comme pour les problèmes de vue un isolement social.

▼ **Deux actions possibles pour stimuler l'ouïe**

1. L'AMP peut utiliser les gestes ou la langue des signes.
2. L'AMP peut utiliser des moyens techniques mis à disposition pour des malentendants (prothèse auditive).

Épreuve DC1 d'Île-de-France – mai 2014

ÉPREUVE ÉCRITE

DC1 : « CONNAISSANCE DE LA PERSONNE »

Durée : 1 h 30 – Notation sur 20 points

Vous devez répondre à trois des quatre questions ci-dessous ; **chaque question sera notée sur 6 points ; le soin, la lisibilité de la copie et le respect des consignes seront notés sur 2 points.**

Question 1 : Louis est un enfant de 16 mois qui a tendance à répondre « non » aux demandes de sa mère.

– Sur quelle période l'acquisition du « non » dans le développement de l'enfant apparaît-elle ?

– Comment s'appelle cette période et en quoi est-elle importante pour le développement de l'enfant ?

Question 2 : En qualité d'aide médico-psychologique, vous exercez auprès de personnes en situation de handicap.

– Quels sont les différents types de handicap que vous pouvez rencontrer ? Citez-en au moins trois.

– Quelles sont les conséquences pour la personne en situation de handicap ? Citez trois conséquences différentes en développant vos réponses.

Question 3 : Parmi les pathologies se développant à l'âge adulte existe la sclérose en plaques.

– Définissez cette pathologie.

– Quelles sont les principales manifestations physiques de cette maladie ? Citez-en au moins deux.

– Quelles sont les conséquences de la maladie sur le plan psychologique et social ? Citez au moins trois conséquences.

Question 4 : Définissez les sigles VIH et SIDA. Présentez trois différents modes de transmission du VIH.

Éléments de réponse

Question 1 : Louis est un enfant de 16 mois qui a tendance à répondre « non » aux demandes de sa mère.

– Sur quelle **période l'acquisition du « non »** dans le développement de l'enfant apparaît-elle ?

– Comment s'appelle cette période et en quoi est-elle importante pour le **développement** de l'enfant ?

■ **Mots clés** : période – acquisition du « non » – développement.

Pour la majorité des spécialistes, l'**acquisition du « non »** se situe autour de 15 à 20 mois. Il existe plusieurs périodes qui sont des phases importantes dans le **développement** de l'enfant. Le « non » est une période d'opposition et permet de s'identifier au parent qui interdit. L'enfant prend du pouvoir sur le monde extérieur. L'utilisation du « non » permet de s'autonomiser face aux parents et de tester les limites.

Question 2 : En qualité d'aide médico-psychologique, vous exercez auprès de personnes en situation de handicap.

- Quels sont les différents **types de handicap** que vous pouvez rencontrer ? Citez-en au moins trois.
- Quelles sont les **conséquences** pour la personne en situation de handicap ? Citez trois conséquences différentes en développant vos réponses.

■ **Mots clés** : types de handicap – conséquences.

▼ **Les différents types de handicap** sont :

- le *handicap mental* qui résulte de l'atteinte du développement intellectuel ;
- le *handicap psychique* qui résulte d'une maladie psychiatrique ;
- le *handicap sensoriel* qui résulte de la déficience d'un ou plusieurs sens ;
- le *handicap moteur* qui résulte de l'incapacité de tout ou d'une partie du corps à se mouvoir ;
- le *polyhandicap* qui résulte d'une déficience mentale sévère associée à des troubles moteurs.

▼ **Les conséquences pour la personne en situation de handicap**

Les conséquences pour la personne en situation de handicap sont physiques, financières, sociales, affectives, professionnelles, familiales. Un **handicap mental**, par exemple, a des conséquences sur le plan professionnel ; le développement insuffisant des capacités intellectuelles ne permet pas l'accès à certaines professions. La déficience intellectuelle entraîne des difficultés de réflexion, de compréhension et de maniement des concepts. Le **handicap moteur** a des conséquences physiques comme le déplacement de la personne en transport en commun ou l'accès aux sanitaires. Le **handicap psychique** a des conséquences sur la vie sociale, la personne peut avoir des troubles dans la communication et la vie relationnelle.

Question 3 : Parmi les pathologies se développant à l'âge adulte existe la sclérose en plaques.

- **Définissez** cette pathologie.
- Quelles sont les principales **manifestations physiques** de cette maladie ? Citez-en au moins deux.
- Quelles sont les **conséquences** de la maladie **sur le plan psychologique et social** ? Citez au moins trois conséquences.

■ **Mots clés** : définition – manifestations physiques – conséquences sur le plan psychologique et social.

▼ **Définition de la sclérose en plaques**

La sclérose en plaques est une dégénérescence du système nerveux due à la destruction de la myéline qui entoure les fibres nerveuses.

▼ **Manifestations**

- Les **manifestations physiques** sont variées : trouble de la sensibilité, fatigue, trouble de l'équilibre...
- Les **conséquences sur le plan psychologique** sont : la dévalorisation de soi, l'angoisse face à l'avenir, la difficulté pour communiquer.
- Les **conséquences sur le plan social** sont : le risque d'une perte de revenu, l'isolement social et les difficultés conjugales.

Question 4 : Définissez les sigles **VIH** et **SIDA**. Présentez trois différents **modes de transmission** du VIH.

■ **Mots clés** : VIH – SIDA – modes de transmission.

▼ **Définition des sigles**

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine.

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise.

▼ **Trois modes de transmission du VIH**

- Par voie sexuelle non protégée.
- Pendant la grossesse.
- Par voie sanguine.

DC2



Accompagnement éducatif
et aide individualisée
dans les actes
de la vie quotidienne



Apport théorique : 90 heures

L'arrêté de 2006 définit le domaine de compétences, les compétences et les indicateurs de compétences (Annexe I, Référentiel professionnel, Domaines de compétences).

DOMAINE DE COMPÉTENCES 2 Accompagnement éducatif et aide individualisée dans les actes de la vie quotidienne	
COMPÉTENCES	INDICATEURS DE COMPÉTENCES
2.1. Repérer les dimensions éducatives, affectives, sociales et culturelles des temps clés du quotidien	<ul style="list-style-type: none"> - Savoir repérer les enjeux de la relation spécifique à un espace-temps du quotidien (toilette, repas, coucher...) en fonction de l'histoire de la personne, de son âge, et de son origine socioculturelle. - Savoir réajuster sa pratique en fonction des éléments repérés.
2.2. Repérer et évaluer les besoins et les capacités de la personne aidée dans les actes de la vie quotidienne	<ul style="list-style-type: none"> - Savoir évaluer le potentiel de progression de la personne et réajuster en conséquence sa pratique. - Savoir évaluer le processus de régression et agir en conséquence.
2.3. Établir une relation d'aide, dans les actes de la vie quotidienne, associant aspects éducatifs et/ou relationnels et techniques	<ul style="list-style-type: none"> - Savoir verbaliser et donner du sens. - Savoir expliciter les actes de la vie quotidienne et leur raison d'être. - Savoir utiliser les moyens techniques et relationnels adaptés à la situation de la personne dans les actes de la vie quotidienne. - Savoir donner confiance à la personne dans ses possibilités.
2.4. Satisfaire aux besoins fondamentaux et veiller au bien-être et au confort de la personne	<ul style="list-style-type: none"> - Savoir respecter l'intégrité de la personne. - Savoir respecter les droits fondamentaux de la personne. - Connaître les aides techniques, les principes d'hygiène de base, les principes d'aménagement de l'espace et savoir les mettre en pratique dans le respect de la personne et de son intimité. - Savoir repérer les situations à risque et notamment de maltraitance, prévenir ces risques et savoir agir en cas d'urgence.

Les thématiques ou contenus de formation sont les suivants (Annexe III, Référentiel de formation).

CONTENUS DU DOMAINE DE FORMATION 2
<p>Les dimensions affective, éducative, sociale et culturelle des situations d'accompagnement Les temps clés du quotidien comme support à la relation d'aide et/ou à la relation éducative : modalités d'intervention</p> <p>Les besoins fondamentaux de l'être humain L'hygiène de la personne (corporelle, alimentaire, sommeil, notions de soins aux défunts) Notions d'amélioration du cadre de vie, d'ergonomie, d'hygiène et de sécurité (principes d'ergonomie, aides à la mobilisation, notions générales d'hygiène et de sécurité, formation aux premiers secours = AFPS)</p> <p>Accompagnement pédagogique de la professionnalisation et de la construction de l'identité professionnelle</p>

Les dimensions affective, sociale et culturelle traversent l'accompagnement éducatif. Les mises en situation professionnelle permettent d'identifier ces différentes dimensions et l'importance respective de chacune dans l'aide et l'accompagnement de l'utilisateur.

Les besoins fondamentaux de la personne sont également étudiés dans ce domaine de formation, en articulation avec le domaine de formation 1 (DF1) « Connaissance de la personne » qui aborde l'anatomie, la physiologie et les appareils de l'organisme humain. En effet, l'accompagnement éducatif dans les actes de la vie quotidienne s'articule nécessairement aux actes de soin qui nécessitent des connaissances sur l'anatomie et la physiologie, ainsi que sur les différentes maladies. L'AMP doit savoir repérer et évaluer les besoins selon les pathologies rencontrées. Par ailleurs, la manutention et le déplacement des personnes (principes, règles et méthodes, ergonomie) impliquent d'étudier en parallèle le système locomoteur (DF1).

Les enjeux du DC2.

Définir les besoins de la personne

Le domaine de compétences 2 (accompagnement éducatif et aide individualisée dans les actes de la vie quotidienne) accorde une place centrale à la personne accompagnée ou soignée dans le cadre de la relation éducative. Les indicateurs de compétences affirment le devoir de respect des droits des personnes comme le préconise la loi du 2 janvier 2002¹. Les compétences de l'AMP sont liées à ses capacités à rencontrer la personne accueillie ou soignée, à co-construire avec elle une relation, à déceler ses potentiels, ses forces et ses faiblesses. Et également à lui donner des repères dans sa vie quotidienne, dans une démarche éthique. Les **faits de la vie quotidienne** sont alors considérés comme des **supports à la relation éducative**, autrement dit des médiations éducatives. Lesquelles supportent au-delà la relation à l'autre et l'inscription de l'individu dans un groupe.

L'AMP rencontre des **publics différents** et qui ont en commun d'être souvent **sociallement stigmatisés**. En situation de handicap (psychique ou physique) ou d'exclusion (de la société), ils ne sont pas considérés comme « normaux ». « Alcoolique », « drogué », « handicapé » sont des termes qui stigmatisent quand ils réduisent la personne à cette dimension d'alcoolique, de drogué, d'handicapé. Catégorisés par âge, pathologie, déficience, ils courent le risque d'être identifiés, et de s'identifier eux-mêmes, à ces seules caractéristiques. De se trouver « barrés » dans tout ce qu'ils sont par ailleurs : niés en tant que personnes « totales ». Cette catégorisation des personnes a des effets sur les représentations qu'elles ont d'elles-mêmes et sur leur comportement.

1. Rénovant le secteur social et médico-social.

Or, à ces **catégories** correspondent des **types d'établissements ou de services** (IME², IEM, SESSAD, ITEP, ESAT, CITL...), car chacune induit *a priori* une logique spécifique de « prise en charge ». Les professionnels du travail social se trouvent donc à tenir compte de ces catégories qui de fait structurent leur cadre d'activités. Cependant, il leur appartient de veiller à ce que cette catégorisation ne les limite ni dans leur rencontre avec ces personnes, ni dans leurs propositions à leur égard.

En particulier, quel que soit le public auprès duquel il travaille, l'AMP doit s'interroger constamment : est-il en train d'agir à la place de la personne ? ou bien lui laisse-t-il la place d'être, dans la mesure de toutes ses capacités, **actrice de son projet** ? Il s'agit de n'induire ni dépendance, ni infantilisation, ni érosion de son identité (en devenant **objet de soin** seul).

Il s'agit pour l'AMP d'identifier les conséquences de la pathologie dont souffre la personne accompagnée ou soignée, mais aussi les besoins de cette dernière. Un des enjeux de la mission est de ne pas confondre les besoins des personnes avec leurs attentes, leurs désirs ou leurs souhaits. Toute personne humaine est dépendante de la satisfaction de ses besoins. L'AMP est ainsi amené à identifier chez chaque usager quels sont ses **besoins primaires (ou vitaux)** et ses **besoins secondaires (désirs, souhaits)**, tels qu'ils ont été décrits par V. Henderson et A. Maslow (voir ci-après). À ces deux niveaux de besoins correspondent deux niveaux d'intervention de l'AMP : **satisfaire les besoins fondamentaux et répondre aux souhaits des personnes**.

Autrement dit, tout l'enjeu dans l'accompagnement est de pouvoir faire des *propositions* au plus près des *attentes* de la personne, en distinguant avec elle ses *besoins* de ses *désirs*, afin de déterminer en co-construction les *moyens* utiles pour élaborer un *projet de vie* adapté.

Besoins fondamentaux et actes essentiels de la vie quotidienne

Abraham Maslow, psychologue américain, et Virginia Henderson, infirmière américaine, ont défini les besoins de l'être humain : Maslow en les hiérarchisant (lesquels doivent être satisfaits en premier, avant que les autres puissent l'être), Henderson en les rapprochant de degrés d'autonomie de la personne malade.

Les 14 besoins fondamentaux selon Henderson

Un besoin correspond à un manque à combler. Il ne s'agit pas, dans l'**approche infirmière** de Virginia Henderson, d'effectuer un inventaire de tous les besoins de l'être humain, mais de repérer ce qui est indispensable à la personne malade.

2. Voir la liste des sigles en Annexes.

L'identification des besoins est effectuée par le professionnel du soin avec la personne elle-même.

Le soin est défini ainsi comme une aide apportée à la personne malade dans les actes suivants :

1. respirer normalement ;
2. boire et manger de façon appropriée ;
3. éliminer ;
4. se mouvoir et se maintenir dans la position souhaitée ;
5. dormir et se reposer ;
6. choisir des vêtements appropriés ; s'habiller et se déshabiller ;
7. maintenir la température de son corps dans les limites de la normale en utilisant des vêtements appropriés ou en modifiant l'environnement ;
8. garder son corps propre et soigné, et protéger ses téguments (apporter des soins à la peau, les ongles et les cheveux) ;
9. éviter les dangers et ne pas nuire à autrui ;
10. communiquer avec les autres en exprimant ses émotions, ses besoins, ses peurs ou ses opinions ;
11. pratiquer sa religion selon ses croyances ;
12. s'occuper de façon à se sentir utile ;
13. jouer ou avoir des loisirs ;
14. apprendre, découvrir ou satisfaire sa curiosité qui conduit au développement normal et à la santé, et utiliser les ressources de santé disponibles.

Ces besoins évoluent selon les situations, l'âge et les pathologies.

Parmi eux, Henderson distingue plusieurs dimensions correspondant à des **niveaux différents de besoin** et à des **modes d'expression différents** de celui-ci :

- les besoins physiques et physiologiques ;
- les besoins psychologiques et émotionnels ;
- les besoins sociaux, culturels et spirituels.

SOINS : QUELQUES DÉFINITIONS UTILES

- **Nursing** (maternage) : ensemble des soins non médicaux concernant l'hygiène et le bien-être des malades.
- **Prendre soin** : prendre en compte les besoins des personnes et y répondre sur un plan technique et relationnel.
- **Démarche de soins** : démarche consistant à repérer des problèmes, à élaborer un plan pour les résoudre, à le mettre en œuvre et à évaluer les résultats.
- **Éducation sanitaire** : information sur les règles de vie permettant de se maintenir en bonne santé.

Jacques THIEULE, Robert GUÉRIN,
Le lexique des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture,
2^e éd., éditions Lamarre, 2005.

La pyramide de Maslow

Abraham Maslow, selon une **approche psychologique**, distingue cinq catégories de besoins :

1. les besoins physiologiques ;
2. le besoin de sécurité ;
3. le besoin d'appartenance ;
4. le besoin de considération et de valorisation ;
5. le besoin de réalisation de soi.

Maslow propose une classification des besoins pyramidale. Soit hiérarchisés selon l'ordre de leur apparition au fil du développement de la personne, depuis la naissance. Cette pyramide formalise ainsi un **ordre de priorité dans les besoins**. Autrement dit, il s'agit de satisfaire chaque besoin d'un niveau donné avant de pouvoir répondre aux besoins situés au niveau supérieur de la pyramide.

Pyramide de Maslow



- Au *premier niveau* ou à la base de la pyramide, on retrouve les **besoins de maintien de la vie** : respirer, boire, uriner-déféquer, manger, dormir, se réchauffer (besoins physiologiques).
- Le *deuxième niveau* représente les **besoins psychologiques** : protection et sécurité (se loger, avoir un revenu, se mettre à l’abri de la violence, avoir une stabilité familiale et affective).
- Le *troisième niveau* est représenté par les **besoins sociaux** : affectivité (être aimé, écouté) et appartenance (avoir un rôle, une fonction, un statut dans un groupe).
- Le *quatrième niveau*, c’est le **besoin d’estime de soi** : sentiment d’être utile et d’avoir de la valeur, point de départ de l’acceptation de soi et du développement de l’indépendance.
- Au *sommet de la pyramide*, l’individu accède au **besoin de réalisation de soi**.

Relation d’aide et d’accompagnement

La notion de relation d’aide et d’accompagnement renvoie à différents moments et espaces de la vie quotidienne : levers, toilettes, repas, couchers, temps libres, mais aussi les activités sous forme d’« ateliers ». On distingue ainsi le **temps du quotidien**, celui qui rythme la vie des personnes accompagnées au jour le jour, et le **temps des activités en atelier** qui sont organisées sur des durées limitées.

Dans ces différents *espaces-temps* s’instaurent des relations dites « d’aide et d’accompagnement ». Celles-ci peuvent être individuelles ou groupales.

Les différentes significations de la relation

La relation signifie d’abord une interaction : quelqu’un exerce une action sur quelqu’un d’autre et réciproquement. Dans une relation positive, chacun apporte quelque chose à l’autre et s’enrichit en présence de l’autre. La dimension affective est importante car liée à la possibilité qu’émerge la confiance, élément essentiel pour tout accompagnement. Ainsi, être en relation, c’est partager des moments avec un autre (**relation individuelle**) ou avec plusieurs personnes (**relation groupale**).

Les notions d’aide et d’accompagnement sont souvent confondues, utilisées dans des sens différents. L’aide est parfois comprise comme « faire à la place de » la personne, en raison de son incapacité liée à une déficience ; alors que l’accompagnement serait « faire avec », « laisser faire » la personne selon ses capacités. Selon un autre point de vue, l’aide signifie en plus accompagner la personne dans la reconnaissance de ses propres besoins : l’aidant n’apporte pas une solution mais a recours à une **médiation éducative où les moyens utilisés servent de support à la relation**.

En milieu hospitalier, par exemple, il s'agit pour le soignant ou l'AMP de comprendre, avec l'aide du patient, ce que celui-ci exprime à travers ses symptômes. Au-delà du diagnostic médical ou infirmier posé par le médecin ou l'infirmier, il s'agit pour l'aidant (AMP) d'identifier le sens de la souffrance exprimée. Cela est d'autant plus nécessaire pour les personnes qui n'ont pas accès au langage et qui peuvent être plus sujettes à des affections somatiques (troubles liés au corps) exprimant leur mal-être. La personne qui ne peut pas dire fait parfois « parler » son corps (une crise d'asthme peut être l'expression d'une colère, l'urticaire l'expression d'un stress). On parle de **troubles psychosomatiques**. Au-delà, l'aidant, qu'il soit AMP ou aide-soignant, peut utiliser auprès des personnes sans langage (langage articulé, langue des signes, langage Makaton...) des pictogrammes (photos, illustrations, schémas qui ont pour fonction de signifier) conçus pour aider le patient à exprimer ses besoins, voire ses souffrances.

L'aide psychologique

Dans la relation d'aide et d'accompagnement, il s'agit pour l'AMP de ne pas oublier les composantes médicales des situations : sa profession (aide *médico-psychologique*) fait le lien entre l'accompagnement psychologique et les soins médicaux. Prendre soin du corps et apaiser ainsi l'esprit est en soi une aide à effet psychologique (par exemple dans un atelier détente et relaxation).

La relation éducative en groupe

La démarche éducative s'appuie sur la relation individuelle (à deux), et également sur les relations en groupe (temps des repas par exemple, activités avant et après ceux-ci). Plusieurs supports peuvent être utilisés pour la médiation : établissement de règles communes, discussion en groupe où l'on s'habitue à écouter l'autre, mise au point de planning... Le groupe offre à l'individu l'occasion de développer des capacités dans sa relation aux autres.

L'éducation, c'est aider la personne à faire des choix. Lorsqu'un résident s'engage vis-à-vis des autres à faire le service cuisine par exemple, il fait un choix de s'engager vis-à-vis du groupe. Il prend place dans ce groupe et assume un rôle dans la collectivité. Chacun dans un groupe expérimente différents **places et rôles**, c'est à l'AMP d'accompagner et d'aider les personnes à pouvoir prendre place dans un groupe et de favoriser les initiatives personnelles dans ce même groupe. L'AMP favorise aussi les échanges où la parole circule et permet **l'apprentissage de la communication**.

Rôle du professionnel

L'AMP doit faire preuve d'une écoute attentive à travers le langage oral mais aussi à travers le langage corporel que sont le toucher et le contact visuel. En instaurant la « bonne distance », l'AMP ne se met pas à la place de l'autre, il

établit une « relation de confiance ». Le professionnel montre de la bienveillance en respectant le symptôme et les attitudes défensives qui expriment souvent des résistances. Si une personne ne souhaite pas vous parler ou vous demander de l'aide, c'est qu'elle n'est pas encore prête à se dévoiler. Demander de l'aide peut être vécu comme une blessure. L'AMP doit avoir confiance en l'autre et ne pas porter de jugement, et faire preuve de patience. Par ailleurs, il est nécessaire de reconnaître ses limites, de faire appel aux réunions d'équipe et aux groupes de parole pour prendre du recul sur sa « pratique professionnelle ». Le rôle de l'AMP au sein de l'équipe pluridisciplinaire est de transmettre ses observations afin de proposer des accompagnements individualisés. L'AMP est attentif au soin et travaille en collaboration avec les aides-soignantes (AS) et les infirmières. Il cherche à comprendre le sens des symptômes avec l'aide du psychologue. En présence de l'éducateur spécialisé (ES), il a un regard davantage axé sur l'éducatif.

L'épreuve de certification du DC2

Présentation du domaine de certification

Compétences évaluées	Domaine de certification en 2 parties
<ol style="list-style-type: none"> 1. Repérer les dimensions affective, sociale et culturelle des temps clés du quotidien. 2. Repérer et évaluer les besoins et les capacités de la personne aidée dans les actes de la vie quotidienne. 3. Établir une relation d'aide dans les actes de la vie quotidienne, associant aspects éducatifs et/ou relationnels et techniques. 4. Satisfaire aux besoins fondamentaux et veiller au bien-être et au confort de la personne. 	<p>1^{re} partie : une notation de stage Évaluation du stage ou du lieu d'exercice professionnel conformément à une grille de notation. Note sur 20 Coefficient 1</p> <p>2^e partie : une épreuve orale organisée par la DRJSCS en fin de formation Soutenance orale d'un compte rendu d'intervention rédigé. Ce compte rendu présente les modalités d'intervention de l'AMP dans un ou plusieurs temps du quotidien auprès d'une ou plusieurs personnes. Durée : 30 minutes Note sur 20 Coefficient 1</p>

Pour valider le domaine de certification, le candidat doit obtenir une moyenne au moins égale à 10/20 englobant les 2 parties de la certification.

Les objectifs de l'épreuve orale

1. *Évaluer le positionnement professionnel dans l'accompagnement de la personne aidée*, au moyen du compte rendu écrit et de la soutenance qui en est faite par le candidat. Le compte rendu est un document de 5 à 8 pages réalisé par le candidat à l'occasion d'un des stages ou sur le lieu d'exercice professionnel. Il sert de support à l'entretien mené par le jury, mais sa qualité littéraire n'est pas évaluée en tant que telle.
2. *Évaluation technique* : cette évaluation porte sur les principes et règles d'ergonomie, la connaissance des règles d'hygiène et de sécurité dans les soins, la connaissance des protocoles et des techniques de manipulation.

L'esprit de l'épreuve

Cette épreuve vise à évaluer les compétences du candidat à rendre compte d'une intervention auprès de personnes en situation de dépendance ou de handicap. L'acquisition de techniques de manipulation, le fait de savoir déplacer des personnes, les manipuler lorsqu'elles sont alitées ou bien en fauteuil roulant, la connaissance des règles d'hygiène et de sécurité, sont des savoirs nécessaires dans l'accompagnement éducatif. Cette épreuve permet ainsi de vérifier la capacité du candidat à utiliser les techniques et à accompagner la personne en fonction de son degré d'autonomie et en tenant compte de ses besoins, de son handicap et de ses attentes.

Les critères de notation de l'épreuve orale

Le document écrit sert de support à l'entretien oral mené par le jury. Il n'est pas noté en tant que tel. C'est la qualité de votre soutenance orale qui sera évaluée.

Conseils méthodologiques

Finalité de l'épreuve

Le candidat présente une intervention qu'il a effectuée dans un ou plusieurs temps clés (lever, toilette, repas, coucher, etc.) du quotidien auprès d'une ou plusieurs personnes. Il doit à la fois décrire la situation professionnelle qu'il a vécue mais aussi apporter une réflexion au-delà des aspects procéduraux (les étapes dans l'accompagnement) et techniques (les savoir-faire).

Proposition de méthode

L'épreuve se déroule en centre d'examen et dure trente minutes. Elle consiste à soutenir à l'oral un compte rendu écrit de 5 à 8 pages. Cet écrit n'est pas évalué

mais permet au jury de préparer l'entretien oral. Il s'agit pour les correcteurs d'évaluer vos compétences – à l'oral – en ce qui concerne :

- le repérage des dimensions affective, sociale et culturelle des temps clés du quotidien ;
- l'évaluation des besoins et des capacités des personnes dans les actes de la vie quotidienne ;
- l'établissement d'une relation d'aide dans les actes de la vie quotidienne ;
- la satisfaction des besoins fondamentaux, du bien-être et du confort de la personne.

La forme de votre écrit

Afin de soutenir le compte rendu d'intervention lors de votre soutenance orale, il semble nécessaire de présenter un écrit en quatre grandes parties, lesquelles peuvent être composées de sous-parties :

1. Contexte de l'intervention :

- contexte institutionnel ;
- raisons du choix.

2. Présentation de la situation :

- observation et description d'une situation-problème ;
- analyse en équipe pluridisciplinaire ;
- solutions, moyens et objectifs proposés en équipe.

3. Intervention :

- les actions en tant qu'AMP : moyens et techniques mis en œuvre ;
- expliciter le sens des actions.

4. Bilan : évaluation et réflexion.

Le contenu de votre écrit

L'objectif de cette épreuve est d'évaluer votre posture professionnelle lors de l'accompagnement éducatif d'une personne ou d'un groupe : comment vous positionnez-vous dans l'accompagnement des personnes ? Les obligations de sécurité et le respect de la liberté des personnes sont des éléments qui permettent d'évaluer le positionnement professionnel. Il s'agit de rendre compte d'un accompagnement lors d'un **moment clé de vie quotidienne** (lever, coucher, repas, toilette, habillage, etc.) que vous avez effectué durant vos stages.

Le contexte de l'intervention : présentez brièvement l'institution, le public, l'équipe, les modalités d'organisation de l'établissement ou du service. Ainsi que les raisons du choix de la situation présentée : interrogations personnelles sur certains moments clés du quotidien ou situations vécues en accompagnement de groupe, questionnement en équipe, etc.

La présentation de la situation : décrivez la personne s'il s'agit d'un accompagnement individuel (âge, sexe, histoire familiale, professionnelle et institutionnelle, origine

sociale et culturelle) et la situation-problème (observation à un moment clé du quotidien : décrire le lieu, le moment, les acteurs en présence et le problème rencontré). Cette description doit être objective, sans interprétation ni analyse. C'est au moment de la rencontre avec l'équipe qu'il est nécessaire d'évoquer l'analyse, les objectifs et les moyens pour répondre à la situation.

L'intervention : présentez les actions mises en place en tant qu'AMP. Comment a été accompagnée la personne (et/ou le groupe) pour résoudre la situation ? Quel sens donner à l'action menée au regard des décisions prises en équipe. Quels ont été les critères d'évaluation définis ?

Le bilan de l'intervention : faites le point sur les difficultés rencontrées et les compétences acquises dans le cadre du DC2. Décrivez en quoi l'accompagnement a permis de répondre aux besoins et au bien-être de la personne ou du groupe.

Le contenu de votre oral

La soutenance pour le compte rendu d'intervention se réalise en centre d'examen, face à un jury composé d'un formateur et d'un professionnel. L'épreuve dure 30 minutes : le candidat a 1) 10 minutes pour présenter la situation et 2) 20 minutes pour échanger avec le jury. Attention à bien gérer votre temps !

▼ **1. L'exposé de la situation**

Comme à l'écrit, il s'agit de structurer votre intervention à l'oral avec une introduction vous présentant brièvement (vos nom, prénom, âge et parcours) et qui évoque le contexte du compte rendu d'intervention. En introduction, vous devez énoncer les points qui vont être développés par la suite (la situation qui a posé problème, la réflexion et l'analyse en équipe).

Vous pouvez vous aider d'un support écrit avec des repères pour la soutenance orale afin de ne pas oublier les points importants.

Il ne s'agit pas de lire le compte rendu d'intervention mais d'en faire une synthèse ainsi que d'apporter des éléments qui ne sont pas présents dans l'écrit. Le jury durant l'intervention prend en compte la manière dont vous exposez la situation-problème et explicitez les actions qui ont été menées, en collaboration avec l'équipe éducative et/ou soignante, pour la résoudre.

En guise de conclusion, vous pouvez dire ce que ce travail vous a apporté, en quoi il vous a permis de prendre du recul sur votre pratique professionnelle et vers quelle(s) réflexions complémentaire(s) il vous amène.

▼ **2. L'échange après l'exposé**

Le jury a préparé des questions à partir du compte rendu écrit mais aussi de l'exposé oral. Il s'agit de répondre aux questions posées et d'échanger sur les différents

points de vue. Vous serez évalué sur votre capacité à analyser votre pratique professionnelle mais aussi sur la capacité d'écoute et de communication dont vous ferez preuve lors de cette soutenance.

Pour vous aider : une grille d'auto-évaluation

Voici une grille d'auto-évaluation pour la rédaction de l'écrit et la soutenance orale.

Cette grille permet de vous auto-évaluer en vue de l'épreuve de certification. Elle peut être utilisée en « jury blanc » : par exemple, vous pouvez vous entraîner à l'oral avec deux camarades de promotion qui prennent la place du jury et qui jouent les évaluateurs. La question à se poser est la suivante : « Est-ce que j'ai abordé tous les éléments nécessaires pour l'élaboration du compte rendu d'intervention ? » La colonne de gauche présente tous les critères utilisés pour vous attribuer une note à l'oral (4 points par critère). Dans la colonne de droite, vous pouvez écrire vos remarques ou observations sur les éléments à approfondir ou manquants lors de l'entraînement.

Critères à évaluer	Remarques/ Observations
Le candidat connaît/énonce les spécificités de sa structure : entité juridique, sigle ou appellation, modes de prise en charge, spécificités du public accueilli (âge, pathologie, handicap...).	...
Le candidat est capable de repérer les dimensions affective, sociale et culturelle des temps clés du quotidien. Il prend en compte l'histoire de la personne, son âge et son origine socio-culturelle.	...
Le candidat est capable d'explicitier les objectifs choisis avec/pour la personne et les argumente. Il sait repérer et évaluer les besoins et les capacités de la personne aidée dans les actes de la vie quotidienne.	...
Le candidat énonce les différentes étapes de son intervention. Il sait établir une relation d'aide dans les actes de la vie quotidienne, associant aspects éducatifs et/ou relationnels et techniques : il utilise les moyens techniques et relationnels adaptés à la situation de la personne.	...
Le candidat est capable d'énoncer les points d'attention, les modalités d'évaluation : il réajuste sa pratique en conséquence de son évaluation ; il sait repérer les difficultés rencontrées, les causes et propose des solutions éventuelles. Il sait satisfaire aux besoins fondamentaux de la personne et veiller à son bien-être et à son confort.	...

L'entretien d'explicitation : pour faciliter le passage à l'écrit

➤ Donner des informations sur l'action et les pratiques professionnelles

Il est très difficile d'écrire sur une action et sur des pratiques professionnelles quotidiennes. Tout d'abord, il faut rassembler ses souvenirs et différencier ce qui relève des faits et de l'avis personnel, et donc de sa propre interprétation. Il faut ensuite distinguer les différentes dimensions de la situation : l'utilisateur, sa famille, les collègues, soi-même, l'action proprement dite, etc.

L'un des moyens pour explorer sa pratique professionnelle est de verbaliser son action (la mettre en mots) pour pouvoir ensuite l'écrire.

Pierre Vermersch³ propose une technique d'entretien. Il s'agit de l'entretien d'explicitation. Dans cette méthode, une personne interviewe le professionnel afin de l'aider à décrire son action, en lui posant des questions et en enregistrant les échanges. Ainsi, la personne qui interroge (interviewer) aide le professionnel à décrire pas à pas son action professionnelle.

Nous proposons ci-après un exemple d'entretien d'explicitation qui a permis la rédaction d'un compte rendu d'intervention. Il existe bien sûr d'autres méthodes. Vous pouvez par exemple tenir un journal de bord. Prenez un cahier : sur la page de droite, vous notez les faits ; sur la page de gauche, vous notez les avis, les analyses et les sentiments personnels à propos des faits. C'est à partir de l'ensemble de ces informations que vous pourrez retrouver le souvenir des faits ainsi que leur signification, et bâtir votre compte rendu d'intervention.

Entraînement. Exemple de compte rendu d'intervention

L'entretien d'explicitation est donc un outil qui permet de restituer les faits et le sens d'une action, dans le cadre d'une situation professionnelle. Voici un exemple.

Exemple d'entretien avec Élodie, stagiaire AMP

Élodie, stagiaire, évoque une situation vécue dans un service médecine à l'hôpital. Cet entretien s'est réalisé dans un bureau du centre de formation et a duré 20 minutes. Nous avons retranscrit ici la totalité de l'entretien.

L'entretien

L'idée en ce début d'entretien est de pouvoir restituer le contexte de l'intervention : les circonstances et l'environnement. Ces informations permettent d'introduire

3. VERMERSCH Pierre, *L'entretien d'explicitation*, ESF éditeur, 2010.

l'entretien et d'accéder à l'explicitation des actions : poursuivre le questionnement sur les manières de faire à partir d'une description.

Interviewer. – Je vous propose de revenir sur les six mois de stage que vous avez réalisés, stage 1 et stage 2, et de trouver une situation qui vous a interrogée et qui a fonctionné.

Stagiaire. – Alors c'était avec mon projet personnalisé du second stage...

I. – Oui

S. – ... comme j'accompagnais pendant le repas... pendant un repas, en fait, j'avais mal installé ce qui fait qu'après il y avait des miettes partout... enfin il n'était pas assez relevé, il n'était pas assez rapproché...

I. – C'était le stage 2 ?

S. – Oui.

I. – C'était quel jour, c'était quand ?

S. – Quel jour ?... c'était un midi...

I. – Est-ce que vous pouvez décrire la situation ? Vous êtes au seuil de la porte...

S. – ... c'est-à-dire que je regarde sa feuille de repas : si c'est bien son régime à lui et les étiquettes sur les plateaux... Je prends son plateau repas...

I. – Le patient, il est où, lui ?

S. – Il est en service médecine...

I. – Oui, mais il est où dans la chambre ? Il est assis ?

S. – Ah non... il est allongé, il est dans son lit... enfin je ne sais pas encore car je ne suis pas encore entrée dans la chambre (*rire*)...

I. – Ok, vous êtes dans le couloir...

S. – C'est la tournée des chambres en fait.

I. – Ok.

Le questionnement vise à faire décrire le déroulement de l'action vécue : s'informer de ce que la stagiaire AMP a fait réellement.

S. – Je prends son plateau, je toque à la porte... je lui annonce que je lui apporte son repas et je pose le repas sur la petite tablette roulante. Je lui demande de se relever... donc il ne s'était pas relevé vraiment bien mais euh j'avais laissé... disons qu'il ne s'était pas vraiment assis correctement. Et ensuite j'amène la petite tablette, j'enlève le plastique sur l'assiette parce que c'est très chaud... comme il a des problèmes pour... ses mouvements sont très lents, il a du mal à faire certains mouvements donc du coup il risque de se brûler les doigts. Le temps qu'il l'enlève, il risque de se faire mal... je lui enlève... j'installe sa bouteille d'eau parce que les bouteilles à l'hôpital... ça je ne sais pas si je devrais le dire... mais elles sont très très dures à ouvrir donc les petites bouteilles d'eau elles ont des bouchons durs à enlever. Et ensuite, je lui demande de m'aider à déplacer sa tête, il déplace sa tête pour que je mette une espèce de... enfin

une serviette bleue qu'on doit mettre sous le plateau. Comme ça si les miettes tombent... ça tombe sur la serviette. Et je n'avais pas assez rapproché la table... enfin il n'était pas assis correctement pour manger. Et il m'avait demandé de l'aider à faire son sandwich... enfin il arrive à le faire, c'est quelque chose qu'il arrive à faire. Et je lui avais dit non... « Vous pouvez le faire tout seul. » Il l'avait mal pris. Donc il avait marmonné quelque chose... j'avais cru comprendre des insultes parce que des fois il insulte le personnel... quand il n'est pas content et euh moi je suis sortie de la chambre et je n'avais pas... je m'étais arrêtée là.

I. – Si on revient dans la situation : vous lui donnez à manger, c'est ça ?

S. – En fait, je l'installe. Moi j'installe la table parce qu'il ne peut pas amener la table tout seul, il n'a pas assez de force pour ça et je lui mets la serviette, j'installe le plateau et ensuite le reste, il sait le faire tout seul.

I. – Et le sandwich ? À quel moment il arrive, le sandwich ?

S. – Parce qu'en fait il a un petit bout de pain sur le plateau et lui il a pour habitude de mettre toujours une partie de la nourriture dans son assiette et dans son pain. Il aime bien faire... c'est une de ses habitudes de repas...

I. – Oui.

S. – Et donc il m'a demandé de l'aider à ouvrir le pain et de mettre la nourriture dans son pain. Et je sais que c'est un acte qu'il peut faire lui-même donc... il avait dit qu'il pouvait le faire lui-même et il l'avait mal pris en fait. Il s'était vexé.

I. – Et comment vous l'avez vu qu'il l'avait mal pris ?

S. – Bah, à son expression de visage et euh... le fait qu'il a marmonné quelque chose en anglais et que j'ai deviné. J'ai ressenti que ce n'était pas quelque chose de gentil.

I. – Et vous, qu'avez-vous fait à ce moment-là ?

S. – Je suis sortie de la chambre (*rire*).

À ce niveau de l'entretien, Élodie n'est plus dans la description du déroulement des actions proprement dites. Elle verbalise le vécu de sa pensée : « je me suis dit ». Elle évoque ses intentions : « comprendre pourquoi... avoir un entretien avec moi ».

I. – Oui... et puis ?

S. – Et ensuite j'ai réfléchi à la situation et je me suis dit que... après quand je suis revenue ramasser le plateau et j'ai vu qu'il y avait des miettes sur son lit. Enfin, c'était pas propre du tout mais bon ça c'était depuis un moment déjà. Même en faisant bien, il y a quand même des miettes et je me suis dit que je devrais essayer la prochaine fois de mieux l'installer, l'installer plus correctement pour éviter qu'il salisse son lit, qu'il salisse ses vêtements. Parce qu'après, il n'aura pas le réflexe d'enlever la nourriture de son lit... parce qu'il a vécu longtemps dans la rue... ce n'est pas des détails qui le choquent.

Il vit avec... Et je me suis dit peut-être que je devrais revenir sur l'incident parce qu'il l'a mal pris et pour que je puisse comprendre pourquoi il l'a mal pris et essayer de lui expliquer pourquoi je lui avais dit de le faire tout seul. Donc en fait, j'ai eu un entretien, je lui ai demandé s'il voulait bien avoir un entretien avec moi.

Élodie évoque son vécu émotionnel : « je suis énervée ». Il s'agit à ce niveau de bien différencier le vécu émotionnel et le vécu de l'action.

I. – Donc, vous sortez de la chambre... vous avez vu qu'il était en colère... vous avez entendu qu'il marmonnait... en fait vous êtes sortie pour quelle raison ?

S. – Parce que je dois continuer la tournée des repas (*rire*)...

I. – C'est important ça... donc vous finissez la tournée des chambres... avant de réfléchir à le revoir en entretien. Donc, qu'est-ce qui se passe du coup ? Vous fermez la porte de la chambre, vous faites le tour du service ?

S. – Je ne sais pas si je devrais le dire mais je suis un peu énervée...

I. – Après ce qui s'est passé.

S. – Oui, je suis un peu énervée puis après en y pensant dans l'après-midi parce que je travaillais le matin. L'après-midi, je ne travaille pas. Comme je l'avais... je commençais à travailler sur le projet...

I. – Pourquoi vous êtes énervée ?

S. – Parce que j'ai entendu des insultes et donc ça m'a un petit peu énervée. Mais bon, j'ai pris sur moi et j'ai essayé de voir les choses autrement. J'ai essayé de voir... de faire avec ça. Et la semaine d'après, je lui ai proposé un entretien... donc en fait je lui ai... il a pris le fauteuil et on a été dehors... aux urgences et je lui ai dit : « Vous savez, la dernière fois, je vous ai dit vous pouviez faire votre sandwich vous-même, ce n'était pas pour... ce n'était pas pour me débarrasser... ce n'était pas par manque d'intérêt ou par fainéantise, c'est parce c'est important que vous fassiez les gestes par vous-même. C'est important pour vous pour que vous vous sentiez fier, pour conserver votre autonomie parce que quand vous retournerez à la maison, il n'y aura pas tout le temps quelqu'un qui vous aidera à faire votre sandwich ou faire ci ou ça, et je lui ai dit que c'est un adulte et que normalement il était capable de le faire. Puis après les conséquences de son handicap, on pouvait comprendre ce qu'il ne pouvait pas faire mais ce qu'il pouvait faire, il fallait continuer de le développer.

I. – Quand vous dites cela... vous lui avez dit comme ça ?

S. – Oui.

I. – Comment il a réagi ?

S. – Ce n'est pas quelqu'un qui développe beaucoup ses phrases. C'est-à-dire qu'il va faire... il va répondre simplement « oui non » ou il ne va pas t'entendre et il ne va pas vraiment... c'est-à-dire que lui c'est plus signe de tête, il dira

« oui, oui, c'est vrai » et il m'a dit « oui c'est important, c'est vrai, c'est pour moi » et donc j'ai vu que... j'ai compris que le message était passé, c'est-à-dire qu'il avait compris que ce n'était pas de la méchanceté de ma part ou ce n'était pas du « je m'enfoutiste », c'était vraiment pour son autonomie à lui. Et donc la fois d'après, j'y suis retourné, je l'ai mieux installé, j'ai mieux redressé le siège, j'ai essayé de mettre la table à la bonne distance... qu'il puisse manger... qu'il puisse avoir de l'aisance pour manger et en même temps que ça ne tombe pas n'importe où. En fait, il a de gros problèmes de préhension... de mouvement, enfin des problèmes pour effectuer certains gestes et du coup on ne peut pas lui demander non plus que ce soit propre à 100 %, c'est-à-dire que c'est normal que ça puisse tomber à droite ou à gauche de temps en temps.

I. – Vous lui faites la remarque, par exemple vous lui dites cela sur la première situation ?

S. – La première situation ?

I. – Oui.

S. – Non, parce que je n'avais pas débarrassé... j'avais vu... j'avais débarrassé son voisin mais j'avais vu que ce n'était pas...

I. – D'accord, vous n'avez pas évoqué cela avec lui. C'était plutôt la question de faire le sandwich.

S. – Oui... il y a aussi le fait que son lit, que son lit soit sale après manger quoi...

I. – Vous l'avez évoqué ça ?

S. – Oui.

I. – Quand, à quel moment ?

S. – Devant les urgences.

I. – D'accord, dans un second temps.

S. – Oui, je reviens sur... ?

I. – C'est important que vous évoquiez cela... alors vous revenez sur la deuxième situation, qu'est-ce qui se passe ?

Élodie fait référence à la deuxième situation vécue. À ce moment de l'entretien, il s'agit de focaliser à nouveau sur l'action.

S. – Alors j'essaie de mieux l'installer... et à un moment on fait le rituel : c'est-à-dire enlever le plastique, ouvrir la bouteille d'eau. Entretemps, il y a de petits mots : « comment s'est passée votre matinée ? » ou alors « je vois que vous avez faim ». Il est très gourmand donc quand on lui parle, il est devant le plateau et il se concentre sur le plateau et il ne va pas euh... il ne va pas vraiment se concentrer sur ce qu'on dit parce qu'il est tellement pressé de manger qu'il n'est pas réceptif, parce qu'il a de la nourriture sous ses yeux. Et donc le temps du rituel... je vois qu'il est impatient de manger et euh...

I. – Le rituel ?

S. – Oui.

I. – C'est quoi, le rituel ?

S. – C'est le plateau, c'est le plastique que j'enlève pour lui, c'est mettre son assiette à droite puisque comme il a un problème... il a un déficit dans la partie gauche du corps... vaut mieux qu'il mange à droite. Et donc je lui avais demandé s'il avait besoin de quelque chose... et « oui madame pour mon pain » et moi donc je lui avais dit... je lui avais demandé de se souvenir ce dont on avait parlé la dernière fois. Et là il m'a dit : « je sais, c'est pour moi, c'est pour mon bien » et du coup ça m'a fait plaisir, je me suis dit : il a compris... le message est passé, il ne s'est pas vexé... il a compris que c'était vraiment pour lui. Je lui ai demandé s'il voulait que je reste avec lui le temps qu'il fasse le sandwich et il m'a dit OK et, du coup, j'ai vu : il avait du mal à le faire mais il pouvait le faire quand même. C'est-à-dire couper le pain, ça mettait quand même beaucoup de temps et je lui avais donné quelques petits conseils... à un moment il voulait prendre la cuillère : le pain était là, la cuillère était là, il voulait faire... Je lui ai dit que ça serait peut-être mieux s'il rapprochait le pain parce que sinon la nourriture allait se perdre en route. Et du coup il a fait ça, et du coup quand il a fini, il était quand même content... J'essayais de le valoriser, de lui dire que c'était bien, qu'il pouvait être fier de l'avoir fait par lui-même... qu'il en était capable et ensuite je l'ai laissé manger tranquille, le reste du repas. Et ensuite je suis revenu le débarrasser. J'ai vu qu'il y avait moins de miettes... par rapport à l'installation il y avait moins de nourriture que d'habitude. Par exemple : la nourriture sur le lit... lui demander s'il pouvait si jamais... lui dire non pas : « Oh c'est sale » mais lui dire : « Est-ce que vous avez vu, il y a un petit peu de nourriture sur votre lit », donc il a vu, il a fait quand même. Il n'avait pas vu... il a pris la nourriture et l'a mise sur son plateau. Ce n'était pas propre à 100 % mais au moins il l'a fait.

Élodie a verbalisé plusieurs dimensions dans la situation : 1) son vécu émotionnel lors de la première situation, 2) le vécu de sa pensée à certains moments de la description (les solutions envisagées) mais aussi 3) le vécu de l'action. Ces différents domaines de verbalisation vont permettre à Élodie de problématiser la situation. C'est ce que l'interviewer explore ensuite.

I. – Est-ce que vous avez commencé à travailler sur le DC2 pour l'écrit ?

S. – Oui... celle-ci.

I. – Comment avez-vous problématisé la situation ?

S. – Problématiser, c'est donc... comment lui faire comprendre qu'il y a des choses qu'il pouvait faire par lui-même mais aussi le fait comment... comment lui faire comprendre quand il se vexe qu'il y a des choses qu'il pouvait faire par lui-même sans demander tout le temps qu'on le fasse pour lui.

I. – Ce questionnement est lié à toute situation ou en particulier au moment des repas ?

S. – Non, c'est un questionnement d'une manière générale (*rire*)... en fait il y avait plein de problèmes... parce qu'il y avait le fait qu'il oubliait de dire « s'il vous plaît », « merci », qu'il disait « fais-moi ci, fais-moi ça »... donc il y avait vraiment pas mal de choses... mais bon je n'ai pas tout dit...

I. – Ok... vous avez donc repéré des besoins pour cette personne.

S. – Besoin d'hygiène, besoin d'entretenir son environnement et lui-même... enfin son apparence... la nourriture sur son t-shirt n'est pas... il ne faisait pas attention à son apparence...

I. – Il y a d'autres besoins que vous avez repérés ?

S. – De se réaliser... non... son autonomie... je ne sais pas ? C'est par rapport aux besoins d'Henderson ?

I. – Oui.

S. – À l'examen, il faut évoquer les besoins d'Henderson ?

I. – Vous avez repéré des besoins par rapport à la situation que vous avez décrite.

S. – Des besoins d'affection aussi car s'il demande tout le temps, c'est qu'il a besoin qu'on s'intéresse à lui. En fait qu'on s'intéresse à lui mais d'une autre manière.

I. – Un besoin de valorisation aussi, vous l'avez évoqué durant l'entretien... alors vous voyez c'est à partir des besoins que vous avez repérés dans la situation que vous problématisez... car sinon dans votre description, ça n'apparaît pas, disons plutôt ce n'est pas nommé.

S. – Ok.

I. – Est-ce que vous êtes partie dans votre écrit sur la description du repas ?

S. – Oui, mais moi je ne suis pas partie sur la situation numéro une, j'ai décrit la situation numéro deux. Sur la situation numéro une, j'ai fait un résumé et j'expliquais en gros ce qui n'allait pas... enfin ce qui n'avait pas été. Mais la vraie description où je frappe à la porte, ça je l'ai fait pour la deuxième fois. Donc je dois le faire dans l'autre sens en fait ?

I. – Dans l'écriture, vous allez faire la présentation du contexte, donc ça se passe à l'hôpital, service médecine, au moment des repas. Rapidement expliquer comment ça fonctionne les repas, la procédure dans sa dimension institutionnelle, c'est-à-dire les manières de faire...

S. – Oui, des fois, c'est la course et les personnes très dépendantes on leur donne la nourriture, enfin on leur donne à manger. Les personnes qu'on installe, les personnes qui mangent toutes seules mais après en priorité pour pas qu'il y ait d'attente, on doit aider les personnes les plus dépendantes... de fait on n'a pas trop le temps de...

I. – Il y a bien une dimension institutionnelle...

S. – Oui.

I. – Puis vous décrivez la première scène en établissant une problématique à partir de vos observations : repérage des symptômes, de son handicap et des besoins lors de l'accompagnement. Dans un second temps, vous faites part des moyens que vous avez mis en œuvre pour répondre à la problématique rencontrée. Et vous décrivez la seconde situation, celle qui fait suite à l'entretien que vous avez eu avec lui.

S. – Si je comprends bien... les moyens... c'est l'entretien que j'ai eu avec lui pour verbaliser ce qui n'a pas été dit lors de la situation une : le réajustement de sa position dans le lit pour faciliter la prise du repas, ainsi que le fait de verbaliser ou plutôt l'accompagner, le guider pour qu'il arrive à manger seul.

I. – Oui, vous avez compris.

Fin de l'entretien

Méthode pour écrire le compte rendu d'intervention – Proposition

L'entretien d'explicitation⁴ a donc un double objectif : parler de sa pratique professionnelle et se former aux écrits professionnels. Avant de passer à l'écrit du compte rendu d'intervention, il est conseillé de s'entraîner à l'entretien d'explicitation pour décrire la situation choisie. Pour cela, il est indiqué de mobiliser :

- un interviewer (référé professionnel du stage ou un camarade de promotion) ;
- un interviewé (celui qui présente le compte rendu d'intervention) ;
- un observateur (qui prend note de ce qui semble important dans la description) ;
- un enregistreur (pour pouvoir retranscrire l'entretien et écrire le compte rendu).

Le temps nécessaire est de 20 mn d'entretien et 20 mn d'échange après l'entretien. L'interviewer se focalise sur la description et l'observateur est en retrait et n'intervient pas durant l'entretien.

Consigne de départ pour l'interviewé : « Je vous propose de revenir sur une situation professionnelle que vous avez pu vivre pendant la formation et que vous pouvez mettre en lien dans les écrits qui sont demandés pendant la formation. » Ou bien : « Je vous propose de choisir un moment de votre pratique professionnelle qui selon vous a bien marché ou a bien fonctionné... Je vous laisse le temps de retrouver une situation...Vous avez choisi ? Donc est-ce que vous pouvez décrire la situation ? »

Consigne pour l'observateur : observer la méthode de l'entretien et prendre note des moments qui apparaissent importants dans les propos échangés.

Le passage à l'écrit peut s'effectuer à partir de l'entretien enregistré. Par ailleurs, l'observateur peut apporter son point de vue lors du « débriefing ». L'observa-

4. Inspirée des travaux de Pierre Vermersch et du Groupe de Recherche sur l'Explicitation : www.grex.fr

teur échange après l'entretien avec l'interviewer et l'interviewé. Il s'agit d'apporter des éléments de réflexion pour le compte rendu d'intervention : repérer la problématique, l'analyse faite en équipe et les moyens mis en œuvre pour résoudre le problème repéré.

Exemple de compte rendu d'intervention

Suite à l'entretien d'explicitation, voici le compte rendu d'intervention qu'Élodie, stagiaire AMP, a rédigé.

1. CONTEXTE

Mon lieu de stage a été le service médecine d'un centre hospitalier aux Antilles. Les missions du secteur hospitalier sont la prévention, la formation, la recherche, la qualité des soins et la sécurité. Le service médecine accueille des personnes majeures, pour raisons médicales et sociales (tuberculose, accident vasculaire cérébral, problèmes sociaux...). Les principaux textes relatifs aux droits des patients sont la loi du 4 mars 2002 et la charte du patient hospitalisé. La garantie des soins, le droit à l'information, au respect de la vie privée et à l'intimité y sont évoqués.

Le service de médecine dispose de 11 chambres, dont 6 individuelles et 5 doubles.

L'équipe est composée :

- d'un cadre de santé ;
- de quatre médecins (dont un chef de service, un spécialisé VIH, un spécialisé en infectiologie, un spécialisé en gastro-entérologie) ;
- d'infirmières ;
- d'aides-soignantes ;
- d'agents sanitaires hospitaliers ;
- de secrétaires.

2. LE PATIENT CHOISI

a. Présentation du patient

Dimension sociale

Serge, âgé de 52 ans, est né à Limoges. Il parle le français, l'anglais, le créole et l'espagnol. Sa situation sociale n'est pas à jour : une demande de CMU (Couverture Maladie Universelle) et d'AAH (Allocation Adulte Handicapé) a été faite. Sa mère doit lui ouvrir un compte en banque afin qu'il puisse toucher ses droits. Avant son hospitalisation, Serge vivait dans la rue et consommait de la drogue (crack, cocaïne). Il avait un appartement et pouvait vivre chez sa mère, qui lui en faisait souvent la proposition, mais il souhaitait rester dans la rue, afin de se sentir libre, selon ses dires. Il souhaite désormais ne plus retomber dans l'addiction et aller vivre chez sa mère.

Dimension familiale

La mère de Serge, une dame de 74 ans, retraitée, lui apporte régulièrement son soutien, s'occupe de ses papiers administratifs. Il a un frère et une sœur, qui viennent régulièrement lui rendre visite, accompagnés de leur mère. Serge a une

filles et deux fils, nés de mères différentes. Un de ses fils, âgé de 28 ans, habite en métropole et vient lui rendre visite à chacune de ses venues aux Antilles. Serge est célibataire.

Dimension professionnelle

Serge a travaillé dans le passé dans le domaine de la mécanique et de la cuisine. Il ne travaillait plus régulièrement avant son hospitalisation et vendait quelquefois des noix de coco.

Dimension médicale

Serge a été dépisté comme étant atteint du SIDA (Syndrome de l'Immuno-Déficience Acquise) depuis 2008. Il consomme de la drogue depuis plus de 20 ans. Serge a contracté une toxoplasmose cérébrale, maladie opportuniste, à cause du SIDA. Il ne prenait pas correctement son traitement. Il en est guéri mais celle-ci ainsi que la prise de drogues durant des années ont laissé des séquelles. Les conséquences sont un déficit de l'hémisphère cérébral droit ainsi que des troubles du comportement et de la vigilance. Serge a donc des difficultés de préhension, les mouvements qu'il effectue sont très lents et il se fatigue très vite. Il est prévu que Serge parte en Guadeloupe, dans une unité de soins de suite et de réadaptation en infectiologie se trouvant dans un centre hospitalier.

Personnalité

Serge a un côté immature et laisse souvent son entourage faire les choses à sa place. Il peut tenir des propos incorrects envers le personnel soignant lorsqu'il n'obtient pas ce qu'il veut et oublie très souvent d'utiliser les formules de politesse. Il est de nature très curieuse, aborde facilement les gens et aime communiquer. Il est très gourmand. Il aime que l'on s'occupe de lui et l'exprime par de multiples demandes.

b. Pourquoi l'avoir choisi ?

J'ai choisi Serge pour mon rapport d'intervention car :

- son état de santé nécessite une aide dans les gestes de la vie quotidienne ;
- Serge a tendance à réclamer de l'aide pour des choses qu'il pourrait faire par lui-même durant ses actes quotidiens.

3. LE SOIN CHOISI

a. Le moment du repas

Le moment du repas représente un moment clé du quotidien. Le principe reste le même : ingérer nourriture et boisson afin d'apporter à notre corps les éléments indispensables à son bon fonctionnement, indispensables à notre survie tout simplement. Et pourtant, cet acte universel a une représentation différente selon chaque individu. Une personne appréciant la bonne chair et en bonne santé pourrait y voir un moment de plaisir tandis qu'une personne très malade et fatiguée pourrait y voir un moment de douleur et de souffrance. Cela reste donc très subjectif, selon l'état de santé, la culture, l'éducation, les goûts, les habitudes, la personnalité et l'humeur de la personne.

L'état de santé que ce soit physique ou mental peut modifier l'appréciation des temps de repas. Une personne dépressive par exemple pourrait ne plus y trouver d'attrait. Une personne limitée dans ses mouvements à cause de la maladie

pourrait y voir une source de plaisir et attacher énormément d'importance à ce moment.

La culture, l'éducation, les croyances, les habitudes sont également à prendre en compte. Car si elles ne sont pas respectées, le moment du repas peut être mal vécu et ne pas être apprécié. Certaines personnes vont préférer passer le moment du repas en groupe afin que cela soit un moment de plaisir partagé. Associer le repas à la communication sera donc tout aussi important que le repas en lui-même. D'autres préféreront ne pas être dérangés et manger seuls. Peut-être parce qu'ils voient à travers cet instant un moment de détente, un moment où ils peuvent se retrouver au calme avec eux-mêmes.

Les goûts de chacun jouent un rôle très important. Toutes les conditions de confort, de respect des habitudes peuvent être remplies. Si le plat proposé ne plaît pas, le moment ne sera pas apprécié dans sa totalité. Cependant, dans la vie de tous les jours, il n'est pas toujours évident selon les circonstances de manger à chaque repas un plat apprécié (vie en institution, précarité, invitation chez des amis, etc.).

L'humeur est à prendre en compte également. Un très bon repas entouré de gens qu'on aime peut ne pas être apprécié si l'on a des soucis, des tracas. Ou au contraire, apporter du réconfort et apaiser l'esprit.

La personnalité de l'usager peut être devinée à travers les moments du repas. Quelqu'un qui s'isole régulièrement peut être dépressif, timide, renfermé. Quelqu'un qui mange avec plaisir régulièrement et communique durant les repas peut être quelqu'un de bon vivant, sociable. Une personne qui nettoie son plateau repas avec attention peut être quelqu'un de minutieux, ordonné. On peut également observer si la personne mange vite ou prend son temps, si elle mange proprement ou non. On peut donc percevoir certains aspects de la personnalité de l'usager à ce moment-là, tout en sachant qu'il faut une observation plus vaste, plus complète avant de se faire réellement une idée. Le regard de l'équipe doit s'y ajouter également.

Selon les personnes prises en charge, leur sécurité a une dimension plus ou moins importante. Une personne ayant des problèmes de déglutition devra être installée correctement et être surveillée attentivement afin d'éviter les fausses routes. On devra être attentif également à ce qu'elle ne blesse pas quelqu'un ou ne se blesse elle-même (couverts). La bonne prise des médicaments a aussi toute son importance au cours des repas. Car la personne peut se mettre en danger au niveau de sa santé si ce n'est pas le cas. Les régimes alimentaires sont à surveiller aussi.

La vision qu'ont les patients de leurs propres dépendances est également une chose délicate. Certaines personnes vont l'accepter et se reposer entièrement sur le soignant et ne plus faire des actes qu'ils pourraient faire eux-mêmes. D'autres vont la refuser, celle-ci représentant pour eux une forme de régression, une atteinte à l'estime de soi (par exemple : refuser une serviette autour du cou alors que leur état de santé ne leur permet pas de manger proprement). Il est difficile parfois de trouver un juste milieu, c'est pourquoi l'observation de la personne et l'information avant la prise en charge sont importantes. On peut connaître ainsi les capacités et les limites de l'usager. En tant qu'AMP, le repas est un moment permettant de créer un lien, de partager des confidences, d'apporter du réconfort, du plaisir, de faire évoluer la personne vers son autonomie. S'il s'agit d'un adolescent, d'un adulte ou d'une

personne âgée, il est important de ne pas infantiliser la personne mais de mettre en avant ses capacités.

La représentation mentale du repas que se fait le patient, mais également son histoire, son état physique et mental, les conditions environnementales de ce moment sont donc des éléments importants. Il faut aussi ne pas oublier que les goûts, les habitudes de chacun quant au moment du repas sont susceptibles de changer. Il faut donc y être attentif pour que la personne se sente le plus possible en harmonie avec elle-même à ce moment-là.

b. Situation précédente

Chaque jour vers 11 h 50, un agent sanitaire hospitalier du service médecine va chercher le chariot de repas. À midi, le chariot arrive. L'agent sanitaire hospitalier, les aides-soignants, les stagiaires commencent le tour des chambres. Il s'agit de distribuer les plateaux repas à chaque patient, en veillant au régime de chacun, d'installer correctement les personnes qui ne peuvent le faire elles-mêmes, et d'aider à la prise du repas si nécessaire. Un rouleau de serviettes bleues est placé sur le chariot avant le début de la tournée pour préserver la propreté des vêtements et du lit, des patients risquant de se salir durant le repas. Une feuille de repas aide à connaître le régime de chaque personne.

Aujourd'hui, nous sommes vendredi. Nous sommes arrivés à hauteur de la chambre de Serge. Serge est en régime normal, c'est-à-dire qu'il peut manger de tout. Je vérifie tout de même sur la feuille de repas, on ne sait jamais. Je prends le plateau de Serge dans mes mains et frappe à la porte. J'annonce à Serge que je lui apporte son plateau repas. Serge est allongé sur son lit et observe le plateau avec attention. Serge est très gourmand. Il se redresse un peu mais pas suffisamment pour avoir une position adéquate pour la prise du repas. Pendant que je pose le plateau sur sa petite tablette roulante placée à sa droite, je suggère à Serge de redresser un peu plus la partie haute de son lit car il risque de se retrouver dans une position inconfortable durant le repas. Il cherche la télécommande de son lit du regard, l'attrape d'un geste lent et remonte le dossier de son lit. Serge observe toujours attentivement son plateau repas. Je lui demande s'il a faim et si le repas de ce midi est à son goût. Il me répond que oui. Serge a très souvent faim et aime quasiment tout. Je lui dis que je vais faire au plus vite afin qu'il puisse manger. J'enlève le film plastique entourant l'assiette (mes mains ayant été lavées au préalable). Serge a des difficultés à effectuer des gestes précis et y passe beaucoup de temps. L'assiette et le film plastique étant très chauds, il risquerait de se brûler les doigts en le faisant par lui-même.

Je dis à Serge que je vais l'aider à attacher la serviette bleue (préalablement déposée sur la tablette par une aide-soignante) autour de son cou. Je la tends à Serge, qui la place sur son torse. Serge avance légèrement sa tête pour me faciliter la tâche et j'attache la serviette. Je lui annonce ensuite que je vais avancer la tablette pour la mettre en face de lui. Serge a l'air impatient de prendre son repas. Je place la tablette assez près de lui pour qu'il évite de se salir au cours de son repas et de façon à ce que ses mouvements puissent être réalisés avec aisance, il ne faut pas non plus qu'il se sente compressé. Je demande ensuite à Serge de m'aider à placer la serviette bleue qu'il a autour du cou sous le plateau. Ainsi, si la nourriture tombe de sa fourchette pendant son trajet de l'assiette à sa bouche, elle tombera sur la serviette et non sur

le lit ou sur ses jambes. Serge attrape un bout de la serviette et la place sur la table pendant que je soulève le plateau. Je remets le plateau lorsque la serviette est bien mise et remercie Serge. La serviette doit être placée de façon à ce qu'il ne soit pas gêné dans ses mouvements, elle doit donc ne pas être trop courte.

Une fois la tablette en place, je lui dis que je vais ouvrir sa petite bouteille d'eau (je n'ai pas besoin de lui demander, je sais que Serge le demande à chaque fois). Il acquiesce de la tête. Les petites bouteilles d'eau du moment (les marques changent souvent) sont très difficiles à ouvrir et Serge n'aurait pas eu la force nécessaire pour le faire. Je prends le gobelet en plastique qui avait été déposé par l'infirmière auparavant lors de la distribution des médicaments et du contrôle de leur prise peu avant le repas. Je demande à Serge « Comme d'habitude ? » avec un petit sourire. Il secoue la tête pour approuver. Je verse donc la moitié de la petite bouteille d'eau dans le gobelet en plastique. Serge n'ayant pas énormément de force et de précision pour soulever les objets, lorsqu'il la prend dans sa main (il boit à la bouteille), sa main se crispe autour de la bouteille pour être sûre qu'elle ne tombe pas. Si la bouteille est remplie, lorsqu'il la prend de cette façon, l'eau déborde de la bouteille. Il est donc plus simple pour lui si la bouteille est remplie à moitié, cela évite que l'eau soit renversée sur lui.

Serge me dit « Merci », d'un ton un peu militaire. Peut-être parce que l'équipe, y compris moi-même, lui a souvent rappelé qu'il oubliait régulièrement les formules de politesse. Je lui réponds « Mais de rien » sur un ton enjoué pour lui montrer que j'ai bien entendu son « merci ».

Je demande à Serge s'il a besoin d'autre chose. Il me demande si je peux l'aider à couper son pain et à faire son sandwich (Serge a pour habitude de mettre une partie de son plat dans le morceau de pain du repas). L'ayant déjà vu faire, je sais que Serge peut effectuer ce geste par lui-même. Je lui dis : « Non Serge, je sais que vous pouvez le faire vous-même. » Je lui dis que je dois maintenant poursuivre la tournée des repas (il faut aider les gens les plus dépendants à manger). Serge insiste. Il a l'air vexé et irrité. Je reste sur mon « non », lui répétant la raison évoquée. Je lui souhaite un bon appétit et m'avance vers la porte. J'entends alors Serge marmonner quelque chose et entend des insultes à mon égard. Je le regarde et lui dis « Pardon ? ». Serge me répond « Rien ! », sans me regarder. La conversation me semble close. Je désinfecte mes mains avec de la solution hydro-alcoolique et sors de la chambre. Je ressens une pointe d'énervement. Je continue la tournée des repas en essayant de ne pas penser à cet épisode pour atténuer les sentiments négatifs engendrés.

c. Besoin repéré

Le principal besoin repéré lors de ce moment a été le besoin de considération et de valorisation. Serge a semblé prendre mon refus pour un manque de considération. Il a besoin d'être valorisé au niveau de ses compétences et des actes qu'il peut réaliser par lui-même, afin de devenir plus autonome. Le besoin de réapprendre certaines règles de vie sociale est également ressorti (le fait d'insulter).

Ayant repensé au calme au conflit durant l'après-midi, il m'a semblé nécessaire d'avoir un entretien avec Serge à ce sujet. Sinon, la communication risquerait d'être bloquée ou ternie.

La semaine suivante, après les transmissions de 13 h 30 à 14 h 30, je me suis donc rendue dans la chambre de Serge pour lui demander s'il était d'accord pour qu'on parle de cet épisode. Serge a accepté. Je lui ai demandé à quel moment il était disponible pour le faire. Il m'a répondu vers 15h30. Serge aime faire une sieste l'après-midi. Nous avons convenu que l'on irait discuter devant l'entrée des urgences.

Serge et moi sommes dehors pour s'entretenir. Je lui dis que je vais lui expliciter la raison de mon refus de faire son sandwich. Je commence par lui demander pourquoi il s'était vexé de mon refus. Serge sourit, il a l'air un peu embarrassé. Il me dit : « Car tu ne voulais pas m'aider. » Je lui explique alors que mon refus n'était pas causé par de la fainéantise ou par un manque d'intérêt pour lui. Je lui ai ensuite parlé du fait que certaines de ses capacités étaient réduites du fait des conséquences médicales et de son passé. Je lui ai dit que j'en étais consciente, mais qu'il avait des capacités qu'il pouvait continuer à exploiter, il est donc important qu'il continue à le faire. Pour son estime personnelle et son indépendance. J'ai tenté de lui faire comprendre que mon refus était pour lui, et non contre lui.

Serge écoute, il ne parle pas beaucoup mais hoche régulièrement la tête en signe d'approbation. Il me dit : « Oui, c'est pour moi, c'est pour mon bien. » L'ambiance est détendue et Serge semble à l'aise. J'en déduis que le conflit est passé, qu'on peut repartir sur de bonnes bases. Je lui ai rappelé ensuite que le fait d'insulter les gens n'était pas correct, que cela pouvait couper la communication et que cela représentait un manque de respect envers autrui. Serge a souri et m'a dit : « Oui, je sais. »

d. Réadaptation

Quelques jours plus tard, je me retrouve face à la même situation. Il est 18 h 00, j'apporte le plateau à Serge et procède à l'aide habituelle. Une fois cette opération finie, je demande à Serge si tout va bien, s'il a besoin d'autre chose. Serge me demande de l'aider à faire son sandwich. Serge a tendance très souvent à redemander quelque chose qui lui a été refusé, pour voir si la réponse peut changer et s'il peut obtenir ce qu'il veut. Je regarde Serge et lui souris. Je lui réponds : « Ah oui ? Eh bien moi je pense que vous pouvez le faire seul, que vous en avez les capacités. » Il sourit et me dit : « Oui, c'est pour moi, c'est pour mon bien. » Je peux donc me rendre compte que Serge a compris le sens de la conversation que l'on avait eue. Je lui dis que je suis sûre qu'il peut y arriver et que s'il veut, je peux rester à côté de lui le temps qu'il le fasse. Il répond que oui, je peux rester.

Serge prend son couteau, prend son pain de l'autre main et commence à couper son morceau de pain en deux. Je remarque à l'expression de son visage que ce n'est pas un acte facile pour lui, que cela demande des efforts réels. Il relève la tête et me regarde avec un regard un peu suppliant. Je devine qu'il souhaite de l'aide de ma part mais je le regarde, lui souris et lui dis : « Serge, tu peux y arriver, j'en suis sûre, je sais que c'est difficile mais tu en as les capacités. » Serge acquiesce, baisse la tête et continue. Après avoir un peu entaillé le pain, il l'ouvre en deux avec ses doigts. Je l'encourage du regard et lui dit qu'il a déjà fait 70 % du travail. Il prend ensuite de la nourriture dans sa fourchette pour la mettre dans son pain. Je lui conseille d'avancer son morceau de pain près de l'assiette car la nourriture risque de se renverser sur le plateau. Il le fait et après quelques coups de fourchette, son sandwich est prêt, il peut refermer le pain et le prendre dans sa main droite. Je lui dis qu'il peut être fier

de lui, qu'il en avait les capacités. Serge sourit malicieusement en amenant le sandwich à sa bouche. Je lui souris et lui annonce que je dois continuer la « tournée des repas » et que je vais le laisser manger tranquillement. Il acquiesce en mangeant. Je lui dis « À tout à l'heure », me désinfecte les mains avec de la solution hydro-alcoolique et sors de la chambre.

Je transmets l'information oralement à l'aide-soignante ainsi qu'à l'infirmière présentes ce jour-là. Je leur dis que Serge a demandé de l'aide pour effectuer son sandwich, puis l'a fait de manière autonome après motivation et rappel de notre entretien à ce sujet. Je leur transmets également qu'il avait l'air content de cet acte, malgré les efforts demandés.

BILAN

Le bilan de cette action s'est avéré positif en ce qui concerne l'autonomie de Serge à développer au cours du repas. Il a fait son sandwich seul, mais l'a fait en ayant à l'esprit que « c'est pour lui, pour son bien », et non uniquement car on lui a refusé de l'aide. Le travail d'équipe est important à ce niveau-là car Serge, lorsqu'il avait un refus de ce type, demandait à une autre personne de l'équipe. Sans mentionner un refus préalable. L'équipe se transmettant les informations, elle tient le même discours à Serge, ce qui est bénéfique pour son évolution. L'idéal serait désormais qu'il le fasse spontanément sans demander une aide extérieure.

Cette expérience m'a fait comprendre l'importance de l'explicitation en cas de conflit. Serge avait vécu mon « non » comme une forme de rejet. J'avais pensé que le fait d'ajouter qu'il pouvait le faire serait suffisant pour qu'il comprenne. Qu'il est important pour son autonomie, pour lui, pour son avenir. Mais Serge l'avait perçu tout autrement. Quitte à se répéter, mieux vaut donc toujours s'assurer que la communication est bien passée. D'autant plus s'il s'agit d'un refus face à une demande. Une demande peut dissimuler un besoin d'affection, d'amour, un besoin d'exister face aux autres. La phrase de Serge, « c'est pour moi, c'est pour mon bien », m'a fait réfléchir car il l'a dite en souriant. Il avait l'air heureux que je me soucie de lui à ce moment-là et semblait content d'avoir réalisé son sandwich lui-même. Pourtant, en le réalisant, cela semblait lui demander une certaine énergie. Peut-être donc que dans certains cas, on pense soulager une personne en lui évitant quelques efforts, mais par la même occasion, on risque de la priver de l'aboutissement de ses efforts et de la satisfaction éprouvée juste après.

Exemple d'entretien avec Audrey, stagiaire AMP

Audrey, stagiaire AMP, évoque une situation vécue dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) auprès d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer.

Cet entretien s'est réalisé dans un bureau du centre de formation et a duré 30 minutes. Deux observateurs, stagiaires AMP, ont participé à cet entretien pour prendre note des propos échangés. Nous avons retranscrit ici la totalité de l'entretien et le débriefing avec les observateurs. L'intérêt de réaliser l'entretien

d'explicitation en présence des observateurs est pédagogique. L'apprentissage de l'entretien d'explicitation se réalise à partir de ce dispositif : un observateur se focalise sur l'interviewer et sa technique d'entretien, l'autre observateur prend note des propos échangés. Ce dispositif de formation permet aussi d'échanger avec l'interviewé et de comprendre comment il s'y est pris en situation professionnelle.

L'entretien

Interviewer – Audrey, je vous propose de prendre le temps, si vous le voulez bien, de laisser revenir une situation vécue sur le stage 1 ou le stage 2, une situation vécue qui a posé problème. Je vous laisse le temps de retrouver et dès que vous avez trouvé vous me faites signe...

Stagiaire AMP – Oui, c'était lors de mon premier stage en maison de retraite, en EHPAD... où en fait il y avait un secteur dans le restaurant qui était destiné aux gens qui étaient en mixé total... qui ne pouvaient pas manger seuls... et donc qui avaient besoin d'une aide... donc une AMP ou une aide-soignante. Du coup, j'étais sur ce secteur-là le midi avec ma référente AMP et le problème c'est que... on avait, en fait, une dame atteinte de la maladie d'Alzheimer, en fauteuil, et qui ne voulait pas manger, qui ne voulait pas s'alimenter et qui ne réagissait pas aux stimuli. Et, du coup... pas d'alimentation et c'était une dame qui était dans... je ne veux pas dire dans une carence, mais elle était faible.

I. – D'accord. Avant d'aller plus loin, je vous propose de revenir au moment du repas.

S. – Oui.

Le questionnaire qui suit a pour objectif de faire décrire le moment du repas. L'interviewer cherche d'abord à identifier le contexte, puis à s'informer sur les actions menées dans ce contexte.

I. – Qu'est-ce qui se passe ? Concrètement qu'est-ce que vous avez vu ?

S. – Elle n'ouvre pas la bouche, elle ne veut pas manger.

I. – Vous êtes où dans la salle ?

S. – On est à table. C'est en fait une grande table, il y a plusieurs résidents autour. Ces résidents-là on les fait manger...

I. – Prenez le temps de revenir dans cette situation... essayez de vous remémorer... vous êtes où à table ?

S. – À côté de la dame.

I. – Oui

S. – À sa hauteur en fait... en train justement d'essayer de la stimuler pour que déjà elle réagisse.

I. – On va reprendre, si vous voulez bien, vous êtes face à elle ou bien à côté d'elle ?

S. – Moi, je suis en bout de table à peu près face à la résidente... ni de côté ni de face vous voyez.

I. – D'accord. Vous êtes au début du repas ?

S. – Oui, on est à l'entrée... je pense qu'elle a aussi un problème avec le salé.

I. – Vous allez un peu vite, on revient au début, si vous voulez bien, donc vous êtes au début du repas... qu'est-ce qui se passe ?

S. – On est à l'entrée, c'est salé.

I. – Comment vous savez que c'est salé ?

S. – Ça se sent, c'est de l'avocat... déjà c'est vert, c'est un légume et ça se sent à l'odeur... et en général, à la restauration, à la maison de retraite... toutes les entrées sont salées. Les plats sont salés et il n'y a que les desserts qui sont sucrés.

I. – Donc vous faites quoi à ce moment-là au début du repas... au moment où vous êtes avec la dame ?

S. – Le chef cuistot nous prépare les assiettes et on emmène les assiettes aux résidents.

I. – Oui.

S. – Donc, on sert les résidents... et pour le secteur où je suis assise, c'est uniquement des mixés total à l'entrée et au dessert.

I. – C'est quoi un mixé total ?

S. – Tous les aliments sont mixés pas en soupe, mais... ça reste quand même un petit peu solide car c'est l'entrée ou un plat principal quand même mais pas besoin de mâcher...

I. – Donc, ce jour-là, vous êtes dans la salle à manger presque en face de la dame, vous êtes allée chercher le plat avant et au moment où vous êtes avec la dame comment vous faites... Vous êtes où ?

S. – Je m'assieds en face d'elle. Je la stimule par la parole : je lui explique que j'ai amené son entrée. Si je peux, je mets la main sur son bras pour lui faire comprendre que je suis à côté d'elle au cas où elle serait perdue dans l'espace.

I. – Là, au moment où vous êtes en face d'elle, vous faites quoi ?

S. – En fait l'assiette est posée sur la table et je parle à la résidente qui est en face de moi et je vois que la résidente – par rapport à son regard – ne réagit pas et qu'elle est toujours dans le vague.

I. – Et là juste à ce moment-là, vous voyez qu'elle est dans le vague ?

S. – Oui et, à ce moment-là, je lui touche le bras, elle ne réagit pas.

I. – Comment vous voyez qu'elle ne réagit pas ?

L'interviewer se focalise sur les informations données par Audrey et commence à s'intéresser aux activités mentales réalisées durant l'action.

S. – Pas de réaction, pas de mouvement de regard qui se tourne vers moi pour me dire qu'elle m'a entendue. Du coup, on a un échange verbal ou non verbal par rapport au fait qu'elle ne parle pas forcément, mais qu'elle m'a entendue, elle me voit, elle me comprend.

I. – Oui.

S. – Je vois qu'il n'y a pas de réaction.

I. – Et donc au moment où vous voyez qu'il n'y a pas de réaction à quoi vous pensez ?

S. – Peut-être qu'elle ne m'entend pas. Du coup je vais avoir le contact du toucher pour lui faire comprendre que je suis là.

I. – Et donc là vous avez fait quoi ?

S. – Je lui mets la main sur le bras tout en continuant de lui parler.

I. – Qu'est-ce que vous lui dites ?

S. – Madame X, c'est Audrey, je vous ai apporté votre entrée, on va manger. Je lui explique quand même ce qu'il y a dans l'assiette, car il y a certaines personnes en mixé... ce n'est pas forcément évident de savoir ce qu'il y a dans l'assiette.

I. – D'accord.

S. – En gros les couleurs et ce que cela pourrait être, je présume... C'est pas toujours évident.

I. – Et là donc c'est quoi ?

S. – C'était un truc orange donc je pense à une purée de carottes, mais je ne sais pas trop. Des fois c'est particulier car l'odeur change.

I. – Vous avez l'odeur dans le nez ?

S. – Oui, ce n'est pas super agréable donc je peux concevoir qu'on n'a pas envie.

I. – À ce moment-là, vous avez l'odeur dans le nez et vous êtes devant la dame et vous lui expliquez ce qu'il y a dans le plat et après ?

S. – Je lui dis qu'il faut qu'elle s'alimente pour son bien-être et sa santé. Et donc je prépare la petite cuillère.

Après avoir évoqué des informations d'ordre sensoriel (vision et olfaction), Audrey va donner à l'interviewer des informations sur des actions matérielles.

I. – Comment vous faites pour préparer la petite cuillère ?

S. – En fait, je n'en mets pas beaucoup à l'intérieur de façon que ce soit à l'avant de la cuillère, de façon que ce soit plus simple. Ce sont des résidents qui ont tendance à ne pas ouvrir la bouche donc en mettre beaucoup ça ne sert strictement à rien parce qu'ils mangent très peu, puis mieux vaut petit à petit.

I. – Donc pour cette dame-là ?

S. – Oui, j'en mets un peu au bout de la cuillère et je lui dis qu'on va goûter un petit peu pour le fait que peut-être elle va aimer et donc... n'ouvrant pas du tout la bouche... du coup, je ne peux pas la forcer et je demande à ma référente AMP comment faire pour qu'elle s'alimente.

I. – Elle se trouve où la référente AMP ?

S. – À la même table que moi, mais avec un autre résident donc à proximité quand même et, du coup, la problématique se pose là... elle me dit que si elle ne veut pas manger on ne peut pas la forcer et tant pis.

I. – D'accord.

S. – Et donc j'ai un problème avec ça.

I. – Au moment où elle vous dit ça votre référente, comment vous réagissez et qu'est-ce que vous faites ?

S. – Je me dis qu'il y a peut-être autre chose à faire pour la stimuler ou pour qu'elle mange. Parce que je sais que c'est une dame qui est tout de même plus sur le sucré... elle a moins de difficultés à ouvrir la bouche même si ce n'est pas non plus énorme.

I. – Quand vous me dites cela, c'est que vous avez déjà eu l'expérience avec cette dame-là auparavant ?

Audrey évoque son expérience passée, puis l'interviewer se focalise à nouveau sur les actions.

S. – Tout à fait. Le midi, j'étais tout le temps sur la table des mixés total pour accompagner ma référente et l'aider à donner à manger aux résidents. C'est toujours les mêmes en général, donc on prend l'habitude de voir ce qu'ils aiment ou n'aiment pas, leur goût, leur façon de manger aussi, s'ils ont de l'appétit ou pas.

I. – Ce jour-là, cette dame ne veut pas manger alors que les autres jours elle mangeait ?

S. – Oui.

I. – Donc, si vous voulez bien Audrey, on revient au moment où vous parlez avec votre référente et où vous posez des questions sur comment faire...

S. – Oui.

I. – Qu'est-ce qui se passe après, qu'est-ce que vous faites ?

S. – Après je réfléchis, j'essaie de... pas de la forcer, mais d'insister un peu, dans mes ruses entre guillemets pour que, du coup, elle mange quand même un petit peu.

I. – C'est quoi insister ?

S. – C'est pas vraiment insister, mais enfin, c'est essayer de trouver des ruses, des stratagèmes pour...

I. – Donc c'est quoi les ruses... vous faites quoi ?

S. – Changer d'aliment, essayer de passer au plat... ne pas lui donner d'entrée... sachant que moi-même l'odeur... je comprends qu'elle n'en veuille pas. Je me dis enfin... c'est vrai que l'odeur c'est quand même important, la présentation et là l'odeur n'est pas extra. Donc je me dis je passe au plat.

I. – Oui.

S. – Je saute l'entrée.

I. – Oui et qu'est-ce qui se passe ?

S. – À peu près la même chose, elle n'en veut pas. J'ai beau à la limite essayer d'amener la cuillère à soupe sur sa bouche... en poser un peu sur ses lèvres pour qu'elle goûte... non, elle n'en veut pas. Elle grimace, donc c'est vraiment... non, elle n'en veut pas. Je me dis ça ne sert à rien d'insister parce que si au final elle mange un petit peu et qu'elle est malade après ou que vraiment ça l'écœure.

I. – C'est ce que vous vous dites à ce moment-là ?

S. – Oui, c'est ce que je me dis. Je ne vais pas lui donner quelque chose à manger qu'elle ne veut vraiment pas, je ne vais pas la forcer. Et après on entre dans de la maltraitance, donc dans du forcing, non je n'ai pas envie. Et ma référente me dit si elle n'en veut pas tant pis elle ne mange pas.

I. – Et alors ?

S. – Je ne suis pas dans l'optique de « tant pis elle ne mange pas ». Je me dis en plus ce sont des malades atteints d'Alzheimer. Donc des fois je me dis... je me suis renseignée et des fois ils sont réfractaires à la nourriture, mais pas parce qu'ils n'ont pas faim... parce qu'ils ont perdu le truc de se nourrir, de manger. Donc je me dis je passe au dessert... je sais qu'elle a un rapport au sucré qui est plus sympa. Je me dis à la limite vaut mieux qu'elle mange deux ou trois yaourts... enfin plus de sucré que rien du tout. Donc je prends plusieurs yaourts, des compotes. Le cuistot nous prépare toujours des plateaux desserts avec des compotes... du coup je lui commande des yaourts et des compotes en plus. Au cas où il y ait un appétit plus gros pour le sucré. Et il s'avère que oui : le sucré passe beaucoup mieux.

I. – Vous pouvez revenir au moment où vous lui donnez le dessert ?

S. – Oui.

I. – Le plat, il est devant la dame ?

S. – Non, le plat, je l'ai mis de côté, comme l'entrée... enfin je décale l'assiette et je passe au dessert. Tout simplement... enfin je le mets de côté. Parce que je me dis, moi qui mélange facilement sucré/salé, je me dis qu'il est possible du fait d'avoir mangé des yaourts et du coup que... l'appétit vient en mangeant, ça la stimule et peut-être elle voudra son repas.

I. – Oui.

S. – Donc, je le mets de côté.

I. – D'accord.

S. – Voilà, je me dis qu'il n'y a pas forcément de sens pour manger, du moment qu'on mange... si pour elle ça passe...

I. – Donc vous mettez de côté et vous faites quoi ?

S. – Je commence par le yaourt nature sucré, avec du sucre que je rajoute et... la première cuillère est comme le repas. Elle est réticente elle n'en veut pas... et je me dis qu'elle croit peut-être que...

I. – Comment vous voyez qu'elle n'en veut pas ?

S. – Elle n'ouvre pas la bouche et elle a des mouvements de recul.

I. – D'accord. Vous avez la question de l'odeur dans ce moment ?

S. – Non en fait moi... je veux pas dire que je pense à sa place, mais j'essaie de savoir pourquoi. Je me mets un peu à sa place... et je me dis qu'instinctivement elle croit peut-être que c'est toujours le repas et que... je mets l'assiette de côté mais... est-ce qu'elle a vu que j'ai mis l'assiette de côté tout simplement... peut-être qu'elle croit toujours qu'on est sur le repas et elle n'en veut pas. J'essaie de lui mettre avec la cuillère juste un peu de yaourt sucré sur les lèvres et du coup lui faire comprendre qu'on est passé au dessert et que ça a changé, c'est sucré et je lui dis : « Je vais vous donner du yaourt et c'est peut-être meilleur... vous savez c'est sucré... »

I. – Tout cela est verbalisé ?

S. – Oui, je verbalise tout en pensant peut-être qu'elle ne m'entend pas. Je sais que c'est une dame qui entend un peu... après on a tous des moments où on est dans notre bulle... voilà je verbalise quand même. Je trouve que c'est important de leur expliquer et puis il y a aussi des gens dans l'institution qui sont sourds, mais qui arrivent à lire ou des gens qui sont aveugles, mais qui nous entendent donc on précise. Finalement, le yaourt... le goût sur les lèvres est passé. Du coup elle est en attente, car en fait je n'ai pas le temps de remplir la cuillère que je vois que la bouche est ouverte... elle est en attente de la prochaine cuillère. Du coup je lui donne un yaourt... Je vois qu'elle est toujours en attente en ouvrant la bouche... je lui donne deux yaourts. Et j'essaie de repasser à une cuillère du repas... je lui dis on essaie on goûte et finalement non... ça passe pas du tout elle le recrache... c'est vraiment le sucré. Donc je continue sur le dessert, elle a mangé deux yaourts et de la compote. C'est toujours ça qu'elle a mangé.

I. – Le repas se termine comment ?

S. – Le repas se termine sur cette note-là, mais on ne peut pas faire des repas qu'avec des yaourts, il y a forcément des carences après... C'est pas possible de ne manger que des yaourts même si c'est une personne atteinte d'Alzheimer, c'est une personne âgée... quand même.

Audrey a fini de décrire ses actions matérielles et mentales durant cette première situation. L'interviewer va chercher à comprendre ce qui s'est passé par la suite afin de repérer les éléments de réflexion et d'analyse en équipe.

I. – Donc après, le repas se termine. Qu'est-ce que vous faites par rapport à cette situation ?

S. – En fait, moi j'attends la réunion du matin, la réunion des transmissions et je sais que de toute façon il y a une réunion de synthèse dans la semaine à laquelle j'assiste. J'ai le droit en tant que stagiaire d'y aller et de donner mes réflexions par rapport à certaines choses ou mes attentes... ou même mes questions « Est-ce qu'il est possible de... ». J'attends les transmissions.

I. – C'est à quel moment... après le repas ?

S. – Non, les transmissions c'est le lendemain matin ou le soir avec les dames de nuit, mais moi j'y suis pas... donc le lendemain matin.

I. – Vous transmettez quoi ?

S. – Que telle dame est quand même... enfin mange très peu, mange seulement sucré et que je la sens quand même fatiguée.

I. – Oui.

S. – Donc, du coup, à stipuler dans le cahier de transmissions et à voir ce que l'on peut faire en réunion de synthèse...

I. – D'accord... donc vous êtes à la réunion de synthèse, c'est à quel moment après la transmission ?

S. – C'est le matin... c'est dans l'après-midi la semaine en général... pas tous les jours, mais au moins une dans la semaine...

I. – Donc vous faites le repas, le lendemain matin la transmission et dans la journée réunion de synthèse. Vous êtes à la réunion de synthèse.

S. – Oui.

I. – Vous y êtes là ?

S. – Oui.

I. – Il y a qui et qu'est-ce que vous dites ?

S. – Il y a le médecin coordinateur, l'infirmière en chef coordinatrice, les AMP de l'étage, donc du service, et moi-même, une infirmière et la psychologue.

I. – Donc qu'est-ce que vous dites ?

S. – En fait on ne parle pas de tous les résidents, mais on parle des résidents que chaque personne rencontre... enfin par rapport aux problèmes... du coup on parle de ces personnes-là et quand on arrive à une résidente chacun fait le tour par rapport à ses observations. Et donc moi, je précise qu'aux repas enfin au déjeuner, parce que le soir c'est différent ce n'est pas les mêmes aliments, ce n'est pas le même repas c'est plus léger. Je précise qu'au déjeuner cette dame ne mange pas, elle ne veut pas manger et, malgré mes ruses, elle ne mange pas et elle est uniquement sur le sucré... il n'y a pas de souci pour le sucré. Avec le médecin, ma référente AMP et la psychologue, ils ont pour d'autres résidents installé des repas, disons pour des personnes qui ont le même problème, ils ont mis en place des repas mixés total, donc d'aliments de base sucrée... euh salée

pardon. Ils ont mis un mixé total en sucré, c'est-à-dire qu'ils mélangent dans ces aliments-là sucré et salé pour donner peut-être du goût et faciliter l'aide pour manger. Je précise que ce serait peut-être bien d'essayer, avec cette dame, de passer sur un mixé total sucré pour voir si ça passe ou pas.

I. – Est-ce qu'il y a au moment de cette réunion d'autres réflexions sur cette dame-là ?

S. – Oui, elle a perdu du poids et elle a eu une perte d'équilibre et elle est tombée sur le côté, donc ça ne va pas. Elle est tombée sur le côté, elle a maigri, elle mange de moins en moins. Elle a chuté 2 ou 3 jours avant, mais moi je n'étais pas là à ce moment. Après ils ne savent pas si c'est plus basé sur le fait qu'elle s'alimente moins et que peut-être elle est anémiée quelque part... et ça après c'est le médecin qui voit avec l'infirmière pour voir si c'est médical et quelles observations.

I. – D'accord la chute, vos observations, y a-t-il d'autres informations qui circulent au moment de cette réunion pour cette dame ?

S. – Non, en fait, elle avait maigri un petit peu, mais ce n'était pas spectaculaire.

I. – Qu'est-ce qui se décide du coup en réunion ?

S. – Du coup, en équipe pluridisciplinaire, en réunion de synthèse... il s'avère que oui c'est une bonne idée, car on constate tous la même chose, je ne suis pas dans le faux. Donc c'est pas mal, ils décident de la passer la semaine d'après sur un mixé total sucré pour voir comment ça se passe.

I. – Du coup, cette solution décidée en équipe vous l'avez vécue ?

S. – Oui, quand ça se passe avec le repas mixé sucré ?

I. – Oui, ça se passe combien de temps après cette réunion ?

L'interviewer va s'informer à nouveau sur le déroulé des actions pour cette deuxième situation qui tient compte des moyens et des solutions proposés en équipe.

Deuxième situation :

S. – Même pas une semaine... parce que c'est par rapport au cuistot le temps qu'il ait l'information.

I. – Oui et donc ?

S. – Le jour où elle a le repas mixé sucré.

I. – C'est dans la même salle, au même endroit ?

S. – Oui, c'est dans la même salle au même endroit... oui, elle mange un petit peu, mais honnêtement je ne sais pas si c'est dû au changement de repas.

I. – Comment vous savez cela ?

S. – Parce que je trouve qu'entre-temps, elle reprend un peu du poil de la bête, elle reprend de l'énergie... disons elle reprend le dessus.

I. – Comment vous le voyez ?

S. – Ça se sent déjà le matin au réveil... elle ne déjeunait pas forcément le matin, disons qu'elle ne touchait pas au petit déjeuner et là elle mange une tartine quand même... même si elle n'a pas mangé les deux... elle reprend un peu d'appétit. Je vois une amélioration. Mais bon le matin c'est du sucré... et puis elle n'avait pas forcément commencé les repas mixés sucrés encore, donc je ne sais pas.

I. – Vous vous retrouvez devant elle au repas mixé et qu'est-ce qui se passe ?

S. – Oui, elle mange son repas mixé, mais elle ne mange pas non plus toute son assiette. Mais elle mange un petit peu même si c'est trois-quatre cuillères, elle mange tout de même.

I. – Vous vous rappelez de la composition du repas mixé ?

S. – Oui, il y avait une espèce de sauce un peu marron...

I. – Vous avez l'odeur en tête ?

S. – Oui, ça sent le sucré donc c'est une odeur plus agréable déjà et puis il y a une sauce ça passe un petit mieux enfin... Après je pense que ça dépend aussi de l'odeur et de la décoration de l'assiette. Je crois que ça joue quand même.

I. – Et ce jour-là, elle est décorée l'assiette ?

S. – Non, elle n'est pas forcément décorée, mais il y a une sauce marron qui est jolie et avec une purée ça passe.

I. – Quel geste vous effectuez ?

S. – Disons que je prends la purée et je prends beaucoup de sauce avec la purée.

I. – Comment vous faites dites-moi ?

S. – En fait je prends un petit peu de purée au bout de la cuillère que je trempe dans la sauce... et du coup ça passe mieux... je pense que c'est mieux.

I. – Vous l'amenez à la bouche ?

S. – Oui, je l'amène à la bouche... mais elle sort un bout de langue pour goûter avant et, oui, ça passe un petit peu mieux, mais ce n'est pas non plus... Il ne faut pas trop en mettre parce que... voilà ça passe, oui, mais je pense qu'il faut le temps qu'il faut pour qu'elle se réhabitue à manger aussi.

I. – Et pendant que vous lui donnez à manger comment elle est cette dame ?

S. – Elle ne parle pas beaucoup, elle fait des petits sourires. C'est plus du non-verbal en fait. Elle n'est pas désagréable, elle sourit. Elle a l'air toujours un petit peu gênée, mais elle n'ouvre pas pour autant la bouche quand elle ne veut pas.

I. – Comment vous voyez qu'elle est gênée ?

S. – Par rapport à sa façon d'être, elle me sourit sans ouvrir la bouche... quand même avec l'air de dire « j'en veux pas mais gentil »... disons que c'est une attitude. Peut-être que je me trompe, mais par rapport aux attitudes de tout le monde, elle est plutôt gentille.

I. – Elle vous reconnaît ?

S. – Non, je ne pense pas, comme elle ne m'appelle pas par mon prénom et qu'elle ne m'appelle pas tout court. Je me présente de toute façon et que ce soit elle ou d'autres résidentes à la table, on annonce toujours notre prénom donc quand même comme on a à faire à des personnes atteintes d'Alzheimer... on annonce tous les jours notre prénom.

I. – D'accord Audrey, merci pour cet entretien.

Fin de l'entretien

Débriefing avec les observateurs

À la suite de l'entretien qui a duré environ 30 minutes, nous proposons aux observateurs de donner leurs impressions afin d'aider Audrey à mettre en forme son écrit.

I. = interviewer ; **S.** = stagiaire AMP ; **O1** = observateur n° 1 ; **O2** = observateur n° 2

I. – L'idée pour cet entretien d'explicitation, c'est d'entrer dans les éléments de la description pour ne pas avoir d'oubli à l'écrit. On amène des informations que l'on n'a pas au premier abord si on n'interroge pas la manière de faire.

O1 – Donc, si on dit quelque chose à l'entretien, le jour de l'oral, et que ce n'est pas écrit, ils vont nous pénaliser ?

I. – Non, pas du tout, mais comme vous devez restituer un dossier de 7 à 8 pages il faut bien alimenter la description au moins sur 2 à 3 pages pour la première situation qui pose problème. Et il faut aller à l'essentiel. Donc, sur la description, l'observateur qui a écouté Audrey, qu'est-ce qui vous semble important ?

O2 – Disons que cette personne préfère le sucré plutôt que le salé malgré qu'elle essaie de lui en donner. Elle passe du dessert au repas, elle essaie de réintroduire le salé, mais la résidente n'en veut pas. Mais en plus, au moment du repas, elle a demandé à sa référente qui lui annonce que cela ne sert à rien, de ne pas forcer. Audrey a relayé cette situation au cours d'une transmission, le lendemain matin et, par chance, dans la journée, il y a eu une réunion de synthèse avec le médecin coordonnateur, l'infirmière, la psy et les AMP de chaque étage. Audrey a exposé cette situation où le médecin était d'accord, avec l'équipe, de passer à un repas mixé sucré.

I. – D'accord et donc les hypothèses de travail, il y en a plusieurs pendant qu'elle est en train d'agir, car Audrey en a plusieurs dans la tête, vous les avez repérées ?

O2 – Oui, par rapport à l'odeur, elle explique ce qu'il y a dans l'assiette donc peut-être que l'odeur la gêne. Et parce qu'elle-même ne supporte pas l'odeur, Audrey n'aime pas cette odeur. La deuxième hypothèse : Est-ce que c'est l'assiette, comment c'est présenté ? Et aussi comme c'est une personne atteinte d'Alzheimer...

O1 – Peut-être ce n'est pas le repas ?

I. – Oui, donc ce serait quoi ?

O1 – Si c'est une personne atteinte d'Alzheimer, c'est que justement elle oublie qu'il faut ouvrir la bouche, qu'il faut manger, qu'il faut avaler...

O2 – Ils oublient ces personnes-là en fait... ils perdent les sens.

I. – Vous voyez d'autres hypothèses ?

S. – En fait c'est la suite de la maladie d'Alzheimer... c'est dans le processus.

O2 – Et puis Audrey après aussi tu n'as pas insisté sinon c'est de la maltraitance...

O1 – C'est sa référente qui lui dit si elle ne veut pas manger elle ne mange pas. Et, en fait, si elle ne mange pas ce n'est pas grave. Il s'agit d'attendre une heure après ou bien d'essayer autre chose : donner des gâteaux. Audrey a donné des yaourts. Mais c'est sa référente qui lui dit « tant pis » et ça c'est choquant...

I. – Disons qu'Audrey s'interroge sur cette réflexion. Donc nous avons les hypothèses en cours d'action puis, après, nous avons les hypothèses en réunion. Et qu'est-ce qu'on entend du coup en réunion ?

O2 – Si avec l'équipe... avec le médecin coordinateur qui dit qu'il a proposé un repas mixé sucré à une autre résidente et il serait bien d'essayer avec cette résidente à partir de la semaine suivante, le temps de le mettre en place par la restauration. Il parle aussi de la chute quelques jours avant et elle a perdu du poids...

I. – L'idée, c'est de savoir si cette chute a des conséquences par rapport aux repas, mais Audrey n'aborde pas cela.

S. – En fait, on ne sait pas comment elle est tombée, mais elle était marquée au niveau du visage.

I. – Quelles sont les solutions qui ont été décidées en équipe ? Le repas mixé sucré, car il semble que la posture adoptée par Audrey était adéquate.

O2 – Mais, entre-temps, avant de passer à ce repas mixé sucré, Audrey a remarqué que la résidente reprenait le dessus, ce qui est déjà une amélioration.

I. – Oui, comment expliquer cela Audrey ?

S. – C'est peut-être lié à la chute... elle a repris des forces.

I. – D'accord... Laila (O1) qu'avez-vous noté et observé sur le questionnement ?

O1 – Vous avez posé beaucoup de questions... déjà de trouver une situation est de dire : où, quand et comment. Vous avez demandé de décrire la situation, de la revivre... de dire combien il y avait de personnes, d'encadrants... c'était à quel moment, où...

I. – Où, qui, quoi, quand... c'est la dimension du contexte.

S. – C'est le contexte institutionnel ?

I. – Disons que ça fait partie dans votre écriture – quand vous allez décrire avant d’entrer directement dans les actions –, vous allez décrire le contexte de la situation dans l’institution où vous avez effectué le stage. Donc, en introduction, vous allez forcément présenter comme pour tous les autres dossiers : où vous avez pris cette situation (en stage 1 ou en stage 2 ?), nommer l’institution, la présenter brièvement et dire pourquoi vous avez choisi cette situation-là plutôt qu’une autre.

S. – Donc là, du coup, on est dans l’observation et la description de la situation dans un EHPAD ?

I. – Oui, c’est la *première phase* pour problématiser : vous êtes dans la description d’une situation problème vécue dans un EHPAD, phase 1. Au moment où vous êtes en réunion dans l’institution vous êtes dans l’analyse, c’est la *deuxième phase* attendue pour l’écriture, même si vous faites déjà de l’analyse en phase 1 à partir de vos réflexions au moment de la description de vos activités mentales. Vous décrivez vos actions matérielles comme, par exemple, lorsque vous décrivez les actions avec la cuillère, les aliments salés... vous percevez les grimaces, vous identifiez donc des informations à l’extérieur de vous, mais, en même temps, vous avez des actions mentales au moment où vous effectuez les actions... vous pensez à des hypothèses, vous en parlez à votre collègue. Il y a toujours cet aller-retour entre ce que vous pensez et ce que vous faites. Et puis donc là, la *deuxième phase*... vous êtes dans l’analyse, vous prenez du recul et vous en parlez en équipe. Il faut aussi l’évoquer dans l’analyse du problème, toutes les hypothèses que vous avez élaborées en cours d’action et après l’action, au moment de la réunion. Et, en *troisième phase*, on revient sur la situation problème avec les solutions et les moyens adaptés : le repas mixé sucré. Et *dernière phase* : le bilan ou conclusion qui présente l’évaluation de vos actions dans cette situation. Qu’est-ce qui a fonctionné et quel est votre questionnement puisqu’on voit dans l’entretien quand même que vous avez un doute sur le repas mixé, car vous avez remarqué une amélioration en cours. Qu’est-ce qui s’est joué pour elle entre ces deux moments ? Vous êtes en droit de vous poser ces questions-là aussi. Même si les moyens utilisés ne sont pas efficaces, il ne faut pas hésiter à l’aborder à l’écrit ou à l’oral. Ce n’est pas pour cela que vous serez pénalisé au compte-rendu, bien au contraire : cela montre que vous êtes capable de prendre du recul et d’analyser ce qui s’est passé.

O1 – Ils peuvent demander : « Vous ne connaissez pas les repas, le contenu, etc. ? »

I. – Non, le jury peut demander quelles sont vos connaissances sur l’hygiène alimentaire. Par exemple, quand Audrey évoque que ce n’est pas équilibré, que du sucré ce n’est pas très bon, etc. Donc, là, il faut avoir des connaissances sur l’alimentation. Et puis l’intérêt est aussi dans comment Audrey s’est positionnée au moment du repas, quelle technique elle a utilisée : elle a touché, verbalisé... Le jury peut évaluer à ce niveau les compétences d’Audrey dans l’accompagnement éducatif et le relationnel.

O2 – À l’écrit on présente l’institution et à l’oral on la présente aussi ?

I. – À l’oral, le jury ne sait pas forcément quel est votre parcours et d’où vous arrivez donc vous pouvez le dire et préciser, comme dans votre écrit, en quelques phrases comme dans votre compte-rendu : un EHPAD avec tel public en évoquant, comme je vous l’ai annoncé tout à l’heure, avec quelle personne ou groupe de personnes.

O2 – Oui, parce que moi c’est un groupe de personnes...

O1 – Et quand c’est un groupe on fait comment ? On fait deux analyses ?

O2 – En fait, moi, je vais prendre un groupe et je vais travailler sur une personne...

I. – C’est tout à fait possible de travailler sur un groupe, la problématique est vécue avec le groupe, même si le problème dans le groupe c’est un individu. Vous allez analyser ce qui se passe dans le groupe. Donc de la même manière, vous allez faire des actions, vous allez poser des hypothèses, vous allez rencontrer une équipe et dire : « Voilà, j’ai pris une activité en groupe et il s’est passé cela... », et on va vous proposer des solutions.

O2 – Oui, mais dans la présentation de la personne on présente qui dans l’écrit ?

I. – Dans le groupe, si c’est cinq ou six personnes, il faut pouvoir nommer effectivement les individus dans le groupe, mais l’analyse ne concerne pas chaque individu...

O2 – En fait, moi, c’est sur l’accueil de cinq-six enfants et j’ai fait un tableau avec leurs besoins dans cette activité.

I. – Vous n’êtes pas dans le projet individualisé, vous évoquez une problématique liée à une situation à un temps clé.

O2 – Je peux parler, par exemple, du groupe et décrire chaque enfant et évoquer un enfant qui m’a vraiment posé problème dans le groupe.

I. – Oui, bien sûr.

S. – Dans le *Guide pratique de l’aide médico-psychologique*⁵ pour écrire le compte-rendu vous écrivez « Expliciter le sens des actions », c’est-à-dire ?

I. – Quel est le but de vos actions ? Si vous faites cela, c’est probablement pour de bonnes raisons. Si vous vous rapprochez d’elle par exemple, c’est probablement pour la rassurer.

S. – Ah oui d’accord.

I. – Ce sont vos intentions qu’elles soient thérapeutiques, pédagogiques ou éducatives. Par ailleurs c’est intéressant d’évoquer cela, car vous ne m’avez pas repris dans mon questionnement. Dans la description du repas on ne sait pas si elle est capable de tenir une fourchette cette dame-là. Vous ne décrivez pas ce qu’elle est

5. Voir pages 80-81 de l’ouvrage présent.

capable de faire. Dans l'accompagnement éducatif, est-ce que vous avez l'intention de travailler sur l'autonomie au moment du repas ?

S. – En fait ces personnes à cette table se fatiguent vite et elles ont souvent des problèmes au niveau des mains... elles n'ont pas forcément le matériel adapté à leur handicap, mais il est vrai que l'on pourrait travailler sur les capacités pour faciliter l'autonomie.

Fin du débriefing

Exemple de compte-rendu d'intervention

Suite à l'entretien d'explicitation, voici le compte-rendu d'intervention qu'Audrey, stagiaire AMP, a écrit.

1. CONTEXTE

Actuellement en formation d'aide médico-psychologique, j'ai effectué mon stage en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) dans les Yvelines. Celui-ci accueille des personnes en perte d'autonomie, ne pouvant plus vivre seules à partir de 60 ans. Certaines personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer, d'autres de la maladie de Parkinson ou du cancer. La résidence compte quatre-vingt-dix lits répartis sur trois niveaux.

J'ai choisi ce lieu de stage, car c'est ma première expérience en tant qu'AMP et je souhaite connaître l'accompagnement auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ainsi qu'approfondir mes connaissances théoriques et techniques sur cette maladie.

L'équipe pluridisciplinaire avec laquelle je travaille est composée d'une équipe médicale et paramédicale : un médecin coordinateur, une infirmière coordinatrice, une psychologue, une psychomotricienne, un ergothérapeute, des infirmiers, des AMP et des aides-soignantes.

Il y a aussi des intervenants extérieurs tels que des médecins généralistes, des spécialistes, des kinésithérapeutes, des orthophonistes, des ambulanciers, des aumôniers, des coiffeurs, des pédicures ou encore des esthéticiennes.

a. Le temps clé

Un temps clé est un moment important qui se répète chaque jour d'une vie comme le lever, le petit déjeuner, la toilette, le déjeuner, l'animation, le dîner ou le coucher. Tous ces moments régissent la vie des résidents qui ont besoin ou non d'un accompagnement. Ces moments sont des repères qui peuvent être rassurants. Au moment d'une aide et/ou d'un accompagnement, ce temps clé permet d'instaurer une relation privilégiée. Cet acte régulier et quotidien est essentiel.

Dans le service où je travaille, les résidents prennent le petit déjeuner entre 8 h et 8 h 15, ce dernier est ramassé vers 9 h. Les résidents prennent le petit déjeuner dans la chambre, celui-ci est constitué de café, de thé ou de chocolat accompagné de pain baguette ou pain de mie, confiture et beurre selon le régime des résidents.

La distribution du déjeuner commence entre 11 h 45 et 12 h et celui-ci se termine vers 13 h 30. Tous les résidents déjeunent au restaurant qui est situé au rez-de-chaussée de l'établissement. Les résidents qui ont un régime mixé et qui ont besoin d'aide pour manger sont aussi au restaurant, mais dans une salle qui leur est dédiée pour la tranquillité.

Le goûter se déroule entre 15 h 45 et 16 heures et se termine à 16 h 30. Les résidents prennent le goûter où ils se trouvent car il y a souvent les familles à cette heure.

Et enfin le dîner commence entre 17 h 45 et 18 heures et se termine à 19 h. Le dîner se déroule au restaurant et pour les résidents qui ont besoin d'une aide, ils mangent à l'étage où se situe leur chambre dans la salle commune.

b. Le choix du temps clé

J'ai choisi de vous présenter comme temps fort le déjeuner qui est un moment spécifique consacré à l'alimentation. Il répond donc au besoin fondamental à savoir se nourrir qui, selon la pyramide de Maslow, est un besoin physiologique pour le maintien de la vie. J'ai choisi le repas, car l'alimentation est ce qui permet à l'organisme vivant de fonctionner. La nourriture est à la base de notre santé et le repas est aussi un plaisir comme un moment convivial.

Le rôle de l'AMP est important pour le repas car, avant celui-ci, je peux prendre le temps pour parler du menu et « préparer la résidente » à manger.

Pendant le repas, j'observe afin d'évaluer les capacités motrices et de compréhension. L'AMP doit avoir une attitude et une posture rassurante afin de mettre la personne en confiance et qu'elle ne ressente pas cette dépendance, ce qui est important pour l'estime de soi.

2. PRÉSENTATION DE LA SITUATION

Madame X est âgée de 77 ans. Elle n'a jamais été mariée, n'a pas de conjoint ni d'enfants. Sa cousine qui est proche d'elle partage avec Madame X la passion de la musique. Madame X est une dame souriante qui communique en non-verbal, ce qui signifie qu'elle ne parle pas, mais communique principalement avec les yeux, des mouvements de tête et des sourires. Elle est en fauteuil roulant depuis ses pertes d'équilibre. Madame X s'est blessée à plusieurs reprises, elle ne marche plus. Elle est atteinte de la maladie d'Alzheimer, c'est une démence sénile caractérisée par la notion de perte. Les principaux symptômes sont l'amnésie (perte de mémoire), l'apraxie (perte des mouvements), l'aphasie (perte du langage) et l'agnosie (perte de la reconnaissance et de la compréhension).

a. Observation et description d'une situation problème

Pour le repas, je suis à une table réservée aux résidents qui ont besoin d'une aide pour manger. Ils sont tous sur un régime mixé total. Il y a toujours entre cinq à sept résidents à cette table, puis deux AMP et moi-même en tant que stagiaire.

Je m'occupe de Madame X, atteinte de la maladie d'Alzheimer, qui ne veut plus manger d'aliments salés, elle n'ouvre pas la bouche et ne répond pas vraiment aux stimulations, à part par des grimaces. Refusant le repas, elle accepte de manger le sucré comme les yaourts ou les compotes.

Avant de commencer le repas j'observe en priorité si la résidente est bien installée afin d'éviter les fausses routes, ce qui est important. Je suis située en bout de table face à la résidente. Dans l'assiette il y a du concombre mixé, je me présente à Madame X et lui précise ce qu'il y a dans l'assiette : « *Madame X bonjour, je suis Audrey, je vais vous aider à manger ce midi, dans votre assiette se trouve du concombre mixé.* » Madame X n'a pas de réaction et peut-être qu'elle ne m'entend pas. De ce fait, je passe ma main sur son bras en lui répétant ce qu'il y a dans l'assiette et lui précise qu'il faut manger un petit peu pour sa santé.

Je prépare la petite cuillère avec un peu d'aliment, car elle ouvre très peu la bouche. Après avoir posé un peu d'aliment sur ses lèvres afin qu'elle goûte, Madame X grimace et ne veut pas manger. Je me dis que peut-être elle n'aime pas le concombre tout simplement. Je mets donc l'entrée de côté et passe au plat qui est de la purée de carottes et de la viande mixée. Je précise à Madame X ce qu'il y a dans l'assiette et amène un peu de purée et de viande dans sa bouche. Madame X n'en veut pas.

Je questionne donc ma référente, professionnelle AMP, qui est à la même table à s'occuper d'autres résidents. « *Madame X ne veut pas manger ni l'entrée ni le plat, que fait-on ?* » Ma référente me répond de ne pas insister et d'essayer avec le dessert qui est un yaourt et une compote.

Sachant que Madame X mange plus facilement le sucré, j'amène la cuillère avec du yaourt aromatisé à sa bouche, mais elle ne me laisse pas le temps de toucher sa lèvre, elle tourne la tête. Je pense qu'elle croit que je lui donne de la purée de carottes et de la viande étant donné que l'assiette de purée et de viande est toujours sur la table. Je retire donc l'assiette et lui montre le yaourt afin qu'elle comprenne ce que je lui donne. J'amène la cuillère à sa bouche en posant un peu de yaourt sur ses lèvres afin qu'elle goûte ce qui a eu pour effet de stimuler son appétit : je constate que Madame X est en attente de la prochaine cuillère de yaourt, car elle ouvre très bien la bouche avant que je remplisse la cuillère suivante. Madame X mange deux yaourts et une compote. Elle boit de l'eau gélifiée pour éviter les fausses routes. Je lui donne à la cuillère ce qui ne pose aucun problème. Madame X aime l'eau gélifiée : s'hydrater est aussi important que s'alimenter, pour l'organisme.

Une fausse route est un trouble de la déglutition. Les aliments ou liquides se dirigent vers les voies respiratoires et les poumons au lieu de prendre la voie digestive, ce qui provoque un risque d'infection pulmonaire, une détresse respiratoire pouvant aller jusqu'à la mort en quelques minutes.

b. L'analyse en équipe pluridisciplinaire

Pendant les transmissions, le lendemain matin, je me permets de dire à l'équipe que cette résidente mange très peu et ne mange ni l'entrée ni le plat. Elle ne mange rien de salé, mais elle accepte sans problème de manger le sucré comme les yaourts ou les compotes.

À la réunion de synthèse avec l'équipe pluridisciplinaire, je précise qu'au déjeuner la résidente ne s'alimente pas, mais qu'il n'y a pas de souci pour le sucré. Nous décidons en équipe, avec l'aide de la diététicienne et du médecin, de

mettre Madame X sur un régime mixé total sucré. Il s'agit donc de proposer un repas de texture sans morceaux type purée, en prenant en compte ses préférences alimentaires tout en respectant les indications médicales. Madame X ne doit pas être carencée de certains nutriments. Madame X a du mal à broyer les aliments par les dents, la mastication est difficile. Il faut lui permettre de lui faciliter la déglutition. Les aliments solides en morceaux sont donc déconseillés. En effet, si la mastication est défectueuse, elle prend le risque d'une fausse route et les voies aériennes peuvent être obstruées. Par ailleurs, le repas mixé doit permettre de couvrir tous les besoins pour l'organisme. Madame X n'a pas de problème de diabète, nous pouvons lui proposer un repas mixé total sucré tout en apportant les nutriments nécessaires (protides, glucides, lipides, vitamines, éléments minéraux...).

Nous décidons de commencer la semaine qui suit, car Madame X a perdu du poids. L'objectif est que Madame X s'alimente de manière équilibrée afin qu'elle n'ait pas de problèmes de santé et qu'elle ne s'affaiblisse pas.

c. Moyens et objectifs proposés en équipe

Mon rôle a été de l'accompagner au mieux dans ses difficultés à s'alimenter, de comprendre et de trouver les solutions au moment du repas et, après-coup, en équipe pluridisciplinaire. Les objectifs sont donc de lui permettre de passer un moment agréable et d'apporter l'énergie alimentaire nécessaire pour sa santé. Pour cela, j'ai opté la même attitude d'observation et utilisé les mêmes gestes, à savoir : lui tenir le bras pour attirer son attention, verbaliser et nommer le contenu de l'assiette (repas mixé), utiliser la cuillère.

3. MON INTERVENTION

La semaine suivante, j'ai aidé Madame X à prendre son repas total sucré. Elle est un peu réticente au départ, mais je lui dis ce qu'il y a dans l'assiette et lui explique que nous avons changé le repas. Je lui propose de goûter pour s'en rendre compte. J'amène la cuillère à sa bouche et Madame X mange la première cuillerée. J'ai le sentiment qu'elle apprécie, car elle en reprend cinq cuillerées. L'odeur est plus agréable, ce qui stimule l'appétit. Madame X n'a pas tout mangé, mais il s'agit de lui laisser le temps de s'adapter au changement de repas et surtout lui rappeler tous les jours que le repas a changé, car Madame X est atteinte de la maladie d'Alzheimer.

À la réunion de synthèse qui a suivi cette intervention, je précise à l'équipe que Madame X remange un peu. Le mois suivant, à la pesée, nous constatons que Madame X n'a pas grossi, mais elle n'a pas perdu de poids, elle se stabilise.

Au cours de mon stage, j'ai pu assister à ma demande à la toilette de Madame X. La toilette se déroule avec deux AMP. Madame X a une toilette au lit : les 2 AMP se positionnent de chaque côté du lit afin de l'aider à se mouvoir. Madame X est agréable et souriante durant cet accompagnement, elle communique avec les yeux et des expressions du visage. Elle parvient à nous faire savoir quand elle a une gêne ou quand elle a froid. L'observation est primordiale avec Madame X pour déceler ses besoins, car elle ne communique pas avec les mots mais plutôt avec le non-verbal.

4. BILAN

Ce stage m'a permis d'évoluer dans ma pratique professionnelle. J'ai appris à accompagner les résidents sans faire à leur place, à me fixer mes propres limites affectives afin de trouver le positionnement professionnel adapté. Il s'agit d'être attentif aux besoins et aux douleurs des personnes que l'on accompagne. En évaluant, par l'observation et dans les actes de la vie quotidienne, le degré de dépendance, mais aussi les capacités, les potentiels de chaque personne, je développe davantage d'empathie et améliore mon relationnel.

En ce qui concerne Madame X, j'ai appris avec l'équipe pluridisciplinaire à prendre en compte le diagnostic médical. La maladie d'Alzheimer ne permet pas de communiquer avec aisance, cette maladie du cerveau engendre des détériorations sur le plan intellectuel et des troubles du comportement. Les troubles de la mémoire (l'amnésie) et du langage (aphasie) de Madame X m'ont contrainte à faire à sa place, je l'ai aidée dans les actes au moment du repas. A-t-elle des troubles dans l'exécution des gestes (apraxie) ? Je n'ai pas pu l'évaluer au moment du repas, son attitude de refus m'a amenée à utiliser la cuillère pour l'alimenter. Dans d'autres activités comme la toilette, Madame X arrive à exécuter certains gestes sans l'aide du professionnel, un accompagnement ou une guidance suffit.

Accompagner des résidents dans tous les temps clés qui rythment leur journée permet d'avoir une meilleure connaissance des personnes. Cela apporte une aide plus efficace et adaptée sans enfreindre leurs droits et leur liberté. Comme le stipule la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la personne est au centre de nos préoccupations et la question de l'autonomie est au cœur du projet personnalisé. Instaurer des temps de rencontre avec la famille, dans ce cas précis avec sa cousine, aurait été une dimension intéressante dans cet accompagnement, car Madame X ne communique plus par le langage oral. La question est de pouvoir établir, dans la mesure du possible, une relation avec les proches et de réfléchir avec l'aide de l'équipe pluridisciplinaire au bien-être des personnes que l'on accueille en EHPAD.



DC3



Animation
de la vie sociale
et relationnelle



Apport théorique : 70 heures

L'arrêté de 2006 définit le domaine de compétences, les compétences et les indicateurs de compétences (Annexe I, Référentiel professionnel, Domaines de compétences).

DOMAINE DE COMPÉTENCES 3 Animation de la vie sociale et relationnelle	
COMPÉTENCES	INDICATEURS DE COMPÉTENCES
3.1. Participer à la dynamique du groupe et gérer les relations à l'intérieur de celui-ci	<ul style="list-style-type: none"> - Savoir accompagner la personne dans ses relations avec le groupe. - Savoir prévenir et désamorcer les conflits. - Savoir préparer les changements dans le groupe et évaluer leurs conséquences. - Savoir observer la distance adaptée à la situation et gérer les ruptures.
3.2. Favoriser et accompagner les relations familiales, sociales et la participation citoyenne	<ul style="list-style-type: none"> - Savoir prendre en compte les besoins relationnels. - Savoir faciliter les relations avec la société et la famille, même symboliquement. - Savoir gérer le regard des autres. - Savoir faciliter les activités à l'extérieur en prenant en compte toutes les dimensions de l'accessibilité.
3.3. Concevoir, proposer, mettre en œuvre et évaluer des activités, pour un individu ou un groupe, contribuant au développement de la personne dans ses différentes dimensions (sensorielle, psychomotrice, cognitive, affective, relationnelle...)	<ul style="list-style-type: none"> - Savoir susciter la participation, donner envie de faire, de partager et d'échanger avec les autres. - Savoir proposer des activités favorisant les apprentissages et l'expression. - Savoir évaluer l'apport et les effets des activités.

Les thématiques ou les contenus de formation sont les suivants (Annexe III, Référentiel de formation).

CONTENUS DU DOMAINE DE FORMATION 3
Vie collective, dynamique de groupe, gestion des relations et des conflits
La famille : <ul style="list-style-type: none"> - L'évolution sociologique de la famille - Les situations de handicap et la famille - Vieillesse et famille - Les relations des professionnels avec les familles : enjeux personnels et partenariat
Les représentations psychosociales du handicap et du vieillissement Socialisation et inscription dans la vie citoyenne Les différentes dimensions de l'accessibilité Notions d'apprentissage et de pédagogie (outils et stratégies) Techniques éducatives et projet d'activité Méthodologie et projet d'animation Accompagnement pédagogique de la professionnalisation et de la construction de l'identité professionnelle

La personne en situation de dépendance ou de handicap a, comme tout être humain, un potentiel créateur et un potentiel d'inscription dans la vie sociale. **L'AMP a pour mission de repérer les potentiels de la personne aidée** : quel que soit le niveau d'altération de son lien aux autres, et quelle que soit l'ampleur de ses difficultés au quotidien. L'AMP cherche, par divers moyens éducatifs, à animer la vie sociale et relationnelle : c'est-à-dire **favoriser le lien social**, y compris pour les usagers qui se trouvent désorientés, isolés, avec des difficultés de communication majeures. Il s'agit d'être créatif soi-même pour imaginer comment permettre à des personnes coupées de leur environnement de renouer avec ce dernier. Pour ce faire, l'AMP utilise des moyens éducatifs et une démarche pédagogique appropriés, c'est-à-dire adaptés au handicap ou aux difficultés de l'utilisateur.

Les apports théoriques du DC3 sur la vie du groupe, la famille et les représentations psychosociales du handicap et du vieillissement serviront de base à l'élaboration de projets d'animation. Ils permettront aussi la **compréhension de la dynamique de groupe** et la gestion des relations dans ce groupe. Les temps d'animation de groupe, en institution, offrent aux personnes un espace de parole et de rencontre possibles. Quand il travaille au domicile des personnes, l'AMP imagine d'autres modalités d'activités. Il s'agit, en tous les cas, d'y impliquer dans la mesure du possible la famille et de permettre à toute personne qui le souhaite d'avoir une vie citoyenne.

Les enjeux du DC3. Définir un projet d'animation

Définir un projet d'animation suppose de s'appuyer sur un certain nombre de notions et concepts. Nous évoquerons les principaux dans ce chapitre. L'alternance entre les semaines en centre de formation et les temps de stage soutient la conception, l'expérimentation et la mise en œuvre du projet d'animation.

Le projet d'animation a pour finalité de contribuer au développement de la personne aidée. **L'activité proposée est comprise comme un support à la relation** : autrement dit, elle est une médiation entre la personne et son environnement, entre la personne et une autre personne, entre la personne et le groupe. L'activité n'est pas une finalité en elle-même, ni l'objet auquel elle aboutit (le plat réalisé en atelier cuisine, par exemple).

Attention à ne pas confondre cette présentation d'un projet d'animation avec le compte rendu d'intervention, tel qu'il vous est demandé pour le domaine de compétences 2 (DC2, où l'intervention touche aux actes de la vie quotidienne : lever, toilette, repas, coucher...). Dans le cadre du DC3, vous devez concevoir un projet utilisant des activités telles que les activités domestiques, les activités physiques et sportives, les activités artistiques et culturelles ou encore les activités de jardinage ou de bricolage. Par ailleurs, ce projet peut être conçu pour une personne, plusieurs personnes ou bien l'ensemble des usagers d'un établissement ou d'un service.

Comme pour toute action éducative, un projet d'animation est conçu en regard d'**objectifs**. Des **critères d'évaluation**, afin d'apprécier dans quelle mesure ces objectifs sont atteints, sont nécessairement définis en amont du projet. Des effets inattendus de cette animation peuvent aussi apparaître à l'occasion de cette évaluation. L'ensemble de l'équipe éducative ou soignante se trouve ainsi engagée à en identifier les **résultats, attendus et inattendus**.

La démarche pédagogique

La pédagogie est la science de l'éducation des enfants. Par extension, elle est aussi la science de la formation des adultes. Cette science s'appuie sur un ensemble de savoirs théoriques et de savoir-faire ainsi que sur des méthodes d'apprentissage et de transmission de connaissances. On distingue deux grands courants pédagogiques, deux **méthodes** : la méthode dite « **traditionnelle** » où l'apprenant apprend à partir d'un modèle fourni par l'enseignant, et la méthode dite « **nouvelle** » où l'apprenant (re)construit lui-même les savoirs à partir des appuis fournis par l'enseignant. Ces deux méthodes peuvent être complémentaires.

La mise en œuvre d'une animation s'apparente à une démarche pédagogique. La pédagogie « traditionnelle » amène donc la personne vers l'imitation ou la reproduction d'un **modèle** : elle est invitée à entrer dans une **norme**. Le pédagogue (ici l'AMP animateur) se situe comme étant le seul détenteur du savoir, un savoir établi. La pédagogie nouvelle, quant à elle, met la personne en action, l'invite à aménager son environnement, à essayer des expériences, à inventer des solutions, à évaluer leurs résultats... Il s'agit de faire appel à son **intelligence créative**.

On voit bien que pour une personne en situation de handicap, imiter un modèle correspondant à une norme (la norme de l'individu en possession de toutes ses capacités) aboutit à une impasse. De plus, l'idée de l'éducation spécialisée étant de soutenir une personne auteure et actrice de son propre développement, on comprend que la pédagogie dite nouvelle, qui place **la personne en position active d'expérimentation**, répond mieux à la conception du projet d'animation.

Par exemple, lors d'une activité piscine, il n'est en rien indispensable de descendre dans l'eau par l'échelle ; pour les personnes présentant une paralysie des membres inférieurs, on peut utiliser des tapis de sol comme rampe de descente depuis le bord, sur laquelle elles glisseront. De même, chacun inventera sa façon de nager, hors des styles établis : une façon correspondant à ses capacités propres et dans laquelle il trouve du plaisir. Il s'agit en fin de compte pour l'AMP de **laisser la personne s'approprier elle-même le milieu dans lequel elle évolue**, selon ses moyens et ses idées, et en lui offrant les appuis nécessaires à cette expérimentation (sécurité, disponibilité, accessoires de piscine...). Le plaisir, quand il peut se partager, reste le meilleur moyen pour entrer en relation. Et pour donner envie de faire de nouvelles expériences. Favoriser le développement de la personne, c'est aussi cela.

Le groupe et l'individu

En institution, l'animation se réalise en groupe. Il s'agit de repérer des **besoins communs aux personnes accueillies** pour proposer une animation qui réponde à la satisfaction de ces besoins.

La pédagogie peut s'appuyer sur la **reconnaissance de compétences spécifiques** à chacun et la **répartition de rôles différents**. L'AMP reconnaît alors à chaque personne un savoir particulier qu'il partagera avec les autres membres du groupe (collaboration). Si la pédagogie traditionnelle juge négativement les erreurs et récompense les bonnes réponses, la pédagogie nouvelle accorde une belle place à l'erreur : car dans une démarche active passant par les essais et tâtonnements, on ne va pas droit au but ; le parcours est semé d'erreurs et de réussites intermédiaires. L'AMP peut en cela utiliser le groupe comme espace où chacun essaie, avec l'aide de l'autre : soit parce que cet autre sait plus ou mieux dans tel domaine, soit parce que son erreur, analysée, peut aider à affiner sa propre stratégie. Dans une activité cuisine, par exemple, la lecture de la recette, l'accommodage des aliments, le lavage des ustensiles de cuisine, sont des actions qui sont partagées selon les capacités de chacun.

L'animation en groupe est l'occasion de mettre en valeur le potentiel de chacun et de favoriser les échanges, dans une **logique de contribution collective**.

Le contexte et l'environnement socio-culturel

L'animation de la vie sociale et relationnelle suppose de **prendre en compte l'environnement dans lequel évoluent les individus**. Selon leur culture, leur famille, leurs appartenances religieuses entre autres, les individus ont des modalités de vie sociale qui leur sont spécifiques. Les identités des usagers et patients sont de fait également multiples. Une animation qui se veut adaptée, dans laquelle la personne aidée puisse se saisir d'une des propositions qui lui sont faites, doit donc varier ses propositions compte tenu de cette diversité.

La loi du 2 janvier 2002 contraint les établissements et les services à « *travailler avec* » **la famille**, celle-ci étant reconnue comme **partenaire de l'action médico-sociale**. Les familles et les travailleurs sociaux doivent trouver chacun leur place auprès de la personne et son projet de vie, dans le cadre d'une **alliance à créer**, s'instaurant sur la base d'un contrat et d'une relation de confiance.

Ainsi, dans la pratique, l'AMP doit prendre en compte les *racines culturelles* de l'utilisateur. L'enfant, l'adolescent ou l'adulte en situation de handicap ou de dépendance, la personne âgée à domicile ou en maison de retraite... : chacun est issu d'un **environnement familial**, qui est un **groupe de référence** par rapport auquel il a construit son identité. Pour connaître la culture de la personne qu'il accompagne, l'AMP glane des informations auprès de la famille, auprès des institutions

(établissement ou service) qui l'ont accueillie. Une famille comprend plusieurs générations et s'inscrit dans des habitudes et des traditions. Comment la personne se positionne-t-elle en tant qu'individu dans ce « terreau » ?

Dans une activité cuisine par exemple, prendre en compte les appartenances culturelles, c'est faciliter la confection de plats traditionnels. L'animateur laisse le choix du menu et permet à la personne qui le désire de faire connaître au groupe les saveurs de sa culture, les savoir-faire et tours de main locaux, dans le respect des différences. L'animation est alors l'occasion de rencontrer l'autre sur un terrain différent, d'échanger sur les valeurs des uns et des autres, *via* le plaisir de la découverte. C'est aussi le moment de faire face à la nouveauté, à l'inhabituel, dans un cadre sécurisant, ce qui sert autrement encore l'objectif de développement de la personne.

FAMILLE : QUELQUES DÉFINITIONS

- **Famille** : c'est un groupe caractérisé par des liens de filiation (lien de parenté) et d'alliance (union par le mariage).
 - **Famille étendue** : c'est le réseau familial sur au moins trois générations.
 - **Famille monoparentale** : c'est l'unité familiale comprenant le père ou bien la mère et un ou plusieurs enfants.
 - **Famille nucléaire** : c'est l'unité familiale composée d'un couple parental et de leur(s) enfant(s).
 - **Famille recomposée** : c'est une famille où les enfants, ou une partie des enfants, sont issus d'unions précédentes d'un ou des deux conjoints parentaux.
-

L'épreuve de certification du DC3

Présentation du domaine de certification

Compétences évaluées	Domaine de certification en 2 parties
<p>1. Participer à la dynamique du groupe et gérer les relations à l'intérieur de celui-ci.</p> <p>2. Favoriser et accompagner les relations familiales, sociales et la participation citoyenne.</p> <p>3. Concevoir, proposer, mettre en œuvre et évaluer des activités pour un individu ou un groupe, contribuant au développement dans ses différentes dimensions (sensorielle, psychomotrice, cognitive, affective, relationnelle...).</p>	<p>1^{re} partie : une appréciation de stage Une appréciation est rédigée par le référent professionnel sur les lieux de stage ou milieu professionnel. Cette appréciation figure sur le livret de formation du candidat mais ne fait pas l'objet d'une notation.</p>
	<p>2^e partie : une épreuve orale organisée par le centre de formation en cours de formation. Soutenance orale d'un projet d'animation. Durée de l'épreuve : 30 minutes Notation sur 20</p>

L'objectif de l'épreuve orale

Évaluer la capacité du candidat à proposer des animations contribuant au développement de la personne et à gérer les relations dans le groupe.

L'esprit de l'épreuve

Cette épreuve vise à évaluer les compétences du candidat à concevoir une animation. La mise en œuvre effective d'un projet d'animation n'est pas obligatoire mais conseillée pour réussir l'oral. En revanche, l'acquisition d'une méthode pour construire l'animation est nécessaire : le professionnel s'appuie sur des observations et l'analyse des besoins de la personne accompagnée afin de réfléchir avant, pendant et après l'animation.

Cette épreuve permet aussi de vérifier la capacité du candidat à transmettre par écrit un projet partagé en équipe pluridisciplinaire.

Les critères de notation

Le document écrit sert de support à l'entretien oral mené par le jury. Il n'est pas noté en tant que tel. C'est la qualité de votre soutenance orale qui sera évaluée.

Conseils méthodologiques

Finalité de l'épreuve

L'épreuve a pour finalité d'évaluer la compétence du candidat à concevoir et à proposer des animations qui peuvent contribuer au développement des personnes aidées.

Proposition de méthode

L'épreuve consiste à soutenir à l'oral un projet d'animation de 1 à 2 pages maximum. Cet écrit n'est pas évalué mais permet au jury de préparer l'entretien oral. Par ailleurs, il n'est pas obligatoire d'avoir mis en œuvre l'animation sur les lieux de stage, mais il semble plus pertinent de le faire afin d'avoir des arguments et un échange qui s'appuient sur une expérience vécue.

Il s'agit pour les correcteurs d'évaluer – à l'oral – les compétences en ce qui concerne :

- la participation à la dynamique du groupe et la gestion des relations à l'intérieur de celui-ci ;
- l'accompagnement des relations sociales, familiales et la participation citoyenne ;
- la conception, la mise en œuvre et l'évaluation d'activités pour un individu ou un groupe.

La forme de votre écrit

Le projet d'animation s'appuie sur une méthodologie ou étapes à franchir. Ce sont ces étapes que vous allez mettre en valeur dans votre écrit. La présentation de l'ensemble des étapes peut s'appuyer sur ce plan :

Le contexte : présentation de la structure et du public.

Le diagnostic des besoins : méthode utilisée et identification des besoins.

Le projet : définition du projet au regard du ou des besoins repérés.

Les finalités et objectifs : intentions pédagogiques à moyen et long termes.

Les moyens et la temporalité : moyens humains, matériels, financiers et planning d'intervention.

L'évaluation : construction d'un référentiel et de critères pour évaluer les actions.

Vous terminerez donc votre écrit par une évaluation de votre projet d'animation.

Le contenu de votre écrit

Le projet d'animation s'appuie sur l'analyse des besoins de la personne accompagnée. La définition des objectifs et des moyens mis en place se réalise généralement avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. Pour savoir si les objectifs sont atteints, il s'agit de construire un référentiel où apparaissent la finalité, les objectifs, les moyens et les critères d'évaluation.

Le contenu de votre oral

La soutenance orale du projet d'animation se réalise face à un jury composé d'un formateur et d'un professionnel. L'épreuve dure 30 minutes. Comme pour le DC2 et le DC5, vous devez gérer le temps de la présentation orale : vous avez 1) 10 minutes pour présenter le projet et 2) 20 minutes pour échanger avec le jury.

▼ L'exposé de la situation d'animation

La particularité de cette soutenance est de convaincre le jury de la faisabilité et de la qualité de votre projet d'animation.

■ **En introduction**, il s'agit de dire au jury s'il a été possible de mettre en œuvre le projet. Si ce n'est pas le cas, il faut le signaler en introduction et en donner les raisons.

■ **Ensuite, il s'agit de décrire les étapes** nécessaires à cette réalisation et de montrer les compétences nécessaires à la conception d'un projet d'animation. Vous pouvez vous appuyer sur votre écrit et réserver pour l'oral tout ce qui n'a pas pu être précisé sur les 2 pages rédigées et qu'il vous semble important de développer durant l'entretien avec le jury.

■ La réalisation du projet permet d'élaborer plus facilement **son évaluation** car il est alors possible de mesurer « pour de vrai » la pertinence des moyens utilisés et de proposer un réajustement des objectifs, s'il y a eu des difficultés lors de la mise en œuvre.

▼ *L'échange après l'exposé*

Comme pour le DC2 et le DC5, le jury a préparé des questions à partir de votre écrit mais aussi à partir de votre exposé oral. Le jury va évaluer **votre capacité à porter un regard critique sur votre méthode de travail** quant à la conception et la conduite du projet d'animation, c'est-à-dire sa mise en œuvre. Il s'agit d'échanger sur les différentes étapes du projet et de voir a) comment celui-ci est en accord avec le projet personnalisé de la personne aidée et b) comment celui-ci peut prendre place dans le projet d'établissement ou de service que vous avez identifié et ciblé.

Soyez précis et clair sur les moyens utilisés, montrez votre capacité à impliquer l'équipe pluridisciplinaire dans la conception et la réalisation du projet. Il est important de mettre en valeur les personnes qui ont participé à l'activité proposée.

Pour vous aider : une grille d'auto-évaluation

Voici une grille d'auto-évaluation pour la rédaction de l'écrit et la soutenance orale.

Cette grille permet de vous auto-évaluer en vue de l'épreuve de certification. Elle peut être utilisée en « jury blanc » : par exemple, vous pouvez vous entraîner à l'oral avec deux camarades de promotion qui prennent la place du jury et qui jouent les évaluateurs. La question à se poser est la suivante : « Est-ce que j'ai abordé tous les éléments nécessaires pour l'élaboration du projet d'animation ? » La colonne de gauche présente tous les critères utilisés pour vous attribuer une note à l'oral (4 points par critère). Dans la colonne de droite, vous pouvez écrire vos remarques ou observations sur les éléments à approfondir ou manquants lors de l'entraînement.

Critères à évaluer	Remarques/ Observations
Le candidat connaît/énonce les spécificités de sa structure : entité juridique, sigle ou appellation, modes de prise en charge, pratique de l'animation, spécificités du public accueilli (âge, pathologie, handicap...).	...
Le candidat est capable d'identifier les attentes, les besoins, les goûts, les aspirations... du public accueilli et sait intégrer son activité/atelier dans la vie de la structure.	...
Il est en mesure d'énoncer ses méthodes et critères d'identification des besoins et attentes du public : entretiens, enquêtes, discussions en équipe...	...
L'activité proposée est adaptée au public accueilli, l'argumentation est pertinente, les objectifs sont explicités ainsi que la finalité.	...
Le candidat énonce les différentes étapes de son animation : avant (préparation, besoins matériels, information...), pendant (les points d'attention, gestion du collectif et de l'individuel), évaluation (quels critères et dans quel but : ajustement, points d'amélioration possible, reconduite...). Il sait repérer les difficultés rencontrées, les causes et propose des solutions éventuelles.

Comment élaborer un projet d'animation ?

Méthode à suivre. Les **3 étapes** pour construire un projet d'animation :

1^{re} phase : définition d'un besoin éducatif réel à partir d'un questionnaire (suite à la rencontre avec une équipe) et élaboration d'objectifs éducatifs ;

2^e phase : élaboration des modalités organisationnelles du projet (moyens matériels et humains) ;

3^e phase : élaboration d'une grille d'évaluation (en fonction des objectifs).

1. Construire un questionnaire

1^{re} phase : élaborer un questionnaire pour identifier un ou plusieurs besoins éducatifs réels et définir des objectifs éducatifs.

La situation de besoin peut se définir comme l'écart entre la situation actuelle qui pose problème et ce qui reste à atteindre pour satisfaire les besoins de la personne accompagnée. Pour identifier les besoins, il est important de recueillir des éléments clés à partir d'un questionnaire. Certaines observations sont partagées avec l'ensemble de l'équipe pour comprendre les situations et prendre des décisions avant la conduite d'une action. Le recueil des informations pour l'élaboration d'un projet d'animation est la phase indispensable avant de définir les objectifs éducatifs.

▼ *Le recueil des éléments*

Questionnaire auprès de la personne	Questionnaire auprès de l'équipe professionnelle
Question 1 : ... Question 2 : ... Question 3 :	Question 1 : ... Question 2 : ... Question 3 :
Thème 1 : ... Thème 2 :	Thème 1 :
Souhaits de la personne : ...	Besoins repérés par l'équipe : ...

Ce tableau permet de collecter les différentes questions posées ainsi que les réponses. Il permet d'identifier les différents thèmes abordés lors du questionnaire. À partir de ce recueil des données, les besoins et les objectifs peuvent être définis.

▼ *Le questionnaire auprès de la personne*

Le questionnaire permet d'identifier les problèmes rencontrés et de repérer des besoins. Les questions sont orientées dans un premier temps à partir de vos

observations. Quelles sont les activités existantes dans l'établissement ? Est-ce que la personne interrogée participe à des animations, lesquelles, si non pourquoi ? Le questionnaire a pour intention de repérer des thèmes : les activités en soirée, le week-end, les activités en famille, à l'extérieur de l'établissement... Quels sont les thèmes abordés par la personne ? Est-ce qu'il existe des problèmes pour la personne dans certaines activités ? Comment la personne organise-t-elle sa journée ? Est-elle isolée, en lien avec d'autres personnes ?

Le questionnaire est assez libre et ouvert : c'est un support pour entrer en relation avec la personne et s'entretenir sur l'animation et la vie sociale en général au sein de l'établissement.

▼ **Le questionnaire auprès de l'équipe**

L'AMP peut interroger les professionnels sur les problèmes rencontrés. Les thèmes abordés sont multiples : la vie au sein de l'établissement, la famille, les activités en soirée ou le week-end... Il s'agit d'identifier comment l'équipe perçoit les besoins de la personne. Cela coïncide-t-il avec les souhaits et les attentes de la personne ? Quelles sont les déficiences de la personne et les conséquences que celles-ci peuvent avoir dans les activités proposées ?

Le questionnaire permet de recueillir l'avis des experts (psychologue, kinésithérapeute, ergothérapeute...) sur les besoins repérés. Il permet ainsi d'impliquer l'équipe pluridisciplinaire dans l'élaboration et la réalisation du projet d'animation.

2. Définir le projet

2^e phase : élaboration des modalités organisationnelles du projet.

Le projet d'animation est l'activité proposée pour atteindre les objectifs que vous avez définis à partir de votre questionnaire. Dans cette phase, il s'agit de trouver l'animation la plus pertinente et susceptible de répondre aux besoins de la personne aidée. La définition du projet choisi permet la description de l'activité d'une manière synthétique et générale, et explique en quoi elle contribue à répondre aux besoins repérés. Dans cette phase, il s'agit de définir la finalité du projet, les objectifs et les moyens mis en œuvre.

Définition de l'activité (le projet) : ...	
La finalité : ...	
Objectif 1 : ...	Moyens : ...
Objectif 2 : ...	
Objectif 3 : ...	
Objectif 4 : ...	

La finalité est l'intention pédagogique ou éducative à long terme. Elle se définit en collaboration avec la personne. Qu'est-ce que l'activité va permettre d'atteindre à la fin du projet ?

Les objectifs sont toutes les actions indispensables pour atteindre la finalité. Plusieurs étapes sont parfois nécessaires pour atteindre un objectif.

Les moyens se déclinent en termes humains, matériels et financiers. De quoi avons-nous besoin pour atteindre les objectifs ?

3. Évaluer le projet

3^e phase : élaboration d'une grille d'évaluation (en fonction des objectifs).

Une fois que le projet est réalisé c'est-à-dire mis en œuvre, il convient d'évaluer si les objectifs définis au départ de l'action sont atteints. À partir de la définition de critères d'évaluation, il s'agit de situer la personne aidée dans l'activité à partir de comportements observables.

Les critères s'élaborent dès le début du projet et non pendant ni après. La difficulté dans cette phase est de rester objectif pour être au plus près de la réalité observée. Les **critères ou indicateurs** doivent être précis dans leur définition et formulés de manière affirmative (voir plus loin les exemples de projets d'animation).

▼ Proposition de grille-type d'évaluation

Finalité	Objectifs éducatifs	Moyens éducatifs	Critères
	Objectif 1	Étape 1 : Moyens humains Moyens matériels	1. ...
			2. ...
			3. ...
		Étape 2 :	4. ...
			5. ...
			6. ...
	Objectif 2	Étape 1 :	1. ...
			2. ...
Étape 2 :		3. ...	
		4. ... etc.	

Ce tableau récapitule l'ensemble des phases ou étapes et permet d'identifier si les objectifs sont atteints.

Processus méthodologique du projet d'animation	
Finalité	Il s'agit du but général recherché par l'activité. Tout ce qui est mis en place vise à atteindre cet ultime horizon. <i>Exemples</i> : être capable de s'orienter dans l'espace, être autonome dans ses déplacements, reprendre confiance en soi, reprendre du plaisir, etc.
Objectifs	Il s'agit de tous les passages nécessaires à atteindre pour réaliser la finalité. C'est bien la réussite de l'ensemble de ces objectifs qui permet de réaliser la finalité du projet. <i>Exemples</i> : mettre en place, organiser, atteindre, entrer en contact, etc.
Moyens	Il s'agit de décliner concrètement comment atteindre les objectifs, en mobilisant des actions. <i>Exemples</i> : établir une liste de courses, utiliser des pictogrammes pour faciliter la communication, etc.
Critères d'évaluation	Il s'agit de manifestations objectives observables et mesurables, afin d'évaluer si les moyens mobilisés permettent d'atteindre les objectifs définis. Il existe des critères à plusieurs variables comportant des degrés ou des niveaux. <i>Exemples</i> : critère hygiène corporelle (degré 1 : refuse de se laver ; degré 5 : assume seul son hygiène corporelle).

QUELQUES DÉFINITIONS

- **Un besoin** : c'est un sentiment de manque ou de privation. Les besoins sont définis chez Maslow selon une hiérarchie : des besoins physiques élémentaires jusqu'aux besoins de réalisation de soi.
- **Une demande** : elle s'exprime par le cerveau conscient sous forme de mots ou d'actes libres et renvoie aux attentes, aux désirs et aux souhaits de la personne aidée.
- **Un plan d'intervention** : il s'agit d'un programme qui permet de construire le processus de mise en œuvre du projet. Il consiste à prévoir les différentes étapes pour atteindre la finalité du projet, négociée avec l'équipe pluridisciplinaire. Ce plan comprend également les éléments financiers, temporels et humains.

Entraînement. Exemples de projets d'animation

Projet réalisé par Diana, stagiaire AMP en EHPAD à Saint-Martin (Antilles)

DIAGNOSTIC DES BESOINS

Lors de mon stage, je me suis informée auprès de l'animatrice et des aides-soignantes sur les différents besoins des résidents selon leurs pathologies et leurs habitudes de vie.

Alors j'ai choisi de mener mon activité autour de Madame X, âgée de 56 ans, qui est « malvoyante » et diabétique. C'est une dame qui est entrée à l'EHPAD depuis deux ans et qui se retrouve avec des personnes plus âgées qu'elle. Madame X n'a pas d'enfants et ne pouvait pas compter sur l'aide de sa famille. Elle se retrouve isolée et en perte de liens sociaux. Elle manifeste par ailleurs des troubles de la mémoire et de représentation dans l'espace. Elle ne participe à aucune activité au sein de l'EHPAD.

Besoins repérés : rompre l'isolement, stimuler la mémoire.

LE PROJET

Souvenirs d'antan

Madame X sortait beaucoup et connaissait beaucoup de monde. Elle aimait aller au marché tous les mercredis et samedis matins. L'idée m'est donc venue de lui proposer une sortie au marché pour retrouver ses habitudes d'antan. Le marché est un lieu de rencontre et permet de stimuler tous les sens puisqu'il réunit dans un même espace une variété de fruits, de légumes, mais aussi d'artisans et de commerçants. Le marché est aussi l'occasion de rencontrer les habitants du quartier et d'échanger avec eux.

FINALITÉ ET OBJECTIFS

Finalité : retrouver les habitudes d'antan.

Objectifs : faire de l'exercice, se repérer hors de l'EHPAD et stimuler la mémoire des sens.

MOYENS ET TEMPORALITÉ

Moyens matériels : chaussures adéquates, une canne, les produits du terroir (fruits tropicaux, épices, viande et poisson frais, etc.), la musique du marchand de CD, Johnny cakes, "mauby" (boisson locale à base de l'écorce d'un arbre qui est trempée et fermentée pendant plusieurs jours).

Moyens humains : la résidente, l'animatrice et moi.

Moyens financiers : 20 euros que la famille de Madame X lui a donnés pour cette activité.

Temporalité : de six heures quinze à sept heures trente pour pouvoir retourner à l'EHPAD prendre son petit déjeuner pour huit heures.

▼ Évaluation du projet de Diana à partir de la grille-type

Finalité	Objectifs	Moyens	Critères d'évaluation
Retrouver les habitudes d'antan	Faire de l'exercice physique.	<i>Moyens matériels</i> : Une canne, des chaussures adéquates, une bouteille d'eau.	<ul style="list-style-type: none"> - Elle utilise bien sa canne et marche seule. - Elle arrive à contourner les obstacles. - Elle gère seule l'effort physique (arrêt, hydratation...).
		<i>Trajectoire et temporalité</i> : 15 mn aller-retour EHPAD - marché de Marigot.	

Retrouver les habitudes d'antan	Se repérer hors de l'EHPAD.	Le chemin le plus simple et le plus court qui est la petite ruelle qui va de l'EHPAD à l'église catholique et puis les escaliers qui mènent directement sur le front de mer.	De la petite ruelle, on entend sonner la cloche de l'église. Elle est capable de se repérer à partir des autres sens (son, odeur...) et nomme ses sensations par rapport à l'espace : reconnaissance des lieux.
	Stimuler la mémoire des sens : - l'odorat ; - le toucher ; - l'ouïe ; - le goût.	<i>Moyens matériels :</i> les produits du terroir (épices, fruits tropicaux, la mer, le poisson et les légumes), la musique d'antan, des Johnny cakes et du « mauby ». <i>Moyens humains :</i> le marchand de CD, les différents vendeurs.	- Elle retrouve les odeurs familières des produits et les nomme. - Elle entend la musique traditionnelle du marchand de CD, qui lui rappelle des souvenirs du temps où elle allait danser avec ses amis. - Elle entend les marchands vanter les qualités de leurs produits et commente ce qu'elle entend. - Elle réclame un verre de « mauby » et des Johnny cakes pour manger. - Elle touche aux fruits et décide d'en acheter. - Elle exprime de la joie qui se lit sur son visage.

Projet réalisé par Meiddy, stagiaire AMP en EHPAD à Saint-Martin (Antilles)

J'ai choisi d'élaborer le projet d'activité avec deux usagers que je nommerai M. X, âgé de 68 ans, et Mme Y, âgée de 64 ans ; tous les deux sont « non voyants ».

DIAGNOSTIC DU BESOIN ÉDUCATIF

Suite aux différentes transmissions et entretiens effectués en équipe, il a été repéré :

- Perte d'autonomie dans les déplacements au sein de la structure, manque de repères (besoin de découvrir l'environnement).
- Baisse sur les prises d'initiatives. Tendance à se faire assister (besoin de se sentir utile).
- Ne participe à aucune activité. Aucune activité n'a été proposée (besoin de se mouvoir).

DÉFINITION DU PROJET

J'ai intitulé ce projet « Be my Eyes » en anglais qui signifie « sois mes yeux » en français.

Une petite promenade de santé au sein de l'établissement suivant un parcours bien défini et étudié avec l'équipe pour répondre aux possibilités en tenant compte de la situation des personnes concernées.

Il s'agira de les guider par le son de la voix, tout en les stimulant au toucher et à l'utilisation de leur canne tout au long du parcours : de manière à avoir en retour leurs impressions, leurs perceptions, etc.

Projet qui ne se limite pas qu'au mur de l'établissement mais peut évoluer en fonction des moyens, à l'occasion d'une petite sortie au marché par exemple.

FINALITÉ ET OBJECTIFS

- *Finalité* : permettre de gagner de l'autonomie dans les déplacements.
- *Objectifs* : développer des repères au sein de l'établissement. Favoriser l'échange et la socialisation.

MOYENS ET TEMPORALITÉ

Ce projet ne nécessite aucun financement. La personne concernée doit impérativement avoir une canne orthopédique pour aveugle. Un à deux personnels accompagnants.

Un bus pour sortir à l'extérieur (facultatif).

Cette activité peut être mise en place tous les matins après les soins d'hygiène : un petit parcours matinal pour se rendre sur le lieu de vie. Une à deux fois par semaine en fin d'après-midi : une petite promenade dans les jardins de l'établissement. 10 à 15 minutes de prise en charge

▼ Évaluation du projet d'animation de Meiddy à partir de la grille-type

Finalité	Objectifs	Moyens	Critères d'évaluation
Gagner de l'autonomie dans les déplacements	Développer des repères au sein de la structure.	<ul style="list-style-type: none"> - Parcours, espace d'évolution, couloir, bruits et odeurs. - Canne pour malvoyant, un à deux animateurs. - Véhicule (facultatif). 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconnaît les lieux de passage, les odeurs, en les nommant. - Maîtrise l'utilité de la canne, tâtonnements de celle-ci.
	Favoriser l'échange.	<ul style="list-style-type: none"> - Personnels accompagnants. - Groupe de parole. - Participation d'un ou plusieurs résidents. - Un goûter, des gâteaux et boissons, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Évoque des moments du parcours. - Donne ses ressentis. - Partage ses expériences avec les autres usagers.

Projet réalisé par Diane, stagiaire AMP en SESSAD à Saint-Martin (Antilles)

L'activité proposée se déroule dans un SESSAD (Service d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile). Les catégories et bénéficiaires concernés sont les enfants, adolescents et jeunes adultes de 0-20 ans, présentant un ou plusieurs troubles psychiques et/ou des déficiences intellectuelles.

DIAGNOSTIC DU BESOIN

Durant ma période de stage au SESSAD, j'ai observé que les activités culinaires mises en place ne prenaient pas en compte l'aspect culturel de l'île, notamment lors des activités autour de la cuisine.

Après avoir rencontré les différents professionnels du SESSAD, j'ai pu confirmer qu'il n'existait aucune activité culinaire dite « traditionnelle » qui était mise en place avec les jeunes adolescents du SESSAD. Par ailleurs, mes observations ont porté sur un groupe d'adolescentes entre 13 et 16 ans scolarisées en UPI au collège. Elles accomplissent toutes des tâches ménagères chez elles et parfois ont la responsabilité de s'occuper de leur(s) frère(s) et/ou sœur(s) plus jeunes qu'elles. Dans le groupe, il y a de grandes prématurées et des filles qui ont une déficience intellectuelle, des troubles de la mémoire, d'autres présentent des troubles psychiques. Ces adolescentes sont imprégnées par la culture antillaise et expriment le souhait d'apprendre à cuisiner. Toutes ont besoin d'apprendre à gérer les tâches de la vie quotidienne, certaines ont du mal à se repérer dans l'espace.

LE PROJET :

LA CUISINE TRADITIONNELLE DE SAINT-MARTIN

Le projet consiste à organiser des ateliers de cuisine, en prenant en compte les plats typiques de Saint-Martin :

- en découvrant les aliments nécessaires à la préparation de ces repas ;
- en organisant des sorties au supermarché, au marché, à la poissonnerie, chez le boucher, afin de savoir gérer leur budget ;
- des sorties à la maison de retraite afin de rencontrer les personnes âgées et écouter comment ces personnes faisaient la cuisine dans les temps anciens, quels étaient les ustensiles qu'ils utilisaient ;
- apprendre quels sont les plats spécifiques à chaque festivité (le jambon de Noël, le crabe pour les fêtes de Pâques...).

FINALITÉ ET OBJECTIFS

Les principaux objectifs de ce projet sont les suivants :

1. Être capable de gérer un budget.
2. Être capable de préparer un repas.
3. Être capable de dresser une table.

La finalité de ce projet est de valoriser la culture antillaise en permettant l'accès au savoir culinaire traditionnel.

MOYENS ET TEMPORALITÉ

Les moyens nécessaires à la mise en œuvre de ce projet en ce qui concerne le matériel : une cuisine équipée, des ustensiles de cuisine, des aliments, des recettes (livres, Internet) et un véhicule pour les déplacements.

En plus de l'AMP, il sera nécessaire d'avoir la présence de l'éducatrice spécialisée, l'orthophoniste et/ou un psychomotricien.

Un budget est prévu pour l'achat du matériel, des aliments et les trajets.

L'activité pourra être organisée pendant les vacances scolaires, de Noël, carnaval, Pâques, en prenant en compte les plats spécifiques à chaque occasion.

▼ Évaluation du projet d'animation de Diane à partir de la grille-type

Finalité	Objectifs	Moyens	Critères d'évaluation
Découvrir les savoirs culinaires traditionnels	Être capable de gérer un budget.	<ul style="list-style-type: none">- Des billets et pièces en euros et en dollars.- Papier, crayon.- Orthophoniste.	<ul style="list-style-type: none">- Le sujet sait compter.- Établit des additions et soustractions.- Est capable de faire des courses à partir d'une liste.
	Être capable de préparer un repas.	<ul style="list-style-type: none">- Visite du marché, d'un boucher, d'une poissonnerie.- Découverte des différents aliments.- Ustensiles de mesure.	<ul style="list-style-type: none">- Le sujet suit la recette.- Le sujet sait lire.- Le sujet reconnaît les spécialistes.- Le sujet a besoin d'un support à base d'images pour suivre la recette.- Le sujet est capable d'apprendre les différentes formes de mesure.
	Être capable de dresser une table.	<ul style="list-style-type: none">- Ustensiles : assiettes, verres, tables et chaises.- Psychomotricienne.	<ul style="list-style-type: none">- Le sujet reconnaît les ustensiles.- Le sujet distingue la gauche de la droite.- Le sujet coopère avec ses camarades.

Projet réalisé par Marie-Louise, stagiaire AMP en EHPAD dans les Yvelines

J'ai effectué mon stage pratique d'une durée de trois mois dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Cet établissement accueille des personnes âgées autonomes, semi-autonomes et dépendantes. Certaines personnes sont affectées de troubles psychiques, d'un handicap physique ou tout simplement affaiblies par l'âge ou la maladie.

La capacité d'accueil de l'établissement est de 94 résidents dont la moyenne d'âge varie entre 80 et 95 ans.

IDENTIFICATION DES BESOINS

Le matin, les soignants s'occupent de la toilette des résidents. Ils n'ont pas le temps d'observer les besoins liés à l'estime de soi et à la dignité physique des résidents. Le réflexe de traiter les ongles et les mains n'est pas la pratique quotidienne du personnel. Cette activité me semble appropriée pour répondre aux besoins de communiquer, d'être stimulé et d'exprimer les souvenirs.

L'ACTIVITÉ CHOISIE

Séance « Manucure et détente »

La séance de manucure consiste à laver soigneusement les mains de la personne et à les tremper dans une bassine d'eau. Puis à nettoyer, traiter et couper les ongles, les limer et proposer la pose du vernis. S'ensuit un massage des mains avec de la crème ou de l'huile essentielle.

OBJECTIFS ET FINALITÉ

Objectif 1 : développer l'estime de soi en offrant aux participants des mains et des doigts bien propres et présentables.

Objectif 2 : stimuler le sens du toucher, inciter et encourager ainsi la communication non verbale entre les résidents et le personnel.

Objectif 3 : permettre aux participants le choix de différentes couleurs en faisant ainsi travailler leur mémoire et leurs sens olfactif et visuel.

Finalité : favoriser les échanges et les temps de convivialité.

MOYENS ET TEMPORALITÉ

Lieu : il n'est pas fixe. Trois lieux sont proposés : la salle de soins esthétiques, une terrasse en plein air ou une chambre pour permettre à ceux qui ne sont pas mobiles de bénéficier tout de même de cette activité.

Durée : la séance dure 1 h 30 à raison de 15 minutes par personnes (4 à 6 personnes).

Moyens humains : une AMP et moi-même.

Moyens matériels : tout le matériel est fourni dans le cadre des activités quotidiennes par l'établissement (bassine, vernis, dissolvant, lime, ciseau, coupe-ongles, coton, etc.).

▼ **Évaluation du projet d'animation de Marie-Louise à partir de la grille type**

Finalité	Objectifs	Moyens	Critères d'évaluation
Favoriser les échanges et des temps de convivialité	Objectif 1 : développer et valoriser l'estime de soi.	<ul style="list-style-type: none"> - Affiche représentant les mains en train d'être soignées. - Groupe de parole. 	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfaction des résidents exprimée par leur gratitude et leur joie tout en montrant leurs doigts.
	Objectif 2 : stimuler le sens du toucher et la communication non verbale.	<ul style="list-style-type: none"> - Images des différents outils pour les soins des mains et des doigts : lime, vernis à ongles, coupe-ongles, pince... - Massage des mains. 	<ul style="list-style-type: none"> - La personne sait utiliser le matériel et accepte la manipulation des mains. - La personne communique par le toucher, sourit, exprime de la détente.
	Objectif 3 : permettre aux participants le choix de différentes couleurs en faisant travailler leurs sens olfactif et visuel.	<ul style="list-style-type: none"> - Crayons de couleur. - Images d'ongles vernis. - Huiles essentielles. 	<ul style="list-style-type: none"> - La personne reconnaît les couleurs et cherche sa couleur préférée.



DC4



Soutien
médico-psychologique



Apport théorique : 105 heures

L'arrêté de 2006 définit le domaine de compétences, les compétences et les indicateurs de compétences (Annexe I, Référentiel professionnel, Domaines de compétences).

DOMAINE DE COMPÉTENCES 4 - Soutien médico-psychologique	
COMPÉTENCES	INDICATEURS DE COMPÉTENCES
4.1. Mettre en œuvre des aides adaptées aux différents âges de la vie et situations de handicap dans les dimensions physique, relationnelle, affective et cognitive	<ul style="list-style-type: none"> - Savoir observer, interroger, analyser les situations rencontrées. - Savoir réfléchir aux ajustements possibles de sa pratique. - Savoir adapter ses pratiques en fonction de la situation de la personne. - Savoir repérer et utiliser les centres d'intérêt de la personne et ses potentialités. - Savoir adopter une attitude empathique. - Savoir valoriser la personne et son image. - Savoir aider la personne à développer, maintenir ou restaurer ses capacités, à évaluer et exprimer ses besoins, ses attentes et ses désirs, à faire des choix et à en assumer les conséquences (autonomie).
4.2. Utiliser les activités quotidiennes comme support à la relation	<ul style="list-style-type: none"> - Savoir utiliser le soin et les activités quotidiennes comme support à la relation et la relation comme aide à leur réalisation. - Savoir préserver l'intimité de la personne. - Savoir observer les modifications du comportement.
4.3. Détecter les signes révélateurs d'un problème de santé ou de mal-être et prendre les dispositions adaptées	<ul style="list-style-type: none"> - Savoir écouter, entendre et questionner les données de toute nature susceptibles de concourir à l'évaluation de l'état général de la personne. - Savoir évaluer ce qui relève d'une intervention immédiate, à court terme, ou d'une vigilance dans la durée (médicale et/ou psychologique). - Adapter son accompagnement. - Connaître les limites de son intervention. - Savoir repérer et prévenir la maltraitance. - Savoir faire appel aux professionnels compétents.
4.4. Avoir une communication appropriée à la situation de la personne	<ul style="list-style-type: none"> - Être capable de développer avec la personne un mode de communication adapté. - Savoir maintenir l'intégrité de la personne (relation au corps, communication non verbale...) dans la juste distance.

Les thématiques ou contenus de formation sont les suivants (Annexe III, Référentiel de formation).

CONTENUS DU DOMAINE DE FORMATION 4
La communication verbale et non verbale
L'intervention professionnelle L'observation La relation d'aide, le développement et le maintien de l'autonomie (éducation au choix) Réflexion sur les situations, le positionnement de l'AMP, l'intervention, les ajustements et les transmissions Élaboration de l'intervention
Les accompagnements spécifiques (spécificités des publics, des prises en charge, des moyens)
Le repérage et l'accompagnement - des potentiels des personnes ; - des paramètres de surveillance de la santé et des indicateurs de la douleur ; - des facteurs de risque et des situations de danger, de maltraitance, d'épuisement professionnel...
Accompagnement pédagogique de la professionnalisation et de la construction de l'identité professionnelle

Les enjeux du DC4.

Définir une posture professionnelle

Au sein de l'équipe pluridisciplinaire, l'AMP a ses propres responsabilités, fonctions et compétences. Chaque métier (aides-soignants, infirmiers, éducateurs...) a des attentes spécifiques à l'égard de l'AMP en termes de tâches et de rôle. L'AMP tient de fait une place particulière auprès des usagers. À titre d'exemple, quand l'AMP, dans le secteur sanitaire, collabore avec les infirmiers, les aides-soignants (AS) ou les auxiliaires de puériculture (AP), il ne va pas effectuer les mêmes tâches qu'eux. L'AMP n'est en effet pas compétent pour effectuer des actes techniques de soin propres à ces métiers paramédicaux (infirmiers, aides-soignants ou auxiliaires de puériculture). En revanche, l'AMP, l'AS et l'AP articulent leurs fonctions respectives dans le cadre d'une même mission.

Il s'agit par conséquent, pour l'AMP en formation, de comprendre comment se positionner dans son exercice professionnel et effectuer ce qui constitue le cœur de sa mission, tout en étant bien au clair sur les limites de ses compétences. Cette « juste » place est ce qu'on appelle la **posture professionnelle**. Adopter cette posture est l'un des principaux enjeux de la formation.

L'AMP ne peut apprendre cette posture dans les livres seuls : il lui faut l'expérimenter sur le terrain, en retournant régulièrement à la théorie, et vice versa. Ces **allers-retours entre théorie et pratique**, cette articulation entre apports du centre de formation et stages est là essentiel.

La posture professionnelle que vous acquerrez est appelée à évoluer quand paraît un nouveau texte de loi ou une nouvelle réglementation professionnelle. Elle évolue aussi au regard du cadre institutionnel et des lois qui réglementent le fonctionnement des établissements : notamment les lois du 2 janvier 2002¹ et du 4 mars 2002².

La posture de l'AMP est difficile à cerner car elle se situe à l'**intersection des champs social** (plus précisément éducatif) **et sanitaire** ; elle se trouve de ce fait à articuler plusieurs dimensions. Ainsi l'AMP :

- participe au recueil des données et à l'analyse des situations ;
- réalise des actes éducatifs et des aides personnalisées dans les actes de la vie quotidienne (cf. domaine de formation 2) ;
- évalue les résultats de son action et les transmet à l'équipe pluri-professionnelle, oralement et par écrit.

1. Rénovant l'action sociale et médico-sociale.

2. Relative aux droits des personnes malades et à la qualité du système de santé.

Rôle de l'AMP dans le soutien médico-psychologique

L'AMP assume cette fonction de soutien médico-psychologique durant les différentes étapes du soin. Il l'assume également durant les temps d'animation et les moments partagés en collectivité.

Dans un premier temps, nous décrivons le rôle de l'AMP dans les activités de soins. Dans un second temps, nous évoquerons les notions de soutien médico-psychologique, de bonne distance, d'empathie et de bienveillance : ces notions sont des dimensions incontournables du métier.

L'AMP et les soins

Selon les lieux d'exercice, et en tous les cas en accueil médicalisé (hôpital, foyer d'accueil médicalisé...), l'AMP collabore avec les aides-soignants et partage des **activités de soins**.

Soutien médico-psychologique	Intervention professionnelle de l'AMP
Hygiène de la personne et de son environnement	Participe au recueil des observations et à l'analyse des situations. Évalue ses actions. Transmet les informations à l'équipe.
Équilibre alimentaire	Participe au recueil des observations et à l'analyse des situations. Évalue ses actions. Transmet les informations à l'équipe.
Risques de maltraitance	Participe au recueil des observations et à l'analyse des situations. Repère les facteurs de maltraitance, prévient et signale. Évalue ses actions. Transmet les informations à l'équipe.
Prise de médicaments	Participe au recueil des observations et à l'analyse des situations. Aide et accompagne à la prise de médicaments. Vérifie la prise de médicaments. Évalue ses actions. Transmet les informations à l'équipe.
Repos et sommeil	Participe au recueil des observations et à l'analyse des situations. Veille au bien-être et au confort de la personne. Évalue ses actions. Transmet les informations à l'équipe.
Manipulation	Participe au recueil des observations et à l'analyse des situations. Veille au bien-être et au confort de la personne. Utilise les techniques de transfert et de manipulation adaptée. Évalue ses actions. Transmet les informations à l'équipe.

Prévention et soins d'escarre	Participe au recueil des observations et à l'analyse des situations. Veille au bien-être et au confort de la personne. Évalue ses actions. Transmet les informations à l'équipe.
Soins de bouche	Participe au recueil des observations et à l'analyse des situations. Aide la personne. Évalue ses actions. Transmet les informations à l'équipe.
Soins dermatologiques	Participe au recueil des observations et à l'analyse des situations. Évalue ses actions. Transmet les informations à l'équipe.
Entretien (d'accueil, bilan, avec la famille...)	Participe au recueil des observations et à l'analyse des situations. Évalue ses actions. Transmet les informations à l'équipe.
Observation du comportement	Participe au recueil des observations et à l'analyse des situations. Évalue ses actions. Transmet les informations à l'équipe.
Surveillance de la santé	Participe au recueil des observations et à l'analyse des situations. Détection des signes révélateurs d'un problème de santé. Évalue ses actions. Transmet les informations à l'équipe.

Le soutien médico-psychologique

Le soutien médico-psychologique est par définition un **soutien à deux niveaux** qui sont en interaction permanente : quelle que soit la nature des difficultés (physiques, psychologiques, sociales) de la personne, l'AMP agit et se positionne de manière à y répondre sur un **plan médical et psychologique**.

L'AMP a pour mission de mettre en place une relation d'aide à la personne, qui soutienne le développement et le maintien de son autonomie, de son bien-être et de sa socialisation. Repérer le potentiel de la personne est donc essentiel : **c'est sur le potentiel repéré que peut se construire la relation d'aide**.

Les actes techniques qu'effectue l'AMP – qu'ils soient de soin, de soutien ou de socialisation – ne le « coupent » pas du patient ou de l'utilisateur. Bien au contraire, l'AMP instaure avec la personne une relation aux qualités spécifiques et qui vise notamment son mieux-être psychologique. Dans tous les cas, la posture de l'AMP consiste à participer à la **mission de soutien médical et social au moyen d'une approche psychologique**, laquelle cherche à reconnaître les besoins de la personne à travers l'écoute et la prise en compte des plaintes somatiques (physiques). Il s'agit notamment de chercher à soulager sa douleur.

La bonne distance et l'empathie

Dans la relation qu'il instaure avec la personne, l'AMP ne doit se positionner ni trop près, ni trop loin : à mi-parcours, entre « fusion » et « distance ». Trop près, impossible d'avoir le recul nécessaire pour reconnaître les besoins particuliers de la personne. Trop loin, impossible de savoir qui elle est, faute de s'être risqué à l'approcher.

La posture professionnelle consiste justement à construire ce qu'on appelle couramment dans ces métiers la « **bonne distance** » **professionnelle** : bonne dans le sens où elle est juste, ajustée de façon à exercer au mieux sa mission. Pour cela, l'AMP a recours à un « outil » relationnel, l'empathie. L'**empathie** est en l'occurrence une écoute bienveillante qui vise la compréhension des états émotionnels de l'autre.

La difficulté pour le professionnel est de ne pas confondre son propre état émotionnel ou affectif avec celui du patient ou de l'utilisateur. Cette confusion peut venir de deux procédés psychiques, qui se combinent : l'AMP projette sur la personne ses propres sentiments et émotions ; ou encore l'AMP se laisse imprimer plus que de mesure par les sentiments et émotions de la personne, au point qu'il ne sait plus faire la part des choses. L'AMP doit donc apprendre à se positionner de façon à être toujours en mesure de distinguer ce qui lui appartient à lui de ce qui appartient à l'autre : soit être dans une **distance** suffisante tout en étant dans une **proximité** suffisante. Être proche et attentif aux besoins de la personne, sans prétendre répondre à sa place, avec une affectivité qui du coup serait déplacée. Et qui annulerait en quelque sorte la personne que l'AMP a pour mission d'aider.

La notion de « bonne distance » est souvent employée, mais le terme est-il réellement approprié dans cette « relation de proximité » ? En effet, dans l'accompagnement des personnes s'entremêlent des mécanismes liés à la proximité comme à la distance à l'autre. Entre ces deux points, l'AMP doit « naviguer », en fonction des besoins de la personne accompagnée et de l'évolution de la relation professionnelle qu'il instaure avec cette personne³. En évitant, entre autres, l'écueil d'une projection qui amènerait à prêter à l'autre ses propres besoins. Il s'agit donc moins de trouver une fois pour toutes la « bonne distance », que d'adapter les modalités de cette relation aux besoins du moment. Cette adaptation, ce réajustement constant à la réalité du moment, suppose donc de tenir une « posture professionnelle » perpétuellement au travail :

- pour analyser ce qui se joue dans la relation ;
- et pour mettre en œuvre, en connaissance de cause, un **savoir-faire relationnel** permettant un accompagnement de proximité efficient.

3. Il importe de garder à l'esprit que cette relation professionnelle s'instaure de fait dans le champ plus large d'une relation humaine, de personne à personne, à la construction de laquelle participe autant le patient que l'AMP.

L'**observation** est de ce fait un **outil indispensable** pour construire une posture professionnelle adaptée aux besoins des patients et des usagers.

DÉFINITIONS

- **Empathie** : faculté d'approcher ce que l'autre ressent comme émotions, sentiments.
 - **Fusion** : fait de ne pas reconnaître l'autre comme une personne totalement distincte de soi, confusion entre soi et l'autre.
 - **Observation** : recueil de données objectives.
 - **Projection** : fait de prêter aux autres ses propres sentiments et émotions.
-

La maltraitance et la bientraitance

La personne en situation de handicap ou de dépendance est vulnérable. Cette vulnérabilité est liée en premier lieu à la pathologie dont elle souffre, et en second lieu à un éventuel problème relationnel, à son isolement, à la précarité de sa situation... Être vulnérable, c'est être dans un état de faiblesse qui fait qu'on ne peut se défendre ou réagir à une violence extérieure. Les personnes fragiles et vulnérables peuvent donc être l'objet de maltraitances. L'AMP a la responsabilité de signaler ces situations.

Il s'agit alors pour l'AMP de participer au recueil des informations utiles et nécessaires, de les partager avec l'équipe pluridisciplinaire et d'analyser la situation en équipe afin qu'une information soit faite aux autorités compétentes (direction, services de police, président du conseil général pour les mineurs). Les établissements ont en interne des protocoles qui guident la démarche de signalement.

Ainsi, **prévenir les abus et la violence à l'égard des personnes vulnérables, c'est adopter une attitude de bientraitance**. Soit : aborder l'autre, un autre fragilisé par la maladie et les facteurs qui lui sont liés, avec une attitude positive et avec le souci de faire le bien pour lui. Par attitude positive, on entend : reconnaître la personne particulière qu'est ce patient, avec ses forces et ses faiblesses, avec ses éléments pathologiques et ses éléments de santé. Ne pas oublier le mental quand on soigne le corps. Et vice versa.

Être bien-traitant, c'est mettre en œuvre un accompagnement qui soit le plus ajusté possible aux besoins des personnes, dans le respect de leurs droits et dans le respect de la personne tout court. Être bien-traitant, c'est veiller au bien-être des personnes. Et auparavant déjà, être animé d'une intention bienveillante.

Adopter une attitude de bientraitance va de pair avec une ferme volonté d'améliorer de façon continue ses pratiques professionnelles. Voici l'un des éléments essentiels d'une posture professionnelle adaptée.

L'épreuve de certification du DC4

Présentation du domaine de certification

Compétences évaluées	Domaine de certification en 2 parties
<ol style="list-style-type: none">1. Mettre en œuvre des aides adaptées aux différents âges de la vie et situations de handicap dans leurs dimensions physique, relationnelle, affective et cognitive.2. Utiliser les activités quotidiennes comme support à la relation.3. Détecter les signes révélateurs d'un problème de santé ou de mal-être et prendre les dispositions adaptées.4. Avoir une communication appropriée à la situation de la personne.	1^{re} partie : une notation de stage Correspond à la moyenne des notes obtenues sur les terrains de stage ou milieux professionnels. Notation sur 20 Coefficient 1
	2^e partie : une épreuve écrite organisée par la DRJSCS en fin de formation Note de réflexion sur une problématique professionnelle : – le candidat choisit un sujet parmi deux sujets proposés ; – les sujets sont relatifs à une problématique en rapport avec le cœur de métier de l'AMP ; – le candidat argumente sa réponse à partir de sa pratique professionnelle. Durée : 2 heures Notation sur 20 Coefficient 1

Les objectifs de l'épreuve

- Évaluer la perception qu'a le candidat de la spécificité de sa profession et l'analyse qu'il en fait.
- Évaluer la manière dont le candidat se positionne en tant que professionnel (analyse de sa pratique et prise de distance).

L'esprit de l'épreuve

Cette épreuve vise à évaluer les compétences du candidat à réfléchir sur une problématique en rapport avec le métier d'AMP. Une problématique est par définition une question à résoudre à l'aide d'arguments et d'un apport théorique : il s'agit de savoir analyser des situations issues de sa pratique professionnelle et de s'appuyer pour cela sur des connaissances théoriques. En effet, l'AMP en exercice doit être capable de définir, d'expliquer et d'argumenter sa réflexion dans le cadre du travail d'équipe.

Les critères de notation

1. Connaissance et capacité d'analyse du cadre d'intervention de l'AMP.
2. Capacité à la mise en œuvre des aides adaptées aux personnes et au contexte d'intervention.

3. Capacité à tenir un positionnement professionnel.
4. Capacité à une expression écrite claire et structurée.

BON À SAVOIR !

Pour valider le domaine de certification, le candidat doit obtenir une moyenne au moins égale à 10/20 englobant les 2 parties de la certification. De plus, les notes de stage obtenues sur chacun des sites qualifiants sont prises en compte pour la partie 1.

En résumé : **note finale au DC4** = note de l'épreuve écrite sur une problématique professionnelle + la note du stage 1 + la note du stage 2.

Les correcteurs attribuent 4 à 6 points par critère et 2 points pour la qualité de l'expression écrite (total : 20 points).

Une grille de correction est remise à chaque correcteur, le jour de la correction. Elle présente des éléments de correction pour le guider dans son évaluation.

En cas de note inférieure à 10/20, le correcteur soumet la copie à l'avis d'un autre correcteur avant attribution de la note finale.

Conseils méthodologiques

Finalité de l'épreuve

La finalité de l'épreuve du DC4 est d'évaluer comment vous vous positionnez en tant que professionnel (notion de posture professionnelle) et comment vous analysez votre pratique (notion de distance professionnelle).

Proposition de méthode

L'épreuve consiste à choisir un sujet parmi deux sujets proposés. Ces deux sujets sont relatifs à une problématique en rapport avec le cœur du métier d'aide médico-psychologique. Vous argumenterez votre réflexion à partir de votre pratique professionnelle.

La **note de réflexion sur une problématique professionnelle** doit permettre d'évaluer votre capacité à mener une réflexion sur les différents thèmes ou contenus abordés durant la formation. À savoir :

- *l'intervention professionnelle* : le maintien des acquis ou de l'autonomie, la participation des familles, la valorisation de la personne et de son image, les actes répétitifs de l'AMP ;
- *les compétences professionnelles* : l'observation, l'écoute, l'analyse des situations, la distance professionnelle, l'éthique, la relation de confiance ;
- *les accompagnements spécifiques* : l'agressivité, la maltraitance, le deuil, les traumatismes, la douleur ;
- *le repérage et l'accompagnement des personnes* : les besoins des personnes, les attentes, les désirs, la bientraitance, les limites de l'intervention ;
- *la communication verbale et non verbale* : les différents modes de communication, l'empathie, la proximité.

La forme de votre écrit

Faites une introduction :

- votre réflexion va s'appuyer sur le *questionnement* proposé par le sujet, aussi énoncez-le en précisant rapidement son contexte ;
- vous allez répondre à ce questionnement étape par étape, en suivant votre *plan*, aussi annoncez-le, en évoquant les *mots clés* pour chacune de ses parties ainsi que d'éventuelles définitions.

Dans le développement, formalisez votre plan :

- rédigez des *titres* et des *sous-titres* : cela permet au correcteur de saisir d'entrée votre développement. Votre réflexion doit se faire par étapes : mettez des titres à chaque partie ou paragraphe. Il s'agit de montrer votre compétence à structurer votre pensée à l'écrit ;
- illustrez avec des *exemples* issus de votre pratique de terrain.

Faites une conclusion : synthétisez l'essentiel des idées que vous avez développées dans les différentes parties de votre plan. Attention : il ne s'agit pas de répéter ce que vous avez déjà énoncé mais de *résumer* en soulignant les points essentiels. Vous pouvez finir votre conclusion en amenant une nouvelle réflexion, qui élargisse votre propos ou ouvre une nouvelle perspective.

Soignez la rédaction. N'hésitez pas à sauter une ligne entre les paragraphes afin de rendre visible le déroulement de votre pensée. Les titres et les sous-titres articulent les paragraphes entre eux, facilitant le passage de l'un à l'autre. Prenez le temps de vous *relire* et de corriger les éventuelles fautes.

Le contenu de votre écrit

Présentez l'établissement ou le service dans lequel vous avez effectué votre stage, ainsi que le public et les pathologies rencontrées. Le correcteur doit pouvoir situer le contexte de votre action.

Valorisez votre pratique professionnelle : comment avez-vous travaillé avec l'équipe éducative et/ou soignante ? Quels étaient les objectifs de vos actions et quels moyens avez-vous mis en œuvre ? Illustrez à partir d'exemples vécus. Le correcteur cherchera à savoir si vous êtes capable de distance professionnelle et de réflexion sur votre pratique.

Identifiez les besoins des personnes que vous avez accompagnées.

Décrivez comment vous vous êtes positionné dans la situation d'accompagnement et de soin, dans le cadre du travail d'équipe. Ce qui importe au correcteur est de savoir comment vous travaillez et communiquez avec l'équipe pluridisciplinaire.

Quel sens donnez-vous à vos actions ? Quel est votre positionnement éthique ? Quelles sont les valeurs qui sont primordiales pour vous ?

Resituez vos actions à travers la finalité du projet d'établissement ou du service.

Évoquez le cadre légal (lois 2002, 2005, 2007) afin de montrer au correcteur que votre pratique s'inscrit dans une logique reconnue par le secteur sanitaire, social et médico-social.

Entraînement. Annales corrigées

MÉMO

✓ Les 4 étapes pour réussir son épreuve :

1. Lire le sujet et repérer les mots clés.
2. Définir les mots clés.
3. Mettre en forme les idées de votre réflexion dans la rédaction du plan (rédaction au brouillon : 1 h) ;
 - une introduction ;
 - un développement avec titres et sous-titres ;
 - une conclusion.
4. Rédiger et relire votre écrit (temps : 1 h).

Épreuve DC4 Île-de-France – mai 2012

DRJSCS ÎLE-DE-FRANCE – mai 2012 Épreuve DC4

Note de réflexion sur une problématique professionnelle

- **Sujet A** : L'AMP accompagne des personnes dont les rythmes de sommeil peuvent être perturbés pour diverses raisons. Le coucher est souvent un moment délicat pour les usagers. Comment les aidez-vous à vivre cette situation ? Expliquez et analysez vos interventions à partir d'exemples issus de votre pratique.
- **Sujet B** : Établir une relation de confiance avec les personnes accueillies en institution est indispensable pour mettre en œuvre une aide efficace et adaptée. En vous appuyant sur vos expériences professionnelles et vos acquis de formation, expliquez comment vous avez établi une relation et comment vous en avez évalué les bénéfices.

Éléments de réponse

Sujet A : L'AMP accompagne des personnes dont les rythmes de **sommeil** peuvent être perturbés pour diverses raisons. Le **coucher** est souvent un **moment délicat** pour les usagers. Comment les aidez-vous à vivre cette situation ? Expliquez et analysez vos interventions à partir d'exemples issus de votre pratique.

■ **Mots clés** : sommeil – coucher – moment délicat.

Introduction

La place du sommeil est primordiale dans l'*horloge biologique* de l'être humain. Comme pour la faim et la soif, le sommeil est un *besoin* vital : il a pour fonction de restaurer l'équilibre du système nerveux central. Nous dormons pour récupérer de la journée et de l'éveil prolongé. Le rôle de l'AMP, au moment du coucher, est d'apporter un soutien matériel et psychologique aux personnes. Les individus, enfants ou adultes, peuvent éprouver des angoisses et des difficultés lors de l'endormissement. De ce fait, plusieurs dimensions sont à prendre en compte dans l'accompagnement : les rituels, les angoisses et le travail d'équipe.

Développement et exemples

▼ **Rituels, rythmes et habitudes de la personne**

La première partie de votre réflexion peut s'appuyer sur la place des rituels au coucher, le respect des rythmes de chacun et des habitudes individuelles. Inspirez-vous de votre pratique réelle.

Le *rituel* permet d'apaiser, de donner des repères et d'amener progressivement au sommeil. L'enfant ou l'adulte peut prendre un bain ou une douche avant de se coucher. La lecture d'un livre ou d'un conte offre un moment d'écoute et de retour au calme avant l'endormissement.

Le respect du *rythme* de chacun est important. La personne malade ou âgée, un adolescent ou un enfant n'ont pas une durée de sommeil identique. La durée du sommeil varie selon l'âge. Elle varie également d'une personne à l'autre, ou d'une période à une autre.

Il s'agit de prendre en compte les *habitudes* particulières de chacun dans l'accompagnement : préparer les vêtements pour le lendemain, allumer la lampe de chevet avant d'éteindre le plafonnier, laisser la porte des WC ouverte...

▼ **La prise en compte des angoisses**

Dans une deuxième partie, vous pouvez développer la prise en compte des angoisses à partir d'une situation concrète que vous décrivez.

L'AMP dialogue avec la personne et crée un *climat de confiance* pour apaiser et préparer la nuit. Aider la personne à s'installer dans son lit, aménager l'espace au mieux, positionner l'oreiller ou bien mettre la télécommande du lit médicalisé ou de la télévision près de la personne sont des actions qui participent à apaiser les angoisses. Être attentif aux objets de première nécessité (verre d'eau, mouchoir...) mais aussi aux objets personnels utilisés au moment du coucher (chapelet, photos...).

▼ **Travail en équipe et transmission des informations**

Une troisième partie peut être liée au travail d'équipe à cet égard et à la transmission des informations, aux veilleurs notamment.

La responsabilité de la surveillance nocturne s'étend du coucher au lever des personnes. La *sécurité* des enfants ou des adultes durant la nuit est liée aux informations transmises entre les relèves. L'utilisation des *cahiers de liaison* et l'*échange d'informations à l'oral* au moment du coucher et du lever sont des outils essentiels pour l'accompagnement.

Conclusion

Vous concluez en synthétisant les points importants de votre pratique professionnelle.

Sujet B : Établir une **relation de confiance** avec les personnes accueillies en institution est indispensable pour mettre en œuvre une **aide** efficace et adaptée. En vous appuyant sur vos expériences professionnelles et vos acquis de formation, expliquez comment vous avez établi une relation et comment vous en avez **évalué les bénéfices**.

■ **Mots clés** : relation de confiance – aide – évalué les bénéfices.

Introduction

Par définition, la relation est un lien entre deux ou plusieurs personnes, et la confiance est liée à un sentiment de *sécurité*. La relation de confiance instaure donc un engagement et un respect mutuel entre des personnes. L'AMP développe et maintient cette relation de confiance durant le moment de l'accompagnement. Plusieurs conditions sont nécessaires pour instaurer cette relation.

Développement et exemples

▼ **Qualités et compétences nécessaires pour instaurer une relation de confiance**

Dans une première partie, définissez les qualités et les compétences nécessaires. Illustrez à partir de situations professionnelles. Qualités et compétences attendues : *écoute, attention, empathie, respect des personnes, confiance en soi*.

▼ **Outils et médiations éducatives**

Une deuxième partie peut être consacrée aux outils et aux médiations éducatives qui permettent de faciliter la mise en place d'une relation de confiance : *entretiens d'accueil, activités éducatives, échanges durant les actes de la vie quotidienne* (au moment des levers, repas, couchers...).

Conclusion

Vous pouvez définir les avantages d'une relation de confiance à travers la notion d'*alliance* et de *contrat* pour la mise en place d'un projet éducatif.

Épreuve DC4 Région Centre – juin 2012

DRJSCS CENTRE – JUIN 2012 ÉPREUVE DC4

• **Sujet 1 :**

Les personnes auprès desquelles vous travaillez (personnes âgées, enfants ou adultes en situation de handicap) peuvent avoir des difficultés à exprimer leur choix. La vie quotidienne est un support à la relation : comment aidez-vous la personne à exprimer ses choix ? Illustrez votre propos d'exemples tirés de votre pratique professionnelle et prenez appui sur vos acquis de formation.

• **Sujet 2 :**

Dans les établissements, se pose la question de la vie affective et sexuelle des personnes accueillies. Comment dans votre accompagnement au quotidien prenez-vous en considération cette dimension ? Illustrez votre propos d'exemples tirés de votre pratique professionnelle et prenez appui sur vos acquis de formation.

Éléments de réponse *

Sujet 1 : Les personnes auprès desquelles vous travaillez (personnes âgées, enfants ou adultes en situation de handicap) peuvent avoir des difficultés à exprimer leur choix. La **vie quotidienne** est un **support à la relation** : comment aidez-vous la personne à exprimer ses **choix** ? Illustrez votre propos d'exemples tirés de votre pratique professionnelle et prenez appui sur vos acquis de formation.

■ **Mots clés :** vie quotidienne – support à la relation – choix.

Introduction

Les publics auprès desquels l'AMP intervient sont en situation de *dépendance*. Cette dépendance implique que la personne ne peut effectuer seule certains actes de la vie quotidienne et qu'elle a recours à une aide extérieure. Néanmoins, être dépendant ne signifie pas une absence de *désirs*, d'envies ou d'attentes, même si l'utilisateur a parfois des difficultés à les exprimer ou à s'exprimer. Quelle que soit la dépendance, toute personne a le droit d'exprimer des choix et d'être actrice de son projet de vie.

Il peut être rappelé le droit à la participation des usagers tel que le prévoit la loi du 2 janvier 2002 et la Charte des droits et libertés de la personne accueillie de tout établissement.

* Éléments de réponse de la DRJSCS de la région Centre. Avec son aimable autorisation.

Développement et exemples

Dans cette partie, le candidat devra illustrer le sujet :

- soit de plusieurs exemples (au moins deux exemples) ;
- soit avec un seul exemple mais en développant différentes notions du sujet traité.

On devra voir apparaître à travers les exemples cités par le candidat différents éléments dont les principaux sont :

▼ **1. La vie quotidienne comme support à la relation :**

- l'importance de laisser faire des choix ;
- le rôle de l'AMP pour permettre à l'usager de faire des choix, de les exprimer et d'être entendu, et qu'ils soient mis en œuvre.

Les différents actes de la vie quotidienne dans lesquels l'AMP est amené à intervenir auprès de l'usager comme le lever, le repas, la toilette, le coucher, les activités, les animations, les sorties, sont autant de situations qui peuvent donner l'occasion aux usagers d'exprimer leurs choix.

Exemples de temps clés et de choix :

- lever : choix de se lever tôt ou non, de déjeuner avant la toilette ou non ;
- toilette : choix de coiffure ;
- habillage : choix des vêtements ;
- repas : choix d'une place ou d'un plat, de manger ou non ;
- coucher : choix d'une position dans le lit, de se coucher avec ou sans télé, tôt ou pas ;
- activités : choix d'une animation, d'une sortie, d'un loisir.

▼ **2. L'importance de laisser faire des choix :**

- en permettant à l'usager de faire ses choix, l'AMP lui permet d'être acteur de son projet et ainsi d'être considéré comme une personne à part entière et reconnue dans l'institution où elle vit ;
- lui permettre de faire ses choix participe au maintien de l'autonomie de l'usager. Il est encore capable de décider de ce qu'il veut ou non.

▼ **3. Le rôle de l'AMP :**

Pour permettre à l'usager de faire ses choix, l'AMP devra adopter une posture professionnelle qui facilitera cette autonomie. Cela passera notamment par certaines actions :

- écouter ;
- observer ;
- comprendre ;
- prendre le temps.

Ne pas oublier que l'usager est au centre du dispositif et non le contraire, même si, parfois, cela est difficile par rapport notamment aux différents fonctionnements institutionnels et aux différents handicaps et dépendances.

Laisser l'utilisateur faire ses choix implique de la part de l'AMP :

- de ne pas faire à la place de l'utilisateur ;
- et surtout de tenir compte des goûts de l'utilisateur et non des siens.

On devra voir à travers les exemples cités par le candidat :

- en quoi le temps clé choisi est un support à la relation et en quoi il permet à l'utilisateur de faire des choix, d'être acteur de son projet et du maintien de son autonomie ; notamment quel choix le résident fait ;
- la posture professionnelle de l'AMP dans cet accompagnement à aider l'utilisateur à exprimer ses choix.

Sujet 2 : Dans les établissements, se pose la question de la **vie affective et sexuelle** des personnes accueillies. Comment dans votre **accompagnement au quotidien** prenez-vous en considération cette dimension ? Illustrez votre propos d'exemples tirés de votre pratique professionnelle et prenez appui sur vos acquis de formation.

■ **Mots clés :** vie affective – vie sexuelle – accompagnement au quotidien.

Introduction

▼ **La législation**

Concernant tous les établissements, la loi du 2 janvier 2002, qui place l'utilisateur au centre de la prise en charge, a réaffirmé le droit à l'intimité et à la vie privée des personnes accueillies en institution.

Les professionnels doivent prendre en compte cette dimension :

- droit à la vie privée ;
- droit à l'intimité physique et psychique.

Concernant les mineurs, selon le Code pénal (art. 227-25), la majorité sexuelle est à 15 ans (ordonnance n°45-1456 du 2 juillet 1945). La loi autorise le mineur à avoir des relations sexuelles avec un partenaire de son choix.

Développement et exemples

▼ **La question du tabou**

On peut différencier *vie sexuelle* et *vie affective*. L'une peut exister sans l'autre mais la sexualité quand elle est accompagnée d'affection peut être perçue de façon différente par le professionnel. Selon les publics accueillis, l'accompagnement n'est pas le même.

Les enfants et adolescents :

- se rendre disponible et être à l'écoute ;
- accompagnement et *orientation* des adolescents vers des structures adaptées et des professionnels spécialisés dans ce domaine (contraception, prévention des IST,

Infections Sexuellement Transmissibles), les adolescents en situation de handicap ou non doivent pouvoir expérimenter la sexualité pour la comprendre ;

- poser des *limites* aux manifestations sexuelles hors des lieux adaptés (préserver l'intimité) ;
- avoir un *langage adapté* : mettre des mots pour expliquer le corps et ses transformations ;
- accompagnement des familles : les parents d'un enfant porteur d'un handicap peuvent avoir des difficultés à reconnaître la sexualité de ce dernier.

Les adultes en situation de handicap et les personnes âgées :

- entendre les besoins sexuels et/ou affectifs de la personne handicapée ;
- orienter vers des professionnels adaptés à des questionnements (psychologue, médecin) ou besoin de contraception.

La vie affective et/ou sexuelle chez la personne vieillissante ou handicapée interroge nos représentations. L'AMP peut accompagner le résident dans les différents aspects :

- écouter et être attentif aux facteurs psychologiques personnels : poids de l'éducation, perte ou modification de l'*estime de soi*, être en institution ;
- échanges sur les difficultés corporelles rencontrées : modifications physiologiques liées à l'âge, traitements liés à certaines pathologies ou maladies qui peuvent avoir un retentissement sur la sexualité ; orientation vers des professionnels de santé ;
- échanges avec l'équipe pluridisciplinaire sur les difficultés rencontrées face à la *solitude affective* : repli sur soi, trouble du comportement, isolement, état dépressif.

▼ **Attitude générale :**

- observer un comportement et offrir une réponse adaptée *sans jugement* ni préjugés ;
- respecter l'intimité de l'autre ;
- ne pas nier, ni banaliser, ni réprimer ou questionner de façon intrusive ;
- reconnaître le besoin d'aimer ou d'être aimé selon la *pyramide de Maslow* ;
- lutter contre ce tabou ;
- en parler en équipe ;
- accompagner les couples qui le désirent (espace et temps d'intimité) ;
- si la sexualité est non consentie ou préjudiciable pour l'une ou l'autre des personnes : savoir séparer le couple et décider en comité d'éthique (s'interroger du point de vue *éthique*, c'est se poser la question du sens de l'acte à poser, s'interroger sur les enjeux, les conséquences) ;
- proposer des activités de *sublimation* (à médiation corporelle ou artistique) ;
- traiter les pathologies somatiques et/ou psychiatriques ;
- obligation de *discretion*.

▼ **Ne pas faire :**

- nier la réalité ;
- ridiculiser les questions des personnes ou infantiliser les personnes âgées ;
- moraliser une pratique soignante ;
- ne pas prévoir d'espace pour accueillir les couples en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ;
- négliger le bien-être pour ne traiter que le corps souffrant ;
- se substituer et prendre des décisions relevant du domaine privé ;
- laisser s'exprimer une sexualité inappropriée sans intervenir.

Conclusion

[Il est possible de conclure en rappelant que la sexualité est un sujet tabou même pour les travailleurs sociaux. En institution, l'accompagnement à la sexualité est à inscrire dans le projet d'établissement. Cela nécessite une sensibilisation et une formation des professionnels.]

Épreuve DC4 Région Sud-Est – mars 2012

Épreuve DRJSCS (mars 2012)

DC4 : Note de réflexion sur une problématique professionnelle

Durée : 2 h

Notation sur 20

Deux sujets sont proposés au choix du candidat. Vous ne devez traiter qu'un seul de ces sujets.

Sujet 1 :

Dans votre pratique d'AMP, vous pouvez être confronté à des situations d'agressivité des personnes que vous accompagnez. Cette agressivité s'exprime sous différentes formes et peut s'adresser à différentes personnes.

Expliquez à partir d'exemples issus de votre pratique professionnelle ce que ces situations d'agressivité vous permettent de déceler et comment vous pouvez réagir afin de restaurer un apaisement.

Sujet 2 :

La vie en institution est sous-tendue par un certain nombre de règles de la vie collective qui s'imposent aux résidents. Ces règles sont plus ou moins acceptées par les résidents.

À partir d'exemples issus de votre pratique professionnelle, vous montrerez comment vous accompagnez les résidents dans leurs rapports à ces règles.

Éléments de réponse

Sujet 1 : Dans votre pratique d'AMP, vous pouvez être confronté à des **situations d'agressivité** des personnes que vous accompagnez. Cette agressivité s'exprime sous différentes formes et peut s'adresser à différentes personnes.

Expliquez à partir d'exemples issus de votre pratique professionnelle ce que ces situations d'agressivité vous permettent de déceler et comment vous pouvez réagir afin de restaurer un **apaisement**.

■ **Mots clés** : situations d'agressivité – apaisement.

Introduction

L'AMP est confronté dans sa pratique à des situations d'agressivité. Quelle que soit la pathologie ou la vulnérabilité des personnes accompagnées – enfant, adolescent ou adulte –, l'agressivité est souvent le signe d'un *malaise*, d'une souffrance non verbalisée. C'est un moyen de *défense* face à un sentiment d'*insécurité*, et parfois aussi le signe d'une *maltraitance*. À partir d'exemples issus de mes stages, je vais aborder les moyens que j'utilise pour apaiser les personnes agressives.

Développement et exemples

▼ *Expériences de situations d'agressivité*

Dans une première partie, il est possible de revenir sur des situations d'agressivité vécues durant les stages. Décrivez le conflit et donnez votre analyse de la situation, tout en présentant les formes d'agressivité : *physique*, *verbale* et *auto-mutilation*. L'agressivité peut être liée à des problèmes de communication, à une altération des facultés d'expression verbale, à un conflit entre résidents, à une maltraitance...

▼ *Mon intervention en tant qu'AMP*

Dans une seconde partie, vous évoquez votre manière d'intervenir et les moyens utilisés pour apaiser les personnes. Notions attendues : contenance, verbalisation, médiation par le jeu, intervention d'un tiers (place du psychologue, du cadre de service).

La *contenance* de l'agressivité s'effectue à travers une intervention physique qui vise à protéger la personne. Elle est aussi mise en œuvre au travers de la capacité d'un environnement à donner du sens, par la *verbalisation* de ce qui se joue et de ce qui s'éprouve alors. Le rôle de l'AMP est de permettre l'expression, la mentalisation de ce que vit la personne. Mettre des mots lorsque la personne ne parvient pas à exprimer ce qu'elle ressent.

Le jeu permet d'exprimer son agressivité. Il sert d'intermédiaire entre le professionnel et la personne, avec une fonction de *médiation*. Accompagner l'enfant, l'adolescent

ou l'adulte à travers le jeu offre l'occasion de créer des espaces d'expression. L'intervention d'un tiers, dans une relation duelle (à deux partenaires), permet de sortir d'une situation de confrontation et de violence. Un chef de service peut rappeler les règles et les interdits afin de poser des limites et mettre fin au conflit. Le psychologue offre un soutien pour comprendre le comportement violent de la personne et pour l'aider à surmonter la situation d'agressivité.

Conclusion

Vous pouvez conclure sur le travail d'équipe, la place des encadrants (chef de service, directeur) et l'*analyse des pratiques* comme espace de réflexion où essayer de comprendre les situations d'agressivité.

Sujet 2 : La vie en institution est sous-tendue par un certain nombre de **règles** de la **vie collective** qui s'imposent aux résidents. Ces règles sont plus ou moins acceptées par les résidents.

À partir d'exemples issus de votre pratique professionnelle, vous montrerez comment vous accompagnez les résidents dans leurs rapports à ces règles.

■ **Mots clés** : règles – vie collective.

Introduction

L'AMP garantit le cadre des règles de vie en collectivité. La loi du 2 janvier 2002 place l'utilisateur au centre du dispositif d'accompagnement. L'AMP prend donc en compte l'individu dans sa particularité et intervient à partir d'un projet personnalisé. La vie collective ou en institution est une dimension importante de ce projet personnalisé. Donnez des exemples issus de votre pratique professionnelle et montrez comment vous accompagnez les résidents dans leurs rapports aux règles.

Développement et exemples

▼ **Règles et obligations**

Dans une première partie, évoquez les différentes règles et obligations mises en place sur vos lieux de stage professionnel. Présentez aussi les moyens utilisés pour soutenir le respect de ces règles : jeux, planning, partage des tâches quotidiennes... Mais aussi les supports : la *Charte des droits et libertés de l'utilisateur*, le *livret d'accueil*, le *règlement de fonctionnement*, CVS (*Conseil de la Vie Sociale*), etc.

La place centrale de l'utilisateur est posée par la loi du 2 janvier 2002, et de fait régulièrement amenée au centre des réflexions. Parmi les outils qui garantissent les droits des usagers, le règlement de fonctionnement définit les droits et les devoirs des personnes accueillies. Le *contrat de séjour* ou le DIPC (*Document Individuel de Prise en Charge*), lui, détermine les objectifs et les moyens mis en œuvre au service de chaque

usager. Les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein des établissements et des services sont soumis pour avis aux instances représentatives du personnel ainsi qu'au CVS. Les *règles de vie collective* sont donc définies au sein de chaque établissement et le sont avec la participation des usagers. Les règles et les obligations peuvent concerner par exemple les plages horaires pour les sorties le week-end ou en soirée, aussi bien que le tour des services pour l'entretien des espaces communs ou la participation aux repas.

▼ *Mon intervention en tant qu'AMP*

Dans une seconde partie, décrivez une situation vécue où vous avez accompagné une ou des personne(s) dans l'acceptation des règles de vie en collectivité. Évoquez les moyens que vous avez utilisés pour donner du sens au respect des règles : entretien individuel, groupe de parole, énonciation de consignes, outils de la loi du 2 janvier 2002 (CVS, règlement de fonctionnement, etc.).

Conclusion

Vous pouvez terminer par un rappel de la fonction éducative de l'AMP, qui doit amener l'utilisateur à une acceptation des règles, et notamment veiller au maintien des interdits. Vous pouvez aussi souligner combien le partage du quotidien au quotidien est un moyen fondamental pour faire émerger le sens d'un respect de l'autre au sein de la vie collective.

Épreuve DC4 Aquitaine – 2012

DRJSCS Aquitaine – 2012 Épreuve DC4

Sujet 1 : Quel est le rôle de l'aide médico-psychologique auprès des personnes en institution, à l'approche de la nuit ?

Sujet 2 : L'accompagnement des personnes fragilisées ou en situation de dépendance nécessite pour l'AMP, notamment « d'évaluer les besoins et les capacités de la personne aidée ». Quelle réflexion portez-vous sur cette particularité de votre travail ? Illustrez vos propos avec des exemples issus de votre pratique professionnelle.

Éléments de réponse

Sujet 1 : Quel est le **rôle** de l'aide médico-psychologique auprès des personnes en institution, à l'**approche de la nuit** ?

■ **Mots clés :** rôle de l'AMP – approche de la nuit.

Introduction

Le rôle de l'AMP est d'accompagner les personnes dans les différents moments de la vie quotidienne. Au coucher, l'AMP prend connaissance des *transmissions* de la veille afin de connaître les événements et les informations transmises sur chaque personne. À partir de cette transmission, l'AMP peut aller au devant des personnes qu'il accompagne et répondre à leurs besoins. Plusieurs actions doivent impérativement être réalisées à l'approche de la nuit.

Développement et exemples

▼ **Rôle des transmissions écrites et orales**

Dans une première partie, vous illustrez le sujet avec des exemples de transmissions écrites et orales tirées d'expériences vécues durant les stages.

Vous devez faire apparaître dans ces exemples les éléments qui sont importants dans les transmissions. Les principaux sont :

- les habitudes (rituels du coucher) et les attentes de chaque personne ;
- le rôle dans le soutien médical et l'aide à l'hygiène : la coopération avec l'aide-soignante ou l'infirmière pour la prise de médicaments par exemple, ou encore l'aide à la toilette ;
- la prise en compte des événements de la journée et des jours passés.

▼ **Mon intervention en tant qu'AMP**

Dans une seconde partie, vous évoquez comment vous vous y prenez pour accompagner les personnes :

- moyens individualisés pour entrer en relation (prenez des exemples de situations vécues) ;
- temps d'échange (discussion avec la personne sur le déroulement de la journée, apaisement des angoisses) ;
- qualités attendues au moment du coucher : patience, respect de la personne, disponibilité, écoute bienveillante, calme et parfois fermeté.

Conclusion

Vous pouvez conclure en rappelant que la préparation au coucher est à la fois un soin et un moment d'échange important avec les personnes accompagnées. Le temps d'échange avec le veilleur de nuit et l'information de l'équipe éducative du matin sont également primordiaux : d'où le rôle central du *cahier d'observation et de liaison* qu'il s'agit d'informer de façon précise.

Sujet 2 : L'accompagnement des personnes fragilisées ou en **situation de dépendance** nécessite pour l'AMP, notamment « d'évaluer les **besoins** et les **capacités** de la personne aidée ». Quelle réflexion portez-vous sur cette particularité de votre travail ? Illustrez vos propos avec des exemples issus de votre pratique professionnelle.

■ **Mots clés** : situation de dépendance – besoins – capacités.

Introduction

L'accompagnement des usagers en situation de dépendance amène les AMP à évaluer les besoins et capacités des personnes aidées. La dépendance signifie qu'une personne ne peut pas effectuer seule une partie ou l'ensemble des gestes essentiels à sa vie quotidienne. Plusieurs outils permettent d'évaluer le degré de dépendance et les capacités des personnes. L'identification des besoins se réalise à partir du modèle de la *pyramide de Maslow* ou de la *grille de Virginia Henderson*. Si l'AMP doit prendre en compte les besoins et les capacités, il ne s'agit pas de les confondre avec les attentes ou les souhaits des personnes.

Développement et exemples

▼ **Outils pour accompagner la personne dépendante**

Une première partie peut évoquer les outils que vous avez utilisés lors de vos stages sur les sites qualifiants : *grille d'observation*, *grille AGGIR* (qui permet d'évaluer le degré de dépendance) pour les personnes âgées, entretiens... Les capacités identifiées concernent tous les aspects de la vie quotidienne. Prenez pour exemple une situation concrète et expliquez comment vous avez repéré les capacités à partir des outils mis à votre disposition sur les lieux de stage.

▼ **Besoins humains de la personne dépendante**

Une deuxième partie peut être consacrée aux besoins humains qui sont hiérarchisés selon la pyramide de Maslow : des *besoins élémentaires* physiques et corporels aux *besoins de réalisation de soi*. Prenez des exemples de besoins que vous avez repérés chez une ou des personne(s).

▼ **Mes expériences de terrain en tant qu'AMP**

Une troisième partie peut évoquer des situations concrètes que vous avez rencontrées, en relatant les demandes des personnes aidées, leurs attentes, et en décrivant leurs besoins.

Conclusion

Vous pouvez conclure en rappelant les étapes nécessaires à la mise en œuvre de votre accompagnement. Soit :

- le recueil des éléments clés pour l'action ;
- la prise en compte des demandes, des attentes des personnes ;
- l'analyse des besoins et des capacités en vue d'un projet ou d'un plan d'aide et d'accompagnement.

Épreuve DC4 Bretagne – mai 2012

DRJSCS Bretagne
Diplôme d'État d'Aide Médico-Psychologique
Session mai 2012
Note de réflexion sur une problématique professionnelle
DC4 : Soutien médico-psychologique

Vous traiterez un seul des sujets proposés, en argumentant à partir de votre pratique professionnelle.

Durée : 2 h

Sujet 1 :

Vous êtes confronté(e) à un résident qui s'isole de plus en plus au point de ne plus vouloir manger, ni réaliser des activités avec les autres résidents.

À partir d'exemples tirés de votre pratique professionnelle, vous expliquerez :

- comment vous pouvez comprendre son comportement ;
- les attitudes d'accompagnement que vous pouvez adopter.

Sujet 2 :

Le maintien des acquis est souvent posé comme objectif de travail de l'AMP auprès des personnes devenant dépendantes.

À partir d'exemples tirés de votre expérience professionnelle, dites pourquoi cet objectif est important et comment vous le prenez en compte dans l'accompagnement quotidien des personnes.

Éléments de réponse

Sujet 1 : Vous êtes confronté(e) à un résident qui s'isole de plus en plus au point de ne plus vouloir manger, ni réaliser des activités avec les autres résidents.

À partir d'exemples tirés de votre pratique professionnelle, vous expliquerez :

- comment vous pouvez comprendre son **comportement** ;
- les **attitudes d'accompagnement** que vous pouvez adopter.

■ **Mots clés :** comportement d'isolement – attitudes d'accompagnement.

Introduction

Le rôle de l'AMP est de comprendre les situations d'isolement à partir de *l'élaboration d'hypothèses*. L'isolement n'est pas toujours lié à l'absence de proches, famille ou amis, mais peut être le signe d'une incompréhension et d'un manque d'écoute de part et d'autre. Il s'agit pour le professionnel d'*identifier les causes* et d'*apporter des solutions* pour rompre cet isolement.

Développement et exemples

▼ Description d'une situation d'isolement

Dans une première partie, vous pouvez décrire une situation d'isolement et élaborer des hypothèses. Le travail d'équipe est de mettre en œuvre des *moyens spécifiques* d'accompagnement des personnes qui ont tendance à s'isoler après avoir défini des objectifs pour chacune. Comment avez-vous élaboré votre réflexion avec l'équipe et quelles solutions avez-vous proposées ? Les causes peuvent être multiples : dissolution du cercle familial, perte d'autonomie (difficulté de se déplacer, trouble de la vue...), sentiment de dépression (deuil, baisse d'estime de soi...), problème économique...

▼ Mon intervention en tant qu'AMP

Dans une seconde partie, vous pouvez expliquer votre attitude et préciser le *mode de communication* mis en place avec la personne. Actions attendues : observation, écoute et *médiation* pour sortir la personne de l'isolement (jeux, activités extérieures, repas pris en commun).

Conclusion

Vous pouvez conclure sur les spécificités de l'isolement lié à l'âge : par exemple, les personnes âgées vivant à leur domicile et confrontées à la solitude. Ou bien évoquer les nouvelles technologies de communication (téléphone portable, Internet...) comme moyens pouvant contribuer, ou non, à rompre l'isolement social.

Sujet 2 : Le **maintien des acquis** est souvent posé comme **objectif de travail** de l'AMP auprès des personnes devenant dépendantes.

À partir d'exemples tirés de votre expérience professionnelle, dites pourquoi cet objectif est important et comment vous le prenez en compte dans l'**accompagnement quotidien** des personnes.

■ **Mots clés** : maintien des acquis – objectif de travail – accompagnement quotidien.

Introduction

Un des objectifs de l'AMP est de favoriser le maintien des acquis de la personne en situation de handicap ou de dépendance. Pour cela, l'AMP utilise un ensemble de moyens qui aident la personne à préserver ce qu'elle a acquis lors des *apprentissages* et à maintenir ses capacités réelles. La *perte d'autonomie* empêche la personne d'effectuer certains actes de la vie courante dans son environnement habituel. Le maintien des acquis favorise la capacité à faire par soi-même et préserve la *dignité* des personnes.

Développement et exemples

▼ **Maintien des acquis : description de situations**

Une première partie peut décrire des situations où vous avez participé au maintien des acquis. Dites comment vous avez analysé les besoins repérés et établi un plan d'aide en équipe. La personne en situation de *dépendance* est actrice de son *projet de vie*. Pour cela, il est nécessaire de maintenir ses acquis, voire de les développer. Les activités autour de la vie quotidienne comme la cuisine (préparer et servir à table), le jardinage (arroser et cueillir) ou bien la lingerie (trier le linge et utiliser la machine à laver) doivent permettre de maintenir les apprentissages et les capacités.

▼ **Moyens mis en œuvre**

Une seconde partie peut développer les moyens mis en œuvre. S'il s'agit de la reconnaissance des lieux par exemple, chez une personne atteinte de *troubles de la mémoire* :

- mise en place de panneaux indicateurs pour se repérer dans son environnement ;
- exploration de l'environnement avec la personne ;
- élaboration de *grilles d'évaluation* des capacités.

Conclusion

Il est possible de conclure sur les avantages du maintien des acquis : respect de la dignité de l'usager, sortir de l'*assistanat*, favoriser l'autonomie, préserver les capacités des personnes aidées, être *acteur de sa vie*.

Épreuve DC4 Nord-Pas-de-Calais – janvier 2013

DRJSCS Nord-Pas-de-Calais
DEAMP – Session janvier 2013
Note de réflexion sur une problématique professionnelle
DC4 : Soutien médico-psychologique

SUJET 1

« Les vieux ne bougent plus, leurs gestes ont trop de rides, leur monde est trop petit, du lit à la fenêtre puis du lit au fauteuil et puis du lit au lit. »

Extrait de la chanson « Les Vieux » de Jacques Brel.

Questions :

Comment comprenez-vous cette citation ?

Quel rôle peut avoir l'AMP dans l'accompagnement des personnes âgées en établissement d'hébergement ?

En vous appuyant sur votre propre pratique professionnelle, donnez quelques exemples.

SUJET 2

Madame B est âgée de 64 ans. Elle est atteinte d'une démence sénile et elle se déplace en fauteuil roulant. Madame B vient de se réveiller et elle demande à Annie, stagiaire AMP, de la transférer dans son fauteuil et de l'accompagner à la salle à manger pour prendre son petit déjeuner avant la toilette. Bertrand (AMP salarié) ayant entendu la demande de Madame B intervient en criant : « Elle prendra son petit déjeuner après avoir pris son bain comme les autres ! » Madame B ayant entendu Bertrand se met à l'insulter. Annie, étonnée, ne sait pas comment réagir.

Questions :

1. Quelles informations sur Madame B sont importantes pour comprendre la situation ? Qu'en pensez-vous ? Que pouvez-vous en déduire ?
2. Comment analysez-vous l'attitude de Bertrand ?
3. En tant que future professionnelle, comment auriez-vous réagi ?

En vous appuyant sur des exemples issus de votre pratique, dites comment ces questions du quotidien peuvent être réinterrogées au sein de l'institution.

Éléments de réponse

Sujet 1 : « Les vieux ne bougent plus, leurs gestes ont trop de rides, leur monde est trop petit, du lit à la fenêtre puis du lit au fauteuil et puis du lit au lit. »

Extrait de la chanson « Les Vieux » de Jacques Brel.

Questions :

Comment comprenez-vous cette citation ?

Quel **rôle** peut avoir l'**AMP** dans l'**accompagnement des personnes âgées** en établissement d'hébergement ?

En vous appuyant sur votre propre pratique professionnelle, donnez quelques exemples.

■ **Mots clés** : rôle de l'AMP – accompagnement des personnes âgées.

Introduction

Les personnes âgées vieillissent de manières différentes. L'âge chronologique ne reflète pas l'âge physiologique : il existe des personnes qui « ne font pas leur âge » et, au contraire, d'autres qui paraissent plus vieilles. Quoi qu'il en soit le *processus de vieillissement* amène inéluctablement à la mort, « du lit à la fenêtre puis du lit au fauteuil et puis du lit au lit ». Les facteurs qui contribuent au processus de vieillissement sont connus : l'inactivité, les situations de stress, l'isolement, une mauvaise alimentation. Tous ces facteurs peuvent contribuer à la *dépression* et au désintérêt pour la vie. Le rôle de l'AMP en établissement est d'aider les personnes âgées à bien vieillir, de les accompagner dans les actes de la vie quotidienne et de leur proposer des animations pour faciliter la vie sociale et les sortir de l'inactivité.

Développement et exemples

▼ Situations d'accompagnement de personnes âgées

Une première partie peut décrire des situations où vous avez accompagné les personnes âgées. Dites comment vous avez analysé les besoins repérés et établi un *plan d'aide* en équipe. N'oubliez pas de présenter le contexte de votre intervention : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), Cantou (Centre d'Animation Naturel Tiré d'Occupations Utiles), etc.

▼ Moyens mis en place

Une seconde partie peut aborder les moyens que vous avez mis en place pour réduire les facteurs qui accélèrent le processus de vieillissement :

- action sur le *régime alimentaire*, par exemple, avec l'aide du médecin ou du diététicien (agir sur une mauvaise alimentation, un problème de santé) ;
- *activité physique* : promenade, atelier danse, gym douce (agir sur l'inactivité) ;
- instauration de moments de repos (agir sur le stress) et d'un *groupe de parole* ou d'*atelier lecture* (sortir de l'isolement, faciliter la communication, développer des centres d'intérêt selon les désirs, les souhaits des personnes).

Conclusion

Vous pouvez conclure en centrant votre réflexion sur le vieillissement normal. Vous distinguerez alors le vieillissement et les maladies liées au grand âge : certaines maladies comme la maladie d'Alzheimer ne sont pas l'exclusivité du vieillissement et demandent un accompagnement spécifique. Les processus pathologiques sont présents chez les personnes âgées mais ne sont pas systématiques.

Sujet 2 : Madame B est âgée de 64 ans. Elle est atteinte d'une **démence sénile** et elle se déplace en fauteuil roulant. Madame B vient de se réveiller et elle demande à Annie, stagiaire AMP, de la transférer dans son fauteuil et de l'accompagner à la salle à manger pour prendre son petit déjeuner avant la toilette. Bertrand (AMP salarié) ayant entendu la demande de Madame B intervient en criant : « Elle prendra son petit déjeuner après avoir pris son bain comme les autres ! » Madame B ayant entendu Bertrand se met à l'insulter. Annie, étonnée, ne sait pas comment réagir.

Questions :

1. Quelles **informations** sur Madame B sont importantes pour comprendre la situation ? Qu'en pensez-vous ? Que pouvez-vous en déduire ?
 2. Comment analysez-vous l'attitude de Bertrand ?
 3. En tant que future professionnelle, comment auriez-vous réagi ?
- En vous appuyant sur des exemples issus de votre pratique, dites comment ces questions du quotidien peuvent être réinterrogées au sein de l'institution.

■ **Mots clés** : démence sénile – informations.

Question 1 :

La démence sénile a des conséquences sur l'ensemble des *fonctions cognitives* : la mémoire, l'évocation de souvenirs, le langage, la prise de décisions, la reconnaissance d'objets. Accompagner une personne atteinte de démence oblige donc le professionnel à s'informer sur son degré de *détérioration*, à connaître le *projet de soins* ainsi que les habitudes de vie de la personne. En tant que stagiaire AMP, il s'agit de s'informer auprès de l'équipe *via* les *transmissions* orales et écrites.

Les informations importantes à réunir sont :

- les habitudes de vie de la personne : toilette avant le petit déjeuner, mise aux toilettes après les repas ?
- ses particularités : a-t-elle une prothèse dentaire ? Si elle est désorientée par moments, si elle oublie les faits anciens et récents, elle peut oublier les actions nécessaires pour son bien-être. Faut-il une aide pour la transférer dans son fauteuil ?
- si elle descend manger avant la toilette, y a-t-il un régime mixé à cause de ses dents ?
- le *diagnostic médical* posé et la thérapeutique : quels sont-ils ? Où se trouve le tableau avec le détail de son traitement (travail avec l'aide-soignante) ?
- le *diagnostic infirmier* : quel besoin est perturbé ? Incontinence fécale, urinaire ?

Il faut avoir toutes ces informations avant de pouvoir répondre de façon adaptée à la demande de Madame B. Cela dit, si un traitement et des soins sont à prendre en compte, cela n'empêche pas Annie et le professionnel salarié de lui expliquer et de lui permettre d'aller manger avant sa toilette.

Question 2 :

L'attitude de Bertrand ne prend pas en compte les droits de Madame B. En tant que personne et usager, elle est libre de faire des choix dans le cadre de son projet de vie. Bertrand s'appuie sur un *protocole* des levers qui semble rigide, excluant la communication avec la personne.

Question 3 :

En tant que future professionnelle, je propose à Bertrand d'évoquer cette situation en équipe afin de réfléchir et de proposer des moyens favorisant des *projets individualisés*. Ces pratiques peuvent être interrogées au moment des *réunions de fonctionnement* ou lors de *réunions d'analyse des pratiques*. Cette situation mobilise l'accompagnement pluridisciplinaire et interroge les *droits des usagers*.

Épreuve DC4 Région Midi-Pyrénées – février/mars 2013

DRJSCS Région Midi-Pyrénées
DEAMP – Session de février/mars 2013

Note de réflexion sur une problématique professionnelle DC4 : « Soutien médico-psychologique »

Le candidat choisira un sujet parmi les deux proposés et indiquera le numéro du sujet choisi.

Sujet 1 : Il peut parfois vous arriver d'être « parasité » dans un accompagnement par un événement extérieur, tels que bip, collègue, télévision, téléphone portable.

Après avoir précisé les enjeux d'une telle situation, vous direz comment vous faites pour prévenir ces situations. Quelles précautions prenez-vous pour garantir une relation de qualité avec la personne accompagnée lorsque vous y êtes malgré tout confronté ? Vous illustrerez votre propos d'exemple(s) issu(s) de votre pratique.

Sujet 2 : Quels peuvent être les signes révélateurs de maltraitance dans une institution et que peut-on faire pour la prévenir ? Développez.

Éléments de réponse

Sujet 1 : Il peut parfois vous arriver d'être « parasité » dans un **accompagnement** par un événement extérieur, tels que bip, collègue, télévision, téléphone portable.

Après avoir précisé les enjeux d'une telle situation, vous direz comment vous faites pour prévenir ces situations. Quelles **précautions** prenez-vous pour garantir une **relation de qualité** avec la personne accompagnée lorsque vous y êtes malgré tout confronté ? Vous illustrerez votre propos d'exemple(s) issu(s) de votre pratique.

■ **Mots clés :** accompagnement – précautions – relation de qualité.

Introduction

L'accompagnement est par définition une activité et une attitude spécifiques qui renvoient à une posture professionnelle et qui reposent sur un savoir-faire technique et des compétences relationnelles. L'accompagnement est mis en œuvre pour permettre à une personne de sortir d'une situation difficile ou insatisfaisante. Cela requiert des compétences et des qualités humaines, notamment savoir-faire face aux imprévus et aux événements extérieurs. L'AMP, dans sa pratique, doit savoir repérer les enjeux de telles situations et prendre certaines précautions.

Développement et exemples

▼ *Les enjeux*

Le contexte de l'intervention ou de l'accompagnement est important à identifier lorsque l'on est parasité par des événements extérieurs. Par exemple : la fragilité et la vulnérabilité des personnes au moment de la toilette contraignent l'AMP à respecter l'intimité de l'usager. Si la personne ne peut pas communiquer, il est nécessaire de fermer la porte de sa chambre, de mettre le portable sur le mode vibreur ou de l'éteindre afin d'être entièrement disponible pour l'accompagnement. La télévision doit être éteinte notamment pour faciliter les échanges au moment du choix des vêtements ou encore de l'habillage.

L'accompagnement de personnes en grande vulnérabilité (par exemple polyhandicapées ou souffrant de lésions neurologiques graves) nécessite une présence continue lors de certains actes de la vie courante. L'accompagnant, d'une manière générale et quelle que soit la nature du handicap ou de la dépendance, est attentif à l'autre, adopte une attitude d'empathie et se montre respectueux de la dignité de la personne. S'il ne se rend pas disponible, il court le risque d'une mise à distance et d'une perte de confiance de la part de la personne accompagnée.

▼ *Les précautions face à l'imprévu*

Tout événement extérieur à la situation de soin ou d'accompagnement doit être verbalisé. Ainsi, si une aide doit être interrompue, il appartient au professionnel d'évaluer l'urgence et la nécessité de l'interruption et de l'expliquer, car certaines personnes vulnérables peuvent avoir du mal à comprendre certaines situations. D'autres personnes, moins dépendantes, peuvent contribuer à réaliser ce qui est fait par l'accompagnant. Il s'agit alors de rendre actrice la personne et de laisser faire pour éventuellement reprendre avec elle ce qui a été commencé. L'accompagnement peut être relayé à un collègue si une situation d'urgence le nécessite, il s'agit d'en expliquer les raisons à la personne.

Conclusion

Une relation de qualité s'appuie sur la confiance. L'accompagnant met tout en œuvre pour respecter la dignité et l'espace de liberté des personnes accompagnées. Tout événement extérieur à la relation engage l'accompagnant à prendre des précautions pour ne pas rompre ce lien de confiance.

Sujet 2 : Quels peuvent être les **signes** révélateurs de **maltraitance** dans une **institution** et que peut-on faire pour la **prévenir** ? Développez.

■ **Mots clés :** signes – maltraitance – institution – prévenir.

Introduction

La maltraitance peut prendre plusieurs formes en institution et porte atteinte à la dignité des personnes. Il s'agit pour les établissements du secteur sanitaire, social et médico-social de mobiliser les professionnels et proposer des mesures de prévention pour éviter ces maltraitances. Dans une première partie, nous définirons les différentes formes de maltraitance. Dans une seconde partie, nous aborderons les signes révélateurs et les mesures de prévention.

Développement et exemples

▼ *Les différentes formes de maltraitance*

La maltraitance peut se définir comme une violence qui porte atteinte à la vie et à l'intégrité corporelle ou psychique d'une personne. La maltraitance n'est pas seulement un acte intentionnel, délibéré pour nuire à une personne, il existe des maltraitances inconscientes liées au fonctionnement de l'institution, à des pratiques dont les professionnels n'ont pas conscience. La maltraitance est donc l'ensemble des violences, abus et négligences commis par les professionnels. On distingue généralement :

- les **violences physiques** comme les soins brusques, les coups, la non-satisfaction des besoins physiologiques ;
- les **violences psychiques** comme le non-respect de l'intimité, les chantages, l'abus d'autorité ou les comportements d'infantilisation ;
- les **violences médicales ou médicamenteuses** : pas d'information sur le traitement ou les soins, pas de prise en compte de la douleur ;
- les **négligences** : conscientes par abus de pouvoir (sévices, abandon, indifférence) et les négligences dites passives comme l'inattention ou l'ignorance ;
- les **violences matérielle et financière** : local et matériel inadapté, vols.

▼ *Les signes révélateurs de la maltraitance*

Les signes de maltraitance ou les indicateurs de souffrance physique et mentale sont variés. Ainsi on peut observer des troubles du sommeil, des refus (trouble de l'appétit, par exemple), mais aussi l'énurésie (le fait d'uriner inconsciemment ou non durant le sommeil) ou l'encoprésie (défécation involontaire ou délibérée dans des endroits non appropriés).

Les changements d'humeur comme la colère ou l'agressivité sont des signes éventuels de maltraitance. La fuite ou l'absence d'écoute sont également à prendre en compte. Tous les symptômes dits psychosomatiques comme l'herpès, l'eczéma, le psoriasis ou encore les maux de tête ou de ventre sont des signes d'alerte.

Les signes physiques sont aussi révélateurs de maltraitance comme les ecchymoses ou les traces de coup inexplicables au niveau du visage, du thorax, des membres inférieurs (cuisses) ou supérieurs (bras).

▼ *Les mesures de prévention contre la maltraitance*

Il s'agit de mobiliser l'ensemble des professionnels à partir des documents qui permettent de les informer sur les droits des personnes comme, par exemple, la Charte des droits et libertés, mais aussi le règlement de fonctionnement.

La prévention peut aussi se faire par le biais de formations et la mise en place de groupes d'analyse des pratiques professionnelles. Ces derniers sont des dispositifs permettant aux professionnels de prendre du recul sur leur propre pratique. Afin de prévenir les abus et les violences à l'égard des usagers, les établissements peuvent également mettre en place, en interne, des protocoles qui permettent à la fois de réfléchir en équipe sur les situations préoccupantes et de guider les professionnels sur les démarches de signalement lorsqu'elles s'avèrent nécessaires.

Conclusion

La maltraitance renvoie chaque professionnel à ses manières de faire dans l'exercice de son métier. La personne en situation de handicap ou de dépendance est vulnérable. Le professionnel veille au bien-être des personnes qu'il accompagne ; il adopte, pour éviter toute maltraitance, une attitude de bienveillance. Celle-ci se caractérise par une posture professionnelle de respect et de bons soins à l'égard des usagers. Cela implique un questionnement sur l'éthique et éventuellement, à l'échelle de l'institution, la mise en place d'un comité de réflexion afin de promouvoir la bienveillance.

Épreuve DC4 Alsace – mai 2013

DRJSCS ALSACE

Diplôme d'État d'Aide Médico-Psychologique – Session mai 2013

Note de réflexion sur une problématique professionnelle

DC4 : Soutien médico-psychologique

Vous traiterez un seul des sujets proposés, en argumentant à partir de votre pratique professionnelle.

Durée : 2 h

Le candidat traitera 1 sujet au choix parmi 2 sujets d'ordre général proposés.

Sujet 1 : L'accompagnement des personnes vieillissantes et dépendantes est à la fois une véritable question de société et une question quotidienne des professionnels du secteur médico-social, dont les AMP. À partir de vos connaissances et de votre pratique professionnelle, montrez comment chaque action éducative et de soin doit être un moment de respect et d'humanisation au quotidien. Illustrez votre propos à partir d'exemples tirés de votre pratique professionnelle.

Sujet 2 : « Collaborer avec les familles. » Est-ce une nécessité pour le travail des professionnels des structures sociales et médico-sociales ? Pourquoi ?
Illustrez votre réflexion au travers d'exemples tirés de votre pratique professionnelle.

Éléments de réponse

Sujet 1 : L'accompagnement des **personnes vieillissantes et dépendantes** est à la fois une véritable **question de société** et une question quotidienne des professionnels du secteur médico-social, dont les AMP. À partir de vos connaissances et de votre pratique professionnelle, montrez comment chaque **action éducative et de soin** doit être un moment de **respect et d'humanisation** au **quotidien**.

Illustrez votre propos à partir d'exemples tirés de votre pratique professionnelle.

■ **Mots clés :** personnes vieillissantes et dépendantes – question de société – action éducative et de soin – respect et humanisation – quotidien.

Introduction

L'accompagnement des personnes vieillissantes est une question d'actualité dans les sociétés occidentales dites industrialisées. La *longévité* liée aux progrès médicaux en est une des caractéristiques. La *perte d'autonomie* devient un problème. Comment accompagner les personnes âgées à domicile et en institution afin de maintenir leurs capacités physiques, psychologiques et cognitives ?

Développement et exemples

▼ **Le travail à domicile et en institution**

Dans une première partie, vous pouvez évoquer le travail à domicile et en institution. Vivre à domicile est le souhait de la grande majorité des aînés. Le développement des services d'*aide à domicile* permet aux personnes âgées de pouvoir continuer à vivre chez elles. Cela demande de former des professionnels qui soient capables de répondre aux attentes des personnes et d'intervenir de façon adaptée selon les contextes.

▼ **L'accompagnement au quotidien**

Dans une seconde partie, vous pouvez évoquer l'accompagnement au quotidien. Les parcours des personnes vieillissantes se caractérisent par des étapes d'autonomie, de fragilité et de dépendance. Le *maintien de l'autonomie* reste la question quotidienne des professionnels et les facteurs qui permettent ce maintien sont connus : santé, activité physique, nutrition, vie sociale et projet de vie (illustrez à partir de vos expériences de stage). Que ce soit à domicile ou en institution, la qualité de l'action éducative et de soin dépend du *projet personnalisé*. La prise en

compte des souhaits, des attentes des personnes est importante. Le projet personnalisé est une réponse au respect et aux droits des personnes. Humaniser, c'est rendre la personne *actrice* de son *projet de vie*. Instaurer des temps de rencontre avec la famille et l'équipe pluridisciplinaire pour échanger sur les situations est une exigence pour l'accompagnement. Par ailleurs, faire preuve d'humanité, c'est concevoir la personne âgée non pas comme une personne malade mais comme une *personne sociale*, actrice de son quotidien et de ses choix.

Conclusion

Conclure en précisant les spécificités de l'accompagnement à domicile et en institution. Au domicile (comme en établissement), le professionnel prend en compte les habitudes de vie des personnes et collabore parfois avec les « *aidants naturels* » que sont les membres de la famille.

Sujet 2 : « **Collaborer** avec les **familles** ». Est-ce une **nécessité** pour le travail des professionnels des structures sociales et médico-sociales ? Pourquoi ?
Illustrez votre réflexion au travers d'exemples tirés de votre pratique professionnelle.

■ **Mots clés :** collaborer – famille – nécessité.

Introduction

Le travail avec les familles est nécessaire et s'inscrit dans le cadre de la *loi du 2 janvier 2002* qui oblige les établissements et les services du secteur social et médico-social à « travailler avec » la famille. Celle-ci est *partenaire* et participe au projet de ses proches.

Développement et exemples

▼ **Collaborer avec les familles**

Dans une première partie, vous pouvez aborder la notion de collaboration en donnant des exemples issus du terrain. Comment avez-vous collaboré durant les stages avec les membres de la famille ? L'admission d'une personne, qu'elle soit mineure ou majeure, ne peut se faire sans l'accompagnement de la famille ou des proches. Le *livret d'accueil*, le *projet de fonctionnement* et le *projet personnalisé* sont portés à la connaissance des familles.

Pour les mineurs, la responsabilité des décisions revient aux parents. Pour les majeurs, il s'agit d'informer la famille ou les proches et de se concerter pour prendre des décisions. La participation des familles s'appuie sur les notions d'*alliance*, de *contrat* et de *relation de confiance*.

▼ **Prendre en compte les appartenances culturelles de la personne**

Dans une seconde partie, vous pouvez évoquer les appartenances culturelles. Selon les cultures, la famille prend des formes différentes (famille nucléaire, famille

élargie, monoparentale, recomposée, matrifocale...). Or, dans la pratique, les professionnels doivent prendre en compte les « racines culturelles » de la personne.

En l'occurrence, plusieurs situations peuvent se présenter où l'AMP doit être à l'écoute de la culture familiale. Enfant, adolescent ou adulte en situation de handicap ou de dépendance, personne âgée... toute personne est issue d'un *environnement familial*, d'un *groupe de référence* qui construit et caractérise l'identité. L'AMP doit s'informer sur la culture de la personne accompagnée, et notamment auprès de la famille de cette dernière.

Conclusion

Il est possible de conclure sur la priorité du lien familial même si, dans certaines situations, le *maintien en famille* n'est pas envisageable (placement temporaire en *famille d'accueil* ou en institution si un *danger avéré* pour l'enfant a été repéré par exemple). Même dans ces cas extrêmes, la famille est informée et participe dans la mesure du possible au projet de l'enfant.

Épreuve DC4 Poitou-Charentes – septembre 2013

Épreuve écrite

DC4 : « Soutien médico-psychologique »

Durée : 2 heures – Notation sur 20 points

Vous devez choisir l'un des deux sujets proposés ci-dessous et présenter une note de réflexion sur cette problématique professionnelle.

Sujet 1 : La vie en institution comporte un certain nombre de règles de la vie collective qui s'imposent aux résidents. Ces règles et contraintes sont plus ou moins comprises ou acceptées par les résidents.

À partir d'exemples issus de votre pratique professionnelle, vous montrerez comment vous accompagnez les résidents dans leur rapport à ces règles.

Sujet 2 : Au travers de votre action au quotidien, chaque personne que vous accompagnez exprime, à sa manière, ses besoins, ses attentes, ses choix, ses désirs...

Cette démarche implique trois étapes : l'écoute de la personne, la prise en compte de la demande et la construction de la réponse proposée.

En vous appuyant sur des exemples précisant le public et le contexte institutionnel, vous développerez :

- comment vous faites pour entendre et comprendre la demande d'un résident ;
- en quoi le travail en équipe vous semble important dans la construction de la réponse ;
- comment informer et accompagner le résident suite à un refus à sa demande.

Éléments de réponse

Sujet 1 : La vie en institution comporte un certain nombre de règles de la vie collective qui s'imposent aux résidents. Ces règles et contraintes sont plus ou moins comprises ou acceptées par les résidents.

À partir d'exemples issus de votre pratique professionnelle, vous montrerez comment vous accompagnez les résidents dans leur rapport à ces règles.

Pour le développement de ce sujet, voir p. 157, sujet 2 (DRJSCS Région Sud-Est, mars 2012).

Sujet 2 : Au travers de votre action au quotidien, chaque personne que vous accompagnez exprime, à sa manière, ses **besoins**, ses **attentes**, ses choix, ses **désirs**...

Cette démarche implique trois étapes : l'**écoute** de la personne, la prise en compte de la **demande** et la construction de la réponse proposée.

En vous appuyant sur des exemples précisant le public et le contexte institutionnel, vous développerez :

- comment vous faites pour entendre et comprendre la demande d'un résident ;
- en quoi le **travail en équipe** vous semble important dans la construction de la réponse ;
- comment informer et accompagner le résident suite à un refus à sa demande.

■ **Mots clés :** besoins – attentes – désirs – écoute – demande – travail en équipe.

Introduction

La démarche d'accompagnement s'inscrit dans le cadre du projet personnalisé de l'utilisateur. Des étapes sont à franchir pour répondre au mieux aux demandes des personnes accompagnées. Cela nécessite une méthode de travail. C'est grâce à son sens de l'observation et son écoute que l'AMP peut participer à la mise en place du projet : il fait part des informations recueillies lors de l'observation et de l'écoute à l'équipe pluridisciplinaire et ce, afin d'élaborer des réponses adaptées. Lors d'un refus d'une demande d'un usager, les professionnels expliquent le pourquoi du refus et, en contrepartie, mettent en œuvre un accompagnement éducatif qui valorise les capacités et les potentialités des personnes. En première partie, nous proposons de définir les notions de « besoin », « désir », « attente » et « demande ». En deuxième partie, nous abordons le travail d'équipe. En troisième partie, après la présentation du contexte institutionnel et du public rencontré lors des stages, nous évoquons la manière d'informer et d'accompagner lors d'un refus.

Développement et exemples

▼ **Distinguer « besoin », « désir », « attente » et « demande »**

Comment entendre et comprendre la demande d'un résident ?

La demande exprime plusieurs niveaux de réalité et englobe des concepts tels que « besoin », « désir », « attente », « choix », « souhait ». Elle est parfois l'expression d'un besoin fondamental ou bien d'une attente ou d'un désir. Le désir de marcher chez une personne qui a un déficit moteur ou bien le désir de communiquer chez une personne qui n'a plus accès au langage oral révèlent la perte de pouvoir répondre soi-même à ses propres besoins. En effet, les besoins de se mouvoir et de communiquer sont, d'après Virginia Henderson, des besoins fondamentaux. Ces besoins évoluent selon l'âge et les pathologies. Pour Maslow, il existe un ordre de priorité des besoins : le besoin de réalisation de soi ne peut être satisfait que si les besoins physiques et physiologiques le sont. Ainsi, la formulation d'une demande révèle parfois des besoins non satisfaits. Il s'agit pour les spécialistes et les aidants d'apporter une réponse pour satisfaire au mieux ces besoins. Par exemple : pour la personne qui désire marcher malgré un déficit moteur, le kinésithérapeute et les soignants peuvent satisfaire la demande en proposant une rééducation à la marche avec l'aide d'une prothèse. Un orthophoniste peut proposer l'utilisation de pictogrammes comme nouveau mode de communication, lorsque l'utilisateur n'a plus accès au langage oral. La satisfaction des besoins peut donc dépendre de l'aide de professionnels. Mais parfois la demande des personnes n'existe pas, celles-ci n'expriment pas de désir, c'est le cas de personnes atteintes de troubles psychiques et/ou de déficiences intellectuelles importantes empêchant la communication. Dans ce cas précis, c'est à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluer les besoins avec l'aide de la famille et de proposer à la personne des moyens pour satisfaire ses besoins. L'analyse des besoins se réalise, dans la mesure du possible, avec l'aide de la personne. Les besoins sont variés, il est parfois difficile de les évaluer et il est délicat de les exprimer à la place de la personne. Il s'agit de repérer les moments où la personne est disponible pour exprimer sa demande, de créer une relation de confiance et de favoriser l'expression à partir d'un échange verbal ou non verbal (pictogrammes, gestes pour communiquer...).

La demande peut exprimer un besoin fondamental, mais parfois elle révèle simplement un désir. Ce dernier se distingue du besoin fondamental dans la mesure où il n'est pas vital à la survie de la personne. Par exemple, le désir d'acheter une voiture ou de fumer peut exprimer, selon Virginia Henderson, un besoin social ou culturel, mais il n'est pas fondamental pour la survie. Ainsi le désir est souvent associé au manque et cache parfois des besoins sociaux non exprimés. La perte des capacités psychiques et physiques contraint les professionnels à évaluer au mieux, avec l'aide de la personne, à quel niveau se situe la demande. Il appartient à l'équipe pluridisciplinaire de proposer des actions qui

répondent à des besoins qui sont parfois exprimés et visibles, mais aussi parfois non exprimés. Il s'agit d'être à l'écoute des attentes et des souhaits de chacun dans le projet personnalisé, tout en ne perdant pas de vue les principes de la loi du 2 janvier 2002 qui énoncent que les droits de la personne sont au cœur de son projet.

▼ *Le travail d'équipe*

En quoi le travail d'équipe est-il important dans la construction de la réponse ?

Chaque personne est accompagnée et aidée dans le cadre d'un projet personnalisé. Cela signifie que la personne est unique et que les réponses apportées sont liées au diagnostic posé par l'équipe pluridisciplinaire. Chaque professionnel apporte son point de vue à la problématique de la personne. Ces différents points de vue représentent les bilans effectués par chacun et sont discutés en équipe. Les réponses apportées par l'équipe prennent en compte les souhaits, les attentes et les demandes. Le consentement et la participation de la personne au projet personnalisé sont des principes essentiels pour l'accompagnement. Il s'agit de respecter l'autonomie de la personne. Ainsi le travail d'équipe est essentiel, car il permet de passer les informations à chaque membre de l'équipe et d'être partie prenante des décisions prises collectivement. Les réponses apportées prennent également en compte l'environnement de la personne, il s'agit d'impliquer la famille, notamment lorsque l'utilisateur est mineur.

Les informations pour agir sont recueillies par le travail d'équipe qui permet de définir des objectifs et des moyens afin d'accompagner la personne. Chaque professionnel tient un rôle dans l'accompagnement et la mise en œuvre du projet. L'évaluation des pratiques effectuée par l'équipe permet de participer à la démarche qualité de l'établissement ou du service et de mettre en place les mesures nécessaires afin de favoriser la bientraitance des usagers.

▼ *Accompagner lors d'un refus*

Comment accompagner et informer un résident suite à un refus de sa demande ?

Par exemple, les personnes hébergées en foyer de vie qui présentent des déficiences intellectuelles importantes ainsi que des troubles psychiques peuvent parfois avoir des attentes qui sont impossibles à satisfaire ou bien qui supposent que certaines étapes soient franchies avant de réaliser le projet. Ainsi, si une personne sous tutelle souhaite vivre en appartement individuel, seule ou bien en couple, et qu'elle n'est pas capable de faire ses courses, de gérer son argent, de laver son linge ou bien de se faire à manger, il appartient à l'équipe de prendre le temps de lui expliquer en quoi le projet ne peut pas se réaliser immédiatement. Certes, des interventions existent à domicile ou dans des appartements extérieurs au foyer de vie, mais il s'agit dans certaines demandes de repérer les potentialités et d'évaluer les capacités à gérer sa vie quotidienne. Le professionnel peut propo-

ser un accompagnement pour permettre une autonomie dans certains actes de la vie quotidienne afin de travailler sur le projet de vivre en appartement. Mais dans l'immédiat le projet peut être irréalisable, ce qui n'empêche pas de faire d'autres propositions en expliquant ce qui peut être possible afin de permettre à la personne de dépasser la situation de refus. La demande de vivre en appartement peut se transformer en souhait et nécessite un plan d'aide et d'accompagnement après évaluation et implication de la personne dans le projet. Dans d'autres situations, il s'agit d'accepter l'impossibilité du projet et d'accompagner la personne à vivre ce refus et d'en prendre conscience pour rebondir sur d'autres projets réalisables.

Conclusion

Pour aider et accompagner les personnes en situation de handicap ou de dépendance, le professionnel doit être à l'écoute afin de comprendre les demandes. L'AMP en lien avec l'équipe pluridisciplinaire propose des actions qui prennent en compte le droit des personnes. Tout refus de la part de l'équipe vis-à-vis d'un projet personnel engage la responsabilité de chacun et s'appuie forcément sur des principes de bienveillance et de bienveillance.

Épreuve DC4 Île-de-France – mai 2014

ÉPREUVE ÉCRITE

DC4 : « Soutien médico-psychologique »

Durée : 2 h – Notation sur 20 points

Vous devez choisir l'**un des deux sujets** proposés ci-dessous et présenter une note de réflexion sur cette problématique professionnelle.

Sujet 1 : Dans l'accompagnement des personnes lors des temps clés du quotidien, l'AMP répète au fil des jours des gestes similaires. Quels sont les bienfaits de cette répétition pour la personne accompagnée et pour l'AMP ? À l'inverse, quels sont les risques et les dérives possibles des actes répétitifs ? Illustrez vos propos à l'aide d'exemples issus de votre pratique professionnelle.

Sujet 2 : Écouter et observer sont deux compétences essentielles dans l'exercice du métier d'aide médico-psychologique. Que signifie pour vous écouter et observer ? En quoi est-ce utile dans l'accompagnement au quotidien ? Vous illustrerez votre point de vue à l'aide d'exemples tirés de vos expériences dans l'emploi ou en stage.

Éléments de réponse

Sujet 1 : Dans l'accompagnement des personnes lors des temps clés du quotidien, l'AMP répète au fil des jours des gestes similaires. Quels sont les **bienfaits** de cette répétition pour la personne accompagnée et pour l'AMP ? À l'inverse, quels sont **les risques et les dérives** possibles des **actes répétitifs** ?

Illustrez vos propos à l'aide d'exemples issus de votre pratique professionnelle.

■ **Mots clés** : bienfaits – risques et dérives – actes répétitifs.

Introduction

L'accompagnement des personnes en situation de dépendance ou de handicap confronte l'AMP à des actes répétitifs au quotidien. En effet, ces actes répétés permettent de prendre soin des personnes et d'apporter des bienfaits. Certains actes sont aussi risqués pour les professionnels et peuvent dériver vers un effet contraire au soin.

Développement et exemples

▼ *Les bienfaits*

Les actes répétés par les professionnels du soin ont pour fonction de répondre aux besoins de sécurité des personnes accompagnées. Le sentiment de sécurité est indispensable pour entrer en relation avec la personne. Cette dernière se sent en sécurité si l'AMP anticipe et prépare la personne aux actions prévues et définies dans le projet personnalisé. La prévention des risques est mise en place par la répétition de certains actes comme la préparation du matériel à utiliser lors des transferts (déplacements). Pour l'AMP, la répétition des gestes permet de mieux connaître les personnes et d'observer leurs besoins. Les rituels au coucher ou au lever ont pour fonction de sécuriser, d'apaiser les peurs et les angoisses. Cela est important de répéter certains gestes, ils permettent une meilleure connaissance de la personne et d'approfondir le travail mené avec elle. Ces actes répétés consciemment répondent à la mise en place de la satisfaction des besoins et des attentes définis dans le projet pour la personne.

▼ *Les risques et les dérives des actes répétitifs*

Si les actes sont répétés sans prendre en compte les besoins et les attentes de la personne, l'AMP court le risque de ne pas répondre aux droits des usagers comme le préconise la loi du 2 janvier 2002. En oubliant les droits de la personne, en déniaient l'autre en tant qu'individu singulier, l'AMP peut instaurer une routine et des actes répétitifs qui perdent leur sens. Les temps clés du quotidien sont

des moments qui reviennent de manière répétitive chaque jour. Si au moment du repas l'AMP exécute des gestes techniques sans prendre en compte l'aspect relationnel, la dimension affective et sociale, ce moment dérive vers du déplaisir, parfois vers de la maltraitance, pouvant mettre en souffrance la personne. Il s'agit pour le professionnel de savoir prendre de la distance et réfléchir sur le sens de ses actions.

Conclusion

Les actes répétitifs font partie du cœur de métier de l'AMP. La confrontation à ces actes répétitifs demande de la part du professionnel une certaine maîtrise de soi, mais aussi la capacité de réfléchir en équipe sur l'accompagnement le plus adapté pour la personne. Les actes répétés sans réflexion ou par automatisme peuvent aboutir à l'usure professionnelle, ce qui nécessite la mise en mots de l'action pour une prise de conscience et parfois un changement de poste ou de public.

Sujet 2 : Écouter et observer sont deux compétences essentielles dans l'exercice du métier d'aide médico-psychologique. Que signifie pour vous écouter et observer ? En quoi est-ce utile dans l'**accompagnement** au quotidien ?

Vous illustrerez votre point de vue à l'aide d'exemples tirés de vos expériences dans l'emploi ou en stage.

■ **Mots clés** : écouter – observer – accompagnement.

Introduction

L'observation et l'écoute sont des compétences nécessaires pour participer à la mise en place du projet personnalisé. Ces compétences sont mobilisées dans l'accompagnement au quotidien et contribuent au diagnostic des besoins. Dans une première partie, j'aborde l'écoute et l'observation. Et en seconde partie, je définis en quoi ces compétences sont utiles dans l'accompagnement.

Développement et exemples

▼ *L'écoute*

Écouter est une action mentale qui nécessite de l'attention. La difficulté pour écouter, comme pour observer, c'est d'être capable d'objectivité. Il est important de ne pas confondre son propre vécu subjectif avec la réalité de la personne accompagnée. Écouter, c'est accueillir une parole singulière, évitant tout jugement ; le professionnel recueille des informations verbales provenant d'un autre. Il s'agit de recueillir des éléments personnels, parfois des secrets ou des confidences. Écouter, c'est être capable de se taire pour laisser place à un autre : être capable de se

décentrer pour accueillir la différence. Une écoute bienveillante permet à l'autre de se raconter sans être jugé, l'écouter ne donne pas de conseils ou ne fait pas la morale. Il prend en compte la subjectivité de l'autre. Une bonne écoute permet donc de s'engager dans une relation et de reconnaître l'autre à travers ses dires. C'est permettre d'instaurer un espace pour la réflexion et l'analyse. Les entretiens à visée éducative sont des moyens où l'écoute est sollicitée pour mieux comprendre les situations des personnes accompagnées.

▼ ***L'observation***

C'est un acte de perception qui implique aussi de l'objectivation. Les éléments relationnels et affectifs sont pris en compte. L'AMP cherche à saisir la réalité dans sa complexité en sollicitant ses sens (ouïe, odorat, vue, toucher), en observant le comportement des personnes en présence. L'observation exige un échange avec ses collègues sur les faits observés pour comprendre. Chaque professionnel apporte son regard sur les événements sans interprétation ni commentaire. C'est la description des faits dans un premier temps qui permet de recueillir les informations nécessaires pour commencer à analyser et interpréter. Tout travail de réflexion commence par une description qui s'appuie sur la mémoire du vécu, avec l'appui de certains supports comme les cahiers d'observation ou le journal de terrain où sont consignées les observations, donnant l'occasion d'une analyse après-coup pour mieux comprendre.

▼ ***L'écoute et l'observation sont utiles pour l'accompagnement***

L'AMP est amené à travers l'écoute et l'observation à évaluer ainsi les capacités d'une personne. À travers des grilles d'observation ou des fiches individuelles de suivi, le professionnel peut recueillir des données sur un phénomène et étudier un comportement dans une situation donnée. Ces deux compétences sont utiles pour le travail de collaboration et de réflexion sur les pratiques professionnelles. Elles permettent d'apporter des réponses adaptées aux besoins des personnes accompagnées. Le professionnel observe les comportements, les mimiques, les troubles physiologiques, mais aussi les interactions entre les individus, les activités en groupe. La technique de l'observation consiste à porter une attention systématique aux aspects qui seront abordés en travail pluridisciplinaire. La démarche d'observation est utile pour connaître la personne et le contexte dans lequel elle évolue, elle encourage la curiosité professionnelle et modifie la posture professionnelle si elle est partagée avec l'équipe.

Conclusion

La description des faits observés et la restitution en équipe des dires de la personne facilitent le travail d'accompagnement. L'AMP est soumis à la discrétion professionnelle et garantit la confidentialité des informations qui peuvent être transmises en

réunion. L'observation et l'écoute permettent de modifier son attitude personnelle vis-à-vis des patients ou des usagers. Ces deux compétences éloignent les préjugés, les représentations et facilitent le décentrage pour mieux percevoir le point de vue de l'autre.



DC5



Participation
à la mise en place
et au suivi du projet
personnalisé



Apport théorique : 70 heures

L'arrêté de 2006 définit le domaine de compétences, les compétences à développer et les indicateurs de compétences pour vérifier les acquisitions (Annexe I, Référentiel professionnel, Domaines de compétences).

DOMAINE DE COMPÉTENCES 5 Participation à la mise en place et au suivi du projet personnalisé	
COMPÉTENCES	INDICATEURS DE COMPÉTENCES
5.1. Observer, écouter et analyser les besoins et désirs de la personne dans tous les aspects de sa vie	<ul style="list-style-type: none"> - Savoir écouter et observer. - Savoir partager et contribuer à l'analyse des informations avec l'équipe.
5.2. Appréhender les facteurs d'évolution ou de régression en fonction de la situation de la personne	<ul style="list-style-type: none"> - Savoir contribuer à établir un diagnostic en fonction de la situation de la personne. - Savoir gérer les priorités. - Savoir mettre en valeur les étapes.
5.3. 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	<ul style="list-style-type: none"> - Savoir tenir compte des choix et de la volonté de la personne. - Savoir permettre à la personne de développer, maintenir ou restaurer le contrôle sur sa propre vie. - Savoir tenir compte du projet de soins et/ou éducatif et/ou pédagogique et du projet institutionnel. - Savoir tenir compte des exigences éthiques de la profession.

Les thématiques ou les contenus de formation sont les suivants (Annexe III, Référentiel de formation).

CONTENUS DU DOMAINE DE FORMATION 5
<p>L'environnement juridique de la personne :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La loi du 2 janvier 2002 : le droit des usagers - La loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades - La loi du 11 février 2005 relative aux personnes handicapées - Les mesures de protection des personnes vulnérables - Les maltraitances, prévention et signalement : aspects juridiques
<p>Contexte et cadre juridique du projet personnalisé Rôle de l'AMP dans la participation à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation du projet personnalisé Éthique de la pratique professionnelle Accompagnement pédagogique de la professionnalisation et de la construction de l'identité professionnelle</p>

Les enjeux du DC5.

Définir un projet personnalisé (étude de cas)

L'AMP participe à la mise en œuvre du projet personnalisé. Ce projet est un document écrit qui relate toutes les dimensions ou aspects de la vie d'une personne. Le projet précise les attentes et les besoins, les objectifs éducatifs et les moyens pour y parvenir. C'est un écrit généralement élaboré par le référent coordinateur, responsable du suivi de la personne. La relation éducative n'est pas l'exclusivité des éducateurs spécialisés¹ mais concerne l'ensemble des acteurs qui interviennent dans le quotidien des usagers.

Pour faciliter cette participation, l'AMP doit maîtriser l'ensemble des étapes à franchir pour élaborer le projet personnalisé, afin d'y trouver sa place. En effet, l'AMP étant engagé dans un processus éducatif, il doit connaître l'approche méthodologique suivie par l'équipe socioéducative. Pour cela, il participe aux différentes réunions, qui sont des outils indispensables pour réfléchir à l'accompagnement de la personne et construire son projet personnalisé.

La **méthodologie** est l'ensemble des étapes nécessaires pour parvenir à un résultat. La première étape consiste à recueillir des informations à partir d'observations, pour construire le diagnostic éducatif. Ces observations sont analysées en équipe durant des réunions et permettent de concevoir des outils et de décider d'une stratégie pour accompagner au mieux la personne, selon les objectifs et les moyens retenus.

L'AMP doit donc avant tout discerner ce qui relève de la **phase d'élaboration** (observations et analyse en équipe, dans le cadre du diagnostic) et ce qui relève de la **phase de réalisation** (mise en œuvre du projet éducatif et évaluation).

LA NOTION DE PROJET²

■ **Étymologie** : « jeter en avant, expulser », « quelque chose qui vient avant que le reste ne soit fait ». Le préfixe *pro* signifie « qui précède dans le temps » ; le radical issu du latin *jacere* signifie « jeter ».

■ **Un projet a donc trois dimensions**, correspondant à trois phases : 1. phase d'élaboration ; 2. phase de réalisation ; 3. phase d'évaluation.

■ **Tout projet s'appuie sur** :

- des *finalités* : principes et valeurs qui conditionnent l'action éducative ;
 - des *objectifs* : intentions éducatives concrètes ;
 - des *objectifs opérationnels* : étapes nécessaires pour atteindre les objectifs de départ ;
 - des *moyens*, qui permettent de réaliser le projet et qui se déclinent en moyens humain, matériel et financier ;
 - des *critères d'évaluation* : éléments de la réalité qui permettent de vérifier si les objectifs sont atteints.
-

1. Par exemple, les infirmiers utilisent l'expression « éducation thérapeutique » au niveau des soins.

2. Stéphane Rullac, Gérald Alayrangues, *Le DEES, Diplôme d'État d'éducateur spécialisé*, 2012, Dunod, p. 92.

Pour l'AMP, l'enjeu principal dans la définition d'un projet personnalisé repose sur sa capacité d'observation. Cette compétence professionnelle est transversale, on la retrouve aussi dans les autres domaines de compétences (DC1, DC2, DC3, DC4 et DC6). L'AMP peut donc contribuer à l'élaboration du diagnostic, à la mise en œuvre et à l'évaluation du projet personnalisé, à partir de ses observations.

Observer pour contribuer au diagnostic

L'observation

Pour l'AMP, observer implique de prendre en compte la situation dans sa totalité : c'est-à-dire l'utilisateur ou le patient, mais aussi lui-même et ses collègues. S'il entend naturellement ce que disent l'utilisateur et sa famille, il est particulièrement attentif aux **messages non verbaux** de la personne accompagnée : mimiques, postures, regards, variations de la voix, difficultés de l'élocution, troubles physiologiques tels que rougeurs, transpiration... De même, il est attentif à ses propres postures, émotions, peurs... Car les situations mettent en présence des êtres humains, l'observation du professionnel s'étend aux éléments relationnels et affectifs.

Il s'agit pour l'AMP d'être conscient que dans toute relation socioéducative, des **éléments personnels** propres à tout professionnel (la propre histoire de chacun...) se trouvent de fait sollicités par le jeu des interactions avec la personne accompagnée, ses proches, et avec l'équipe. Cette relation socioéducative s'inscrit aussi dans un contexte, une situation, avec lesquels les interactions sont multiples. C'est pourquoi l'AMP doit prêter attention, grâce à une fine observation, à tout ce qui a trait aux mécanismes actifs à l'**extérieur** de lui comme aux mécanismes actifs à l'**intérieur** de lui (dans une démarche réflexive, introspection).

L'écoute est un outil pour observer

Être doué d'écoute est une qualité humaine indispensable qui s'affine pour devenir une qualité professionnelle de l'AMP. L'écoute enrichit l'observation. L'écoute implique de reconnaître l'autre, **la personne accompagnée, dans sa propre parole** : dans ce qu'elle veut signifier et comment elle le signifie, sans traduction par une tierce personne.

Écouter est une posture professionnelle essentielle de l'AMP : ce que dit l'autre m'intéresse, et ce que *me* dit l'autre m'intéresse. La difficulté dans l'écoute (comme dans l'observation) est d'être capable d'**objectivité** : de savoir parler de l'autre et non de soi. Qu'est-ce qui relève de ma propre **subjectivité**, de ma propre vie intérieure ? Il est important de ne pas confondre sa propre réalité (son propre vécu) avec la réalité de la personne accompagnée (le vécu de l'autre).

Rassembler les observations et décrire

Au lieu d'analyser trop vite des informations parcellaires, l'AMP cherche à saisir la **réalité dans toute sa complexité et ses détails**, par l'observation et l'écoute.

Les étapes

Plusieurs étapes sont nécessaires avant de pouvoir se représenter une situation en vue de faire un diagnostic global en équipe.

- 1. Sentir** (avec tous les sens) : apprécier les qualités de ce premier moment de contact avec la ou les personne(s).
- 2. Regarder** : échanger des regards, observer le comportement des acteurs en présence.
- 3. Écouter ce qui se dit** : recueillir les informations verbales provenant des différents acteurs.
- 4. Décrire** : échanger avec ses collègues sur les faits observés pour comprendre.

Respecter ces étapes est essentiel pour mener un vrai travail en équipe pluridisciplinaire. Les projets personnalisés peuvent ainsi être élaborés selon une démarche collaborative qui donne des résultats bien plus riches : chaque professionnel y contribue de sa place, en apportant les informations que ses fonctions et sa posture lui permettent de collecter.

Les outils

Plusieurs outils peuvent être utilisés pour réunir, consigner, partager ou capitaliser ces informations.

▼ **Récit oral**

Il s'agit de réfléchir après coup, à plusieurs, dans le cadre d'un groupe d'analyse des situations professionnelles.

▼ **Journal de terrain**

Il s'agit d'une écriture personnelle sur les situations professionnelles vécues. Dans le journal de terrain ou journal personnel, on note toutes ses observations de terrain. Les éléments subjectifs, qui sont liés à vos impressions ou sentiments, à votre propre perception des situations, y sont aussi notés. Le fait d'écrire permet de revenir sur ce qui s'est passé, de repérer des éléments négligés dans un premier temps : cela donne l'occasion d'une analyse « après coup » pour mieux comprendre.

▼ **Cahier d'observations**

Il s'agit d'un support écrit collectif, interne à l'établissement ou au service, destiné à recueillir toutes les informations nécessaires pour assurer une continuité des soins

et du suivi éducatif. On puise dans cette source régulière de données pour faire les bilans, comptes rendus d'intervention ou synthèses préalables à l'écriture des projets personnalisés.

Des descriptions dans les documents écrits

Des descriptions de situation apparaissent dans **quatre types de documents écrits**. La forme et le contenu de chaque description varient selon la fonction de la description dans le document en question.

▼ **Compte rendu d'observation**

Comme son nom l'indique, le compte rendu d'observation relate un évènement au plus près des faits observés. La description est sans interprétation et sans commentaire personnel.

▼ **Bilan**

Ce document décrit à un instant *t* la situation d'une personne en la replaçant dans le contexte de son parcours. Le bilan traite d'un ou plusieurs aspects (psychologique, social, médical...). Il permet d'évaluer si les objectifs, définis au moment du diagnostic, sont atteints.

Chaque métier peut élaborer un bilan de son point de vue spécifique en regard de ses compétences, la réunion de ces bilans permettant d'élaborer une synthèse (voir ci-après).

▼ **Synthèse**

Ce document est écrit par le coordinateur référent et réunit les bilans effectués par chaque professionnel (psychologue, éducateur, psychomotricien, psychiatre...). Il synthétise les actions menées et leurs résultats. Il sert d'appui pour élaborer un nouveau projet personnalisé.

▼ **Projet personnalisé**

Dans ce document, sont décrites les diverses dimensions de la situation. La description est centrée :

- sur l'utilisateur et son histoire personnelle, scolaire, médicale... (anamnèse) ;
- sur l'utilisateur et sa famille ;
- sur les difficultés, incapacités mais aussi potentialités de l'utilisateur.

Exercer, ou non, comme référent de la personne

Dans les établissements et services médico-sociaux, l'AMP, comme tout travailleur social (à l'instar de l'éducateur spécialisé, du moniteur-éducateur), peut être le

réfèrent d'une personne accompagnée. Selon la capacité d'accueil de l'établissement, il peut être réfèrent de 5 à 20 usagers. En milieu hospitalier, la fonction est généralement assumée par un professionnel du soin (infirmier ou aide-soignant). Mais l'AMP accompagne également des personnes dont il n'est pas nécessairement le réfèrent.

Quel que soit le secteur (médical ou médico-social), l'AMP collabore avec le professionnel assumant la fonction de coordinateur du projet de soin ou d'accompagnement individualisé.

LES NOTIONS DE RÉFÉRENT ET DE COORDINATEUR

■ **Le réfèrent** est le responsable de la personne accompagnée.

■ **Le coordinateur** est le responsable du projet individualisé ou personnalisé.

Ces deux fonctions peuvent être assumées par le même professionnel (on parle alors de réfèrent coordinateur). Elles peuvent aussi, selon les établissements et les services, être assumées par des professionnels différents.

Dans le secteur social et médico-social, ce sont les travailleurs sociaux qui assurent le rôle de réfèrent et/ou qui assurent le rôle de coordinateur.

En milieu hospitalier, ce sont généralement les infirmiers(es) qui sont réfèrent(e)s et/ou coordinateurs du projet individualisé de soin.

Le rôle du réfèrent

Le réfèrent est l'interlocuteur « privilégié » de la personne, de sa famille et des partenaires du projet d'accompagnement. Il accompagne au quotidien la personne dans son projet : il intervient dans son quotidien (il aide et accompagne) ; il lui propose des entretiens réguliers (il conseille et oriente) ; il met à jour les transmissions écrites (cahier d'observations, de liaison, etc.) ; il écrit, avec la participation de la personne, son projet personnalisé.

Au sein d'une équipe éducative et/ou soignante, le réfèrent collecte les informations nécessaires pour l'accompagnement de la personne. Parfois, est nommé un co-réfèrent : un collègue est désigné pour travailler en binôme, pour pallier les absences entre autres (congés, horaires décalés...). Le réfèrent étant dans l'équipe celui qui se trouve le plus proche de la personne, il a un rôle de veille, de réception et de diffusion de l'information auprès de l'équipe.

Le rôle du coordinateur

Le coordinateur, comme son nom l'indique, a pour rôle la coordination du projet personnalisé. Il s'agit moins d'intervenir dans l'accompagnement de la personne que de suivre l'évolution du projet et de veiller à son évaluation. Le coordinateur assure en fait la cohérence des actions menées par les différents professionnels :

- il transmet et diffuse les informations entre les professionnels de l'équipe ;
- il représente l'équipe pluridisciplinaire entre les différentes réunions de projet ;

- il recueille des informations auprès des parents et des partenaires avant les réunions de synthèse (en vue d'établir/adapter le projet personnalisé) ;
- il anime généralement les réunions de projet ;
- il rencontre l'utilisateur et/ou ses parents pour leur rendre compte des actions envisagées.

Quels aspects de la réalité évalue-t-on au cours de la mise en œuvre du projet personnalisé ?

Depuis la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, l'utilisateur est placé au centre du projet. Cela signifie que les objectifs éducatifs sont définis à partir des besoins repérés chez la personne et de ses souhaits ainsi que ceux de sa famille. C'est le **Document Individuel de Prise en Charge** (DIPC) qui contractualise et détermine, dès l'accueil dans l'établissement ou le service, les conditions nécessaires pour la mise en œuvre du projet personnalisé.

À partir des entretiens individuels qu'il mènera avec la personne accompagnée, et des observations réunies par chaque professionnel de l'équipe, le référent va définir, en concertation avec cette personne, des **objectifs éducatifs**. Ces derniers touchent à plusieurs dimensions de la réalité :

- vie scolaire, vie professionnelle ;
- vie affective, vie familiale ;
- vie quotidienne dans l'établissement ou le service ;
- suivi médical et thérapeutique ;
- vie sociale en termes de loisirs, culture, etc.

Chaque projet personnalisé est singulier, car chaque situation est singulière. Il convient donc de définir des objectifs singuliers correspondant à *cette* situation singulière. Les objectifs sont définis *avec* et *pour* la personne.

Une fois le projet personnalisé mis en œuvre, il convient d'évaluer régulièrement la réalité de la situation, afin d'ajuster le projet initial à cette réalité. Des **critères d'évaluation** sont déterminés pour chacun des objectifs. Le recueil des données nécessaires à cette évaluation peut s'effectuer avec le support de cette grille (présentée dans le DC3) :

Réalité de la situation évaluée :	Objectif éducatif 1 :	Moyen éducatif 1 :	Critère d'évaluation 1 :
			Critère d'évaluation 2 :
			Critère d'évaluation 3 :
	Objectif éducatif 2 :	Moyen éducatif 2 :	Critère d'évaluation 1 :
			Critère d'évaluation 2 :

Quels outils utilise-t-on pour mener un projet éducatif ?³

Concevoir et mener un projet éducatif se fait de concert avec l'équipe éducative et/ou soignante, et avec la personne accompagnée. L'accompagnement se fait « chemin faisant », l'**engagement personnel** étant l'« outil » principal de la relation éducative. L'usager devient ainsi acteur, voire auteur de son projet de vie. La finalité du projet éducatif est en effet de permettre à la personne de faire des choix et de s'accomplir dans la mesure du possible.

L'AMP, comme tous les travailleurs sociaux, est garant de sa mise en œuvre. La difficulté dans l'accompagnement est de ne pas tomber dans la toute-puissance. Les **outils éducatifs balisent l'accompagnement**, afin de ne pas tomber dans des impasses. Leur utilisation est partagée avec l'équipe : ainsi, en croisant les points de vue, peut se forger une vision commune de la situation reposant sur des éléments de réalité objectivée.

On reconnaît communément **quatre types principaux d'« outils » éducatifs** : les entretiens, les techniques éducatives, les techniques d'analyse de la pratique, les réunions.

▼ **Les entretiens**

On distingue :

- les entretiens **formel** (programmé, repéré) et **informel** (spontané) ;
- les entretiens **directif** (dirigé, avec des questions prédéterminées, ordonnées selon un plan) et **semi-directif** (à l'image du précédent mais sans que l'ordre soit figé, avec des questions plus ouvertes, laissant davantage d'initiative à l'interlocuteur) ; ils supposent la construction d'une grille d'entretien.

Les entretiens permettent entre autres de :

- *recueillir* des informations concernant les personnes accompagnées ;
- *entrer en relation*, travailler la relation à l'autre ;
- *faire émerger* des hypothèses de travail ;
- *confirmer ou infirmer* des hypothèses, propositions et explications, discutées en équipe ;
- *saisir de nouveaux éléments*, plus récents ou non perçus jusqu'alors, incitant à réaménager le projet ;
- *tracer les grandes lignes* des écrits professionnels : compte rendu, bilan, synthèse, projet individualisé.

▼ **Les techniques éducatives**

Les techniques éducatives sont des outils qui favorisent la relation éducative, en offrant des occasions de rencontre et d'échange : ce sont des **outils de médiation**.

3. Inspiré du tableau « Processus méthodologique du projet éducatif spécialisé » in Stéphane RULLAC, Cécile SORIS, *DEES DC2. Conception et conduite de projet éducatif spécialisé*, Vuibert, 2012, 3^e éd., p. 136-137.

Cette médiation s'effectue à travers différents supports : les temps et activités de la vie quotidienne, aussi bien que les temps d'animation (jeux, activités créatives, sorties socio-culturelles...).

Dans l'exercice de ces techniques éducatives, l'AMP se trouve de fait à participer (**agir comme acteur des interactions**) comme à observer ce qui se joue (**observation participante**). La difficulté alors est de *faire avec* la personne et de *se regarder faire*. Lors d'un atelier « jeux et sports collectifs » par exemple, l'AMP en position d'animateur peut aussi, parfois, faire appel à un collègue qui se mettra en position d'observateur. Ce dernier sera ainsi plus en mesure d'être attentif à la fois : à l'évolution de chaque personne au sein de l'atelier (à partir d'une grille d'observation), à l'enchaînement et la pertinence des séquences d'animation, à la cohérence des consignes données par l'animateur... C'est aussi une parade à la toute-puissance.

▼ **Les techniques d'analyse de la pratique**

Ces techniques sont mises en œuvre en particulier dans des temps de réunion avec les professionnels. Elles contribuent à mener **une réflexion sur sa posture et ses actions** professionnelles. Littéralement, l'analyse de la pratique éducative renvoie à l'analyse des techniques éducatives utilisées dans la vie quotidienne des personnes accompagnées.

▼ **Les réunions**

Les réunions sont multiples : elles diffèrent par leur fonction, leurs participants, leur fréquence, etc. En tous les cas, elles sont le lieu où l'on organise entre eux et où l'on synthétise les apports des autres outils (entretiens, techniques éducatives...).

On distingue entre autres : les réunions de fonctionnement ou de service, les réunions d'analyse des situations ou de synthèse, les réunions avec les partenaires, les réunions d'analyse de la pratique, les temps de supervision collectifs (confrontation des vécus et expériences individuels des professionnels dans leur exercice afin de mieux comprendre ce qui se joue), etc.

L'épreuve de certification du DC5

Présentation du domaine de certification

Compétences évaluées	Domaine de certification en 2 parties
<ol style="list-style-type: none">1. Observer, écouter et analyser les besoins et désirs de la personne dans tous les aspects de sa vie.2. Appréhender les facteurs d'évolution ou de régression en fonction de la situation de la personne.3. Utiliser les éléments recueillis lors de l'intervention de proximité avec la personne pour participer à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi du projet personnalisé dans le respect du projet de soins et du projet institutionnel.	1^{re} partie : une appréciation de stage Une appréciation est rédigée par le référent professionnel des stages ou milieux professionnels. Ces appréciations, portées sur le livret de formation du candidat, ne font pas l'objet de notation.
	2^e partie : une épreuve orale organisée par le centre de formation en cours de formation (étude de cas) Soutenance orale d'un document rédigé synthétisant sur un cas précis la participation du candidat à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du projet personnalisé dans un cadre pluri-professionnel. Durée : 30 minutes Notation sur 20

Les objectifs de l'épreuve orale

Évaluer la capacité du candidat à inscrire son action au quotidien dans un projet de plus long terme.

L'esprit de l'épreuve

Cette épreuve vise à évaluer les compétences du candidat à participer à l'élaboration du projet personnalisé. La connaissance des étapes pour construire le projet personnalisé est nécessaire. Le candidat s'appuie sur ses observations et sa participation au travail d'équipe pluridisciplinaire. Il doit prouver son implication et sa capacité de dialogue avec les professionnels et la personne accompagnée.

Les critères de notation

Le document écrit sert de support à l'entretien oral mené par le jury. Il n'est pas noté en tant que tel. C'est la qualité de votre soutenance orale qui sera évaluée.

Conseils méthodologiques

Finalité de l'épreuve

Le candidat élabore à l'écrit une synthèse sur un accompagnement qu'il a effectué à l'occasion d'un stage ou d'une situation professionnelle. Il s'agit de montrer sa capacité, en tant qu'AMP, à participer à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi d'un projet personnalisé avec l'appui de l'équipe pluri-professionnelle.

Proposition de méthode

L'épreuve consiste à soutenir à l'oral un écrit relatant votre participation à la mise en place et au suivi d'un projet personnalisé.

Votre écrit renvoie à une situation professionnelle vécue sur un des lieux de stage. Il s'agit pour les correcteurs d'évaluer vos compétences, à l'oral, en ce qui concerne :

- l'observation, l'écoute et l'analyse des besoins et des désirs de la personne dans tous les aspects de sa vie ;
- l'appréhension des facteurs d'évolution ou de régression en fonction de la situation de la personne ;
- l'utilisation des éléments recueillis lors de l'intervention de proximité pour participer à l'élaboration, la mise en œuvre et au suivi du projet personnalisé dans le respect du projet de soins et/ou éducatif et/ou pédagogique et du projet institutionnel.

La forme de votre écrit

Votre écrit (de 6 à 8 pages) doit présenter les étapes de l'élaboration d'un projet personnalisé. Vous pouvez présenter votre écrit en cinq parties, lesquelles peuvent être composées de sous-parties. Par exemple :

1. Introduction (le contexte de l'intervention)

- a. Présentation de l'établissement ou du service
- b. Présentation de la situation choisie
- c. Les raisons de votre choix

2. Présentation de la personne

- a. Anamnèse
- b. Personnalité

3. Projet personnalisé

- a. Synthèse de la situation
- b. Recueil des informations utiles
- c. Diagnostic éducatif : analyse des besoins et définition des objectifs
- d. Moyens mis en œuvre

4. Mes actions effectuées en tant qu'AMP

- a. Mon rôle dans le projet
- b. L'évaluation

5. Conclusion.

Le contenu de votre écrit

L'objectif de cette épreuve est d'évaluer votre participation à la mise en place d'un projet personnalisé. Vous devez donc rendre compte à l'écrit d'un accompagnement global que vous avez effectué avec l'équipe pluridisciplinaire lors d'un stage ou sur le lieu d'exercice professionnel.

▼ *Introduction (le contexte de l'intervention)*

Présentez la structure succinctement, sa mission, les spécificités du public accueilli. Quelle est la personne choisie et comment êtes-vous entré en relation ? Les motivations pour le choix de cette situation (parlez à la première personne du singulier : utilisez le « Je »).

▼ *Présentation de la personne*

Anamnèse qui relate l'histoire familiale, l'origine sociale et culturelle, l'âge, le sexe de la personne... Mais aussi la personnalité de l'utilisateur, sa problématique (à partir des synthèses précédentes) : handicap, dépendance, limites, potentialités, attentes, etc.

▼ *Projet personnalisé*

Une première partie doit évoquer la **synthèse de la situation** à partir des écrits (bilan, cahier de réunions de synthèse...). Le recueil des informations utiles renvoie aux besoins et aux attentes. Quelle méthode a été utilisée pour le recueil de ces informations ? Quelles contraintes et difficultés avez-vous rencontrées lors du recueil des informations ?

Une deuxième partie aborde le **diagnostic éducatif** : problèmes et solutions repérés par l'équipe (objectifs et hypothèses formulées).

Une troisième partie évoque les **moyens mis en œuvre** par l'équipe pluridisciplinaire. Toutes ces informations sont transmises par le référent (éducateur spécialisé et/ou infirmier) qui est responsable du suivi de la personne. Ces informations sont aussi présentes dans les différents écrits professionnels (bilan, rapport, synthèse, etc.).

Mes actions effectuées en tant qu'AMP

Évoquez **votre rôle** dans la démarche de soins et/ou l'accompagnement éducatif. Quelle place avez-vous laissé à l'utilisateur, à la famille, à l'équipe (les collègues) ? Quelles modalités avez-vous prévu pour évaluer vos actions (réunion, référentiel, etc.) ?

▼ **Conclusion**

Évoquez les difficultés rencontrées et vos facilités puis évaluez les effets de votre participation sur la conception et la mise en œuvre du projet personnalisé. Questionnez votre pratique professionnelle.

Le contenu de votre oral

La soutenance pour évoquer votre participation au projet personnalisé se réalise dans le centre de formation face à un jury composé d'un formateur et d'un professionnel. L'épreuve dure 30 minutes : le candidat a 10 minutes pour 1) présenter la situation et 20 minutes pour 2) échanger avec le jury.

L'exposé de la situation

Le projet personnalisé est élaboré par l'ensemble des professionnels de l'établissement ou du service dans lequel vous avez effectué votre stage. Votre **participation** dans la conception et la mise en œuvre d'un projet personnalisé est l'objet de votre exposé à l'oral. Il ne s'agit pas de lire votre écrit mais d'en faire la synthèse en proposant une introduction où vous présentez l'établissement ou le service où vous avez effectué le stage et un développement avec les points essentiels de votre participation dans l'accompagnement de la personne.

Vous pouvez, lors de votre exposé, faire **référence aux éléments théoriques** du domaine de formation 5, à savoir :

- évoquer le contexte de votre intervention et le cadre légal : loi du 2 janvier 2002, loi du 4 mars 2002, loi du 11 février 2005 et lois du 5 mars 2007 ;
- faire référence à la méthodologie du projet (analyse des besoins, définition des objectifs et des moyens), à la notion de contrat (DIPC, Document Individuel de Prise en Charge) et à l'accompagnement global (projet éducatif, pédagogique, médical, etc.) ;
- mettre en valeur votre positionnement éthique.

L'échange après l'exposé

Le jury évalue les effets de votre participation dans la conception et la mise en œuvre du projet personnalisé. Comme pour le DC2 et le DC3, le jury a préparé des questions au regard de votre support écrit mais aussi de votre exposé oral. Vous devez maîtriser le vocabulaire que vous employez dans votre écrit afin de pouvoir répondre aux questions qui renvoient au contrôle des connaissances.

L'échange permet aussi d'évaluer votre capacité à interroger votre pratique professionnelle et à communiquer sur votre rôle au sein d'une équipe pluri-professionnelle. Faites preuve d'ouverture et de remise en question. Lors de l'échange, mettez en valeur la personne accompagnée, le travail d'équipe et votre capacité à évaluer les actions que vous avez menées en collaboration avec vos collègues.

Pour vous aider : une grille d'auto-évaluation

Voici une grille d'auto-évaluation pour la rédaction de l'écrit et la soutenance orale.

Cette grille permet de vous auto-évaluer. Elle peut être utilisée en « jury blanc » : par exemple, vous pouvez vous entraîner à l'oral avec deux camarades de promotion qui prennent la place du jury et qui vous évaluent. La question à se poser est de savoir si vous avez abordé tous les éléments nécessaires pour la participation au projet personnalisé. La colonne de gauche présente tous les critères utilisés pour vous attribuer une note à l'oral (4 points par critère). À droite, vous pouvez écrire vos observations ou remarques sur les éléments à approfondir ou manquants lors de votre entraînement.

Critères à évaluer	Remarques/ Observations
Le candidat connaît/énonce les spécificités de sa structure : entité juridique, sigle ou appellation, modes de prise en charge, spécificités du public accueilli (âge, pathologie, handicap...), cadre législatif instituant le projet personnalisé (2002-2).	...
Le candidat est capable d'identifier les capacités, les attentes, les besoins, les goûts, les aspirations... de la personne aidée. Il est en mesure d'énoncer ses méthodes et critères d'identification desdits besoins et attentes : observations, dossier personnel, entretiens avec la personne et la famille, enquêtes, discussions en équipe...	...
Le candidat est capable d'explicitier les objectifs choisis avec/pour la personne et les argumente. Il associe la famille et l'équipe. Il sait expliquer la raison d'être du projet personnalisé.	...
Le candidat énonce les différentes étapes de l'élaboration et de la mise en place du projet personnalisé. Il sait démontrer la participation de la personne concernée, celle de la famille et celle de l'équipe.	...
Le candidat est capable d'énoncer les points d'attention, les modalités d'évaluation : quels critères et dans quel but (ajustement, points d'amélioration possible, reconduite...). Il sait repérer les difficultés rencontrées, les causes et propose des solutions éventuelles.	...

Les étapes à suivre pour mettre en œuvre un projet personnalisé

Mettre en œuvre un projet personnalisé nécessite plusieurs phases ou étapes. On retrouve la même logique que dans la méthodologie du projet d'animation. Néanmoins, le projet personnalisé s'inscrit dans un projet plus global. Il se définit par un ensemble d'actions qui s'appuient sur des objectifs et des moyens en regard des attentes et besoins des personnes accompagnées. Ce projet est dit global car il aborde tous les aspects de la vie de la personne.

La **problématisation se construit à partir d'une synthèse**. Problématiser, c'est aborder tous les aspects de la vie de la personne et faire le point (synthèse) sur chaque aspect (vie familiale, sociale, culturelle, scolaire, professionnelle, affective...). La problématisation permet de prioriser les actions qui semblent les plus importantes et susceptibles de résoudre les problèmes repérés.

La participation de l'AMP au projet personnalisé

L'AMP doit savoir situer ses propres actions dans ce projet global. Il s'agit de distinguer plusieurs étapes :

- la phase d'élaboration du projet ;
- la mise en œuvre de l'ensemble des actions ;
- l'évaluation du projet.

En effet, l'AMP intervient à chaque étape dans la construction du projet (voir tableau ci-dessous). Il participe à des actions qui s'inscrivent dans l'ensemble du projet.

L'AMP va rendre compte de cette participation au projet personnalisé d'un usager dans l'écrit présenté à l'épreuve du DC5. Il mettra en valeur ses actions menées en tant qu'AMP.

SCHÉMA RÉCAPITULATIF DU PROCESSUS		
Construction du projet	Éléments à prendre en compte	Opérations à effectuer
Étape 1 : recueillir les informations utiles.	Dimensions : - médicale ; - psychologique ; - sociale ; - familiale ; - scolaire. Synthèses précédentes. Personnalité de l'usager.	Consulter : - l'équipe pluridisciplinaire ; - la famille ; - l'usager ; - les partenaires.
Étape 2 : identifier une problématique ouverte.	Planning des réunions institutionnelles.	Participer aux réunions de synthèse ou de projets personnalisés.
Étape 3 : définir les axes principaux en les référant à ceux du projet d'établissement.	Mission de l'établissement ou du service. Prestations offertes.	Identifier les problèmes repérés et les solutions proposées.
Étape 4 : définir les objectifs du projet personnalisé.	Identifier le référent.	Consulter les écrits professionnels : bilans et projets précédents.

Étape 5 : identifier les actions prévues, les objectifs et le programme par séquences de temps (jour, semaine, mois, semestre, année) et les critères d'évaluation.	Les actions effectuées en tant qu'AMP.	Construire un planning et un référentiel.
Étape 6 : préciser les modalités du suivi du projet et le rôle du référent.	Rôle du référent, de l'AMP, de la famille et de l'équipe.	Participer aux réunions d'évaluation ou de bilan, ainsi qu'aux entretiens avec la famille.
Étape 7 : bilan et réactualisation du projet personnalisé.	Difficultés rencontrées et facilités.	Mesurer les effets de votre participation en tant qu'AMP sur la personne et le projet.

Étapes 1, 2, 3 et 4 : ce sont les étapes qui correspondent au **diagnostic**. Le diagnostic consiste à comprendre le problème qui se présente et à définir des solutions pour le résoudre.

Étapes 5 à 7 : ce sont les étapes qui correspondent aux **actions et moyens mis en œuvre** pour résoudre le problème après établissement du diagnostic.

Entraînement. Exemples de projets personnalisés

Exemple de projet personnalisé – madame V.

Voici le projet personnalisé de madame V.

Rédigé par Brinda, stagiaire AMP en SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile) à Saint-Martin (Antilles)

Plan du projet :

- I. Le contexte de l'intervention
- II. Présentation du sujet
- III. Projet personnalisé
- IV. Moyens mis en œuvre : mes actions en tant qu'AMP
- V. Conclusion.

I. LE CONTEXTE DE L'INTERVENTION

1. Présentation de l'établissement

Le SSIAD est un Service de Soins Infirmiers à Domicile. Il se trouve au sein d'un EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). La capacité d'accueil du service est de trente personnes. Le nombre de patients est actuellement de vingt-huit.

2. Le service

Le SSIAD est un service géré administrativement et financièrement par l'EHPAD. Il est composé d'une infirmière diplômée d'État coordinatrice, d'un secrétaire et de quatre aides-soignants. Les aides-soignants sont employés par l'EHPAD. Le SSIAD intervient au domicile des patients, du lundi au vendredi avec quatre aides-soignants et le week-end avec deux aides-soignants. La prise en charge des patients lors des jours fériés et le week-end se décide en fonction du Gir⁴.

3. La mission

Les aides-soignants effectuent des soins d'hygiène et de confort autrement appelés soins de nursing prescrits par un médecin. Le SSIAD est en collaboration avec des infirmiers diplômés d'État libéraux pour effectuer les soins infirmiers et le suivi médical des patients : la prise de médicaments, le changement de pansements, etc.

4. Spécificité du public

Les personnes prises en charge doivent être âgées de plus de 60 ans ou être reconnues adultes handicapés par la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées). Ils seront soumis au calcul du Gir. Le Gir permet de classer les personnes en fonction des différents stades de perte d'autonomie. Ils sont au nombre de six (6). La classification du Gir de la personne peut évoluer selon la pathologie du patient. En l'occurrence son degré d'autonomie peut être réévalué selon la demande de l'entourage et/ou du patient lui-même. Le public concerné peut être sous tutelle ou curatelle. La mise sous tutelle concerne les personnes dont l'état de santé physique ou psychique ne permet pas de garantir l'autonomie dans les gestes de la vie civile (acheter, vendre, emprunter). La mise sous curatelle est aussi une protection juridique qui est destinée à des personnes ayant des capacités limitées, elles sont assistées dans les actes de la vie civile.

II. PRÉSENTATION DU SUJET

1. Histoire institutionnelle

Le sujet fut choisi après une période d'observation du fonctionnement du service et des patients suivis. Il était important de demander aux familles leur autorisation pour la mise en place d'un suivi personnalisé à leur domicile. L'accord du chef de l'établissement m'était nécessaire afin de valider cette démarche. Le choix fut orienté en fonction des capacités des patients, ceux voulant participer à ce projet et ceux dont la famille donnait l'autorisation de revenir au domicile pour la mise en place du projet. Nombreuses ont été les familles qui ne voyaient pas la nécessité de ce travail individualisé, pensant qu'il ne servait à rien pour les patients en fin de vie. Malgré leur refus, j'ai pu avoir la possibilité de leur expliquer le but de la mise en place de ce type de projet au sein d'un service comme le SSIAD selon la loi du 4 mars 2002. La famille de la patiente était très intéressée, la patiente elle-même me demandait souvent de passer plus de temps avec elle lors des soins. Avec l'accord de l'infirmière coordinatrice et de l'équipe d'aides-soignants, j'ai pu organiser des temps et des jours de visite. Le sujet est une femme âgée de 65 ans, elle vit à son domicile avec un membre de sa famille

4. Groupe iso-ressources : grille évaluant le degré de dépendance.

dans la résidence familiale. Elle est issue d'une famille cultivée et a elle-même fréquenté des établissements scolaires « lors de sa jeunesse », dit-elle. Cette patiente vit en campagne et se trouve éloignée de tous les commerces. Nous n'avons pas pu avoir plus d'informations concernant l'anamnèse du patient, car il était difficile d'entrer en contact avec son entourage familial. Afin de garder l'anonymat de la patiente, nous l'appellerons madame V.

III. PROJET PERSONNALISÉ

1. Synthèse de la situation

1.a. Recueil des informations utiles

Madame V. est issue de la religion adventiste. Il faut savoir que les adventistes n'exercent aucune activité le jour du sabbat. Le sabbat s'étend du vendredi au coucher du soleil au samedi au coucher du soleil. En général, le vendredi est un jour où la préparation du sabbat s'effectue. Il est alors difficile de proposer une activité ce jour. Selon la patiente, les adventistes ne mangent pas de viande de porc, car ce dernier est considéré comme impur. Ils ne consomment pas de fruits de mer, car ces derniers sont des filtres et nettoient la mer, donc sont nécessaires. Selon madame V., les adventistes ne portent pas de bijoux et ne se maquillent pas. Ces informations me furent nécessaires afin de connaître la culture de la patiente, ses centres d'intérêts, ses possibilités et ses contraintes. Elles ont été recueillies par divers entretiens individuels sur un support écrit apporté par moi-même sous la présence et avec l'autorisation de la coordinatrice du service lors des visites mises en place.

1.b. Pathologie

Elle est atteinte d'hydrocéphalie (née avec) et d'un cancer du sein. C'est l'augmentation de la quantité de liquide céphalorachidien, provoquant la dilatation des cavités de l'encéphale (ventricules, etc.). Cette patiente souffre d'ataxie de la marche, de troubles sphinctériens. L'ataxie se manifeste principalement par des troubles de la marche, de l'équilibre et de la station debout, du guidage des mouvements par la vue. La patiente souffre d'un abcès au sein droit, abcès qui nécessite une intervention chirurgicale, qu'elle refuse par conviction religieuse et crainte.

2. Diagnostic éducatif

2.a. Problèmes repérés par l'équipe

Madame V. est souvent seule et délaissée par le reste de sa famille. Dans sa jeunesse, elle s'occupait de ses neveux et nièces et aidait à leur éducation selon elle. Elle se plaint souvent de la rapidité des soins et souhaiterait que le personnel soignant reste plus longtemps avec elle. Elle reçoit du lundi au vendredi la visite d'une auxiliaire de vie sociale. Cette dernière s'occupe des tâches ménagères et, quand elle peut, lui tient compagnie. Au début de la prise en charge, le personnel soignant a essayé de lui proposer des sorties à l'extérieur en voiture, car elle ne souhaite pas être vu par les « autres ». Des sorties qu'elle a refusées, de peur qu'on l'amène de force à l'EHPAD. Sa sœur ayant souvent parlé de l'y installer. Elle a peur de cet établissement le voyant comme un moyen d'abandon total de la part de sa famille. Madame V. est une femme ayant besoin d'une présence humaine afin que s'instaurent confiance et lien de communication.

Madame V. passe ses journées sur une des chaises de la salle à manger regardant la petite allée devant sa porte. Une porte qui demeure entrouverte afin d'éviter tout regard provenant de l'extérieur. Elle est complexée par sa tête. Elle se sent, je cite, « laide ». Tout compliment envers elle est ressenti comme étant de la moquerie, elle ne croit pas en la sincérité des propos de son entourage. Elle est très méfiante. Elle n'a pas confiance en elle et minimise ses possibilités, soit marcher seule, se brosser les dents, s'habiller et se coiffer. Madame V. vivait avec son neveu et sa compagne qui sont dans l'une des chambres du domicile de la patiente. Pour des raisons que nous ne connaissons pas, son domicile ne comprend aucun miroir. Peut-être lié à l'image que lui renvoie le miroir ? Selon le personnel soignant, l'auxiliaire de vie et la patiente, son neveu ne lui adresse la parole que pour l'insulter et la dénigrer. Sa compagne étant enceinte, il a souvent menacé de la mettre hors de son propre domicile afin de récupérer la chambre qu'elle occupe pour son futur bébé. Cette information me fut donnée lors des entretiens avec l'équipe au bureau du SSIAD et lors d'entretiens individuels avec l'auxiliaire de vie sociale et la patiente elle-même.

Elle fut envoyée au domicile d'une de ses nièces à l'étage. Lors d'un jour férié, elle tomba lorsque sa nièce tenta d'effectuer sa toilette. Ce qui occasionna une hospitalisation au service de chirurgie de l'hôpital pendant environ deux semaines. À l'heure où est rédigée cette « étude de cas », cette patiente souffre d'une fracture du col du fémur et a une prothèse totale de hanche qui l'oblige à rester au lit. À partir des besoins repérés ci-dessus, les points suivants ont été dégagés.

2.b. Les objectifs

- La revalorisation de l'image de la femme et de la personne qu'est madame V.
- La mise en confiance avec le personnel soignant et l'entourage familial.
- La création d'espaces et de moments clés pour des activités (par exemple : l'intégration de cette dernière à la chorale de l'EHPAD de ... car elle est croyante et aime chanter mais ne va plus à l'église).
- La mise en relation de madame V. avec d'autres patients du service de soins à domicile et/ou du service de l'EHPAD.
- La personnalisation de son lieu de vie.

2.c. Les solutions formulées

En tant qu'aide médico-psychologique, il serait intéressant de créer des ateliers de revalorisation de la personne consistant à apporter un miroir de petite forme, non grossissant, afin que la personne voit son visage, et qu'elle mette des mots et des remarques sur ce qu'elle voit, sur sa propre représentation de sa personne. Un atelier coiffure peut lui être proposé, lui permettant d'apprendre les manières d'unifier les traits de son visage : une frange par exemple, des boucles pour mettre l'accent sur autre chose que la forme de son crâne.

L'accompagnement dans des lieux non visités mais extérieurs à la maison : une plage, un jardin, etc., pour la faire sortir et changer ses idées centrées sur sa maison et son entourage. La mettre en relation avec d'autres adultes en situation de handicap afin qu'elle sache et qu'elle voie qu'elle n'est pas seule dans cette situation, et qu'elle prenne en exemple ceux et celles qui vivent avec leur handicap et qui agissent malgré ce handicap. L'intégration de sa famille

serait nécessaire afin de la mettre en confiance et en relation avec les membres de celle-ci.

La visite au sein de l'EHPAD, pour rencontrer des résidents et du personnel, afin d'essayer d'enlever les appréhensions qu'elle a sur ce lieu. La décoration de son lieu de vie, de sa chambre, par des photos des activités faites et des personnes rencontrées. La mise en place d'ateliers de lecture de textes bibliques et de chants religieux, la visualisation de films ou de concerts chrétiens, afin que perdure la pratique de sa religion à son domicile.

IV. MOYENS MIS EN ŒUVRE...

À cause des évènements malencontreux qu'a rencontrés madame V., il n'a pas été possible d'entamer ces actions et de rencontrer la famille pour leur mise en œuvre. Par contre, les visites hebdomadaires au domicile de la patiente m'ont permis de mettre en place de petits « rituels » permettant la mise en confiance de la patiente.

... MES ACTIONS EN TANT QU'AIDE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Le matin à mon arrivée au domicile de la patiente, je m'annonçais afin qu'elle entende ma voix et qu'elle sache que j'arrive pour ne pas qu'elle soit surprise. Je lui demande toujours comment a été sa nuit, car elle me disait que personne ne s'intéresse à elle, à ce moment précis, elle me racontait sa nuit, ses craintes, ses doutes, et un peu de sa vie. Pendant la conversation, je la conduisais vers sa chambre à coucher en lui tenant le bras. Arrivée à sa chambre, je lui proposais de choisir une tenue dans son armoire si son auxiliaire de vie n'avait encore rien retiré. En collaboration avec son auxiliaire de vie, on prévoyait de mettre la tenue pouvant être portée, sur le lit de la patiente. Je lui demandais si la tenue lui convenait, si ce n'était pas le cas, je lui proposais d'effectuer un changement.

Pour éviter toute chute de la salle de bain à la chambre et préserver son intimité, je lui ai proposé de mettre à sa disposition ses vêtements dans la salle de bain. Lors du bain, elle devait mettre sa main sur son pansement du sein droit afin qu'il ne soit pas mouillé. Madame V. ne supporte pas les odeurs de parfum, de savon ni même le goût du bain de bouche, pour éviter qu'elle soit de mauvaise humeur, je ne mettais pas de savon sur son visage, je lui donnais son gant afin qu'elle fasse sa toilette et l'aidais pour faire le dos et les jambes.

Il est très difficile de faire comprendre à madame V. que nous étions présentes pour l'aider à faire sa toilette, car, selon elle, nous avons « l'obligation de la lui faire ». Elle fut tellement habituée à être lavée par son entourage, qu'elle ne se voyait pas le faire seule. Il a été important pour moi, avec l'accord de son médecin traitant, de la responsabiliser. Selon lui, sa pathologie ne l'empêche pas de se laver seule, sous la surveillance d'un tiers. En effet, le week-end, madame V. ne reçoit pas la visite du personnel soignant du SSIAD.

Il a fallu, pour moi, lui réexpliquer la nécessité pour elle de se laver et les bienfaits du bain pour son confort personnel, car elle se plaignait de démangeaisons dues à sa négligence de soins d'hygiène (madame V. ne se lavait pas le week-end) et a eu des mycoses sur la peau dues à son manque d'hygiène corporelle selon l'infirmière coordinatrice. Après les soins d'hygiène et de confort, la patiente et moi avons instauré

un moment réservé à la coiffure. Je lui apportais un petit miroir selon son humeur, et je lui montrais à quel point ses cheveux étaient magnifiques. Il faut savoir que madame V. est métissée et a de très longs cheveux poivre et sel. Nous nous amusions devant les coiffures que nous pouvions effectuer, des tresses, des chignons... ce petit atelier de coiffure permettait de la détendre, de la voir sourire et de la revaloriser au fur et à mesure des visites.

V. CONCLUSION

Durant le stage, j'ai pu remarquer que beaucoup d'efforts ont été faits pour mettre en place des espaces et des moments pour rencontrer la famille et la patiente. Le suivi fut difficile car la collaboration de la patiente fut rude à obtenir, mais son attachement pour l'équipe soignante est à souligner. Sa curiosité permet une relation verbale amusante et passionnante, ce qui a permis de créer un lien avec l'équipe soignante. Le projet individualisé n'existant pas au sein de la structure, j'ai dû effectuer une matrice informatisée et la laisser afin qu'un support écrit existe pour les stagiaires à venir et que sa mise en place soit poursuivie.

Il est à remarquer que la mise en place de ce projet personnalisé fut compromise par le manque de temps de l'équipe soignante et de supports. Mais la collaboration de l'infirmière coordinatrice et du directeur m'a permis d'obtenir des informations et des données nécessaires à la mise en œuvre de cette étude. Ce stage fut constructif, il m'a permis d'acquérir une pratique professionnelle, de découvrir et de consolider les bases autour de la connaissance des personnes âgées.

Exemple de synthèse – Paul

Voici la synthèse de Paul.

Ce document est issu d'un établissement qui accueille des personnes en situation de handicap psychique. Il a été élaboré par l'AMP référente du service « appartement », lequel est une annexe d'un foyer de vie situé en région parisienne.

Plan de la synthèse :

1. Contexte de l'intervention
2. Présentation de la personne aidée
3. Observations
4. Accompagnement éducatif
5. Diagnostic éducatif : problèmes et solutions, moyens à mettre en œuvre.

1. Le contexte de l'intervention

Paul est né le 20 janvier 1979. Il est entré au foyer (structure collective) le 1^{er} juillet 2001 puis aux appartements (vie en cohabitation) le 11 février 2006. Il travaille en ESAT la journée jusqu'à 17 heures et rejoint les appartements pour le dîner du soir vers 19 heures. Il reste deux week-end par mois dans son appartement avec d'autres résidents, en alternance avec un retour en famille.

2. Présentation de la personne aidée

2.a. Handicap

Suite à une méningo-encéphalite à l'âge d'un mois et demi, Paul est atteint d'une hémiplégié droite et d'une aphasie droite. La Cotorep (Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel) lui a reconnu un taux d'incapacité de 80 %.

2.b. Impact du handicap physique dans la vie quotidienne

Gêné dans sa démarche, Paul se déplace avec des difficultés, mais sans aide. Il assume tous les trajets seul et arrive à faire de longs trajets à pied (par exemple, pendant des grèves, il assura le trajet entre son lieu de travail et les appartements). Il ne peut pas utiliser sa main droite. Il n'arrive pas à accomplir seul certains gestes précis (par exemple : couper la viande sur une assiette ou porter une casserole). Toutefois, il ne prend pas en charge tous les gestes et tâches de la vie quotidienne (par exemple : hygiène corporelle, entretien de sa chambre). Il surprend son entourage par son habileté manuelle lors de bricolages (visser, clouer, peindre). Sa faculté d'articuler des mots est quasi inexistante. Paul s'exprime avec des voyelles rythmées et certaines consonnes telles que le m, le p correspondant aux mots composant son message. Il s'exprime ainsi avec un vocabulaire varié et adapté sur divers aspects de sa vie englobant ses activités et ses relations. Il transmet des faits mais occulte les événements ayant provoqué des émotions.

Son handicap oblige Paul à accepter que ses interlocuteurs décodent ses messages articulés, les traduisent en mots et en vérifient l'exactitude. Ce processus exige de la part de l'interlocuteur un effort de concentration et d'imagination pour situer le contexte spatio-temporel et relationnel du message. Paul reste maître du contenu des conversations. Il est soucieux de préserver son intimité. Face à un interlocuteur jugé « trop curieux », il acquiesce à toutes les questions ou les noie dans des informations contradictoires.

2.c. Famille

Son père, Bruno, est cadre dirigeant dans une entreprise, peut-être la sienne. Il est le curateur de son fils. Sa mère, Alexandra, est professeur de lettres. Selon Paul et les partenaires (ESAT⁵, CMP⁶), les parents ne partagent plus le même toit. Chacun a un logement à part, mais ils restent présents à tour de rôle dans la maison familiale. Paul passe ses week-ends dans la maison familiale. Paul semble perturbé par leur séparation. Son père reste son interlocuteur privilégié auquel il s'adresse dans des moments difficiles. (Pour nous faire passer des informations importantes, Paul essaie dans un premier temps de se débrouiller seul et quand il n'y parvient pas, il téléphone à son père qui nous les explique ensuite.) Nous n'avons que des contacts ponctuels avec les parents et souvent par écrit (paiement des soins dentaires, départ en vacances, accompagnement de rendez-vous).

Paul est très attaché à sa grand-mère avec laquelle il entretient une relation régulière. Paul est le quatrième enfant d'une fratrie de huit enfants. Sophie est née le 5 mai 1974, Florence le 9 mai 1976, Alice le 5 septembre 1977, Marc le 29 mars 1981,

5. ESAT : Établissement et Service d'Aide par le Travail.

6. CMP : Centre Médico-Psychologique.

Élodie le 5 septembre 1983, Mathieu le 10 juin 1987 et Jean-Christophe le 25 septembre 1992. Tous les frères et sœurs ont fait, font ou envisagent des études supérieures. Paul se démarque de ses frères et sœurs par sa présentation vestimentaire, ses piercings et son crâne rasé. Il est régulièrement en conflit avec Mathieu et Jean-Christophe à la suite des vols qu'il a commis ou des « bagarres » qu'il a déclenchées.

La famille se retrouve régulièrement au complet pour des fêtes. Par exemple, pour fêter l'installation de Paul aux appartements, douze membres, tous âges confondus, sont venus.

Paul est en contact téléphonique régulier avec sa famille. Il se présente en conflit avec ses parents et est rejeté par certains membres de sa famille. Il donne des informations contradictoires sur sa relation avec ses parents aux différentes équipes qui sont convaincues de détenir la bonne version.

2.d. Parcours institutionnel

Paul a fréquenté plusieurs Instituts Médico-Éducatifs (IME). Dans l'attente d'une réorientation professionnelle par la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées), Paul a travaillé depuis janvier 2007 dans un atelier de conditionnement à l'ESAT de la même association. Depuis octobre, il y travaille en tant qu'ouvrier.

Évènements marquants :

- la séparation des parents ;
- le changement de son lieu de vie du foyer vers les appartements ;
- le changement de son lieu de travail du CITL⁷ vers l'ESAT et la reconnaissance du statut d'ouvrier ;
- les soins dentaires et la pose d'une prothèse dentaire ;
- le rapatriement en France à la suite d'une hospitalisation en psychiatrie en Tunisie pendant un séjour de vacances ;
- l'abandon des séances d'orthophonie ;
- une nouvelle demande d'hospitalisation en psychiatrie. Il a avancé au CMP : un conflit avec son petit frère ; à l'ESAT : un conflit avec un autre ouvrier résident du foyer ; et à l'équipe des appartements : un conflit avec un résident.

3. Observations

Paul essaye de prouver sa volonté d'arriver à répondre aux différentes exigences imposées.

Il cherche à être reconnu par le résultat de ses efforts (courses, cuisines, aspirateur, etc.).

Il cherche à prendre en charge, seul, certains aspects de sa santé comme la prise d'une partie de ses médicaments (inhalations, antibiotiques) et certaines visites médicales (dentiste, pneumologue). Mais il oublie souvent ses rendez-vous médicaux et de prendre son traitement pour l'asthme. Il est respectueux du cadre institutionnel, malgré quelques transgressions.

Paul affirme son individualité en marquant sa différence avec son environnement familial et institutionnel par sa présentation. Il essaye de se distinguer par sa coupe

7. CITL : Centre d'Initiation au Travail et aux Loisirs.

de cheveux, ses bijoux, des transgressions occasionnelles comme « fumer du cannabis », ou régulières comme prendre son petit déjeuner au bar avant sept heures, etc. Il ne supporte pas d'être « protégé » dans le sens où quelqu'un fait, pense ou ressent à sa place. Il est soucieux de préserver « son jardin secret ». Lorsqu'il se sent trop observé, il donne des informations contradictoires le concernant. Il est difficile de cerner la part inventée et la part réelle de l'information.

Il est en contact avec les résidents jeunes, actifs et « débrouillards », et souvent en conflit avec les résidents âgés et passifs. Il se trouve souvent impliqué dans des situations conflictuelles qu'il provoque et ne trouve comme issue que la colère et des actes violents. Il demande ensuite un passage en hôpital psychiatrique pour se calmer. Paul a peur de perdre la maîtrise de lui-même.

4. Accompagnement éducatif

4.a. Apprentissages

Paul a rapidement appris les différentes tâches ménagères. Il est organisé. Il utilise les différents outils, machines et produits ménagers et il assume, à quelques détails près, le nettoyage de sa chambre.

Il n'est pas ponctuel et ne peut pas faire de courses seul. Il n'est pas capable de préparer un repas.

4.b. Communication

Après une période où Paul ne faisait pas confiance à l'équipe dans la compréhension de ses problèmes (Paul appelait son père en médiation), il vient maintenant se confier ou nous faire part de son mécontentement. Nous essayons de désamorcer les tensions en privilégiant les explications verbales, en l'impliquant dans des solutions de dialogue, en étant médiateur lorsque cela s'avère nécessaire. Le lien étroit entre les équipes du CMP, de l'ESAT et des appartements a permis d'éviter des passages à l'acte (bagarre, hospitalisation). Au sein du groupe, par complicité (humour, partage d'activités), Paul s'est rapproché de Sébastien. Ils entretiennent des relations amicales.

4.c. Loisirs

Paul ne participe à aucune activité extérieure, proposée en groupe ou individuellement. Nous sommes en négociation avec lui pour qu'il entreprenne dès la rentrée une activité régulière. Nous lui avons suggéré la pratique du Qi Gong (gymnastique traditionnelle chinoise) au sein d'une association de quartier.

4.d. Médical

Soins dentaires : pose de son dentier. Cette démarche était prévue depuis longtemps, mais refusée par Paul qui craignait de souffrir. Nous lui avons proposé de choisir lui-même le degré de notre intervention. Il a fait appel à nous pour expliquer sa demande aux dentistes et pour le soutenir pendant l'extraction de deux dents. Paul est régulièrement sujet à des crises d'asthme. Il a un traitement préventif. En cas de crise, il a sur lui le traitement nécessaire. Paul est suivi par le pneumologue Dr Al. Récemment, des séances de kinésithérapie et des antibiotiques ont été prescrits par ce spécialiste.

Le document qui suit est un compte rendu de réunion avec un partenaire du Foyer de vie.

RENCONTRE AVEC L'ESAT

Avec Paul, l'équipe ESAT (directrice, chef de service, moniteur atelier, psychologue) et l'équipe des appartements.

Objectif : coordination des prises en charge en présence de Paul.

Compte rendu des synthèses de l'ESAT et des appartements

Les deux équipes constatent :

- Des demandes à répétition faites par Paul pour engager son hospitalisation en service psychiatrique. La transmission de ses demandes entre les deux équipes et le CMP rassure Paul. Nous avons compté moins de demandes depuis la mise en place de cette transmission.
- Des crises d'asthme. Les crises apparaissent quand Paul se sent observé et disparaissent quand il se sent rassuré (aide concrète pour retrouver une respiration normale, verbalisation de son état, dispersion de sa tension par l'humour, changement de sujet). Avec l'accord de son pneumologue, Paul pourrait participer à des séances de natation.
- Des investissements, de la productivité : Paul travaille sur un poste de conditionnement. Limité par son handicap, Paul n'est pas en capacité d'être productif. (Il passe trop de temps à ne rien faire.)
- L'équipe a décidé une diminution de 50 % de son poste de conditionnement, complété de 50 % par un poste dans les services généraux (ménage, plonge de vaisselle).
- Des demandes à répétition faites par Paul pour intégrer un service d'accompagnement.
- Un projet de prise en charge de Paul pour une durée de cinq ans, défini au moment de son entrée aux appartements.
- Des points d'acquis :
 - une gestion de son quotidien (lessive, ménage).
- Des points à acquérir :
 - une gestion de son suivi médical et de son temps libre ;
 - une gestion des relations familiales et sociales ainsi que des conflits ;
 - une gestion d'un budget.

Voici le diagnostic éducatif qui pourrait être établi à ce moment du parcours du jeune (problèmes et solutions, moyens à mettre en œuvre).

Thèmes	Besoins	Objectifs	Moyens
La famille	- s'exprimer (aphasie) - communiquer avec l'équipe éducative (divorce des parents)	- faciliter la relation avec l'équipe éducative et la famille	- entretiens téléphoniques (avec parents et l'ESAT) - rendez-vous à domicile ou au service des appartements - instauration d'un cahier de liaison - organiser des fêtes à l'appartement (anniversaire, invitation repas)

Le soutien médico-psychologique	<ul style="list-style-type: none"> - besoin d'organiser ses rendez-vous médicaux - besoin de maîtriser sa colère et sa violence (crise d'asthme) 	<ul style="list-style-type: none"> - l'accompagner dans ses prises de rendez-vous - développer une capacité à maîtriser ses émotions négatives 	<ul style="list-style-type: none"> - entretiens individuels et planification des rendez-vous avec psychologue et spécialistes - faire le pilulier en sa présence - se déplacer chez le médecin avec lui et sans lui - privilégier les activités physiques d'expression et de relaxation (Qi Gong, natation)
Les apprentissages pour une vie en appartement	<ul style="list-style-type: none"> - besoin de cuisiner - gérer un budget 	<ul style="list-style-type: none"> - intégrer un service d'accompagnement à la vie sociale (finalité du projet individuel) 	<ul style="list-style-type: none"> - préparation des menus et de plats cuisinés (atelier cuisine) - l'accompagner dans les achats (gestion d'un budget)

Exemple de synthèse – Jean

Voici la synthèse de Jean. Ce document est issu du même foyer de vie que dans la situation précédente. Il est écrit par une autre référente AMP.

Plan de la synthèse :

A. Projet personnalisé de Jean

1. Rappel du projet et évaluations
2. Observations
3. Évènements marquants de l'année
4. Prise en charge médicale et paramédicale
5. Rencontres avec la famille ou/et le représentant légal
6. Rencontres avec les partenaires médicaux et sociaux
7. Projet de Jean
8. Conclusion

B. Proposition de nouveaux objectifs du projet personnalisé de Jean.

A. Projet personnalisé de Jean

1. RAPPEL DU PROJET ET ÉVALUATIONS

- **Maintien des acquis et entretien de sa forme physique :** Jean a besoin d'un accompagnement plus soutenu pour pouvoir assumer ses tâches quotidiennes et ses déplacements. Nous relient cela à son vieillissement.
- **Présence rassurante pour atténuer son état anxieux :** Jean arrive à « prendre sur lui » lorsque nous lui rappelons de prendre son temps, lorsque nous anticipons les situations anxiogènes en les lui verbalisant à l'avance et souvent.
- **Mise en place d'activités de loisir :** le week-end, à sa demande, Jean souhaitait reprendre la peinture de façon autonome et évoluer à son rythme. L'achat d'un minimum de matériel a été effectué. Il ne désire pas une inscription dans un cours

de peinture. En semaine, une activité yoga lui a été proposée pour lui permettre de surmonter son anxiété mais il l'a refusée.

■ Aide dans une mise à distance avec sa copine et dans une simplification des relations avec sa famille : A., son amie depuis environ dix ans, a mis un terme à leur relation en février 2008. Jean a souffert de cette rupture. Aujourd'hui, il a retrouvé un autre lien. Avec notre aide, il a pu établir un planning organisant ses sorties en famille.

■ Préparation de sa retraite : suite à la rencontre avec sa curatrice en septembre 2005, il a été décidé qu'elle s'engageait à préparer le dossier et à rechercher un foyer d'hébergement. L'équipe a proposé de préparer le départ de Jean des appartements en lui faisant visiter des établissements. Nous avons été au foyer retraite à Paris, au foyer d'aide médicalisée de XXXXX et au foyer XXXXX. Jean était enchanté par ces trois lieux avec une préférence pour celui de XXXXXX qu'il trouvait accueillant, lumineux et spacieux. Nous avons remarqué que la présence d'anciens résidents connus le rassurait.

2. OBSERVATIONS

Santé

Il est incapable d'évaluer son état physique et ne se manifeste pas en cas de souci. Il attend que son état soit évalué par sa famille ou les équipes. Il confirme les symptômes verbalisés par d'autres. Il s'approprie les conclusions des différentes personnes sans discernement.

Il approuve les traitements prescrits mais attend l'intervention d'une tierce personne pour les suivre (depuis plusieurs années, il doit appliquer quotidiennement une crème dermatologique mais l'utilise uniquement après rappel). Il a voulu interrompre des séances de kinésithérapie : soutenu, il a pu les poursuivre.

Hygiène

Jean est attentif à son hygiène corporelle et vestimentaire. Seul, il prend tous les jours une douche, se rase et change ses vêtements. Il ne pense pas à s'approvisionner en produits de toilette, à aller chez le coiffeur ou à nettoyer son rasoir. Il ne sait pas faire ses lessives ni changer ses draps. Il ne demande qu'occasionnellement de l'aide.

Quotidien

Jean se prend en charge dans la vie quotidienne dans la mesure où les actes s'inscrivent dans un rituel hermétique. Le moindre changement provoque un questionnement identique et répétitif à chacun des membres de l'équipe. Pour s'approprier la réponse, il se la reformule à plusieurs reprises à haute voix. Nous avons pu observer qu'il ne demande plus aussi systématiquement de l'aide comme auparavant et qu'il diffère ce qu'il pourrait faire dans le présent. S'il ne peut plus tirer un caddie, Jean se propose pour faire les courses et en lit volontiers la liste à son coéquipier. Son équilibre instable, son manque de discrétion poussent certains colocataires à le mettre à l'écart, ce qui entraîne un repli de sa part. En cuisine, Jean ne maîtrise pas le fonctionnement de l'électroménager et doit être supervisé. Il met la table, la débarrasse et vide le lave-vaisselle spontanément. Lors des repas, il accepte les quantités servies sans formuler s'il en a suffisamment. Il participe volontiers aux conversations, racontant sa journée. La difficulté à contrôler ses

gestes : ses problèmes psychomoteurs le rendent maladroit et l'amènent à casser plusieurs objets (robinet, boutons de gazinière, pomme de douche...). Jean est toujours partant pour une sortie quelle qu'en soit la nature. En rentrant de l'ESAT, il va parfois écouter de la musique et discuter dans la chambre de S.

Émotion

Jean éprouve des difficultés à anticiper des changements dans son quotidien. Une modification pour l'heure du repas ou de menu peut l'amener à s'angoisser. Il a constamment besoin d'aide pour mieux concevoir les situations nouvelles et pour verbaliser les explications reçues. Il verbalise ses émotions, il cherche à connaître l'avis de ses interlocuteurs. Il exprime ses affects spontanément et sans discernement (par des pleurs, déclarations d'amour).

Relations sociales

Il aborde facilement les gens. Jean apprécie les relations individuelles avec les éducateurs (lors des sorties, les jeux de société et actes quotidiens). Il reste seul dans sa chambre pour éviter de déranger son entourage. Il sollicite l'aide des autres résidents dans les difficultés. Les échanges avec le groupe sont stéréotypés. Il est bien accepté mais ses questions répétitives font réagir le groupe en sa défaveur. Il exprime sa joie intérieure par des éclats de rire, des blagues douteuses ou des déclarations excessives qu'il ne contrôle pas et qui gênent les autres. Il n'écoute pas toujours ses interlocuteurs et a tendance à suivre son idée. Il ne contrôle pas une excitation ressentie momentanément. Cette spontanéité prime sur les normes sociales.

3. ÉVÉNEMENTS MARQUANTS DE L'ANNÉE

- Fin 2008, l'ESAT XXXXX déménage de XXXXXX à XXXXXX. Depuis novembre 2008, Jean effectue ses déplacements à l'ESAT avec la société A. (Après encouragements des uns et des autres, Jean se mobilise et accepte par exemple de revenir seul du centre de rééducation.).
- Fin octobre 2008, changement de tutrice : C. B. remplace L. C.
- Réduction des visites chez Mme. C. (amie de la famille) et de sa sœur, à leur demande et en raison de leur âge avancé. Il les a vues deux fois dans l'année.
- Séparation d'avec son amie A.

4. PRISE EN CHARGE MÉDICALE ET PARAMÉDICALE

Jean n'a pas été malade en 2008, excepté une gastro-entérite en janvier. Il porte des chaussures orthopédiques qui ont été renouvelées par le podologue orthopédiste qui le suit. Des bilans en cardiologie, pneumologie, ophtalmologie et un contrôle dentaire ont été effectués. Aucune anomalie n'a été décelée. Alertés par son cousin S. A. qui soupçonnait une détérioration de sa marche, nous avons accompagné Jean au mois de mai à une consultation orthopédique à l'hôpital de XXXXX. De là, Jean a été orienté vers le service neurologique de l'hôpital XXXXX à XXXXX. Après des tests, un bilan sanguin et un IRM, le docteur D. diagnostique une atrophie du cervelet, probablement héréditaire, et lui prescrit trente séances de rééducation et de marche pour syndrome cérébelleux. Jean les a commencées en novembre 2008 et les terminera en mars 2009. En parallèle, nous avons demandé un bilan psychomoteur à Mme V. N. du CAJ de XXXXX. Elle constate un manque de confiance et conseille une prise en charge pour améliorer ses postures et ses déplacements.

5. RENCONTRES AVEC LA FAMILLE ou/et LE REPRÉSENTANT LÉGAL

Jean part en alternance, deux week-ends par mois, chez ses cousins J. M. et S. J. Il en revient souvent en disant qu'ils l'ont trouvé en pleine forme et faisant des progrès. Il passe une à deux fois par an deux semaines avec son cousin Sylvain et sa femme, Murielle. Jean est invité aux fêtes familiales. Sylvain et Murielle se déplacent pour les fêtes du foyer. La famille s'organise toujours pour apporter un gâteau à Jean, le jour de son anniversaire, et pour le fêter en famille plus tard. Une fois dans l'année, Jean a rencontré sa sœur N. G., installée dans la région bordelaise. Elle entretient des contacts téléphoniques avec son frère. Mme. D, âgée de 86 ans, a souhaité réduire ses visites régulières. Il la voit depuis 2006 deux fois par an.

Curatrice : Mme C. est venue rencontrer Jean à deux reprises pour préparer son dossier-retraite et nous a alertés sur la difficulté à trouver un établissement.

6. RENCONTRES AVEC LES PARTENAIRES MÉDICAUX ET SOCIAUX

Nous rencontrerons l'équipe de l'ESAT lors du retour de synthèse, prévu en mars 2009. L'assistante sociale avec qui Jean a eu un entretien le 15 février l'a tranquilisé en lui apprenant qu'il pouvait rester à l'ESAT jusqu'à l'âge de 65 ans.

7. PROJET DE JEAN

Au sein du groupe, avec les équipes éducatives de l'ESAT et des appartements et avec sa famille, Jean parle souvent de sa retraite. Le fait de ne pas encore avoir de lieu à annoncer, comme c'est le cas pour deux autres résidents du groupe, le perturbe. Les critères qu'il retient pour son lieu de retraite :

- qu'il soit proche de sa famille qui habite dans les Yvelines ;
- qu'il soit en compagnie d'une personne connue.

Il envisage de travailler au-delà de ses 60 ans. Il souhaite occuper un mi-temps.

8. CONCLUSION

Jean se situe dans une bonne autonomie générale, limitée par son handicap et sa fragilité psychologique. Il a besoin de se sentir reconnu, encouragé et valorisé pour diminuer son anxiété. Un manque de confiance et de repères concrets le fragilise lors du moindre changement. Il n'a pas les ressources nécessaires pour s'adapter à une nouvelle situation. Il a des difficultés à exprimer ses besoins et à donner son avis personnel par crainte des retours (perte de reconnaissance). Il présente des symptômes courants d'une personne vieillissante (fatigue, lassitude du quotidien). Jean aura davantage besoin de nos observations pour évaluer la dégradation de son état physique et pour dissocier l'angoisse et le handicap des symptômes du vieillissement.

B. Proposition de nouveaux objectifs du projet personnalisé de Jean

À long terme :

L'accompagnement lors du changement d'établissement.

À moyen terme :

Orientation vers un établissement plus adapté à son vieillissement en respectant la proximité familiale et de même pour les connaissances amicales. Elle nécessite un partenariat étroit entre la tutrice, les équipes éducatives de l'ESAT et des appartements. Nous proposons une répartition précise des démarches nécessaires pour accompagner cette réorientation, voire même l'anticiper afin d'être en capacité de réagir en cas de détérioration brutale de son état de santé.

À court terme :

- être attentif à son vieillissement et anticiper les nouveaux besoins afin d'appréhender concrètement les difficultés ;
- maintenir son niveau de participation à la vie quotidienne et sociale ;
- stimuler ses connaissances et ses capacités physiques ;
- préserver le lien familial.

Voici le diagnostic éducatif pour Jean (problèmes et solutions, moyens à mettre en œuvre).

Thèmes	Besoins	Objectifs	Moyens
Soutien médico-psychologique/ Prise en charge médicale, paramédicale	<ul style="list-style-type: none"> - besoin d'écoute - besoin d'éviter les dangers (besoin de protection) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. l'accompagner dans ses soins médicaux 2. l'accompagner pour atténuer son état anxieux 	<ul style="list-style-type: none"> - entretiens, prise de rendez-vous avec pneumologue, orthophoniste... - entretiens au CMP
Vie quotidienne	<ul style="list-style-type: none"> - besoin d'être valorisé dans ses capacités - besoin de se vêtir, d'être propre - besoin d'apprendre 	<ol style="list-style-type: none"> 1. l'accompagner pour faire les courses 2. l'aider pour le ménage et la lessive 3. l'accompagner pour la cuisine et l'entretien de la chambre 	<ul style="list-style-type: none"> - avec un autre résident ou l'AMP - un planning, une liste de courses - avec un autre résident ou l'AMP - un planning avec créneau horaire fixe - recettes de cuisine, planning avec identification des rôles
Vie affective et familiale	<ul style="list-style-type: none"> - besoin de reconnaissance - besoin d'amour et d'estime de soi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. développer des temps de convivialité 2. organiser des sorties avec des résidents 3. organiser des sorties avec sa « petite amie » 	<ul style="list-style-type: none"> - planning sortie week-end - appels téléphoniques - planning vacances - fêtes et repas
Activités et vie sociale	<ul style="list-style-type: none"> - besoin de communiquer, de se divertir, besoin d'apprendre, de se mouvoir, de rompre l'isolement 	<ol style="list-style-type: none"> 1. entretenir sa forme physique 2. stimuler ses connaissances 	<ul style="list-style-type: none"> - activités de loisirs - projet marche - atelier peinture/cinéma
Vie professionnelle et retraite	<ul style="list-style-type: none"> - besoin d'estime de soi - besoin de reconnaissance 	<ol style="list-style-type: none"> 1. préparer sa retraite 2. privilégier un environnement connu (finalité du projet) 	<ul style="list-style-type: none"> - visite d'établissement proche de sa famille et de ses amis - contact ESAT et famille

Voici un exemple de grille aidant à évaluer l'évolution de la situation de Jean en regard des objectifs et moyens de son projet personnalisé :

Réalité évaluée	Objectifs	Moyens	Critères
Soutien médico-psychologique	Objectif 1 : L'accompagner dans ses soins médicaux	Moyen 1 : prendre rendez-vous avec l'aide de l'AMP	Critère 1 : Jean sollicite l'AMP pour un rendez-vous.
			Critère 2 : Jean identifie le spécialiste.
			Critère 3 : Jean se rappelle du dernier rendez-vous.
		Moyen 2 : bureau, téléphone et agenda personnel	Critère 1 : Jean vient au bureau pour appeler.
			Critère 2 : Jean appelle le spécialiste.
			Critère 3 : Jean note l'heure du rendez-vous et le jour.
		Moyen 3 : entretien avec l'AMP après rendez-vous médicaux	Critère 1 : Jean restitue le contenu des ordonnances.
			Critère 2 : Jean identifie les soins.
			Critère 3 : Jean a pris note du prochain rendez-vous.
	Objectif 2 : L'accompagner pour atténuer son état anxieux	Moyen 1 : entretiens individuels avec l'AMP	Critère 1 : Jean est présent au rendez-vous.
			Critère 2 : Jean exprime son anxiété.
			Critère 3 : Jean verbalise de l'apaisement.
		Moyen 2 : entretiens individuels avec le psychologue	Critère 1 : Jean est présent au rendez-vous.
			Critère 2 : Jean exprime une satisfaction après les entretiens.
			Critère 3 : Jean présente moins d'anxiété au fil des entretiens.
		Moyen 3 : atelier de relaxation	Critère 1 : à définir selon les objectifs de l'atelier.
			Critère 2
			Critère 3
	Objectif 3	Moyen 1	Critère 1
			Critère 2
			Critère 3
Moyen 2		Critère 1	
		Critère 2	
		Critère 3	
Moyen 3		Critère 1	
		Critère 2	
		Critère 3	

La vie quotidienne	Objectif 1 : L'accompagner pour faire les courses	Moyen 1 : avec un autre résident	Critère 1 : Jean sollicite l'AMP pour choisir un résident.	
			Critère 2 : Jean sait avec qui il souhaite faire les courses.	
			Critère 3 : Jean s'organise avec l'autre résident.	
		Moyen 2 : planning	Critère 1 : Jean vient au bureau pour identifier le jour du service course.	
			Critère 2 : Jean planifie seul ou avec l'aide de l'autre résident ou de l'AMP.	
			Critère 3 : Jean note l'heure du rendez-vous avec l'autre résident et le jour.	
		Moyen 3 : liste des courses	Critère 1 : Jean énumère les aliments nécessaires.	
			Critère 2 : Jean est capable de choisir un menu.	
		Moyen 4 : monnaie	Critère 3 : Jean connaît le montant des aliments et rend la monnaie après les courses.	
		Objectif 2 : L'aider pour le ménage et la lessive	Moyen 1 : avec un autre résident	Critère 1 : Jean sollicite l'AMP pour choisir un résident.
				Critère 2 : Jean sait avec qui il souhaite faire le ménage.
				Critère 3 : Jean s'organise avec l'autre résident.
	Moyen 2 : planning		Critère 1 : Jean sait quel jour il lave son linge.	
			Critère 2 : Jean constitue seul ou avec l'aide de l'AMP son planning linge.	
			Critère 3 : Jean note l'heure du rendez-vous avec l'autre résident et le jour pour faire le ménage et la lessive.	
Moyen 3 : matériels pour le ménage et la lessive	Critère 1 : Jean reconnaît le matériel pour le ménage et la lessive.			
	Critère 2 : Jean sait utiliser le matériel, il connaît le mode d'emploi.			
	Critère 3 : Jean range le matériel avec ou sans aide.			

Exemple de projet personnalisé – Marvin

Voici le projet personnalisé de Marvin, incluant la grille d'évaluation qui a été élaborée à son service. Ce document a été réalisé par Élodie, stagiaire AMP en service de pédiatrie à Saint-Martin (Antilles).

Plan du projet :

1. Introduction (ou contexte de l'intervention)
2. Présentation du sujet
3. Projet personnalisé
4. Conclusion

1. INTRODUCTION

Mon stage s'est déroulé au centre hospitalier Louis-Constant-Fleming au sein du service de pédiatrie, à Saint-Martin, collectivité française aux Antilles. Cet établissement sanitaire public accueille des personnes habitant à Saint-Martin, partie française comme hollandaise, ou encore des gens venant d'îles voisines peu médicalisées et les touristes de passage.

Le service de pédiatrie accueille des personnes âgées de 0 à 18 ans, pour causes médicales ou sociales. Diverses pathologies y sont traitées telles que : bronchiolite, rota virus, drépanocytose, galle, sinusite. Des hébergements chirurgicaux y sont effectués également. Au niveau social, le service pédiatrie accueille également des nourrissons, enfants et adolescents lorsqu'il y a attente d'une décision de l'Aide Sociale à l'Enfance. Le service dispose de trois chambres « mère-enfant », trois chambres simples et une chambre double. L'équipe est composée d'un cadre de santé, d'un pédiatre chef de service, d'un pédiatre, d'infirmières, de puéricultrice, d'auxiliaires de puériculture, d'aides-soignantes, d'agents sanitaires hospitaliers et d'une secrétaire. Les missions de ce service sont la prévention, la qualité des soins, l'information, la formation et la sécurité.

Les textes relatifs à ce secteur sont principalement la loi du 4 mars 2002 et la charte du patient hospitalisé du 2 mars 2006, qui relèvent de la garantie des soins, du respect de la vie privée, de l'intimité et du droit à l'information. Il existe aussi la charte de l'enfant hospitalisé, relatant les droits à l'intimité de l'enfant, d'avoir ses parents auprès de lui, d'avoir un environnement et des soins adaptés à son âge et son développement.

La personne choisie pour le projet individualisé est un adolescent de 15 ans, hospitalisé pour maux perforants aux pieds et atteint de la maladie chronique Spina bifida myeloméningocèle⁸. Le pédiatre, peu après mon arrivée, m'a conseillée de m'orienter vers cet adolescent dans le cadre de mon stage, étant donné qu'il allait être hospitalisé pour une durée assez longue, ce qui permettait d'avoir du temps pour construire un projet. J'ai ensuite été présentée à lui par le biais de ma tutrice de stage, auxiliaire de puériculture, comme

8. Malformation d'origine congénitale de la colonne vertébrale.

étant stagiaire aide médico-psychologique et étant disponible pour passer du temps avec lui.

2. PRÉSENTATION DU SUJET

Ces informations ont été apportées par l'équipe suite à mes questions, lorsqu'ils en parlaient en transmissions ou spontanément, lors de moments passés à discuter avec lui pour mieux le connaître, et par la consultation de son dossier médical.

A. L'anamnèse

Dimension sociale

Marvin est un adolescent âgé de 15 ans atteint de la maladie chronique Spina bifida. Il touche l'AEEH (Allocation d'Éducation pour Enfants Handicapés) et est reconnu handicapé par la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées).

Dimension familiale

Marvin parle le créole, le français, l'anglais et l'espagnol. La langue qu'il utilise le plus souvent est l'anglais. Il parle espagnol avec sa mère. Son père est originaire de Sainte-Lucie et exerce la profession d'ouvrier en bâtiment ; sa mère est originaire de Saint-Domingue et ne travaille pas. Il a un frère de quatre ans, une sœur de neuf ans et une de dix-neuf ans. Marvin admire son père, est protecteur avec sa mère, aime beaucoup son petit frère et entretient des rapports parfois conflictuels avec sa sœur. Leur niveau de vie est modeste. Selon un rapport du médecin, quand il avait l'âge de 10 ans : « Marvin subirait un rejet de sa mère, dû à son handicap, le père prendrait toutes les responsabilités, la mère étant défaillante dans l'éducation de ses enfants. »

Dimension scolaire

Au niveau scolaire, Marvin a d'énormes lacunes, ceci dû en partie à ses nombreuses hospitalisations. Il est au niveau CP pour l'écriture et la lecture. Il est écrit dans un bilan psychologique du Centre Médico-Psychologique de Saint-Martin datant de 2002 que Marvin n'aurait « aucun étayage éducatif à la maison, qu'il refuse de faire l'effort de réfléchir, qu'il n'a jamais été contraint aux tâches d'apprentissage et qu'il aurait un blocage post-traumatique qui pèserait sur ses activités de pensée ». Plusieurs tentatives de placement en centre spécialisé ont déjà été effectuées, sans succès, du fait de son retard scolaire jugé trop important. Avant son hospitalisation, Marvin était en unité pédagogique d'intégration dans un collège. Il dispose d'un auxiliaire de vie scolaire ayant une fonction individuelle.

Dimension médicale

À cause de sa maladie chronique, qui est une maladie congénitale présentant une malformation de la moelle épinière, des méninges et des vertèbres, Marvin a subi diverses opérations et hospitalisations depuis sa naissance. Les conséquences de cette maladie sont une perte de sensibilité dans la partie inférieure du corps ainsi qu'une incontinence, nécessitant l'utilisation d'une sonde urinaire avec auto-sondages cinq fois par jour et des lavements à effectuer tous les deux jours. Marvin est autonome à ce niveau-là et les effectue seul. La perte de sensibilité nerveuse (ne ressent pas la douleur s'il se blesse aux pieds) et l'appui inapproprié du pied au sol peuvent engendrer des plaies aux pieds évoluant vers des maux perforants. Il lui est donc préconisé de ne pas marcher. Son hospi-

talisation durant mon stage est dû au fait qu'il ait marché. C'est sa mère qui a remarqué les plaies aux pieds de Marvin.

Personnalité

Marvin est quelqu'un de poli, sociable, généreux, gourmand, curieux, soucieux de son apparence. Il teste quelquefois les limites que l'équipe lui donne mais toujours avec respect. Il aime écouter de la musique, jouer aux jeux vidéo. Il est complexé par rapport à certaines conséquences de sa maladie chronique, mais ne le montre pas. Il a tendance quelquefois à déformer la réalité et aime mettre en avant ses compétences.

B. Problématique

La problématique de Marvin en étudiant son anamnèse est son retard scolaire dû aux aléas de sa maladie chronique, et au fait qu'il marche lorsqu'il n'est pas hospitalisé, ressentant de la honte lorsqu'il est en fauteuil roulant, ce qui engendre des maux perforants plantaires avec risque d'amputation des pieds si impossibilité de cicatrisation et d'un retour à l'hôpital, accroissant davantage les lacunes scolaires.

3. PROJET PERSONNALISÉ

A. Synthèse de la situation

Les difficultés au niveau du recueil d'informations ont été le fait tout d'abord de l'absence de projet individualisé et de réunions de synthèse. Il a donc fallu chercher des informations auprès de chaque professionnel, le plus souvent individuellement, ce qui prend beaucoup de temps. Le fait qu'il n'y ait pas eu de réunions rassemblant l'ensemble des participants au projet a sûrement réduit la quantité de propositions de solutions et d'actions à effectuer et les idées qui auraient pu émerger d'une discussion collective, d'un débat. Il faut s'adapter en fonction de leur disponibilité, ce qui n'est pas toujours évident. L'autre difficulté a été de rencontrer le père de Marvin, mes horaires ne correspondant pas toujours à ses heures de visite, et les visites se produisaient souvent pendant les heures de transmission. J'ai pu m'entretenir avec lui, mais pas aussi souvent que je l'aurais souhaité.

Recueil d'informations

Après discussion avec l'assistante sociale, j'ai appris qu'il existait un projet de recherche d'un centre spécialisé en métropole afin que Marvin puisse poursuivre sa scolarité.

Le père de Marvin, malgré le fait qu'il ait donné son accord, semble un peu réticent. Le fait que le centre spécialisé se trouve en métropole semble beaucoup l'inquiéter du fait de la distance. Le père de Marvin a évoqué auprès de l'équipe son souhait de voir son fils présent le week-end en famille. Les discussions avec le père de Marvin se déroulaient lors de ses visites à l'hôpital.

Après discussion avec le professeur de Marvin, de l'unité pédagogique d'intégration (venu spontanément à l'hôpital pour apporter des exercices et cahiers à Marvin), et son auxiliaire de vie scolaire (suite à un entretien téléphonique que j'ai eu avec lui, Marvin m'ayant informé qu'il n'avait plus de nouvelles de lui), il en est ressorti que

Marvin devait continuer à étudier au sein de l'hôpital. Ils m'ont également informée qu'il n'y avait pas de scolarisation possible pour la rentrée prochaine pour Marvin à Saint-Martin, car les sections d'intégration proposaient l'apprentissage de métiers nécessitant d'être debout et de marcher.

Marvin, selon les informations orales apportées par l'équipe et les discussions que j'ai eues avec lui, a très peur qu'on lui ampute les pieds. Cela signifierait pour lui ne plus pouvoir sortir. Il aimerait apprendre à lire, à écrire et à lire l'heure avec aiguilles car il se sent honteux de ne pas savoir le faire. Il aimerait poursuivre sa scolarité en métropole mais a beaucoup d'appréhensions à ce sujet (a peur que le centre spécialisé ressemble à « une maison de retraite », que la France soit un pays violent). Il dit également s'ennuyer quelquefois, l'hospitalisation étant de longue durée.

Les attentes de Marvin sont :

- apprendre à lire et à écrire ;
- partir en métropole afin de poursuivre sa scolarité ;
- la cicatrisation de ses pieds ;
- trouver des occupations au sein de l'hôpital.

Les attentes des parents de Marvin sont :

- que Marvin passe plus souvent les week-ends à la maison ;
- que Marvin poursuive sa scolarité en métropole.

Besoins repérés par l'équipe :

- connaissances ;
- avoir un environnement adapté ;
- être préparé à un éventuel départ ;
- soins médicaux ;
- se distraire.

B. Diagnostic éducatif

Les problèmes repérés par l'équipe sont :

- l'absence de poursuite de scolarité lors de l'hospitalisation ;
- l'absence de structure scolaire adaptée à Saint-Martin à la rentrée prochaine ;
- l'inquiétude de Marvin face à un éventuel départ ;
- le fait qu'il risque de remarquer après hospitalisation s'il reste à Saint-Martin et d'aggraver l'état de ses pieds ;
- la réclamation des parents pour que Marvin vienne plus souvent en famille le week-end ;
- l'ennui qu'éprouve Marvin à l'hôpital.

Les solutions proposées sont :

- mettre en place un soutien scolaire pour Marvin au sein du service pédiatrie ;
- aider à lui apprendre à lire l'heure avec aiguilles ;
- préparer son éventuel départ en France (au niveau administratif mais aussi psychologique) ;
- motiver par des paroles pour qu'il passe ses week-ends en famille ;
- la cicatrisation de ses pieds ;
- trouver des occupations pour Marvin.

C. Moyens mis en œuvre

Actions effectuées en tant qu'AMP

Accompagnement scolaire

Il a été convenu avec l'auxiliaire de vie scolaire et le professeur d'unité pédagogique d'intégration que je passe un moment avec Marvin chaque jour (en fin de matinée ou début d'après-midi), afin de l'accompagner dans ses exercices scolaires. En ce qui concerne les exercices à effectuer la journée, les outils utilisés ont été des feuilles d'exercices de lecture et de mathématiques, un livret avec des syllabes destiné à la lecture. J'ai tenu un petit cahier en milieu de projet afin de noter mes observations par rapport à la séance d'exercices effectués.

En ce qui concerne l'apprentissage de la lecture de l'heure sur montre à aiguilles, dans un premier temps, je lui ai fait réviser l'heure grâce à une horloge en papier avec aiguilles tournantes durant quelques jours. Ensuite, je lui demandais de temps en temps au cours de la journée quelle heure il était pour vérifier si c'était correct et s'il fallait revoir certains points.

Un projet Internet a été mis en place. Un des objectifs a été d'utiliser les loisirs sur Internet pour favoriser l'envie de lire et d'écrire en consultant des informations sur Internet concernant le chanteur préféré de Marvin, et en encourageant Marvin à lire et à écrire des mots sur le clavier pour effectuer les recherches.

Préparation à l'éventuel départ en France

J'ai eu régulièrement des entretiens à ce sujet avec Marvin, en essayant de valoriser les points positifs, tout en le laissant exprimer ses craintes. Une partie du projet Internet a été consacrée à atténuer les appréhensions de Marvin sur le centre spécialisé dans lequel il allait peut-être aller, en lui montrant le trajet « Saint-Martin-Salies en Béarn » (à l'aide d'un dictionnaire au préalable, puis d'une carte du monde et de France sur Internet), l'assistante sociale ayant trouvé un IEMFP (Institut d'Éducation Motrice et de Formation Professionnelle) dans cette ville. Un site du département des Pyrénées-Atlantiques et le site du centre spécialisé ont été également consultés avec lui et une auxiliaire de puériculture.

J'ai également aidé Marvin à rédiger des lettres « Projet de vie » et « Projet professionnel » à la demande d'une auxiliaire de puériculture, lettres destinées à constituer son dossier de demande d'inscription à l'Institut d'Éducation Motrice et de Formation Professionnelle.

Activités proposées :

- sorties avec Marvin devant l'hôpital ;
- jeux de dominos, jeux de société ;
- mise en relation avec d'autres patients à peu près du même âge ;
- discussions avec Marvin au sujet de ses appréhensions et ses questionnements ;
- projet Internet.

La participation de Marvin dans son projet personnalisé s'effectuait sous forme de demandes : demande de jouer à un jeu de domino ou de société avec lui, d'aller devant l'hôpital, d'étudier, d'aller passer le week-end en famille, que l'on vérifie s'il lisait l'heure correctement, de discuter. La famille a participé à la recherche d'un institut spécialisé pour Marvin en ayant des entretiens avec l'assistante sociale, le médecin.

Les parents tentaient de le motiver pour venir à la maison le week-end. Sa sœur et son frère lui prêtaient un iPod et une console de jeux vidéo afin qu'il s'occupe.

Place de l'équipe

Accompagnement scolaire

En ce qui concerne le soutien scolaire, quelques personnes de l'équipe, infirmières et auxiliaires de puériculture, se sont proposé d'aider Marvin dans ses devoirs lorsque je n'étais pas en lieu de stage, et de lui rappeler qu'il devait faire des exercices d'écriture chaque soir. L'auxiliaire de vie scolaire a dit qu'il essaierait de revenir à l'hôpital pour continuer de remplir sa fonction. Le professeur a apporté de nouveaux exercices lorsque les premiers ont été faits. Une auxiliaire de puériculture a participé au projet d'activité Internet.

Préparation à un éventuel départ en métropole

Afin de trouver un centre adapté en métropole pour Marvin, l'assistante sociale a fait des recherches, en a sélectionné plusieurs et a effectué les différentes démarches (prise de renseignements auprès des différents centres, liaison avec la MDPH, entretiens avec le médecin, avec les parents, avec Marvin). Les autres membres de l'équipe (pédiatre, infirmières, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, aides-soignantes, agents sanitaires hospitaliers, secrétaire, assistante sociale) tentaient de répondre aux appréhensions de Marvin, en l'écoutant, en répondant à ses questionnements et en favorisant tous les côtés positifs.

D. Évaluation des actions

Au niveau de l'accompagnement scolaire

Un soutien scolaire a pu être mis en place pour Marvin au sein du service pédiatrie, mais pas chaque jour comme il était prévu, à cause des visites, du refus certains jours de la part de Marvin car il n'avait pas le moral, car le relais par l'équipe du service et par l'auxiliaire de vie scolaire n'a pas toujours pu être effectué. J'ai pu noter une amélioration au niveau de la lecture, mais lorsque je ne pouvais pas accompagner Marvin durant plusieurs jours dans ses exercices, j'ai remarqué qu'il fallait reprendre depuis le début. Le manque de régularité peut donc être un obstacle dans l'amélioration scolaire de Marvin.

Marvin a acquis le principe des soustractions, en s'aidant de ses doigts, n'arrivant pas encore à soustraire de tête, selon mes observations durant les séances. Marvin n'a fait que deux fois ses exercices d'écriture du soir, il a des difficultés à être autonome en ce qui concerne les exercices à faire. Marvin a acquis partiellement le principe de l'heure avec les aiguilles. Il sait désormais lire l'heure, mais a quelques difficultés lorsqu'il est moins le quart, moins dix, moins cinq (par exemple : s'il est 4h45, il hésitera entre 4h45 et 5h45) selon mes observations et celles de l'équipe du service.

Préparation à l'éventuel départ en métropole

Au sujet de l'Institut d'Éducation Motrice et de Formation Professionnelle, l'assistante sociale a obtenu l'accord de la MDPH et doit maintenant constituer un dossier complet (médical, social, scolaire à l'aide de la famille, des médecins, etc.) et l'envoyer à l'institut en vue d'une acceptation. Les deux lettres de projet ont bien été rédigées à temps.

Projet Internet

Objectifs	Moyens	Critères d'évaluation
Préparer son éventuel départ en métropole	Sites Internet : <ul style="list-style-type: none">- carte du monde- carte de la France- site touristique du département- site de l'institut	<ul style="list-style-type: none">- Est capable après l'animation de retracer globalement par oral le trajet « Saint-Martin-métropole ».- Maintient son souhait de partir en métropole.- Durant l'animation, exprime son opinion de manière positive concernant le projet de partir en métropole.- Exprime ses craintes, l'équipe réussit à les atténuer.
Utiliser les loisirs sur Internet pour favoriser l'envie d'apprendre à lire et à écrire	<ul style="list-style-type: none">- Biographie de son artiste préféré sur Internet- Le clavier- L'écran	<ul style="list-style-type: none">- Écrit des mots à l'aide du clavier.- Lit des mots à l'écran.- Prend l'initiative de faire des recherches sur Internet sans qu'on le lui suggère.

Marvin a maintenu son souhait de partir en métropole. Il a exprimé de manière orale durant l'activité le fait qu'il trouvait l'institut à son goût (l'architecture), qu'il appréciait que diverses activités y soient proposées, tels que tir à l'arc ou balade en montagne. Il a été rassuré car l'institut ne ressemble pas à une maison de retraite comme il le craignait. Les images du département l'ont rassuré : il pensait que la France était un pays très violent. Il a pu exprimer certaines craintes, l'équipe y a répondu. Marvin a écrit quelques mots à l'aide du clavier et a lu un mot à l'écran. Le fait que le projet d'activité se déroule dans la salle de soins et qu'il y avait d'autres membres de l'équipe présents a fait qu'il ne s'est pas senti à l'aise pour lire davantage durant l'activité. Certains critères n'ont pas pu être évalués à court terme.

4. CONCLUSION

La difficulté quant au suivi du projet se trouve dans le fait de l'absence de réunions de synthèse. Il a fallu interroger les personnes individuellement, l'assistante sociale venait tous les matins et était relativement occupée le reste de la journée, donc si j'étais d'après-midi ou occupée le matin, je ne pouvais pas la consulter. Consulter les infirmières, les auxiliaires de puériculture et les aides-soignantes était beaucoup plus facile car elles se trouvaient dans le service. Les personnes venant de l'extérieur comme l'auxiliaire de vie scolaire, le professeur, n'étaient venues que deux fois et étaient difficilement joignables par téléphone. Le père de famille venait régulièrement mais pas toujours lorsque j'étais là, je n'ai pas pu m'entretenir très souvent avec lui, je laissais quelquefois des messages à Marvin pour qu'il les lui transmette mais il ne le faisait pas toujours. La plus grande difficulté du suivi a résidé dans la transmission des informations à l'ensemble de l'équipe, à la famille qui fait que tout le monde n'avait peut-être pas la totalité des informations.

Les facilités rencontrées ont été l'aide de l'équipe au niveau de mes recherches sur l'usager, qui a répondu facilement à mes questions et qui me transmettait spontanément des informations au sujet de Marvin. Le projet a montré, au niveau scolaire, qu'il est nécessaire pour Marvin de bénéficier d'un environnement scolaire adapté, dans lequel la régularité des séances d'apprentissage pourra lui permettre une réelle amélioration de ses connaissances. Je pense avoir participé à l'acquisition de certaines connaissances de Marvin (soustractions, heure, amélioration de lecture de certains sons). Le projet d'activité concernant son éventuel départ a pu atténuer certaines craintes. J'ai constaté que Marvin avait réellement besoin de quelqu'un à qui se confier, et le fait de le voir régulièrement et de passer des moments seul à seul avec lui lui a permis de le faire.

En ce qui concerne le soutien scolaire de Marvin, j'ai réalisé combien il est important de prendre du recul, car le fait, par exemple, qu'une amélioration à la lecture se produise et qu'après une coupure, on doit revenir à la case départ peut être assez frustrant, mais il faut être patient et continuer. Il faut donc une grande maîtrise de soi et un très grand optimisme car prendre en charge des personnes nous met en face de l'« imprévisible », l'usager étant l'acteur principal, et il faut accepter évolutions mais aussi échecs. J'ai aussi réalisé que s'adapter à la personne demandait une réflexion (par exemple : expliquer le mécanisme de l'heure à quelqu'un alors que c'est une évidence pour nous, trouver les mots et les explications adéquates pour que la personne comprenne et non comme on l'aurait expliqué spontanément). L'échange d'informations est très important, notamment dans le cas par exemple où l'usager donnerait différentes versions. J'ai constaté aussi que la distance à tenir avec l'usager était quelque chose de délicat et il faut toujours garder à l'esprit que même en discutant régulièrement, on est en train de travailler, et ne pas tomber dans le rapport amical, ce qui nécessite une grande concentration.

Exemple de projet personnalisé – Madame B.

Voici le projet personnalisé de Madame B. Il a été réalisé par Mokhtaria, stagiaire AMP, qui a effectué son premier stage au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) dans les Yvelines (78). Ce projet a été présenté à l'examen de la DRJSCS Île-de-France en 2013.

Plan du projet :

- I. Présentation du contexte d'intervention
- II. Projet d'établissement
- III. Présentation de la personne
- IV. Mon intervention en tant qu'AMP
- V. Conclusion

I. PRÉSENTATION

1. La structure

Il s'agit d'un établissement privé dont la gestion est assurée de façon autonome par son directeur et les services généraux. Sa création a été autorisée par décision du

président du conseil général des Yvelines en juin 1990. L'établissement est financé en partie par la Sécurité sociale.

Il est situé dans un quartier résidentiel à proximité immédiate des commerces et de l'hôtel de ville, au cœur d'un parc arboré, fleuri et doté d'un jardin aménagé et sécurisé. Il est réparti sur trois étages.

2. Le public

Cette résidence accueille des personnes âgées :

- autonomes,
- semi-autonomes,
- dépendantes.

Ces personnes présentent divers handicaps (moteurs, sensoriels, mentaux...) et ont besoin d'un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne.

La capacité d'accueil de l'établissement est de 110 résidents dont la moyenne d'âge est d'environ 80 ans. Il y a plus de femmes que d'hommes. La structure reçoit des personnes pour des séjours à durée déterminée ou permanente.

Dans cette maison de retraite médicalisée (EHPAD), il existe, au troisième étage, une unité de vie protégée dédiée à l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Elles ont besoin d'un soutien moral et matériel ainsi que d'une écoute et d'une présence susceptibles d'être apportées par une aide médico-psychologique (AMP). Ce professionnel est à la charnière de l'intervention soignante, de l'action éducative et de l'animation afin de favoriser le maintien de l'autonomie de la personne. L'AMP promeut le bien-être individuel du patient. De plus, il travaille en collaboration avec :

- des kinésithérapeutes,
- des orthophonistes,
- des psychologues.

3. Le personnel et son fonctionnement

Dans l'établissement se trouvent différents professionnels salariés, auxquels s'ajoutent des intervenants extérieurs.

a. Le service de direction et le service administratif

Le directeur dirige l'établissement et veille à son bon fonctionnement. Il est le garant du projet institutionnel.

La directrice adjointe assiste et remplace le directeur.

La secrétaire administrative est responsable de l'accueil.

b. Le service médical

Le médecin coordinateur dirige l'équipe soignante et supervise la cohérence du parcours de soins de chaque résident.

c. L'équipe paramédicale

L'infirmière coordinatrice est en relation directe avec le médecin traitant du résident.

Les psychomotriciens(nes).

Les kinésithérapeutes.

L'équipe a pour mission une démarche permanente et continue de soutien auprès des résidents, en appliquant le principe de la bienveillance (soins préventifs, curatifs et palliatifs).

d. Les soins spécifiques

Pédicure.

Podologue.

Dentiste.

Orthophoniste.

Ces professionnels interviennent à la demande de l'établissement.

D'autre part, pour répondre au mieux aux besoins des résidents, divers professionnels et moyens se tiennent à leur disposition :

- une animatrice,
- un coiffeur,
- un agent de service hospitalier,
- un homme d'entretien,
- une lingère,
- ainsi qu'un lieu de culte.

II. PROJET D'ÉTABLISSEMENT

1. Ses objectifs

Le projet d'établissement définit le cadre de référence de l'action des professionnels, du projet de vie et du projet de soins du résident. Il précise les missions, les orientations ainsi que les valeurs sur lesquelles les professionnels vont s'appuyer dans leur action quotidienne.

2. Sa responsabilité

Au-delà des responsabilités juridiques et financières, des contraintes et des obligations légales, la direction a également, et peut-être avant toute chose, une responsabilité morale à l'égard des personnes accueillies et de leurs proches. Le directeur et son équipe mettent en place une offre d'hébergement diversifiée pour répondre aux besoins d'accueil et d'accompagnement de la personne âgée et de sa famille.

III. PRÉSENTATION DE LA PERSONNE

J'ai choisi de vous présenter une dame que j'ai nommée Madame B. Mon choix s'est porté sur elle, car c'est une dame qui a un grand besoin de parler et d'écoute. Elle est très ouverte et accueillante. Elle a surtout besoin d'un grand soutien moral et physique, car elle veut toujours rester dans sa chambre.

Madame B. est âgée de 86 ans. C'est une personne de corpulence moyenne, mesurant 1,65 m. Elle présente une personnalité passive, calme, gentille et surtout réservée.

1. Histoire de sa vie

Madame B. est née le 5 juin 1926 à XXXXX. Elle a vécu sa jeunesse chez ses parents avec sa sœur jusqu'à ses 20 ans.

Elle aimait bien les bals. C'est d'ailleurs lors d'un bal public qu'elle a rencontré son époux. Ils se marièrent et eurent six enfants, dont trois sont encore vivants. Elle habitait avec sa famille à XXXXX.

Madame B. a beaucoup travaillé dans sa vie, effectuant différents métiers afin de subvenir aux besoins de sa famille.

Madame B. a dû faire face à un malheur à la naissance de son premier enfant. En effet, celui-ci tomba malade et Madame B. quitta son travail de secrétaire dactylographe pour s'en occuper.

Elle a ensuite travaillé comme serveuse dans une cafétéria, puis en qualité de nourrice, et aussi en tant qu'employée dans une usine mécanique.

Madame B. aime bien tricoter, c'est une passion pour elle. En effet, après la guerre de 1939, une époque difficile, elle a dû subvenir à ses besoins ainsi qu'à ceux de sa famille. C'est pourquoi elle tricotait des pulls pour les vendre. Ensuite, Madame B. déménagea dans un pavillon pour y habiter avec sa famille dans la ville de XXXXX. Madame B., alors cantinière de métier, se retrouva malade en 2005, ne pouvant plus s'assumer toute seule même avec une aide à domicile. Les enfants se mettent alors d'accord et une de ses filles décide de vivre avec elle. Après le décès de son mari en 2007, elle se retrouve veuve, puis elle déménage de nouveau à XXXXX, sa dernière adresse avant son placement en maison de retraite.

2. Les circonstances de son placement

Madame B. est arrivée à la résidence en juin 2008. Sa famille et son médecin traitant ont alors jugé nécessaire qu'elle soit prise en charge et encadrée suite à des chutes répétitives et une perte d'autonomie. Madame B. n'a pas été informée de son placement à cause de ses troubles de mémoire, mais a accepté son séjour au sein de la structure.

3. Description de ses différentes pathologies et déficiences

Madame B. présente une démence discrète ainsi que des troubles de la mémoire. Elle souffre d'hypertension artérielle et d'incontinence urinaire. Elle souffre également de dorsalgies et de douleurs du côté droit de ses membres supérieurs. Madame B. se déplace en fauteuil roulant, en raison des difficultés qu'elle rencontre lors de la marche et de la station debout.

4. Son comportement dans la vie quotidienne

Madame B. est une personne agréable, passive, qui apprécie d'être seule. Il lui arrive d'être d'humeur changeante, mais elle maintient une conversation calme et aimable, d'où la nécessité d'être à ses côtés pour un moment d'échange et de partage. Madame B. entretient de bonnes relations avec les autres résidents et l'équipe pluridisciplinaire. Elle apprécie plus particulièrement les heures des repas, car pour elle c'est un moment de convivialité, où elle peut discuter et proposer son savoir-faire concernant l'activité manuelle qui est le tricotage.

Madame B. a toujours aimé tricoter et ces moments de partage la sortent de sa solitude. Malgré son côté réservé, c'est toujours avec un grand sourire qu'elle m'accueille. Elle participe aussi bien aux différentes activités proposées par l'animatrice, la psychomotricienne et moi-même, telles que le loto, la gymnastique douce, les jeux

de balles, ou l'« après-midi détente » (poèmes, chants). Elle est aussi volontaire pour les promenades. Madame B. parle souvent de ses enfants ; il y a des jours où elle refuse de faire la sieste pour ne pas rater leurs visites.

5. Ses habitudes, ses envies, ses besoins, ses désirs et ses capacités

Madame B. est une personne matinale qui aime bien regarder la télévision. Après ses soins et son petit déjeuner, elle s'installe dans son fauteuil pour faire la lecture en attendant l'arrivée de son kinésithérapeute pour ses 6 séances de rééducation.

Madame B. est une personne capable de manger seule, de prendre soin d'elle (mettre du rouge à lèvres, se coiffer et se passer de la crème, etc.).

Madame B. a besoin de l'écoute, de l'attention d'une tierce personne pour l'aider dans les gestes du quotidien, de soins médicaux, de confort et de massages.

Elle a besoin d'être sollicitée. En écoutant parler Madame B., ses envies sont de pouvoir faire quelques pas avec sa canne sans aucune aide, de rentrer chez elle et de s'occuper de ses petits-enfants.

Le moment qu'elle apprécie est quand je lui fais des manucures et le massage des mains (effleurage) pour la détendre. Elle évoque alors des souvenirs me parlant de sa famille, de ses enfants. Elle désire renouveler la relation avec son fils sans oublier l'une de ses filles qui vient occasionnellement. Par contre, elle attend avec beaucoup d'impatience celle qui vient la voir régulièrement.

IV. MON INTERVENTION EN TANT QU'AMP

En tant qu'élève aide médico-psychologique (AMP), j'interviens auprès de Madame B. lors de différentes actions, pour un meilleur accompagnement et m'assurer de son bien-être tout au long de la journée. J'aide Madame B. dans les gestes de la vie quotidienne (toilette, douche, change, etc.) en l'accompagnant aux différents besoins fondamentaux.

La toilette est un moment d'échange, je la stimule, la laissant faire seule en fonction de ses capacités pour son estime de soi. Aussi, lors d'une toilette, je peux effectuer des massages doux (mains et pieds). Mon rôle aussi est de veiller aux soins de confort, d'hygiène afin d'éviter tout risque de rougeur et d'escarre.

1. Le projet individualisé mis en œuvre dans l'établissement

La mise en application de loi du 2 janvier 2002 est obligatoire dans la structure. Elle nécessite la mise en place du projet individuel pour chaque résident.

À partir des observations constatées du parcours de Madame B., le projet individuel est élaboré par le médecin coordinateur, l'infirmière coordinatrice, le kinésithérapeute, la psychologue, sa famille, l'utilisateur s'il est capable de participer et la référente. Pour atteindre ses objectifs, il a été mis en place par le kinésithérapeute des séances de rééducation, pour le côté droit de son membre supérieur et l'aide à la marche, afin de garder son autonomie le plus longtemps possible. Madame B. est au centre de son projet individuel en tenant compte de ses capacités et de ses compétences. Mais aussi de ses attentions et de ses envies pour une meilleure prise en charge et un meilleur accompagnement. Le projet a pour but d'aider Madame B. à garder ses facultés physiques et psychiques.

2. Mon action et mon accompagnement spécifiques auprès de la résidente

- Prévenir la veille des activités du lendemain.
- Faire participer aux différentes activités (physique, récréative, manuelle).
- Stimuler la mémoire (lui rappeler le temps, le jour, la date, l'année, etc.).
- Proposer à la famille de faire des jeux de société.
- Faire la lecture.
- Travailler sa motricité avec l'aide de la psychomotricienne.
- Maintenir ses facultés intellectuelles.

En tant qu'élève aide médico-psychologique, j'ai pour objectifs de mettre en place des activités en fonction des capacités motrices de Madame B. et de stimuler sa mémoire en tenant compte de ses choix.

Les activités et les animations sont également importantes dans une structure ainsi que ma présence à ses côtés pour l'encourager.

Ainsi, j'accompagne Madame B. à des activités physiques (ex : jeux de balles, gymnastique douce) qui permettent de travailler sa motricité avec la psychomotricienne.

Madame B. aime également les activités extérieures : aller au restaurant, les sorties... et je me fais un réel plaisir de l'accompagner à des sorties organisées par l'animatrice.

Au moment des repas, j'accompagne Madame B. dans l'espace de vie de l'étage : c'est un lieu où mangent certains résidents. Avant le repas, je prends le temps pour parler du menu avec elle. À table, je l'observe car c'est une personne qui n'a pas grand appétit. Je la stimule en tenant compte de ses goûts et de ses envies.

3. Évaluation

J'ai pu constater que Madame B. a eu un changement satisfaisant vis-à-vis des résidents et de l'équipe. J'ai observé dans son attitude qu'elle restait moins seule. Il y a donc eu des améliorations vis-à-vis de sa socialisation. J'ai vraiment mis Madame B. au centre de mes préoccupations et établi ce projet avec elle dans le respect de ses attentes et de ses désirs. Madame B. a fait des progrès au niveau de ses capacités motrices. Par exemple : faire seule sa tartine, elle peut aussi tenir une carafe d'eau et se servir vu qu'elle est droitnière.

En accompagnant Madame B., ce moment devient un instant privilégié, elle se sent valorisée. En laissant le temps à Madame B., elle peut être cohérente et faire beaucoup de choses tout en la stimulant.

V. CONCLUSION

Ce stage m'a apportée une conscience plus ample de ce que représente le métier d'aide médico-psychologique. Cela m'a permis à la fois d'approfondir mes connaissances sur la personne âgée et de prendre en compte chaque situation de manière plus efficace afin de mieux répondre aux besoins du patient ou personne accompagnée. Cette expérience m'a permis d'améliorer mes compétences notamment mon savoir-faire.

Madame B. est au cœur de son projet. Nous avons toutes les deux dialogué ces derniers temps. J'ai pu mieux la connaître, m'informer sur son vécu, ses envies, sa famille, sur ce qu'elle aime ou pas. Je m'aperçois avec le recul que Madame B. demande une attention et une écoute plus importantes de ma part et de celle de l'équipe. L'image qui ressort de Madame B. paraît celle d'une personne satisfaite de son séjour au sein de la structure. Elle est une personne enthousiaste.

Mon objectif principal a été le bien-être et le confort de Madame B. afin de faciliter ses progressions dans les différentes activités. Cette étude de cas a été très intéressante et enrichissante pour mon apprentissage et ma future carrière professionnelle.

DC6



Communication
professionnelle
et vie institutionnelle



Apport théorique : 35 heures

L'arrêté de 2006 définit le domaine de compétences, les compétences et les indicateurs de compétences (Annexe I, Référentiel professionnel, Domaines de compétences).

DOMAINE DE COMPÉTENCES 6 Communication professionnelle et vie institutionnelle	
COMPÉTENCES	INDICATEURS DE COMPÉTENCES
6.1. Connaître le projet institutionnel et situer son action dans ce projet	<ul style="list-style-type: none"> - Capacité à situer l'institution et son projet dans le contexte médico-social. - Connaître et savoir utiliser les partenariats inter-institutionnels dans les limites de ses prérogatives. - Savoir situer son action et ses limites dans l'environnement institutionnel.
6.2. Travailler en équipe pluri-professionnelle dans le contexte institutionnel et participer à la vie de l'institution ou du service	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance de l'organigramme et des fonctions de chacun des membres de l'équipe. - Capacité à s'exprimer à l'oral et à l'écrit. - Savoir argumenter et soumettre sa réflexion et ses propositions à l'équipe. - Savoir accueillir de nouveaux professionnels. - Savoir entretenir et actualiser sa culture professionnelle et ses connaissances.
6.3. Déterminer et transmettre les informations utiles aux membres de l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> - Savoir utiliser les divers supports de communication. - Connaissance des différents types et objectifs de réunions. - Savoir gérer sa participation et sa communication. - Savoir respecter la vie privée de la personne aidée dans les échanges professionnels.

Les thématiques ou contenus de formation sont les suivants (Annexe III, Référentiel de formation).

CONTENUS DU DOMAINE DE FORMATION 6
Politiques sociales et acteurs
Contexte législatif et réglementaire des institutions et de leurs acteurs Institutions sociales et médico-sociales et leur fonctionnement (statut, fonctionnement, financement, etc.)
Organisation des institutions : <ul style="list-style-type: none"> - le projet institutionnel ; - l'équipe pluri-professionnelle, les familles et les bénévoles ; - les instances du travail en équipe, réunions et outils de transmission de l'information.
Notions de droit du travail Responsabilité civile et pénale Accompagnement pédagogique de la professionnalisation et de la construction de l'identité professionnelle

Les enjeux du DC6. Définir le travail d'équipe

L'AMP intervient au sein d'une équipe pluridisciplinaire, sous la responsabilité d'un travailleur social (éducateur) ou paramédical (infirmier). Selon les lieux d'exercice, l'AMP contribue à l'action éducative (secteur social et médico-social) et/ou à l'action médicale (secteur sanitaire). Il s'agit pour l'AMP d'y **tenir la posture professionnelle** qui lui est propre et d'intégrer son action dans le travail de l'équipe.

L'AMP collabore en parité (en égalité) avec les aides-soignants, les éducateurs spécialisés, les animateurs, les infirmiers. Cette collaboration suppose de savoir communiquer en équipe et avec l'équipe. L'enjeu principal pour l'AMP est de faire valoir ses compétences d'animation et de soutien médico-psychologique, en les intégrant dans la multiplicité des compétences des autres professionnels. Il s'agit d'être vigilant à **coordonner ses actions à celles des autres professionnels**, pour assurer une continuité et participer à une logique commune de soins et d'accompagnement des personnes. Les techniques de soins, de nursing et le soutien médico-psychologique en établissement sanitaire, par exemple, contraignent les professionnels à **se concerter** de façon permanente. Dans un autre champ d'activité, l'accompagnement à domicile suppose une coordination de tous les acteurs d'un territoire (lesquels constitue alors un réseau). L'AMP qui travaille dans ce champ, dans une **logique de réseau**, doit connaître et comprendre les grandes lignes des politiques sociales et sanitaires développées sur ce même territoire.

Par conséquent, les AMP, pour s'inscrire dans le projet collectif et y contribuer, doivent être en capacité de :

- **faire des liens** entre le social, le médical et le psychologique ;
- **communiquer** avec les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Participer à l'élaboration des projets personnalisés ou de soins et maîtriser les Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) sont des compétences requises pour le travail en équipe. En effet, l'AMP utilise les outils informatiques avec l'avènement du numérique : ordinateur, logiciels, Internet... Cette technologie permet à la fois la gestion administrative et le suivi des personnes. Elle est d'ailleurs utilisée par les personnes en situation de handicap et de dépendance et devient donc un support à la relation.

Quelques notions centrales ayant trait au travail d'équipe et à la communication dans ce cadre sont présentées ci-après.

Statut, fonction, rôle

L'équipe est un groupe où chaque professionnel a un statut, assume une fonction et joue un rôle. Le **statut** permet l'exercice d'une fonction à partir d'un diplôme. C'est une reconnaissance sociale qui trouve sa définition dans les *conventions collectives*, le *contrat de travail* et la *fiche de paie*.

La **fonction** est la part que chaque professionnel tient dans la mise en œuvre du projet collectif. Généralement les fonctions sont décrites dans la *fiche de poste*. On détermine la fonction d'un professionnel dans une activité en répondant à la question : qui fait quoi dans telle activité ? Il s'agit souvent d'une responsabilité clairement donnée et assumée. Dans un travail d'équipe, lors d'une animation par exemple, l'éducateur spécialisé peut concevoir le projet, tandis que l'AMP peut tenir une fonction de soutien médico-psychologique lors de l'activité.

Le rôle définit la manière d'exercer la fonction, manière modelée par ses propres caractéristiques personnelles et professionnelles (autoritaire, apaisant, moteur...).

Coordinateur et coordination

Au sein d'un établissement ou d'un service du secteur social, médico-social et sanitaire, la **fonction de coordination** est généralement **assurée par un cadre** (chef de service, infirmière coordinatrice...). Néanmoins, dans certains établissements (MECS, MAS, FAM ou encore CHRS), d'autres professionnels, comme les éducateurs spécialisés, peuvent aussi tenir ce rôle de coordinateur.

La coordination vise à **organiser les actions de l'équipe pluridisciplinaire** pour la réalisation des projets individuels et collectifs. L'accompagnement des personnes se réalise ainsi à travers la coordination des différentes actions menées par chaque professionnel.

Le coordinateur anime les réunions de projets personnalisés ou de soins. Il assure en équipe la **cohérence de l'action socio-éducative et soignante**. Il est aussi l'interlocuteur des différents acteurs du projet. Il partage les informations afin de faciliter l'accompagnement.

LES DIFFÉRENTS PROJETS

■ **Projet associatif**

Il est porté par un conseil d'administration et définit les orientations (objectifs) de l'association, ainsi que les valeurs (solidarité, écoute de la personne accueillie, promotion de la citoyenneté, respect de l'intimité...) qui fondent son action.

■ **Projet institutionnel**

Autrement appelé projet d'établissement, il est établi pour une durée de 5 ans maximum. Il définit des objectifs et des moyens sur le plan humain, matériel et financier ainsi que des modalités d'organisation et de fonctionnement. Le projet d'établissement est un des 7 outils de la loi du 2 janvier 2002 qui intègre les droits des usagers et l'évaluation.

■ **Projet individualisé**

Autrement appelé projet personnalisé ou individuel, il est centré sur l'individu ou la personne. Il définit des objectifs, des moyens qui prennent en compte les besoins, les désirs et les attentes de la personne accompagnée. Le projet individualisé s'inscrit dans un travail d'équipe en collaboration avec la personne et sa famille.

Équipe pluri-professionnelle et équipe pluridisciplinaire

L'**équipe pluri-professionnelle** est composée de tous les professionnels d'un établissement ou d'un service (secrétariat, hommes d'entretien, cuisiniers, équipe médicale, éducative, etc.).

L'**équipe pluridisciplinaire**, quant à elle, est constituée uniquement des professionnels qui participent directement à la mission éducative et soignante. Elle est composée des professionnels de chaque discipline : médicale (médecin, psychiatre), paramédicale (infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes, ergothérapeutes...), éducative (AMP, éducateurs spécialisés, moniteur-éducateurs...).

Communication écrite et communication orale

Que ce soit pour concevoir, mener ou évaluer ses actions, l'équipe pluridisciplinaire communique continuellement, à chaque étape, par oral et par écrit. Les outils de cette communication sont variés, en termes de réunions et d'écrits.

Réunions

Les réunions se tiennent selon une programmation qu'il faut repérer dans chaque établissement ou service. Les échanges verbaux s'appuient parfois sur la base d'écrits professionnels. Le travail social possède une culture traditionnellement orale mais qui intègre de plus en plus l'écrit, alors que le secteur médical utilise spontanément souvent l'écrit professionnel comme base à la discussion.

Écrits professionnels

Les écrits professionnels se définissent selon leur contenu : compte rendu, rapport, bilan, transmission... Les terminologies employées pour nommer chaque écrit et ce qu'elles recouvrent varient parfois d'un établissement à un autre (projet individualisé, projet personnalisé, document individuel de prise en charge, etc.).

QU'EST-CE QU'UN ÉCRIT PROFESSIONNEL ?

- Il permet de mettre en mémoire des informations recueillies et laisse une trace des débats entre les professionnels.
 - Il peut être transmis aux parents, responsables légaux, usagers, autorités de contrôle ou encore évaluateurs externes.
 - C'est un document de travail identifié, défini et inscrit dans une dimension collective, institutionnelle et inter-institutionnelle (certains écrits sont communiqués aux partenaires extérieurs à l'institution).
-

Voici présentés **quatre types d'écrits utilisés en lien avec les réunions** : soit parce qu'ils servent d'appui aux échanges, soit parce qu'ils sont rédigés à l'issue de la réunion à partir des échanges qui s'y sont tenus.

▼ **Compte rendu**

Il relate les éléments importants d'un évènement (réunion, entretien, activité...) d'une manière objective, sans commentaire personnel ou interprétation. Le compte rendu décrit les faits et restitue les dires le plus fidèlement possible.

▼ **Cahier d'observations**

Il permet de transmettre des informations et des observations utiles pour l'ensemble de l'équipe. Le cahier est un écrit à usage collectif qui sert à l'élaboration des bilans ou des synthèses.

▼ **Bilan**

Il relate l'évolution d'une personne accompagnée dans un temps déterminé. Le bilan est généralement effectué tous les 3 ou 6 mois selon les établissements ou services. Un bilan est écrit par chaque métier (bilan orthophonie, bilan psychologique...).

▼ **Synthèse**

Elle permet l'articulation de tous les bilans effectués par chaque professionnel et aboutit à l'élaboration du projet individualisé ou personnalisé. La synthèse dégage des priorités pour l'accompagnement éducatif et thérapeutique.

Écrits-cadres

À côté de ces écrits professionnels directement liés à l'accompagnement des personnes particulières et de leur projet de vie, la loi du 2 janvier 2002 dit la nécessité de produire des **écrits-cadres de l'activité**. Par exemple : le projet institutionnel ou d'établissement (voir encadré p. 187), la Charte des droits et libertés, le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour...

▼ **Charte des droits et libertés**

Elle énonce et informe sur les droits et libertés de la personne accueillie. La charte est annexée au livret d'accueil qui est remis à la personne ou son représentant.

▼ **Règlement de fonctionnement**

Il permet de connaître les principes qui régissent la vie collective, les modalités pratiques d'organisation, de fonctionnement de l'établissement. Il définit les responsabilités au sein de l'établissement.

▼ **Livret d'accueil**

Il informe les usagers, les partenaires. Il explique les missions et précise les conditions de l'accueil et de la prise en charge.

▼ *Contrat de séjour*

Il est établi pour tout séjour d'une durée supérieure à deux mois. Le contrat formalise les objectifs, la nature et les moyens de la prise en charge avec la personne accueillie et ses représentants.

Confidentialité et discrétion

Les écrits professionnels comme les réunions ont un caractère confidentiel et de discrétion.

Par ailleurs, la loi du 2 janvier 2002 rénovant le secteur social et médico-social et la loi du 4 mars 2002 sur les droits des patients obligent les établissements à communiquer les documents les concernant aux usagers ou à leurs représentants légaux sur leur demande. Dans ces écrits, il convient donc de penser à ce qu'on dit, et ce qu'on ne dit pas, et comment on le dit. Il est impératif de respecter les droits des personnes. Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne, et le respect de la vie privée s'articulent ainsi au secret professionnel et au devoir de discrétion.

L'AMP et les travailleurs sociaux en général, au même titre que les professionnels de santé, sont dépositaires de certaines informations à caractère secret comme le nom, l'adresse, les difficultés médicales ou encore la situation administrative, financière et judiciaire de l'usager ou du patient. Toutes ces informations sont généralement consignées dans son dossier. Les médecins, aides-soignants, infirmières sont soumis au **secret professionnel** : cela signifie qu'ils ne peuvent pas révéler les informations collectées à propos de ce patient hors du cadre professionnel. Par ailleurs, si les informations sont révélées à des collègues ou des partenaires, cela signifie que ces derniers sont également soumis au secret professionnel et que la personne soignée a autorisé que ces informations soient partagées (cela est important pour ne pas rompre la relation de confiance).

L'AMP et l'éducateur spécialisé ne sont pas soumis au secret professionnel – sauf dans le cadre de certaines missions comme à l'Aide Sociale à l'Enfance ou ASE. Par contre, ils sont soumis à la **discrétion professionnelle**. Cela signifie qu'ils garantissent la confidentialité des informations qu'ils détiennent sur les personnes qu'ils accompagnent et qu'ils s'assurent que ces informations peuvent être transmises aux personnes autorisées (collègues, partenaires aussi soumis à la discrétion) avant toute initiative.

Il existe une **exception** où les obligations de discrétion et de secret professionnel peuvent être levées : c'est **lorsque la personne accompagnée se retrouve en danger**. S'il apprend des faits de maltraitance (séviçes, atteinte sexuelle sur mineur...), l'AMP, au même titre que les autres travailleurs sociaux, doit les signaler aux autorités compétentes (direction, commissariat et procureur de la République).

L'enjeu donc dans la transmission des informations, qu'elle soit écrite ou orale, est de faire preuve de rigueur et de vigilance au quotidien. Si le **partage des informations** est soumis à des obligations légales, il a pour finalité de servir l'intérêt des personnes accompagnées.

Le référentiel d'évaluation

Le travail pluridisciplinaire contraint à partager des points de vue en collectif. La visée d'une même finalité par les divers professionnels permet à l'équipe de travailler dans le même sens. Cela dit, chaque professionnel se voit attribuer des objectifs particuliers, en fonction de ses compétences.

C'est l'articulation de l'ensemble des compétences de l'équipe pluridisciplinaire qui permet d'approcher de la finalité commune, pour le bien-être des personnes accompagnées. La difficulté est de se mettre d'accord objectivement, à la fois avec l'équipe mais aussi avec la personne accompagnée.

L'évaluation systématique et régulière des actions est entendue comme une nécessité. Mais certains objectifs sont difficiles à évaluer, notamment parce que les situations sont souvent complexes. Pour que les professionnels puissent partager les effets de leur pratique, ils doivent élaborer des référentiels d'évaluation. Ce référentiel est un document sous forme de tableau : ce tableau précise les *objectifs*, les *moyens* pour les atteindre et les **critères d'évaluation** (éléments concrets, observables).

Ainsi, les projets personnalisés, qu'ils soient éducatifs ou de soins, contraignent les professionnels à s'interroger collectivement en permanence, la question étant : **les moyens mis en œuvre pour atteindre les objectifs sont-ils adaptés ?** Les réunions et les écrits professionnels sont en ce sens les supports privilégiés pour effectuer ce travail d'évaluation.

Réalité évaluée	Objectif 1 :	Moyen 1 :	Critère 1 :
			Critère 2 :
			Critère 3 :
		Moyen 2 :	Critère 1 :
			Critère 2 :
			Critère 3 :

L'épreuve de certification du DC6

Présentation du domaine de certification

Compétences évaluées	Une épreuve écrite organisée par la DRJSCS en fin de formation
<ol style="list-style-type: none">1. Connaître le projet institutionnel et situer son action dans ce projet.2. Travailler en équipe pluri-professionnelle dans le contexte institutionnel et participer à la vie de l'institution ou du service.3. Déterminer et transmettre les informations utiles aux membres de l'équipe.	<p>Contrôle de connaissances</p> <p>1^{re} partie : une question à réponse développée sur les techniques de communication professionnelle.</p> <p>2^e partie : 2 questions à réponses courtes à choisir parmi 3 questions proposées. Les questions portent sur les cadres juridiques et institutionnels dans lesquels s'inscrivent les établissements et services médico-sociaux.</p> <p>Durée : 1 h 30 Notation sur 20</p>

L'objectif de l'épreuve

Évaluer les connaissances du candidat sur le contexte des établissements et services médico-sociaux ainsi que sur les techniques de communication professionnelle.

L'esprit de l'épreuve

Cette épreuve vise à évaluer les capacités du candidat à utiliser le vocabulaire approprié pour échanger avec les professionnels du secteur. La connaissance des différents outils de communication et du cadre légal permet à l'AMP de participer aux échanges et à la vie institutionnelle.

Les critères de notation

1^{re} partie : Connaissance des techniques de communication professionnelle.

2^e partie : Connaissance des cadres juridiques et institutionnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

BON À SAVOIR !

À titre indicatif : 10 points pour la question longue et 5 points par question courte (total : 20 points).

Une grille de correction est remise à chaque correcteur, le jour de la correction. Elle présente des éléments de correction pour le guider dans son évaluation.

En cas de note inférieure à 10/20, le correcteur soumet la copie à l'avis d'un autre correcteur avant attribution de la note finale.

Conseils méthodologiques

Finalité de l'épreuve

L'épreuve du DC6 consiste à interroger les connaissances du candidat sur plusieurs thématiques :

- les lois et les dispositifs qui en découlent ;
- les différents secteurs d'intervention, établissements et services : handicap, personnes âgées, insertion sociale, etc. ;
- le droit du travail ;
- les responsabilités professionnelles (civile et pénale) ;
- les outils pour le travail d'équipe.

Il s'agit pour les correcteurs d'évaluer vos compétences en ce qui concerne :

- la compréhension du fonctionnement des institutions, établissements et services du secteur sanitaire, social et médico-social ;
- la communication au sein d'une équipe pluri-professionnelle ;
- la transmission des informations.

Proposition de méthode

La forme de votre écrit

La « question à réponse développée » et les « questions à réponses courtes » sont deux parties distinctes de votre écrit.

1^{re} partie. La question à réponse développée :

La forme de l'écrit est proche de celle de l'épreuve du DC4 : introduction – développement avec parties (titres et sous-titres) – conclusion. Votre réponse est illustrée d'exemples issus de vos terrains de stage ou de votre expérience professionnelle.

2^e partie. Les questions à réponses courtes :

- votre écrit s'appuie sur les mots clés que vous devez repérer dans les questions et reprendre dans votre copie. Ces mots clés constituent le thème central de la question. Vous devez en donner une définition ;
- les sigles sont à développer en toutes lettres (exemple : CAF, Caisse d'Allocations Familiales ; MDPH, Maison Départementale des Personnes Handicapées...).

Le contenu de votre écrit

1^{re} partie. La question à réponse développée :

Les thèmes relatifs aux techniques de communication professionnelle portent sur le projet institutionnel, l'équipe pluri-professionnelle et pluridisciplinaire, la transmission de l'information (réunions, écrits), les fonctions et rôles de chaque

professionnel. Votre introduction doit préciser le contexte de votre intervention (type d'établissement ou de service, public et pathologies) avant de présenter les différentes parties que vous allez développer à partir d'exemples issus de votre expérience de terrain. En conclusion, il s'agit de synthétiser les éléments importants de votre développement.

2^e partie. Les questions à réponses courtes :

Les sujets proposés sont variés et portent généralement sur le cadre légal (lois 2002, 2005, 2007), les institutions partenaires, les établissements et services pour enfants, adultes et personnes âgées ; ainsi que sur les obligations et responsabilités professionnelles et sur des notions de droit du travail.

Attention ! Gérez bien votre temps. Nous vous conseillons de consacrer la moitié de votre temps d'épreuve à la question à réponse développée et l'autre moitié aux questions à réponses courtes.

Entraînement. Annales corrigées

Épreuve DC6 Île-de-France – mai 2012

DRJSCS d'Île-de-France
mai 2012

DC6 : Communication professionnelle et vie institutionnelle

Question à réponse développée

Dans le cadre de votre pratique, quelle importance donnez-vous aux transmissions écrites ? Précisez les formes possibles que ces transmissions peuvent prendre, leur destinataire et l'intérêt de leur utilisation pour chacune d'elles. Illustrez votre réponse par des exemples.

Développez votre réponse.

Questions à réponses courtes

QUESTION 1 :

Qu'est-ce qu'un projet institutionnel ?

Quelles sont les informations qu'il contient ? À quoi sert-il ?

QUESTION 2 :

Que signifie le sigle EHPAD ?

Quelle population est accueillie dans ce type de structure ?

Quelles sont les principales missions ?

QUESTION 3 :

Que signifie le sigle APA ? À qui s'adresse cette allocation ?

Citez deux conditions pour pouvoir en bénéficier.

Éléments de réponse

Question à réponse développée

Dans le cadre de votre pratique, quelle importance donnez-vous aux transmissions écrites ? Précisez les formes possibles que ces transmissions peuvent prendre, leur destinataire et l'intérêt de leur utilisation pour chacune d'elles. Illustrez votre réponse par des exemples.

Développez votre réponse.

Introduction

Présentez le ou les lieux de stage qui vont permettre d'illustrer vos réponses.

Définition : les transmissions écrites permettent d'améliorer la circulation des informations au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Elles facilitent la continuité des soins et la cohérence dans l'accompagnement éducatif.

Les différents supports

Il existe plusieurs supports de transmission :

- **le cahier d'observations :** permet la transmission à l'équipe pluridisciplinaire de données objectives et datées pour l'écriture des bilans et des synthèses ;
- **le cahier de transmission ou de liaison :** permet la transmission des informations au quotidien, notamment les éléments nécessaires à la compréhension des situations. Il transmet des informations lors des relais entre l'équipe du matin et celle du soir. La liaison peut se faire aussi avec la famille lors des retours de week-end par exemple ;
- **le cahier de réunion :** permet de transmettre les contenus abordés lors de la rencontre entre professionnels (ordre du jour). Il s'agit d'identifier l'objet de la réunion : synthèse, supervision, analyse des pratiques, coordination, etc. Le cahier est destiné aux collègues de travail et aux responsables d'encadrement ;
- **le bilan :** permet la transmission d'informations sur l'accompagnement à une date donnée. C'est un document qui permet l'élaboration des synthèses en équipe pluridisciplinaire ;
- **la synthèse :** permet la compréhension des situations à partir des bilans effectués par chaque professionnel ;
- **le compte rendu :** permet la restitution des faits, transmet des informations sur un événement. Il est porté à la connaissance des responsables : chef de service, directeur.

Conclusion

Vous pouvez terminer en évoquant les transmissions orales complémentaires aux transmissions écrites.

Question à réponse courte

Question 1 : Qu'est-ce qu'un **projet institutionnel** ?
Quelles sont les **informations** qu'il contient ? À quoi sert-il ?

■ **Mots clés** : projet institutionnel – informations contenues.

Selon la loi du 2 janvier 2002, le **projet institutionnel**, autrement appelé projet d'établissement, est un outil obligatoire qui garantit les droits des usagers. Il définit des objectifs et rend lisible l'organisation et le fonctionnement de l'établissement.

Le projet contient les informations suivantes :

- l'histoire et les valeurs de l'organisme gestionnaire ;
- les missions ;
- le public ;
- la relation avec les parents, la famille et l'entourage ;
- la nature de l'offre de services et son organisation ;
- les principes d'intervention ;
- l'identification des professionnels ;
- les objectifs d'évolution et de développement.

Question à réponse courte

Question 2 : Que signifie le sigle **EHPAD** ? Quelle **population** est accueillie dans ce type de structure ? Quelles sont les principales **missions** ?

■ **Mots clés** : EHPAD – population – missions.

L'**Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes** (EHPAD) accueille des personnes âgées dépendantes. Ses principales missions sont :

- proposer un hébergement collectif ou individuel et des services de restauration et de blanchisserie ;
- aider à la vie quotidienne : aide à l'hygiène, aux repas, aux déplacements, etc. ;
- proposer des activités de loisirs ;
- proposer des soins continus 24h/24 ;
- accompagner les personnes en fin de vie.

Question à réponse courte

Question 3 : Que signifie le sigle **APA** ? À qui s'adresse cette allocation ? Citez deux **conditions** pour pouvoir en bénéficier.

■ **Mots clés** : APA – conditions.

L'**Allocation Personnalisée d'Autonomie** est une allocation qui permet la prise en charge des personnes en perte d'autonomie. Elle permet de financer les aides nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante.

Les conditions :

- être âgé de 60 ans ou plus ;
- avoir une résidence stable en France ;
- pas de conditions particulières de ressources financières.

Épreuve DC6 Centre – juin 2012

DRJSCS RÉGION CENTRE (juin 2012)

Épreuve écrite. DC6 : Communication professionnelle et vie institutionnelle

Question à réponse développée

Vous êtes AMP depuis plus de deux ans au foyer de vie « Les Hirondelles ». Vous êtes référent(e) de Catherine, âgée de 28 ans, atteinte de déficience intellectuelle moyenne. Présente dans le foyer depuis quelques mois, elle bénéficie d'une mesure de tutelle.

Aujourd'hui, Catherine vous explique qu'elle s'ennuie et qu'elle voudrait aller au club de danses urbaines qui se trouve à quelques centaines de mètres du foyer. Que transmettez-vous comme information ? À qui destinez-vous ces informations ? Quels outils de communication allez-vous utiliser ? Pourquoi ? Comment ? Avec quelles précautions ?

Deux questions à réponses courtes à choisir parmi trois proposées

Chaque question notée sur 5 points.

Question 1 : Une institution sociale ou médico-sociale doit remettre certains documents à la personne ou à son représentant légal, lors de son entrée en établissement. Quels sont les documents concernés ? Précisez leur contenu. Citez la loi de référence.

Question 2 : Qu'est-ce que l'AAH ? Quelles sont les conditions d'attribution ?

Question 3 : Qu'est-ce qu'une MAS ? Quelles sont ses missions ?

Éléments de réponse *

Question à réponse développée

Vous êtes AMP depuis plus de deux ans au foyer de vie « Les Hirondelles ». Vous êtes référent(e) de Catherine, âgée de 28 ans, atteinte de déficience intellectuelle moyenne. Présente dans le foyer depuis quelques mois, elle bénéficie d'une mesure de tutelle.

Aujourd'hui, Catherine vous explique qu'elle s'ennuie et qu'elle voudrait aller au club de danses urbaines qui se trouve à quelques centaines de mètres du foyer.

Que transmettez-vous comme information ? À qui destinez-vous ces informations ? Quels outils de communication allez-vous utiliser ? Pourquoi ? Comment ? Avec quelles précautions ?

* Éléments de réponse proposés par la DRJSCS Centre. Avec son aimable autorisation.

1. Le traitement de la question doit faire apparaître :

- l'utilisation des techniques de communication en lien avec l'accompagnement personnalisé ;
- le projet individualisé ;
- les réalités juridiques et institutionnelles.

Proposition d'un plan de développement de la question :

- Quoi ? Comment est appréhendée la situation ?
- Agir, faire seul ou avec, quelle répartition ?
- À qui ? Avec qui ?
- Comment ? Entretien formel, réunion, message...
- Avec quel support ? Protocole, procédure, cahier de liaison ou de transmission...
- Par quels canaux ? Oral, écrit ou les deux ?
- Avec quelles précautions ? Éthique, déontologie, limites de compétences...

2. Illustration du sujet proposé

Quoi ?

Catherine, âgée de 28 ans, atteinte d'une déficience intellectuelle moyenne et résidente depuis peu au foyer de vie, s'ennuie et souhaiterait faire de la danse urbaine au sein d'un club dans le quartier.

Quelles stratégies ?

L'AMP va définir les priorités liées à ce projet. Dans un premier temps, il va demander à Catherine si elle est déterminée dans son choix, quelles sont ses motivations et si cette activité peut s'inscrire dans son projet personnalisé. L'AMP en parlera à l'équipe, parents et/ou tuteur, prendra tous les contacts nécessaires pour accompagner Catherine dans la concrétisation de son projet.

Quelles informations sont transmises et à qui ?

- Repérage du club, en ce qui concerne la distance entre le club et l'établissement : réflexion autour des trajets et de l'accompagnement.
- Contact avec Catherine et le prof de sport, informations sur l'activité, le coût, la demande d'une séance d'essai, si la présence d'un AMP est nécessaire, donner quelques informations concernant Catherine tout en respectant une discrétion professionnelle.
- Soumettre à l'équipe au cours d'une réunion le projet de Catherine, les premières recherches et contacts effectués afin d'évaluer la faisabilité du projet.
- Informer le tuteur et/ou la famille (sur le désir de Catherine, sur le coût de l'adhésion et l'achat de la tenue, du matériel).
- Prévoir un rendez-vous avec un médecin pour un certificat médical.
- Prévoir une rencontre avec la psychologue (afin d'aborder la notion d'ennui chez Catherine).

Comment ?

– Après avoir écouté la demande de Catherine, je l’informe que je ne peux pas prendre de décision seul et que je vais transmettre sa demande à l’équipe éducative lors de la prochaine réunion et que nous ne manquerons pas de la tenir au courant de la suite donnée à sa demande.

– J’écris sur le cahier de liaison ou de transmission les événements relatés par Catherine. J’explique qu’elle s’ennuie au sein de l’institution et qu’elle désire faire de la danse urbaine. Je précise la date et l’heure et je signe.

– Ces dernières transmissions écrites ne seront pas approfondies. La situation sera décrite succinctement au reste de l’équipe pluri-professionnelle : une vigilance s’impose dans les jours prochains sur l’état psychologique de Catherine. Par ailleurs, j’écris une information plus complète et plus détaillée dans le dossier de la personne concernée (si pratique institutionnelle). Je propose par écrit sur le cahier de liaison, au chef de service, au référent et à l’équipe d’aborder la situation de Catherine à la prochaine réunion d’équipe et j’informe lors d’un entretien la psychologue du sentiment d’ennui de Catherine, par prévention.

– Après la réunion, un compte rendu sera fait.

1. Si la demande de Catherine est acceptée, avec l’accord de mon supérieur hiérarchique et de l’équipe, je contacte par téléphone les parents et/ou le tuteur pour les informer du projet de Catherine. Puis je programme une visite avec elle au club de sport et sollicite une séance d’essai avec l’entraîneur. Je prends ou je sollicite l’infirmière pour avoir un rendez-vous avec le médecin afin d’obtenir un certificat médical. Toutes ces démarches et étapes seront notées dans le cahier de transmission. Si le projet se concrétise, un planning d’accompagnement sera élaboré pour l’organisation des trajets. La famille et le tuteur seront informés par courrier ou téléphone de la finalisation du projet.

2. Si la demande n’est pas acceptée ou différée (raison médicale, activité inadaptée, coût trop onéreux...), l’AMP recevra Catherine en entretien pour l’informer des suites de sa demande. Un compte rendu écrit sera rédigé et mis dans le dossier de Catherine. Un message sur le cahier de transmission permettra à l’équipe de savoir que ce CR (compte rendu) existe et qu’il est consultable.

Avec quelles précautions ?

Rassurer le résident en lui disant que toutes les dispositions sont mises en œuvre pour faire aboutir son projet ; sans lui donner de faux espoirs en termes de faisabilité et/ou de délais. L’AMP doit être vigilant et respecter les limites de compétences liées à son poste, il ne doit pas divulguer d’informations trop personnelles sur Catherine. Les notions de confidentialité, d’éthique, de déontologie doivent être respectées. Dans chaque établissement, il existe une procédure organisationnelle : la respecter pour toutes les démarches entreprises.

Question à réponse courte

Question 1 : Une institution sociale ou médico-sociale doit remettre certains **documents** à la personne ou à son représentant légal, lors de son **entrée en établissement**. Quels sont les documents concernés ? Précisez leur **contenu**. Citez la **loi** de référence.

■ **Mots clés** : documents – entrée en établissement – contenu – loi.

Les documents réglementaires qui favorisent le respect et les droits des usagers rendus obligatoires par la loi du 2 janvier 2002 sont :

– **le livret d'accueil** : il s'agit d'un document qui doit être annexé à la Charte des droits et des libertés de la personne accueillie et du règlement de fonctionnement. Il est à remettre à l'utilisateur lors de son entrée en institution. La loi du 2 janvier 2002 n'impose pas de contenu particulier si ce n'est la situation géographique et l'organisation générale de l'institution. L'essentiel est que ce document soit le plus adapté possible aux spécificités du public accueilli ;

– **le règlement de fonctionnement** : ce document définit autant les droits de la personne accueillie que ses obligations au sein de l'établissement. Son contenu fait apparaître l'organisation de l'établissement, la sécurité des personnes et des biens, etc. Il est recommandé d'afficher le règlement de fonctionnement et de le communiquer à chaque collègue ;

– **la Charte des droits et des libertés de la personne accueillie** : son contenu reprend certains énoncés de la loi de 2002 comme : le droit à la vie privée et à l'intimité, le droit à une pratique religieuse, etc. Ce dossier doit être à la disposition de tous les usagers soit par l'affichage ou bien déposé dans une salle d'accueil ;

– **le contrat de séjour** : il prend la forme d'un Document Individuel de Prise en Charge (DIPC). L'idée est de reconnaître l'utilisateur comme acteur de son propre projet. Un contrat de séjour doit être signé par l'utilisateur et l'établissement, impliquant une relation d'égalité, de réciprocité dans les droits et devoirs de chacun, l'acceptation d'obligation et de responsabilisation respectives.

Question à réponse courte

Question 2 : Qu'est-ce que l'**AAH** ? Quelles sont les **conditions d'attribution** ?

■ **Mots clés** : AAH – conditions d'attribution

AAH : l'**Allocation aux Adultes Handicapés** est instituée par la loi du 30 juin 1975. L'AAH est la principale allocation parmi celles qui doivent assurer le droit à l'autonomie financière des handicapés moteurs, sensoriels et mentaux. Pour en bénéficier, il faut justifier d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 80 %. Le taux d'invalidité étant apprécié par la CDAPH (**Commission des Droits et de l'Autono-**

mie des Personnes Handicapées). Autre condition d'attribution : la personne handicapée doit résider en France au moins six mois dans l'année, avoir plus de 20 ans. L'AAH est accordée pour une période au moins égale à un an et au plus à cinq ans et peut être renouvelée.

Question à réponse courte

Question 3 : Qu'est-ce qu'une **MAS** ? Quelles sont ses **missions** ?

■ **Mots clés** : MAS – missions.

MAS : **Maison d'Accueil Spécialisé**. Une MAS reçoit des personnes polyhandicapées, atteintes d'un handicap intellectuel et moteur. L'état de ces personnes nécessite un accompagnement spécifique dans les actes essentiels du quotidien, ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants. Une MAS est un établissement médico-social financé par l'assurance maladie. L'encadrement est constitué d'une équipe pluri-professionnelle.

Épreuve DC6 Région Sud-Est – mars 2012

Épreuve DRJSCS – mars 2012

DC6 : Communication professionnelle et vie institutionnelle

Contrôle de connaissances

Durée : 1 h 30

Notation sur 20

Questions à réponses courtes

Vous devez choisir 2 questions parmi les 3 proposées

Question 1 : Que signifie CVS ? Quelle est sa composition et quelles sont ses missions ?

Question 2 : En tant qu'AMP, vous pouvez travailler dans des établissements issus du secteur social, médico-social et de la gérontologie. Que signifient alors les sigles suivants :

EHPAD-CHRS-MECS-MAS-PASA-IME-FAM et IEM.

Question 3 : À qui est destinée l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ? À partir de quel outil est évaluée la perte d'autonomie de la personne âgée ?

Question à réponse développée

Dans sa pratique professionnelle, l'AMP est amené à utiliser différents types d'écrits pour communiquer. Selon vous, quelle est l'importance d'un écrit professionnel ? Vous choisirez un écrit professionnel que vous utilisez, montrerez à qui il est destiné, les informations que vous y mettez et à quoi elles vont être utiles.

Éléments de réponse

Question à réponse courte

Question 1 : Que signifie **CVS** ? Quelle est sa **composition** et quelles sont ses **missions** ?

■ **Mots clés :** CVS – composition – missions.

Le **Conseil de la Vie Sociale** (CVS), conformément à l'article 10 de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, est un outil destiné à garantir les droits des usagers et leur participation au fonctionnement de l'établissement d'accueil. Le Conseil de la Vie Sociale comprend au moins :

- deux représentants des personnes accueillies ou prises en charge, soit un représentant des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale à l'égard des mineurs, soit un représentant des représentants légaux des personnes accueillies dans les établissements recevant des personnes majeures ;
- un représentant du personnel ;
- un représentant de l'organisme gestionnaire.

Question à réponse courte

Question 2 : En tant qu'AMP, vous pouvez travailler dans des établissements issus du secteur social, médico-social et de la gérontologie. Que signifient alors les sigles suivants : **EHPAD-CHRS-MECS-MAS-PASA-IME-FAM** et **IEM** ?

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.

MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social.

MAS : Maison d'Accueil Spécialisé.

PASA : Pôle d'Activités et de Soins adaptés.

IME : Institut Médico-Éducatif.

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé.

IEM : Institut d'Éducation Motrice.

Question à réponse courte

Question 3 : À qui est destinée l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (**APA**) ? À partir de quel outil est évaluée la **perte d'autonomie** de la personne âgée ?

■ **Mots clés :** APA – perte d'autonomie.

L'**Allocation Personnalisée d'Autonomie** (APA) est une aide sociale départementale destinée aux personnes âgées dépendantes. La perte d'autonomie de la personne est évaluée par la grille AGGIR (**Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources**) qui

comprend 6 niveaux. Seuls les 4 premiers niveaux donnent droit à l'APA. L'évaluation se fait sur 17 critères : cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transferts (se lever, se coucher, s'asseoir), déplacement à l'intérieur, déplacement à l'extérieur, communication à distance (téléphone, alarme, sonnette...), gestion de son budget et de ses biens, cuisine, ménage, transports, achats, suivi du traitement médical, activités de temps libre.

Chacune de ces variables est cotée :

- en A : actes accomplis seuls spontanément, totalement et correctement ;
- en B : actes partiellement accomplis ;
- en C : actes non réalisés.

Question à réponse développée

Dans sa pratique professionnelle, l'AMP est amené à utiliser différents types d'écrits pour communiquer. Selon vous, quelle est l'importance d'un écrit professionnel ? Vous choisirez un écrit professionnel que vous utilisez, montrerez à qui il est destiné, les informations que vous y mettez et à quoi elles vont être utiles.

Voir p. 194 (thème identique à la DRJSCS d'Île-de-France mai 2012).

Épreuve DC6 Région Aquitaine – 2012

DRJSCS Aquitaine – DEAMP

DC6 : Communication professionnelle et vie institutionnelle

La durée de l'épreuve est d'une heure et demie.

(Notation sur 20 points. À titre indicatif, 2 points sont réservés à la forme.)

I – Vous devez répondre d'une manière développée à la question suivante :

(barème : 10 points)

« L'AMP participe à l'accompagnement des personnes handicapées ou âgées dépendantes au sein d'équipes pluri-professionnelles. » (Article 1 de l'arrêté du 30 avril 1992.) Après avoir cité les différents professionnels qui peuvent composer une équipe pluri-professionnelle, argumentez l'intérêt d'un travail en équipe.

II – Questions à réponses courtes (barème : 4 points pour chaque question)

Répondez à deux questions à choisir parmi les trois proposées :

Question 1) Dans une structure médico-sociale siège le Conseil de la Vie Sociale.

Qui le compose et quel est son rôle ?

Question 2) Qu'est-ce que l'APA ? À quoi sert-elle ?

Question 3) Qu'est-ce qu'une MECS ? Qui peut décider du placement d'un enfant dans une MECS ?

Éléments de réponse

Question à réponse développée

« L'AMP participe à l'accompagnement des personnes handicapées ou âgées dépendantes au sein d'équipes pluri-professionnelles ». (Article 1 de l'arrêté du 30 avril 1992.)
Après avoir cité les différents professionnels qui peuvent composer une équipe pluri-professionnelle, argumentez l'intérêt d'un travail en équipe.

Introduction

Présentez vos lieux de stage, les différents professionnels rencontrés afin d'illustrer vos réponses.

Définition

L'équipe pluri-professionnelle est constituée de l'ensemble des professionnels qui interviennent au sein d'un établissement ou d'un service pour répondre aux besoins des personnes : homme d'entretien, cuisinier, jardinier, éducateur, psychologue, etc. Chaque professionnel participe à la mission de la structure et travaille sous l'autorité hiérarchique d'un directeur et, par délégation, d'un chef de service. L'équipe pluridisciplinaire est composée de professionnels spécialistes des disciplines qui transmettent des compétences en matière médicale, paramédicale, psychologique, sociale et éducative.

Ainsi chaque structure se compose de plusieurs services :

- service administratif : secrétariat, accueil ;
- service technique : jardinier, homme d'entretien, etc. ;
- service éducatif : AMP, éducateur spécialisé, moniteur-éducateur, éducateur technique, etc. ;
- service médical et paramédical : médecin, infirmier, aide-soignant, orthophoniste, psychomotricien, kinésithérapeute, psychologue, etc. ;
- service social : assistant de service social.

L'intérêt du travail d'équipe

La coordination du travail d'équipe est assurée par l'encadrement (les cadres de l'institution) qui a un rôle primordial dans la réalisation du projet institutionnel. L'identification de chaque professionnel permet de connaître la place de chacun dans l'accompagnement des personnes. L'équipe pluri-professionnelle et pluridisciplinaire permet une démarche complémentaire afin de résoudre les problématiques rencontrées lors de l'accompagnement des personnes.

Il est ensuite nécessaire d'*illustrer ce travail d'équipe* à partir d'un accompagnement vécu sur vos terrains de stage.

Conclusion

Vous pouvez conclure en rappelant les outils nécessaires au bon fonctionnement d'un travail d'équipe (réunions, écrits professionnels, entretiens).

Question à réponse courte

Question 1 : Dans une structure médico-sociale siège le **Conseil de la Vie Sociale**. Qui le **compose** et quel est son **rôle** ?

■ **Mots clés** : Conseil de la Vie Sociale – composition – rôle.

Le **Conseil de la Vie Sociale** (CVS) est un lieu où chacun donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service.

Le CVS est composé :

- du chef de l'établissement ;
- d'un représentant de l'organisme gestionnaire ;
- d'au moins deux représentants des personnes accueillies ;
- d'un représentant du personnel.

Question à réponse courte

Question 2 : Qu'est-ce que l'**APA** ? À quoi sert-elle ?

■ **Mots clés** : APA.

L'APA ou **Allocation Personnalisée d'Autonomie** est une prestation qui permet d'accompagner les personnes âgées en perte d'autonomie. L'allocation permet de financer les aides nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante. Elle peut être versée directement au bénéficiaire ou aux structures professionnelles (services d'aide à domicile, établissements...) qui mettent en œuvre le plan d'aide.

Question à réponse courte

Question 3 : Qu'est-ce qu'une **MECS** ? Qui peut **décider** du **placement** d'un enfant dans une MECS ?

■ **Mots clés** : MECS – décider – placement.

Une MECS est une **Maison d'Enfants à Caractère Social**. C'est un établissement social spécialisé dans l'accueil temporaire de mineurs en danger. L'accueil peut se faire selon plusieurs dispositifs complémentaires :

- en placement direct par le juge des enfants ;
- sur demande du service de l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance) ;

- sur demande des responsables légaux du mineur ;
- par le mineur lui-même qui adresse sa demande au juge des enfants.

Épreuve DC6 Région Bretagne – mai 2012

DRJSCS Bretagne – Session mai 2012
ÉPREUVE DE CONTRÔLE DE CONNAISSANCES
DC6 : Communication professionnelle et vie institutionnelle

Durée 1 h 30

Vous répondrez à la question suivante, en développant votre réponse :

Au sein d'une institution, quels peuvent être les différents types de réunion d'équipe auxquels l'AMP peut être amené(e) à participer ?

Quel doit être le rôle d'un(e) AMP avant, pendant et après une réunion ?

Vous répondrez à deux questions à réponses courtes parmi les trois proposées :

Question 1 : Qu'est-ce qu'une CLIS et quel est son rôle ?

Question 2 : Quel est le rôle du Conseil de la Vie Sociale ? Quelle en est sa composition ?

Question 3 : Quel est le statut d'un(e) AMP dans un hôpital local ? Quelle est l'instance judiciaire qui peut régler les conflits de travail dans ce secteur ?

Éléments de réponse

Question à réponse développée

Au sein d'une institution, quels peuvent être les différents types de réunion d'équipe auxquels l'AMP peut être amené(e) à participer ?

Quel doit être le rôle d'un(e) AMP avant, pendant et après une réunion ?

Introduction

Présentez vos lieux de stage et les réunions auxquelles vous avez participé.

Les différents types de réunion et le rôle de l'AMP

La **réunion de coordination** : elle permet de mettre l'équipe pluri-professionnelle en accord sur les objectifs collectivement partagés. L'objet de cette réunion est d'améliorer le fonctionnement de l'équipe. Animée par le chef de service qui s'appuie sur un ordre du jour, la réunion de coordination permet de transmettre des informations de base, se tient à un rythme régulier (hebdomadaire ou mensuel selon les établissements ou les services). On y retrouve les professionnels suivants :

infirmière, chef de service, aide-soignant, agent de service, psychologue, veilleur de nuit, etc. Le rôle de l'AMP est d'y transmettre ses observations afin d'améliorer avec l'ensemble de l'équipe le sens du travail collectif.

La **réunion de synthèse** : elle permet l'évocation et l'évaluation des projets personnalisés à partir des bilans de chaque professionnel. La famille, les partenaires peuvent être présents lors de la synthèse. L'objet de la réunion est d'évaluer le projet éducatif ou de soin afin d'émettre des objectifs et des hypothèses d'actions : c'est un partage des points de vue de chaque professionnel (psychologue, ergothérapeute, médecin, éducateur, infirmier, AMP, AS, etc.). L'AMP, référent de la personne, fait part de ses observations concernant l'accompagnement et s'appuie sur un bilan écrit où il transmet les objectifs et les moyens mis en œuvre pour y parvenir.

La **réunion de supervision** : c'est un groupe de parole où chaque professionnel réfléchit sur ses implications dans la relation éducative et/ou soignante. La relation avec ses collègues peut aussi être abordée. L'objet de la supervision est d'analyser sa propre subjectivité dans les actions professionnelles afin de se mettre à l'écoute de celle de l'usager. Souvent animée par un psychologue ou psychanalyste, la supervision permet d'analyser les dimensions affective et relationnelle lors de sa pratique professionnelle. L'AMP raconte des situations vécues et partage son expérience avec les autres professionnels.

La **réunion d'analyse des pratiques** : c'est un groupe de réflexion sur la pratique professionnelle. Il s'agit d'analyser les savoir-faire de chaque professionnel. L'objet de l'analyse porte sur la méthodologie employée lors des situations professionnelles. Ce sont les actions, les savoirs opérationnels qui sont réfléchis avec l'ensemble des professionnels. Cette réunion est régulière (une à deux fois par mois). L'AMP évoque sa méthodologie et échange avec l'équipe pluridisciplinaire.

La **réunion institutionnelle** : elle se déroule une à deux fois par an. Tous les professionnels de l'établissement sont invités pour partager sur les orientations générales de la structure en lien avec le projet institutionnel. Les membres du conseil d'administration sont présents ainsi que les responsables d'encadrement.

Il est nécessaire de *s'appuyer sur des expériences* en rappelant votre rôle dans chaque réunion.

Conclusion

Il est possible de conclure en précisant ce que votre participation aux réunions a apporté aux projets personnalisés ou à vos collègues de travail.

Question à réponse courte

Question 1 : Qu'est-ce qu'une **CLIS** et quel est son **rôle** ?

■ **Mots clés** : CLIS – rôle.

La **Classe d'Intégration Scolaire** (CLIS) : elle a pour rôle d'intégrer à l'école primaire un groupe d'enfants (12 maximum) présentant le même type de handicap. L'enseignement est adapté à leur âge et à leurs capacités. C'est la CDAPH (**Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées**) qui oriente vers la CLIS.

Question à réponse courte

Question 2 : Quel est le rôle du Conseil de la Vie Sociale ? Quelle en est sa composition ?

Voir p. 194 (thème identique à l'épreuve de la DRJSCS d'Aquitaine).

Question à réponse courte

Question 3 : Quel est le **statut** d'un(e) AMP dans un hôpital local ? Quelle est l'**instance judiciaire** qui peut régler les **conflits de travail** dans ce secteur ?

■ **Mots clés** : statut – instance judiciaire – conflits de travail.

Statut de l'AMP dans un hôpital : exerçant dans la fonction publique hospitalière, l'AMP a le même statut que l'aide-soignante mais son rôle est différent et complémentaire : aide et accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, sous l'autorité de l'infirmière. La démarche de soins est le rôle des AS. L'AMP apporte un soutien médico-psychologique et propose des projets d'animation.

Instance judiciaire : c'est le tribunal administratif qui règle les conflits de travail.

Épreuve DC6 Région Nord-Pas-de-Calais – janvier 2013

DRJSCS Nord-Pas-de-Calais

Épreuve de contrôle de connaissances

DC6 : Communication professionnelle et vie institutionnelle

Le candidat doit traiter la question à réponse développée sur les techniques de communication professionnelle et 2 questions à réponses courtes à choisir parmi les 3 proposées sur les cadres juridiques et institutionnels.

Question à réponse développée

Vous accueillez un stagiaire et vous devez lui expliquer l'importance des transmissions écrites et orales.

Dans un premier temps, décrivez les supports de transmission écrite, leur rôle dans l'accompagnement des personnes, les règles d'écriture à respecter. Donnez des exemples.

Dans un second temps, précisez quels moyens de transmission orale existent, dites quels sont leurs avantages et leurs inconvénients. Donnez des exemples.

Questions à réponses courtes

Question 1 : En tant que salarié, à quels documents pouvez-vous vous référer concernant vos conditions de travail ? Citez-en deux et dites ce que vous pouvez y trouver comme informations.

Question 2 : Qu'est-ce que la PCH ? À quoi sert-elle ?

Question 3 : Quelle est la fonction du livret d'accueil ? Quelles informations contient-il ? Quelle est la loi qui l'a rendu obligatoire ?

Éléments de réponse

Question à réponse développée

Vous accueillez un stagiaire et vous devez lui expliquer l'importance des transmissions écrites et orales.

Dans un premier temps, décrivez les supports de transmission écrite, leur rôle dans l'accompagnement des personnes, les règles d'écriture à respecter. Donnez des exemples.

Dans un second temps, précisez quels moyens de transmission orale existent, dites quels sont leurs avantages et leurs inconvénients. Donnez des exemples.

Introduction

La transmission écrite se fait à partir de supports qui varient selon les établissements et les services. Les règles d'écriture s'appuient sur un cadre légal qui rappelle l'importance du respect des droits (lois du 2 janvier 2002 et du 4 mars 2002). Les informations écrites prennent en compte le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne (principe de non-discrimination) et le respect de la vie privée (droit à la confidentialité). L'utilisateur et sa famille ont le droit d'accéder aux écrits professionnels, ce qui contraint d'identifier sur l'écrit le rédacteur et sa fonction, sa signature, la date de l'écrit. Sur le fond, il s'agit de rendre compte de la réalité, d'éviter les propos imprécis et de distinguer les faits de l'analyse (recherche du sens, interprétation des faits observés).

Les différents supports écrits

– **Cahier de bord :** rédigé par les professionnels lors des relèves, il contient des informations portées à la connaissance de l'équipe. Il est aussi appelé cahier de transmission.

– **Compte rendu :** rédigé par les professionnels, il rend compte de situations vécues avec les usagers ou la famille (entretiens) mais aussi avec les collègues (compte rendu de réunion par exemple).

– **Classeur ou dossier individualisé** : rédigé par les professionnels, il permet d’informer sur des observations faites en situation et peut servir de support lors des bilans et des synthèses.

Les transmissions orales

Elles se font de manière formelle lors de :

- réunions de fonctionnement ou de service ;
- réunions de synthèse ;
- réunions institutionnelles ;
- réunions de supervision ;
- réunions d’analyse de pratique.

Les transmissions orales peuvent aussi se faire de manière informelle (dans les couloirs, par téléphone, etc.).

Les réunions formelles présentent l’avantage de permettre à l’ensemble de l’équipe de connaître les informations essentielles à l’accompagnement des personnes et à la mise en place des projets personnalisés. Par ailleurs, une trace écrite des transmissions orales existe à travers les comptes rendus. Les transmissions orales informelles ne laissent pas de trace écrite et empêchent une diffusion des informations à l’ensemble de l’équipe (s’appuyer sur des *exemples vécus en stage*).

Question à réponse courte

Question 1 : En tant que salarié, à quels **documents** pouvez-vous vous référer concernant vos **conditions de travail** ? Citez-en deux et dites ce que vous pouvez y trouver comme informations.

■ **Mots clés** : documents – conditions de travail.

Le salarié peut se référer au **Code du travail** et à la convention collective qui régit la branche professionnelle. Dans le secteur social et médico-social, il s’agit principalement des **conventions collectives du 15 mars 1966 et du 31 octobre 1951**. Ces conventions précisent, entre autres, les horaires, la rémunération, les congés. Le salarié peut par ailleurs se référer à son contrat de travail qui définit aussi les horaires, les congés et le statut.

Question à réponse courte

Question 2 : Qu’est-ce que la **PCH** ? À quoi sert-elle ?

■ **Mots clés** : PCH.

La **Prestation de Compensation du Handicap** (PCH) est une aide personnalisée qui finance les besoins liés à la perte d’autonomie des personnes en situation de handicap. Elle est versée par le conseil général.

Elle sert à financer les aides humaines, matérielles (aménagement du logement et du véhicule) et animalières.

Question à réponse courte

Question 3 : Quelle est la fonction du **livret d'accueil** ? Quelles **informations** contient-il ? Quelle est la **loi** qui l'a rendu obligatoire ?

■ **Mots clés :** livret d'accueil – informations – loi.

Le **livret d'accueil** permet de repérer et d'identifier l'établissement ou le service. C'est un outil de communication pour l'accueil du public.

Il renseigne l'usager et sa famille sur la situation géographique et les moyens d'accès, sur les prestations offertes, le fonctionnement et l'organisation de l'institution mais aussi sur les droits et obligations de chacun.

Le livret d'accueil est l'un des outils de la loi du 2 janvier 2002 rénovant le secteur social et médico-social.

Épreuve DC6 Région Alsace – mai 2013

DRJSCS Alsace
DEAMP

Session mai 2013

ÉPREUVE DE CONTRÔLE DE CONNAISSANCES

DC6 : Communication professionnelle et vie institutionnelle

Le candidat doit traiter la question à réponse développée sur les techniques de communication professionnelle et 2 questions à réponses courtes à choisir parmi les 3 proposées sur les cadres juridiques et institutionnels.

Question à réponse développée

Quels sont les éléments nécessaires pour un fonctionnement d'équipe efficace ? Développez votre propos.

Questions à réponses courtes

Question 1 : Qu'est-ce que l'APA ? Donnez la signification du sigle. Quel est l'organisme qui met en place cette prestation ?

Question 2 : Qu'est-ce qu'un ITEP ? Donnez la signification du sigle. Quel est le public accueilli dans ce type d'établissement ?

Question 3 : Qu'est-ce qu'une AED ? Donnez la signification de ce sigle. Quel est l'organisme qui met en place cette prestation ?

Éléments de réponse

Question à réponse développée

Quels sont les éléments nécessaires pour un fonctionnement d'équipe efficace ? Développez votre propos.

Introduction

Présentez les lieux de stage où vous avez vécu une expérience de travail en équipe.

Le fonctionnement d'équipe

Le travail d'équipe met en jeu plusieurs éléments indispensables pour son fonctionnement.

Au niveau de l'organisation, chaque membre de l'équipe doit pouvoir repérer le statut, le ou les rôles et fonctions de chacun. Le statut renvoie à la fiche de paie et au contrat de travail de chaque professionnel. La fonction renvoie à la fiche de poste et est définie par la direction de l'établissement ou du service. Le rôle définit davantage la façon dont chaque membre de l'équipe prend part au travail d'équipe. Quel est le rôle que peut tenir mon collègue éducateur spécialisé ou bien AMP dans un projet d'accompagnement personnalisé par exemple ? Cela met en jeu l'importance de la communication dans l'équipe pluridisciplinaire : échanges lors des réunions de coordination, de synthèse et de supervision et utilisation des écrits professionnels. La notion de référence est aussi un élément important pour la circulation de l'information, la mise en place et le suivi des projets personnalisés.

La mise en place de groupes d'analyse des pratiques professionnelles doit permettre l'expression des désaccords et des tensions en jeu dans les situations rencontrées en équipe. L'élaboration en commun des objectifs et des critères d'évaluation des actions éducatives et/ou soignantes facilite le travail d'équipe et répond en dernier ressort aux besoins des usagers. Le positionnement professionnel de chacun est un élément important pour faciliter le travail d'équipe : le partage de valeurs et de buts communs (notion d'éthique) permet un fonctionnement d'équipe efficace.

Conclusion

Il est possible de conclure en évoquant le rôle des encadrants (chef de service et directeur), qui coordonnent les différentes actions des professionnels et qui mettent à disposition les moyens nécessaires pour mener les actions.

Question à réponse courte

Question 1 : Qu'est-ce que l'APA ? Donnez la signification du sigle. Quel est l'organisme qui met en place cette prestation ?

■ **Mots clés** : APA – organisme – prestation.

APA : **Allocation Personnalisée d'Autonomie**. C'est le conseil général qui met en place cette prestation.

Question à réponse courte

Question 2 : Qu'est-ce qu'un **ITEP** ? Donnez la signification du sigle. Quel est le **public** accueilli dans ce type d'**établissement** ?

■ **Mots clés** : ITEP – public – établissement.

ITEP : **Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique**. Un ITEP accueille des enfants, adolescents et jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques perturbant la socialisation et l'accès aux apprentissages. Cette institution ne prend pas en charge les jeunes atteints de psychoses avérées ou de déficiences intellectuelles mais seulement ceux souffrant de troubles du comportement.

Question à réponse courte

Question 3 : Qu'est-ce qu'une **AED** ? Donnez la signification de ce sigle. Quel est l'**organisme** qui met en place cette **prestation** ?

■ **Mots clés** : AED – organisme – prestation.

AED : **Action Éducative à Domicile**. C'est le service de l'**Aide Sociale à l'Enfance** (ASE) du conseil général qui met en place cette prestation.

Épreuve DC6 Région Midi-Pyrénées – février/mars 2013

DRJSC RÉGION MIDI-PYRÉNÉES

Session de février/mars 2013

DC6 : Communication professionnelle et vie institutionnelle

Le candidat fera une réponse développée à la question relative aux techniques de communication professionnelle et des réponses courtes à **deux questions choisies** parmi les trois autres proposées. Il indiquera le numéro des questions choisies.

Question à réponse développée

La famille est un partenaire important de l'institution médico-sociale. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale propose une plus grande implication des familles dans la prise de décision concernant le projet de vie de leurs proches.

- Vous présenterez les différents outils que cette loi propose pour intégrer les familles dans le projet de votre établissement.
- Vous vous appuyerez sur des exemples concrets pour illustrer vos réponses.

Questions à réponses courtes

Question 1 : Développez les sigles, expliquez les missions et les publics accueillis pour chacune des structures suivantes : CMPP ; MAS ; CADA ; CLIC.

Question 2 : Présentez la PMI et ses missions.

Question 3 : Quels sont les rôles respectifs d'un délégué du personnel et d'un délégué syndical ?

Éléments de réponse

Question à réponse développée

La **famille** est un partenaire important de l'institution médico-sociale. La **loi du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale propose une plus grande implication des familles dans la prise de décision concernant le projet de vie de leurs proches.

- Vous présenterez les différents **outils** que cette loi propose pour intégrer les familles dans le projet de votre établissement.
- Vous vous appuyerez sur des exemples concrets pour illustrer vos réponses.

■ **Mots clés :** famille – loi du 2 janvier 2002 – outils.

Introduction

La loi du 2 janvier 2002 propose plusieurs outils pour mettre en œuvre les droits des usagers. L'implication des familles dans le projet d'établissement s'inscrit dans le cadre de cette loi. Dans un premier temps, je vais définir les différents outils (le livret d'accueil, le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement, le conseil de la vie sociale, la charte des droits et libertés, le projet d'établissement et la mise en place d'un médiateur en cas de conflit) puis j'illustrerai à partir de mon expérience de terrain.

Développement

Les différents outils

Le **livret d'accueil** : il permet de repérer et d'identifier l'établissement ou le service. C'est un outil de communication destiné à l'accueil du public. Il renseigne l'utilisateur et sa famille sur les prestations offertes, le fonctionnement et l'organisation de l'établissement ou du service.

Le **contrat de séjour** : il est établi pour tout séjour d'une durée supérieure à deux mois. Il permet le recueil des données qui s'élabore conjointement avec l'utilisateur et/ou son représentant légal (famille pour les mineurs). Il permet de fixer les objectifs et de prévoir les modalités d'évaluation. Ce contrat de séjour est lié au projet personnalisé.

Le **règlement de fonctionnement** : il permet d'engager l'utilisateur et son représentant légal dans les principes de fonctionnement qui concernent la vie collective. Il précise les droits, les devoirs et obligations de chacun.

Le **conseil de la vie sociale** : il est mis en place si le service est continu et permet l'expression de chacun sur le fonctionnement de l'établissement ou du service. Le CVS comprend au moins deux représentants des personnes accueillies, un représentant du personnel et un représentant de l'organisme gestionnaire.

La **charte des droits et libertés** : elle est annexée au livret d'accueil remis à la personne ou à son représentant. Elle énonce et informe sur les droits et libertés de la personne accueillie pour une mise en œuvre concrète (non-discrimination, droit à un accompagnement adapté, droit à l'information, principe du libre choix, droit à renoncer, droit au respect des liens familiaux, droit à la pratique religieuse...).

Le **projet d'établissement ou de service** : il est établi pour une durée de 5 ans maximum. Il est accessible à tous (parents, enfants, salariés). Il est établi après consultation du conseil de la vie sociale et validé par le conseil d'administration. Il précise l'histoire de l'établissement, les valeurs, les objectifs en matière de coordination et de partenariat, les prestations proposées, les moyens mis en œuvre (matériel, humain, financier), les modalités d'organisation et de fonctionnement, ainsi que l'évaluation.

Le **médiateur/conciliateur** : la personne accueillie ou son représentant légal peut faire appel en cas de conflit avec l'établissement ou le service à un médiateur pour faire valoir ses droits. Cette personne qualifiée est choisie sur une liste établie conjointement par le représentant de l'État dans le département et le président du conseil général.

Mon expérience de terrain : présentation d'une situation

Vous expliquerez, à partir d'une situation professionnelle, comment ces outils vous ont permis d'établir une relation avec la personne et sa famille. Vous pouvez partir du premier entretien d'accueil ou de votre participation au CVS, par exemple.

Conclusion

Vous pouvez conclure en comparant entre elles deux ou plusieurs situations professionnelles qui vous ont permis d'instaurer une relation avec la famille de la personne accompagnée.

Question à réponse courte

Question 1 : Développez les **sigles**, expliquez les **missions** et les **publics** accueillis pour chacune des structures suivantes : CMPP ; MAS ; CADA ; CLIC.

■ Mots clés : sigles – missions – publics.

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

Mission et publics : participe à la mise en œuvre de la politique de la santé mentale en direction des enfants et des adolescents.

MAS : Maison d'accueil spécialisé

Mission et publics : propose un hébergement avec des soins médicaux aux personnes atteintes d'un handicap et qui ont besoin d'une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne.

CADA : Centre d'accueil pour demandeurs d'asile

Mission et publics : propose un lieu d'accueil et un suivi administratif aux demandeurs d'asile pendant la durée de l'étude de demande de statut de réfugié.

CLIC : Centre local d'information et de coordination gérontologique

Mission et publics : accueille, conseille et oriente les personnes âgées. C'est un lieu qui informe sur les droits et propose des plans d'aide à l'autonomie.

Question à réponse courte

Question 2 : Présentez la **PMI** et ses **missions**.

■ Mots clés : PMI – missions.

La protection maternelle infantile ou **PMI** est un service départemental qui a pour rôle de protéger et promouvoir la santé de la famille et de l'enfance. Ses **missions** principales sont :

- des consultations prénatales et postnatales et des actions de prévention en faveur des femmes enceintes ;
- des consultations en faveur des enfants de moins de 6 ans, notamment dans les écoles maternelles ;
- des actions de prévention et d'éducation sur les questions de sexualité, de maternité et de couple (planning familial) ;
- le suivi et la formation des assistantes maternelles ;
- le contrôle des établissements d'accueil de la petite enfance.

Question à réponse courte

Question 3 : Quels sont les rôles respectifs d'un **délégué du personnel** et d'un **délégué syndical** ?

■ **Mots clés** : délégué du personnel – délégué syndical.

Le **délégué du personnel** : élu dans les établissements de plus de 11 salariés, il représente le personnel auprès de l'employeur et lui fait part de toute réclamation individuelle ou collective en matière d'application de la réglementation du travail (Code du travail, convention collective, salaires, durée de travail, hygiène et sécurité...).

Le **délégué syndical** : il exerce un rôle de représentation d'un syndicat auquel il appartient et fait part des revendications des salariés. Il a un rôle de négociation avec l'employeur en obtenant de nouveaux droits et une amélioration des conditions de travail.

Épreuve DC6 Poitou-Charentes – septembre 2013

DRJSC Poitou-Charentes – septembre 2013

Épreuve écrite

DC6 : « Communication professionnelle et vie institutionnelle »

Durée : 1 h 30 – Notation sur 20 points

Cette épreuve comprend trois questions :

Une question à réponse développée sur les techniques de communication professionnelle (10 points)

Deux questions à réponses courtes à choisir parmi trois proposées sur les cadres juridiques et institutionnels dans lesquels s'inscrivent les établissements et services médico-sociaux (5 points par question)

Question à réponse développée

Vous travaillez en tant qu'AMP au sein d'une équipe pluriprofessionnelle. Des réunions sont organisées pour les projets personnalisés et la prise de décisions concernant l'accompagnement des résidents.

– En quoi votre participation à ces réunions vous semble-t-elle utile pour l'élaboration des projets ?

– Quels sont les supports de communication que vous allez mobiliser pour rendre compte de la réalisation des projets ou des difficultés rencontrées ?

Questions à réponses courtes

Question 1 : À quels documents et instances peut se référer un salarié concernant ses conditions de travail ? Donnez deux exemples.

Quels types de réponse peut-il obtenir ? Donnez deux réponses pour chaque exemple.

Question 2 : Présentez trois éléments de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Question 3 : Lors d'une réunion d'information sur l'exercice du métier d'AMP, il vous est demandé d'expliquer la différence entre un établissement et service d'aide par le travail (ESAT) et un foyer de vie. Qu'allez-vous en dire ?

Éléments de réponse

Question à réponse développée

Vous travaillez en tant qu'AMP au sein d'une **équipe pluriprofessionnelle**. Des réunions sont organisées pour les **projets personnalisés** et la prise de décisions concernant l'accompagnement des résidents.

- En quoi votre participation à ces réunions vous semble-t-elle utile pour l'élaboration des projets ?
- Quels sont les **supports de communication** que vous allez mobiliser pour rendre compte de la réalisation des projets ou des difficultés rencontrées ?

■ **Mots clés :** équipe pluriprofessionnelle – projet personnalisé – supports de communication.

Introduction

Présentez vos lieux de stage, les réunions auxquelles vous avez participé ainsi que les supports que vous avez eu l'occasion de mobiliser lors de la réalisation de projets ou de difficultés rencontrées.

Développement

La participation aux réunions de projet

L'AMP utilise l'écoute et l'observation pour rendre compte en réunion des habitudes de vie, des événements et des problématiques rencontrées dans la pratique quotidienne. L'élaboration des projets se fait à partir d'une complémentarité des approches professionnelles. L'équipe prend en compte la personne dans sa globalité. En croisant les points de vue de chaque professionnel, le référent va pouvoir définir des objectifs éducatifs et/ou de soins ainsi que des moyens pour les atteindre. L'AMP participe ainsi à partir de ses observations à l'élaboration du diagnostic, à la mise en œuvre et à l'évaluation du projet personnalisé. Il s'agit pour chaque professionnel de s'approprier la démarche de projet dans une perspective de continuité et de cohérence. L'AMP y trouve sa place en définissant le rôle qu'il va tenir dans l'accompagnement en collaboration avec ses collègues.

Les supports de communication

Dans le secteur médico-social, et ce depuis la loi du 2 janvier 2002, c'est le Document individuel de prise en charge (DIPC) qui contractualise et détermine les conditions nécessaires pour la mise en œuvre du projet personnalisé. Ce document est établi à l'accueil de la personne au sein de l'établissement ou du service. Le projet personnalisé est construit par la suite à partir de différents supports. Dans le secteur du soin, la réalisation du projet s'effectue au regard du plan de soin individualisé défini par l'équipe médicale et paramédicale. Dans le secteur social et médico-social, on s'appuie sur le projet éducatif. Ces projets sont établis à partir des comptes rendus d'observation, des bilans qui traitent des différents aspects de l'accompagnement sur le plan social, psychologique, médical et des synthèses écrites par le référent ou le coordinateur. Les synthèses réunissent les actions menées par chaque professionnel et leurs résultats. Les comptes rendus de projet d'animation, les fiches de suivi ou d'observation ou encore les dossiers de l'utilisateur ou du patient sont aussi des supports de communication qui permettent d'élaborer les projets.

Conclusion

Vous pouvez comparer entre elles plusieurs situations, et les différents supports que vous avez mobilisés compte tenu des différents contextes professionnels.

Question à réponse courte

Question 1 : À quels **documents** et **instances** peut se référer un salarié concernant ses **conditions de travail** ? Donnez deux exemples.

Quels types de réponses peut-il obtenir ? Donnez deux réponses pour chaque exemple.

■ Mots clés : documents – instances – conditions de travail.

Pour les documents, le salarié peut se référer :

1. au **contrat** de travail qui indique le lieu, le temps de travail (mais aussi le statut, les horaires, le salaire) ;
2. à la **convention collective** qui précise les primes, les congés (mais aussi les modalités de licenciement, la durée du temps de travail...).

Il existe par ailleurs :

- le **règlement intérieur** qui informe sur la réglementation en matière d'hygiène et de sécurité, et sur les règles disciplinaires (mais aussi les horaires) ;
- le **Code du travail** qui informe sur les droits des salariés et la formation professionnelle.

Pour les instances, le salarié peut consulter :

1. Le **CHSCT** : le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail qui informe sur les risques professionnels et les bilans annuels en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail.

2. Le **CE** : le comité d'entreprise qui est l'une des instances représentatives du personnel. Il informe sur la situation économique de l'établissement ou du service, sur les activités sociales et culturelles.

Il existe aussi le **DP** (délégué du personnel), deuxième instance représentative du personnel : il représente le personnel devant l'employeur. Le DP informe sur les conventions collectives, les accords et les usages de l'établissement. Il assiste les salariés lors de procédures disciplinaires ou de licenciement.

Question à réponse courte

Question 2 : Présentez trois éléments de la **loi du 11 février 2005** pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

■ **Mots clés** : loi du 11 février 2005.

1. La loi crée une **maison départementale des personnes handicapées** (MDPH) dans chaque département. Celle-ci a une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil auprès des personnes handicapées et de leur famille.

2. La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap. La **prestation de compensation** permet de couvrir les besoins en aides humaines et techniques, l'aménagement du logement, du véhicule, les aides spécifiques et les aides animalières.

3. La loi affirme que tout enfant et tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé a droit à une **intégration scolaire en classe ordinaire**.

Question à réponse courte

Question 3 : Lors d'une réunion d'information sur l'exercice du métier d'AMP, il vous est demandé d'expliquer la différence entre un établissement et service d'aide par le travail (ESAT) et un foyer de vie. Qu'allez-vous en dire ?

L'ESAT (Établissement et Service d'Aide par le Travail) est un établissement médico-social destiné aux personnes en situation de handicap. L'ESAT permet l'accès à une vie sociale et professionnelle pour les personnes ne pouvant exercer dans le milieu ordinaire de la production. L'ESAT relève du milieu protégé par opposition au milieu ordinaire.

Les foyers de vie accueillent des personnes adultes en situation de handicap qui ne peuvent pas exercer une activité professionnelle que ce soit en milieu ordinaire ou en milieu protégé. Elles peuvent cependant participer aux activités qui sont propres au foyer dans lequel elles vivent. Les foyers sont, pour la majorité d'entre eux, des internats avec différents modes d'accueil : permanent, temporaire ou à la journée.

Épreuve DC6 Île-de-France – mai 2014

DRJSCS d'Île-de-France Épreuve DC6 – mai 2014

Durée de l'épreuve : 1 heure 30

Vous répondrez à la question à réponse développée.

Vous répondrez à deux questions parmi les trois questions à réponses courtes proposées.

*Épreuve notée sur 20 points : 8 points pour la question à réponse développée.
6 points par question traitée.*

Question à réponse développée

sur les techniques de communication professionnelle

Vous allez participer dans le cadre de votre travail à une réunion d'équipe en vue de réaliser le projet individuel d'une résidente nouvellement arrivée. Quelles informations allez-vous rassembler ? Comment allez-vous les recueillir ?

Questions à réponses courtes (répondre à 2 questions au choix)

Question 1 : Écrivez en toutes lettres les sigles suivants : PCH – CHRS – MECS – EHPAD – MAS – APA.

Question 2 : Citez au moins six outils de la loi du 2 janvier 2002.

Question 3 : Qu'est-ce que la MDPH ? Quelles sont les missions de cet organisme ?

Éléments de réponse

Question à réponse développée

Vous allez participer dans le cadre de votre travail à une réunion d'équipe en vue de réaliser le projet individuel d'une résidente nouvellement arrivée. Quelles informations allez-vous rassembler ? Comment allez-vous les recueillir ?

Introduction

L'AMP collabore avec d'autres professionnels au sein d'une équipe pluridisciplinaire. L'AMP communique à l'équipe les informations nécessaires pour réaliser le projet individuel des personnes accompagnées. Nous allons tout d'abord définir les **informations à rassembler**, puis repérer les **outils nécessaires** pour les recueillir.

Développement

Les informations utiles

L'AMP accompagne au quotidien la personne. Ainsi, il peut collecter au jour le jour des informations nécessaires à l'accompagnement : la parole de l'utilisateur, ses

attentes et ses demandes sont alors mieux prises en compte. Il s'agit aussi d'écouter les membres de la famille et de recueillir des informations sur l'histoire de l'usager, le parcours institutionnel ainsi que des éléments du contexte de vie avant l'entrée en établissement. Chaque projet personnalisé est singulier, il convient de définir avec la personne des objectifs éducatifs et de soins. Si l'AMP est référent du suivi, il collecte les informations recueillies auprès des partenaires, des parents, des membres de la famille et des collègues. Il s'agit d'avoir des informations à plusieurs niveaux de la réalité, à savoir : des informations sur la vie familiale, affective, la vie quotidienne et les habitudes de vie, sur le suivi médical et thérapeutique, ainsi que la vie sociale en termes de loisirs et/ou de culture.

Les outils

Plusieurs outils peuvent être utilisés pour réunir ces informations. Il y a tout d'abord les échanges et les entretiens avec la personne. On distingue les entretiens formels qui sont programmés avec la personne et les entretiens informels qui se réalisent au jour le jour dans l'accompagnement de la vie quotidienne. Il en est de même pour la famille, les entretiens avec les proches sont réalisés pour recueillir des informations. À défaut ou en parallèle des entretiens, l'AMP peut consulter les écrits professionnels précédents en contactant les partenaires qui ont orienté la personne vers l'établissement. Le document individuel de prise en charge contractualise et détermine les moyens mis en œuvre pour l'accompagnement. Les informations sont réunies par chaque professionnel dans le dossier de la personne, ce dernier est un outil utile pour transmettre et diffuser l'information.

Conclusion

Vous pouvez conclure en précisant que les informations vont aussi être collectées pendant l'accompagnement au-delà de l'accueil de la personne dans l'établissement. Il existe des supports écrits (compte rendu, bilan...) pour échanger entre professionnels. Les réunions sont aussi prévues pour échanger sur des informations arrivant en cours de projet.

Question à réponse courte

Question 1 : Écrivez **en toutes lettres** les sigles suivants : PCH – CHRS – MECS – EHPAD – MAS – APA.

■ Mots clés : en toutes lettres.

- PCH : Prestation de Compensation du Handicap
- CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
- MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social
- EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- MAS : Maison d'Accueil Spécialisé
- APA : Aide Personnalisée d'Autonomie

Question à réponse courte

Question 2 : Citez au moins **6 outils** de la **loi du 2 janvier 2002**.

■ **Mots clés :** 6 outils – 2 janvier 2002.

1. Le contrat de séjour ou document individuel de prise en charge (DIPC)
2. La charte des droits et des libertés de la personne accueillie
3. Le livret d'accueil
4. Le règlement de fonctionnement
5. Le projet d'établissement
6. Le Conseil de la Vie Sociale (CVS)
7. Le médiateur

Question à réponse courte

Question 3 : Qu'est-ce que la **MDPH** ? Quelles sont les **missions** de cet organisme ?

■ **Mots clés :** MDPH – missions.

Le sigle **MDPH** signifie Maison Départementale des Personnes Handicapées. Elle a été créée par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Ses **missions** principales :

- elle accueille, informe et accompagne les personnes handicapées ;
- elle évalue les besoins de la personne et propose un plan personnalisé de compensation du handicap ;
- elle reçoit les demandes de droits et de prestations ;
- elle suit les décisions de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) ;
- elle organise la coordination avec les autres dispositifs sanitaires et médico-sociaux.



Annexes





Conseils aux épreuves écrites du DEAMP

Quelques règles à l'écrit

- Quelle que soit l'épreuve, ayez une écriture lisible.
- Gérez bien votre temps de réponse à l'écrit, montre en main. Il est fortement conseillé de s'entraîner durant toute l'année.
- N'hésitez pas à mettre en valeur les questions auxquelles vous répondez en les recopiant sur votre copie.
- Dans vos réponses, mettez en évidence l'introduction, les différentes parties du développement et la conclusion. Utilisez des titres et des sous-titres pour bien les mettre en évidence.
- Utilisez des sauts de ligne entre les parties.
- Faites attention à la ponctuation.
- Écrivez la signification de chaque sigle en toutes lettres et entre parenthèses. Par exemple : MAS (Maison d'Accueil Spécialisé).
- Respectez les marges de votre copie : celles-ci sont réservées aux correcteurs.
- Respectez l'anonymat des personnes et des lieux lorsque vous vous appuyez sur votre expérience de terrain (stages et sites qualifiants) pour illustrer vos réponses.
- Ne signez pas votre copie. Là aussi, votre anonymat doit être respecté.
- Numérotez les pages de votre copie.
- Et pour finir une étape importante : relisez-vous ! La relecture permet de corriger des fautes d'orthographe ou erreurs oubliées.



Conseils aux épreuves orales du DEAMP

Quelques règles à l'oral

- Faites attention à votre comportement : présentez-vous avec une tenue appropriée et une attitude professionnelle. Il ne s'agit pas de venir avec le portable à la main et des écouteurs sur les oreilles.
- Éteignez votre portable avant d'entrer dans la salle d'examen.
- Surmontez votre trac en vous mettant en condition de réussite : évitez de penser à des choses désagréables avant votre intervention, restez calme et contrôlez votre respiration.
- Préparez votre exposé, ainsi vous minimiserez l'angoisse de l'épreuve et vous pourrez surmonter la peur de ne pas savoir.
- Avant de commencer l'exposé proprement dit, il s'agit de se présenter au jury : votre identité, votre parcours et le choix des stages effectués dans le cadre de la formation.
- Préparez une fiche pour présenter votre dossier : les parties que vous allez aborder lors de votre oral. C'est un soutien en cas d'oubli, néanmoins il est déconseillé de lire votre dossier, car l'objectif de l'épreuve est d'échanger avec le jury. Si vous avez préparé à l'écrit votre introduction et votre conclusion, vous serez en confiance le jour de l'épreuve orale.
- Entraînez-vous en demandant à un camarade de promotion de vous aider (voir les fiches d'auto-évaluation dans la partie : Conseils méthodologiques). Chronométrez-vous pour vérifier que vous respectez bien le temps imparti pour l'épreuve : soit 10 minutes de présentation du dossier et 20 minutes d'échange.
- Faites attention à votre gestuelle durant l'oral : installez-vous confortablement sur la chaise et restez droit avec les mains posés sur la table si possible (ne pas croiser les jambes ou les bras). Regardez le jury le plus souvent possible afin de montrer votre capacité à communiquer sans l'aide des supports écrits.

■ Captez l'attention du jury en variant l'intonation de votre voix et faites votre exposé sans parler ni trop vite ni trop lentement. Durant l'échange qui suit l'exposé, soyez à l'écoute et ne coupez pas la parole. Il s'agit de respecter le temps imparti et de montrer votre capacité de réflexion et d'échange avec les professionnels que sont les membres du jury.

Liste des sigles

Établissements et services

Pour enfants handicapés

CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
IEM	Institut d'Éducation Motrice
IES	Institut d'Éducation Sensorielle
IME	Institut Médico-Éducatif
IMP	Institut Médico-Psychologique
IMPro	Institut Médico-Professionnel
ITEP	Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique
SESSAD	Service d'Éducation Spécialisée et de Soins À Domicile

Pour adultes handicapés

CAJ	Centre d'Activité de Jour
CAJM	Centre d'Activité de Jour Médicalisé
CITL	Centre d'Initiation au Travail et aux Loisirs
ESAT	Établissement et Service d'Aide par le Travail
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
MAS	Maison d'Accueil Spécialisé
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile

Pour personnes âgées

CANTOU	Centre d'Animation Naturelle Tiré d'Occupations Utiles
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
MAPAD	Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes
SSIAD	Service de Soins Infirmiers À Domicile

Établissements du secteur social

CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
MECS	Maison d'Enfants à Caractère Social

Prestations ou aides financières

AAH	Allocation pour Adulte Handicapé
AEEH	Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé
AME	Aide Médicale de l'État
APA	Aide Personnalisée d'Autonomie
ASPEH	Allocation de Soutien aux Parents d'Enfants Handicapés
CMU	Couverture Médicale Universelle
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
RSA	Revenu de Solidarité Active

Organismes ou instances administratives, juridiques et financières

AGEFIPH	Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées
ANESM	Agence Nationale de l'Évaluation Sociale et Médico-sociale
APF	Association des Paralysés de France
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CROSMS	Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Médico-Sociale
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
FEDEEH	Fédération Étudiante pour une Dynamique Études et Emploi avec un Handicap
FFH	Fédération Française Handisport
FFSA	Fédération Française du Sport Adapté
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI	Protection Maternelle et Infantile

Les professionnels

AMP	Aide Médico-Psychologique
AS	Aide-Soignant
AVS	Auxiliaire de Vie Sociale
EJE	Éducateur de Jeunes Enfants

ES	Éducateur Spécialisé
IDE	Infirmier Diplômé d'État
ME	Moniteur-éducateur

Les maladies ou handicaps

IMC	Infirmité Motrice Cérébrale
IMOC	Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Autres sigles

ADEP	Association de Défense et d'Entraide des Personnes Handicapées
ANAH	Agence Nationale de l'Habitat
CESU	Chèque Emploi Service Universel
CLIS	Classes d'Intégration Scolaire
CRIPS	Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida
CRP	Centre de Réadaptation Professionnelle
EA	Entreprise Adaptée
EREA	Établissements Régionaux d'Enseignement Adapté
GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle
HALDE	Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité
LSF	Langue des Signes Française
MASP	Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé
MJD	Maison de la Justice et du Droit
PPC	Plan Personnalisé de Compensation
PPS	Plan Personnalisé de Scolarisation
RAD	Relais d'Accès au Droit
RQTH	Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
SAPAD	Service d'Assistance Pédagogique À Domicile
SAPPH	Service d'Accompagnement à la Parentalité des Personnes Handicapées
SEGPA	Sections d'Enseignement Général et Professionnel Adapté
SSEFIS	Service de Soutien à l'Éducation Familiale et à l'Intégration Scolaire
UFCV	Union Française des Centres de Vacances
ULIS	Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire
ULS	Unité de Logement Spécialisé
UMI	Unité Mobile Interdépartementale
UNISS	Unité d'Information et de Soins des Sourds

Sites Internet

www.agefiph.fr/

Site de l'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion professionnelle des Personnes Handicapées.

www.halde.fr/

Site de la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité.

www.culture.gouv.fr/handicap/

Site sur l'accessibilité au profit des personnes en situation de handicap.

www.handisport.org/

Site de la Fédération française du sport pour les personnes en situation de handicap physique et sensoriel.

www.ffsa.asso.fr/

Site de la Fédération Française de Sport Adapté pour les personnes en situation de handicap psychique ou mental.

www.alexandre-jollien.ch/

Site d'un écrivain et philosophe.

www.nussmarcel.fr/

Site d'un écrivain et formateur, spécialiste de l'autonomie et de l'accueil des personnes dites handicapées, de l'accompagnement à la personne et du rapport au corps.

www.credavis.fr/

Site de recherche et d'étude pour le droit à la vie sexuelle dans le secteur social et médico-social.

www.handicapinfos.com/

Actualités, dossiers et revues de presse sur les thèmes de la santé et du handicap.

Bibliographie

- AIMÉ Béatrice, BAQUEDANO Michel, PONET Blandine, *Les aides médico-psychologiques : prendre soin au quotidien*, Érès, 2009.
- CHARRIER Françoise, GOUPIL Daniel, GEOFFROY Jean-Jacques, *Les personnes vulnérables. Protection et accompagnement des majeurs en difficulté*, Érès, 2008.
- CHAVAROCHE Philippe, *Le projet individuel : Repères pour une pratique avec des personnes gravement handicapées mentales*, Érès, 2006.
- CROGNIER Philippe, *Précis d'écriture en travail social*, ESF éditeur, 2011.
- CROGNIER Philippe, *Nouvelles pratiques d'écriture en travail social*, ESF éditeur, 2013.
- DANANCIER Jacques, *Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif – Rocs : référentiel d'observation des compétences*, Dunod, 2011.
- DELEFOSSE Delphine, ROLLAND Marie, *Devenir aide médico-psychologique*, ESF éditeur, 2010.
- DRÉANO Guy, *Guide de l'aide médico-psychologique*, Dunod, 2012, 1997 pour la première édition.
- DURUAL Arlette, PERRARD Patrick, *Aide médico-psychologique : un métier à découvrir, des professionnels à reconnaître*, Érès, 2008.
- GARDOU Charles, *Fragments sur le handicap et la vulnérabilité. Pour une révolution de la pensée et de l'action*, Érès, 2006.
- GIUST-DESPRAIRIES Florence, *Le métier d'AMP – Construction d'une identité professionnelle*, Dunod, 2013.
- GOFFMAN Erving, *Stigmates. Les usages sociaux des handicaps*, Les Éditions de Minuit, 1975.
- JEANNE Yves, *Vieillir handicapé*, Érès, 2011.
- LAPRIE Bruno, MINANA Brice, *Les écrits professionnels en pratique. Guide à l'usage des travailleurs sociaux*, ESF éditeur, 2010.
- PITAUD Philippe (sous la direction de), *Solitude et isolement des personnes âgées*, Érès, 2010.

- RULLAC Stéphane, OTT Laurent, *Dictionnaire pratique du travail social*, Dunod, 2010.
- PITAUD Philippe (sous la direction de), *Sexualité, handicaps et vieillissement*, Érès, 2011.
- TREMBLAY Luc, *La relation d'aide : Développer des compétences pour mieux aider*, Chronique sociale, 2002.
- VERCAUTEREN Richard, PERSONNE Maurice, *Accompagner les personnes âgées fragiles. Formes et sens de l'accompagnement*, Érès, 2009.
- ZUCMAN Elisabeth, *Accompagner les personnes polyhandicapées*, CTNERHI, 2001.

Quelques revues spécialisées

Doc'AMP

Doc'Animation en gérontologie

Doc'Alzheimer

Doc'Geronto Jeux

Soins Gérontologie

Soins Psychiatrie

Soins Aides-soignantes

ASP Liaisons (« Accompagnement et développement des soins palliatifs »)