



EVALUATION DE LA FORMATION SOCLECARE

Version courte - Synthèse

1. EXPERIMENTATION DE LA FORMATION

L'initiative Soclecare, initiée par un groupe de professionnels belges - le **Groupe pour la Coordination des Initiatives Soclecare (GCIS)** - illustre une démarche novatrice et réussie d'intégration des résultats de recherche en soins dans la pratique. Cette initiative se fonde sur les résultats mis en évidence et caractérisés par le GRSI. Elle les prolonge à travers le développement d'un langage commun pour les professionnels de la psychiatrie et par la mise à disposition d'outils – dont le carnet du Soclecare - envisagé comme un répertoire de ressources à disposition des soignants.

L'élaboration de ce champ lexical commun répond au besoin de mettre en mots les interventions à dimension relationnelle qui s'inscrivent dans le champ de l'informel et du quotidien des soins.

Le carnet du Soclecare est un outil d'appropriation et d'intégration pratique des résultats de cette recherche dans lequel les soignants peuvent trouver corrélation, inspiration, et incitation à s'ouvrir à une diversification et un renouvellement des approches possibles dans leur pratique. L'offre de mise en mot constitue une métaconnaissance des actions et invite à un réfléchissement de ces interventions. Elle favorise ainsi le questionnement et les échanges sur la pratique.

Au premier semestre 2016, un groupe de professionnels¹ (Annexe 1), s'est réuni au GRSI par le CRMC en regard de leurs démarches respectives d'intégration des résultats de cette recherche. Ces participants, issus de plusieurs établissements de la région ont élaboré avec Eric Pierrard et Jean-Paul Lanquetin² l'ingénierie d'une formation qui permette aux infirmiers de s'approprier cette dimension du soin conceptualisée par la recherche et formalisée dans le carnet Soclecare.

Le choix d'un format de deux jours + un jour a été retenu optimiser l'intégration des apports. Cette proposition de formation a ensuite connu une expérimentation auprès de 4 établissements en région

¹ Voir en pièce jointe **Annexe 1**, page 14, le document intitulé Groupe de travail « Formation au Soclecare », éléments de cadrage et composition du groupe.

² Eric Pierrard est psychologue clinicien et l'initiateur du groupe de coordination des initiatives Soclecare (GCIS), Jean-Paul Lanquetin est le co-auteur de la recherche en soins « *L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie* »

: le CHSM Centre Hospitalier Sainte Marie de Clermont-Ferrand (63), Le CH de Saint Cyr au Mont d'Or (69), L'EPSM de la vallée de l'Arve (74) et le CHAI (Centre Hospitalier Alpes-Isère- 38). Eric Pierrard est le formateur attiré de cette formation pour cette phase test. (Fiche formation en annexe 2)³

2. L'EVALUATION EN FIN DE FORMATION

L'évaluation en fin de formation a été réalisée par Mr Éric PIERRARD. Cette évaluation « à chaud » a été réalisée à l'aide d'un questionnaire composé de deux volets de questions. Une première partie de dix propositions portent sur la formation et les dix suivantes sur l'intégration potentielle dans la pratique de chacun. Chaque réponse est notée sur une échelle de 1 à 6. Le chiffre 1 correspond à *pas du tout d'accord* et le chiffre 6 à *tout à fait d'accord*.

La population cible de cette formation concerne les infirmiers nouvellement arrivés en psychiatrie. Toutefois, chaque établissement conservait la possibilité de construire son groupe. Ainsi, le CHSM de Clermont (ancienneté 1,5 à 7 ans, moyenne à 4 ans) et le CH St Cyr (ancienneté 9 mois à 16 ans, moyenne à 7,6 ans) l'ont proposé à leurs populations infirmières sur leurs établissements. Le CHAI a fait le choix de réserver cette formation à deux unités d'un pôle, avec des infirmiers majoritairement expérimentés et les cadres de ces deux unités, (ancienneté 3 à 39 ans, moyenne à 15,5 ans). L'EPSM de la Vallée de l'Arve, en regard de sa démographie locale, a fait le choix de mixer des infirmiers en début de carrière et des infirmiers appartenant au groupe tuteur d'intégration (ancienneté 2 à 27 ans, moyenne à 10,3 ans). Sur la totalité des 41 professionnels qui ont bénéficiés de cette formation, seul 4 avaient une ancienneté de 2 ans ou moins dans la discipline, dont 1 cadre.

2.1 Résultats ⁴

Pour faciliter la lecture des résultats (Annexe 3), le traitement de cette évaluation à chaud s'est fait par jumelage des cotations, ainsi, par exemple les catégories 5 (presque tout à fait d'accord) et la catégorie 6 (tout à fait d'accord) ont été appariées.

Quelques résultats significatifs de ces retours de fin de formation : (précision ; l'indicateur n'est pas de nature quantitative, mais essentiellement de nature qualitative, il mesure la granulométrie, soit la richesse ou les ressources des répertoires relationnels de chacun)

- 40 professionnels sur 41 indiquent comprendre ce que recouvre la notion et les termes de qualité de présence du soignant, comme élément support dans les soins. (contre 32 au tout début de la formation).
- 39 professionnels sur 41 indiquent que cette formation contribue à mettre du sens sur le travail soignant au quotidien. Cette appréciation est d'autant plus significative que 37 répondants ont au minimum trois ans d'ancienneté. La question du sens est, entendu dans sa double assertion, compréhensive et vecteur de direction, constitue donc une préoccupation constante dans les soins en psychiatrie.
- 38 professionnels sur 41 indiquent mieux mesurer les ressources qu'ils doivent mobiliser dans le registre du « *prendre soin* ».

³ Voir en **Annexe 2**, page 16, la fiche intitulé : fiche de présentation de la formation SocleCare

⁴ Voir en **Annexe 3**, page 20, les 4 documents « Evaluation en fin de formation ».

- 38 professionnels sur 41 indiquent que le bénéfice attendu de cette formation pourrait être étendu à tous les soignants de psychiatrie (avec des extensions vers les directeurs). Les dimensions du « prendre soin » sont partageables par les différents métiers.
- 39 professionnels sur 40 pensent d'une part, que le carnet du SocleCare constitue un outil présentant un large éventail d'interventions infirmières relatives au prendre soin et d'autre part, appréhendent ce que recouvre la notion de qualité de présence.

3. EVALUATION A DISTANCE

Eléments de méthode

3.1 Une évaluation à distance par entretien

Cette évaluation a été réalisée à partir d'entretiens individuels effectués auprès de 37 infirmiers (ières) et 2 cadres de santé ayant bénéficié de cette formation. (39 entretiens réalisés, soit moins 2 par rapport à l'effectif formé). L'évaluation à distance se situe dans une fourchette entre 3 mois et 6 mois (moyenne à 4 mois) de la fin de la formation. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des professionnels interviewés et retranscrits par plusieurs professionnels du CRMC. L'ensemble des données ont été anonymisées.

Le choix a été fait d'un recueil de données par entretiens semi-dirigés. Le guide d'entretien⁵ (Annexe 3) a été élaboré à partir des travaux du groupe d'ingénierie, il a été finalisé ensuite en automne 2017 et il a fait l'objet d'une phase test auprès de trois professionnels. Son objectif est d'évaluer les différents niveaux d'impact attendus de cette formation.

Le guide d'entretien : sa structuration comporte 13 questions :

- Une première question porte sur le parcours du professionnel,
- 6 questions viennent ensuite qualifier les effets attendus de la formation, (modification de pratique potentiel, validation des dimensions du rôle propre, dimension contenante, réfléchissement de l'action, représentations finalisantes, amélioration de la relation dans le retour des patients)
- 3 portent sur la maquette de formation ; (adéquation aux objectifs d'identification du rôle propre, adaptation des techniques pédagogiques, pertinence de l'appui sur les textes de C.Malinowski)
- Les 3 dernières questions portent sur la transmission de ces apports en direction des collègues, le positionnement temporel de la formation dans le parcours professionnel, le périmètre des bénéficiaires éventuelles, et une question généraliste qui vise à clore l'échange.

Les entretiens, de 30 à 45 minutes, ont été réalisés sur rendez-vous et dans un lieu dédié en dehors des unités de soins.

⁵ Voir en **Annexe 4**, page 37, le guide d'entretien.

3.2 La campagne d'entretiens

Cette campagne d'entretiens s'est déroulée de janvier à juillet 2018 et a été menée par 4 investigateurs. Nous retenons la qualité d'organisation et d'accueil sur certains établissements.

- Au CHSM Clermont : Sylvie Tricard, Jean-Paul Lanquetin et Alex Lepape (stagiaire Master 2 au CRMC).
- Au CH St Cyr Mont d'Or : Michel Nicolas, finalisation de la campagne par des entretiens téléphoniques. (Jean-Paul Lanquetin est resté à distance de cette évaluation sur son établissement d'appartenance).
- Au CHAI : Michel Nicolas.
- A l'EPSM : Vallée de l'Arve, Sylvie Tricard et Jean-Paul Lanquetin dont 1 entretien téléphonique pour ce dernier.

3.3 Eléments de méthode pour le traitement des entretiens semi-directifs

L'ensemble des analyses d'entretiens par établissement sont reportés en **annexe 5**. L'analyse des entretiens s'est déroulée en plusieurs temps

- **Le premier temps** : Il a consisté à une lecture croisée et « à froid » de la saisie d'entretien. Il s'agissait lors de ce temps initial de parcourir l'entretien, de saisir sa densité, sa dynamique, de prendre connaissance de ce corpus de données. Bref, l'objectif est ici de se familiariser avec le récit de la personne interviewée.
- **Le deuxième temps** : Il a consisté en une analyse entretien par entretien, et question par question. La première consistait à repérer avec l'emploi d'un surligneur les phrases ou les propos des personnes interviewées qui nous paraissaient les plus pertinents ou illustratifs. Les éléments saillants qui présentaient une idée particulière ont été extraits. À des fins de mobilisation de ces données, une fiche par question a été ouverte sur laquelle la ou les idées dominantes repérées ont fait l'objet d'une transcription⁶. Cette technique nous a permis d'optimiser les retours d'entretiens dans l'illustration de nos analyses.
- **Le troisième temps** : Il concernait le traitement des entretiens avec une saisie informatique des éléments retenus. La synthèse de ce matériel a fait l'objet d'une synthèse par établissement, reprenant des illustrations par mobilisation d'extraits de Verbatim.

La présentation suit le déroulé des questions, lesquels ont été reformulés pour les questions 2 à 8 en regards des attendus de cette évaluation. Ainsi, le terme d'impact a été retenu.

Enfin, la présente synthèse qui suit recoupe le traitement des 4 établissements. Nous avons choisi pour illustrer ces éléments de recoupements et de synthèse, de procéder à une nouvelle opération d'extraits de matériel issu du verbatim pour renforcer l'ancrages de nos constats.

Le traitement de l'établissement n°1 a été réalisé par Michel Nicolas et Jean-Paul Lanquetin, le traitement des établissements n°2, 3 et 4 a été réalisé par Michel Nicolas. La synthèse initiale et ses développements ont été travaillés Nicole Chavallard et Jean-Paul Lanquetin.

⁶ Voir en **Annexe 5**, page 40 à 126, les analyses d'entretien par établissements.

4. Résultats

4.1. Impact sur le métier :

Repérage de trois mots clés ; **réassurance** sur l'exercice de son rôle propre, **légitimité** de celui-ci, **valorisation** de son travail au quotidien.

Cette formation apporte et/ou permet :

Pour les quatre établissements :

→ De la **réassurance** chez les professionnels car elle donne **du sens** à la pratique, au quotidien, elle donne de la consistance et conforte cette pratique.

« *Cela fait un bien énorme de voir ma pratique posée.* » (CH4, infirmière, Q5)

→ Une **mise en valeur du travail** effectué car elle met des mots sur une pratique peu décrite, en défaut et en attente de symbolisation langagière, elle la théorise. Le terme qui revient le plus est celui de **valorisation**.

« *Oui, je trouve que justement ça met en valeur ce qu'on fait déjà, donc nous consolide là-dedans et ça nous donne envie de prolonger tout ça* » (CH1, Infirmier 4 – Q3)

→ Une reconnaissance et **une légitimité** du métier en mettant en valeur et en visibilité les actions du rôle propre infirmier.

« *Ca nous conforte vraiment dans notre rôle d'infirmier en psychiatrie qui parfois est pas évident à cerner* » (CH3, Infirmier 8, Q3).

→ Un **positionnement professionnel** car elle permet de prendre du recul, de développer la réflexion clinique et permet de se re-questionner sur sa pratique.

« *Suite à cette formation je me suis posé des questions : comment je fonctionnais avant et comment après cette formation, j'avais envie de fonctionner. Je me suis remise en question. J'ai aussi observé du coup comment mes collègues fonctionnaient. Je trouve que ç m'a apporté en bien* » (CH3, Infirmier 1, Q6).

→ Une **remobilisation** et re-motivation des professionnels

« *Cette formation c'est une réflexion vers le soin. Cette réflexion il faut la réveiller et cette formation l'a réveillée* » (CH3, Infirmier 9, Q3)

Pour un établissement

→ Une **transmission** du savoir-faire aux étudiants et collègues en appui sur une mise en mots identifiée, partageable et transférable de la pratique

« *Aux étudiants soit qu'ils sont intéressés soit qu'ils le sont pas mais que moins on peut leur expliquer ce qu'on fait. On leur donne les clés ; à eux de après... à eux d'en faire ce qu'ils en veulent. S'ils ont envie de gratter un petit peu pourquoi pas mais déjà je crois qu'on perd pas mal de gens qui seraient*

fait pour la psychiatrie juste parce qu'on n'a pas les clés pour leur donner envie de venir travailler avec nous... » (CH1, Infirmière7, Q3).

4.2. Impact sur la pratique / patients

Repérage de trois mots clés ; s'autoriser dans sa pratique, **modifier** son regard, majorer son offre de **disponibilité**.

Pour les plus expérimentés, il s'agit d'une mise en mot de leur pratique, et cette métaconnaissance de l'action les conforte dans celle-ci.

Pour les professionnels des quatre établissements, les apports sont :

→ Augmentation quantitative et qualitative de **leurs offres de disponibilités** et de leurs qualités de présence (pour tous les établissements). « *Je me suis rendu plus disponible* » (CH2, Infirmier 5, Q7). Il s'agit d'une amélioration **de la qualité de la relation**. « *Depuis la formation, les patients, ça leur fait plaisir de nous voir souriante..* » (CH2, infirmière 9).

→ Le positionnement du soignant gagne en souplesse, la diversification des pratiques et des réponses limitent et évitent les conflits, préviennent les débordements et apportent **une meilleure contenance**. La place du cadre est mieux perçue dans sa fonction de tiers dans la relation de soins, « *Un cadre qui n'interdit pas mais qui permet* »

→ La formation contribue à augmenter l'exigence de l'attention portée aux patients. Le travail sur ces dimensions de soin et sur la qualité de la relation favorisent les pas de côté. Ces éléments induisent alors un décentrement **du regard, et donc favorise un autre regard sur le patient**.

« *A faire plus attention à la clinique encore, à chercher un peu plus dans leur historique voir un petit peu quels sont leurs différents...* » (CH1, Infirmière 5, Q7).

→ Aller vers l'autre, initier la rencontre, oser, **s'autoriser** à utiliser d'autres approches, d'autres modalités relationnelles ou d'autres réponses.

« *C'est vrai qu'avant je me disais : je ne vais pas m'asseoir par terre avec un patient pour discuter. En fait, il m'a conforté dans l'idée qu'on s'en fout un peu de l'image que ça peut donner si on sent qu'à ce moment-là c'est adéquat et nécessaire pour être vraiment en relation avec le patient. Je me suis retrouvé à faire ça, il y a moins d'une semaine avec une patiente qui était en pleurs assise à côté des toilettes et qui ne voulait pas bouger. Qui ne voulait pas parler. Je suis restée assise avec elle pendant une demi-heure dans les toilettes. Et en fait, elle a fini par parler et petit à petit on a pu aller après dans sa chambre.* » (CH3, Infirmier 4, Q2)

Pour trois établissements, la formation a permis l'ouverture, ou la réouverture des portes du bureau infirmier, (la fermeture est alors liée à la protection d'éléments de confidentialité). Ce constat traduit un effet concret en terme d'intégration et de modification de pratiques.

« *Voilà, ça a été évoqué pendant Soclecare, maintenant, systématiquement, je laisse la porte ouverte(...) Ca envoie un message(...) il y a beaucoup de choses qui sont faites, de messages, de petites*

choses comme ça. Je laisse ouvert, je trouve que c'est plus accueillant...Il y a à faire plus attention à l'ambiance du service, de choses qui ne sont pas forcément palpables, mais on peut faire attention si on y est.....Et Soclecare a pu me faire réagir et aborder ma pratique différemment sur deux, trois petits trucs comme ça... »

Pour un établissement

→ Intégrer d'autres paramètres du collectif dans la compréhension des situations en prenant en compte l'ambiance.

4.3. Impact sur la pratique / équipe

Pour tous les établissements, c'est leur regard sur la pratique des collègues qui a évolué (une meilleure tolérance) avec la capacité à échanger sur cette pratique ; soit une diversification des pratiques et une augmentation du répertoire collectif de ressources professionnelles.

« On n'ose pas dire à un collègue, à apprécier ce qu'un collègue a fait, parce que quand vous êtes en difficulté et un collègue nous donne son avis et cet avis vous aide, moi je pense que c'est gratifiant de lui faire savoir » (CH3, Infirmier 2, Q2).

Pour deux établissements, les professionnels pensent qu'il est nécessaire de proposer la formation aux autres professionnels au sein de l'équipe pour obtenir une cohésion, et monter en compétence sur une culture et une démarche commune.

4.4. Impact sur les patients

Sur la prévention des débordements, 33 sur 37 professionnels interrogés affirment que cette formation permet de prévenir les débordements. Cette évaluation sur le renforcement des capacités contenantes des professionnels et des équipes prend une signification particulière à un moment où la question du moindre recours aux mesures de restriction des libertés en général et aux mesures d'isolement et de contention mécanique en particulier, est devenue saillante. Les registres d'actions valorisés et développés lors de cette formation sont de nature à alimenter les plans de prévention locaux, particulièrement dans leurs dimensions de prévention primaire et secondaire. Cette dimension contenante s'organise autour des éléments suivants :

- Plus de disponibilité
- Plus de souplesse et de capacité à se détacher du cadre
- Une capacité à contourner la crise
- Un repérage précoce et l'anticipation des situations de crises
- La perception et une lecture de l'ambiance
- Un développement des alternatives
- La dynamique collective
- Se sentir contenu dans son cadre d'exercice permet d'être plus contenant

Extraits de verbatim :

« Parce que déjà rien que SocleCare l'aborde ce principe d'être contenant (...) Moi, je l'ai vue dans aucun autre ouvrage, aucune autre revue ou quoi que ce soit alors que c'est censé être la base de ce pourquoi on est ici ! La fonction du soignant en psychiatrie, et c'est évoqué nulle part, à partir du moment où c'est évoqué, on en prend conscience, et là, du coup cela change la donne »(CH1, Infirmier 7, Q 4)

« Des fois, je repense à la formation et je me dis : qu'est-ce que je pourrais bien faire là tout de suite lorsque je vois que c'est un petit peu critique au niveau de la situation. Qu'est-ce que je pourrai bien appliquer pour désamorcer soit des tensions entre collègues ou des incompréhensions, ou même avec les patients. Quand un collègue est un petit peu déstabilisé, arriver à prendre le relai, je pense que c'est super important. Ça m'a beaucoup aidé » (CH4, Infirmier 1, Q4).

Les autres impacts sur les patients

- La qualité de la relation de soin,
- Des actions de soins plus pertinentes
- Un abaissement du seuil relationnel
- Des patients plus apaisés
- Une amélioration de la qualité d'ambiance dans l'unité
- Une meilleure communication en termes d'actions de cognition sociale par majoration de l'attribution d'intention pour le patient.

- *« Cela permet des petites ouvertures et une co-construction avec le patient »* (CH2, Infirmier 1)

- *« Si je me sens plus à l'aise avec eux (les patients), je me dis qu'ils le ressentent, peut-être qu'ils sont plus rassurés quand ils sentent quelqu'un qui a confiance en face d'eux dans la relation... »* (CH2, Infirmier 3)

- *« Je pense à, un patient qui est hyper adhésif, ..., qui use beaucoup l'équipe parce qu'il prend beaucoup d'énergie... Le week-end dernier il a été hyper-calme ... Parce qu'on était réellement disponible. Ça lui a permis de contenir plus longtemps en fait »* (CH2, Infirmier 4)

- *« Impact positif : Les patients sont mieux, ils entendent plus ce qu'on leur di ».* (CH2, Infirmier 9)

Enfin un des professionnel, pointe qu'elle est plus dans l'observation des effets induits de sa pratique. Là où elle n'était pas confiante avant et n'osait vérifier les effets d'une pointe d'humour, elle cherche aujourd'hui à observer l'effet de dérivation que cela a sur la colère du patient ou sa frustration. (CH4)

4.5. Mettre des mots

Sous des modalités d'expressions différentes, on constate que tous les établissements ont noté avec la formation un accès favorisé au réfléchissement de l'action. La possibilité de mise en mots des actions décrites comme intuitives ou peu conscientisées facilite l'acquisition et le partage d'un langage commun. Il est ainsi question de « *conceptualisation* », d'un « *lexique* », de « *définitions* »...
« *On parle la même langue* »

Les effets constatés de cette subjectivation des actions de soins facilite le développement de plusieurs capacités :

Structurer la pensée

« *Avoir des mots, avoir une base qui puisse permettre de structurer sa pensée et quand la pensée est structurée, on sait où on va et du coup souvent, on est plus sûr de soi..* » (CH2, Infirmier 6)

Conscientiser ses actions (Métaconnaissance).

« *Mais voilà, ça vient mettre des mots, ça vient rendre légitime, ça vient faire exister ce que nous on fait au quotidien* » (CH 1-infirmier 12)

Mieux élaborer les actions. (Posture réflexive sur l'action)

« *Voilà, ça développe cette capacité-là en fait de pouvoir analyser une situation donnée et de la mettre en mots au niveau du collectif et de reprendre les choses en faisant équipe* » (CH1, Infirmier – Q5). Ainsi, cette formation dit l'un d'eux permet de « *mieux élaborer nos actions* »

Plus de pertinence dans les échanges d'équipes et les transmissions

Elle permet les échanges en équipe mais aussi avec les étudiants. « *Cela ouvre le dialogue, permet de se faire entendre* ».

« *Si une majorité de l'équipe a pu bénéficier de cette formation, on pourra plus facilement reprendre ensemble. Pourquoi le patient a réagi de cette façon, pourquoi nous on a réagi de telle manière. Comment on a fait s'il y avait une tension qui montait pour que ça retombe...* » (CH2, Infirmier 3).

4.6. Meilleure connaissance des objectifs d'action

Pour tous les établissements, la formation apporte **une meilleure connaissance du « pour quoi »** ils faisaient les choses car elle permet de prendre conscience de la dimension du soin, de remettre du sens sur les actes de soin, d'objectiver, de professionnaliser les actions et de faire du lien avec la pratique. Elle permet pour certains de comprendre qu'ils agissent en fonction de ce qu'ils sont.

« *Ça fait prendre conscience réellement du pourquoi on le faisait instinctivement, par bienveillance parce que ça nous paraissait le mieux. Là, ça met des mots, ça explique ce qu'on fait sans le connaître. Voilà là il n'y avait pas d'écrit là-dessus enfin moi j'avais jamais rien lu sur l'informel, même dans notre formation il y a très peu d'écrit sur ce qu'on fait* » (CH1, Infirmier 4 – Q6)

Avec le renforcement des représentations finalisantes, la formation favorise donc le script et la construction de scénarios psychiques, elle contribue à identifier des intentions.

« *Je pense pour ma part, je le faisais. Enfin, je savais en partie pourquoi je faisais ce genre de petites choses. Après, là c'est vrai que ça le met vraiment en valeur et ça met des mots dessus, sur ce que je n'aurais pas pu... Enfin, quand je parlais à mes collègues avant je disais je vais voir comment ils vont*

à la salle télé, on en dit pas plus. Y a pas le scénario, il n'est pas vraiment défini. Enfin il est défini, mais sans pouvoir l'écrire». (CH1, infirmier 4 – Q6)

« Ne pas hésiter à lire pour pouvoir se donner de l'importance et donner de l'importance à nos actes. Et qu'en fait ces actes du quotidien ont une démarche derrière assez professionnelle, et ont un but et sont un soin » (CH2, Infirmier 6)

4.7. -Adaptation des contenus, supports et techniques pédagogiques

A/- Pour tous les établissements et pour la majorité, les **contenus sont adaptés**. Tous ont montré un intérêt pour la valorisation du rôle propre et confirment **l'adaptation du contenu** par rapport à l'objectif de promotion de ce dernier. « Cela ramène vraiment à notre pratique quotidienne », « incite à poursuivre ». (CH4, infirmiers)

« Je trouve que la formation « rôle propre », je trouve que s'il y en a une à avoir en psychiatrie, c'est celle-là quoi clairement » (CH1, infirmier 8 – Q8)

B/- Tous les établissements ont trouvé **les techniques et supports pédagogiques adaptés**. L'équilibre entre interventions théoriques, réflexions sur des situations pratiques et échanges est apprécié. Pour un établissement l'utilisation de la vidéo a été débattue, cependant le support écrit a été préféré car il favoriserait l'appropriation des situations et une capacité à se projeter.

Deux établissements soulignent l'intérêt d'un format de programmation de 2 jours + 1.

C/- Le support **des textes autour de situations cliniques de Christophe Malinowski a été plébiscité**.

Ces récits sous forme de scénettes illustrent des situations de soins du quotidien. Un infirmier débutant (Christophe) touche aux limites de son action et une infirmière expérimentée (Germaine) dialogue la question des scénarios alternatifs.

Dans les retours des professionnels, l'infirmière expérimentée peut faire référence à des collègues de travail mais surtout elle constitue un modèle identificatoire et un idéal assez partagé. « Ce vers quoi on doit tendre » ou « on s'identifie tous à Germaine, on est tous un peu Germaine ». Ce modèle « n'est pas dans l'injonction, la moralisation » dira un infirmier, « elle permet le questionnement ». Ainsi ils sont plusieurs à souligner qu'ils y repensent dans leur pratique « qu'est-ce que Germaine aurait fait ? » ou alors après l'isolement d'un patient devenu trop agité, échange avec un collègue ayant fait la formation « Tu n'as pas réussi à faire ta Germaine ? »

Dans ces commentaires, la formation met en évidence l'ouverture, l'exploration et le renouvellement de scénarios alternatifs.

4.8. La transmission à l'issue de la formation

La transmission au sein de l'équipe est décrite comme difficile pour trois établissements. Cependant, pour l'établissement qui a fait le choix de former plusieurs infirmiers de 2 équipes de soins, avec leurs cadres, ils pensent pouvoir transmettre à leurs équipes respectives le besoin de souplesse, la présence à l'autre, le rôle propre et l'intérêt d'oser et de s'autoriser à agir. Peut-être le choix institutionnel de cet établissement démontre ici sa pertinence en termes de dynamique d'équipes en vue d'une mise en application des contenus.

Le carnet SOCLECARE fait peur aux personnes non formées car il peut apparaître pour certains comme trop formel, trop cadré alors qu'il prend tout son sens pour ceux qui ont bénéficié de la formation. « *Et en fait quand on fait la formation ça prend tout son sens et enfin moi enfin je me retrouve vraiment dans les valeurs qui sont inscrites dans ce concept entre guillemets* » (infirmier 2 – Q4)

Tous s'accordent à dire **qu'ils peuvent valoriser leur rôle propre infirmier**. L'importance de ce rôle propre, de l'informel, du quotidien est mis en évidence par la formation. Mettre en lumière ces dimensions de l'activité de soins permet de valoriser les compétences, de les renforcer, et de donner de l'importance à ces actes. « *Se faire confiance, se valoriser et non se rabaisser...* »

4.9. Le moment de la formation dans le parcours professionnel

La grande majorité des professionnels pensent que la formation devrait intervenir en première intention en début d'expérience professionnelle, entre 6 mois et 2 ans en moyenne. Mais au-delà de cette période électorale, on constate nombre de propositions qui concernent bien d'autres moments du parcours professionnel, souvent plus tard pour une remise en question et pour donner une nouvelle dynamique à l'équipe. Certains interviewés évoquent sa place également en formation initiale.

Les réponses à cette question touchent donc l'ensemble du parcours professionnel, avec des objectifs différents, formation initiale, formation consolidation des savoirs et formation spécifique.

4.10. Les professionnels « cible » de la formation

Les réponses à la question du périmètre des destinataires potentiels de cette formation sont riches d'enseignements. Nous pouvons les repérer autour de plusieurs axes.

L'Axe quotidien : Pour tous les établissements, elle mériterait être étendue à tous les professionnels qui partagent le quotidien des personnes soignées en particulier en direction des aides-soignants, mais aussi des ASH. Pour les aides-soignants (dont le domaine d'exercice est uniquement dans le champ du rôle propre infirmier), cette formation est adaptée par nature puisque axée sur le rôle autonome des infirmiers

L'Axe connaissance du travail infirmier. Pour certains, nous relevons que cette connaissance vaut reconnaissance. Les cadres sont mentionnés afin qu'ils aient une meilleure connaissance des domaines de latitudes et d'initiatives du travail des infirmiers.

Dans tous les établissements, les médecins sont cités à plusieurs reprises (19 fois sur 39) en vue de leur faire connaître les contributions aux soins liés au rôle propre infirmier. Cette meilleure connaissance venant alors renforcer à son tour une cohérence d'équipe.

D'ailleurs la plupart préconise de former l'ensemble de l'équipe

Les éducateurs, rééducateurs, psychologues ont été très peu cités.

Il est aussi souligné l'intérêt d'un groupe hétérogène en matière d'expérience professionnelle.

L'avis des cadres

Deux cadres ont bénéficié de la formation avec plusieurs infirmiers de leur équipe. Ils confirment l'intérêt de cette formation pour les cadres nouvellement arrivés dans cette discipline. Pour celui dans cette situation, la formation lui a permis d'objectiver et de nommer l'activité infirmière spécifique en psychiatrie. Ainsi Son management des soins contribue à impulser une dynamique de bienveillance, de « prendre soin » qui concoure à une qualité des soins optimums.

En Conclusion l'évaluation de la formation met en évidence que cette formation contribue à **légitimer, crédibiliser** et à **autoriser** de déployer les dimensions du rôle propre de l'infirmier en psychiatrie, et au-delà des soignants du quotidien, en direction du patient ou du groupe de patients. Tous ces éléments concourent à un « prendre soin » individuel et collectif, participent d'un climat relationnel, ouvrent à des espaces transitionnels où se déploient aussi bien des dimensions contenantes des soins, des actions de cognition sociales que les différentes déclinaisons de la proxémie, de l'empathie et du « care ».

Un des effets de cette réappropriation de son rôle propre par le professionnel est également un effet sur la qualité de vie au travail, lié à une forme de reconnaissance et de confirmation de « capacités à.. »

L'idée et l'objectif de la formation SocleCare fait appel aux bases et aux fondamentaux d'une pratique soignante en psychiatrie, issus de résultats de recherche, que ces sessions visent à rassembler et transmettre. Ce socle touche aux attendus que l'on peut avoir d'une contribution infirmière, voire plus largement, d'une qualité soignante pluri professionnelle autour du patient et d'une qualité **du** soin. Le retour de la campagne d'entretiens nous permet d'affirmer que la formation répond à ces objectifs et connaît, à distance, une validation confirmative unanime.

5. PERSPECTIVES :

Cette formation correspond à un besoin et un intérêt partagé sur tous les sites de cette phase test, et au-delà pour les formations réalisées en dehors de ce cadre. Cette offre s'affirme dans un contexte favorable où les pratiques professionnelles sont invitées à évoluer et se questionner sous l'angle d'une meilleure prise en compte d'un moindre recours à l'ensemble des mesures de restriction des libertés. Par ses actions centrées sur la qualité du soin, le SocleCare participe directement de ce mouvement. Enfin, par ses modalités d'intégration des résultats d'une recherche en soins, cette formation est novatrice dans le sens où elle concrétise la finalité et la contribution d'une recherche, soit augmenter nos connaissances basées sur des données valides et les intégrer.

Par ailleurs, ce cycle constitue en soi un vecteur de promotion de la RSI et de diffusion d'une culture de recherche.

Demain, nous pouvons avancer plusieurs perspectives pour prolonger cette action :

- Dans le cadre du CRMC, **intérêt de la présenter dans les Ets** (comme pour le rapport sur les repères pour un moindre recours à l'isolement) pour faciliter une meilleure appropriation institutionnelle.
- Intérêt de **former une majorité de professionnels d'une même équipe**, et de sensibiliser voire former les cadres et médecins.
- Intégration de cette formation **dans la consolidation des savoirs**
- Intégration dans **la formation des tuteurs d'intégration**.

Le développement de cette offre de formation nécessite maintenant de trouver une structure de portage et de promotion (OCPA). Des conditions de cette offre de formation seront alors requises. Elles concernent :

- La fidélité aux résultats de la recherche et à l'esprit de ceux-ci dans leurs modalités d'application,
- Le choix des formateurs et de leur formation à ce module.

Ces éléments devant restés garantis par les partenaires initiaux qui sont le GRSI, le GCIS et le CRMC.

Analyse et Rédaction :

Jean Paul LANQUETIN

Michel NICOLAS

Nicole CHAVALLARD

Finalisé le 22 février 2018