

Parallèlement à l'intégration d'une rationalité initiée par les collectivités qui représentent, à tort ou à raison une autorité allant bien au-delà de leur rôle de partenaires, se développent des progrès mais aussi des risques de régression pouvant mettre à mal le processus de professionnalisation des acteurs sociaux et médico-sociaux. Nous pensons que des marges de manœuvre organisationnelles et individuelles existent, qu'il importe d'incorporer au plus tôt dans les parcours de formations au travail social et médico-social. Cette communication se propose de restituer une réflexion pédagogique en cours visant, à impulser, à partir d'observations, un principe de transversalité entre une formation de niveau V (DEAMP¹) et une formation d'encadrement de niveau II (CAFERUIS²).

Particularités du métier d'AMP et de la fonction de cadre de proximité : vers un processus de « méqualification » ?

Le métier d'AMP : vers un processus de sur diplomation ?

Comme les éducateurs spécialisés, les moniteurs éducateurs ou les assistants de service sociaux, les AMP sont considérés comme des professionnels au service d'une collectivité prenant en charge des besoins socialement reconnus. La polyvalence du métier d'aide-médico psychologique entrave la reconnaissance d'un métier aux contours précis. Sa proximité originelle avec des métiers issus du champ médical puis du champ de l'éducatif rendent particulièrement difficile l'identification par les institutions et les professionnels eux-mêmes, à une mission spécifique et reconnue³. La faiblesse, en France, d'une valorisation institutionnelle ferme des métiers d'accompagnement et d'aide vient accentuer cette difficulté à faire reconnaître à sa juste valeur une spécificité qui requière en plus de l'intervention éducative une implication dans le quotidien et dans l'intimité des personnes vulnérables.

Les promotions de formation d'AMP se composent d'acteurs de tous âges, en poste ou peu expérimentés, parfois même en reconversion professionnelle. Certains ont un parcours universitaire validé de niveau III voire II ; d'autres n'ont que le niveau BEPC, parfois un baccalauréat ou un brevet professionnel. Tous préparent un diplôme de Niveau V : le DEAMP. Nous constatons depuis quelque temps une dichotomie émergente entre le niveau initial et le niveau professionnel atteint. Ce phénomène interroge, si ce n'est la notion de qualification professionnelle du moins la reconnaissance de son équivalence avec le niveau d'étude, avec ce qui demeure en dehors du champ de l'organisation professionnelle. Nous constatons ici une tendance à la sur diplomation.

¹ Diplôme d'Etat Aide Médico Psychologique

² Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable en Unité d'Intervention Sociale

³ cf. Valérie Lansiaux *DEAMP, Comment former des professionnels dans un contexte concurrentiel?* Contribution, deuxième congrès international des formateurs en travail social et professionnels francophones de l'intervention sociale du 05/07/07, Namur, Belgique.

La fonction de cadre de proximité : vers un processus de sous-qualification?

Reconnu comme un élément charnière dans l'organisation sociale et médicosociale, le cadre de proximité a pour principale fonction de rendre opératoires les orientations et la mission d'un établissement ou d'un service. Son champ d'action concerne tant l'organisation du travail⁴ que la gestion des ressources humaines⁵. Assurant le management courant et la gestion de proximité, il se trouve investi d'un rôle de plus en plus important⁶. Pour pouvoir exercer pleinement ses missions, le cadre a besoin de pouvoir s'appuyer sur des collaborateurs capables de manager des parcours et des projets⁷, de coordonner des actions étalées dans le temps, de remplir certaines missions spécifiques.

Si le profil le plus fréquemment admis aujourd'hui encore en CAFERUIS demeure celui du travailleur social expérimenté, il semble que l'éducateur spécialisé et l'Assistant de Service Social cèdent peu à peu la place à d'autres collègues issus parfois du même secteur d'activité (CESF, CIF...⁸) ou émanant du champ paramédical (IDE⁹, Kiné, ergo...), voire du monde de l'entreprise. L'obtention du diplôme d'encadrement s'accompagne, à ce jour encore, d'une montée en qualification¹⁰. Ce faisant, nous constatons une proximité de plus en plus prégnante entre la fonction traditionnelle de chef de service et celle de direction, au point qu'il nous est possible d'évoquer ici un phénomène émergent de sous qualification.

Ce décalage entre la "tâche" à accomplir, la qualification requise et la reconnaissance professionnelle reçue nous amène à envisager l'émergence d'un processus de méqualification¹¹. Nous entendons par « méqualification » le processus selon lequel la reconnaissance d'un métier ou d'une fonction ne dépendrait plus d'un niveau de qualification préalablement requis. Elle se distingue en cela de la déqualification qui vise à placer à un poste une personne ayant une qualification supérieure à ce poste (par exemple un ES occupant la fonction d'AMP); déqualifier quelqu'un, c'est reconnaître une "anomalie", c'est lui reconnaître le fait qu'elle n'est pas à sa place, qu'elle est "sous payée" ou " sous-exploitée"¹². Méqualifier quelqu'un, c'est dénier l'importance de sa qualification au sein de l'organisation : la personne se retrouve à la fois légitimée dans son métier ou sa fonction et sous-estimée (ou sur estimée) dans son rôle.

Le travail en équipe médico-sociale

Travailler dans le secteur social et médico-social, c'est travailler le plus souvent dans des institutions basées sur la division des fonctions de décision, de gestion et de production à

4 Planification et répartition des tâches, détermination de profils de poste, évaluation de l'activité, veille qualité, aide méthodologique dans l'organisation, question de sécurité, recueil des besoins de matériels

5 Communication interne, motivation des équipes, mise en place de la politique de formation, de qualification, de promotion, GPEC etc.

6 Maxime Delaloy, Michel Foudriat et François Noble, *Le management des chefs de service dans le secteur social et médico social*, Dunod Paris 2014, 301p

7 Cf Loubat 2013

8 Conseiller en Economie Sociale et Familiale; conseiller en Insertion Professionnelle

9 Infirmière Diplômée d'Etat

¹⁰ Même si cette montée en qualification n'est pas toujours reconnue statutairement par l'employeur

¹¹ Nous privilégions le préfixe *mé* qui induit l'idée péjorative de négation aux préfixes *a* ou *an* qui ne marquent que l'absence.

¹² Ou « sur exploitée »...

l'intérieur d'une organisation linéaire verticale caractérisée par une hiérarchie importante, tout en évoluant dans une organisation fonctionnelle transversale¹³. Les équipes n'y sont pas homogènes et les rapports professionnels aux usagers sont diversifiés ; il existe des niveaux d'intervention très différents selon le métier exercé, la taille des services, la particularité des publics accueillis. Les fonctions d'AMP et d'encadrement sont, comme la plupart des fonctions que l'on y trouve, des fonctions stratifiées, multiformes, très éclatées du fait de la grande variété des missions, des types de publics destinataires et des moyens mis en œuvre.

Si on se réfère à la définition de Robert Lafon, l'équipe n'est pas une addition d'êtres, mais une totalité, un groupe psychosocial vivant et évolutif, où chacun apporte sa science, sa compétence, sa technique mais aussi sa personne. C'est un engagement, une communauté d'actions, ce qui ne veut pas dire similitude d'action mais complémentarité d'action. L'équipe médico-sociale constitue-t-elle un groupe où dominant une unité d'esprit, une cohésion, des liens interhumains, un engagement primaire et une adhésion totale des membres au groupe¹⁴ ou s'agit-il d'un groupe à l'intérieur duquel les relations sont distantes, peu chaleureuses, formelles, où les membres ne participent qu'en fonction de leur spécialisation¹⁵ ? Pour Robert Mucchielli l'équipe est vue sous l'angle d'une configuration des rôles dans laquelle les individus ont chacun une fonction particulière et où l'ensemble est une complémentarité des rôles ou des compétences, dans un objectif qui reste à la fois commun et suffisant¹⁶. Nous proposons d'appréhender l'équipe médico-sociaux-éducative sous cet angle de la coopération, coopération entre un nombre limité de professionnels différents qui se considèrent comme collectivement co-responsables de la réalisation d'un projet.

Structuration de l'équipe médico-sociale

De nombreuses recherches ont prouvé depuis longtemps l'existence d'une relation univoque entre la nature de la tâche et la structuration d'une équipe¹⁷. Pour Roger Lambert¹⁸, la tâche apparaît comme un facteur essentiel car elle conditionne fortement les processus d'influence qui se développent dans les groupes. Roger Mucchielli²² précise : il importe de ne pas structurer identiquement des équipes chargées de tâches de natures différentes. Dans les structurations centralisées, la communication est de type informatif et elle est destinée à l'ensemble de l'équipe. Dans une structuration non centralisée, la communication est moins informative et relève plus de l'échange que de la transmission de l'information. Les tâches réalisées par le professionnel AMP exigent non seulement un travail commun et synchronisé selon des règles distinctes et formelles¹⁹ mais elles requièrent également des apports originaux et individuels²⁰. Ainsi, les tâches structurantes et centralisées d'exécution doivent composer

¹³ En référence à Brigitte Bouquet, *Management et travail social* in Revue Française de Gestion n° 168-169/2006, ISSN 0338-4551

¹⁴ En référence ici au "groupe primaire" au sens de CH.H.Cooley, in *Social Organization*

¹⁵ en référence au groupe secondaire de M.S Olmshed M.S.Olmshed, *Sociologie des petits groupes*, SPES, coll Sociologie d'aujourd'hui, Paris 1969 / Rober Lafon, *Les mécanismes des relations humaines dans le travail en équipe*, communication XVIIIème congrès de l'ANAS, 1962

¹⁶ Robert Mucchielli, *Le travail en équipe, clé pour une meilleure efficacité collective*, collection formation Permanente, ESF Editeur 14ème édition 2013, 203p.

¹⁷ c.Faucheux et Serge Moscovici "Etude sur la créativité des groupes: tâche, structure de communication

¹⁸ Lambert R. *Coopération et compétition dans des petits groupes*, revue française de sociologie, 1960, 1, n°1

¹⁹ Aides à la toilette, aux repas, aux levers, couchers etc.

²⁰ Observations, élaboration de projet etc.

avec des tâches moins formelles et moins centralisables. Les réunions d'équipe médico-sociale ainsi que le recours aux nombreux outils de transmission aident le cadre de proximité à organiser la transmission des observations et des échanges; ils marquent le passage d'une structure non centralisée à une structure centralisée et permettent à l'AMP la remontée d'informations et d'observations. Du moins en théorie.....

Un exemple de situation problème relevé

L'équipe pluri professionnelle s'interroge depuis plusieurs semaines sur la situation d'un usager. Cette équipe exerce dans une institution proposant un service d'hébergement. L'usager dont il est question ici (nous le nommerons Paul) a été hébergé durant une longue période au sein de l'unité sans retour possible chez sa famille ; les parents vieillissants de Paul ont connu des phases successives d'hospitalisation ; ils se sont retrouvés momentanément dans l'impossibilité de lui assurer un retour au domicile suffisamment sécurisant et ont demandé à la structure de bien vouloir palier leur indisponibilité passagère. Cette période d'éloignement familial a duré quatre mois, quatre mois durant lesquels l'équipe s'est employée à rassurer Paul et à maintenir le mieux possible le contact avec ses proches jusqu'à ce que Paul puisse retourner de nouveau chez sa famille. Une fois l'alternance vie institutionnelle-vie familiale retrouvée, l'équipe constate un changement d'attitude chez Paul : les retours en institution se font difficiles et Paul se montre irritable, irascible. L'équipe conclut à une déstabilisation passagère et attribue le changement d'attitude de Paul à sa peur de quitter sa famille et à sa crainte d'une nouvelle séparation. Quelques temps après, la situation évolue : l'irritabilité de Paul apparaît également lorsque ce dernier quitte l'institution. L'équipe s'interroge et tente désormais de trouver des éléments de réponse en lien avec l'environnement institutionnel ou familial. Aucun changement tangible n'est venu, à priori modifier le quotidien de Paul .Cette situation perdure sans que l'équipe ne parvienne à rendre plus sereins les départs et arrivées de Paul. Un changement de traitement est envisagé. Lorsque cette possibilité est évoquée en équipe, une remarque émanant d'un professionnel AMP interroge la chef de service : "si ce traitement pouvait le rendre moins sensible au bruit ce serait bien". Après une "investigation" un peu plus poussée, la chef de service apprend qu'en effet, Paul supporte de moins en moins le bruit ; lorsqu'elle demande au professionnel AMP pourquoi il n'avait jamais fait part de cette observation auparavant, ce dernier lui répond qu'il en avait échangé à plusieurs reprises avec ses collègues moniteurs éducateurs et aide soignants, mais que ces derniers lui avaient répondu que cela était dû au caractère de plus en plus acariâtre de Paul ou que cela était en lien avec l'évolution de sa pathologie. La remontée de cette information a permis de questionner plus en profondeur les changements constatés chez ce résident ; au final, il s'est avéré que la chambre de Paul était mitoyenne au salon des voisins et que ce voisinage faisait l'objet depuis quelque temps de plaintes pour tapage nocturne. La réaction de Paul émanait directement de ces multiples perturbations. Les parents de Paul, " durs d'oreille" et éloignés de cette source de nuisance ne s'étaient aperçus de rien. L'histoire ici se termine bien, mais pour une situation résolue, combien ont été irrésolues, voire mal résolues?

Ce qu'il nous faut retenir ici c'est bien entendu, l'impact des observations et l'importance de leur prise en considération dans l'élaboration d'un accompagnement adapté. Afin de respecter les normes scripturaires de cette contribution, nous nous sommes limités à une seule illustration. Cependant, nous retrouvons plusieurs éléments de réalité

professionnelle récurrents et ordinaires. La situation problématique évoquée aurait peut-être pu être évitée si le professionnel AMP avait été en mesure de saisir l'importance ou de défendre la pertinence de cette observation. Comment se fait-il qu'une observation qui s'est avérée par la suite très importante n'ait pas été transmise? Nous pourrions élaborer plusieurs hypothèses d'explication : manque de perspicacité du cadre, problème dans la transmission des informations, routine des pratiques ou manque de questionnement de l'équipe, manque d'affirmation professionnelle de l'AMP....Nous privilégierons ici cette dernière supposition, non pas parce qu'elle nous apparaît plus crédible qu'une autre, mais parce que nous pouvons mobiliser, dès à présent, des concepts et autres éléments d'information permettant d'étayer ce choix.

Existe-t-il une stigmatisation du métier d'AMP à l'intérieur des équipes médico-sociales ?

Peu de données empiriques permettent aujourd'hui de répondre à la question de l'estime de soi et de valider l'existence d'une reconnaissance positive ou négative interne accompagnant la professionnalisation des travailleurs sociaux en général et des AMP en particulier. Nous avons à plusieurs reprises constaté que beaucoup d'étudiants AMP considéraient les autres professionnels de l'équipe comme des supérieurs hiérarchiques. Nous nous sommes interrogés si le statut d'étudiant n'était pas à l'origine de cette répartition implicite. Il s'avère que si le statut de stagiaire peut parfois expliquer cette situation particulière au sein de l'équipe, il ne saurait cependant en être à la cause exclusive.

Nous avons déjà souligné l'apport que pourrait constituer une étude approfondie de la configuration identitaire des travailleurs sociaux²¹. Les nombreux discours disqualifiant la fonction d'AMP dont nous sommes régulièrement les témoins nous confortent dans l'idée de la pertinence d'une telle étude et nous interrogeant : comment peut-on travailler en collectif lorsqu'une partie de ce collectif attribue (le plus souvent involontairement voire "inconsciemment") des marqueurs négatifs à l'autre partie? Comment impulser une dynamique de groupe et d'analyse des pratiques au sein de la formation professionnelle lorsque des acteurs de cette même formation incorporent des stéréotypes et des préjugés les uns sur les autres? Autre question plus embarrassante : les préjugés dont il est question ici, se construisent-ils durant la formation ou lui préexistent ils ?

Les notions de stigmatisme et de préjugé s'appellent mutuellement. Il convient donc de les mettre en perspective pour saisir leur rationalité, c'est-à-dire pour saisir l'enchaînement des opérations psychologiques qui les lie en un processus social. Ainley²² note que les hommes ordonnent le monde dans lequel ils vivent en catégorisant les choses et leurs semblables. La catégorisation est un processus essentiel qui écarte l'angoisse engendrée par la confusion. Cette opération de classification repose sur la différence. Or, celle-ci peut être considérée de façon négative, positive ou neutre. Si l'on se réfère à l'ouvrage que Goffman²³ a écrit à ce sujet, et que nous le retranscrivons dans le secteur médico-social, nous pourrions définir les AMP comme des professionnels qui possèdent un attribut professionnel suffisamment

²¹ Valérie Lansiaux, *Entre motivations originelles et mutations actuelles : où se situent les "obsédés" du social aujourd'hui?*, paru dans la Revue SOCIOGRAPHE n°22.

²² Ainley & F. Crosby, "Stigma, justice and the dilemma of difference", in *The Dilemma of Difference*, p. 20.

²³ G.N. Fisher, *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, Paris, Dunod, 1987.

discréditant qui les conduit à ne pas être considérés comme des personnes compétentes à part entière, et cela indépendamment de leurs parcours scolaire et professionnel antérieurs. Nous émettons la possibilité que le manque d'affirmation de soi que l'on rencontre chez certains AMP peut être la conséquence de relations professionnelles subordonnées (en partie) en fonction des niveaux de qualification, niveaux de qualifications gradués en fonction du degré de proximité physique et quotidienne que le professionnel entretient avec la personne accueillie.

La formation par alternance intègre l'idée selon laquelle un individu apprend du fait de ses expériences, au contact des autres et de l'environnement professionnel. Les interactions avec les autres constituent un élément essentiel de l'acquisition de connaissances nouvelles, au même titre que la technicité ou l'expertise. Prendre en compte, dans le cadre des pratiques de formation au travail social, les multiples relations informelles et sous-jacentes susceptibles d'ériger une hiérarchisation parallèle des fonctions et des compétences, permettra de mieux rendre visible les jeux d'acteurs. Amener les étudiants en formation d'AMP à mieux percevoir ces jeux et enjeux dès la formation renforcera peut être leur affirmation professionnelle ultérieure ; renforcer l'affirmation professionnelle des AMP contribuera à atténuer l'instauration d'une « hiérarchie de l'ombre » et facilitera la mise en place d'un travail collaboratif et collectif.