

Secteur Recherche & Développement (Ra&D)
Avenue Vinet 30
1004 Lausanne

Rue Beau-Séjour 9/13
Case postale 5682
1002 Lausanne

Rapport

Evaluation d'une formation continue interdisciplinaire en psychogériatrie

Lausanne, le 31 janvier 2013

Anne Mairesse et Lina Corona-Lobos
Professeures HES
Institut et Haute Ecole de la Santé la Source

Remerciements

Cette évaluation de programme a été possible grâce au soutien financier de la Fondation Leenaards dans le cadre de projet de « Qualité de vie des personnes âgées ».

Nous souhaitons remercier l'ensemble des personnes qui nous ont octroyé leur temps lors de la récolte des données. Un grand merci tout particulier aux professionnels des eHnv des sites d'Orbe et Chamblon pour leur participation aux entretiens.

Nos vifs remerciements s'adressent également aux membres du Comité de Pilotage de la formation PiPsyGer : Mmes Christiane Kordo, Edith Coutaz, Marie-José Paquier et M. Luc Ragusin. Merci pour les interactions qui ont permis l'avancement de ce rapport.

Nous sommes reconnaissantes de la collaboration avec Mme Nuria Droz et M. Michel Vernaz, formateur du programme PiPsyGer et partenaire à la rédaction de ce présent rapport.

Un grand merci à nos collègues de l'Institut et Haute Ecole de la Santé La Source pour leur aide précieuse à la finalisation de ce rapport. Merci à M. Alain Legault qui nous a guidés dans la méthodologie d'analyse, à Mmes Anne-Claude Allin et Christine Berset qui ont su nous éclairer sur le traitement des données, à Mme Andrée Favre pour son travail de relecture et mise en page.

Enfin, ce présent rapport est arrivé à son terme grâce au soutien constant de Mme Nataly Viens Python. Nous la remercions pour sa disponibilité et sa clairvoyance quelle qu'ait pu être la nature de nos difficultés.

Résumé

Avec l'objectif d'améliorer la prise en charge psychogériatrique, une formation interdisciplinaire destinée aux professionnels de la santé des Établissements Hospitaliers du Nord Vaudois est réalisée par la Croix-Rouge vaudoise entre 2009-2011.

Souhaitant évaluer ce dispositif de formation et créer un outil d'aide à l'évaluation de formations continues dans le domaine de santé, la Haute École de La Santé La Source mène – en partenariat avec ces deux institutions – une recherche fondée sur l'approche d'analyse par questionnement analytique. L'analyse du programme de formation et d'entretiens semi-directifs menés avec des professionnels sur leur perception de la cette formation, font émerger des éléments constitutifs à considérer pour développer et analyser une formation continue interdisciplinaire. Ce rapport présente l'ensemble de la démarche, décrit les données pédagogiques étudiées et le canevas investigatif développé pour l'analyse.

En synthèse, deux enjeux majeurs sont à relever : l'écart entre le contenu de la formation et les contraintes du quotidien professionnel ainsi que la difficulté de mettre en formation des sujets appartenant à des catégories socioprofessionnelles différentes. Pour dépasser ces obstacles, un guide investigatif portant sur la conceptualisation, la mise en œuvre et l'évaluation des acquis est élaboré. Cet outil est proposé aux professionnels de la santé et de la formation, dès l'émergence d'un projet de formation continue, permettant de cibler les choix pédagogiques et savoirs professionnels pour une formation continue.

Mots-clés : évaluation, formation continue, professionnels de santé, interdisciplinarité, psychogériatrie, pédagogie

Table des matières

1. Contexte et intention	1
2. Présentation de la formation PiPsyGer	2
2.1 Démarche	2
2.2 Conception	3
2.2.1 Structure de la formation	3
2.2.2 Contenu	4
3. Démarche et méthodes	6
3.1 Méthode d'analyse pédagogique (QAP)	7
3.1.1 Forces et limites reliées à la structure	7
3.1.2 Forces et limites reliées au contenu	8
3.2 Résultat QAP	8
3.2.1 Conception de la formation	8
3.2.1.1 Origine de la formation	8
3.2.1.2 Les acteurs de la conception	9
3.2.1.3 Empreinte institutionnelle sur le projet de formation	9
3.2.1.4 Intentions de la formation	10
3.2.1.5 Collaboration mandant et mandataire	10
3.2.1.6 Cohérence projet de formation et projet de développement institutionnel	11
3.2.1.7 Compétences visées	12
3.2.2 Mise en œuvre de la formation	12
3.2.2.1 Compétences visées	13
3.2.2.2 Les savoirs	15
3.2.2.3 Ingénierie du programme PiPsyGer	16
3.2.3 Dispositifs d'évaluation	22
3.2.3.1 Moyens d'évaluation du développement des compétences	22
3.2.3.2 Evaluation intramuros	22
3.2.3.3 Valorisation et reconnaissances ces acquis	24
3.3 Méthode d'analyse des entretiens (QAE)	24
3.3.1 Conception des entretiens	24
3.3.2 Réalisation des entretiens	25
3.3.3 Analyse de données	26
3.3.3.1 Identification des questions d'analyse des entretiens (QAE)	26
3.3.3.2 Etapes de l'analyse	27

3.4	Résultats QAE	28
3.4.1	Les forces et les limites de la formation	28
3.4.1.1	Les forces et limites reliées à la structure de la formation	28
3.4.1.2	Les forces et les limites reliées au contenu de la formation	31
3.4.1.3	Les limites liées au transfert des apprentissages dans la pratique professionnelle	35
3.4.2	Les impacts de la formation sur la pratique professionnelle	37
3.4.3	Les propositions/suggestions d'amélioration de la formation	41
3.4.3.1	La structure de la formation	41
3.4.3.2	Le suivi de la formation	42
3.4.3.3	La suite après la formation	42
4.	Analyse globale	44
4.1	Données majeures	44
4.1.1	Reconnaissance d'une problématique issue de la pratique professionnelle qui dénote un besoin de formation	44
4.1.2	Insertion dans le milieu	44
4.1.3	Projet en co-construction entre parties prenantes	45
4.1.4	Ressources financières disponibles pour le projet	45
4.1.5	Environnement propice à l'apprentissage	45
4.1.6	Choix du mandataire	46
4.1.7	Stratégies pédagogiques adoptées	47
4.1.8	Formation interdisciplinaire	49
4.1.9	Evaluation	51
4.2	Canevas d'analyse générale des formations continues	52
5.	Regard critique de la démarche et conclusion	53
6.	Bibliographie	55
7.	Liste des annexes	57
7.1	Annexe I : Demande de participation aux entretiens de l'évaluation de la formation PiPsyGer	58
7.2	Annexe II : Calendrier des entretiens	59
7.3	Annexe III : Formulaire de consentement aux entrevues individuelles	60
7.4	Annexe IV : Canevas investigatif	61
7.5	Annexe V : Grille d'entretien	63
7.6	Annexe VI : Résultat évaluation interne aux eHnv	65
7.7	Annexe VII : Design du programme PiPsyGer	68

1. Contexte et intention

La Croix-Rouge vaudoise (CRVD) soucieuse de la qualité des formations dispensées dans le domaine de la psychogériatrie a souhaité conduire une démarche d'évaluation externe de la formation continue « **Pratiques Interdisciplinaires en situation PsychoGériatrie** » (PiPsyGer). Dans le but d'entreprendre cette analyse, elle a pris contact avec la Haute École de la Santé La Source (HEdS-La-Source) afin de s'associer et proposer une démarche conjointe dans le cadre de l'appel à projet « Qualité de vie des personnes âgées » de la Fondation Leenaards. Ce partenariat permettait de réunir les compétences pédagogiques et de formation des initiateurs de la formation PiPsyGer et l'expertise pédagogique, psychogériatrique et de recherche de la HEdS-La-Source.

Les collaborations entre institutions académiques et partenariats publics étant encouragées dans le cadre de l'appel à projet « Qualité de vie des personnes âgées », la possibilité d'évaluer cette formation de manière approfondie a été acceptée par le Jury de la Fondation Leenaards. Nous remercions chaleureusement la Fondation qui nous a permis de mener cette démarche participative, réalisée avec des partenariats multiples, soit les institutions bénéficiaires de la formation (Établissements Hospitaliers du Nord Vaudois eHnv) et la CRVD. L'équipe de projet est conduite par Anne Mairesse est composé de Lina Corona Lobos professeures à la HEdS-La Source, Michel Vernaz, responsable du domaine promotion de la santé et formateur à la CRVD et Alain Legault professeur à la Faculté des sciences infirmières de l'Université du Montréal. Tout au long de ce processus, les membres du Comité de Pilotage (CoPil) initié pour la mise en œuvre de cette formation aux eHnv, furent sollicités pour contribuer à l'étude afin de documenter cette analyse permettant d'offrir une vue globale et systémique du programme développé et de son impact.

Il importe de rappeler que la volonté d'évaluer cette formation reposait sur l'originalité du concept de formation interdisciplinaire proposé qui visait le développement des compétences des soignants concernés par la prise en soin de la personne âgée souffrant de troubles psychiatriques de l'âge avancé, ainsi que de ses proches. La variété des participants¹ conviés à cette formation est large : administrateur, médecin-chef, infirmier-chef, infirmier, clinicien, assistant en soins et santé communautaire (ASSC), aide-soignant, auxiliaire de santé Croix-Rouge (AXS), animateur, assistant socio-éducative, aide-animateur, ergothérapeute, physiothérapeute, psychologue, diététicien, aumônier. Ces professionnels étaient issus de trois secteurs différents : le Centre de Traitement et de réadaptation CTR, les soins palliatifs et l'hébergement des sites de Chamblon et d'Orbe.

Le projet de type « recherche exploratoire » déposé à la Fondation Leenaards visait deux axes : l'évaluation de la formation continue interdisciplinaire PiPsyGer et le développement d'un outil d'aide à l'évaluation de formations continues. Par ce travail d'analyse, une évaluation externe du programme de formation et ses retombées est accomplie. Les données recueillies auprès des professionnels, l'analyse de l'évaluation interne effectuée, les recommandations de la littérature en matière de pédagogie des adultes et les « bonnes pratiques » dans ces milieux ont permis à l'équipe de projet de faire émerger les aspects importants à prendre en compte pour l'élaboration de formations continues. Pour y parvenir, l'équipe s'est engagée dans une analyse rigoureuse des aspects pédagogiques, organisationnels, contextuels de ce programme de formation.

¹ Pour simplifier, les formes « masculine et féminine » sont utilisées indifféremment, l'un englobant l'autre et inversement.

Ce rapport résume les étapes clés, relate les résultats obtenus et propose un outil d'évaluation de formations continues dans le domaine de la santé transférable à d'autres programmes. La démarche poursuivie permet de documenter, avec une procédure d'évaluation de programme, la valeur ajoutée de cette formation auprès du large public concerné. Ce travail est précieux car la plupart des programmes de formations continues ne sont évalués que par les participants, un questionnaire d'évaluation portant sur la satisfaction est à remplir en fin de cours. Rarement, une méthode d'évaluation de programme rigoureuse n'est appliquée au cursus entier : du projet à l'application sur le terrain de nouvelles compétences acquises. Ce projet est original car selon notre connaissance du réseau romand, lors du dépôt de ce projet, il n'existait aucun outil d'évaluation de formation continue dans le domaine de la santé.

2. Présentation de la formation PiPsyGer

2.1 Démarche

En 2009, les établissements des eHnv (sites de Chamblon et d'Orbe) ont mandaté le secteur Formation de la Croix-Rouge vaudoise (SFCRV) pour mettre en place une formation « à la carte » concernant le « prendre soin des personnes âgées en situation de psychiatrie de l'âge avancé » (sensibilisation généraliste², interdisciplinaire et intersectorielle) destinée aux soignants des services de CTR, de soins palliatifs et d'hébergement, toute catégorie confondue³.

La demande de formation continue a été formulée en ces termes :

- Offrir à tout le personnel soignant (environ 200 personnes sur les 2 sites) une formation interdisciplinaire et intersectorielle permettant le renforcement et la création de compétences collectives de
 - > comprendre la personne âgée vivant avec ses proches une situation de maladie psychiatrique de l'âge avancé (selon la prévalence, essentiellement la maladie d'Alzheimer);
 - > communiquer de manière interdisciplinaire en utilisant un langage et des références communes et accessibles à tout collaborateur (toute discipline confondue);
 - > travailler de manière concertée pour pouvoir remplir les différentes missions (centre de traitement et de réadaptation, soins palliatifs et hébergement) en tenant compte des comportements pathologiques réduisant et perturbant généralement la capacité de compliance des patients comme de leurs proches, donc leur participation à leur prise en soin;
 - > ajuster continuellement des interventions ciblées, en coopération avec les autres membres de l'équipe soignante et en se référant au projet interdisciplinaire de soins décidé en équipe et en partenariat avec les clients (personne âgée et proches) et conforme aux lois en vigueur sur la santé publique vaudoise.

² Il ne s'agit pas d'une formation spécialisée en psychiatrie de l'âge avancé, mais davantage d'une sensibilisation à l'art de prendre en compte la souffrance et la confusion générées par les troubles psychiatriques de l'âge avancé sur la personne âgée et ses proches pour offrir des prestations visant avant tout à soigner en utilisant les ressources encore existantes des personnes.

³ Aide-soignant, Auxillaire de Santé, Assistant en soins et santé communautaire, infirmier, aide-animatrice, animatrice, ergothérapeute, physiothérapeute, diététicien, aumônier, infirmier chef d'unité de soins, infirmier-chef, médecin-chef-adjoint, médecin-chef

- Constituer un groupe de professionnels interdisciplinaire volontaires pour être un relais dynamique entre les cours en salle et la mobilisation des contenus de la formation dans les pratiques de soins sur le terrain pour tout le personnel. Ce groupe a été nommé « référent formation PAA ». L'intitulé PAA est l'acronyme de Psychiatrie de l'Age Avancé. Rapidement, à l'interne la formation PiPSyGer fut nommée par cet acronyme PAA.

Pour répondre à cette demande, le SFCRV a proposé de développer ce programme en 3 volets :

1. Référentiel de compétences interdisciplinaire PAA décrivant le profil de l'intervenant en psychiatrie de l'âge avancé.
2. Dispositif de formation professionnelle continue par « alternance théorie-pratique ».
3. Enseignement systématique par compétences visant l'accroissement de l'autonomie de chaque participant et mettant en jeu : la compétence visée, des contenus appropriés, des méthodes pour y accéder et des exercices pour affiner le savoir-être et les attitudes des participants.

Dès le début du projet, un comité de pilotage (CoPil) de la formation regroupant la responsable de formation des eHnv, la responsable de la filière B et les infirmiers-chefs des sites susmentionnés, ainsi que le chef de secteur et le responsable du projet au SFCRV, s'est constitué. Ce CoPil supervise la coordination de la formation théorique et analyse les répercussions concrètes autant sur les structures institutionnelles que sur la dynamique des équipes de soins. Il s'est réuni environ 4 fois par année. Le déploiement de cette formation sur le site des eHnv a duré près de 3 ans.

Pour développer le projet imaginé, des référents PAA ont été choisis dans chaque service de soins. Leur mission était de soutenir les équipes dans l'élaboration du questionnement propre à toute situation psychogériatrique et de leur proposer des mises en lien entre les situations rencontrées et les aspects de formation abordés en cours. Ils ont travaillé en collégialité et partenariat avec les ICUS (Infirmiers-Chef d'Unité de Soins). Le groupe était composé de professionnels des deux sites et s'est réuni environ 2 à 3 fois par année. Ces réunions étaient animées par la responsable du projet de formation, Mme E. Coutaz de l'unité de formation des eHnv et M. M. Vernaz, le principal formateur-animateur de cette formation y participait comme ressource possible.

2.2 Conception

La formation PiPSyGer est un dispositif de formation professionnelle répondant aux exigences de l'approche par compétences et de la pédagogie de l'alternance.

2.2.1 Structure de la formation

Cette formation est organisée sous forme de trois séminaires de 3 jours, dont les thèmes de professionnalisation sont respectivement :

1. Sensibilisation généraliste aux compétences en situation psychogériatrique.
2. Sensibilisation généraliste aux compétences en situation de réhabilitation psychogériatrique.
3. Approfondissement au travail interdisciplinaire en réseau et avec les proches.

Chaque séminaire est constitué de 30 heures de cours théoriques et pratiques : 20 heures en salle de cours et 10 heures sur le terrain, dans les pratiques professionnelles. Les deux premiers jours de cours sont consécutifs. Ils visent à la mise en place des conditions de l'offre en soins interdisciplinaires, des connaissances et des pratiques interdisciplinaires concrètes liées au thème du séminaire. Le troisième jour de cours, donné après 6 à 8 semaines d'expérimentation sur le terrain, formalise le développement des apprentissages professionnels interdisciplinaires pratiques (attitudes, savoir-faire, savoir-être et « savoir-vivre-ensemble »), le consolide et le précise. Entre le deuxième et troisième jour, 10 heures sont reconnues pour réaliser des travaux pratiques sur le terrain.

Cette « alternance théorie pratique » correspond aux normes actuelles de la formation professionnelle⁴ et garantit une intégration régulière et active des participants à la formation par compétences. Elle est propice à renforcer la qualité des interventions et développe, chez le participant, l'autonomie et la capacité de mobiliser, d'interroger et d'autoévaluer les compétences interdisciplinaires qu'il engage auprès de la personne âgée, de ses proches et de ses collègues.

Dans chaque groupe de séminaire, les professionnels soignants ont été répartis délibérément de manière interdisciplinaire et intersectorielle. Afin de constituer ces groupes, les infirmiers chefs de Chamblon et Orbe ont réalisé un planning général qui a été complété et géré par les ICUS. Chaque groupe a effectué sa formation maximum en deux ans (de septembre 2009 à novembre 2011).

Deux formateurs ont assuré la formation, Michel Vernaz, formateur du SFCRS, concepteur du projet, référent pédagogique de la formation et Florian Rubio, formateur indépendant.

2.2.2 Contenu

Le titre de la formation a été formulé de la manière suivante :

« Prendre soin de la personne âgée souffrant de maladie psychiatrique de l'âge avancé et de ses proches en hébergement et au CTR »

L'ensemble des séminaires a été conçu autour des compétences suivantes :

- 1) Etre une ressource pour le milieu (personnes âgées, famille, équipes).
- 2) Développer une rencontre de qualité avec les personnes âgées, les proches et l'équipe.
- 3) Offrir des attitudes et des comportements favorables à la réhabilitation de la personne âgée.
- 4) Pratiquer réflexion et autoévaluation dans l'intervention avec la personne âgée et ses proches.
- 5) Garantir un partenariat en équipe intra et extra-muros ainsi qu'auprès des proches.

⁴ Elle est conforme aux recommandations de l'Office Fédéral de la Formation Professionnelle et de la Technologie (OFFT).

Les thèmes abordés ont été répartis par jour de séminaire.

Thème de séminaire	Contenu par jour de cours
<p>Séminaire 1</p> <p>Sensibilisation généraliste aux compétences en situation psychogériatrique</p>	<p>Jour 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sénescence et « santé-maladie » : impacts sur la personne âgée, ses proches et les intervenants. - Troubles psychiatriques de l'âge avancé et l'adaptation de la personne et de son entourage. - Préférer « rencontrer » la personne âgée au-delà des manifestations pathologiques. <p>Jour 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cadre du projet d'accompagnement et offre du prendre soin au jour le jour. - Rencontre avec le client et ses proches : communication, relation, émotion, souffrances, agressivité. - Autonomie de la personne âgée : l'aider à retrouver son « chez soi » et reconnaître son identité. <p>Jour 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exploitation des travaux pratiques liés à l'accompagnement de la personne âgée et à la collaboration. - Ateliers d'intégration et situations concrètes : distinguer la personne de ses dysfonctionnements. - Synthèse des connaissances et des compétences de l'accompagnement en psychogériatrie.
<p>Séminaire 2 :</p> <p>Sensibilisation généraliste aux compétences en situation de réhabilitation psychogériatrique</p>	<p>Jour 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mémoires, cognition et comportement. - Communication non violente, relation privilégiée et mémoires sensorielles. - Interventions coordonnées et favorisant l'accès aux ressources des personnes en jeu. <p>Jour 5</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identité, histoire de vie, habitudes de vie. - Résilience, une approche « care » de la personne limitant maltraitance, souffrance et dépendance. - Prendre soin de la personne âgée et de sa famille dans un cadre institutionnel psychogériatrique. <p>Jour 6</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exploitation des travaux pratiques liés à l'accompagnement et à la collaboration interdisciplinaire. - Ateliers d'intégration et situations concrètes : les types de mémoires et les ressources à déployer. - Synthèse des connaissances et des compétences du prendre soin et de la collaboration interdisciplinaire.

<p>Séminaire 3 :</p> <p>Approfondissement au travail interdisciplinaire en réseau et avec les proches</p>	<p>Jour 7</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compétences interdisciplinaires du prendre soin en psychogériatrie. - Assertivité, partenariat affirmatif et bienveillant pour la personne âgée, ses proches et dans le réseau. - Prendre soin en réadaptation psychogériatrique de la personne âgée en institution et de sa famille. <p>Jour 8</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autoévaluation de l'intervenant, garantie de qualité pour soi et pour autrui. - Offrir aide et attention aux « Aidants naturels » et / ou « Proches aidants ». - Collaboration coordonnée et articulée exclusivement autour de la personne âgée et de sa famille. <p>Jour 9</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exploitation des travaux pratiques liés à l'accompagnement et à la collaboration. - Ateliers d'intégration et situations concrètes : présentation des micro-changements. - Synthèse des connaissances et des compétences en prendre soin en psychogériatrie et en collaboration interdisciplinaire.
--	--

3. Démarche et méthodes

Afin d'étudier l'impact de la formation PiPsyGer auprès des professionnels concernés, ainsi que les relations entre les différents éléments qui la composent, nous avons utilisé une approche de type recherche qualitative. Il s'agissait d'obtenir des données en lien avec nos objectifs : évaluer la valeur ajoutée du programme de formation continue pour la pratique professionnelle interdisciplinaire et intersectorielle et élaborer un outil transférable à d'autres formations continues. Pour ce faire, notre démarche de recueil des données et d'analyse comporte deux volets, à savoir : le dispositif de formation et les effets de la formation à partir de la perception des professionnels formés.

La méthode d'analyse choisie s'appuie sur un questionnaire portant à la fois sur le plan des attentes pédagogiques et la satisfaction des formés. Cette méthode, intitulée « la méthode d'analyse par questionnaire analytique » (Paillé & Mucchielli, 2010), est utilisée par des professeurs de l'université de Montréal pour l'évaluation de programme de formation. Le professeur Alain Legault, qui contribua à cette analyse, a utilisé cette méthode pour évaluer entre autre une formation interdisciplinaire en soins palliatifs (Legault, 2009).

En référence aux travaux de Paillé et Mucchielli (2010), la stratégie de questionnaire analytique consiste à formuler des questions qui opérationnalisent les intentions de la recherche, les orientent au fur et à mesure de la récolte des données et de l'analyse afin de préciser de plus en plus les réponses. Il s'agit d'une approche qualitative « très appropriée pour les recherches évaluatives » (Allard, 2012, p. 52).

Deux catégories de questions ont été identifiées :

- 1) Questions d'Analyse Pédagogique (que nous nommons QAP).
- 2) Questions d'Analyse des Entretiens (que nous nommons QAE).

Un canevas investigatif⁵ a été élaboré dans le cadre de cette étude. Les chercheurs ont identifié les questions communes à ces deux catégories. L'annexe IV présente l'ensemble de ce canevas.

Cette méthode d'analyse implique de partir de la production, le programme de formation PiPsyGer, et d'identifier ses fondements, valeurs et principes pédagogiques. Cette approche inductive laisse ouvert « le regard du chercheur » à d'autres possibles en fonction des découvertes faites durant le travail d'analyse portant sur l'ensemble du processus depuis sa conceptualisation jusqu'à son impact sur la pratique dans le domaine de la psychogériatrie.

Les deux chapitres suivants sont consacrés à l'analyse de la formation et des entretiens.

3.1 Méthode d'analyse pédagogique (QAP)

Les questions d'analyse pédagogique portent sur la conception et la mise en œuvre de la formation :

3.1.1 Forces et limites reliées à la structure

Les questions élaborées pour ce travail portent sur ces deux aspects :

- a) la conception de la formation :
 - *Comment et en quoi une collaboration/partenariat avec les eHnv a contribué à la conceptualisation du programme°?*
 - *Quelle part d'autonomie appartenait à la CRVD°?*
 - *Comment ce projet de formation s'inscrit dans les missions et projet de développement institutionnel°?*
- b) la mise en œuvre et l'ingénierie pédagogique (processus d'apprentissage et dimension techno-pédagogique) :
 - *Quel est le profil du formateur°?*
 - *Quelles sont les stratégies pédagogiques privilégiées au vu de l'hétérogénéité du groupe°?*
 - *Quelles ressources financières et humaines ont été mobilisées°?*

⁵ Il s'agit d'un « ensemble plus ou moins structuré de questions et de sous-questions opérationnalisant le regard interrogatif porté sur les données » (Paille & Mucchielli, 2010, p. 151)

3.1.2 Forces et limites reliées au contenu

L'analyse du contenu de la formation s'est réalisée avec ces questions :

- *Sur quelle base ont été élaborées les compétences°?*
- *Objectifs de la formation en cohérence avec la réalité/les besoins des services de soins°?*
- *Comment les nouveaux savoirs ont-ils été acquis? Est-ce que les contenus sont actualisés°? Est-ce que l'hétérogénéité du groupe a été prise en compte°?*
- *Comment ont été prises en compte les expériences antérieures des professionnels?*
- *Quels moyens de validation des acquis ont été envisagés°?*
- *Comment a été mesuré l'acquis, le développement des compétences, l'atteinte des objectifs ?*

Pour répondre à ces questions, nous avons analysé les liens entre les documents distribués et les objectifs et compétences nommés au programme de formation Cette démarche, malgré une systématique d'analyse de programme, fut complexe et elle a été enrichie par des séances et des entretiens avec les membres du CoPil et le formateur permettant d'obtenir une analyse globale.

En complément à cette analyse conceptuelle, nous avons eu l'opportunité de prendre connaissance de l'environnement de formation et de rencontrer les participants du CoPil dans leur institution. De plus, nous avons présenté le projet d'évaluation de la formation à chaque groupe et bénéficié d'un temps d'échange avec les participants. Ces activités ont permis un contact direct et de percevoir l'ambiance en formation.

3.2 Résultat QAP

Les résultats de notre analyse QAP sont présentés selon la trame utilisée pour la récolte de données.

3.2.1 Conception de la formation

La formation PiPsyGer vise un développement de compétences professionnelles dans le domaine de la psychiatrie de l'âge avancé.

Notre regard a été retenu par l'émergence du projet de formation, le rôle joué par les acteurs lors de la conception du programme, l'influence de l'histoire institutionnelle et la collaboration entre le mandant et le mandataire.

3.2.1.1 Origine de la formation

Devant une population vieillissante présentant de plus en plus des troubles cognitifs, les soignants semblaient parfois pris au dépourvu, car ils avaient l'impression de ne plus pouvoir travailler en répondant aux missions institutionnelles. Un cadre infirmier des eHnv s'est alors interrogé sur la pérennité des missions institutionnelles en regard de l'évaluation des situations de soins. Le défi posé consistait à trouver ou créer le lien entre service de réadaptation et gestion de situation psychogériatrique. Pour y répondre, le service de la formation continue des eHnv, en collaboration avec le cadre infirmier, ont élaboré un projet en 3 phases, la formation PiPsyGer étant la première étape.

D'emblée ce projet était ambitieux car il visait la formation de tous les soignants des sites d'Orbe et Chamblon quelle que soit la catégorie professionnelle et la fonction dans l'institution. Ainsi, non seulement les compétences visées sont d'ordre individuel, mais aussi interdisciplinaire, intersectoriel, avec l'intention de développer les interactions entre les différents professionnels de la santé dans une vision d'amélioration de la qualité de la prise en soin des personnes âgées présentant un problème psychiatrique.

A partir du constat qu'aucune formation continue répondant au besoin institutionnel n'existait en Suisse romande, l'initiateur du projet s'est adressé au SFCRV pour créer un programme de formation continue intramuros répondant au besoin spécifique des eHnv. Le SFCRV a mandaté M. M. Vernaz pour concevoir cette formation. De là s'est instauré un partenariat entre ces deux institutions.

3.2.1.2 Les acteurs de la conception

Le CoPil a assuré un rôle de leader dans le développement de ce projet. Un partenariat entre les membres du CoPil et le formateur a permis les choix des différents éléments du programme PiPsyGer. Il a été garant de l'ensemble du processus lié à cette formation continue. Il a validé le projet de formation du programme PiPsyGer en considérant les besoins institutionnels, la gestion des ressources humaines et financières de la formation.

Afin de garantir la pertinence des contenus de la formation en lien avec la réalité professionnelle, le CoPil a sollicité le groupe interdisciplinaire de professionnels pour enrichir ce choix (groupe nommé « référent formation PAA » cité en page 6). Cet espace d'échange a permis d'identifier les besoins du terrain et de créer un climat de transparence et de collégialité entre ce groupe, le CoPil et le formateur.

Ce groupe de référents formation PAA a été constitué via le CoPil. L'intention au départ était que ce groupe soit constitué de toutes les catégories professionnelles mais, dans la réalité, cela n'a pas été possible, vu qu'il a été composé d'infirmiers et d'un physiothérapeute.

Cet esprit collaboratif a sans doute été très important pour inciter la participation des professionnels à la formation avec la volonté de permettre l'évolution des pratiques professionnelles.

3.2.1.3 Empreinte institutionnelle sur le projet de formation

L'histoire d'une institution influence ses choix de développement. Les hôpitaux d'Orbe et de Chamblon sont rattachés aux Etablissements du Nord Vaudois. Antérieurement à cette fusion, les missions de ces 2 hôpitaux étaient différentes.

A sa fusion en 1985 avec l'hôpital de St-Loup, Orbe était un hôpital régional de soins aigus. En 1992, il est transformé en Centre de traitements et de réadaptation (CTR). La mission institutionnelle passe de soins aigus à la réadaptation, ainsi que la prise en charge de situation de soins palliatifs et d'hébergement médico-social. (Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois, 2013)

En 1931, Orbe était un hôpital pour tuberculeux. En 1960, il est converti en hôpital pour les maladies chroniques. En 1973, il devient un hôpital gériatrique. C'est en 1989 qu'il est reconnu comme CTR. (Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois, 2013)

Il est possible que ces changements de missions institutionnelles aient un impact sur les habitus professionnels et influencent l'implication de certains professionnels au changement de pratique clinique.

La notion d'interdisciplinarité était une préoccupation du site Chamblon avant l'émergence de ce projet par l'existence d'un groupe interdisciplinaire constitué des cadres soignants de l'institution : diététicienne, physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmières de liaison, du médecin chef et de l'infirmier chef. La mission de ce groupe est de faire vivre l'interdisciplinarité dans l'institution en cohérence avec la mission.

Par ces 2 aspects, historique des missions institutionnelles et réflexion du groupe de travail existant, nous pouvons comprendre certaines différences de données récoltées entre les 2 sites, alors que la formation s'est déroulée dans les mêmes conditions, avec les mêmes formateurs, les mêmes contenus, les mêmes stratégies pédagogiques.

3.2.1.4 Intentions de la formation

Rapidement, le CoPil a souhaité le développement des compétences de prise en soins en psychogériatrie en 3 phases. La première phase, constituée par la formation, a pour but un premier niveau de compréhension du phénomène pour permettre l'amorce d'un changement de représentation. En modifiant les représentations des professionnels à l'égard de ce type de population, le soignant pourrait voir la problématique de soins comme étant propre à l'individualité de la personne avec ses ressources, plutôt que l'appartenance à une catégorie de maladie dont il est difficile de trouver une réponse en adéquation avec la problématique vécue.

La deuxième phase vise la compétence à élaborer une démarche de soins adaptés à la problématique de la personne âgée vivant avec une maladie psychiatrique.

Et enfin la troisième phase vise à développer une vision plus large du champ clinique au travers d'une capacité à développer des projets institutionnels de prise en soin pour ce type de population, ce niveau correspondant à celui visé par les formations de clinicien. A ce jour, les eHnv bénéficient de ce type d'expertise clinique par l'intermédiaire de l'équipe mobile du Centre de Psychiatrie du Nord vaudois (CPNVD) en faisant appel à cette équipe en fonction des difficultés rencontrées.

3.2.1.5 Collaboration mandant et mandataire

L'initiateur du projet institutionnel d'un des sites (Chamblon) a présenté la première version de la formation PiPsyGer en comité de direction du site pour approbation. Ce comité de direction est composé de 3 personnes : l'administrateur, le médecin chef du site et l'infirmier chef. Ces personnes, ayant déjà approuvé antérieurement le projet plus global en 3 phases, ont été immédiatement convaincues par le projet. Mais au vu de son ampleur et de la prise en compte de la problématique de l'évolution de la population à soigner, les eHnv ont décidé d'inclure l'autre site (Orbe). Un mandat a été donné à la Croix-Rouge vaudoise pour créer un programme spécifique répondant à la problématique spécifique institutionnelle.

A relever que la commande de formation à la Croix-Rouge vaudoise pouvait laisser entendre que le CoPil laisserait carte blanche au formateur. Le CoPil s'est fortement impliqué dans l'ensemble du processus de formation ; depuis sa conceptualisation jusqu'à son évaluation. L'attitude du mandataire a laissé place à la liberté des choix pédagogique du mandant.

3.2.1.6 Cohérence projet de formation et projet de développement institutionnel

Nous confirmons que la conception du programme de formation continue PiPsyGer est en relation avec le projet de développement institutionnel, au vu du travail collaboratif entre le CoPil, les formateurs et le groupe de référent formation PAA. L'aspect à relever à ce stade du rapport est la durée de mise en œuvre. Le projet a débuté en 2009 et fut terminé en 2012. La question que nous nous sommes posée est : étant donné le temps écoulé entre le début du projet et la fin de cette formation, comment cette dernière est-elle restée en cohérence avec les missions et projets de développement institutionnel°?

Une des intentions de cette formation continue était de favoriser le développement des pratiques de soins interdisciplinaires face à une problématique contextualisée à la psychiatrie de l'âge avancé. Le moyen choisi pour permettre cette modification des pratiques professionnelles a été de rendre obligatoire la formation pour tous les soignants quelle que soit leur catégorie socioprofessionnelle. Rendre obligatoire une formation à l'ensemble du personnel oblige à mettre en place des ressources institutionnelles passant par une adaptation de l'organisation du travail. Pour cela, il est évident que la formation PiPsyGer devait s'inscrire dans le projet institutionnel. En effet, chaque responsable de service a dû organiser les remplacements et adapter les activités du service au rythme de la formation.

Au fur et à mesure de l'avancement des séminaires, de nouveaux collaborateurs ont été engagés. Pour leur permettre d'acquérir les mêmes savoirs et compétences travaillés dans les séminaires, plusieurs solutions ont été trouvées. Soit ces nouveaux collaborateurs pouvaient intégrer un groupe qui n'avait pas encore commencé la formation, soit ils intégraient un groupe en suivant les 2 derniers séminaires. Vers la fin de la période de l'ensemble de la formation PiPsyGer, une formation « accélérée » sur 3 jours leur a été organisée : 2 jours consécutifs et 1 jour éloigné à visée intégrative. Cette dernière se poursuit pour les nouveaux collaborateurs en 2013.

De plus, comme toute formation obligatoire, certaines personnes formées n'étaient pas motivées par ce projet et pouvaient éventuellement adopter une attitude de résistance. Le rôle du groupe référent de formation PAA, ainsi que celui des supérieurs hiérarchiques, a été important pour susciter l'intérêt de chacun à participer à cette formation. Il faut aussi préciser que les professionnels désireux de suivre une autre formation que celle mise en place devaient avant tout participer à la formation PiPsyGer

La didactique utilisée souhaitait développer des compétences collectives propres à l'institution, ainsi, les formateurs ont demandé aux participants de relater leur propre pratique. Cela a amené à une mise en évidence d'un problème propre à un service nécessitant une intervention de la direction des soins. Nous voyons ici que ces séminaires qui étaient destinés au développement de compétences pour répondre à un projet institutionnel se sont parfois révélés être des lieux de débriefing nécessitant une clarification dans le système en place.

En parallèle à ce projet de formation interdisciplinaire, d'autres projets institutionnels ont continué d'émaner. Comme, par exemple, un projet d'insertion des ASSC dans les unités de soins visant l'intégration de ces nouvelles diplômées dans une perspective de travail collaboratif avec l'infirmière.

3.2.1.7 Compétences visées

Le programme de formation PiPsyGer a été conçu et articulé autour de 5 compétences (nommées en page 7). Leur formulation et leur nombre présentaient l'avantage qu'elles ont pu être considérées comme fils conducteurs au travers des 3 séminaires. De plus, les formateurs les ont conçues en tant que ressource pour le quotidien professionnel des soignants dans une perspective d'interdisciplinarité. Bien que certainement communes à d'autres formations, ces compétences ont été élaborées spécifiquement pour cette formation PiPsyGer. Pour ce faire, le formateur principal s'est inspiré de diverses sources d'informations québécoises, françaises et suisses en psychogériatrie. Il les a ensuite proposé au CoPil pour qu'il les valide en fonction des besoins institutionnels.

Pour évaluer l'énonciation des compétences, nous nous sommes inspirés de Lasnier (2000) et avons élaboré les critères suivants :

- Énoncer un savoir-agir regroupant un ensemble de capacités à développer.
- Choisir un verbe correspondant au savoir-agir visé.
- Mettre le verbe à l'infinitif.
- Choisir une taxonomie du verbe permettant d'identifier la nature des capacités visées : cognitive, affective, sociale ou psychomoteur.
- Choisir un ou des compléments qui précisent sur quoi porte le savoir-agir : contextualisation, identification des thématiques et intention de formation.
- Éviter d'élaborer une compétence trop longue.
- Nommer la compétence de telle sorte qu'elle ait un sens pour l'apprenant et qu'elle soit facilement mémorisable.
- Décliner par compétence les capacités visées afin de clarifier ce qui est attendu de l'apprenant.

A la lecture des documents de présentation du programme remis aux professionnels (daté du 1^{er} septembre 2009) et du document complémentaire « clé de lecture du programme » (reçu en janvier 2012), nous pouvons dire que les compétences de la formation PiPsyGer respectent ces critères.

3.2.2 Mise en œuvre de la formation

Dans cette partie, nous souhaitons mettre en évidence les forces et limites de cette formation au travers de ces caractéristiques et particularités qui sont : l'opérationnalisation des compétences et objectifs visés, les savoirs travaillés, la constitution des groupes, ainsi que la place accordée aux connaissances et, finalement, l'évaluation de l'atteinte ou non des objectifs par les participants.

Avant de passer à la présentation des résultats de l'analyse de l'opérationnalisation de la formation PiPsyGer, une synthèse de sa structure s'impose.

Nombre de personnes formées	200 professionnels
Nombre de groupes	12
Nombre de séminaires par groupe	3
Nombre de jours de cours par séminaire	2 jours consécutifs et le 3 ^{ème} 6 à 8 semaines plus tard
Nombre d'heures de cours par séminaire	19.5 h
Nombre d'heure total d'enseignement	702 h
Nombre de formateurs	2
Durée totale de l'ensemble de la formation PiPsyGer	2,5 ans
Types de service de soins	Service lits B, C, hébergement, animation, ergothérapie, physiothérapie et polyclinique
Catégories socioprofessionnelles	Médecin, médico-thérapeute, animatrice, infirmière, aide-infirmière, ASSC, ASE, infirmière-assistante et tous les responsables de service (ICUS, ICS, médecin chef)

3.2.2.1 Compétences visées

Pour le Boterf (2001) « les compétences peuvent être considérées comme une résultante de trois facteurs : le *savoir agir* qui suppose de savoir combiner et mobiliser des ressources pertinentes (connaissance, savoir-faire, réseaux...) ; le *vouloir agir* qui se réfère à la motivation personnelle de l'individu et au contexte plus ou moins incitatif dans lequel il intervient ; le *pouvoir agir* qui renvoie à l'existence d'un contexte, d'une organisation du travail, de choix de management, de conditions sociales qui rendent possibles et légitimes la prise de responsabilités et la prise de risques de l'individu » (p. 48).

Pour évaluer la mise en œuvre des compétences annoncées en début de formation, nous avons mis en lien ces 3 composantes énoncées par Le Boterf et le contenu du programme PiPsyGer.

En ce qui concerne le *savoir agir*, des savoirs ont surtout été mobilisés en fonction des analyses, exploités par les analyses de situation de travail apportées par les participants aux séminaires et de vidéos de situations de soins choisies par les formateurs. Une autre manière de développer cette capacité a été de travailler à la fois sur les ressources de la personne âgée et celles du soignant ; comme, par exemple, au travers du thème de la rencontre interpersonnelle. L'intention de ce cours était de permettre à l'apprenant de prendre conscience de ses propres ressources pour ensuite être capable d'aider l'autre (dans le sens le patient) à identifier les siennes.

Le Boterf caractérise la deuxième composante d'une compétence par le *vouloir agir* qui se compose de la motivation individuelle et du caractère incitatif du contexte. La particularité de la formation PiPsyGer est de l'avoir rendue obligatoire à tous les professionnels soignants. Ce caractère d'obligation pourrait avoir un impact négatif sur la motivation des participants à la formation et, de ce fait, sur le *vouloir agir*. Nous constatons que les choix pédagogiques ont certainement favorisés la motivation des professionnels, avec des activités suscitant les réflexions à partir des situations de soins vécues. Selon les formateurs, très peu de participants ont montré des signes de désintéressement durant les séminaires. Selon le niveau d'expertise de certains participants, les formateurs auraient pu être confrontés à des personnes

manifestant de l'ennui. Cela ne s'est pas présenté. Selon le formateur interviewé, la plupart des personnes formées étaient actives, prenaient part aux discussions, rapportaient des situations vécues, relaient leur problématique de terrain, etc. Le seul frein éventuel à la motivation des formés nous a paru être l'appartenance à une catégorie socio-professionnelle. En effet, ce sont principalement les personnes issues des médico-thérapeutiques qui ont démontré des attitudes de désintéressement à la formation. Dans la perspective du travail interdisciplinaire, elles donnaient l'impression de craindre la perte d'une part de leur indépendance et autonomie professionnelles.

En ce qui concerne le contexte, comme dit dans la partie précédente, l'institution a mis en place toutes les ressources nécessaires pour offrir la formation à l'ensemble de son personnel soignant. Ce qui semble être resté difficile se situe au niveau de l'applicabilité des séminaires dans la pratique professionnelle. Sur ce point, nous avons eu l'impression qu'une légère différence existe entre les 2 sites. L'un semble plus moteur face au changement, au développement de projet, l'autre semble vivre plus de contraintes de charges de travail avec une dotation insuffisante en personnel.

La dernière composante de la compétence, le *pouvoir agir*, a été sans aucun doute la partie la plus difficile à travailler lors de cette formation. Comme dans toute situation d'apprentissage, le formateur enseigne l'idéal. Il cherche à faire développer des connaissances et habiletés que le formé utilisera sur le long terme. Ainsi, les références utilisées et les exemples de vidéos apportent des pistes de prise en soin de la personne âgée avec une problématique psychiatrique. Ces exemples étaient parfois issus hors du contexte de Suisse romande. Il s'est alors créé une tension entre l'idéal prôné par les formateurs et les difficultés quotidiennes des soignants souvent liées à des contraintes humaines, d'infrastructures, de ressources financières, etc. Pour certains, ces différences sont exprimées comme une fatalité interchangeable. D'autres ont composé avec leurs conditions de travail et ont *pu agir* dans les unités de soins en modifiant leur approche de la personne âgée ayant un trouble psychiatrique. Pour mieux comprendre et éviter cette tension entre l'idéal et le réel du quotidien, il serait intéressant de passer par une analyse de l'activité du travail (Pastré, 2001). Par une analyse de l'écart entre travail prescrit et travail réel, les activités réelles des divers acteurs autour d'une situation de soin de psychiatrie de l'âge avancé pourraient être identifiées et permettre un choix des thèmes à mobiliser en formation continue. En procédant de la sorte, nous pouvons affirmer que les compétences sollicitées en formation continue correspondent au besoin du terrain professionnel, car elles sont contextualisées par l'identification des tâches qui la composent (Lasnier, 2000).

Comme le précise Perrenoud (2004, p 26), « la compétence se construit au gré de la pratique ». Par la répétition de la confrontation avec des situations variées, l'apprenant mobilise ses connaissances qu'il transforme en ressources. Au gré du temps, il distinguera les spécificités de chaque situation de soin. De plus, chaque personne apprend à son propre rythme. Il est donc nécessaire de laisser le temps aux soignants d'être confronté à diverses situations de soins pour percevoir un changement de pratique et de compétences. Même si l'institution visait un changement de compétences pour l'ensemble du personnel soignant, la réalité nous permet de confirmer que cette transformation se fera au fil des apprentissages et au rythme des diverses personnalités qui la composent.

La lecture des compétences visées par la formation PiPsyGer montre l'ambition du formateur principal et du CoPil pour un développement de compétences collectives allant de la relation duale dans le soin aux relations interdisciplinaires extra-muros. Là, sans doute, le niveau recherché était un trop peu élevé vu la constitution hétérogène des groupes et, donc, des diversités des savoirs.

3.2.2.2 Les savoirs

Sur le plan des apports théoriques, les thèmes abordés ont été :

- la compréhension de maladies telle que l'Alzheimer, du vécu de la personne âgée ayant des problématiques de psychiatrie, du vécu de son entourage ;
- la relation soignant-soigné et entourage ;
- l'autonomie de la personne âgée, ses ressources ;
- le développement des compétences dans le domaine de la psychiatrie de l'âge avancé.

Le choix des contenus est en cohérence avec les intentions de formation. Les savoirs travaillés lors des séminaires sont nommés sur les documents remis aux participants. Certains ont été utilisés comme support de cours, d'autres ont été donnés à titre informatif pour ceux qui désiraient approfondir la réflexion à propos d'une thématique. Nous constatons que ces documents sont issus de la psychologie, principalement de la relation avec l'autre et du développement humain, quelques documents abordent la pathologie, d'autres des aspects législatifs. Certains documents consultés nous paraissent être à un niveau d'explicitation difficilement accessible pour toutes les catégories socioprofessionnelles. De plus, les références n'étant pas toujours clairement énoncées, il est parfois difficile de retrouver le texte original.

Avec l'intention de rendre plus accessible des savoirs complexes, les formateurs ont, par moment, utilisé des métaphores. Cette manière de procéder peut compliquer la compréhension du professionnel formé, car cela lui demande de comprendre la métaphore et, ensuite, de faire des liens avec le savoir illustré. Cela peut être également une source d'incompréhension et d'insatisfaction des professionnels.

Pour les personnes formées, il y avait parfois une distance entre les savoirs abordés dans les cours théoriques et leur réalité professionnelle. Régulièrement, ils ont signalé aux formateurs leur difficulté à transférer ce qu'ils apprenaient dans le cours aux situations de soin qu'ils ont en charge dans leur service. Au-delà de l'identification d'une éventuelle résistance au changement, une des origines possible à cette difficulté de transfert pourrait être liée aux documents de références proposés : type de documents, niveau d'explicitation, présentation de l'ensemble des documents.

Lors de la conceptualisation du programme PiPsyGer, le formateur principal désirait, d'une part, être au plus près des problématiques rencontrées par les soignants et, d'autre part, favoriser l'intégration des savoirs mobilisés dans les séminaires. Ainsi, il a organisé les journées de cours en veillant à une alternance entre des moments consacrés à la transmission de savoirs déclaratifs et des activités de groupe mobilisant les savoirs faire et les savoirs être. Tout au long des 9 journées de formation, les soignants ont partagé leurs savoirs expérientiels. Ce qui leur apparaissait jusqu'alors anodin, a été écouté et renforcé par les interrogations, les échanges avec les participants. Ces échanges sont des signes de reconnaissance et permettent d'identifier les mécanismes des interactions sociales entre la personne qui s'exprime et ses collègues. Ils lui procurent un sentiment d'optimisme de son devenir professionnel (Cohen-Scali, 2000). Par ces interactions, il prend conscience de sa propre identité professionnelle. Cette identification individuelle au travers des autres soignants contribue de manière constructive aux interactions de l'équipe pluridisciplinaire.

La demande de modifier sa pratique peut être perçue de manière négative signifiant que la pratique actuelle n'est pas adéquate. Ainsi le changement prendra du temps que certains auteurs identifient

comme une période de transition. Durant cette phase de transition, l'individu peut avoir un sentiment d'insécurité (Scholssberg, cité par Cohen-Scali, 2000). Le soignant ne retrouve plus ses habitudes, perd ses repères de travail. Ce qu'il mobilisait autrefois comme ressource pour faire face à une difficulté, ne l'aide plus à résoudre le problème. Il doit trouver de nouvelles manières de faire. Ainsi, il peut être déstabilisé et se demander si ses compétences répondent aux nouvelles attentes institutionnelles. Pour se repérer, il peut se référer à ses collègues de la même catégorie socio-professionnelle. En cas de divergence d'opinion, il peut avoir l'impression de ne plus exercer la même profession qu'auparavant. Dans cette formation PiPsyGer, ce sentiment d'insécurité peut être accentué par l'attente institutionnelle d'appartenir à une équipe pluridisciplinaire. Ce qui implique non seulement une reconnaissance de ses pairs de la même discipline et, mais aussi, de ses collègues issus des autres disciplines.

Le travail sur les situations amenées par les professionnels a permis de se rapprocher de la didactique professionnelle. Pour effectuer un changement d'une activité professionnelle, il est nécessaire de comprendre ses enjeux, en identifiant les différents éléments qui constituent le travail, ensuite d'envisager d'autres pratiques. Une appropriation de ces éléments par les professionnels est nécessaire pour pouvoir les exprimer et le changement de pratique aura lieu (Pastré, 2011). Par exemple, le concept d'accompagnement a été accepté, compris et testé par la plupart des personnes en formation. Mais selon les formateurs, ce concept ne trouve pas d'ancrage dans le changement de pratique, car les soignants disent manquer de temps, dont la cause est principalement liée à une dotation en personnel insuffisante. Sans doute que les formateurs PiPsyGer n'avaient connaissance de tous les éléments qui constituent la réalité de l'activité professionnelle pour les aider au mieux à s'approprier les savoirs travaillés en formation continue comme outils de changement de leur pratique.

La partie qui suit présente les différents éléments qui ont été mis en œuvre par les formateurs pour mener à bien ces séminaires de formation continue.

3.2.2.3 Ingénierie du programme PiPsyGer

En référence à Le Boterf (2011, p 319), « *l'ingénierie de formation vise à concevoir et mettre en œuvre des dispositifs permettant aux apprenants d'acquérir des ressources (connaissance, savoir-faire,...) et de s'entraîner à les combiner et à les mobiliser pour agir avec compétence* ».

D'autres termes auraient pu être utilisés tels que dispositifs d'apprentissage ou encore stratégies pédagogiques pour désigner cette partie d'analyse du programme PiPsyGer. Notre choix s'est porté sur le concept d'ingénierie car, de par sa terminologie, il invite à laisser libre cours à l'imagination de l'enseignant pour développer tout ce qui est nécessaire à l'apprentissage des participants en formation.

Cette partie présente le processus de la formation PiPsyGer depuis sa dimension techno-pédagogique du programme à son évaluation à savoir : le public cible, les ressources, les objectifs visés, les stratégies pédagogiques et les documents de référence.

> *Le public cible*

Comme déjà explicité dans ce rapport, cette formation s'adressait à tous les soignants diplômés des sites de Chamblon et Orbe, quels que soient le statut institutionnel, le nombre d'années d'expérience professionnelle et le parcours de formation. Les participants aux séminaires travaillent dans les services de réadaptation, d'hébergement, de physiothérapie, d'ergothérapie et d'animation. Ces professionnels sont issus des catégories socio-professionnelles suivantes : médecin, infirmière, infirmière assistante,

aide-infirmière/AXS, assistante en soins et santé communautaire, médico-thérapeutique (ergothérapeute, diététicienne, physiothérapeute, psychologue) et animatrice. Cette formation continue intramuros était obligatoire à l'exception de deux personnes (psychologue et neuropsychologue) qui ne sont pas salariées mais exercent avec un statut d'indépendant. Celles-ci ont participé de manière volontaire à ces séminaires car elles estimaient important d'y participer pour développer une connaissance commune aux autres disciplines.

Ainsi de par la volonté de créer un climat interprofessionnel, les groupes de participants aux séminaires étaient très hétérogènes allant de l'aide-soignant au médecin spécialisé en gériatrie.

Le défi majeur de mettre en action un groupe hétérogène de professionnels issus de différentes disciplines et niveaux socio-professionnels est notre constat majeur. Depuis Vygotsky, tout formateur sait qu'une des conditions permettant l'apprentissage est la distance cognitive entre le savoir du formateur et celle de l'apprenant. Si la différence est trop importante, l'apprenant ne peut pas comprendre ce que lui dit le formateur. La zone proximale de développement correspond à la juste distance nécessaire pour que l'apprenant comprenne et apprenne. Plusieurs pédagogues (Bourgeois, 2006 ; Perrenoud, 2004) fournissent des outils pour développer cette notion de juste distance. Par exemple, par une taxonomie cognitive, Bloom nous propose des catégories d'objectifs en fonction du niveau que le formateur désire faire atteindre (Eisner, 2000). Pour mettre les participants dans la zone proximale de développement, les formateurs ont proposés des articles issus de domaines différents.

De par ces constitutions de groupe cible, il n'y a pas que les connaissances qui sont objets de déséquilibre d'apprentissage, mais également la mise en jeu des statuts professionnels. Par exemple, le formateur principal a constaté que dans le groupe où le médecin chef était présent, les autres participants attendaient que ce soit lui qui prenne la parole dans les discussions. L'impression du fonctionnement de ce groupe était proche du respect du statut du médecin détenteur du savoir scientifique qui prend les décisions de traitement et suivi des patients. De manière sans doute inconsciente, le groupe a fonctionné en respectant le « pouvoir » appartenant au détenteur de savoirs médicaux.

Cette rupture avec un fonctionnement hiérarchique semble être un élément tacite du changement de pratique interdisciplinaire. Les formateurs disent avoir ressenti de manière forte la volonté institutionnelle de rompre avec un fonctionnement pyramidal lié aux catégories socioprofessionnelles en faveur d'un partenariat entre les différentes disciplines. Les formateurs ont donc aussi favorisés ce type de fonctionnement. Seule une catégorie socioprofessionnelle a été résistante. Nous en formulons l'hypothèse qu'elle craignait que les collaborateurs des autres disciplines ne prennent leur tâche. Nous y voyons une forme de protectionnisme de sa profession.

Pour veiller à la cohésion du groupe malgré son hétérogénéité, le formateur s'est donné comme fils conducteurs dans l'animation des séminaires les intentions suivantes:

- Faire faire le lien entre prise en soins de la psychiatrie de l'âge avancé et les missions de CTR et d'hébergement.
- Faire vivre les différents statuts professionnels sans considération hiérarchique à chaque moment de la formation.
- Centrer le 3^{ème} séminaire, qui avait une visée intégrative, sur l'élaboration d'un projet interdisciplinaire.

Ce dernier point a fait jaillir une proposition d'adaptation des pratiques existantes. Par exemple, en modifiant la dynamique des échanges lors de colloques interdisciplinaires. Pour la plupart des soignants, ce type de colloque était plus un lieu d'échange d'informations qu'un espace de réflexion d'équipe interdisciplinaire cherchant à construire un projet de soin pour un patient précis. Un des participants a proposé que, mensuellement, au cours d'un de ces colloques, du temps soit octroyé pour analyser finement une situation et élaborer un projet de soins. Dans ce sens, il y aurait un réel travail interdisciplinaire.

> *Le formateur*

Le formateur étant invité au CoPil, nous questionnons la marge d'autonomie de celui-ci qu'en aux choix pédagogiques

La formation conçue sous forme de séminaires durant lesquels l'apprenant est en activité, demande au formateur de jouer un rôle de facilitateur à l'apprentissage individuel tout en assurant le développement du groupe. En cela, ce type de formation entraîne une charge psychologique et temporelle pour le formateur. Ainsi, durant la phase d'opérationnalisation, un deuxième formateur a assuré une partie des séminaires. Ces 2 formateurs ayant l'habitude de travailler ensemble, partageant un cadre de référence commun et de même niveau d'expertise dans le domaine de la psychiatrie de l'âge avancé, le relai entre les deux a été assuré aisément

Les formateurs ont été autonomes dans l'animation des séminaires : choix des supports, des outils de travail, etc. Les interactions entre les participants étaient la forme pédagogique privilégiée. Parfois, cet espace de formation a été mobilisé pour servir « d'exutoire » aux problèmes d'équipe. Lorsque cela se présentait, les formateurs ont dû laisser du temps pour l'expression des émotions et mettre de côté le contenu envisagé pour le cours. Par un climat de confiance entre formés et formateurs, l'expression de ces émotions et expériences, déviant quelque peu du thème du séminaire, mais néanmoins important pour la progression du travail de groupe, a été possible. Ces échanges sont restés de l'ordre du fonctionnement du groupe séminaire sans s'éloigner de l'atteinte des objectifs visés par le programme PiPsyGer.

Afin d'enrichir ses connaissances et d'apporter des idées novatrices aux eHnv via la formation de son personnel, le formateur principal s'est beaucoup investi dans la quête d'informations au sujet des pratiques actuelles et novatrices dans le domaine des soins en psychiatrie de l'âge avancé. Des voyages internationaux, dont la maison Carpe Diem au Québec et un hôpital près de Paris à Ivry, lui ont permis d'élargir sa connaissance. Son cours fut aussi élaboré en référence au cadre légal, il a utilisé certains articles légaux tels que celui concernant le droit à l'auto-détermination, ainsi que des programmes de politique de santé vaudoise dans le domaine de la santé mentale.

Nous soulevons que cet engagement du formateur témoigne d'un réel travail de construction collaboratif et participatif. L'un et l'autre étant complémentaires : les formateurs avec leurs compétences et savoirs spécifiques du domaine psychogériatrique et le CoPil avec ses réalités et contraintes du quotidien professionnel.

> *La durée de formation*

La durée de l'ensemble de la formation institutionnelle, prévue au départ sur une année et demie, s'est déroulée sur 24 mois. Cette temporalité s'est avérée être longue pour les responsables des services. Cette importance n'avait pas été réellement mesurée au départ. En effet, durant ce temps, la vie institutionnelle (que ce soit au niveau des eHnv ou de la CRVD) a continué avec tous les aléas du quotidien tels que des remplacements pour maladie, l'engagement de nouveaux collaborateurs, la gestion des jours de travail et des congés, changement de responsable, etc. Pour les infirmiers chefs, cela a eu des conséquences assez importantes en termes d'organisation du travail car tout le personnel était en formation en même temps. De plus, certains projets ont dû attendre car il n'était pas envisageable d'organiser d'autres formations en parallèle.

L'organisation des séminaires a été conçue selon le principe de l'alternance dans une perspective d'intégration des acquis. Les deux premiers jours consécutifs étaient consacrés à l'acquisition de différents concepts et outils d'analyse de situation de soin dans le domaine de la psychogériatrie. Le troisième était distancé de plusieurs semaines prévoyant de revenir sur les difficultés et facilités à mobiliser des savoirs des 2 jours antérieurs dans le quotidien professionnel. Cet étalonnage avait pour intention d'offrir un espace temporel facilitant l'acquisition des compétences. Mais apparemment avec la distance temporelle, entre le deuxième et troisième jour, certains professionnels formés oubliaient ce qu'ils avaient travaillé antérieurement.

> *Les ressources*

Le financement de la formation a été couvert à 78% par la Loterie romande. Selon l'infirmier chef de Chamblon, d'autres fonds auraient pu être cherchés car cette formation continue ne répond pas qu'à un besoin institutionnel, mais aussi aux problématiques de santé liées à l'évolution sociodémographique dans ce type de milieux de soins.

Cet apport financier a été important pour la faisabilité de la formation, car il a permis le paiement des honoraires des formateurs, ainsi qu'une partie des engagements pour les remplacements des professionnels durant leur temps de formation.

Parmi les ressources, il y a aussi l'infrastructure. Les séminaires se sont déroulés sur les sites respectifs. Les salles de cours étaient agréables, grandes, confortables, disposant de matériel didactique (TV, lecteur vidéo, tableau, ...). Les tables étaient disposées en cercle favorisant ainsi les échanges entre participants. Aucun frais n'a été occasionné pour des besoins structurels.

Le repas de midi était pris dans le restaurant du personnel de l'institution, le coût pour les participants au séminaire était donc habituel.

Au final, il importe de concevoir ce type de formation continue comme un investissement sur le long terme.

> *Les objectifs*

La question que nous nous sommes posée est de savoir comment les objectifs de la formation ont permis un développement des compétences en cohérence avec les besoins des unités de soins.

Les objectifs généraux de la formation PiPsyGer peuvent être considérés comme fils conducteurs des 3 séminaires. Ils ont été :

- Pour le 1^{er} séminaire : prendre conscience de ses ressources pour permettre à l'autre d'identifier les siennes.
- Pour le 2^{ème} séminaire : identifier son autonomie et ses capacités d'autodétermination.
- Pour le 3^{ème} séminaire : participer à la collaboration interdisciplinaire en identifiant l'importance de sa place dans l'équipe.

Pour chaque séminaire, des objectifs spécifiques sont énoncés. Ils montrent une progression de l'apprentissage par la taxonomie utilisée. Ils permettent ainsi aux personnes formées de prendre connaissance de ce qui est attendu d'elles.

Dans l'ensemble, que ce soit les objectifs généraux ou spécifiques, on y retrouve la volonté du formateur d'amener le groupe, pas à pas, vers un niveau de compétence plus important. Certains objectifs ont pu être source d'insécurité et déstabilisant pour les professionnels formés. Dans leur quotidien professionnel, le soignant est peut être déçu s'il n'arrive pas à atteindre les objectifs de soin qu'il s'est fixé, comme par exemple, le retour à l'autonomie après une prothèse totale de hanche. Dans la formation PiPSyGer, le but est de comprendre pourquoi l'objectif visé a été atteint ou pas. Cela ne signifie pas pour autant que cette formation continue apportera toutes les réponses aux divers problèmes rencontrés. Son but est d'acquérir des outils d'analyse des situations afin d'en comprendre la complexité. Ces séminaires qui se voulaient pragmatiques par le fait d'exploiter des situations du terrain, se trouvaient parfois être complexes sur le plan cognitif par la mobilisation de concepts comme outils de clarification de la problématique.

Faire réfléchir les participants à la formation sur leurs problèmes de travail a permis de mieux comprendre les situations de psychogériatrie. Mais, apparemment lorsque le soignant se retrouve dans sa réalité de soin, avec les contraintes que cela comporte, il n'arrive pas à mobiliser ces outils acquis lors des cours. Cette difficulté est associée aux caractéristiques propres de chaque problématique de soin liées aux spécificités individuelles des personnes et à la situation de santé. Ces caractéristiques singulières peuvent entraîner une perte de repères et ainsi le professionnel peut se sentir démuné.

En final, il nous est difficile de dire si les objectifs de formation ont été atteints. Nous pouvons constater que l'ensemble du personnel soignant de Chamblon et Orbe ont reçu les données et outils nécessaires à la clarification de la situation de la psychiatrie de l'âge avancé par un changement de représentation de ce type de population à soigner.

> *Les stratégies pédagogiques*

Afin de développer l'habileté à travailler en équipe interdisciplinaire, le travail de groupe a été privilégié. Mais ce n'est pas la seule stratégie pédagogique utilisée. Au court d'une même journée de formation, plusieurs formes ont été utilisées variant des temps de présentation de concepts, d'exploitation de situations et d'intégration.

La prépondérance a été donnée à l'interaction entre les différents participants, l'échange et le partage d'expérience. Les objectifs restaient les fils conducteurs des journées, les activités et les outils de travail variaient selon les questions et réflexions des participants. De ce fait, il était difficile pour les formateurs d'anticiper le déroulement des contenus de la journée. Ils ont donc choisi de présenter les séminaires sous forme de « menu » de thématiques abordées par journée laissant la possibilité de varier les temporalités de réflexion selon le questionnement du groupe. De ce fait, tous les groupes n'ont pas passé la même durée de temps sur une thématique. L'important étant centré sur la qualité du travail effectué et non sur la durée. Un guide horaire a été établi, servant ainsi de « guide line » aux deux formateurs.

Comme dit en introduction de ce chapitre, la mobilisation des savoirs permet d'agir en compétences. Ainsi, la formation PiPsyGer a offert plusieurs manières de les mobiliser comme, par exemple, par l'exploitation d'extraits de vidéos, des discussions autour d'articles, des discussions de groupe autour de situations vécues par le personnel, etc. Il est arrivé que certaines situations de terrain étaient plus sensibles, plus problématiques et faisaient émerger des émotions (colère, mécontentement, déception,...) pouvant influencer la dynamique d'apprentissage au sein du séminaire. Les formateurs devaient toujours être attentifs à l'objectif de travail interdisciplinaire lors de ces moments d'émotions.

Cette formation s'adressant à des professionnels, experts dans leur discipline, les formateurs devaient aider les participants à trouver des solutions aux problématiques analysées en mobilisant leurs propres savoirs antérieurs. Vu que les interactions étaient toujours en groupe, cette manière de procéder a permis de passer d'un savoir individuel et disciplinaire à une connaissance partagée par l'équipe interdisciplinaire.

Pour aider davantage les participants au transfert de l'acquis dans les séminaires à leur activité professionnelle quotidienne, le formateur principal aurait aimé un suivi par un accompagnement dans les unités de soins. Cette mise œuvre de suivi s'est avérée peu réalisable en parallèle à la formation ; sans doute pour des questions d'organisation du travail qui était déjà bouleversée par le nombre de professionnels en formation.

> *Les documents de référence*

Au-delà des documents de cours, de multiples documents de référence ont été donnés aux personnes formées. L'intention était de permettre aux participants de relire ces documents entre les séminaires et après la formation comme outils de référence lors de problèmes dans le quotidien professionnel.

Cependant, nous pensons que la présentation des documents ne favorise pas leur exploitation à posteriori. En effet, ils ont été remis aux participants au fur et à mesure du déroulement du séminaire sans être reliés. Le risque est que les participants conservent précieusement selon l'ordre chronologique de réception et non selon un classement thématique. En effet, il n'y a pas de document de synthèse et de classement, type table des matières, présentant les thématiques principales de référence. Nous pensons qu'il est difficile pour le professionnel de mettre rapidement la main sous un article dont il en a un vague souvenir. Certainement que cette distribution séquentielle est liée au fait que les formateurs ont choisi leur référence au fur et à mesure du déroulement de la formation.

De plus, nous avons constaté que certains liens internet ne sont pas toujours correctement formulés, parfois les renvois en bas de page ne renvoient à rien. Ce qui les rend inaccessibles aux soignants.

3.2.3 Dispositifs d'évaluation

Nous nous sommes intéressées à voir comment au terme de la formation les compétences développées ont été évaluées et reconnues.

3.2.3.1 Moyens d'évaluation du développement des compétences

Il n'y a pas eu de validation certifiant l'acquisition des compétences et connaissances acquises au terme de la formation. Tout au long de la formation, par les interactions avec pairs, chaque participant aux séminaires pouvait percevoir sa progression. Le 3^{ème} jour de séminaire, dit intégratif, a été un moment privilégié de synthèse des acquis et d'identification des incompréhensions éventuelles, que ce soit sur un plan individuel ou de groupe.

Lors de la dernière journée de formation, chaque groupe a produit une charte décrivant les attitudes, les droits, les valeurs et les devoirs de l'équipe interdisciplinaire face à la prise en soin de situations de psychiatrie de l'âge avancé. Cette forme peut être considérée comme une évaluation formative, vu qu'en réalisant cette charte, chacun a mobilisé les concepts travaillés au cours des séminaires. Le formateur présent pouvait apporter les compléments nécessaires. Une synthèse de l'ensemble des chartes, réalisée par les formateurs, a été transmise au CoPil.

Par la suite, sous la proposition du CoPil, le groupe de référents a réalisé un poster illustrant ou notant les mots clefs du travail interdisciplinaire en psychogériatrie. Ce poster est affiché dans les services comme trace de la formation et aide-mémoire aux compétences développées.

Dans ce processus de formation visant un changement de pratique, le CoPil a procédé à une évaluation interne. Il a mandaté une personne externe aux eHnv et au SFCRV. Ce questionnaire a été réalisé autour des 5 compétences du programme PiPsyGer. Au départ, il été prévu que des questions d'évaluations des auteurs de cette étude puisse s'y intégrer. Cependant, vu l'avancement du questionnaire élaboré par la personne mandatée le CoPil a choisi de maintenir ce questionnaire validé par le groupe PAA. Une brève synthèse des résultats est exposée en annexe VI.

Comme marque de reconnaissance de l'investissement individuel des professionnels et pour marquer la fin de cette formation, le CoPil a organisé une cérémonie de remise des attestations de formation. Au cours de cette manifestation, les résultats du questionnaire d'évaluation externe ont été présentés.

3.2.3.2 Evaluation intramuros

Afin de connaître le point de vue du personnel soignant ayant suivi cette formation, les eHnv ont organisé deux types d'évaluation. Le premier était une question directement posée au groupe au terme de chaque jour de formation que le formateur nomme « évaluation à chaud ». La seconde évaluation était un questionnaire distribué dans les services 3 mois après la formation.

> 1^{ère} Evaluation « à chaud »

Cette évaluation à chaud est en réalité une forme de débriefing au court duquel chaque personne formée peut s'exprimer sur ce qu'il a apprécié ou ce qu'il lui a déplu au court de la journée. Ce moment est extrêmement important pour le formateur, car il lui permet d'orienter les choix de ses stratégies pédagogiques ainsi que les contenus pour la séance de cours suivante ou pour réajuster le programme de séminaire pour le groupe suivant.

> 2ème Questionnaire 3 mois après la fin de la formation

Pour assurer l'objectivité dans le traitement des données et pour un appui méthodologique, le CoPil a mandaté une personne externe à l'institution pour réaliser cette évaluation post-formation.

La création du questionnaire a été réalisée en étroite collaboration avec cette personne externe aux eHnv et la responsable de la formation continue, la directrice des soins adjointe, toutes deux membre du CoPil. Ce questionnaire comportait deux parties. La première était un questionnaire individuel et la seconde était une évaluation à effectuer en équipe. Les questions de cette évaluation interne ainsi que l'analyse des données ont été élaborées autour des compétences travaillées par le programme PiPsyGer.

L'intention de ce questionnaire était d'évaluer le niveau de compétences acquises et d'en identifier son impact pour le patient/résident, le collaborateur, son équipe et l'institution. En identifiant, à travers cette évaluation, la plus-value des compétences collectives, les eHnv ont évalué l'impact de l'investissement humain et financier nécessaire à l'organisation d'une telle formation.

De manière globale, le CoPil est satisfait de la formation PiPsyGer et ce, principalement par la modification des représentations individuelles à l'égard des situations psychiatrique de l'âge avancé. Auparavant, les soignants soit avaient peur d'approcher ce type de personne de crainte de se faire « attaquer », soit ne savaient pas quelles stratégies de soins utiliser. Par ce changement de perception, nous voyons que les participants, malgré le caractère obligatoire de la formation, ont accepté de se « fragiliser » et de modifier les conceptions de ce type de problématique de soins.

Pour le CoPil, le problème reste la transférabilité des acquis. Il identifie deux explications éventuelles à ce non-transfert :

1. Les professionnels ne veulent pas modifier leurs habitudes de travail, des gestes connus et maîtrisés qui ne demandent plus de réflexion. Cette perte d'automatisme pourrait entraîner une insécurité par crainte de perte de repère.
2. Apparemment les conditions de travail ne permettent pas une prise en charge optimale en référence au contenu proposé.

La dernière intention de cette évaluation était d'identifier les suites nécessaires à envisager en termes de formation du personnel, par exemple :

- offrir des formations répondants à un besoin personnel de chaque professionnel ;
- envisager que certaines personnes fassent une formation de longue durée s'inscrivant dans un plan de carrière ;
- organiser une formation pour un public ciblé (par type de service, catégorie professionnelle,...) ;
- développer le programme PiPsyGer par des séminaires d'approfondissement.

Cette méthode d'évaluation est intéressante, car elle offre au personnel la possibilité de dire de manière anonyme et après réflexion si cette formation l'a satisfait et ce qu'elle lui a apporté ; malgré le caractère obligatoire. Cette mise à distance temporelle permis d'éviter les artefacts de l'émotion dans la perception de la plus-value de l'apprentissage.

3.2.3.3 Valorisation et reconnaissances ces acquis

Au terme du processus de formation, le CoPil a organisé un moment festif au cours duquel la synthèse des résultats du questionnaire après 3 mois a été présentée. Ensuite, les attestations de participation à la formation PiPsyGer ont été remises aux participants.

En conclusion, pour les membres du CoPil, la formation PiPsyGer a répondu à leur objectif initial qui était de sensibiliser l'ensemble du personnel soignant à l'importance de l'interdisciplinarité lors de problématiques de la prise en soins de personnes âgées présentant des troubles cognitifs. Par le changement de la représentation de ce type de prise en soins, l'appréhension individuelle dans le face à face soignant-soigné est nettement facilitée. Le professionnel se sent acteur d'un élément du projet de soin. Cependant, l'opérationnalisation des compétences interdisciplinaires restent difficiles pour les professionnels quand ils perçoivent une différence entre le contenu de la formation et leur réalité dans les unités de soins.

Cette évaluation de la formation PiPsyGer a également confirmé une problématique déjà identifiée par l'institution : la difficulté de travail en équipe interdisciplinaire pour certains professionnels.

3.3 Méthode d'analyse des entretiens (QAE)

Pour connaître la perception des professionnels formés par rapport à la formation et évaluer la transférabilité de leurs savoirs acquis sur la pratique professionnelle, nous avons choisi l'entretien semi-directif comme méthode d'enquête. Cette mode d'approche permet de se centrer sur le discours des interlocuteurs et de récolter leurs témoignages et représentations des thèmes proposés⁶ tout en leur permettant de structurer eux-mêmes leurs discours (Blanchet & Gotman, 2005).

3.3.1 Conception des entretiens

En vue de constituer un échantillon, nous avons choisi d'interviewer au moins un représentant de chaque catégorie professionnelle (médecin, ergothérapeute, physiothérapeute, infirmier, ASSC, aide-infirmier, animateur, diététicien) ayant suivi le programme de la formation PiPsyGer. À cet effet, nous avons prévu effectuer 11 à 15 entretiens semi-directifs.

Souhaitant exposer notre démarche à l'ensemble des professionnels des deux sites - Chamblon et Orbe – et solliciter leur collaboration, nous avons réalisé une présentation de notre projet d'évaluation de formation durant leur dernière séance de cours. Cela a permis une première prise de contact entre les chercheurs et les personnes en formation. Lors de cette rencontre, nous leur avons remis un formulaire⁷ sur lequel ils pouvaient manifester leur ouverture pour participer aux entretiens. Au terme de cette séance, nous avons recueilli les coordonnées des personnes intéressées à y participer. Il a été précisé à ces personnes qu'elles pouvaient à tout moment renoncer à leur décision d'y participer.

⁶ Annexe V : Grille d'entretien.

⁷ Annexe I : Demande de participation aux entretiens

Au terme de cette première recherche de volontaires, notre public cible n'était pas complet, certaines catégories professionnelles n'étaient pas représentées. Pour respecter les critères de notre échantillonnage, nous avons contacté soit le CoPil, soit pris directement contact avec le responsable du service concerné.

En final, nous avons retenus 17 personnes en formation, ce qui permettait d'assurer le nombre d'entretiens prévus.

Deux mois après la fin de la formation, nous leur avons téléphoné et/ou écrit un e-mail pour fixer un rendez-vous. Ce procédé nous a permis d'établir un calendrier des entretiens entre février-mars 2012.

3.3.2 Réalisation des entretiens

En tenant compte de nos plages horaires disponibles et celles des formés, des 11 à 15 entrevues prévues initialement, nous avons finalement effectué 12 entretiens semi-directifs d'environ une heure. Nous avons assigné cette durée d'entretien pour que notre interlocuteur ait le temps d'exprimer son vécu sur la formation. Les entrevues ont été individuelles et réalisées séparément. Précisons qu'aucune personne formée n'a renoncé à être interviewée. Au moins un formé de chaque catégorie professionnelle prévue a été interviewé. Il convient de noter aussi la participation d'une veilleuse dont le témoignage a apporté des données complémentaires à celles du personnel du jour.

Professionnels interviewés :

- 1 animatrice ;
- 3 infirmiers, dont 1 Infirmier chef d'unité de soins (ICUS) et 1 infirmier-chef de site (ICS) et 1 infirmier diplômé ;
- 2 aides infirmières, dont 1 veilleuse ;
- 1 assistante en soins et santé communautaire (ASSC) ;
- 1 diététicienne ;
- 1 ergothérapeute
- 1 physiothérapeute ;
- 1 praticien formateur ;
- 1 médecin.

Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits littéralement avec l'accord de la personne interviewée, leur consentement étant formalisé par un formulaire⁸ conçu à cet effet et co-signé par l'interviewé et le chercheur. Les noms des formés interrogés ne figure pas dans ce rapport. Si la retranscription écrite de leur témoignage est anonyme, ils donnent d'ailleurs leur accord pour qu'un extrait de cette retranscription apparaisse éventuellement dans ce rapport. Au terme de l'analyse des données, les enregistrements audio ont été détruits.

Nous avons abordé ces entretiens semi-directifs avec une grille d'entretien⁹ très souple servant de base pour faire parler nos interlocuteurs sur leur perception de la formation et de son impact sur leurs pratiques professionnelles. Nous avons voulu laisser le plus possible nos interlocuteurs libres de suivre les

⁸ Annexe III : Formulaire de consentement aux entrevues individuelles.

⁹ Annexe V : Grille d'entretien.

méandres de leur propre réflexion. Notre point de départ était constitué par les questions-consigne suivantes : « aujourd'hui avec le recul, dites-moi ce que cette formation vous a apporté dans votre quotidien professionnel? Comment avez-vous perçu cette formation ? ». Ces questions ouvertes permettaient aux interviewés de s'exprimer sur leur vécu lors de la formation.

La grille d'entretien comprenait trois grands thèmes sur lesquels nous voulions entendre nos interlocuteurs. Ils ont été conçus en considérant notamment les compétences professionnelles et interdisciplinaires¹⁰ visées par formation PiPsyGer. Ces thèmes ou dimensions étaient les suivants :

1. Degré de satisfaction de la formation.
2. Transfert des acquis de la formation (mobilisation des savoirs suivants : savoirs théoriques, savoir-faire, savoir être, savoir de vivre ensemble ou de collaboration, savoir devenir).
3. Changements de représentations, d'attitudes/comportements, de pratique professionnelle, de relations interdisciplinaires.

3.3.3 Analyse de données

3.3.3.1 Identification des questions d'analyse des entretiens (QAE)

Les données recueillies peuvent répondre à plusieurs questions qui émergent lors du traitement de ces données, ce qui permet d'élaborer un questionnement analytique. Comme le signalent Paillé et Mucchielli (2010), « analyser, c'est répondre à des questions ». Or, à partir de ce questionnement, préalablement approfondi, le chercheur tente de construire une connaissance. En effet pour ces auteurs, « savoir, c'est répondre à des questions » (p.141).

En d'autres termes, le fait de poser des questions au corpus de données et de répondre à ces questions, sans plus, constitue en soi une stratégie d'analyse. C'est la stratégie que nous avons choisie pour analyser les récits des interviewés. Comme nous l'avons signalé précédemment, il s'agit de la méthode d'analyse par questionnement analytique. Cette approche qualitative consiste essentiellement à poser des *questions d'analyse* qui servent à l'interrogation des données elles-mêmes et qui permettent de les classer. Et les réponses à ces questions - identifiées en lisant les récits – peuvent générer de nouvelles questions, ce qui favorise la progression de l'analyse (Paillé & Mucchielli, 2010).

L'analyse par questionnement analytique nous a semblé ainsi la plus adaptée à notre recherche, car elle nous permettait de questionner plus précisément chaque réponse et, de ce fait, approfondir la compréhension de notre objet d'étude. En outre, comme les questions deviennent un guide pour l'analyse de données, elles nous ont servi de structure pour la rédaction du rapport. Enfin, relevons que cette stratégie d'analyse nous a aidé à concentrer notre attention sur ce que nous cherchions à savoir, tout en nous permettant de reconnaître des données imprévues.

¹⁰ Cf. Dossier avec les documents distribués aux formés lors des séminaires : *Prendre soin de la personne âgée souffrant de maladie psychiatrique de l'âge avancé et de ses proches*, 2009-2011.

3.3.3.2 Etapes de l'analyse

Selon cette méthode, nous avons alors procédé à l'analyse de récits en suivant les étapes suivantes :

- 1) Première lecture des entretiens retranscrits.
- 2) Formulation des questions d'analyse.
- 3) Deuxième lecture des entretiens retranscrits et identification des extraits répondant aux questions. Formulation de quelques nouvelles questions. Identification de diverses citations qui apportent d'autres données non classés dans les questions formulées.
- 4) Classement des extraits d'entretien en fonction des questions ainsi que des citations choisies ; le tout constituant un canevas investigatif¹¹. Les questions du canevas investigatif deviennent ainsi des guides pour l'analyse, des structures pour les réponses et pour la rédaction du rapport.

Canevas investigatif
<ul style="list-style-type: none">▪ En termes de processus, quel est le degré de satisfaction des personnes formées envers la formation offerte°?<ol style="list-style-type: none">1. Quelles sont les forces et limites de la formation reliées à la structure de la formation ?<ol style="list-style-type: none">1.1 Quel a été l'impact de la répartition dans le temps des différents modules de formation ?1.2 De quelle façon l'équilibre entre la théorie et la pratique durant la formation a-t-il favorisé l'apprentissage ?2. Quelles sont les forces et limites de la formation reliées au contenu de la formation?<ol style="list-style-type: none">2.1 Est-ce que le contenu était adapté au niveau de préparation de chacun des participants ?2.2 Que pensez-vous de la structure du contenu écrit qui vous a été remis ?2.3 Est-ce que la formation est venue confirmer certaines connaissances ou pratiques que vous aviez déjà avant la formation ?3. Quelles responsabilités reviennent aux participants dans la « réussite » de ce cours ?▪ En termes de résultats, quels acquis de formation ont été transférés dans les pratiques professionnelles des personnes formées°?<ol style="list-style-type: none">1. Quels impacts la formation a-t-elle eu sur leurs représentations de la personne âgée avec un problème de démence ?2. Quels impacts la formation a-t-elle eu sur la prise en soin des personnes âgées ?3. Quels impacts la formation a-t-elle eu sur la collaboration interprofessionnelle°?<ol style="list-style-type: none">3.1 Avez-vous eu l'occasion de mettre en pratique cette collaboration interprofessionnelle ?3.2 La formation a-t-elle permis une meilleure collaboration interprofessionnelle ?4. Quels impacts la formation a-t-elle eu sur l'accompagnement des familles ?5. Quels ont été les obstacles au transfert des apprentissages dans votre pratique ?<ol style="list-style-type: none">5.1 Dans quelle mesure la question du temps a-t-elle été évoquée en tant qu'obstacle à la mise en pratique ?6. Avez-vous des suggestions pour améliorer la formation et sa mise en pratique par la suite ?

¹¹ Annexe IV : Canevas investigatif

- 5) Lecture des extraits et des citations.
- 6) Identification des réponses aux questions formulées en générant, non pas des thèmes, mais des « éléments réponse ». Il s'agit des réponses directes sous la forme d'énoncés, de constats, de remarques, de propositions, de textes synthétiques, et de nouvelles questions, le cas échéant. De même, à partir des citations, identification d'autres éléments utiles à la compréhension de notre objet d'étude.
- 7) Lecture des « éléments réponse » et identification des éléments majeurs : identification des résultats.
- 8) Identification des résultats.

Cette analyse nous a permis des recommandations, voire de nouvelles questions.

3.4 Résultats QAE

Les résultats ont été obtenus à la suite de l'analyse par questionnement analytique des entretiens semi-directifs réalisés auprès des professionnels formés.

Les résultats peuvent être regroupés sous 3 grands thèmes :

- 1) Les forces et les limites de la formation.
- 2) Les impacts de la formation sur la pratique professionnelle.
- 3) Les propositions/suggestions d'amélioration de la formation.

3.4.1 Les forces et les limites de la formation

Les résultats de l'analyse des entrevues nous renseignent sur la perception des professionnels à propos de la structure, du contenu de la formation (cf. canevas investigatif) et du transfert des apprentissages dans la pratique professionnelle. L'analyse montre que l'ensemble des personnes formées a perçu la formation comme une base théorique uniforme à tous les professionnels à laquelle s'y référer. Cela dit, des forces et des limites liées autant à la structure qu'au contenu de la formation ont été relevées. Des limites liées au transfert des apprentissages dans la pratique professionnelle sont aussi à noter.

3.4.1.1 Les forces et limites liées à la structure de la formation

Les forces relevées sont :

- L'étude des situations autour d'une problématique proposée durant le cours ou rencontrée dans la pratique clinique.

Ce type d'activité de groupe a été appréciée par les personnes interrogées et considérée comme une plus-value de la formation, et cela à plusieurs titres. Non seulement, il leur a permis de faire un lien entre la théorie et leur pratique clinique, mais aussi, il leur a été une source d'apprentissage au sens d'un espace de réflexion sur les pratiques auprès du sujet âgé atteint des troubles psychiatriques (notamment des troubles cognitifs et du comportement). De plus, à partir du lien entre la théorie et des situations concrètes, les personnes formées ont pu identifier et nommer des gestes ou actions exercés dans la clinique, ce qui a donné, à notre sens, une certaine légitimité à leurs pratiques auprès des personnes âgées.

À chaque séminaire il y a la théorie et des moments d'échange où on travaillait sur des situations [...] on trouvait d'autres solutions. Et des fois le fait de poser sur papier une problématique, on dit pourquoi on n'avait pas pensé avant [...]. On a appris à réfléchir aussi aux solutions.

Prendre le temps [...] de voir comment on était dans cette situation, est-ce que ça correspond au concept de bientraitance, à une communication non violente [...].

Notre analyse révèle que du fait que les professionnels aient confronté les savoirs acquis avec leur quotidien professionnel, ils ont pu autoévaluer leurs pratiques et repérer les besoins de réajustement de ces dernières. Toutefois, pour certains, le travail d'introspection proposé sur leurs pratiques leur a été difficile. En outre, un apprentissage à travers les situations apportées par les autres participants – provenant d'autres services – a été bénéfique au niveau du partage des difficultés, des ressources et des pistes d'interventions. Ainsi, nous remarquons que cette activité en groupe a permis aux personnes en formation d'élargir leurs regards sur les pratiques et de se positionner professionnellement lors de cette activité, ce qui aurait favorisé ensuite, à notre avis, leur positionnement professionnel dans la clinique.

Pendant les cours, c'est des moments que j'ai particulièrement appréciés parce qu'on prenait du temps qu'on ne prend pas forcément aussi dans la vie quotidienne

On a eu un tour de table où j'ai pu dire que j'avais beaucoup apprécié l'échange. C'est aussi le retour que j'ai eu de l'équipe [...]. Et cet échange, en fait de faire de petits ateliers et travailler sur des problématiques [...]. Après il y avait une restitution en groupe et là, l'apport du groupe j'ai trouvé très enrichissant. Aussi de pouvoir connaître d'autres problématiques, pouvoir apporter d'autres regards.

- Un certain équilibre entre la théorie et les travaux en groupe, facilitant l'apprentissage.

Il y avait de la théorie et puis un peu justement des travaux de groupe pour faire passer le travail.

- La mixité des groupes-cours.

La composition pluridisciplinaire des groupes-cours avec des professionnels provenant de différents services — ayant de différentes fonctions et formations, et de parcours professionnels divers — est estimée comme une expérience positive par la grande majorité des interviewés.

Cette formation nous a permis d'être en équipe, en équipe pluridisciplinaire [...]. On a pu travailler ensemble, alors qu'on ne se connaît pas beaucoup jour et nuit, de voir le point de vue de tout le monde aussi, ça j'ai trouvé intéressant.

Oui, c'était un plus. Il n'y a eu personne qui s'est dit, moi je suis l'aide, moi je suis l'infirmière ou je suis le médecin. On était tous au même niveau quand on devait faire les travaux et ça j'ai beaucoup, beaucoup apprécié.

- Une formation intramuros.

Cette organisation est soulevée dans notre analyse comme « un avantage » en matière « de transport », selon les propos d'un interviewé. En effet, nous trouvons qu'une formation à l'interne de l'institution permet une diminution des coûts de formation tout en favorisant l'accessibilité des participants au lieu de formation.

Les limites relevées sont :

- La durée de la formation.

Plusieurs interviewés signalent leur insatisfaction par rapport à la longueur de la formation au sens d'un espace trop long entre le premier, deuxième et troisième module. Cela a impliqué des contingences en matière de ressources humaines, par exemple, des participants qui ont arrêté la formation (changement de place de travail) ou qui sont arrivés en cours de route. De plus, une perte du fil conducteur entre les modules – lors du retour sur le terrain – a été signalée.

Le reproche quand même que je ferais à cette formation, c'est ça durée. C'est trop long, parce que ça nous amené à des contingences [...], où des gens ont commencé mais voilà n'ont pas fini parce qu'entre deux ils étaient à tel endroit ou tel autre, et puis des gens ont débarqué en cours de route. Ça c'était trop long.

- La durée des séances de cours en lien avec le fait de rester assis.

Un interviewé signale sa difficulté à rester assis une longue période de temps, ce qui nous interroge sur la durée des sessions de cours. Il s'agit, à notre avis, d'un aspect lié à la structure même des cours. À ce propos, nous considérons que la durée des cours et leur structure devraient tenir compte des habitudes/capacités individuelles des personnes à rester assises. Par exemple, les sessions de cours pourraient inclure des pauses et/ou activités permettant aux participants de changer de position tout en gardant leur attention.

Et puis je ne supporte pas d'être assis pendant des heures comme ça. Pour moi c'est énorme, c'est un grand effort.

- La mixité pluridisciplinaire des groupes-cours.

Si la mixité pluridisciplinaire des groupes-cours était un plus pour la majorité des interviewés, pour certains elle a constitué une limite au niveau de la pluralité des formations et des savoirs des personnes en formation. Cela soulève, à notre sens, une diversité de besoins et d'attentes des participants vis-à-vis de la formation.

Notons que la première partie de la formation (premier module) a été très appréciée par les professionnels formés. Et plus particulièrement, un interviewé souligne que la structure du groupe-cours en pluridisciplinarité n'était adéquate que pour cette partie. S'il s'agissait alors de donner une base théorique sur l'approche de prise en soin du sujet âgé avec des troubles psychiatriques, l'enseignement sur les maladies n'était pas pertinent en groupe interdisciplinaire selon les différents niveaux des savoirs préalables.

La première partie me paraît tout à fait adéquate, de le faire en interdisciplinarité. Pourquoi? Parce qu'on fait plus intervenir la personne [formée] plus que le professionnel, plus que les compétences particulières. Donc, le médecin, l'aide-infirmière, on peut se retrouver par rapport à cette réflexion ensemble, et je trouve ça, c'est bien. Mais par contre, par rapport à l'apport de connaissances, de compétences, en termes de maladie, non, parce qu'il y a des niveaux différents.

3.4.1.2 Les forces et les limites liées au contenu de la formation

Les forces relevées sont :

- Les sujets traités.

Les professionnels interrogés ont apprécié les différents thèmes abordés, notamment la notion de « ressources personnelles de la personne âgée souffrant de maladie psychiatrique », développée dans le premier module. Le thème concernant la « communication » avec le sujet âgé et les proches est aussi particulièrement souligné.

La première partie était intéressante, enfin j'ai trouvé intéressante cette première partie parce qu'elle corrigeait un tout petit peu l'approche de la personne âgée dans le sens qu'on remettait un petit peu la personne malade à la bonne place, c'était la personne qui était malade, et que ce n'était pas une maladie, une entité dont on parlait.

Par exemple la communication, la manière dont il faut quittancer ce que le résident demande [...] ce problème de communication qui engendre toute la problématique qu'on peut rencontrer avec le résident, avec les familles, avec les proches, c'est important aussi [...]. On nous a bien aiguillé le fait qu'il y ait un consensus, le fait de prendre le temps d'écouter, par rapport à la récolte d'information. Ça j'ai trouvé que c'était un gros plus.

- La formation a confirmé et validé la pertinence de certaines connaissances et pratiques acquises auparavant par les professionnels formés.

D'après notre analyse, bien qu'avant la formation, un savoir être et un savoir-faire soient déjà présents dans les pratiques des interviewés, la formation leur a permis de les valider. La formation a rendu conscients ces savoirs. En outre, des interviewés ont pu nommer, mettre des termes professionnels aux gestes déjà exercés avant la formation, notamment ceux appris sur le tas. À noter que certaines notions étaient déjà connues par les personnes formées dans le cadre d'autres formations, mais pas forcément en lien avec le sujet âgé.

Je garde toujours à l'esprit qu'il y a de l'espoir, il y a encore de choses qu'elle [personne âgée] peut faire. Je le faisais déjà avant, mais maintenant je suis plus consciente par rapport à ce qu'on nous a expliqué, de fois on peut se douter et maintenant on sait ce qu'on fait.

Faire référence à certaines choses qu'on a eu [...] quelque part on sait ce qu'on fait, ce n'est pas qu'on ne le savait pas avant mais ça met des mots à quelques [gestes]. Par exemple au niveau du rythme du résident, c'est avant le cours qu'on respectait plein des choses, donc après ça donne un assis supplémentaire.

- Le contenu de formation en tant que ressource pour un positionnement personnel et professionnel.

Il ressort de l'analyse que les divers thèmes et concepts traités dans la formation ont favorisé la confiance en soi des participants. Or, la prise de conscience de cette confiance se traduit par un positionnement en tant que personne et professionnel vis à vis des sujets âgés et des collègues de travail. Nous constatons que cette prise de position aurait encouragé leur réflexion dans des situations de soins. De plus, la base théorique apportée par la formation a fourni des outils aux interviewés pour mieux comprendre les enjeux de prise en soin et intervenir avec des actions adaptées. Nous considérons qu'elle a contribué à motiver les professionnels formés dans ce sens.

Avant quand on changeait la personne âgée, on la réveillait. Maintenant, si la personne dort profondément, je n'ai pas peur de ne pas la réveiller. Avant on avait peur d'être critiqué. Avec les cours on a réfléchi est-ce que c'est normal que je réveille une personne qui dort profondément et qui a besoin de dormir.

Avec la formation j'ai moins peur [de donner mon avis] et je peux justifier par les connaissances.

Mais, la formation nous a quand même amené beaucoup à nous, nous positionner comme personne aussi [en plus de se positionner comme professionnel]. Et je crois que ça, ça aide bien, ça fait peut-être plus réfléchir.

J'ai bien aimé le troisième module, qui était une ouverture à ce qu'il se passe dans le contexte, qui nous dit voilà politiquement aujourd'hui les enjeux sont là, pour autant relevez ce que vous pourriez faire. Et ça, c'est hyper enrichissant parce qu'on a une source des propositions, d'idées, d'envie, etc., issus des gens du terrain [participants] qui ont posé ça au terme de leur formation.

- La qualité de l'enseignement apporté par les formateurs.

Les deux enseignants qu'on a eu, moi je les ai trouvé très bien, autant l'un que l'autre. Ils aiment faire ce qu'ils font, ils donnent, ils donnent.

- Les outils apportés au sujet des proches aidants, en particulier l'échelle d'évaluation de leur épuisement.
- Le contenu du support écrit des cours a été apprécié par certains interviewés.

*Les documents sont très intéressants.
Ça fait vraiment un concentré d'informations.*

Les limites relevées sont :

- Le contenu des cours n'est pas toujours adapté au niveau de formation préalable de chaque participant.

En effet, comme on l'a vu ci-dessus, le groupe-cours pluridisciplinaire est composé par des professionnels avec différents parcours de formations (et d'expériences professionnelles), ce qui entraîne des besoins et des attentes de formation différents de leur part. Par ailleurs, une meilleure clarté de la méthodologie d'enseignement aurait été nécessaire pour certains participants.

C'est très difficile quand il y a beaucoup des professions, mais moi j'aurais eu besoin, pas beaucoup mais un petit peu quand même, de savoir quelles sont les atteintes physiologiques, la différence entre une démence.

Et au début, le premier module en tout cas, j'étais assez frustrée parce que moi j'attendais aussi des notions plus théoriques pour comprendre. Et en fait ça ne rentre pas par ces connaissances-là, ça rentre par comment nous on fait ça. Et moi je ne l'ai pas compris au début.

- Certains thèmes sont peu approfondis.

Les thématiques suivantes sont identifiées : angoisse des personnes âgées pendant la nuit et leurs peurs ; communication ; autonomie ; valorisation des pratiques auprès des personnes âgées ; confiance en soi ; certaines maladies comme le Parkinson, dépression, sclérose en plaques, démences. En outre, bien que l'approche concernant les ressources du sujet âgé soit considérée par les professionnels une plus-value de la formation, les déficits ou problématiques du sujet âgé n'ont pas été assez développés, selon leurs attentes. Cela dit, il ressort des entretiens que le temps disponible pour développer les thèmes était limité.

Il faut qu'on donne des connaissances au personnel, parce que je pense que là, il y a un gros déficit. Et puis notre demande, au départ, c'était d'une part avoir une autre approche, éviter cette crainte des gens de la personne âgée atteinte des problèmes de comportement [...], donc donner une certaine confiance [...]. En se disant attention voyons les ressources, ne voyons pas les déficits, c'est très bien. Mais après il y a aussi des déficits, il y a aussi des problématiques. Et cette problématique, n'a pas été suffisamment abordée.

C'est vrai que la formation était un vaste domaine [...], c'est vrai ça aurait nécessité une formation plus longue, mais c'est déjà une bonne approche. De fois j'avais envie d'aller plus loin, de pousser un peu plus et voilà il y avait un temps et il fallait passer à autres choses.

- Certains outils pédagogiques utilisés pendant les cours ne sont pas appréciés par quelques participants.

Il s'agit d'une part, des dessins à colorier (appelés des « mandalas ») : une activité vécue comme une perte de temps et une infantilisation. D'autre part, quelques personnes formées trouvent les films montrés peu adaptés à la réalité suisse, puisqu'il s'agissait des reportages d'origine canadienne et française. La question se pose alors de plus développer les explications et les liens théoriques autour du film.

- Le contenu des documents écrits distribués lors de cours.

Relevons que l'on retrouve quelques différentes perceptions et attentes par rapport au support écrit. Il est signalé que certains termes ou éléments théoriques sont peu explicites. Nous considérons que cela serait sûrement lié aux divers niveaux de formation antérieurs des participants. Il est aussi décrit un certain décalage entre le contenu des cours et celui des documents écrits. Et encore un manque de structure de ces derniers.

Je le trouve pas assez complet pour certaines choses, trop de choses dans d'autres domaines. Les termes et les mots n'étaient pas toujours très simple [..]. Que de texte.

Quand on voit le support de cours, c'est très théorique. Mais moi, je ne l'ai pas ressenti dans le cours lui-même.

J'ai beaucoup de peine à leur donner une chronologie. C'était difficile la manière dont nous a été donné cet apport écrit [..]. J'aurais eu besoin que ça soit plus structuré avec une table des matières par exemple.

Ces propos nous interrogent sur les explications données sur le support écrit et son utilisation. Il serait, à notre avis, un aspect à considérer dans le contenu de la formation afin de favoriser la compréhension de l'outil ainsi que son utilité pour l'approfondissement des connaissances. Le formateur nous a toutefois signalé qu'à chaque distribution des documents, il a mentionné le fait qu'ils étaient distribués pour approfondir le cours si besoin et selon les situations rencontrées. Cela nous interroge sur le décalage entre les informations données et des informations comprises. Nous estimons que cette éventuelle différence entre les participants serait à considérer lors de la conception et l'évaluation d'une formation.

En outre, il convient de relever que quelques participants interrogés mentionnent leur difficulté à reprendre ces documents entre les cours ou après la formation. Il semblerait que le manque de temps disponible jouerait un rôle dans cet aspect. Cela dit, certains interviewés soulignent l'importance de la responsabilité de chacun par rapport à sa propre implication dans la formation ainsi que dans la mise en œuvre des connaissances acquises. Cette précision est particulièrement intéressante, dans la mesure où, selon les propos du formateur à ce sujet, le but ultime de la formation était d'encourager l'autonomie et l'auto-détermination professionnelle. La part de responsabilité individuelle des personnes formées concernant leur processus d'apprentissage, nous semble d'ailleurs intéressante à prendre en compte dans l'appréciation des résultats de l'évaluation de formation.

En résumé, en termes de processus, les professionnels interrogés sont satisfaits de la formation offerte. Il en ressort en particulier, autant au niveau de la structure que du contenu de la formation, l'analyse des situations en groupe-cours pluridisciplinaire comme une plus-value de celle-ci. Les thèmes abordés sont appréciés, notamment l'approche du sujet âgé atteint de maladie psychiatrique en tant que « personne qui a des ressources ». De même, le contenu de la formation a permis de développer la réflexivité des participants. Il a constitué une base et une ressource non seulement pour l'amélioration de la prise en soin du sujet âgé, mais aussi pour leur positionnement professionnel dans la matière. Toutefois, vu la mixité quant aux fonctions et formations du groupe-cours, le contenu n'est pas adapté à tous les participants. Enfin, la période entre les modules est controversée : un long espace de temps avec le risque de perdre le fil conducteur de la formation.

3.4.1.3 Les limites liées au transfert des apprentissages dans la pratique professionnelle

> Le transfert des apprentissages

Un transfert des apprentissages, c'est-à-dire la capacité des personnes formées de réutiliser les connaissances issues de la formation dans les diverses situations auprès du sujet âgé avec des troubles psychiatriques – en particulier cognitifs et du comportement – apparaît de manière transversale dans les entretiens.

À titre d'exemple, citons les propos d'un interviewé concernant le transfert des connaissances dans la clinique.

Et puis quand il y a une situation difficile lors du rapport, Madame telle a été agressive, oui, mais pourquoi, comment, qu'est-ce qui a déclenché. Voilà, il y a toute cette récolte des données plus fine qui permet après de faire des liens. Juste un exemple, une résidente que lorsqu'on la déshabillait se mettait à taper le soir au moment qu'on enlevait son pull. Finalement on a réfléchi et s'est dit que c'est que tout au début quand cette dame était moins démentifiée elle se plaignait qu'elle avait des douleurs à la nuque [...]. Et on a pu mettre un traitement antalgique en place plus adéquat, on a pu modifier les vêtements et on s'est rendu compte que c'était ça.

Or, un transfert des connaissances des professionnels a particulièrement lieu durant l'analyse collective des situations, lors des colloques de service. Ce transfert qui se met en place progressivement dans le quotidien des pratiques cliniques.

Par rapport avant et maintenant j'ai pu constater un transfert des connaissances lors des colloques chaque fois qu'on a l'occasion d'échanger sur les situations de soins, et même sur l'organisation. Il y a pas mal de choses maintenant qui se font. Il y a vraiment une réelle progression. J'ai l'impression que l'équipe est plus à la recherche des solutions tout le temps, qu'est-ce qu'on peut faire pour améliorer.

Moi, je me sens moins démunie par rapport aux choses qu'on peut faire avec les gens [sujets âgés], et puis ce sont des choses qui sont, ça commence à devenir un petit peu implicite. Quelqu'un d'agité, on va passer un petit moment vers lui, puis on va repartir, on va revenir [...]. Il y a moins besoin que ce soit protocolisé comme ça a dû être au début, et ça coule un petit plus tout seul.

> Les obstacles au transfert des apprentissages dans la pratique professionnelle

L'analyse montre une difficulté à transférer les connaissances au quotidien des pratiques, essentiellement liée à l'environnement de travail. En effet, la réalité institutionnelle n'est pas toujours favorable au transfert des connaissances acquises lors des cours. Le rythme et la routine du travail quotidien, ainsi que l'organisation institutionnelle, laisseraient peu de temps pour la prise de recul sur des pratiques déjà établies dans le service ou l'institution. Dans ce sens, l'augmentation des tâches administratives limiterait aussi la faisabilité de cette prise de recul et du transfert des connaissances. Par ailleurs, les professionnels confrontés à des changements institutionnels qui génèrent une organisation du travail déterminée, auraient de la difficulté à amener un changement dans leurs pratiques suite à la formation. Toutefois, il apparaît dans quelques entretiens que le professionnel formé a sa part de responsabilité pour s'organiser en sorte d'avoir le temps pour la mise en œuvre de certains savoirs acquis.

[...], une fois qu'on est à nouveau dans l'organisation [du service /de l'institution], on retombe un peu dans les schémas.

[...], l'augmentation des papiers est là et on doit faire avec et ça c'est la part un peu frustrante qu'on n'arrive pas à faire bouger spécialement. Mais il y a aussi la part que je me dis d'organiser le temps, ça c'est mon petit espoir à moi.

Et puis il y a toute une nouvelle organisation, justement entre infirmières diplômées ASSC, qui va commencer la semaine prochaine, tout le monde est stressé dans les unités de soins. Donc je pense qu'il y a encore moins de disponibilités intellectuelles, on peut dire comme ça, pour prendre de recul et analyser des situations.

En outre, d'après notre analyse, nous notons une résistance des professionnels au changement ce qui rend difficile le transfert des apprentissages des cours à la pratique clinique. Néanmoins, quand les professionnels formés se trouvent dans une équipe motivée au changement, nous remarquons — d'après les interviewés — que la mise en œuvre de leurs connaissances deviendrait plus facile.

Ça [la formation] m'a apporté de bonnes choses [...], qu'ici ce n'est pas toujours évident de le mettre en pratique. Ce n'est pas toujours évident parce que j'entends toujours, oui, mais on a toujours fait comme ça.

C'est vrai qu'avec les gens qui sont négatifs, on avait essayé de les aider à trouver une solution pour cette situation, on ne peut pas, ça bloque. Mais là avec le patient, tu pourrais faire ici, tu pourrais faire ça, on l'a déjà fait, ça ne marche pas, de toute façon ça ne marche pas, il n'y a rien qui marche. Donc là on se rend compte vraiment que c'est le soignant qui fait beaucoup, ce qu'il apporte quoi, s'il est négatif ou positif.

Il y a de fois que ce n'est pas toujours facile cette espèce de décalage entre mes aspirations et le rythme de travail [...]. Mais, quand je pense que l'étincelle voilà si on a envie, et j'ai de la chance d'être dans une équipe qui a envie. Et donc quand on a envie on arrive aussi à attraper des moments de s'arrêter.

Enfin, si l'analyse montre bien que le caractère obligatoire de la formation n'a pas dérangé l'ensemble des interviewés, nous nous interrogeons dans quelle mesure le caractère obligatoire de la formation aurait influencé l'apprentissage et le transfert des savoirs. Sans pouvoir répondre à notre interrogation à partir des entretiens, nous pouvons toutefois nous interroger à ce sujet, en considérant les propos d'un interviewé qui perçoit un manque de satisfaction des quelques professionnels par rapport à la formation. Cela serait lié au fait que la formation était « imposée », se traduisant par une attitude négative envers celle-ci.

Je pense qu'ils [professionnels formés] n'étaient pas du tout ouverts. Non pas tous, mais pas mal étaient assez négatifs et du coup ne pouvaient pas entendre le bienfait de cette formation, parce que ça a été une formation qui étaient imposée.

En résumé, un transfert des connaissances dans la pratique professionnelle est relevé par les interviewés. Mais ce transfert a lieu progressivement. En effet, plusieurs facteurs/obstacles décrits influencent sa faisabilité sur le terrain. Signalons notamment les contraintes institutionnelles et un contexte institutionnelle peu favorable ; les habitudes soignantes et la résistance au changement. La motivation des personnes formées au changement de certaines pratiques et la responsabilité propre à chaque professionnel, joueraient aussi un rôle à considérer dans la concrétisation de ce transfert.

3.4.2 Les impacts de la formation sur la pratique professionnelle

- Une prise en soin du sujet âgé souffrant de troubles psychiatriques en termes de ressources plutôt qu'en termes de déficits.

Il ressort de notre analyse que la majorité d'interviewés a considéré cette approche du sujet âgé en tant que « personne qui a des ressources », comme une plus-value de la formation. En effet, d'après quelques exemples des interviewés, cette notion en termes de ressources a provoqué un changement de leur regard auprès du sujet psychogériatrique, ayant par corolaire un changement de leurs pratiques. Autrement dit, suite au changement de leurs représentations sur le soigné âgé, ces participants ont transféré leurs connaissances acquises, sur cette approche, dans la clinique. En ce sens, il est intéressant de relever qu'avec cette approche de prise en soin, les pratiques des professionnels concernés se centrent plutôt sur la personne que sur la maladie.

C'était au début de la formation et je crois ça a titillé plusieurs d'entre nous, c'est de parler de la personne quand on parle de la situation, de plutôt prendre cette situation sous forme des ressources de la personne que des problèmes que ça pose.

Et cette personne a des ressources, donc ça c'était vraiment pour tout un chacun une véritable révélation.

Cette formation nous a permis de voir la personne âgée sous un autre regard, de se poser des questions un peu différemment. Pour moi, c'est ça que la formation m'a apporté de plus [...]. Avant je ne me posais pas la question si elles [personnes âgées] avaient encore des ressources. Depuis que j'ai fait ces cours, j'ai pris le temps avec les personnes âgées, de les écouter, de voir leurs capacités et ce qu'elles savent faire. Je les laisse faire, et ce qu'elles n'arrivent pas faire, on est là pour les accompagner.

Toute la première partie était intéressante pour tout le monde [...], parce que cette approche de la personne, se dire attention, on a l'habitude de fonctionner, en tant qu'infirmier, médecin, dans l'approche de la maladie. Tandis que là, c'était une approche personne avant tout. Et cette approche-là a permis de dédramatiser en quelque sorte les choses, et puis de remettre la personne au bon endroit.

- Une meilleure connaissance et compréhension de la personne âgée souffrant de maladie psychiatrique, ce qui a permis des interventions plus ciblées et adaptées.

Par exemple si elle [la personne âgée] est angoissée, trouver un moyen pour arriver à la remettre dans la réalité, où elle soit détendue.

- Une certaine uniformité des pratiques.

L'uniformité des savoirs des professionnels suite à la formation, se traduisant par une certaine uniformité de leurs pratiques, a généré une meilleure cohérence dans leurs interventions. Cela pourrait favoriser, à notre sens, la collaboration entre les professionnels.

Maintenant, je trouve que c'est devenu un peu habituel de se dire, quand on voit qu'il [sujet âgé] s'agite, on va un petit moment vers lui, on se pose, il se calme. Et puis c'est une fois l'une, une fois l'autre, et puis c'est cette cohérence aussi qui a augmenté.

- Une meilleure collaboration interprofessionnelle.

Notre analyse montre que la formation a fourni des ressources dans ce sens, à savoir : l'activité d'analyse des situations et les échanges entre les participants du groupe-cours. La dynamique lors de l'étude des situations a favorisé un espace d'échange entre les personnes en formation, leur permettant de connaître les fonctions, les vécus et les réalités des pratiques des autres professionnels. Leurs relations sont ainsi favorisées, de même que leur éventuelle collaboration. Par exemple, certains interviewés soulèvent le fait de solliciter l'expertise des professionnels, mieux connus grâce aux échanges relationnels lors des groupes-cours. Quelques interviewés signalent d'ailleurs une reconnaissance de leur travail suite à ces échanges dans les cours. Nous considérons que cette reconnaissance est accompagnée d'un sentiment de valorisation de leurs fonctions. À noter par exemple, une valorisation vis-à-vis des pratiques prodiguées en hébergement, lorsque ces dernières sont ressenties comme étant inférieures par rapport aux services des soins avec plus de technique.

Au travers des cours j'ai pu connaître certaines réalités de mes collègues au travers les situations apportées que je ne connaissais pas forcément, de leur vécu, de la manière dans laquelle se passent certaines choses que je n'avais pas eu l'occasion d'observer. Ça me donne [...] une ouverture dans leurs échanges, dans leurs réalités, dans leur rythme qui est différent du mien. Et dans le concret de mieux connaître que fait l'autre nous aide à mieux travailler ensemble.

Ça nous aide [...], de ce dire je me rappelle qu'on a eu un échange avec le physio, avec le médecin et si je dois les appeler, je sais avec qui je parle, je trouve que c'est important.

S'il y a une chose que la formation a changée c'est le regard des autres équipes sur le travail qu'on faisait en hébergement [...]. Et le fait de pouvoir travailler ensemble, d'échanger sur nos problématiques et les manières de les gérer, je crois il y a eu une reconnaissance de tout ce travail qui est très complexe. Maintenant, j'entends moins que l'équipe revient avec un sentiment d'infériorité, C'est très important [...]. On fait aussi du bon travail, pas forcément technique dans la prise en soin.

- Une certaine difficulté à la mise en œuvre de la collaboration interdisciplinaire.

Une amélioration de la collaboration interdisciplinaire serait toutefois moins présente sur le terrain. Alors que durant la formation, il y a eu des échanges au niveau interdisciplinaire et des notions à ce sujet, il est signalé une difficulté à la mise en pratique de l'interdisciplinarité. Selon notre analyse, cette difficulté serait liée à une certaine résistance au changement au sein de l'équipe, et à un contexte institutionnel plutôt contraignant. Par exemple, une personne interrogée relève la difficulté à changer quelques habitudes de prise en soin. Une autre, signale le manque de temps comme limite à exercer l'interdisciplinarité.

- Un changement dans les interventions de prise en soin à différents niveaux :

- > Relationnel

Avec le développement de certains concepts, les interviewés sont devenus plus attentifs dans l'approche relationnelle avec la personne âgée. Il ressort de l'analyse un changement de leur attitude relationnelle concernant les notions de bienveillance, communication non violente, triade sauveur-victime-persécuteur, par exemple. A nouveau, nous constatons que les participants développent une nouvelle vision du sujet âgé souffrant des troubles psychiatriques. Nous relevons aussi une prise de conscience de l'importance de l'écoute et de la relation dans la prise en soin, ce qui a signifié, à notre avis, une communication plus aisée avec le soigné âgé.

On la [la personne âgée] voit autrement, on a une autre approche vis-à-vis d'elle. Et je pense, elle a aussi un autre regard sur nous. Je les trouve plus souriantes.

Un exemple précis était une personne italienne, qui avait fait un accident vasculaire cérébral, qui était agité. Et puis ils [soignants] se sont dit un italien du sud, septante ans, donc on peut imaginer chef de famille. Alors ils se sont dits, nous allons le mettre en position surélevée quand il est assis, et quand nous communiquons avec lui, nous communiquons d'une position plus basse. J'ai trouvé génial, parce qu'en plus ça a marché. Cet homme, probablement, s'est trouvé considéré ou dans un contexte qui ne lui était plus familial, et qui générerait peut-être moins d'angoisses, et donc moins d'agitation.

Notre analyse montre également une prise de distance professionnelle envers les comportements incompréhensibles ou agressifs du sujet âgé, se traduisant par une meilleure gestion des émotions des professionnels concernés. Les connaissances développées retentissent sans doute sur la gestion des émotions lors des interventions auprès du soigné âgé. Par exemple, il est mentionné une diminution de la peur des comportements du sujet psychogériatrique. Autrement dit, les professionnels formés expérimentent un changement de leurs représentations, plus particulièrement sur les troubles psychiatriques du sujet âgé. Par ailleurs, il apparaît dans les entretiens une prise de confiance professionnelle au niveau des interactions avec la personne soignée. Cette meilleure confiance professionnelle se traduit par un positionnement professionnel.

Il y a un changement pour moi, je me mets plus en recul, je me protège un peu plus, parce que je me laisse moins influencer par ce qui peut me paraître incompréhensible ou agressif [...]. C'est parce que je connais mieux.

Je pense que la plus-value certaine de la formation a été celui d'un changement de regard quant à la problématique de la démence, et quant aux personnes présentant des troubles psychiatriques de l'âge avancé. Je pense que ça, c'est l'acquis essentiel, c'est-à-dire que ceux qui auparavant étaient perçus comme impossibles, ingérables, créateurs de peur, etc., aujourd'hui sont accueillis avec une certaine distance pour ne pas dire une certaine confiance ou une confiance certaine même.

Maintenant j'ose. Parce qu'au cours on m'a dit non, vous avez le droit de tout dire tout en respectant la personne. On doit respecter la personne. Si je ne suis pas d'accord, par exemple je lui dis, écoutez, je sais que vous n'aimez pas, mais aujourd'hui c'est moi qui vais m'occuper de vous, il faut qu'on trouve une solution. Et pour finir, quand j'ai fini la toilette, elle rigole.

- > Remise en question sur l'environnement dans le confort et le lieu de vie de la personne, par exemple lors du service des repas.

Je sais que dans le concept soins PAL [palliatifs], il y a aussi beaucoup de réflexion là-dessus [environnement de la prise en soin], c'est un peu dans cette idée-là. C'est de changer un peu l'environnement, pour qu'on soit vraiment dans ce qu'on appelle le confort et le lieu de vie [...]. Mais je verrais plus quelque chose de plus axé vraiment dans un lieu de vie, adapté vraiment lors du petit-déj' à la personne, à ses habitudes. Ce type de lieu de vie comme il [formateur] nous a présenté par rapport au Canada.

Cette citation ouvre la réflexion sur la qualité de l'environnement institutionnel offert aux personnes âgées ayant des troubles psychogériatriques.

- > Organisation des soins.

Par exemple, les personnes formées utilisent des ressources issues des cours leur permettant d'identifier des priorités.

On est disponible, mais si j'ai une personne qui est plus en urgence. Maintenant, je n'ai pas peur de dire : vous êtes prioritaire dans vos besoins, mais là j'ai une personne qui risque une chute. Il faut penser aux priorités.

- > Accompagnement des familles.

Malgré le fait qu'avant cette formation la famille fasse partie de la prise en soin de la personne âgée, les savoirs acquis à ce sujet font que les professionnels interrogés sont plus attentifs à cet aspect. L'analyse des situations comportant l'aide des proches a facilité d'ailleurs la compréhension des situations dans une perspective de prise en soin globale. Néanmoins, l'amélioration de l'intégration des proches se fait peu à peu dans les pratiques.

Il est intéressant de noter la remise en question sur leur rôle dans l'intégration/accompagnement des familles.

Et moi je me dis, [...] on est quand même beaucoup avec les résidents, on a peut-être des choses qu'on pourrait dire à la famille.

> Autoévaluation dans l'intervention avec la personne âgée.

Les interviewés non seulement signalent l'évaluation de leur propres actions sur le terrain, mais aussi celles des collègues.

La formation m'a apporté surtout au niveau du savoir être [...]. C'est avoir une autre façon d'analyser les problématiques, comment on classifie les informations, s'autoévaluer.

Maintenant je me pose des questions dans la pratique, je m'autoévalue. Avant j'avais mon rythme, je suis moins carrée dans ce que je dois faire, je suis dans le rythme à eux [sujets soignés].

Enfin, il apparaît que ces changements suite à la formation ont comme corolaire une amélioration de la qualité de soins. En ce sens, un professionnel formé, en se référant au changement dans l'approche relationnelle avec la personne âgée, précise :

« [...] disons que ça m'évite maintenant de faire certaines erreurs ».

En somme, plusieurs impacts de la formation favorables à la pratique professionnelle auprès du sujet âgé sont perçus par les interviewés. Ces impacts sont essentiellement en lien avec un changement de leurs représentations sur la personne âgée présentant des troubles psychiatriques. Une certaine uniformité des savoirs et des pratiques faciliterait les échanges relationnels interprofessionnels. La formation ayant favorisé la collaboration interdisciplinaire, cette dernière est toutefois moins identifiée sur le terrain des pratiques.

La formation a également contribué au façonnement des comportements des professionnels auprès de la personne âgée et des autres professionnels. Une prise de distance professionnelle et une gestion des émotions à l'égard de la personne âgée sont soulevées. De même, une meilleure confiance professionnelle accompagnée d'un positionnement professionnel et une autoévaluation des prestations sont décrites. De plus, un questionnement sur le rôle des proches a rendu les interviewés plus attentifs à les prendre en compte dans la prise en soin. Mais leur intégration réelle dans les pratiques serait encore à développer.

3.4.3 Les propositions/suggestions d'amélioration de la formation

Les personnes formées ont suggéré quelques pistes pour améliorer la formation. Ces propositions concernent la structure de la formation, le suivi/bilan de la formation et la suite après la formation.

3.4.3.1 La structure de la formation

- Un espace d'analyse sur le terrain des pratiques

Dans leur ensemble, les interviewés soulignent des difficultés à la mise en œuvre, en tout cas immédiate, des savoirs acquis durant la formation. D'après les propos d'un interviewé, nous remarquons la nécessité d'un espace d'analyse sur le terrain lui-même lors de la formation. En effet, nous trouvons qu'une meilleure connaissance du terrain pourrait aider les personnes en formation à se préparer aux difficultés rencontrées dans les transferts des connaissances au quotidien des pratiques.

Ce cours est très bien, on nous apprend beaucoup de choses, on nous dit qu'on peut faire beaucoup de choses, mais le petit hic, c'est que sur le lieu où on travaille, on ne peut pas tout mettre en pratique. On devrait nous donner vraiment le mobile, oui, ça vous pouvez faire, ça vous ne pouvez pas faire.

- Un bilan du programme après trois jours de formation.

Un questionnaire a été fait avec les personnes formées en fin de formation, suite aux neuf jours de cours. Cependant, un professionnel interrogé suggère plutôt un espace d'échange en équipe sur les cours au fur et à mesure de la formation. Ce bilan serait à programmer en dehors des séminaires, sous l'organisation de la hiérarchie institutionnelle. Cet interviewé propose par exemple, trois jours de cours, ensuite un colloque-bilan d'environ une heure, après trois jours de cours, un nouveau bilan et ainsi de suite. Ce colloque ne serait pas forcément avec l'équipe de 3 jours, mais avec l'équipe du service afin d'échanger entre formés provenant de divers groupes-cours. La rencontre aurait un ordre du jour avec une trame des questions, par exemple.

Qu'est-ce que ça nous a apporté°? [...]. On a eu ce temps d'échange en équipe par rapport aux cours, le questionnaire qu'on a rempli. Voilà c'était intéressant, mais ça n'aurait été pas mal qu'on puisse faire ça pour trois jours plutôt que pour neuf. Ce temps de réflexion, voilà qu'est-ce que les uns et les autres ont retenu°? Qu'est-ce que ça ferait bouger dans les pratiques°? [...].

3.4.3.2 Le suivi de la formation

- Un suivi de la formation avec le formateur à titre de feedback sur la mise en pratique sur le terrain.

Je ne sais pas sur quelle forme, sur quelle fréquence, se réunir avec le formateur une fois par an minimum et pouvoir parler de notre vécu, de notre expérience, qu'elle reste toujours là présente et qu'on réactive certaines choses. Un suivi c'est important, sous la forme d'atelier, ça serait l'idéal.

3.4.3.3 La suite après la formation

- Un complément de formation centré sur la prise en charge des personnes âgées souffrant de maladie psychiatrique.

Un interviewé souligne en effet, la nécessité d'une formation complémentaire centrée sur la prise en charge, au sens des problématiques de santé des sujets âgés avec des troubles psychiatriques. Il serait un complément de l'approche centrée sur la personne de la formation PiPsyGer. Il s'agirait en outre d'approfondir le rôle et les compétences de chaque professionnel, ainsi que les notions de délégation et collaboration interdisciplinaire. De plus, l'apprentissage d'utilisation des outils d'évaluation d'une personne atteinte des problématiques psychiatriques s'avère nécessaire.

Il y a même une urgence pour qu'on aille maintenant dans la prise en charge, l'autre aspect. Parce que maintenant on a l'abord de la personne, mais cette personne présente quand même des problématiques [maladies] et il faut qu'on puisse aussi la prendre en charge, pas seulement la comprendre.

- La mise en place d'un groupe de travail interdisciplinaire portant sur la prise en soin des patients âgés avec des troubles psychiatriques.

Ce groupe-réflexion permettrait une prise de recul collective sur la suite de la formation reçue, sur les moyens et ressources à disposition pour la mise en pratique, etc.

Quand on a eu une formation qui nous a plu, on se dit il faut que j'agisse, il faut qu'il y ait des changements là où je bosse. Et pour les soins palliatifs, il y a un groupe de travail [...] où on essaie de valoriser cette prise en charge [...]. Par contre [...] je n'ai pas l'impression qu'il y a des gens qui régulièrement en interdisciplinarité se pose la question sur la prise en charge des patients avec des troubles cognitifs. Qu'est-ce qu'on a depuis cette formation°? Qu'est-ce qu'on a fait°? Qu'est-ce qu'on pourrait faire°?

Il existe un groupe de gestion de l'interdisciplinarité, donc qui est composé des cadres soignants de l'institution, physio, ergo, diététiciennes, infirmières de liaison, issues de différentes unités, médecin chef [...]. Sa mission est de se réunir très régulièrement pour faire vivre l'interdisciplinarité [...]. Ce groupe est l'endroit pour se dire maintenant on fait quoi avec tout ça [savoirs issus de la formation].

En effet, il y a un questionnement professionnel au niveau personnel et institutionnel qui se pose sur la suite des savoirs développés durant la formation.

Le problème que nous avons aujourd'hui, c'est comment pérenniser ça [...]. Parce que sinon le socle n'a plus de sens, si c'est pour avoir une fondation vide, sans rien construire dessus, et bien on a loupé. Et puis le construire dessus aujourd'hui il y a cette démarche de soins infirmiers qui va utiliser ça, il y a cette réflexion de l'interdisciplinarité dont on va voir également ce qu'elle nous apporte, mais qui va aussi utiliser ça. Donc je pense qu'à ce niveau-là, c'est une réussite.

En conclusion, quelques suggestions d'amélioration sont mises en évidence par les professionnels interviewés. Ces propositions relèvent essentiellement des difficultés rencontrées dans le transfert des connaissances sur le terrain des pratiques, du besoin d'un suivi de la formation (feedback sur la mise en pratique) et de la perspective d'aller plus loin dans la suite du savoir-faire et du savoir-être développés (complément de formation, réflexion interdisciplinaire).

4. Analyse globale

Cette dernière partie du rapport représente une « méta-analyse » intégrant des données reliées à l'analyse pédagogique et des entretiens. Par l'analyse de ces données, documentées dans les chapitres précédents, nous pouvons faire émerger des éléments constitutifs à tenir compte pour développer, réaliser et évaluer une formation continue intra-institutionnelle. Ainsi, la première partie de ce chapitre reprendra les « données majeures » à relever dans cette formation PiPsyGer et, en deuxième partie, un canevas d'analyse générale des formations continues est présenté.

4.1 Données majeures

Les éléments constitutifs relevés dans ce processus sont au nombre de 9. Ceux-ci sont explicités brièvement et, pour chacun, nous les appréhendons en regard de trois aspects : les ressources - les enjeux et les limites.

4.1.1 Reconnaissance d'une problématique issue de la pratique professionnelle qui dénote un besoin de formation

Un des premiers points que nous désirons mettre en avant est que ce projet de formation PiPsyGer répond à l'énonciation d'un problème de prise en soin exprimé par les professionnels. Il ne s'agit pas d'un simple besoin d'un groupe exprimé au sein de l'institution, mais bien d'un constat fondé sur l'évolution des besoins de la population soignée en regard des modifications démographiques de cette dernière. En acceptant de développer une nouvelle formation, la direction apporte un signe concret de reconnaissance des difficultés rencontrées par le personnel soignant. Nous pouvons postuler qu'avec un tel signal, l'engagement des participants était facilité malgré que cette formation fût obligatoire pour tout le personnel soignant. Ce dernier aspect a été sans doute une limite ou un obstacle au bon déroulement de cette formation pour certains professionnels ayant manifestés des signes de mécontentement.

4.1.2 Insertion dans le milieu

La création d'un Comité de pilotage est une ressource très utile pour permettre la mise en œuvre du projet de formation continue intra-muros et de son intégration dans les pratiques en stade post formation.

En effet, nous avons constaté que ce CoPil a joué un rôle important pour la logistique et les ressources financières. Il a permis de veiller à la pertinence du programme en regard de la problématique vécue par les professionnels. Il a été garant de la faisabilité du projet, de son opérationnalisation et de son évaluation. Ce CoPil a fait le lien entre les partenaires internes et externes ainsi que la gestion en ressources humaines des personnes formées.

Après la formation PiPsyGer, le CoPil a poursuivi son intention d'améliorer les prestations interdisciplinaires dans le domaine psychiatrie de l'âge avancé.

4.1.3 Projet en co-construction entre parties prenantes

Un réel contrat de confiance s'est établi entre le CoPil et les formateurs. Un bon climat de collaboration entre mandant et mandataire s'est installé tout au long du processus, depuis l'acceptation du mandat jusqu'à l'évaluation. Et même plus, puisqu'un second mandat a été accordé aux eHnv d'une formation pour le personnel non soignant se confortant aux personnes âgées ayant une problématique psychiatrique. A chaque étape du processus, que ce soit lors de la conception, lors de la mise en œuvre de la formation ou lors de l'évaluation, le formateur et le CoPil ont partagé leur opinion. Nous pouvons donc parler d'une réelle co-construction mandant – mandataire.

4.1.4 Ressources financières disponibles pour le projet

Lors d'une formation continue de professionnels du terrain, il est indispensable de prévoir le remplacement du personnel en formation afin d'assurer une prise en soins de qualité lors des moments de formation. De plus, il faut aussi éviter de créer une surcharge de travail pour les équipes en place durant le temps de formation. Les coûts engendrés par le remplacement des professionnels durant leurs heures de formation, temps reconnu comme du temps de travail, sont à tenir en compte lors de l'établissement du programme. Dans ce contexte de la formation PiPsyger, la recherche d'intérimaires ou autres formes de remplacement a été effectuée par les infirmiers chefs des 2 sites afin que les équipes bénéficient d'une dotation adéquate.

Une recherche de fonds de tiers a été effectuée. Un soutien financier a été offert par la Loterie romande couvrant ainsi 80% du coût demandé par la SFCRV. Une recherche de fonds complémentaire aurait pu être effectuée afin de couvrir les coûts engendrés par les remplacements.

Complétement au paiement des honoraires du mandataire, d'autres frais sont à prendre en compte telles que les photocopies de documents divers, les boissons offertes, et toutes autres dépenses secondaires au fonctionnement de la formation.

4.1.5 Environnement propice à l'apprentissage

Une autre grande force de ce programme PiPsyGer est le lieu de formation. Il s'agissait d'une formation intramuros bénéficiant d'espaces conviviaux mis à disposition pour les cours. Certaines personnes formées ont exprimé qu'elles étaient très satisfaites d'être restées dans l'institution « nous sommes restées *chez nous* ». Nous remarquons dans leur propos un sentiment de sécurité et de bien-être lié au maintien des repères de fonctionnement (localisation des salles de cours, de la cafétéria, des WC,...). Certaines ont aussi apprécié de ne pas avoir eu à financer un déplacement hors des murs institutionnels ; ce qui aurait engendré un coût complémentaire en frais de remboursement pour l'institution.

Porter attention au choix de l'environnement des cours est important. En effet, celui-ci peut influencer favorablement l'investissement individuel engendré par l'engagement dans une formation obligatoire.

4.1.6 Choix du mandataire

Cette étape est déterminante pour tout le processus. En faisant appel au secteur de Formation de la CRVD, les eHnv ont sollicité un formateur avec expérience dans le domaine de la psychiatrie de l'âge avancé. De plus, il bénéficie aussi d'une expérience d'enseignement auprès de public hétérogène et multiculturel.

Avec le regard critique porté sur cette formation, nous mettons en évidence un enjeu majeur, soit le risque de sous-estimer la charge psychologique pour le formateur s'adressant à ce public. Cette analyse s'appuie sur le constat porté, à différents moments de notre analyse, que les séminaires étaient parfois un « espace ouvert » à l'expression des difficultés du quotidien professionnel. Soucieux de créer un climat de travail authentique et favorable à l'apprentissage, le formateur s'est parfois retrouvé en situation de gestion de conflit d'équipe au vu des problématiques liées par les participants.

De par le contrat de confidentialité accepté tacitement et un climat d'authenticité créé en formation, le formateur s'est retrouvé seul à porter certaines situations délicates. Pour favoriser l'échange et la bonne disposition à apprendre, il a spontanément laissé les participants s'exprimer afin de leur permettre de déposer leurs préoccupations pouvant être des obstacles à l'apprentissage.

Dans ce contexte de formation continue, les limites sont à définir et à négocier avec le groupe ou le CoPil avant le début des formations. Sans cette précaution, l'espace d'apprentissage peut se transformer en lieu de débriefing. La nécessité d'exprimer ses problèmes liés au contexte de travail, permet aux professionnels formés de « libérer leur esprit » pour se concentrer sur le contenu du cours. Cela est très bien pour la personne formée mais qu'en est-il du formateur ? Qui écoute ses difficultés ? Vu que les choses lui ont été dites en toute confidentialité, peut-il se référer au CoPil qui représente une forme « d'autorité » vis-à-vis des personnes en formation ? Il nous semble essentiel que ces aspects soient discutés entre mandant et mandataire avant le début du processus.

Un autre facteur à mettre en évidence est celui du risque d'épuisement pour le formateur, principalement lié à l'adaptation pédagogique de formation regroupant différentes disciplines et avec des prérequis très variés. Réussir à capter l'intérêt du médecin et de l'aide-soignante, dans le cadre d'une journée de cours, nécessite une très bonne aisance pédagogique pour favoriser l'implication de tous. Cette mixité peut être source de conflit si l'un ou l'autre participant n'y trouve pas sa place. Face à certains moments de conflit cognitif, l'animateur y a mis de l'énergie pour assurer que ce type de situation soit constructif pour un travail de groupe.

Pour faire face à ces enjeux, le formateur de la CRVD, en 2^{ème} année de mise en route de ce programme de formation, a sollicité la participation d'un autre formateur. Ce collègue, ayant aussi une expertise du domaine et des conceptions pédagogiques communes avec le formateur principal, a permis un travail de continuité entre les séminaires et un soutien conjoint pour faire face aux situations de tensions et inconforts. De plus, les participants ont ainsi pu bénéficier de deux types d'approches apportant une forme de variété. Cependant, nous signalons qu'un risque de répétition entre les deux formateurs engendrant une discontinuité est possible.

En final, nous rendons attentifs au choix du formateur en matière d'expertises (professionnelle et pédagogique) dans le domaine de la formation souhaitée. La formation continue PiPsyGer est une formation pour des professionnels issus de formations différentes, qui suivent ces séminaires avec chacun son propre « bagage d'acquis d'expérience et connaissance » dont il faut savoir tenir compte et enrichir. Ainsi les habiletés pédagogiques attendues sont de l'ordre de l'animation de groupes hétérogènes et la gestion de conflit

4.1.7 Stratégies pédagogiques adoptées

Cette formation s'adressant à des praticiens (et non à une formation professionnelle de base), nous constatons quelques richesses spécifiques à la formation PiPsyGer. La majorité des stratégies utilisées permet des discussions, échanges de point de vue, voire même des désaccords entre participants. Ceux-ci sont nommés par les chercheurs des sciences de l'éducation « conflits sociocognitifs » (Darnon et al, 2006). L'apprenant n'est pas seul face à son apprentissage. Il enrichit les réponses aux problématiques professionnelles qu'il tente de résoudre par les expériences et compétences des autres participants du groupe. Cette interaction peut engendrer deux types de conflits. Le premier peut être la découverte de nouvelles pistes de réponses au problème, car les apprenants restent concentrés sur la résolution du problème. Le conflit est dit alors « épistémique ». Le second est un effet de comparaison de son niveau de compétence par rapport aux autres pouvant entraîner une comparaison de performance professionnelle personnelle (je suis meilleur que). Dans ce cas, le conflit est dit « relationnel ». Darnon et al (2006) ont démontré que ces types de conflits sont favorables au développement de compétences de coopération par une ouverture de reconnaissance des uns et des autres. Ainsi, dans la formation PiPsyGer, les échanges de type sociocognitifs entre professionnels issus de la même discipline et ceux issus des autres disciplines ont favorisé à la fois le regard réflexif sur sa pratique individuelle par rapport à sa discipline d'appartenance et par rapport aux autres disciplines. Par ce choix de stratégies pédagogiques, les professionnels formés pouvaient envisager d'autres manières de faire dans la prise en soin de personnes âgées ayant une problématique psychiatrique.

La variété des supports d'analyse est aussi à relever positivement:

- Analyse des situations issues de la pratique des participants : permet de revenir sur une situation vécue et d'envisager éventuellement des autres manières d'agir.
- Analyse de situations hors contexte amenées par les formateurs sous forme de vidéo par exemple. Par cette forme de décontextualisation, les formateurs ouvrent la réflexion sur d'autres pratiques et stimule le transfert de connaissances.

Une des sources de difficulté au transfert des connaissances peut être la résistance aux changements ou à la méconnaissance du savoir. Pour comprendre la difficulté du transfert, un des leviers à cet obstacle d'apprentissage pourrait être une analyse de l'activité professionnelle sur le terrain (Pastré, 2011). Cela permettrait d'éviter un clivage trop important entre les savoirs travaillés en séminaires et la réalité professionnelle. Le besoin initialement énoncé par les professionnels a suscité une réflexion de la part de la direction aboutissant à la réalisation d'un projet de formation. Cependant, une limite identifiée est le manque d'analyse formelle du projet pour mettre en évidence les contraintes, obstacles à la mise en pratique des savoirs. Cette analyse peut être réalisée avec une observation de type directe (non participative) par une tierce personne. Deux alternatives sont possibles. La première est d'utiliser ces observations pour construire les cours au risque de perdre le caractère innovateur en s'intéressant aux pratiques hors institutionnelles. La seconde, à posteriori des cours, est d'utiliser cette analyse de l'activité

comme moyen d'accompagnement aux changements de pratiques en utilisant, comme outils de réflexion, les savoirs travaillés en séminaire. L'intention de ce type de stratégie est d'accompagner les professionnels à identifier et mobiliser les outils travaillés en séminaires, à prendre conscience des ressources du terrain.

Un autre moyen pour lever la résistance aux changements et faciliter un travail interdisciplinaire, est de permettre une meilleure connaissance ou compréhension du travail des autres professionnels. Par exemple un professionnel cherche à comprendre le travail de son collègue issu d'une autre discipline par une observation en contexte naturel. L'intention de cette observation serait de comprendre les tâches, les contraintes et ressources propres à une discipline et au contexte d'une unité de soins. Cette observation pourrait avoir lieu entre le deuxième et troisième jour de formation, ce dernier étant considéré comme un lieu d'intégration des deux jours précédents. Le point de départ des réflexions en groupe de ce troisième jour serait le compte rendu d'une (ou plusieurs) observations et des questions qu'elle a éventuellement suscité.

Lors de la conceptualisation du programme, une des intentions du formateur était de développer le regard réflexif des professionnels sur leurs propres pratiques. Pour cela, il a choisi d'organiser les séminaires sous forme intégrative en mobilisant les connaissances et outils pour éclairer les situations de soins rencontrées, soit en permettant l'application des acquis du séminaire lors du retour au travail. Le 3^{ème} jour de séminaire planifié à distance des 2 premiers visait à revenir sur les difficultés à intégrer les nouveaux savoirs en situation professionnelle. Ce retour sur la mise en pratique de savoirs favorise le regard réflexif du professionnel (Perrenoud, 2001). L'allongement temporel choisit pour clôturer un séminaire a été fait dans une perspective d'intégration et de développement de la pensée réflexive. Cependant pour certains professionnels formés, cette temporalité a entraîné un sentiment de discontinuité car une impression d'oubli de ce qui avait été acquis antérieurement. De plus, sur le plan organisationnel, il semble que c'est plus facile pour eux qu'il y ait moins de semaines entre le 2^{ème} et 3^{ème} jour de formation. Nous recommandons donc d'être attentif au choix de l'organisation et de ses conséquences sur les professionnels.

Plusieurs des interviewés nous ont dit ne pas exploiter ces documents de référence entre les cours, ni après la formation, lors de questionnement dans les unités de soins. Ce phénomène ne nous étonne pas vu l'absence de support regroupant toutes les informations, classées par thématiques, permettant une consultation rapide après la formation. De plus, les professionnels formés n'ont pas distingué dans leur classement les documents de travail utilisé en cours et les documents de référence qui pourraient être utiles sur le long terme.

Nous conseillons donc de créer une forme de dossier documentaire constitué des articles de référence, avec une table des matières par mots clefs. Cette mise en forme est contraignante car elle impose au formateur de faire des choix ciblés avant de débiter la formation et de s'y en tenir. Elle a l'avantage de distinguer les documents de travail et ceux de référence. Le professionnel peut ainsi l'utiliser aisément lors des séminaires et au-delà lors tout questionnement en situation professionnelle.

Un autre élément à joindre à ce dossier relié serait un glossaire des concepts clefs. Certains formés ne comprenaient pas les termes spécifiques utilisés par le reste du groupe de participants. Définir les concepts clefs dans un glossaire favorise la compréhension de l'ensemble des personnes formées, il encourage l'utilisation d'un langage commun indispensable au travail d'équipe.

4.1.8 Formation interdisciplinaire

Tout au long de notre analyse, nous avons perçu un effet de tension entre compétences individuelles et travail en équipe pluridisciplinaire. Etre en formation oblige le professionnel à réinterroger ses propres compétences, à remettre en question sa pratique. Dans le cadre de la formation PiPsyGer, cette remise en question est en plus accentuée par la réflexion interdisciplinaire. Une des réactions de certains professionnels a été de ne pas remettre en question ses pratiques les estimant comme excellentes, et, de ce fait, lors de résolution de problème de situation de soin, la tendance était d'attribuer la source de difficultés aux professionnelles d'une autre discipline que la sienne.

Le choix de construire une formation interdisciplinaire reposait sur le fait que l'entier du personnel soignant est confronté à l'évolution de la population vieillissante, atteinte souvent de comorbidité dont les troubles psychiatriques. Carpenter, J. (2008) propose pour répondre efficacement à cette complexité de mettre en commun les ressources de chaque discipline. Pour ce faire, cela nécessite, d'une part, une modification des représentations de cette population et, de ce fait, une amélioration la compréhension de cette problématique. Et, d'autre part, la prise de conscience de l'importance de l'interdisciplinarité comme un outil à cette prise en soin, une plus-value à la qualité des soins. Ainsi donc, nous avons perçu 2 niveaux d'apprentissages différents : le premier étant un travail cognitif personnel (changement de représentation de la population soignée) et un travail de construction d'équipe pour concevoir des projets de soins en adéquation aux problématiques rencontrées. Il est compréhensible que cette dichotomie ait rendu complexe la compréhension des attentes de la formation pour certains professionnels.

Travailler en interdisciplinarité impose avant tout de connaître sa propre discipline (D'Amour, 2002). Pour la majorité, il y a eu un changement de représentation de la situation, « *maintenant je comprends pourquoi cette personne est agressive* », et une découverte de gestion de soins ou attitude plus adéquate. Ces professionnels ont découvert de nouvelles compétences et ressources en eux-mêmes et ainsi qu'au regard de leur groupe professionnelle d'appartenance. La difficulté pour certains était liée à la compréhension de terminologie spécifique utilisée par des collègues issus d'une autre discipline. Ainsi, ces personnes avaient l'impression de ne rien comprendre au contenu de certains séminaires, car elles ne percevaient pas le contenu exploité dans le groupe. Il nous semble que si l'objectif visé est un travail interdisciplinaire, mais que l'objet de l'équipe n'est pas maîtrisé par toutes les disciplines, alors un travail en amont est nécessaire pour permettre à chacun de se repérer face à une problématique. Le risque est une perte de repères du rôle de chacun (en tant que profession) et donc de sentiment d'insécurité, d'inutilité, d'incompréhension.

Pour ce faire, nous proposons que dans ce type de formation, il y ait des temps d'activités distincts de réflexion entre professionnels de même discipline et des temps de réflexion interdisciplinaire. Avant d'être confronté au point de vue des autres disciplines, un espace de réflexion permet au professionnel de se reconnaître au travers du langage utilisé par ses pairs, d'assimiler plus aisément de nouveaux savoirs et enfin de renforcer son identité professionnelle aboutissant à une clarification de son rôle, de ses compétences, ainsi que de ses capacités attendues face à une problématique de soins donnée. Fort de tous ces éléments, il pourra être une ressource pour le travail interdisciplinaire.

L'enjeu du travail interdisciplinaire est particulier car il demande à un groupe de personnes appartenant à des disciplines différentes, dont chacune possède ses spécificités, de travailler pour un objectif commun (Griesser, 2010). Cela nécessite une clarification de cet objectif commun sur un plan individuel sinon, dès qu'une personne ne suit pas la trajectoire proposée, l'objectif commun ne peut être atteint. Le risque de

rester sur le flou des rôles de chacun peut entraîner un désengagement de sa responsabilité individuelle et de tâches non effectuées pensant que c'est à l'autre de le faire (Griesser, 2010). En passant par une meilleure compréhension de son rôle individuel face à une problématique de soins, la profession adhère plus aisément à la réalisation d'un projet interdisciplinaire.

Si une formation continue choisit de développer des compétences interdisciplinaires autour de problématiques de travail déjà connues par les professionnels de chaque discipline, ce temps de réflexion par discipline n'est sans doute pas nécessaire. En effet, Griesser (2010) montre que l'assimilation de savoirs communs à une discipline renforce son sentiment d'identité. Le professionnel peut identifier son rôle. Dans ces circonstances, la formation continue peut se centrer directement sur le travail en équipe interdisciplinaire.

L'interdisciplinarité oblige de laisser tomber les barrières des catégories socioprofessionnelles et s'ouvrir à une analyse commune enrichie des pratiques de chacun. Lors des séminaires, les formateurs face à des réactions fortes de personnes formées voulant protéger leur acte professionnel ont dû trouver le moyen subtil pour lever cet obstacle d'apprentissage. Il est donc essentiel de mettre en avant la complémentarité de chacun en démontrant qu'une même tâche effectuée par des professionnels de disciplines différentes vise un but commun par des regards spécifiques à chacun. Par exemple, faire marcher un patient. Cette action peut être effectuée par un infirmier, une aide, un physiothérapeute, un ergothérapeute, etc. Tous le font selon leur spécificité professionnelle, mais le but commun est le maintien à l'autonomie à la marche. Par une identification de son propre rôle, le professionnel peut travailler en complémentarité avec les autres disciplines et ainsi partager les responsabilités (D'Amour, 2002).

Favoriser l'interaction des participants et encourager l'expression de chacun concourt à l'interdisciplinarité. Lors de notre processus d'évaluation, nous avons eu la chance de rencontrer la variété des profils disciplinaires et découvert une variété de propos peu exprimés dans le rythme quotidien. Leurs propos sont riches en compétences expérientielles développées en côtoyant les patients. Ainsi, au travers des séminaires, chacun a pu s'exprimer et se faire connaître ou reconnaître dans le groupe. Il a ainsi exercé l'habileté d'appartenance au groupe, il a partagé ses valeurs, son fonctionnement. Il a pu se construire une identité au travail d'équipe interdisciplinaire. En effet selon Mucchielli (1980 cité par Griesser, 2010 p75), l'« *appartenance n'est pas le fait de se trouver dans ou avec ce groupe, ..., elle implique une identification personnelle par référence au groupe, des attaches affectives, l'adoption de ses valeurs, de ses normes, de ses habitudes et la solidarité avec ceux qui en font aussi partie* ».

4.1.9 Evaluation

Au terme de la formation PiPsyGer, l'intention n'est pas de mettre le professionnel formé en situation de test pour valider de manière sommative ses acquis. Comme dit antérieurement le soignant peut s'autoévaluer tout au long des séminaires par les interactions avec ses collègues de formation.

Participer à une formation continue demande un investissement individuel qui mérite d'être encouragé en reconnaissant les compétences développées. Diverses formes sont possibles. Nous avons vu dans le cadre de la formation PiPsyGer que l'élaboration d'un document synthétisant les éléments clefs de la formation que ce soit par une chartre ou un poster, aide les personnes formées à prendre conscience de leur acquis. D'autres formes de reconnaissance ont été la constitution d'un groupe de référence et la remise des attestations de participation à la formation sous forme d'événement festif.

Enfin, pour récolter la perception du professionnel soigné quant à la plus-value de la formation dans leur activité quotidienne, nous recommandons de le faire sous forme de questionnaire écrit. Les données de ce questionnaire peuvent être traitées par une personne externe à l'institution, ce qui a l'avantage d'assurer l'objectivité, ou par une personne interne à l'institution, ce qui a l'avantage d'éviter l'utilisation d'un intermédiaire et ainsi, sans doute, de réduire le risque d'erreurs de compréhension.

Ce questionnaire d'évaluation pourrait aussi être utilisé comme document de préparation à l'entretien du bilan annuel. Le professionnel formé le remplirait de manière autonome. Ensuite, il rencontrerait son supérieur hiérarchique pour un bilan des compétences.

Au terme de ces 9 éléments principaux de l'analyse globale, nous vous présentons au point suivant un outil d'analyse transférable à d'autres formations continues.

4.2 Canevas d'analyse générale des formations continues

Cette dernière partie du rapport présente un guide investigatif utile pour l'élaboration de toutes formations continues du domaine de la santé. Son élaboration est la résultante de l'identification des points forts et faibles de la formation PiPsyGer de nos expériences professionnelles et de diverses références dans le domaine pédagogique et interdisciplinaire.

Il aborde les trois étapes majeures d'un processus de formation continue : la conceptualisation du projet de formation, la mise en œuvre de cette formation et l'évaluation des acquis. Le tableau ci-dessous vous présente les éléments à observer à chacune de ses étapes.

Comme tout outil, celui-ci se doit d'être testé avant d'être utilisé en tant que grille de critères d'évaluation d'une formation continue.

Etapes	Eléments clefs à observer
Conceptualisation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Besoin de développement de compétences : indicateurs à récolter 2. Proposition de formation et cohérence avec le milieu 3. Elaboration du mandat : <ul style="list-style-type: none"> - Choix du mandataire - Collaboration mandant / mandataire 4. Ressources et contraintes : <ul style="list-style-type: none"> - Financières : coût de la formation et du remplacement des professionnels, etc. (recherche de fond) - Logistique : gestion des équipes, durée de formation, choix de l'environnement, etc. 5. Réalité du terrain : <ul style="list-style-type: none"> - Observation in-situ (avec un instrument de mesure) - Groupe de travail constitué de professionnels des diverses disciplines concernées.
Mise en œuvre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Choix du public cible : interdisciplinarité/disciplinarité – intersectorial 2. Pratiques pédagogiques adaptées en regard de la réalité, des compétences et savoirs à développer. 3. Compétences et expertise du/des formateurs 4. Organisation : calendrier, taille des groupes-cours, composition pluridisciplinaire des groupes-cours, etc. 5. Matériel et choix didactique : <ul style="list-style-type: none"> - Recueil de textes, glossaire, document de travail - Situations de réflexion issues de la pratique intra-institutionnelle et extra-institutionnelle - Condition d'apprentissage : ergonomie, etc.
Evaluation des acquis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Choix du type d'évaluation des acquis : moment (à court et long terme), méthode (questionnaire écrit, entretien) 2. Valorisation des acquis : remise d'attestation et cérémonie de clôture 3. Evaluation du dispositif : mandat confié, prestataire, condition de formation.

5. Regard critique de la démarche et conclusion

Ce projet impliquait trois partenaires : les eHnv mandant du projet de formation, la SFCRV mandataire de la formation PiPsyGer et l'Institut et la Haute Ecole de la Santé La Source (HEdS-La Source), requérant principal du projet « Evaluation d'une formation continue interdisciplinaire en psychogériatrie ». Ce partenariat tripartite garantit l'objectivité de l'analyse par des échanges continus entre eux. Dans un souci d'éthique, nous avons, à toutes les étapes de l'analyse et de la rédaction du rapport, sollicité chacune des personnes représentant les 3 institutions impliquées dans ce partenariat.

La durée du processus d'analyse de la formation PyPsyGer a été supérieure à notre programmation initiale. Plusieurs artefacts nous ont ralentis dans notre travail, dont les problèmes de santé des personnes impliquées, l'attente de la fin de la formation qui elle-même a été retardée, les priorités des autres tâches professionnelles de chacune des personnes impliquées par cette évaluation, etc. Notre planification initiale étant peut être trop optimiste quand à la durée nécessaire.

Au départ, un des problèmes majeurs que nous avons constaté est la différence de rythme entre l'évolution de la mise en œuvre de la formation PiPsyGer au sein de l'institution de soin et l'évaluation du programme de cette formation par la HEdS-La Source. Par exemple, lors de l'appel à projet à la Fondation Leenaards, nous envisagions de construire un questionnaire d'évaluation destiné à l'ensemble du personnel formé. Durant l'attente de réponse, les eHnv ont construit leur propre outil d'évaluation interne. Dès lors, il ne nous a pas été possible d'élaborer notre outil d'évaluation destiné à tous les professionnels du domaine concerné par la formation PiPsyGer. De ce fait, une évaluation croisée a été réalisée entre l'évaluation interne des eHnv et celle effectuée dans ce projet.

Effectuer un travail de réflexion nécessitant de rencontrer les professionnels de la santé implique une mise à disposition de ceux-ci. Bien que cela ait été accepté par la direction des eHnv, nous avons constaté, lors de certains entretiens, que le fait de s'écarter de l'activité professionnelle peut engendrer des craintes de désorganisation du travail. Nous avons délibérément choisi d'interviewer une personne par catégorie socio-professionnelle quel que soit le site. Pour éviter de biaiser notre interprétation et de généraliser les propos d'une personne, nous avons envisagé d'organiser des focus groupes. Ces derniers nous ont été refusés par crainte d'augmenter la charge de travail institutionnelle ; et peut être le temps important déjà investi pour ce processus d'évaluation.

Une autre difficulté rencontrée dans ce processus d'évaluation a été de comprendre la logique des choix pédagogiques et didactiques du formateur. Nous conseillons pour ce type d'analyse les étapes suivantes :

- Réaliser, par le formateur, une autoévaluation sur base du canevas proposé au point 5.2.
- Porter un regard critique sur les documents de formations et l'autoévaluation.
- Interviewer le formateur et l'initiateur du projet pour clarifier les incompréhensions et/ou valider des hypothèses à partir de laquelle l'analyse critique.
- Effectuer une évaluation écrite (fin de la formation et 3 mois plus tard)
- Analyser l'ensemble des données obtenues

En final, nous recommandons, pour tout projet incluant plusieurs institutions, de concevoir, en partenariat avec les personnes concernées, pour chaque étape du projet, depuis son émergence, en passant par sa mise en œuvre, jusqu'à son évaluation, voire sa publication. Sans un réel engagement de chacun, la finalisation d'un tel projet peut être chaotique.

En conclusion, à l'issue de cette démarche d'analyse d'une formation continue interdisciplinaire dans le domaine de la psychogériatrie, deux enjeux majeurs apparaissent :

1. D'une part, l'écart entre le contenu de la formation et les contraintes du quotidien professionnel.
2. D'autre part, la difficulté de mettre en formation de personnes issues de catégorie socioprofessionnelles différentes. Une attention toute particulière doit y être apportée vu que l'émergence dans les soins des pratiques interdisciplinaires.

Ces derniers furent explicités tout au long de cette étude. L'utilisation de la grille élaborée permettra, nous le souhaitons, de palier à ces écueils et proposer des formations dans la cible des besoins et des attentes.

6. Bibliographie

Allard, E. (2012). *Une évaluation qualitative d'un programme de préparation à l'examen professionnel québécois à partir de la perception des candidates infirmières*. Mémoire de maîtrise non publié, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Bourassa B., Serre F. & Ross D. (2003). *Apprendre de son expérience*. Sainte-Foy, Canada : Presses de l'université du Québec.

Bourgeois, E & Chapelle, G. (2010). *Apprendre et faire apprendre* (5^{ème} tirage) Paris, France : Presses Universitaires de France.

Blanchet, A. & Gotman, A. (2005). *L'enquête et ses méthodes. L'entretien*. Paris, France : Armand Colin.

Carpenter J. (2008). *Interprofessional education and training*. Bristol, United Kingdom: The Policy Press, University of Bristol.

Cohen-Scali, V. (2000). *Alternance et identité professionnelle*. Paris, France : Presses Universitaires de France.

D'Amour, D. (2002). La collaboration professionnelle : un choix obligé. In O. Goulet & C. Dallaire (Dir.), *Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives* (pp339 – 363). Montréal, Canada : Gaëtan Morin.

Darnon, C., Buchs, C & Butera, F. (2006). Apprendre ensemble : but de performance et but de maîtrise au sein d'interactions sociales entre apprenants In B. Galand & E. Bourgeois (Dir.) *(Se) Motiver à apprendre* (pp125-135). Paris, France : Presses Universitaires de France.

Eisner, E. W.. (2000). Benjamin Bloom : 1913-1999. *Perspectives : revue trimestrielle d'éducation comparée*, vol. XXX, n°3, p. 437-446.

Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois. (2013). Repéré à <http://www.ehmv.ch/ehmv/bienvenue.htm>

Griesser, A.-C. (2010). *Petit précis d'organisation des soins interdisciplinarité*. Rueil-Malmaison : Lamarre. Guide d'enseignement des compétences interprofessionnelles en contexte de formation interprofessionnelle préalable à l'inscription – 2009 Cinquième rapport – Ontario, Canada.

Lasnier, F. (2000). *Réussir la formation par compétences*. Montréal, Canada : Guérin.

Legault, A., Brien, L.-A., Francoeur, L. & Lebel, S. (2009). Élaboration et implantation d'une formation interprofessionnelle en soins de fin de vie dans un contexte de soins de longue durée. *Les cahiers francophones de soins palliatifs*, Vol 9, n°2, 19-29.

Le Boterf, G. (2001). *Ingénierie et évaluation des compétences* (3^{ème} éd.). Paris, France : Les Editions d'Organisations.

Le Boterf, G. (2011). *Ingénierie et évaluation des compétences* (6^{ème} éd.). Paris, France : Les Editions d'Organisations.

Paille, P. & Mucchielli, A. (2010). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, France : Armand Colin.

Pastré, P. (2011). *La didactique professionnelle : Approche anthropologique du développement chez les adultes*. Paris, France: Presses Universitaires de France.

Perrenoud, Ph. (2001). *Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant*. Paris, France : ESF.

Perrenoud, Ph. (2004). *Construire des compétences dès l'école* (4^{ème} éd.). Issy-les-Moulineaux, France : ESF éditeur.

Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences : documenter le parcours de développement*. Montréal, Canada : Chenelière Education.

Université de Genève (2009). *L'évaluation des programmes de formation à l'Université de Genève*, Guide pour les experts de l'évaluation d'un programme de formation. Repéré à <https://memento.unige.ch/doc/0109>

7. Liste des annexes

- Annexe I : Demande de participation aux entretiens
- Annexe II : Calendrier des entretiens
- Annexe III : Formulaire de consentement aux entrevues individuelles
- Annexe IV : Canevas investigatif
- Annexe V : Grille d'entretien
- Annexe VI : Résultat évaluation interne aux eHnv
- Annexe VII : Design du programme PiPsyGe

7.1 Annexe I : Demande de participation aux entretiens de l'évaluation de la formation PiPsyGer

Nom – Prénom :

Numéro de téléphone

Adresse mail :

Merci de cocher la case vous correspondant :

Je travaille sur le site de Chamblon Orbe

Dans l'unité :

<input type="checkbox"/> UT1	<input type="checkbox"/> Polyclinique	<input type="checkbox"/> Tourelle	<input type="checkbox"/> Cèdre
<input type="checkbox"/> UT2	<input type="checkbox"/> Physio/ergo	<input type="checkbox"/> Hêtre	<input type="checkbox"/> Autre (à spécifier):
<input type="checkbox"/> UMS	<input type="checkbox"/> Animation	<input type="checkbox"/> Frêne	

Ma fonction est :

<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> ICS	<input type="checkbox"/> Infirmière	<input type="checkbox"/> Infirmière assistante
<input type="checkbox"/> Médico-thérapeutique	<input type="checkbox"/> ICUS	<input type="checkbox"/> ASSC/ASE	<input type="checkbox"/> Aide-infirmière
<input type="checkbox"/> Animation	<input type="checkbox"/> Autre (à spécifier):		

Personnes de contact :

- > Cheffe de projet : Mme Anne Mairesse – a.mairesse@ecolelasource.ch
Tél : 021/641.38.15
- > Collaboratrice : Mme Lina Corona – Lobos - l.corona-lobos@ecolelasource.ch
Tél : 021/ 641.38.60

7.2 Annexe II : Calendrier des entretiens

Dates	Orbe	Chamblon	Chercheur
Lu 30.01.2012	13h00 13h00 14h30		AM LCL LCL
Me 01.02.2012		9h00	LCL
Me 22.02.2012	12h30 13h00	15h30 16h15	AM
Ve 24.02.2012		13h00 14h00	AM
Ma 13.03.2012		10h00	AM
Ma 20.03.2012	9h30 : Formateur		AM
Je 29.03.2012		14h00	AM

7.3 Annexe III : Formulaire de consentement aux entrevues individuelles

Lors de la présentation du projet d'évaluation de la formation PiPsyGer, vous avez montré votre intérêt à participer à cette recherche. Nous vous rappelons que cette évaluation est soutenue par la fondation Leenaards.

Cet entretien vise à recueillir votre perception de cette formation et de son impact sur votre quotidien professionnel.

L'analyse des données recueillies par entretien sera étudiée en regard des résultats des questionnaires écrits ainsi que le programme de la formation PiPsyGer.

Les résultats de cette évaluation vous seront transmis via le Copil en octobre 2012.

Le-la soussigné-e :

- > Certifie avoir été informé-e sur le déroulement et les objectifs de l'étude.
- > Affirme avoir lu attentivement et compris les informations écrites fournies en annexe, informations à propos desquelles il - elle a pu poser toutes les questions qu'il –elle souhaitait.
- > A été informé-e de la possibilité d'interrompre à tout instant cet entretien.
- > Accepte que l'entretien soit enregistré. Les données de la retranscription écrite seront anonymes assurant ainsi la confidentialité. Au terme de l'analyse des données, les enregistrements audio seront détruits. Il est probable qu'un extrait de cette retranscription apparaisse en tout ou partie dans le rapport écrit de l'évaluation

Le-la soussigné-e accepte donc de participer à l'évaluation de la formation PiPsyGer :

Nom, prénom et signature de la personne interviewée :

.....

Nom, prénom et signature du chercheur :

.....

Date :

7.4 Annexe IV : Canevas investigatif

Afin de montrer la **progression du canevas investigatif**, les questions spécifiques au regard pédagogique et au recueil de la perception des formés sont écrites en italique.

QAP	QAE
<p>▪ En termes de processus, quel est le degré de satisfaction des personnes formées envers la formation offerte ?</p> <p>1. Quels sont les forces et limites de la formation reliées à la structure de la formation? <i>1.1. En quoi la collaboration entre les EHNV et la Croix rouge a contribué à la conceptualisation du projet ?</i> <i>a) En quoi une collaboration /partenariat avec les EHNV a contribué à la conceptualisation du programme?</i> <i>b) Quel part d'autonomie appartenait à la Croix Rouge?</i> <i>c) Comment la formation s'inscrit-elle dans les missions et projet de développement institutionnel ?</i> <i>1.2. En quoi l'opérationnalisation de la formation a contribué au développement des compétences professionnelles ?</i> <i>a) Quelle place profil du formateur joue-t-il un rôle pour mener à bien la formation?</i> <i>b) Comment les stratégies pédagogiques ont favorisés l'apprentissage ?</i> <i>c) Quelles ressources ont été nécessaires pour mener à bien le projet ?</i></p> <p>2. Quels sont les forces et limites de la formation reliées au contenu de la formation? 2.1. Comment le formateur a géré l'hétérogénéité du groupe ? 2.2. Quels savoirs ont été transmis ? 2.3. Sur quelle base les compétences visées ont-elles été élaborées ? 2.4. Les objectifs de la formation sont-ils en cohérence avec la réalité professionnelle ? 2.5. Comment les nouveaux savoirs ont-ils été acquis ? (mise à jour des savoirs et prise en compte de l'hétérogénéité du groupe)</p>	<p>▪ En termes de processus, quel est le degré de satisfaction des personnes formées envers la formation offerte ?</p> <p>1. Quels sont les forces et limites de la formation reliées à la structure de la formation? <i>1.1. Quel a été l'impact de la répartition dans le temps des différents modules de formation?</i> <i>1.2. De quelle façon l'équilibre entre la théorie et la pratique durant la formation a-t-il favorisé l'apprentissage?</i></p> <p>2. Quels sont les forces et limites de la formation reliées au contenu de la formation? <i>2.2. Est-ce que le contenu était adapté au niveau de préparation de chacun des participants?</i> <i>2.3. Que pensez-vous de la structure du contenu écrit qui vous a été remis?</i> <i>Est-ce que la formation est venue confirmer certaines connaissances ou pratiques que vous aviez déjà avant la formation?</i></p>

QAP	QAE
<p>2.6. Comment les savoirs expérientielles sont pris en compte pour le développement des compétences visées ?</p> <p>2.7. Quels moyens de validation des acquis a permis valider l'atteinte des objectifs visés ?</p> <p>3. Quelles responsabilités reviennent aux participants dans la « réussite » de ce cours?</p> <p>▪ En termes de résultats, quels acquis de formation ont été transférés dans les pratiques professionnelles des personnes formées ?</p> <p>1. Quels impacts la formation a-t-elle eus sur leurs représentations de la personne âgée avec un problème de démence?</p> <p>2. Quels impacts la formation a-t-elle eus sur la prise en soin des personnes âgées?</p> <p>3. Quels impacts la formation a-t-elle eus sur la collaboration interprofessionnelle ?</p> <p>4. Quels impacts la formation a-t-elle eus sur l'accompagnement des familles?</p> <p>5. Quels ont été les obstacles au transfert des apprentissages dans votre pratique</p> <p>6. Avez-vous des suggestions pour améliorer la formation et sa mise en pratique par la suite?</p>	<p>3. Quelles responsabilités reviennent aux participants dans la « réussite » de ce cours?</p> <p>▪ En termes de résultats, quels acquis de formation ont été transférés dans les pratiques professionnelles des personnes formées ?</p> <p>1. Quels impacts la formation a-t-elle eus sur leurs représentations de la personne âgée avec un problème de démence?</p> <p>2. Quels impacts la formation a-t-elle eus sur la prise en soin des personnes âgées?</p> <p>3. Quels impacts la formation a-t-elle eus sur la collaboration interprofessionnelle ?</p> <p>3.1. <i>Avez-vous eu l'occasion de mettre en pratique cette collaboration interprofessionnelle?</i></p> <p>3.2. <i>La formation a-t-elle permis une meilleure collaboration intraprofessionnelle?</i></p> <p>4. Quels impacts la formation a-t-elle eus sur l'accompagnement des familles?</p> <p>5. Quels ont été les obstacles au transfert des apprentissages dans votre pratique</p> <p>5.1. <i>Dans quelle le mesure la question du temps a-t-elle été évoquée en tant qu'obstacle à la mise en pratique?</i></p> <p>6. Avez-vous des suggestions pour améliorer la formation et sa mise en pratique par la suite?</p>

7.5 Annexe V : Grille d'entretien

Vous avez terminé depuis plusieurs semaines la formation « Prendre soin de la personne âgée souffrant de maladie psychiatrique de l'âge avancé et de ses proches ».

- Aujourd'hui avec le recul, dites-moi ce que cette formation vous a apporté dans votre quotidien professionnel ?
- Comment avez-vous perçu cette formation ?

Thèmes	Questions
Degré de satisfaction de la formation	<ul style="list-style-type: none"> ○ En quoi avez-vous apprécié cette formation ? ○ Que pensez-vous des objectifs de formation ? Est-ce que la formation a répondu aux objectifs visés ? ○ Qu'avez-vous le moins apprécié lors de ces séminaires ? ○ Que pensez-vous des choix des thèmes travaillés ? ○ Dans quelle mesure l'organisation et la répartition des cours vous a convenu ?
Transfert des acquis de la formation	
Savoirs théoriques	<ul style="list-style-type: none"> ○ A ce jour, avez-vous l'impression d'utiliser les connaissances acquises dans votre quotidien ? ○ Pourriez-vous me décrire des situations/circonstances lors desquelles vous avez fait appel à ces connaissances ?
Savoir faire	<ul style="list-style-type: none"> ○ Qu'est-ce que cette formation vous a apporté pour la prise en soin des personnes âgées et l'accompagnement de leur proche ?
Savoir être	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dans quelle mesure avez-vous l'impression que votre comportement professionnel est changé ? Comment vous sentez-vous dans votre travail ? (anticipation, délégation, collaboration, partenariat, ...)
Savoir vivre ensemble ou collaborer	<ul style="list-style-type: none"> ○ Qu'est-ce que cette formation a apporté dans les relations entre collègues ? (équipe de soin et autres services/disciplines) ○ Dans quelle mesure ces séminaires ont modifié la collaboration entre collègues ? et entre services ? ○ Et, qu'en est-il de vos rapports avec la personne âgée et ses proches ?
Savoir devenir	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dans quelle mesure la formation vous a-t-elle donné des outils pour auto-évaluer vos propres prestations ?

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Quelles questions cette formation vous a permis-t-elle de vous poser ? ○ A l'issu de cette formation, comment envisagez-vous votre devenir professionnel ? auprès de la personne âgée souffrant de maladie psychiatrique et de ses proches ? <p>Quels sont vos projets/attentes professionnels à venir ?</p>
Changements	
Représentations	<ul style="list-style-type: none"> ○ En quoi cette formation a modifié vos représentations (votre regard) : <ul style="list-style-type: none"> - de la maladie psychiatrique de la personne ? - de la prise en soin de ces personnes âgées et accompagnement de leurs proches ?
Attitudes/comportements	<ul style="list-style-type: none"> ○ Comment cette formation a influencé vos attitudes et comportements professionnels ? ○ Ces attitudes et comportements sont-ils favorables à la réhabilitation de la personne âgée ?
Pratique professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> ○ Qu'est-ce qu'a changé ou va changer dans votre pratique professionnelle suite à cette formation ?
Relations interdisciplinaires	<ul style="list-style-type: none"> ○ Quelles conséquences cette formation a eu sur vos collaborations interdisciplinaires ?

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Si c'était à refaire, comment vous y prendriez-vous ?

7.6 Annexe VI : Résultat évaluation interne aux eHnv

Afin de connaître le point de vue du personnel ayant suivi cette formation, les eHnv ont organisé deux types d'évaluation. Le premier était une question directement posée au groupe au terme de chaque jour de formation que le formateur nomme « évaluation à chaud ». La seconde évaluation était un questionnaire distribué dans les services 3 mois après la formation.

1. Evaluation à chaud

Cette évaluation à chaud est en réalité une forme de débriefing au court duquel chaque formé peut s'exprimer sur ce qu'il a apprécié ou ce qu'il lui a déplu au court de la journée. Ce moment est extrêmement important pour le formateur car il lui permet d'orienter les choix de ses stratégies pédagogiques ainsi que les contenus pour la séance de cours suivante ou pour réajuster le programme de séminaire pour le groupe suivant.

2. Questionnaire

Pour assurer l'objectivité dans le traitement des données, le Copil a mandaté une personne externe à l'institution pour réaliser cette évaluation post-formation.

La création du questionnaire a été réalisée en étroite collaboration avec cette personne externe aux eHnv, quelques référents et le Copil.

L'intention de ce questionnaire était d'évaluer la satisfaction des compétences acquises et d'en identifier son impact pour le patient/résident, le collaborateur, son équipe et l'institution.

En identifiant à travers cette évaluation la plus-value des compétences collectives, les eHnv ont pu évaluer l'impact de l'investissement humain et financier nécessaire à l'organisation d'une telle formation. .

La dernière intention de cette évaluation était d'identifier les suites nécessaires à envisager en termes de formation du personnel tel que par exemple :

- offrir des formations répondants à un besoin personnel de chaque professionnel
- envisager que certaine personne fasse une formation de longue durée s'inscrivant dans un plan de carrière
- organiser une formation sur un public ciblé (par type de service, catégorie professionnel,...)
- développer le programme PiPsyGer par des séminaires d'approfondissement

Les questions de ce questionnaire ainsi que l'analyse des données ont été élaborés autour des compétences travaillées par le programme PiPsyGer.

Ce questionnaire comportait deux parties. La première était un questionnaire individuel et la seconde était une évaluation à effectuer en équipe.

Cette méthode d'évaluation est intéressante car elle offre au personnel la possibilité de dire de manière anonyme et dans l'après-coup si cette formation lui a satisfait malgré le caractère obligatoire et ce qu'elle lui a apporté. Cette mise à distance temporel permis d'éviter les artefacts de l'émotion dans la perception de la plus-value de l'apprentissage.

3. Résultats

Les résultats ont été analysés par compétences et catégorisés par unité et par fonction. De manière générale cette évaluation montre que l'objectif initial a été atteint car toutes les personnes qui ont participé à cette évaluation disent avoir changé leurs représentations qu'en à la capacité de la personne âgée présentant des troubles cognitifs à mobiliser ses propres ressources.

3.1 Taux de participations

Sur 206 questionnaires individuels distribués, 128 questionnaires ont été complétés et remis. Ce qui donne un taux de participation à 62%. Plus précisément pour le site de Chamblon : 59 questionnée en retour sur les 117 distribués (soit un taux de participation à 50%) et pour le site d'Orbe, 67 questionnaires en retour sur les 89 distribués (soit un taux de participation à 75%).

La participation de l'évaluation en équipe est de 100% puisque sur les 13 questionnaires distribués, 13 ont été rendus.

3.2. Résultats du questionnaire individuel

La synthèse des résultats a permis de mettre en évidence les données significatives suivantes :

Compétence 1 : Etre une ressource dans son travail

- 71.5 % des personnes ayant répondu au questionnaire disent avoir amélioré leur mode d'observation
- 42% aurait aimé développer davantage la capacité de gestion d'accompagnement des situations. Bien que le concept d'accompagnement soit présent dans les documents de cours, celui-ci a été peu travaillé car il n'était pas l'objectif principal de la formation.
- 50% des participants sont satisfait de la gestion du stress. Après discussion avec un membre du Copil, ce résultat invite à une réflexion de clarification des éventuelles difficultés vécues par les 50% non satisfaits avant d'imaginer une éventuelle formation continue pour répondre à ce besoin.

Compétence 2 : Développer la relation avec la personne âgée

- Plus de 75 % des participants disent avoir amélioré leur compétence relationnelle fondée sur la bienveillance. Ce concept semble avoir grandement retenu l'attention des formés car il apparaît fortement dans le poster réalisé par les référents.

Compétence 3 : Développer la notion d'autonomie de la personne âgée

- 70% des formés disent avoir développé des capacités à motiver la personne âgée à mobiliser ses propres compétences
- 46% des participants disent ne pas avoir développé de compétences en lien avec de nouveaux modes d'information pour la personne âgée. Ce chiffre nous interpelle car si nous le mettons en relation avec la compétence 2, nous y voyons que 63% des participants disent avoir développé de nouveaux modes de communication dans ce contexte de soins. Cela donne une impression de difficulté de transférer une capacité à acquise dans un contexte à un autre. Ou peut-être que cette différence chiffrée est révélatrice d'une interprétation fautive de la question.

Compétence 4 : Développer la réflexion et ses capacités d'auto-évaluation

- Près de 78% se disent satisfaits de leur développement des capacités à prendre en compte l'émotion (mieux comprendre et mieux détecter) exprimée par la personne âgée.

Compétence 5 : S'engager dans une collaboration partenariale et interdisciplinaire avec l'équipe

- Le Copil est très satisfaisant des résultats de cette compétence. Tous les items mesurés ont été satisfaits à près de 70% ; et de manière assez significative, la prise de décisions en équipe dont 72% de personnes sont satisfaites.

Ainsi donc alors qu'il nous semblait que la compétence d'interdisciplinarité avait été peu développée, les formés disent au contraire avoir acquis des compétences dans ce domaine. Seule une catégorie socioprofessionnelle se démarque de cet opinion, il s'agit des médico-thérapeutiques. Pour les membres du Copil ce résultat corrobore le constat fait au quotidien de difficultés de mise en œuvre de l'interdisciplinarité.

3.3. Résultats de l'évaluation par unité de soins

Il était demandé aux équipes s'ils étaient satisfaits du développement des compétences par la formation PiPsyGer au travers des items suivantes :

Items	% d'équipe satisfaite
Développer de nouveaux modes d'organisation du travail	41.5
Travailler en interdisciplinarité	49.2
Développer de bonnes relations entre les membres de l'équipe	50.5

Nous voyons très clairement une insatisfaction assez marquée sur le développement des compétences interdisciplinaires alors que dans la partie individuelle du questionnaire cette dernière était plutôt satisfaite. Toutes les équipes ont relevés le manque de temps et la dotation insuffisante en personnel. Ainsi donc la formation a permis de développer des capacités à travailler en équipe mais dans le quotidien de soins cela semble peu applicable. Sans doute une formation continue centrée sur l'interdisciplinarité pourrait aider les équipes à aller plus loin.

Une petite nuance a été apportée par le Copil qu'en à l'interprétation de ces chiffres : « Peux-t-on y voir un effet de groupe comme moyen de se plaindre des conditions de travail ? »

Conclusion

Le Copil conclut à partir de cette évaluation que la formation PiPsyGer a répondu à leur objectif premier qui était de sensibiliser l'ensemble du personnel soignant à l'importance de l'interdisciplinarité lors de problématique de la prise en soins de personnes âgées présentant des troubles cognitifs. Par le changement de la représentation de ce type de prise en soins, l'appréhension individuelle dans le face à face soignant – soigné est nettement facilitée. Le professionnel se sent acteur de quelque chose. L'opérationnalisation des compétences interdisciplinaires restent difficiles pour les professionnelles dont ils perçoivent une différence entre le contenu de la formation et leur réalité dans les unités de soins.

Cette évaluation de la formation PiPsyGer a également confirmé une problématique déjà identifiée par l'institution : la difficulté de travail en équipe interdisciplinaire avec certaines catégories professionnelles.

4. Présentation des résultats

La synthèse des résultats de cette évaluation a été présentée lors de la remise des attestations de formation en présence de Pierre Yves Maillard chef du Département de la santé et de l'action du canton de Vaud. L'ensemble des résultats est à la disposition du personnel.

7.7 Annexe VII : Design du programme PiPsyGer

1. Titre de la formation

Séminaire de formation généraliste aux compétences professionnelles et interdisciplinaires :

Prendre soin de la personne âgée souffrant de maladie psychiatrique de l'âge avancé et de ses proches en hébergement et au CTR

**EHNV : CHAMBLON & ORBE
2009-2011**

2. Compétences

Les compétences professionnelles et interdisciplinaires du prendre soin en situation psychogériatrique sont :

- 1^{ère} compétence : Être une ressource pour le milieu (personne-s âgée-s, famille, équipes)
- 2^e compétence : Développer une rencontre de qualité avec les personnes âgées, les proches et l'équipe
- 3^e compétence : Offrir des attitudes et des comportements favorables à la réhabilitation de la personne âgée
- 4^e compétence : Pratiquer réflexion et auto-évaluation dans l'intervention avec la personne âgée et ses proches
- 5^e compétence : Garantir un partenariat en équipe intra et extra-muros ainsi qu'auprès des proches

3. Structure de la formation

Chaque séminaire se déroule de la manière suivante :

- > 2 jours consécutifs de formation théorique et pratique en salle de cours (connaissances, méthodes, compétences personnelles et relationnelles) à partir de situations vécues par les participants selon les thèmes abordés et proposition de travaux pratiques sur le terrain
Les « travaux pratiques sur le terrain » font partie de la formation. Ils respectent les fonctions et qualités de chacun des participants. Ils les invitent à une appropriation sur le terrain des connaissances abordées en cours et à pratiquer les compétences professionnelles en situation psychogériatrique
- > 1 jour de synthèse et de consolidation, 8 à 10 semaines après les 2 jours de cours consécutifs pour renforcer les connaissances, expériences acquises sur le terrain et les compétences professionnelles et interdisciplinaires, mobilisables quelle que soit l'insertion professionnelle des participants

4. Thèmes abordés :

> **Séminaire 1 : sensibilisation généraliste aux compétences en situation psycho gériatrique**

Compétences en prendre soin en situation psychogériatrique en institution et en collaboration interdisciplinaire (équipe, réseau, proche)

Jour 1

- > Sénescence et « santé-maladie » : impacts sur la personne âgée, ses proches et les intervenants
- > Troubles psychiatriques de l'âge avancé et l'adaptation de la personne et de son entourage
- > Préférer « rencontrer » la personne âgée au-delà des manifestations pathologiques

Jour 2

- > Cadre du projet d'accompagnement et offre du prendre soin au jour le jour
- Rencontre avec le client et ses proches : communication, relation, émotion, souffrances, agressivité
- Autonomie de la personne âgée : l'aider à retrouver son "chez soi" et reconnaître son identité

Jour 3

- > Exploitation des travaux pratiques liés à l'accompagnement de la personne âgée et à la collaboration
- > Ateliers d'intégration et situations concrètes : distinguer la personne de ses dysfonctionnements
- > Synthèse des connaissances et des compétences de l'accompagnement en psychogériatrie

> **Séminaire 2 : sensibilisation généraliste aux compétences en situation de réhabilitation psychogériatrique**

Compétence en prendre soin en situation de réhabilitation de la personne âgée souffrant de troubles psychiatriques en institution (hébergement et CTR) et de ses proches

Jour 4

- > Mémoires (affective, émotionnelle, procédurale, autobiographique...), cognition et comportement
- > Communication non violente, relation privilégiée (« tête-cœur-corps ») et mémoires sensorielles
- > Interventions coordonnées et favorisant l'accès aux ressources des personnes en jeu

Jour 5

- > Identité, histoire de vie, habitudes de vie
- > Résilience, une approche « care » de la personne limitant maltraitance, souffrance et dépendance
- > Prendre soin de la personne âgée et de sa famille dans un cadre institutionnel psychogériatrique

Jour 6

- > Exploitation des travaux pratiques liés à l'accompagnement et à la collaboration interdisciplinaire
- > Ateliers d'intégration et situations concrètes : les types de mémoires et les ressources à déployer
- > Synthèse des connaissances et des compétences du prendre soin et de la collaboration interdisciplinaire

> **Séminaire 3 : approfondissement au travail interdisciplinaire en réseau et avec les proches**

Compétence à travailler en équipe pour « prendre soin en situation psychogériatrique et à collaborer avec le réseau de soin et les proches

Jour 7

- > Compétences interdisciplinaires du prendre soin en psychogériatrie
- > Assertivité, partenariat affirmatif et bienveillant pour la personne âgée, ses proches et dans le réseau
- > Prendre soin en réadaptation psychogériatrique de la personne âgée en institution et de sa famille

Jour 8

- > Auto-évaluation de l'intervenant, garantie de qualité pour soi et pour autrui
- > Offrir aide et attention aux « Aidants naturels » et / ou « Proches aidants »
- > Collaboration coordonnée et articulée exclusivement autour de la personne âgée et de sa famille

Jour 9

- > Exploitation des travaux pratiques liés à l'accompagnement et à la collaboration
- > Ateliers d'intégration et situations concrètes : présentation des micro-changements
- > Synthèse des connaissances et des compétences en prendre soin en psychogériatrie et en collaboration interdisciplinaire

5. La formation en quelques chiffres

Nombre de personnes formées	200 professionnels
Nombre de groupe	12
Nombre de séminaires par groupe	3
Nombre de jours de cours par séminaire	2 jours consécutifs et le 3 ^{ème} 6 à 8 semaines plus tard
Nombre d'heures de cours par séminaire	19.5 h
Nombre d'heure total d'enseignement	702 h
Nombre de formateurs	2
Durée totale de l'ensemble de la formation PiPsyGer	2,5 ans
Types de service de soins	service lits B, C, hébergement, animation, ergothérapie, physiothérapie et polyclinique
Catégories socioprofessionnelles	médecin, médico-thérapeute, animatrice, infirmière, aide-infirmière, ASSC, ASE, infirmière-assistante et tous les responsables de service (ICUS, ICS, médecin chef)