



Référentiel pour votre pratique

GUIDE

Activités et compétences pour l'accompagnement en gériatrie des professionnels de niveau V



Novembre 2013

*Etude réalisée au sein des Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et des Etablissements
d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) par
Christine MARTIN, Chargée des ressources humaines dans le médico-social, ARS Rhône-Alpes
Annick PENSO, Enseignant-chercheur Cnam / APL Conseil*



Programme régional portant sur 5 thématiques transversales
Volet Ressources humaines





Charte d'utilisation

Ce document n'est pas un référentiel de certification mais un recueil structuré d'activités, réalisées au sein des EHPAD et des SSIAD, et de compétences pour la fonction des professionnels de niveau V¹. Les pages qui suivent présentent le résultat d'une évaluation des besoins des usagers, d'une observation et d'une analyse des discours d'acteurs exerçant auprès des personnes âgées.

Ce référentiel a pour finalité de poser un repère pour les professionnels de tous niveaux, les organismes de formation, les formateurs, les organismes paritaires collecteurs agréés et tous acteurs institutionnels intervenant auprès des personnes âgées. Il est aussi un support managérial pour les gestionnaires de structures et les autorités de tarification.

Dans cette logique, il répond à plusieurs objectifs :

- Réaliser un état des lieux sur l'évolution des activités de soins et d'accompagnement et, en déduire les besoins en compétences ;
- Identifier les besoins spécifiques des usagers et le niveau d'expertise requis pour l'accompagnement des personnes âgées ;
- Soutenir l'évaluation des activités et des compétences nécessaires pour adapter les contenus en formation initiale ou continue ;
- Valoriser des métiers trop peu attractifs comme ceux des aides soignants, aide médico-psychologiques, auxiliaires de vie sociale ;
- Contribuer à la qualité des accompagnements et à la bientraitance des usagers.

Ce référentiel a donc vocation à être diffusé largement en tant qu'outil d'aide pour l'évaluation des besoins en compétences requises mais il ne remplace en aucun cas les démarches d'élaboration des plans de formation propres à chaque structure, selon la spécificité des populations accueillies.

¹ Niveau BEP, CAP



Sommaire

■ Introduction	6
■ Problématique	7
Préambule méthodologique.....	7
Problématique.....	7
■ Présentation générale des métiers concernés	9
Métiers concernés	9
Cadre d'exercice.....	10
■ Précisions méthodologiques	12
■ Profil de l'emploi niveau V	13
Référentiel de l'activité : synthèse	14
Détail des activités caractéristiques	15
■ Connaissances requises pour l'emploi	25
A propos des savoirs	25
L'inférence des savoirs	27
■ Conclusion	32
■ Comité de pilotage	33



Introduction

Le projet régional de santé, dans son volet transversal sur la thématique des ressources humaines, propose des actions pour « améliorer l'attractivité des métiers exercés auprès des personnes en perte d'autonomie » et « adapter les formations, développer de nouvelles compétences »². Cette production est l'aboutissement d'une étude réalisée en réponse à ces objectifs d'efficacité et de qualité.

Plus précisément, ce document est le résultat du premier des trois axes stratégiques déployés dans le cadre d'un projet collectif et partenarial : « Projet parcours professionnels et coopérations dans le champ de la dépendance ». Ce projet a pour objectif global de comprendre les problématiques de pénurie en professionnels de niveau V, (les aide médico-psychologiques, les aides soignants, les auxiliaires de vie sociale) plus particulièrement, dans le secteur des personnes âgées (SSIAD et EHPAD)³. Cette démarche repose donc sur les trois axes suivants :

- 1 - l'analyse des besoins en activités et en compétences ;
- 2 - la gestion des ressources humaines au sein des structures ;
- 3 - le pilotage de la coordination des acteurs autour de l'emploi et de la formation avec la création de comités territoriaux d'actions, co-pilotés par les conseils généraux et l'Agence régionale de santé.

Le déploiement du projet est réalisé sur les trois départements de l'arc alpin, l'Isère, la Haute-Savoie et la Savoie, avec la perspective de prendre appui sur des études existantes et/ou en cours de réalisation.

La mise en œuvre du premier point a pour objectif d'évaluer l'évolution de l'activité correspondant à des prestations de soins et/ou d'accompagnement réalisées, au sein des structures cibles, par des professionnels de niveau V. L'étude démontre que les professionnels réalisent les mêmes activités. Seules les représentations du métier diffèrent selon la filière de formation (sanitaire ou sociale) et bien sûr, selon que la personne ait bénéficié, ou non d'une formation qualifiante. Le référentiel de compétences conçu dans ce document, présente donc une seule fonction tenant compte des résultats obtenus et validés.

Ainsi, une brève présentation du contexte de l'exercice réglementaire des métiers et de la spécificité de l'environnement organisationnel observé précèdera la présentation des cinq domaines activités puis des compétences nécessaires pour les mener.

² PRS 2012-2017, 5 thèmes chapeaux, http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_strategie_projets/PRS_Programmes_CNP/prs_maj_072013/20130709_DSPRO_Themes-chapeaux.pdf

³ Services de soins infirmiers à domicile, Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.



Problématique

■ Préambule méthodologique

Face à l'accroissement de la dépendance des personnes âgées et à la relative pénurie en professionnels qualifiés, la question nous est posée de l'adaptation à l'évolution des activités et, des besoins spécifiques en compétences du niveau d'intervention des professionnels de niveau V (en parlant bien de la fonction et non pas du métier) en adéquation avec les besoins des bénéficiaires.

Ce référentiel, qui présente la fonction d'accompagnement en gérontologie, a été construit sur la base d'entretiens avec des professionnels exerçant dans des EHPAD⁴ ou dans des SSIAD⁵ et, des usagers en présence de leur famille. Les entretiens centrés sur les besoins des bénéficiaires et les activités des soignants⁶, ont été d'une grande richesse, et ont permis de disposer d'informations pertinentes et suffisantes.

L'analyse des entretiens menés avec les bénéficiaires des soins ou leur famille a présenté quelques biais pour des raisons variées :

- difficulté d'accéder aux personnes à leur domicile, pour des raisons de discrétion et de faisabilité ;
- faible part de résidents, en institution, disposant de capacités cognitives suffisantes pour comprendre la finalité de l'entretien et y contribuer ;
- difficulté à généraliser à partir de propos relevant de problématiques individuelles.

Ce référentiel est donc le reflet du travail réel⁷ de l'ensemble des professionnels rencontrés qui ont parfois évoqué certains de leurs regrets en tant qu'accompagnants. Les différents échanges avec les professionnels ont permis d'identifier des situations de travail au regard de l'évolution de l'activité et de la réglementation (outils de la loi 2002-2, droits des usagers...). Par ailleurs, les auteurs de ces travaux, expérimentés, ont pu prendre appui sur leurs connaissances du terrain et des situations de travail auprès des personnes âgées.

■ Problématique

La prise en charge de résidents en EHPAD a connu, ces dernières années, une inflexion qui semble irréversible et constatée par de nombreux rapports et études. L'évolution démographique, l'augmentation de l'espérance de vie, le souhait de rester au domicile, ainsi que la politique de maintien à domicile, conduisent à une entrée de plus en plus tardive en institution. Actuellement l'âge d'entrée en EHPAD des usagers est plus élevé, entre 80 et 90 ans, selon les témoignages et études des personnes rencontrées, et, la plupart du temps, elles sont atteintes de pathologies somatiques et cognitives graves, pouvant générer une dépendance et des troubles du comportement⁸. Ces résidents nécessitent une prise en charge plus lourde et plus médicalisée de la part des professionnels qui multiplient les gestes liés au « faire pour » (plus de toilettes, plus d'aides au repas, de mobilisations...) parfois, ou souvent, au détriment du « faire avec » et de l'accompagnement social dans le cadre d'un projet personnalisé.

⁴ Etablissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes.

⁵ Services de soins Infirmiers à domicile.

⁶ Le terme "soignants" utilisé dans ce rapport désigne tout professionnel effectuant des actes directs de soins aux personnes.

⁷ Par opposition au travail prescrit, tel qu'il se trouve dans les référentiels officiels ou les fiches de poste en vigueur dans les institutions.

⁸ Entraînant une augmentation du GIR et du PATHOS.

Par ailleurs, les statuts des intervenants sont multiples et divers. Ils viennent d'horizons parfois très différents : de l'aide-soignante diplômée ayant plus de dix ans de pratique en gérontologie, à la personne en reconversion professionnelle, qui, il y a encore un mois, travaillait en logistique, et fait déjà fonction d'aide-soignant. La palette des situations est d'une très grande variété.

Cette variété trouve sa traduction dans le positionnement des professionnels, et le discours que les différents acteurs portent sur leurs rôles respectifs. Certaines structures, et professionnels, campent sur le respect rigoureux des prérogatives des soignants, définies par leur certification : ainsi, l'AS diplômée pourra-t-elle mener l'ensemble des activités figurant dans le référentiel de certification du diplôme d'état, alors que l'agent de service « faisant fonction d'AS » aura interdiction de faire manger un résident, cet acte étant réservé à l'AS, alors qu'elle en réalise la toilette. En fait, l'organisation mise en place dans les EHPAD influe fortement sur les activités dévolues aux uns et aux autres, cherchant à respecter et opérationnaliser, tant que faire se peut, le principe de tarification ternaire : hébergement / dépendance / soin. D'autres organisations vont, a contrario, favoriser une très grande polyvalence.

Coexistent ainsi des professionnels de statut, de métier, et d'origine variés, qui interviennent directement auprès de la personne âgée, en institution et au domicile. Selon les organisations et le management propres à chaque structure, ils seront ou non cantonnés dans une représentation figée de leurs activités.

Il ressort néanmoins que :

- la plupart du temps, les « agents logistiques » ou ASH⁹, n'interviennent pas directement dans les soins aux personnes, mais plutôt dans l'entretien de leur environnement, et éventuellement, la distribution des repas ;
- il existe peu de différences entre les attributions des AS et des AMP¹⁰, sauf parfois quand l'AMP est positionné en unité protégée ou unité de psychogériatrie, ou qu'a contrario, l'AS intervient en tant qu'AMP, en assurant des animations ou un accompagnement individualisé ;
- il existe, selon l'entité juridique de la structure, une multitude de situations intermédiaires entre l'agent non diplômé (et/ou non qualifié) et l'AS ou l'AMP, disposant d'une zone d'autonomie souvent déterminée par l'organisation en fonction de ses besoins propres.

Cette lecture ne doit pas faire oublier ce qui doit être la préoccupation majeure d'un directeur de structure : assurer la continuité des soins et des accompagnements. La gestion quotidienne d'une organisation pour concilier l'activité, les ressources et les attentes des usagers est complexe. C'est souvent qui ce oblige à recourir à des « faisant fonction » pour pallier les problèmes d'absentéisme et d'attractivité.

⁹ Agent de service hospitalier.

¹⁰ Aide médico-psychologique.



Présentation générale des métiers concernés

■ Métiers concernés

Le référentiel décrit les activités menées par les professionnels exerçant les métiers suivants :

- aide-soignant(e) diplômé ou faisant fonction (AS) ;
- aide médico-psychologique (AMP) ;
- auxiliaire de vie faisant fonction d'AS ou d'AMP (AVS).

Derrière ces dénominations se profilent deux réalités : celle du cadre d'exercice prévu par les textes, et celle de l'exercice réellement mené.

Les aides soignantes (AS) bénéficient d'un diplôme d'état de niveau V¹¹, délivré par le ministère de la santé qui a fait l'objet d'une réforme en 2005 et s'inscrit dans un cadre juridique décrivant précisément les actes que les titulaires peuvent mener en toute autonomie et ceux qui sont réalisés en collaboration avec l'Infirmier. Il n'est pas spécifique à l'activité auprès de personnes âgées et dépendantes, et met l'accent sur les soins, en particulier d'hygiène.

Les aides médico-psychologiques (AMP) bénéficient également d'un diplôme d'état, de niveau V, délivré quant à lui par le ministère des affaires sociales et créé pour accompagner des personnes de tout âge, relevant d'une situation de handicap et / ou de dépendance. Les AMP peuvent intervenir sur des actes de toilette sous la responsabilité de l'infirmière¹².

Les auxiliaires de vie sociale (AVS) bénéficient elles aussi d'un diplôme d'état de niveau V, qui a été construit pour encadrer l'exercice de l'intervenant au domicile, lequel accompagne une personne dans les actes de sa vie quotidienne, participe à l'entretien de son environnement, à son hygiène, mais aussi dans l'effectuation d'un certain nombre de démarches administratives ou autres interventions à l'extérieur du domicile comme « faire des courses » ou « aller chercher des résultats d'examens de laboratoire ». Il convient de préciser que les AVS ne sont pas des professionnels réglementairement autorisés à exercer dans les SSIAD et les EHPAD en tant que niveau V. Ils sont en général recrutés avec le titre générique « d'agent de service » dont les appellations varient selon le statut juridique de la structure.

De fait, **il existe une cohorte de fonctions « sans certification¹³ »** : les agents de soins, agents des services hospitaliers (ASH), agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ) dont il n'existe pas de définition commune ou de cadre d'exercice commun. Dans la réalité des gestions quotidiennes, ils constituent la marge d'autonomie et d'adaptation dont les établissements disposent pour remplir des fonctions vacantes lorsqu'ils sont dans l'impossibilité de recruter des professionnels qualifiés. La formation continue et les qualifications de ces personnels représentent un outil incontournable pour sécuriser les accompagnements des usagers. Il convient de souligner la spécificité de l'ASHQ¹⁴ qui, dans les structures qui recourent à cette dénomination, ont bénéficié d'une formation de quinze jours et d'un accompagnement tutoral au poste de faisant fonction d'AS. Seules leurs activités de soins et d'accompagnement aux personnes sont prises en compte dans ce référentiel, celles relatives à l'entretien du cadre de vie n'ayant pas été retenues.

¹¹ Correspondant à un niveau CAP / BEP.

¹² Article R 4311-4 du titre I du décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique.

¹³ Au sens où elles ne sont pas cadrées par une réglementation.

¹⁴ Relevant de la fonction publique hospitalière.

■ Cadres concernés

Le référentiel décrit les activités et compétences de soignants intervenant en institution médico-sociale, dans des structures de taille variée, qu'il s'agisse d'EHPAD publics, associatifs, participant au service public ou privés à but lucratif ainsi qu'aux soignants intervenant au domicile, dans le cadre de SSIAD. L'objectif des paragraphes qui suivent n'est pas tant d'apporter un approfondissement réglementaire que de présenter brièvement et synthétiquement l'environnement organisationnel dans lequel les professionnels rencontrés évoluent.

Le cadre d'exercice en EHPAD

En EHPAD, l'organisation et le cadre du travail sont très largement dépendants du type de management en vigueur, et du statut de l'établissement. En général, les professionnels concernés interviennent de jour comme de nuit, la plupart des structures n'ayant pas d'infirmier de nuit, mais le plus souvent des aides soignants. Le rythme des interventions de ces professionnels est variable, certains ont un horaire fixe, d'autres alternent entre le matin et l'après-midi, d'autres encore tournent sur tous les horaires, d'autres enfin travaillent sur des horaires dits « coupés » soit, en général, quatre heures le matin et quatre heures en fin de journée.

Les effectifs en personnels et en métiers sont négociés dans le cadre de la signature de la « Convention Tripartite ». Selon les discours de gestionnaires, cette convention encadre et bloque à la fois la prise en compte de l'évolution des besoins au regard du nombre de lits, des pathologies et de la dépendance des personnes accueillies. Deux indicateurs permettent d'évaluer le degré de dépendance et la charge en soins : le Pathos moyen pondéré (PMP) et le Gir moyen pondéré (GMP). Ce sont des outils qui apprécient la charge de travail au sein des EHPAD et font l'objet d'un réexamen, en vue de la reconduction de la convention prévue tous les cinq ans.

Le travail est organisé en équipe, selon des schémas très variables : certains établissements privilégient la continuité de la relation entre les soignants et les résidents, affectant ainsi à des équipes relativement stables des secteurs définis, d'autres au contraire font tourner toutes les équipes auprès de tous les résidents, pour permettre des remplacements éventuels plus fluides. La polyvalence permet, selon certains gestionnaires de sécuriser les accompagnements en cas d'absentéisme ou de turnover.

Par ailleurs, selon le choix de gestion des établissements, la partie hôtelière est, ou non, sous-traitée à un prestataire externe et, ceci peut avoir une incidence sur l'implication des personnels de proximité auprès des usagers et de l'organisation des activités : mise en place de la salle à manger, distribution des repas, entretien des espaces communs...

Le cadre d'exercice en SSIAD

Le SSIAD intervient au domicile de la personne, dans son propre environnement ; le professionnel s'y rend généralement seul, et même si plusieurs intervenants peuvent se relayer dans la journée, ils ne se rencontrent pas toujours, sauf dans les cas où l'organisation le prévoit de manière délibérée.

Cette étude s'intéresse essentiellement aux AS et aux AMP, dont les activités de soins sont très similaires à celles réalisées dans les établissements¹⁵, mais elles s'effectuent au domicile de l'usager. En effet, l'autonomie dont disposent les aides-soignants au domicile est nettement plus affirmée que celle observée en EHPAD : l'IDE n'étant pas présent(e) sur place, l'AS va prendre seul(e) des décisions selon ses compétences, et bénéficie de plus de marges de manœuvre, pour refaire un « *petit pansement pour des*

¹⁵ Comme le montrera le détail des activités présenté page 15 et suivantes.

excoriations » par exemple. « *On réfléchit avant d'appeler l'infirmière¹⁶* », résume une AS rencontrée dans le cadre de ces entretiens.

L'organisation des SSIAD rencontrés tente généralement de favoriser le lien entre deux ou trois AS et le bénéficiaire des soins. Les équipes ne tournent donc pas, sauf en cas de difficulté majeure. La soignante intervient dans la vie de la personne et dans son quotidien ; elle peut alors être amenée à rendre de menus services, tels qu'ouvrir la porte au kinésithérapeute ou au médecin, dont les horaires de visite auront été choisis précisément pour coïncider avec la présence de l'intervenante. L'AS peut aussi aller chercher un traitement manquant à la pharmacie, apporter le repas...

Le soignant est placé dans un rôle d'interlocuteur privilégié, qui **assure la coordination opérationnelle des interventions auprès de la personne âgée**. Il est en relation étroite avec les autres personnes intervenant au domicile, et en particulier avec l'Assistante de vie sociale, le psychologue...

¹⁶ Les italiques sont utilisés pour des extraits d'entretien.



Précisions méthodologiques

Ce document est construit selon la méthode ADAC¹⁷, laquelle part du travail tel qu'il est réellement mené pour décrire les activités et les tâches qui en découlent, et en inférer les compétences qu'elles mobilisent. Les comportements attendus, parfois nommés « savoir-être », ont été décrits en qualifiant les activités à mener, c'est-à-dire la manière de réaliser les tâches. Les savoirs qui les sous-tendent figurent parmi les savoirs expérientiels et savoir-faire détaillés dans le référentiel de compétences présenté ci-après pour répondre aux prestations d'accompagnement, du « prendre soins », de soins (...) selon les nombreux cadres de référence des acteurs rencontrés.

Le référentiel présenté dans les pages qui suivent est élaboré à partir des matériaux suivants :

- Des entretiens semi-directifs menés à partir de l'élaboration d'un guide préalablement construit ;
- La documentation disponible, et en particulier les référentiels existants (AS, AMP, DEAVS, *assistant soin en gérontologie, nutrition*¹⁸...);
- La réglementation régissant le fonctionnement des structures rencontrées et l'exercice professionnel ;
- L'expertise et connaissance des auteurs.

53 entretiens ont été réalisés en groupe et individuellement auprès d'un échantillon de 78 personnes constitué de :

- 20 aides soignants ;
- 8 aides médico-psychologiques ;
- 11 faisant fonction d'aides soignants ou d'aides médico-psychologiques ;
- 3 agents des services hospitaliers et/ou hôteliers ;
- 5 infirmiers ;
- 2 animatrices ;
- 4 médecins coordonnateurs ;
- 2 psychologues ;
- 15 encadrants (*cadres de santé, directeurs...*) ;
- 8 bénéficiaires des soins ou familles.

L'enquête a été réalisée dans les trois départements de l'arc alpin, l'Isère, la Savoie et la Haute Savoie, auprès de structures de tailles diverses, rattachées ou non à un hôpital, de tous statuts juridiques :

- 8 EHPAD ;
- 3 SSIAD.

Validation des résultats et du référentiel :

- Par le **Comité de pilotage du projet** « Parcours professionnel et coopérations dans le champ de la dépendance » (liste en annexe) ;
- Par un **groupe représentatif de 8 professionnels de terrain** rencontrés lors de l'enquête : AS, AMP, DEAVS faisant fonction en cours de validation des acquis pour l'obtention du diplôme d'AS, provenant d'EHPAD (5) et de SSIAD (3 dont une AMP).

Cette dernière étape a permis de dégager un très large consensus sur le référentiel présenté, qui a semblé à la fois conforme à la réalité du terrain et valorisante pour les professionnels concernés. Des demandes de modifications, très marginales, ont été débattues et prises en compte.

Présentation des résultats aux directeurs d'établissement

Lors d'une réunion organisée par l'ARS et des comités territoriaux d'action¹⁹.

¹⁷ Analyse De l'Activité et des Compétences, mise au point et déposée par l'institut MCVA (ex FFPS) du Conservatoire National des Art et Métiers à Paris.

¹⁸ Référentiel élaboré pour l'ARS Ile de France dans le cadre de la démarche de certification des compétences en gérontologie.

¹⁹ Comité territorial d'action (CTA) : instance expérimentale installée dans le cadre du projet « Parcours professionnels et coopérations dans le champ de la dépendance », co-pilotée par le conseil général et l'ARS. Elle a pour mission de coordonner les parcours professionnels et de mobiliser les acteurs pour améliorer l'attractivité et les recrutements dans le secteur des personnes âgées.



Profil de l'emploi niveau V

Les pages qui suivent présentent les résultats du recueil des activités. Le référentiel décline cinq domaines d'activités synthétisées sous une forme cartographique dans un premier temps, qui sont détaillées dans des tableaux synoptiques pour chacune d'elles, dans un second temps.

■ **Référentiel d'activités : synthèse**



■ Détail des activités caractéristiques

NB : la mention « E » ou « S » dans la colonne de droite désigne une activité spécifique au cadre EHPAD ou SSIAD. L'absence de cette mention indique que l'activité est commune aux deux lieux de réalisation.

Prodiguer des soins d'hygiène en tenant compte de l'autonomie et du projet de vie de la personne âgée	Spécificité EHPAD ou SSIAD
Accompagner ou effectuer la toilette en en faisant un moment d'échange et de dialogue	
Accompagner ou effectuer les soins de toilette en fonction de l'état de dépendance et en respectant l'autonomie de la personne	
Donner une douche ou un bain, en fonction des goûts de la personne et de la faisabilité	
Effectuer les gestes de prévention afin de préserver l'état cutané	
Prodiguer des soins de manucure et de pédicurie	
Effectuer l'entretien des cheveux	
Construire une intimité avec la personne à l'occasion de ces soins et favoriser la remémoration	
Favoriser le maintien de la continence et / ou prendre en charge l'incontinence	
En fonction de la continence de la personne, lui proposer de l'accompagner aux toilettes à intervalles réguliers	
En fonction de ses habitudes relatives à l'élimination, vérifier sa protection et la changer si besoin	
Dialoguer avec la personne pendant la toilette intime	
Expliquer à la personne comme à sa famille, les protocoles relatifs au maintien de la continence ou à l'incontinence	
Aider à l'habillement de la personne en fonction de ses goûts	
Gérer la garde-robe de la personne en lien avec ses proches	
Laisser la personne choisir ses vêtements	
Veiller au rangement respectueux des affaires personnelles du résident	
Veiller au respect du style vestimentaire et des desideratas de la personne ou de la famille	
Veiller au choix des chaussures pour favoriser la mobilité et prévenir les chutes	
Proposer un soin esthétique pour entretenir l'estime de soi	

Prodiguer des soins d'hygiène en tenant compte de l'autonomie et du projet de vie de la personne âgée	Spécificité EHPAD ou SSIAD
Aider à l'hygiène bucco-dentaire	
Aider au brossage des dents	
Faire un soin de bouche	
Vérifier que la bouche est exempte de plaies et alerter au besoin	
Entretenir et mettre à disposition de la personne tout appareillage	
Entretenir quotidiennement l'appareil dentaire et vérifier le matin qu'il a été confortablement remis	
Prendre soin des lunettes, et, selon la correction, les proposer après la toilette	
Prendre soin des appareils auditifs, et les proposer dès le réveil, pour faciliter l'échange avec la personne	
De manière générale, mettre à disposition tout appareillage nécessaire (cannes, béquilles, fauteuil...)	
Favoriser la mobilité de la personne, par une manutention adaptée et veiller au confort et à la sécurité de son installation	
En fonction de l'autonomie de la personne, l'aider à se lever, à s'asseoir, à se coucher	
En fonction de son poids, demander de l'aide pour faire les manutentions	
Utiliser le matériel de levage et de transfert	
Installer le résident confortablement, selon l'activité	
Veiller à la sécurité de son installation, et de sa posture	
Inviter la personne à marcher en l'accompagnant et en la sécurisant si nécessaire	
Si la personne est durablement alitée, veiller régulièrement à lui proposer et à pratiquer des changements de position	
Veiller à laisser à disposition de la personne des systèmes d'alerte et vérifier que la personne sait les utiliser	

Prodiguer des soins d'hygiène en tenant compte de l'autonomie et du projet de vie de la personne âgée	Spécificité EHPAD ou SSIAD
Participer à l'entretien de l'environnement de la personne	
En fonction de l'organisation de la prise en charge, participer à la réfection du lit	
Veiller en toute occasion à la propreté de la chambre, laver des salissures récentes si besoin	
Veiller à la propreté des carafes et verres laissés à la disposition de la personne	
De manière générale, et selon l'organisation et les procédures d'hygiène, participer à l'entretien des locaux	

Contribuer à l'évaluation et à la prise en charge clinique des personnes âgées	Spécificité EHPAD ou SSIAD
Evaluer la douleur et contribuer à sa prise en charge	
Poser systématiquement la question de la douleur	
Repérer des positions antalgiques, des grimaces douloureuses, ou des changements de comportements	
Evaluer la douleur à l'aide d'échelles appropriées	
Participer à l'évaluation de l'efficacité des traitements antalgiques médicamenteux ou pas	
Communiquer à l'IDE ou au médecin coordonnateur sur des douleurs persistantes, intenses ou inhabituelles	
Réaliser la surveillance clinique des paramètres vitaux et de l'état général	
Effectuer des mesures de la tension artérielle, du pouls, de la température	
Evaluer les résultats, les transcrire et alerter si besoin	
Suivre l'évolution de l'état nutritionnel du résident (courbe de poids...)	
Evaluer l'état respiratoire, fréquence respiratoire, coloration, encombrement bronchique	
Accompagner les personnes en fin de vie	
Adapter sa surveillance à l'état de la personne en fin de vie	
Alimenter et hydrater selon ses désirs et ses capacités une personne en fin de vie	
Prodiguer des soins de confort et de bien être	
Adapter l'accompagnement en fin de vie à la volonté de la personne et aux éventuelles directives laissées à sa famille	

Contribuer à l'évaluation et à la prise en charge clinique des personnes âgées	Spécificité EHPAD ou SSIAD
Contribuer et participer aux traitements médicamenteux, sous la responsabilité de l'IDE	
Aider à la prise des traitements préparés par l'IDE ou la pharmacie conformément aux prescriptions	
S'assurer de leur bonne absorption et tolérance	
Signaler tout effet indésirable ou inattendu	
Signaler les difficultés ou le refus de prise	
Participer à l'évaluation des troubles du comportement et des capacités cognitives	
Observer la personne au quotidien dans ses différentes activités et comportements	
Détecter un comportement inhabituel	
Evaluer la cohérence des propos et l'orientation temporo-spatiale	
Evaluer la capacité à communiquer	
Evaluer la capacité à se remémorer tant sur le plan verbal, que procédural, ou mémoire ancienne	
Evaluer la variabilité de l'humeur	
Participer à l'évaluation de la dépendance	
Faire une toilette évaluative	
Profiter des toilettes quotidiennes pour évaluer l'évolution des capacités	
Evaluer l'autonomie et la dépendance lors des transferts et déplacements	
Evaluer l'autonomie et la dépendance à l'occasion des repas	
Transmettre à l'équipe ses observations spécifiques	

Contribuer à l'évaluation et à la prise en charge clinique des personnes âgées	Spécificité EHPAD ou SSIAD
Surveiller le transit intestinal et le fonctionnement urinaire	
Noter l'élimination et reporter éventuellement le résultat dans des diagrammes	
Alerter en cas de modification de la quantité ou de l'aspect d'urine émise, de constipation ou de diarrhée	
Favoriser la mobilité et la verticalisation	
Gérer des situations d'urgence	
Evaluer la gravité d'une situation inattendue, comme une chute	
Alerter l'IDE ou le médecin coordonnateur selon les consignes et protocoles de l'établissement	
Prodiguer les gestes d'urgence	
Au besoin, appeler les services d'urgence	
Mettre la personne en sécurité	
Alerter en cas de fugue	

Participer à la mise en œuvre du projet de vie et au maintien du lien social par diverses actions dont l'animation	Spécificité EHPAD ou SSIAD
Participer aux animations ou les mettre en œuvre	
Accompagner des sorties	
Accompagner une personne qui souhaite aller faire des emplettes	
Participer à la logistique de l'animation ou l'assurer	
Créer des animations autour des repas ou des goûters	
Faire réaliser par les résidents des mets à thèmes qu'ils consommeront	
Se mobiliser collectivement autour d'un repas à thème	
Proposer des dégustations, des découvertes...	
Faire participer les personnes, en fonction de leurs désirs et habitudes de vie, au dressage de la table, à l'épluchage de légumes etc.	
Mettre en œuvre les animations spécifiques aux lieux d'accueil des résidents souffrant d'un trouble de type Alzheimer	
Préparer et conduire les résidents dans des lieux d'animation de jour de type PASA	
Faire des animations régulières dans des services de type UPG	
Evaluer le comportement lors de l'animation et en rendre compte	
Assurer la continuité de l'information entre les services et les professionnels intervenant	

Participer à la prise en charge multidisciplinaire de la personne âgée en relation avec ses proches	Spécificité EHPAD ou SSIAD
Participer à l'accueil d'un nouveau résident et à l'élaboration de son projet de vie	
Accueillir le résident et l'aider à s'installer dans sa chambre	E
Faire visiter l'établissement et lui présenter l'équipe et les autres résidents	E
Recueillir ses habitudes de vie et préférences alimentaires	E
Observer son comportement et d'éventuels signaux de détresse ou de désorientation	E
Participer, en équipe pluridisciplinaire, à la rédaction du projet de vie et du projet de soins	E
Faciliter l'adaptation à l'institution en personnalisant l'aménagement et en donnant des repères	E
Lors de la prise en charge au domicile, mettre en place avec la personne son projet de vie et de soins	S
Contribuer à l'application et à l'actualisation du projet de vie	
Signaler tout changement d'habitude et de comportement	
Se référer régulièrement au projet de vie / de soins	
Consulter l'équipe en cas de changement à proposer	
Participer aux réunions d'équipe et aux décisions	
Remplir les transmissions ciblées ou non et les dossiers de soins	
Alerter verbalement en cas de nécessité	
Transmettre ses observations au cours de réunions d'équipe (transmissions, synthèses etc.)	
Instaurer une relation de partenariat avec les familles et proches	
Assurer la responsabilité en tant que référent de quelques résidents ou usagers (si l'organisation s'y prête)	
Répondre aux interrogations des familles, avec des mots simples	
Faire du soutien aux aidants, et alerter en cas de risque d'épuisement des aidants	
Répondre aux attentes d'information de base et non médicales	

Participer à la prise en charge multidisciplinaire de la personne âgée en relation avec ses proches	Spécificité EHPAD ou SSIAD
Orienter les proches vers les interlocuteurs susceptibles de répondre à une question qui dépasse son domaine de compétences	
Répondre, après avis collectif, aux demandes de la famille d'association à la prise en charge	
Assurer un retour d'information au collectif sur la relation instaurée avec la famille et sur les problèmes éventuels	
Assurer, s'il y a lieu, la relation avec le mandataire judiciaire chargé de la tutelle de la personne âgée	

Faciliter l'alimentation plaisir de la personne âgée dans le respect de ses besoins et ses goûts	Spécificité EHPAD ou SSIAD
Accompagner et faciliter la prise du repas dans le respect de l'autonomie des résidents, en veillant aux quantités absorbées	
Faciliter, stimuler, montrer, accompagner le geste, ou donner à manger, selon l'autonomie du résident	
Veiller en permanence aux problèmes de déglutition et aux risques de fausse route	
Alimenter et hydrater selon ses désirs et ses capacités un résident en fin de vie	
Vérifier les quantités ingérées et alerter rapidement l'équipe si le repas n'a pas été consommé	
Distribuer les repas et collations aux résidents, conformément à leurs habitudes et régimes	
Dresser une table conviviale et appétissante	
Installer les résidents selon les plans de table décidés en équipe, en veillant à leur confort et à leur sécurité	
Détailler le menu aux personnes et la composition de l'assiette	
Prodiguer les soins d'hygiène des mains et de bouche	
Proposer un plat alternatif selon les possibilités de l'établissement	
Proposer au besoin un complément, une collation, et des boissons	
Servir repas et collations, en veillant à la chaîne du froid et du chaud	
Vérifier que le repas est conforme aux préférences, régimes et textures prescrits et participer à leur réévaluation régulière	

N.B. : les activités assurées au domicile par les aides ménagères ne sont pas intégrées à ce référentiel



Connaissances requises par l'emploi

■ A propos des savoirs

Gérard Malglaive²⁰ décrit quatre catégories de savoir : le savoir théorique, le savoir procédural, le savoir pratique et le savoir-faire.

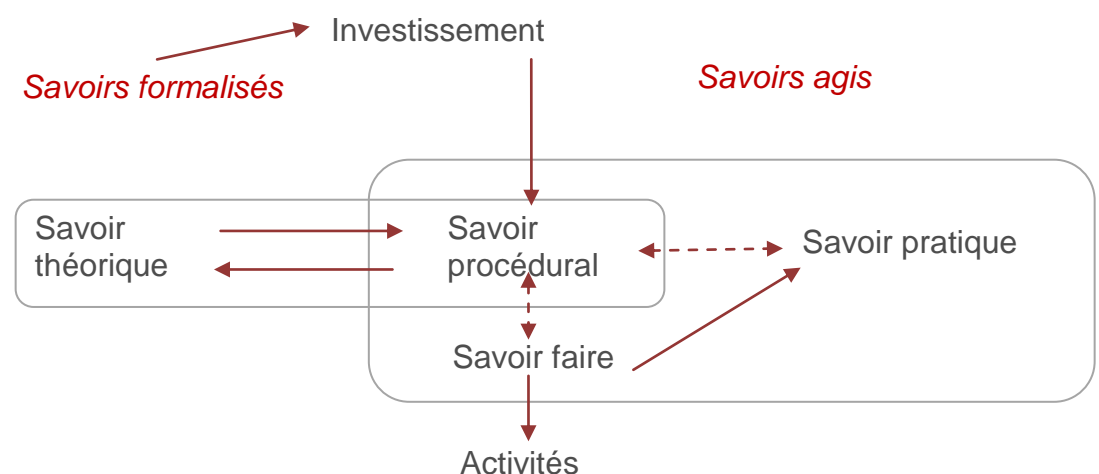
Les trois premiers donnent les éléments de connaissance du réel :

Le **savoir théorique** (*ou connaissances*) : c'est le socle constitué par les connaissances, ou encore le fameux « savoir proprement dit »; il [...] donne à connaître les lois d'existence, de constitution, de fonctionnement du réel. [...]. Le savoir théorique est donc le fondement indispensable de l'efficacité des savoirs qui règlent l'action : les savoirs procéduraux.

Le **savoir procédural** (*ou procédures, techniques, méthodes*) : c'est aussi le savoir méthodologique, l'ensemble des procédures qui gouvernent et permettent l'action : le savoir procédural [...] est souvent confondu avec le savoir-faire, dans la mesure où il gouverne la pratique et que tout « faire » suppose des procédures.

Le **savoir pratique** (*ou expérience*) : c'est un savoir non formalisé, acquis par la pratique, et revendiqué dans les années 1960, lors de la « révolte des OS », sous le nom de « savoir ouvrier » : ce savoir pratique est beaucoup moins structuré et codifié que ne l'est le savoir théorique, ou même que ne le sont les savoirs procéduraux, même s'il peut lui arriver d'atteindre à la rationalité dans la mesure où il reflète l'efficacité de l'action sur un réel qui n'est pas un cahot incohérent[...]. Il comble en quelque sorte les interstices [...] et, sans être indicible, il dit le plus souvent, de manière à vrai dire parfois approximative, ce que théories et procédures codifiées ne peuvent pas dire.

Le **savoir-faire** quant à lui s'investit dans l'action : c'est sans doute la notion la plus familière, la plus observable ; il s'agit souvent d'un savoir procédural automatisé : le savoir-faire peut désigner les gestes singuliers d'une pratique, ce que les Anglo-saxons appellent des « skills », terme souvent traduit par « habiletés », ce qui manifeste non seulement la possibilité de produire les actes de cette pratique mais encore de le faire avec adresse et dextérité.



²⁰ Enseignant-chercheur en Sciences de l'éducation, auteur de publications sur la formation des adultes.

Comme l'illustre ce schéma, ces savoirs sont en dynamique, en tension : les savoirs évoluent, se nourrissent mutuellement ; ils se transforment. Ainsi, le jeu de la formalisation permet-il de transformer un savoir-faire en savoir procédural, qui décompose l'acte ou le geste en pas de procédures. De même, un savoir pratique (*l'expérience qu'on a des choses*) peut-il donner lieu à un savoir procédural transmissible, et donc accessible au plus grand nombre. C'est ainsi que le « rouge cerise » qui permettait aux aciéristes de savoir que la coulée était prête a été mis en équation pour permettre l'automatisation des procédures de fonderie.



■ L'inférence des savoirs

L'inférence des savoirs, présentée conformément au schéma ci-dessus, est présentée dans les pages suivantes pour chacun des cinq domaines d'activités constituant le cœur de cette fonction.

Prodiguer des soins d'hygiène en tenant compte de l'autonomie et du projet de vie de la personne âgée

Connaissances	Savoirs procéduraux	Expériences
Les recommandations et bonnes pratiques	Les règles et procédures d'hygiène dont le lavage des mains	La connaissance des particularités la personne
La réglementation en matière d'IAS	Les procédures d'équipe	L'humeur de la personne
Les fonctions d'élimination spécifiques à la personne âgée	Le temps imparti pour la toilette	Le degré d'autonomie de la personne
Les règles de sécurité	Le projet de vie	L'état cognitif de la personne
L'hygiène et les risques infectieux	L'équipement médical de mobilisation	Les habitudes d'élimination de chacun
Le vieillissement cutané	Le trousseau	Les goûts vestimentaires de la personne
La désorientation temporo-spatiale	Les différents appareillages personnels (lunettes, appareils dentaires, auditifs, prothèses...)	Le vestiaire de la personne
La confusion mentale	La prévention des chutes	Les chaussures / chaussons adaptés
Les pathologies neuro-dégénératives liées au vieillissement (Alzheimer, Parkinson...)	La prévention et surveillance des escarres	
Les notions de base de l'ergonomie	Les gestes et postures	
La prévention des risques professionnels physiques et risques psychosociaux	Les infections associées aux soins (nosocomiales)	

Savoir-Faire

- Evaluer / estimer le moment propice pour la toilette
- Estimer le temps nécessaire à chaque toilette
- Au besoin, se faire aider pour une toilette (faire à deux)
- Différer le soin ou passer la main si besoin
- Adapter le temps imparti aux toilettes en fonction de l'organisation
- Profiter de la toilette pour entretenir une relation avec la personne et aider à la remémoration
- Donner des repères temporo-spatiaux
- Evaluer les besoins spécifiques en matière d'élimination de chacun et adopter une stratégie adaptée
- Aider la personne à choisir ses vêtements en fonction de la saison
- Proposer régulièrement une douche ou un bain en fonction des habitudes de la personne et des besoins
- Rendre le soin aussi agréable que possible
- Organiser les étapes de la toilette dans le respect de l'hygiène
- Evaluer le matériel nécessaire au cours de la toilette
- Faciliter les déplacements de la personne dans son environnement
- Maintenir en bon état l'appareillage personnel de la personne
- Faire passer un soin désagréable en faisant diversion
- Respecter la pudeur et l'intimité de la personne

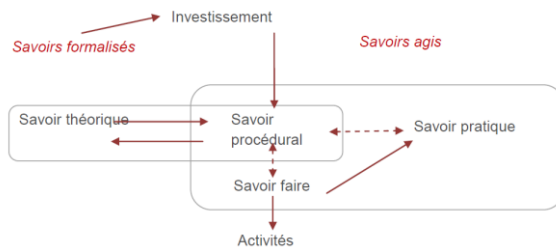


Schéma de la combinaison dynamique des savoirs d'après Gérard Malglaive



Contribuer à l'évaluation et à la prise en charge clinique des personnes âgées

Connaissances
Son propre cadre professionnel
Le transit intestinal de la personne âgée
La physiologie uro-urétérale de la personne âgée
La physiologie de la douleur
Les soins palliatifs
Les pathologies de l'élimination
La motricité et les pathologies associées
Les rééducations motrices
Les recommandations en matière de contention
Le cycle nyctémère
Le syndrome de glissement et le refus alimentaire et de soins
Le droit des malades (lois Kouchner et Leonetti)
Notions de base en pharmacologie
La réglementation concernant les médicaments
Les pathologies neuro-dégénératives liées au vieillissement (Alzheimer, Parkinson...)
Les situations d'urgence
Les syndromes dépressifs

Savoirs procéduraux
La prise en charge de la constipation
La prise en charge de l'incontinence
La mesure de la diurèse
Les échelles de douleur
La prise en charge de la douleur
La mobilisation antalgique
Les gestes d'urgence
La grille AGGIR
La prévention des chutes et la préservation de l'autonomie
La contention médicale
La prise des paramètres vitaux
La pesée et l'état nutritionnel
Les soins à une personne en fin de vie
Les médicaments prescrits à chacun
Les échelles d'évaluation des troubles cognitifs
La surveillance de l'état cutané et la prévention des risques

Expériences
Les habitudes d'élimination de la personne
Les mimiques et postures évocatrices de douleur
Les signaux non verbaux de la personne
Les changements de comportement et d'humeur
Les résultats de mesure en dehors de la norme
Les capacités motrices de la personne
Les habitudes du résident et la qualité de son sommeil
La position de la famille face à la fin de vie
L'aggravation de l'état indiquant l'imminence d'un décès
La résistance à la prise de médicaments
La déglutition
Sa limite de compétence
Les manifestations indirectes de la douleur
L'état respiratoire de la personne

Savoir-Faire

Favoriser le maintien de la continence
Proposer régulièrement un accompagnement aux toilettes
Evaluer la nécessité et le moment du changement de la protection
Repérer les signes et signaux de douleur, les postures antalgiques
Participer au suivi de l'évolution de la douleur et de l'efficacité des traitements
Réaliser une prise en charge non médicamenteuse de la douleur
Apprécier les capacités de la personne dans la logique de la grille AGGIR
Entretien de la mobilité de la personne
Prendre les constantes (TA, température, pouls, poids, mesure de la diurèse) au moment approprié ou selon la prescription
Repérer un résultat anormal et alerter si besoin
Surveiller la durée et la qualité du sommeil du résident sans le réveiller
Apaiser un résident au cours d'une insomnie, au besoin proposer une collation
Adapter le rythme de la journée au sommeil de la nuit précédente
Déceler un trouble de la déglutition et alerter
Accompagner la personne en fin de vie, dans le respect de sa volonté et veiller à son confort
Trouver les mots et attitudes adaptés pour parler à la famille d'une personne en fin de vie
Donner les médicaments et vérifier leur bonne absorption
Détecter un changement dans les habitudes d'élimination
Au besoin, faciliter la prise des médicaments prescrits
Repérer une respiration difficile ou un rythme inhabituel, et des signes de toux, encombrement...
Surveiller l'état cutané de la personne

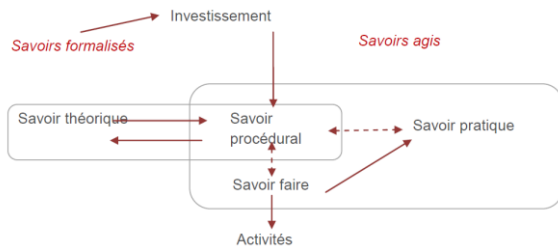


Schéma de la combinaison dynamique des savoirs d'après Gérard Malglaive



Participer à la mise en œuvre du projet de vie et au maintien du lien social par diverses actions dont l'animation

Connaissances	Savoirs procéduraux	Expériences
Les structures d'accueil spécifiques (PASA, UPG...)	Le projet d'animation de la structure	Le niveau de compréhension du résident en lien avec son niveau socio-éducatif et son état cognitif
Les pathologies neuro-dégénératives liées au vieillissement (Alzheimer, Parkinson...)	Le programme d'animation	Les chansons appréciées par les résidents
Les capacités résiduelles : mémoire, praxies, motricité	Le projet de la vie de la personne	Les motivations et l'élan de vie du résident
La charte des droits et libertés de la personne accueillie	Les différents types d'ateliers dont l'atelier mémoire et l'atelier mobilité	Le matériel à disposition
Les principales notions de dynamique des groupes	L'hygiène alimentaire	L'état du résident le jour de l'animation
Les ressources du territoire en termes d'animation		L'état du résident après l'animation
		Le rôle du faire et des sens dans la remémoration
Savoir-Faire		
Proposer des animations diversifiées		
Adapter les animations aux capacités des personnes et à leurs centres d'intérêt		
Donner des repères temporo-spatiaux		
Impliquer la famille dans les animations		
Travailler sur l'intergénérationnel		
Favoriser le maintien des capacités résiduelles		
Créer ou maintenir le lien avec la vie quotidienne dans la cité		
Inscrire l'animation dans la prise en charge quotidienne		
Informé de l'animation et de la vie insitutionnelle		
Echanger avec l'animatrice sur le déroulement des ateliers et l'évolution des personnes		
Organiser la logistique de l'animation		
Observer et évaluer le comportement de la personne pendant l'animation		
Animer un groupe de résidents		
Prendre en compte les ressources du territoire dans l'animation		

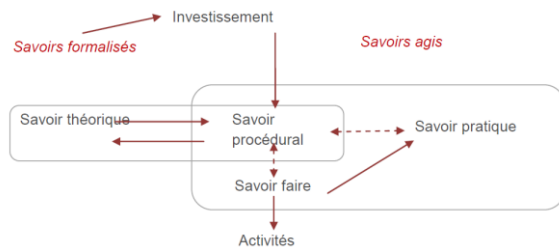


Schéma de la combinaison dynamique des savoirs d'après Gérard Malglaive



Participer à la prise en charge multidisciplinaire de la personne âgée en relation avec ses proches

Connaissances	Savoirs procéduraux	Expériences
Les pathologies neuro-dégénératives liées au vieillissement (Alzheimer, Parkinson...)	Techniques de communication et de reformulation	La difficulté d'adaptation à une institutionnalisation
Sociologie des familles (notions de)	Le document support du projet de vie et son élaboration	Les résistances et oppositions des résidents et familles
La résistance au changement	Le projet de soin	L'histoire de la personne
Les processus de deuil	Les transmissions ciblées	Les pathologies de la personne et leurs impacts
Le secret professionnel et le partage d'information à caractère secret	Les dossiers des résidents et bénéficiaires des soins	Sa limite de compétence
La charte des droits et libertés de la personne accueillie	Les limites de compétences de chaque intervenant	Le degré d'importance ou d'urgence d'un événement
Les lois des malades et des usagers		La composition familiale et sa cohésion
La sexualité des personnes âgées		Les risques de conflits
La réglementation sur l'exercice professionnel		Les limites à poser pour l'intervention des familles
La problématique des aidants		Les risques d'épuisement des aidants

Savoir-Faire

- Accueillir le nouveau résident, le rassurer et rassurer sa famille
- Comprendre le contexte familial et détecter d'éventuelles sources de conflits
- Participer à l'évaluation de la dépendance
- Recueillir les goûts et habitudes ; faire parler la personne de son histoire
- Conduire des entretiens semi-directifs
- Contribuer à une décoration de la chambre qui constitue un cadre de vie familial
- Mettre en œuvre les surveillances adaptées au contexte clinique (sur prescription)
- Utiliser des outils de communication avec les familles et les équipes
- Sélectionner, transcrire les informations pertinentes
- Utiliser l'outil informatique mis à disposition
- Communiquer de façon claire et simple avec les proches
- Gérer l'agressivité et les conflits
- Communiquer ses observations, argumenter, convaincre
- Rédiger des écrits simples
- Respecter les décisions prises collégalement et au besoin demander des clarifications
- Garder une distance critique avec la situation du résident et de sa famille
- Si besoin, passer la main à un autre soignant
- Si besoin, alerter la famille sur un comportement potentiellement perturbant (apport de sucreries à un diabétique...)
- Donner l'alerte en cas de risque d'épuisement des aidants

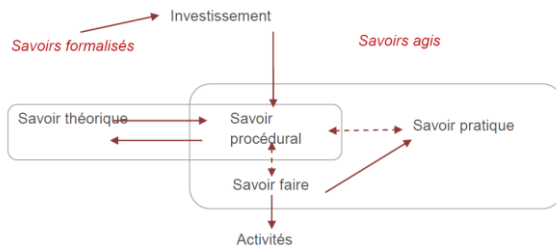


Schéma de la combinaison dynamique des savoirs d'après Gérard Malglaive



Faciliter l'alimentation plaisir de la personne âgée dans le respect de ses besoins et ses goûts

Connaissances
Les pathologies neuro-dégénératives liées au vieillissement (Alzheimer, Parkinson...)
L'impact des pathologies sur le comportement alimentaire
Les troubles de la déglutition
Les régimes
Les interdits alimentaires religieux
La boulimie et l'anorexie
L'impact de la dénutrition sur le manque d'appétit
La chaîne du froid et du chaud
Les conséquences de la déambulation sur l'alimentation

Savoirs procéduraux
Le projet de vie du résident
Les échelles type Echelle de Blandford
Les repas thérapeutiques
Les feuilles d'alimentation et de régime
Les compléments nutritionnels oraux
Le régime spécifique de chaque personne
L'enrichissement en protéines
Les gestes et postures ergonomiques (soignant)
Les gestes d'urgence dont la manœuvre de Heimlich
L'hygiène des mains et de la bouche
Les positions qui évitent les fausses routes
L'intérêt d'une boisson gazeuse
Les différents types de texture de repas
L'enrichissement en protéines
Les plans de table
La vaisselle ergonomique
La grille AGGIR

Expériences
La capacité de la personne à manger seul
L'acceptabilité des textures
Les contenants adaptés
Les quantités habituelles par repas pour la personne
L'impact de la quantité sur l'appétence en particulier chez le sujet dénutri
Les aliments riches en sucre ou en eau
Les signes de déshydratation
Le poids d'un verre ou bouteille d'eau
Les changements comportementaux induits par une hypo ou une hyperglycémie
Le temps nécessaire pour le repas de chacun
Les amitiés et inimitiés entre résidents
Les stratégies à déployer pour faire manger chacun
L'évolution de l'autonomie en fonction des pathologies
Les goûts et dégoûts de chacun
Le rôle des senteurs et odeurs
Les horaires de repas de la personne
Les signaux de nausée ou de souffrance

Savoir-Faire
Installer la personne de manière confortable et adaptée
Observer la personne, et ses mimiques
Stimuler la personne sans trop insister
Repérer les signes d'une fausse route et donner l'alerte si besoin
Tester une texture, un plat
Respecter les envies la personne
Ne pas hésiter à modifier le déroulé du repas pour faciliter la prise de nourriture
Ritualiser le repas
Evaluer les quantités ingérées
Parler pendant le repas, présenter les plats, raconter une histoire
Guider la main ou le coude, mimer le geste, faire diversion pour aider la personne à manger
Faire les soins de confort d'une personne en fin de vie
Couper la viande, peler un fruit, beurrer une tartine, ouvrir un sachet de biscuits ou un yaourt, avec discrétion
Aider sans infantiliser
Accorder au repas le temps nécessaire et faire des pauses entre les plats
Faire une fiche de signalement ou d'incident s'il y a un problème de sel ou de quantité
Proposer des plats alternatifs
Préparer la salle à manger, dresser joliment la table
Faire un plan de table harmonieux
Resservir raisonnablement la personne qui aurait oublié qu'elle a déjà mangé

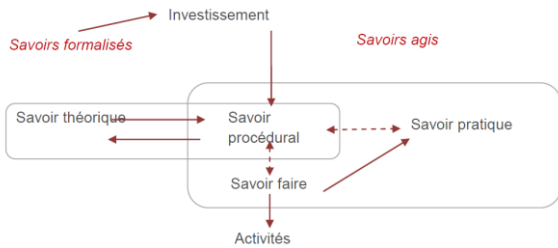


Schéma de la combinaison dynamique des savoirs d'après Gérard Malglaive



Conclusion

Ce recueil apporte une vision globale de l'activité réalisée par les professionnels de niveau V. Le référentiel de compétences élaboré permet également de s'interroger sur les niveaux de formation requis pour concilier qualité des accompagnements et reconnaissance des pratiques professionnelles, bien souvent mises en œuvre, et si ce n'est dans toutes les dimensions, au moins dans une proportion suffisamment importante pour être représentative du travail réel. Ce recueil de besoins en activités et en compétences répond et s'adapte à l'évolution des besoins notamment, ceux de l'accompagnement des usagers.

Comme souligné dans le corps du texte, il existe une multitude de situations et d'exercices pour répondre à l'important besoin des structures. Actuellement, pour organiser le travail auprès des personnes âgées, il est admis que des personnels peu ou non qualifiés, faute de recrutements suffisants, exercent des fonctions pour lesquels d'autres professionnels ont suivi une formation et obtenu un diplôme. Cet état de fait contribue de façon défavorable à l'image et la reconnaissance, de leurs métiers, comme évoqué et exprimé par l'ensemble des professionnels.

En outre, la question de la protection et de la valorisation de ces métiers reste posée pour ces professionnels qui contribuent, eux aussi, à la qualité des parcours de soins des personnes en perte d'autonomie. Les résultats démontrent la complexité de leur travail et la nécessité de compétences spécifiques pour les mener. Pour autant, la réalité du terrain et des effectifs met en évidence de nombreux écarts de connaissances et de qualifications chez des professionnels, aux origines et parcours très variés, qui contribuent, partiellement ou en totalité, à la réalisation des tâches dans le cadre de l'exercice quotidien. Mais, les écarts de qualifications constatés pourraient être résolus par la création de deux niveaux : un niveau V et un niveau IV²¹ pour cette population, expérimentée, dont les degrés d'expertise diffèrent d'une personne à l'autre. Ce niveau IV serait une solution pour valoriser et sécuriser un métier, laisser la place à une certification simplifiée et généraliste pour des niveaux V, et la possibilité de progression de carrière à des professionnels.

²¹ Niveau BAC



Comité de pilotage

Nom et prénom	Institutions représentées
Bouclier Sylvaine	ARS /DD 73
Bordin Raymond	ARS/ DD 74
Chevaux Geneviève	CG 38
Cornier Chantal	UNAFORIS
Di-Lorio Christelle	CG 74
Excoffier Sylvie	SIS (santé-individu-société / recherche Lyon 2)
Funès Cyrille	DGCS
Ghizzo Karine	CRRA
Gorce Catherine	CRRA
Hiegel Fabienne	DGCS
Jacquemet Jean François	ARS /DD 38
Jourdan-Campigli Isabelle	DIRECCTE RA
Le Jeune-Vidalenc Muriel	ARS
Lesbros-Alquier Astrid	DRJSCS RA
Martin Christine	ARS / DHGA
Maurize Catherine	ARS
Penso Annick	CNAM / APL
Pesenti Nelly	CG 74
Rat Stéphanie	ARS / DD 38
Tanchot Anne Sophie	CG 73
Trichard Raphaël	CRRA

Ont contribué à la relecture de ce document :
Catherine Lombard (médecin inspecteur gériatre),
Jean-François Morand (conseiller technique pédagogique),
Henriette Pouyade (médecin inspecteur),
Gilles Redon (pharmacien inspecteur) – ARS Rhône-Alpes.

Rédaction : Direction Handicap et grand âge et APL Conseil
Conception-crédation : ORC, Communication Corporate & Métiers
Mise en page : service information & communication - Crédit photos : Phovoir

Agence régionale de santé Rhône-Alpes – Direction Handicap et grand âge
241 rue Garibaldi – CS 93383 - 69418 Lyon cedex 03
Novembre 2013



Autres collections

► Collection Dossier



- 1- Retour sur l'élaboration du Projet régional de santé en Rhône-Alpes
- 2- Les soins de premier recours : définir une offre de soins organisée, coordonnée et accessible à tous
- 3- Les investissements hospitaliers en Rhône-Alpes : améliorer la prise en charge et garantir la qualité de service

► Collection Repères



- 1- Les filières gériatriques
- 2- Inspections et contrôles : garantir et améliorer la qualité des prestations en santé
- 3- Les maladies à déclaration obligatoire : un outil de veille sanitaire

► Collection Indicateurs



- 1- Les dépenses de santé 2011 en Rhône-Alpes : une progression proche des moyennes nationales
- 2- L'activité de chirurgie cardiaque en Rhône-Alpes
- 3- L'hospitalisation des habitants du Pays de Gex (Ain)