

LA FORMATION CONTINUE DES SOIGNANTS EN EHPAD

©Renato SAIU (2009). En ligne sur detour.unice.fr
Master 2 de psychologie clinique et gérontologique

Résumé :

La formation professionnelle du personnel en EHPAD est une obligation pour les établissements conventionn es. Mais nous entendons trop souvent des acteurs de cette formation continue dire que « ca ne sert   rien ». L'analyse des processus en jeu nous permet de nous questionner sur la pertinence des formations intra entreprise.

La formation professionnelle du personnel en EHPAD est une obligation pour les établissements conventionnés. Mais nous entendons trop souvent des acteurs de cette formation continue dire que « ca ne sert à rien », pour ne pas nous interroger sur leur pertinence.

Il est déjà intéressant de constater que dans de nombreux cas, la formation continue est apportée par un intervenant extérieur à l'institution. Ceci est souvent présenté comme un avantage de par la « neutralité » qu'apporterait le formateur, n'étant pas assimilé à la direction. Cela dit, notre expérience en la matière nous montre que ce type d'approche est plutôt contre productive. Tout d'abord, il n'est pas du tout évident que les soignants voient dans cet intervenant une indépendance par rapport à la direction, car cela va dépendre en grande partie du fonctionnement institutionnel voir personnel des soignants. A ce propos, je pourrais prendre l'exemple d'une formation faite par Almazur¹ dans un EHPAD. A la fin de celle-ci, la formatrice distribue un document qui permet à chaque soignant d'auto-évaluer sa pratique. Après la distribution, une AS dit tout fort : « *Oui remplissez le bien, après on le transmettra à la direction* ».

Chercher la neutralité de l'intervenant est de toute manière une erreur, puisque le changement ne peut se produire qu'au contact d'une altérité positive. De plus, l'appropriation d'une nouvelle pratique ne peut être effective que lors d'un travail d'intégration chez le soignant, qui ne peut se faire en une heure de formation. La loi de l'effet nous enseigne que l'organisme n'intériorise des éléments, que s'ils se répètent. L'intervenant extérieur ne pourra pas travailler au long cours avec les soignants.

Nous pensons que le psychologue de l'institution, entant que formateur, est donc un agent de changement pertinent. De part son positionnement, il s'efforce de regrouper les conditions évoquées précédemment (non hiérarchique, altérité positive, suivi au long cours).

Nous concevons également la théorie du détour, comme un outil éclairant les processus en jeu et par extension permettant de guider une approche efficace de la formation continue en EHPAD. Nous étayerons donc principalement notre propos, autour des lois Walloniennes d'alternance et d'intégration fonctionnelle, ainsi que sur le processus de mise en forme de l'émotion chez le soignant, qui s'y inscrit.

¹ Association qui a pour objectif d'assurer l'écoute, l'information, le conseil, l'orientation et la prévention de la maltraitance des personnes âgées.

1) Loi d'alternance fonctionnelle et mise en forme de l'émotion

Lorsque les soignants pratiquent leur activité professionnelle tous les jours, cela s'inscrit dans une phase de différenciation de leur activité. Nous sommes convaincus que c'est lors de cette phase que va pouvoir se mettre en place les bases du changement de la pratique des soignants. L'idée ici est de reproduire, en quelques sortes, une activité anticipatrice, telle qu'on la constate lors du développement de l'enfant. Ceci peut se faire de deux manières. La première est de demander aux soignants d'agir d'une certaine façon, même s'ils ne saisissent pas la pertinence de cette demande, et qu'ils constatent que cela fonctionne, mais l'équipe doit déjà être bien sécurisée pour se permettre de le faire sans risquer de devenir négatif pour eux. La seconde est de montrer l'utilité d'agir différemment, sans ne rien dire aux soignants. C'est par exemple faire une partie de carte en plein milieu du salon, avec un résident qui n'était sensé plus rien comprendre, ou avoir une relation positive visible avec une personne étiqueté *Alzheimer agressif* ou *opposant*. Nous constatons parfois les soignants venir demander : « *mais comment tu fais, tu es magicien ?* », ce qui permet de répondre « *non, il y a des techniques et une manière d'être qui fonctionne, ça t'intéresse que je te montre ?* ». Ceci peut être un bon prétexte à la mise en place d'une formation « officielle ».

Mais alors, quel est l'intérêt d'une telle formation officielle ? Nous pensons que les espaces de formation institués sont importants afin de travailler sur des éléments communs à tous les soignants de l'institution, puisqu'il s'agit d'un espace qui permet de créer du vécu en groupe et d'échanger autour de celui-ci. C'est, en d'autres termes, que chacun donne un sens individuel (symbolique) à un vécu commun (émotion), et que le groupe donne un sens collectif (idéologie) à un vécu individuel (affect). C'est l'illustration de la réciprocity Organisme/Milieu. Le principe est de déstabiliser les représentations de chacun, afin d'en construire de nouvelles. C'est une phase de restructuration qui ne peut être efficace uniquement si les soignants ont été « préparés » et sont prêts à l'entendre.

Après cela, nous entrons à nouveau dans une phase de différenciation qui est un temps d'application de la nouvelle structure. Le rôle du psychologue est double ici. Accompagner les possibles questionnements individuels des soignants et renforcer les feedbacks positifs du milieu qui résultent de la nouvelle activité, afin d'intégrer ces éléments à l'identité professionnelle du soignant.

2) Loi d'intégration fonctionnelle

Tout au long de ce processus d'intégration, le psychologue devra veiller, au travers de son positionnement, à respecter deux types de cohérence.

a) La cohérence institutionnelle

L'institution a son fonctionnement propre, qu'il convient de prendre en compte. En effet tout ce qui, dans la formation, ne peut être entendu dans la cohérence institutionnelle (altérité trop brusque), va lever des défenses. Prenons l'exemple d'une équipe qui a toujours eu pour habitude de tutoyer les résidents. Si un formateur leurs dit de façon directe: « *tutoyer, c'est maltraiter* », il va y avoir une opposition à cela. Nous pouvons comprendre la culpabilité que provoquerait une reconnaissance immédiate de leur mauvaise pratique professionnelle, d'autant que ces soignants ont toujours eu pour objectif le bien être de leurs *papis, mamies* (évidemment le rapport affectif n'arrange rien).

Mais cet effet peut être limité en apportant une différenciation progressive et en contournant l'opposition au changement par la recherche d'un repositionnement en parlant le discours de l'équipe. Le premier point est de reconnaître la bonne fois dans leur pratique (ce qui est vrai la plupart du temps), tout en donnant des exemples concrets, voir imagés de ce qui ne convient pas. Le second élément est de se baser sur le discours d'un ou plusieurs soignants afin que notre intervention ne soit pas vécue comme intrusive ou agressive. Un troisième point est de s'inclure dans les erreurs possibles, afin de ne pas paraître jugeant. Pour reprendre l'exemple du tutoiement, nous pouvons imaginer une intervention du psychologue du type : « *Tutoyer un résident, pourquoi pas si c'est à sa demande. C'est vrai qu'on a tous tendance à tutoyer les personnes que l'on fréquente depuis longtemps, surtout quand on les aime bien. Mais le problème est qu'il y a beaucoup de situations qui font que tutoyer une personne âgée pose problème* ». Là le psychologue peut donner un tas d'exemples concrets, tel que la fausse reconnaissance, qui implique que même à la demande du résident, le tutoiement n'est pas approprié. Ce qui amène par la force des choses les soignants, s'ils acceptent chacun des exemples, à conclure par eux-mêmes que l'on peut tutoyer un résident à condition qu'il soit en pleine possession de ses moyens cognitifs et qu'il le demande lui-même de façon récurrente. Autant dire dans des cas extrêmement rares en EHPAD. Ce sujet peut être abordé en situation implicite à la demande des soignants (salle de pause, couloir...), ou de façon instituée lors d'une formation. Quoi qu'il en soit, il convient de

toujours faire donner les avis du groupe avant d'intervenir de cette façon, pour ne pas poser une altérité trop confrontante au groupe.

b) La cohérence individuelle

La formation est basée sur l'introduction d'un nouveau vécu et sur sa mise en forme. L'émotion provoquée va forcément faire résonance avec le vécu antérieur du soignant, qui va associer cette émergence émotionnelle à des représentations. C'est pour cela que tous les soignants ne vont pas entendre la même chose de ce que dit le formateur, puisque leur sécurité de base ne dépendra pas des mêmes éléments.

Cet effet ne peut être travaillé que dans la phase de différenciation, qui est dans l'après coup de la formation officielle, et avec chaque soignant. Cela aboutit à une formation individualisée implicite, qui a pour but d'intégrer un maximum d'éléments de la formation explicite à l'identité professionnelle.

3) Un exemple de formation « officielle » : *Vivre la communication avec les personnes âgées*

Lors des paragraphes précédents, il était question de l'introduction d'un nouveau vécu comme base du travail de restructuration. Nous allons donc donner un exemple de ce que nous entendons par là. Une formation sur le thème de la communication avec les personnes âgées que nous avons réalisé, se déroule en deux séances d'une heure chacune, séparées de deux semaines. Cela se déroule avec un groupe de sept soignants (AS et infirmière) avec lesquels nous travaillons depuis plusieurs mois.

Lors du premier volet de cette formation, nous posons le cadre en choisissant la terrasse comme lieu, et en disant en phrase d'introduction : « *je ne suis pas là pour vous imposer une formation, mais pour vous la faire vivre, donc je vais vous demander de vous séparer en deux groupes* ». Une fois cela réalisé, un des groupes s'assoie sur des chaises avec les yeux bandés tandis que l'autre s'éloigne afin que la consigne lui soit exposée : « *nous sommes quatre. Deux d'entre nous vont avoir pour objectif de guider un collègue à travers un parcours semé d'embûches, mais de façon à ce qu'il se sente le plus en sécurité possible. Les deux autres auront, au contraire, comme consigne d'arriver le plus vite possible, sans se soucier du ressenti de son binôme* ». Ceci étant réalisé, cela permet d'avoir matière à élaboration autour de cette émergence émotionnelle. Cela permet de travailler autour des

affects négatifs (difficulté à supporter le bandeau sur les yeux, insécurité du mouvement non contrôlé...), et positifs (sensation d'être sécurisé, satisfaction de réussir à sécuriser l'autre...), en leur donnant du sens au travers de la pratique gérontologique. D'ailleurs avant même le début du débriefing nous pouvions entendre des commentaires faisant le parallèle avec le vécu de certains résidents. L'émotion crée de l'indifférenciation. C'est pour cela qu'il est important de le mettre en forme au travers de l'activité langagière.

Lors de la seconde heure de formation, le cadre était différent puisque nous étions dans une salle avec un support informatisé projeté sur un écran. La séance était ouverte par une phrase inscrite : « *Le soin : un espace privilégié de communication* » accompagnée d'un commentaire oral : « *Ne vous attendez pas à ce que je vous apprenne comment faire une toilette ou un pansement, parce que j'y connais rien. Mon truc à moi, c'est comment éviter les malentendus* ». Le principe était alors de présenter des images et de demander aux participants ce que ça leur évoquait. A partir de leur discours, l'objectif était de les repositionner dans la pratique concrète au contact de la personne âgée, avec pour conclusion finale : « *une meilleure communication avec les résidents, améliore vos conditions de travail* ». Devant chaque image, il est donc question de laisser les soignants discuter, donner leurs impressions et d'en accepter la diversité. L'objectif premier est qu'ils prennent un part active à la formation, car les travaux d'Henri Wallon nous enseignent que le *faire* précède l'*être*. Mais cela a d'autres intérêts dont le travail sur la cohésion et la dynamique de groupe, à condition que le formateur puisse percevoir ce qui se joue dans le groupe afin d'éviter le piège des conflits qui prendraient alors tout l'espace. L'utilité encore est de récupérer ce qui est dit par les soignants, afin qu'ils entendent davantage le message que nous souhaitons faire passer, sur le principe de la reformulation, voir de l'amplification systémique.