



Institut de formation en soins infirmiers

Travail de Fin d'études du Diplôme d'État Infirmier

Promotion : 2010 - 2013

NOM de l'étudiant : Champagnac Audrey

Soins infirmiers en psychiatrie : de la théorie à la pratique

Sous la guidance de Mme Deberge Patricia

Remerciements

Je remercie mes amis et collègues de promotion avec qui j'ai pu échanger sur ce travail, ainsi que les professionnels de santé que j'ai pu rencontrer lors de mes différents stages, et plus particulièrement ceux de mon stage en psychiatrie qui m'ont donné l'envie d'aller plus loin, de me questionner, de chercher les origines des problèmes rencontrés sur ce terrain professionnel.

Je remercie mes parents et ma famille, qui m'ont toujours soutenue.

Enfin, je remercie, Mme Derberge, guidante et formatrice, qui m'a beaucoup apporté : tant sur le plan humain que professionnel, elle a su me redonner confiance lorsque je commençais à douter, s'est toujours rendue disponible pour parler et a su m'orienter dans la bonne direction sans m'y contraindre.

Sommaire

Introduction.....	4
I.Développement	5
Description de la situation.....	5
Question de départ.....	8
Proposition d'une problématique	9
II.Phase exploratoire.....	10
III.Cadre conceptuel.....	13
Rôle de la formation initiale	13
Historique de la formation.....	13
Contenu de la formation.....	14
De l'étudiant novice à l'infirmier expert.....	17
De la théorie à la pratique.....	17
L'expérience.....	19
Devenir de la formation	20
Le postulat.....	20
Formation complémentaire : les propositions.....	21
IV.Élaboration d'hypothèses de recherches.....	22
V.Projet d'enquête	23
CONCLUSION.....	24
BIBLIOGRAPHIE.....	25
ANNEXES 1.....	26
Circulaire DGS/DHOS n° 2003-366 du 10 juillet 2003 relative à la mise en œuvre des enseignements concernant la santé mentale prévus par l'arrêté du 30 mars 1992 modifié relatif au programme des études conduisant au diplôme d'État d'infirmier.....	26
ANNEXES 2	30
Rapport Cléry Melin - 2003.....	30

Introduction

Après trois ans d'études en soins infirmiers, nous voilà à la fin de notre formation.

D'après la circulaire du 14 juin 2001, « dans un contexte de formation professionnelle, le TFE (travail de fin d'études) offre l'occasion d'exploiter et de mettre en œuvre les acquis de sa formation tant théoriques que pratiques »¹.

Certains diraient que ce travail est le résumé de trois ans d'étude, d'autres diraient que c'est le point final ou bien même le fruit de notre formation, d'autres enfin verraient cela comme la passerelle entre le monde étudiant et le monde professionnel.

En effet, à travers ce mémoire, nous avons choisi une situation d'appel, puis grâce à des recherches bibliographiques, les analyses de nos pratiques et parfois des entretiens avec des professionnels, nous nous sommes petit à petit positionnés en tant que tels.

Au début de la deuxième semaine de mon premier stage en psychiatrie, j'ai rencontré différentes difficultés m'ayant amenée à me poser des questions sur leurs origines, et donc à préciser mes recherches sur la formation initiale en psychiatrie.

J'ai choisi cette situation car elle est le reflet des dix semaines passées dans ce service : j'étais en difficulté, ne sachant pas le plus souvent quoi faire et dire face aux demandes des patients, j'étais rarement autonome dans mes actes, le bilan de ce stage représente bien mon ressenti « bon stage sur les deux dernières semaines » ; je ne me suis sentie à l'aise qu'à la fin, et encore.

Je me rattachais aux connaissances théoriques apportées par la formation initiale, je connaissais la sémiologie des psychopathologies et les traitements associés, mais dès qu'un patient me faisait une demande particulière, je ne savais pas, je délégais aux autres professionnels, je n'arrivais à prendre aucune initiative.

La psychiatrie n'est, certes, pas la discipline vers laquelle je me destine, mais elle demeure celle qui m'a fait le plus réfléchir sur mes pratiques et sur mon futur statut de professionnel. Dans ce stage, je me suis constamment remise en question afin d'améliorer mes attitudes et actions en situation de soin et c'est pour cela que j'ai voulu aller au bout de cette réflexion en y consacrant mon travail de recherche.

I. Développement

I.1. Description de la situation

Cette situation se passe dans un service fermé d'admission, en psychiatrie. Je suis au début de ma deuxième semaine de stage, le premier en service psychiatrique.

Avant que le repas du soir ne soit servi, tous les patients sont installés dans la salle à manger en attendant le repas.

A ce moment là, une patiente, Mlle L., est assise à table.

Âgée de 19 ans, elle est hospitalisée dans ce service depuis plus d'un an. Elle présente un état limite et est suivie depuis de nombreuses années en milieu psychiatrique. Cette patiente a subi de multiples traumatismes pendant l'enfance. Après avoir été maltraitée par ses parents, Mlle L. a été placée dans une famille d'accueil où elle a été abusée sexuellement par le père, cela a duré plusieurs années avant qu'elle n'ait pu en parler. Suite à cet abus, Mlle L. a été placée dans un foyer d'enfance, jusqu'à l'âge de ses 18 ans. Cependant la prise en charge étant difficile pour le personnel, elle a fait différents séjours en unités psychiatriques adultes pour troubles du comportement, hétéro agressivité, passage à l'acte sur d'autres patients.

Sur l'ensemble du séjour, on peut observer que Mlle L. est une patiente adhésive envers les soignants mais aussi d'autres patients. Elle est souvent dans la provocation et transgresse régulièrement le cadre de l'unité pour ce qui est des repas, des horaires, du comportement etc. Ce qui entraîne de multiples recadrages dans une même journée, et l'instauration d'un contrat entre elle et les soignants. Ce dernier a été signé par la patiente, s'engageant alors à le respecter ou se voir refuser les sorties parcs auxquelles elle a le droit le matin et l'après-midi. Mlle L. s'engage à :

- respecter les horaires de repas, les horaires des sorties parcs
- prendre une douche chaque matin,
- prendre les traitements
- puis de prendre le repas
- ranger sa chambre, faire son lit, changer les draps (si épisode d'énurésie pendant la nuit) tout en le signalant aux soignants.

Mlle L. est présente dans l'unité pour une réorientation cependant aucun projet ne semble lui correspondre : les troubles du comportement et le non respect du cadre ont déjà mis en échec des projets passés rendant difficile à ce jour la prise en charge thérapeutique de la patiente.

(J'ai obtenu la majeure partie de ces informations lorsque j'ai commencé à rédiger mon mémoire).

Mlle L. m'interpelle et me pose directement une question, s'en suit une discussion, elle est alors avec trois autres patients.

Mlle L. : J'suis folle ?

Moi-même : Pourquoi vous me demandez cela ?

Mlle L. : Est-ce que je suis folle ? c'est simple comme question non ?

Moi-même : Et moi je suis folle ? dis-je sur le ton de l'humour.

Mlle L. : Vous moquez pas de moi, je vous demande si je suis folle. Alors dites moi ce que c'est un fou !

Hésitante et déstabilisée, je réponds après quelques secondes de silence :

Moi-même : Je ne sais pas Mlle L., pour moi un fou c'est quelqu'un qui court tout nu dans la rue en criant. C'est ma conception d'un fou.

Mlle L. : Ouais ... répond-elle, en baissant les yeux vers son assiette.

Une autre patiente assise à la même table rentre alors dans la discussion :

Mme C. : Alors un fou, c'est quelqu'un qui est différent de la société ?

Moi-même : Et bien non, ça c'est la définition d'un homme différent.

Mme C. : Et un schizophrène, c'est un fou ?

Moi-même : Non, c'est un schizophrène.

En disant cette dernière phrase, je pose alors mes mains sur la table, la réaction de la patiente Mlle L. est alors immédiate :

Mlle L. : Pousse toi ! T'approche pas !

Je m'exécute instantanément et Mlle C. parlant à Mlle L. :

Mlle C. : Mais calme toi, tu rigoles ou pas ?

Voyant que Mlle L. ne rigolait pas, je me suis éloignée en m'excusant, et elle a ainsi rajouté :

Mlle L. : Je suis sûre qu'on me cache quelque chose.

Tout le long du repas, je me suis tenue à distance des patients de cette table, restant même quelques minutes dans la cuisine à côté car d'une part, je ne savais pas si la patiente allait de nouveau m'interpeller et d'autre part : j'étais déstabilisée. Étant mise en difficulté, je n'allais pas plus loin dans ma réflexion lorsque les patients me posaient des questions, je ne faisais que répéter leurs mots ou je détournais les questions afin « d'éviter » d'avoir à y répondre.

J'en ai alors parlé directement à une infirmière car j'étais perplexe sachant que je n'avais pas eu les réponses et comportements adéquats. L'infirmière m'a alors répondu que si cela se reproduisait, je devais fermement mettre un terme à la discussion en signalant que ce n'était pas le moment d'en parler, ce moment étant celui du repas, si elle avait des questions à poser ou des demandes à faire, qu'elle les fasse à l'équipe et non en présence des autres patients.

Lors de cet entretien informel, plusieurs questions ont émergé : pourquoi la patiente Mlle L. m'a demandé si elle était folle ?

En effet pourquoi cette question récurrente ?

Qu'est-ce que la folie, est-ce un terme médical ?

Que peut-elle représenter pour un patient en psychiatrie ?

Peut-on dire d'un patient admis en service psychiatrique qu'il est fou ?

Qui peut répondre à cette question ?

Quel est le rôle d'un infirmier en service psychiatrique ?

Peut-on tout dire à un patient atteint d'une psychopathologie ?

Autant de questions sur la folie et autour de la prise en charge du patient en milieu psychiatrique. N'ayant jamais fait de stage en psychiatrie, je me suis retrouvée très vite déstabilisée et mise en difficulté face à cette prise en soin différente et plus complexe sur le plan de l'humain et du relationnel. Je ne retrouvais plus ce cadre des soins généraux qui me permettait de tenir mon statut d'étudiante infirmière et surtout mon rôle de soignant où mes propres représentations venaient se confronter avec la réalité du milieu psychiatrique; dans ce stage, je me perdais dans les rôles, je n'avais pas la bonne distance avec les patients mettant en échec toute prise en soin.

I.2. Question de départ

Ma recherche se situe en amont du diplôme d'état infirmier, sur ce qui oriente les actions de l'étudiant lorsqu'il est en situation de soin en psychiatrie.

Dans la situation d'appel, je me retrouve confrontée à l'heure du repas dans la salle commune, à des questions de différents patients d'une table. Je suis alors la seule soignante dans la salle. Une jeune patiente me pose une question avec insistance à laquelle je ne sais pas répondre, et j'essaie par différents moyens de ne pas avoir à y répondre :

- Je demande d'abord à la patiente d'explicitier sa question en essayant de reformuler mais je n'y parviens pas, je pose alors une question différente pour comprendre le pourquoi de cette question.
- J'essaie, par un mécanisme de défense, qui est l'humour, d'ironiser la question.

Cependant, la patiente pense que je me moque d'elle et attend de moi que je lui définisse ce qu'est un fou.

Je ne sais toujours pas répondre à la question, je me sens bloquée et obligée de répondre car la patiente semble s'impatienter. Je ne mesure pas mes mots et sors des termes profanes, non spécifiques dans le milieu de la psychiatrie : une définition lambda provenant tout droit de représentations sociales préexistantes.

Hélas, cette réponse va générer des questions d'une autre patiente assise à la même table, auxquelles je ne suis toujours pas capable de répondre. Je me sens très vite piégée dans une conversation que je ne maîtrise pas, un entretien que je ne dirige pas : ce sont alors les patients qui mènent l'entretien.

Mais alors dans cette situation, la communication est-elle suffisante ? Est-ce-que la communication avec des patients en psychiatrie est-elle suffisamment abordée dans la formation ? Les étudiants ont-ils des apports suffisants pour leur permettre de transférer dans la pratique les outils de communication ?

L'étudiant doit mettre en application ce qu'il sait en théorie, en situation de soin, cela met alors en exergue :

- ses capacités d'adaptation
- son expérience
- ses représentations sociales
- ses connaissances et ses compétences

- ses mécanismes de défense

Il m'a parut intéressant de travailler sur ce sujet dans l'idée d'ajuster nos pratiques même en tant qu'étudiant ou futur jeune professionnel.

La formation est le point de départ théorique de chaque étudiant infirmier, mais celui-ci arrive avec un bagage : des expériences, des représentations sociales, de la littérature.

La formation et les apports théoriques doivent ainsi prendre le pas sur les apports subjectifs avec lesquels l'étudiant arrive. Ainsi, au travers des différents cours enseignés sur l'ensemble de la formation, tous les étudiants d'une même promotion devraient avoir une base théorique analogue concernant : les psychopathologies, la spécificité des soins infirmiers en psychiatrie, les médicaments psychotropes, etc.

A travers ce travail de recherche, je me suis interrogée sur la relation de cause à effet entre la formation initiale, nos représentations sociales et nos attitudes en situations de soins : *« est-ce que les étudiants infirmiers ont assez d'outils et de connaissances pour mettre en lien la théorie et la pratique ? »*

I.3. Proposition d'une problématique

« En quoi la formation initiale, les expériences et les représentations sociales, nous permettent de mettre en lien la théorie et la pratique, et orientent les attitudes et actions en situations de soins ? »

II. Phase exploratoire

Au début de mon travail de recherche, je ne me concentrais uniquement sur les représentations sociales du soignant, mes recherches se cantonnaient aux champs psychologiques et sociologiques. C'est ainsi, que j'ai commencé mes lectures bibliographiques avec des ouvrages ciblant ce thème :

- MANNONI P. Les représentations sociales. Paris : Puf ; 2012 . 6^{ème} édition ²
- JODELET D. Folies et représentations sociales. Paris : Puf ; 1989
- COUPECHOUX P. Un monde de fous – Comment notre société maltraite ses malades mentaux. Paris : Seuil ; 2012. 1^{ère} édition ³

Je me suis tout d'abord posé la question : « en quoi les représentations sociales peuvent-elles interférer dans la relation soignant-soigné ? » mais cela était trop général, j'ai alors précisé les représentations sociales en santé mentale, là encore, mon travail de recherche ne progressait pas. Je m'obstinais à penser que seules les représentations sociales étaient la source de mes difficultés à communiquer avec un patient en psychiatrie.

Ces lectures se trouvant insatisfaisantes pour ce travail de recherche, je me retrouvais très vite « piégée » dans un thème dont il m'était difficile de sortir : la folie.

J'ai repris la situation d'appel dès le départ et j'ai clairement reposé différentes questions et j'en suis arrivée au postulat qu'il n'y avait pas une seule entité qui régissait nos actes en situations de soins en psychiatrie, mais plusieurs.

J'ai élargi et concentré mes recherches dans le champ des soins infirmiers et celui de la psychiatrie, sans oublier celui des sciences humaines étant donné que les représentations sociales sont omniprésentes.

Au fil de cette recherche, l'expérience s'est révélée prépondérante dans le caractère « novice »⁴ de nos démarches, actes, actions et attitudes en situations de soins. Se référant au champ législatif, la formation initiale est légiférée : elle apporte un enseignement théorique à travers différentes unités d'enseignements délivrées sur les trois ans de formation, dont le contenu est détaillé dans le BERGER-LEVRAULT Profession infirmier ⁵, ceci malgré les mêmes connaissances apportées à chaque étudiant d'une même promotion, chacun ne se positionnera pas de la même façon dans une situation de soin. Cela dépend de l'année dans laquelle il se trouve, des différents stages qu'il a pu effectuer dans un service similaire ou non : cela dépendra effectivement de son expérience.

Des ouvrages très connus comme MORASZ L., PERIN-NIQUET A., BARBOT C., MORASZ C. L'infirmier(e) en psychiatrie : les grands principes du soin en psychiatrie, peuvent permettre à l'étudiant ou jeune infirmier de se documenter en plus des cours délivrés par son institut de formation, mais cela reste toujours de la théorie, des mots écrits sur du papier et non une mise en situation.

Dans l'ouvrage de BENNER P. De novice à expert – excellence en soins infirmiers ⁴, l'auteur développe très bien le fait qu'un soignant n'est pas expert dès le départ, qu'il passe par une série d'étapes par lesquelles il acquiert des connaissances au travers d'expériences.

De plus en orientant mes recherches dans ce domaine, j'ai trouvé plusieurs articles abordant la nécessité d'une formation complémentaire en psychiatrie :

- PERRIN-NIQUET A. Une formation complémentaire de courte durée en psychiatrie ? Soins Psychiatrie – Mars/Avril 2004 ⁶
- BOURDEUX C. Vers une formation complémentaire pour les infirmiers exerçant en psychiatrie. Soins psychiatrie – Juillet/Aout 2004 ⁷
- SURBLED M. Formation continue en psychiatrie : une nécessité ? Actusoins – Janvier 2012 ⁸

Dans les deux premiers articles, il est relaté l'existence d'une enquête réalisée en 2002 par un groupe d'étude sur la formation infirmière en psychiatrie.

Je vais donc me concentrer sur le compte rendu de cette enquête, qu'est la circulaire DGS/DHOS n°2003-366 du 10 juillet 2003 relative à la mise en œuvre des enseignements concernant la santé mentale prévue par l'arrêté du 30 mars 1992 modifié relatif au programme des études conduisant au diplôme d'État d'infirmier ⁹. Suite à la fusion des formations en soins infirmiers conduisant à une formation d'infirmier généraliste (c'est-à-dire la suppression de la spécialisation d'infirmier psychiatrique), une question s'est très vite posée : les infirmiers jeunes diplômés sont-ils assez formés et compétents pour travailler en santé mentale ?

L'enquête a été réalisée auprès de 239 IFSI représentant 21 régions, 84 départements dont 3 départements outre-mer. Des résultats montrent que 23% des IFSI répondants n'ont pas de formateurs issus de la psychiatrie mais qu'ils organisent cependant des modules optionnels concernant cette discipline là. De plus, globalement, « il semble manquer pour nombre d'IFSI une appréhension globale du champ de la santé mentale, voire du champ de la psychiatrie ».

Cependant, les conditions de formations ne semblent pas faire obstacle dans l'orientation en psychiatrie, celle-ci tenant plus de la volonté de l'étudiant ; mais « l'absence de formateurs ayant une expérience de la psychiatrie au sein de l'IFSI a tendance à nuire à la qualité du projet pédagogique ».

Il semble cohérent que les professionnels ayant une expérience dans le milieu de la santé mentale, soient plus à-même de parler de la psychiatrie, de leur expérience, de leur vécu, et d'enseigner une théorie plus en lien avec une pratique professionnelle. Ils sauront par leur vécu, expliquer et transmettre un savoir spécifique à la psychiatrie.

Suite à ces différents résultats, des recommandations ont été faites et se portent sur l'acquisition des savoirs techniques et le développement de la compétence clinique à l'occasion de stages.

Qui veut dire stage, veut dire expérience : la compétence clinique de l'étudiant et du jeune infirmier se développe en se confrontant à des situations rencontrées sur le terrain de la psychiatrie. L'acquisition des savoirs techniques est primordiale et représente la base théorique de l'étudiant, mais sans l'expérience, toutes les connaissances ne sont que subjectives ; c'est en situation de soin concrète que la théorie prend tout son sens.

Suite à cette phase exploratoire j'ai redéfini ma problématique initiale :

« En quoi que la formation initiale, dans ses dimensions théorique et pratique, permet de passer outre l'expérience personnelle et les représentations sociales, afin de fonder et orienter les attitudes et les actions professionnelles en situation de soin, en service psychiatrique ? »

III. Cadre conceptuel

III.1. Rôle de la formation initiale

III.1.1. Historique de la formation

De « gardien-surveillant humaniste »¹⁰ à infirmier diplômé d'état en passant par les « gardiens de fous »¹¹ et les infirmiers de secteur psychiatrique, le statut de l'infirmier en psychiatrie a évolué et s'est adapté en fonction de la considération de la « folie » dans la société et des progrès dans cette discipline.

La première fois que le mot « infirmier » est utilisé, c'est en 1398 ; il est issu du terme infirme qui vient du latin *infirmus*, qui signifie faible, impotent, invalide. Tout d'abord, ce terme désignait les sœurs qui, dans les Hôtel-Dieu ou Maison Dieu, prenaient en charge les soins, ces derniers apportant un soutien tant sur le plan spirituel que corporel.

Ainsi, jusqu'au XVII^{ème} siècle, les soins apportés aux malades relevaient en partie de la charité chrétienne et les savoir-faire dépendaient de pratiques séculaires. Mais suite à la pénurie de religieuses et à l'augmentation des institutions, un personnel spécifique s'occupe alors des « aliénés », on les appelle les « gardiens de fous » ; ce sont pour la plupart d'anciens malades d'asile, pouvant être sujets aux rechutes. Il faudra alors attendre la laïcisation des hôpitaux, les travaux de Pasteur et les progrès de la chirurgie pour que se fasse ressentir le besoin de formation¹².

Au début du XX^{ème} siècle, la circulaire du 28 Octobre 1902, la création des écoles d'infirmiers rend obligatoire et en 1907, l'Arrêté préfectoral du 4 avril déclare la création du Diplôme d'infirmier Psychiatrique Départemental (modifié par l'arrêté du 31 août 1908).

C'est la première trace réglementaire de la profession. Cependant si on regarde de plus près le contenu de cette formation antérieure, les soins dits « ménagers » c'est-à-dire la couture, l'entretien du linge, la tenue de la maison et l'économie domestique, sont aussi importants que les soins directs aux personnes. Il faudra attendre quelques années pour que des notions d'anatomie, de physiologie et de travaux pratiques apparaissent dans des programmes qui restent à cette époque-là, encore officieux : le premier grand manuel de psychiatrie ne sera édité qu'en 1912.

A partir de 1907 et grâce à l'évolution de la discipline sur plusieurs décennies, le gardien en psychiatrie devient infirmier des asiles d'aliénés diplômé de l'État français grâce à une formation facultative sur 5 ans (1930) ; avec la médicalisation de la psychiatrie, le fou est considéré comme un malade à part entière, et les asiles deviennent des hôpitaux psychiatriques (1937).

Au milieu du XX^{ème} siècle, la circulaire du 30 Novembre 1949 rend obligatoire dans tous les établissements psychiatriques français, un programme de formation axé sur les connaissances techniques spécialisées et la formation de la personnalité des infirmiers à une attitude psychiatrique. Puis par l'arrêté du 28 juillet 1955, pour le personnel travaillant en psychiatrie, la formation professionnelle devient obligatoire, et a lieu sur le temps de travail ; elle est alors de deux ans et dispense plusieurs enseignements comme la pharmacie, l'hygiène, l'anatomie, la physiologie, les soins aux malades mentaux et la morale professionnelle, entre autres.

Avec les avancées dans le domaine de la psychiatrie, la modification du rôle infirmier va s'imposer, car pour effectuer les soins spécifiques à cette discipline, l'infirmier doit connaître les maladies (psychopathologies), les différents médicaments (psychotropes), et la relation soignant- soigné. L'infirmier ne sera plus un simple exécutant, mais on attendra de lui qu'il s'investisse dans la prise en charge des patients : l'infirmier acquiert un rôle propre avec une capacité de décision ¹² et la morale professionnelle disparaît au profit de l'éthique professionnelle.

Dans les années 70, une nouvelle formation psychiatrique apparaît avec un nouveau diplôme : le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique. Elle sera initialement de 28 mois puis passera à 33 mois et montrera de plus en plus de similitudes avec la formation des infirmiers en soins généraux.

C'est ainsi, qu'avec l'arrêté du 23 mars 1992, le Diplôme d'État Polyvalent est créé. Avec initialement 4640 heures de formation pour devenir infirmier de secteur psychiatrique, la formation théorique en psychiatrie passe à 400 heures. C'est la fin de la formation spécifique des infirmiers de secteur psychiatrique, et du salariat des élèves infirmiers.

III.1.2.Contenu de la formation

D'après l'arrêté du 31 Juillet 2009⁵ et l'article D4311-17 du Code de la santé publique, la durée de formation est de trois ans. Cette « nouvelle formation conduisant au diplôme d'État infirmier vise l'acquisition de compétences pour répondre aux besoins de santé des personnes dans le cadre d'une pluri-professionnalité⁵ ».

Cette nouvelle formation s'articule en deux parties :

- **la formation théorique** : la psychiatrie proprement dite est abordée dans une unité d'enseignement qui est l'UE 2.6 : Processus psychopathologiques. Elle est abordée en première année en semestre 2 après que les étudiants aient reçu au préalable, les cours de psychologie, sociologie, anthropologie de l'UE 1.1, considérés comme pré-requis pour aborder l'UE 2.6.

Les éléments de contenu de l'UE 2.6 S2 définis par l'arrêté du 31 Juillet 2009⁵ et qui devront être abordés à travers des cours magistraux et des travaux dirigés sont : les modèles d'analyse des troubles psychiques, les modèles de thérapie des troubles psychiques, le normal et le pathologique, la structure de personnalité et leur mode de décompensation spécifique, les troubles du développement, les facteurs favorisants, la symptomatologie et les éléments de prise en charge.

A l'issue de ces enseignements les étudiants devront être dans la capacité de :

- décrire les modèles d'analyse des troubles psychiques
- décrire les mécanismes d'apparition des problèmes de santé mentale et des pathologies psychiatriques
- identifier les signes, les modes de décompensation, les complications, les risques, les prises en charge des problèmes de santé mentale ou pathologies étudiés.

Puis ce n'est qu'en dernière année, que sont prévus de nouveaux enseignements sur cette discipline avec l'UE 2.6 S5, plus axés cette fois-ci sur les pathologies psychiatriques, de l'adulte et de l'enfant, mais aussi les thérapeutiques. On attendra alors des étudiants :

- qu'ils intègrent les connaissances nécessaires à la construction d'une relation thérapeutique et aux soins à donner aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale ou de pathologies psychiatriques.
- qu'ils développent un questionnement personnel sur les compétences et attitudes relatives à l'exercice professionnel en psychiatrie en santé mentale.

Ces connaissances théoriques sur la psychiatrie sont appuyées par d'autres unités d'enseignement comme les sciences humaines en général (UE 1.1 : Psychologie, sociologie et anthropologie), la pharmacologie (UE 2.11 : Pharmacologie et thérapeutiques), les sciences et techniques infirmières (UE 3.1:Raisonnement et démarche clinique infirmière, 3.2 : Projet de soins infirmiers, 3.3 : Rôles infirmiers organisation du travail et inter-professionnalité) où sont donnés aux étudiants en soins infirmiers les premiers outils pour construire et élaborer leur démarche clinique et réflexive, puis à travers les soins relationnels (UE 4.2 : Soins relationnels), les notions de communication, de relation, d'alliance thérapeutique sont apportées à l'étudiant pour qu'en situation réelle de soin rencontrée en stage, il rentre en interaction avec les patients.

- **la formation clinique en stage** : durant ces trois années de cours, l'étudiant doit réaliser des stages ; quatre typologies sont obligatoires : les soins de courte durée, les soins en santé mentale et en psychiatrie, les soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation, et les soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie.

En effet chaque étudiant doit au moins effectuer pendant le temps de sa formation au moins un stage en psychiatrie, où il s'adressera à des personnes hospitalisées ou non, suivies pour des problèmes de santé mentale ou de psychiatrie. Cette typologie représente de nombreuses possibilités : en effet la psychiatrie peut se présenter sous différentes formes : la psychiatrie adulte, la pédopsychiatrie, la gériatrie-psychiatrie, mais aussi dans des services d'hospitalisation ouverts ou fermés, des hôpitaux de jour, des centres médico-psychologiques, etc.

Au travers de ces stages, l'étudiant met en pratique ce qu'il a appris en théorie lors des enseignements détaillés précédemment. Mais selon le moment où arrive le stage en psychiatrie, est-ce que l'étudiant aura reçu les connaissances nécessaires puisque sur les trois années de formation, la psychopathologie n'est enseignée qu'en semestre 2 et semestre 5 ; et puis selon la structure où l'étudiant effectue son stage, ne rencontrera-t-il pas de plus grandes difficultés en service d'admission fermé qu'en hôpital de jour où la prise en soin est différente ?

Avant d'arriver en stage dans le milieu de la psychiatrie, l'étudiant arrive avec ses représentations dues à la méconnaissance des pathologies qui pourront se dissiper grâce aux enseignements spécifiques délivrés sur les psychopathologies, mais aussi dues à l'image négative véhiculée par les médias sur ces patients et cette discipline. On ne parle souvent de la psychiatrie que lorsqu'il y a un fait divers comme celui de Pau, il y a quelques années : « En décembre 2004, un jeune homme de 24 ans avait sauvagement assassiné une infirmière et une aide-soignante [...] L'une avait été décapitée et sa tête posée sur un poste de télévision. L'autre avait été égorgée¹⁴ ». Cette histoire revêtait un caractère exceptionnel, mais la façon dont était relaté les faits montrait le caractère abominable de l'acte, la démence à l'état pure, créant chez la population un climat de peur concernant les malades atteints de troubles psychiatriques. Mais depuis « le terrible crime de Pau »³, des émissions de télévision, des journaux et même des enquêtes sont consacrés à la « folie », entretenant alors « la vieille

équation fou = dangereux »³. Il y a hélas, régulièrement des reportages réalisés dans les structures spécialisées UMD (unité malades difficiles) qui maintiennent ce climat de peur en montrant des patients qui ont tués, violés des personnes. Cependant ces structures sont spécifiques et ne représentent pas la psychiatrie en général, puisqu'il n'y a en France que 5 unités de ce type.

Je me rappelle ainsi d'un reportage passant tardivement sur une chaîne publique : on y voyait des patients hospitalisés dans des UMD, leurs délires les plus choquants et effrayants étaient filmés, mais ce qui m'a marqué le plus, c'était le fait que les visages étaient floutés, mais par leurs yeux ; je pouvais alors interpréter tout ce qu'il y avait dans leurs regards : de la colère, jusqu'à la détresse, en passant par la perversion alors qu'ils racontaient ce pourquoi ils étaient enfermés dans cette unité. J'ai vu ce reportage alors que j'étais en première année d'infirmière et sans avoir reçu d'enseignement sur la psychopathologie ; je n'ai eu aucun recul professionnel, j'ai ressenti de la peur voire de l'angoisse avec le regard des patients qui semblaient transpercer l'écran, d'autant plus, que lorsque j'étais plus jeune j'habitais dans la ville de Montpon, connue pour son centre hospitalier psychiatrique Vauclaire, et lorsque je rencontrais de nouvelles personnes, ils me disaient « ah oui, Montpon, c'est chez les fous ».

Si je revoyais ce reportage maintenant , en étant en fin de troisième année, aurais-je le regard critique d'un professionnel de santé, rationaliserai-je par le fait qu'ils souffrent d'un trouble psychiatrique, qu'ils sont sous des thérapeutiques qui peuvent parfois fausser leur jugement, ralentir leur psychisme, etc.

Il y a quelques années, j'ai lu le roman de Paulo Coelho, « Veronika décide de mourir »¹⁵, qui parle d'une jeune femme (Veronika) qui tente de mettre fin à ses jours en avalant des somnifères, cependant elle se réveille dans un hôpital psychiatrique et apprend qu'il ne lui reste que quelques jours à vivre, à cause des effets de la surdose de médicaments sur son cœur. Veronika rencontre alors différents personnages et à travers eux différentes pathologies : la dépression, la schizophrénie, etc. Cet hôpital était un endroit où « se mêlaient les vrais fous [...] et ceux qui étaient accusés de folie ou qui feignaient la démence ». Cependant, il y a un passage qui m'a marqué, c'est le seul dont je me rappelle vraiment : un soir, Veronika, retrouve près du piano Eduard, un schizophrène, il est entièrement nu. Je ne me rappelle pas pourquoi il était nu, ou ce qu'il s'est passé, mais juste cette nudité. Aurais-je fais un raccourci, en mêlant fou et nudité ? Serait-ce l'explication à ma réponse « un fou [...] nu » ? Je ne sais pas. Mais il semble évident que les représentations sociales ont une répercussion sur notre vision de la société et dans nos actes de la quotidienne et professionnelle : « les représentations mentales chez l'homme sont donc des images chargées émotionnellement , des reflets d'objets, des reproductions symboliques à contenu figuratif »².

Après cet aparté sur les représentations sociales qui peuvent amener et développer des appréhensions sur le milieu de la psychiatrie et générer des comportements non adaptés en situation de stage, je vais aborder plus particulièrement la formation clinique.

L'étudiant apprend sur le lieu de sa formation mais aussi sur les lieux de stages, c'est sur ce dernier qu'accompagné et encadré par des professionnels de santé diplômés, il apprend la clinique par l'observation et la pratique. Il est constamment évalué et doit à la fin de son stage, valider des compétences et des actes techniques, qui sont en lien avec les unités d'enseignement.

Au départ, l'étudiant ne part de rien, il acquiert et valide au fil des trois années de formation les 10 compétences ; il sera novice⁴, puis débutera dans la formation à travers différents stages, il validera des compétences qui lui permettront de devenir infirmier diplômé d'état, il acquerra alors un savoir-faire qui lui permettra de devenir performant dans son travail pour enfin devenir expert grâce à l'expérience et la pratique au fil des années.

III.2. De l'étudiant novice à l'infirmier expert

En intégrant un centre de formation en soins infirmiers après avoir réussi le concours d'entrée, nous devenons étudiants mais que signifie être étudiant ? C'est un mot dérivé du latin *studere*¹⁶ qui signifie « s'appliquer à apprendre quelque chose ».

L'étudiant se consacre à l'apprentissage, à la lecture et à la mise en œuvre de connaissances ; il suit un programme officiel défini par l'arrêté du 31 juillet 2009, mais se doit aussi de réaliser des recherches de façon autonome. Cette formation en soin infirmier amène au diplôme d'État infirmier, mais avant, chaque semestre il doit passer des examens, validant les connaissances acquises que l'on peut retrouver sous forme d'unités d'enseignements et de compétences.

III.2.1. De la théorie à la pratique

Dans son ouvrage *De novice à expert : excellence en soins infirmiers*⁴, Patricia Benner, à travers différentes études, part du postulat qu'il existe différents types d'infirmier qu'on peut détailler en 5 stades :

- stade 1 : novice

D'après le Larousse¹⁶, un novice est quelqu'un qui manque d'expérience dans une activité quelconque ; en effet c'est une personne qui débute et si l'on pouvait le définir autrement, on pourrait dire que c'est une personne inexpérimentée. Ainsi il serait incontournable de définir le caractère novice par l'expérience en elle-même⁴ : « les novices n'ont aucune expérience des situations auxquelles elles risquent de se trouver confrontées. »

« Les étudiantes en soins infirmiers rentrent dans les services avec le statut de novice ; elles ont du mal à intégrer ce qu'elles ont appris dans les livres dans ce qu'elles vivent en situation réelle. Mais ces étudiantes ne sont pas les seules novices : toute infirmière intégrant un service dont elle ne connaît pas les malades peut se retrouver à ce niveau » ; en effet les étudiants et jeunes diplômés arrivent avec des connaissances théoriques qu'ils doivent rapidement intégrer lorsqu'ils sont sur le terrain et les mettre en pratique et c'est ainsi qu'on voit que l'inexpérience les met en difficulté lorsqu'ils sont en situation réelle de soin.

- stade 2 : débutante

Par définition¹⁶, un débutant, vient du verbe débiter, qui signifie faire ses premiers pas dans un métier en manifestant une certaine inexpérience ; voici encore la notion d'expérience, mais cette fois-ci, plus nuancée, avec une autre notion qui s'y rajoute : un métier. L'ancien novice, devenu débutant rentre dans le monde professionnel, il est alors infirmier diplômé d'État.

Les débutants, contrairement aux novices, ont été suffisamment confrontés à des situations réelles : grâce à leur expérience ils ont pu noter et assimiler à leurs connaissances théoriques, la pratique qui fait qu'ils sont capables de reconnaître les facteurs qui se reproduisent dans des situations identiques. Cependant comme les novices⁴, « les débutantes ne peuvent appréhender qu'un petit aspect de la situation : cela est trop nouveau, trop étrange, et, de plus, ils doivent se concentrer sur les

règles qu'on leur a apprises [...] ils ne sont pas encore capables de faire le tri entre ce qui est important et ce qui l'est moins », les connaissances théoriques sont toujours encrées dans leur pratique, ils s'en détachent peu, et s'en servent comme science et non comme un outil.

- stade 3 : compétente

Quelqu'un de compétent est une personne qui par définition ¹⁶, a l'aptitude d'effectuer certains actes, qui connaît bien son travail et qui est parfaitement apte à la fonction qu'elle exerce.

Patricia Benner ⁴ part du postulat qu'une infirmière compétente travaille dans le même service depuis deux ou trois ans, « elle devient compétente lorsqu'elle commence à percevoir ses actes en termes d'objectifs ou de plans à long terme dont elle est consciente » mais elle « n'a pas la rapidité ni la souplesse de l'infirmière performante, mais a bien le sentiment de maîtriser les choses et d'être capable d'y faire face »

- stade 4 : performante

L'infirmière performante voit les choses comme un tout contrairement à l'infirmière débutante qui voit les choses comme une liste de tâche à faire ; elle perçoit les situations comme des tous et non en termes d'aspects ⁴.

L'infirmière performante apprend par l'expérience, ce qui l'a amené à améliorer son processus de décisions, et appréhende plus facilement les situations. Cependant à ce stade (stade4), « les infirmières performantes peuvent finir par croire que la théorie sur laquelle leur compétence et leurs actes étaient fondés au départ n'est plus qu'un carcan inutile »

- stade 5 : experte

Expert vient du latin *expertus* ¹⁶, qui vient signifie « qui a éprouvé », c'est quelqu'un qui connaît très bien quelque chose par la pratique, c'est une personne habile et exercée. En effet dans ce dernier stade on retrouve la connaissance, c'est-à-dire la théorie, liée directement à la pratique. Ce qui détermine que l'infirmière se trouve à ce stade, c'est qu'elle « a une énorme expérience, comprend à présent de manière intuitive, chaque situation »⁴.

Indubitablement, l'expérience semble inhérente à l'évolution des compétences de l'infirmière, mais que représente t-elle et que signifie t-elle dans la profession d'infirmière ?

III.2.2.L'expérience

D'après le Larousse ¹⁶, l'expérience vient du latin *experientia*, de *experiti*, qui veut dire « faire l'essai », elle se définit par la pratique de quelque chose, de quelqu'un ou une épreuve de quelque chose dont découlent un savoir, une connaissance, une habitude ; l'expérience serait alors une connaissance tirée de cette pratique. Ou bien l'expérience se définit par le fait de faire quelque chose une fois, de vivre un événement, considéré de son aspect formateur.

Patricia Benner ⁴ définit l'expérience comme « l'amélioration de théories et de notions préconçues au travers de la rencontre de nombreuses situations réelles qui ajoutent des nuances ou des différences subtiles à la théorie. La théorie offre ce qui peut être explicité et formalisé, mais la pratique est toujours plus complexe et présente beaucoup plus de réalités que l'on ne peut en appréhender par la seule théorie. [...]« Ainsi, le développement des connaissances dans une discipline appliquée consiste à développer les connaissances pratiques (savoir-faire) grâce à des études scientifiques fondées sur la théorie et par la consignation du « savoir-faire » existant, développer au cours de l'expérience clinique vécue lors de la pratique de cette discipline » Les connaissances pratiques s'acquièrent avec le temps ».

Heidegger et Gadamer définissent « l'expérience comme l'amélioration d'idées préconçues qui ne sont pas confirmées par la situation réelle [...] Dans la pratique, cette connaissance antérieure, ou prescience, est souvent bien amenée par la théorie, les principes et les expériences antérieures. »

Le plan psychiatrie santé mentale 2011-2015 pose le fait qu'en psychiatrie, les savoirs sont très liés à l'expérience et se construisent dans la confrontation des pratiques ¹⁷.

Parmi toutes ces définitions, on retrouve différentes notions qui semblent inhérentes à l'expérience : la théorie, la pratique, les idées préconçues que l'on pourrait aussi définir par les représentations sociales, mais aussi les situations réelles.

Grâce aux situations réelles rencontrées sur les terrains de stage et plus tard sur le terrain professionnel l'étudiant ou le jeune infirmier, développe et améliore ses connaissances cliniques : « Au fur et à mesure qu'une infirmière acquiert de « l'expérience », la connaissance clinique – mélange entre les connaissances pratiques simples et les connaissances théoriques brutes – se développe ⁴».

Ainsi il paraît évident que l'expérience permet le passage de la théorie à la pratique, les situations réelles permettant de mentaliser les connaissances.

Cependant malgré une formation théorique et clinique, dans certaines disciplines, les connaissances théoriques et pratiques acquises pendant les trois ans d'études ne suffisent pas, comme en psychiatrie, où la nécessité d'une formation complémentaire semble évidente.

III.3. Devenir de la formation

III.3.1. Le postulat

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a fait de l'année 2001 : l'année de la santé mentale et avec le plan santé mentale de Bernard Kouchner, des groupes de travail ont émergé, et la santé mentale est devenue un objectif de santé publique. Ce plan en 2001 a défini différents objectifs, dont un en particulier ¹⁸:

« l'amélioration des pratiques professionnelles par des évaluations de pratiques et de formation des professionnels »

En 2002, un groupe d'étude sur la formation infirmière en psychiatrie ont montré la nécessité de construire un référentiel des acquis de formation nécessaires pour travailler en psychiatrie avec dans un premier temps dans leur ligne de mire la formation initiale, où l'on peut retrouver selon les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), un enseignement de la psychiatrie différent (organisation des stages, conception et réalisation des projets pédagogiques), puis dans un deuxième temps la formation complémentaire. (une formation complémentaire de courte durée en psychiatrie).

Suite à ce travail, la circulaire DGS/DHOS n°2003-366 du 10 juillet 2003 relative à la mise en œuvre des enseignements concernant la santé mentale prévus par l'arrêté du 30 mars 1992 modifié relatif au programme des études conduisant au diplôme d'État d'infirmier, a résumé toutes les recommandations qui visent ⁹ :

- l'homogénéisation des conditions de mise en œuvre de la formation
- le recrutement, dans les IFSI, de responsables pédagogiques issus de la filière psychiatrique
- le développement d'un partenariat formalisé entre les IFSI et les établissements de santé pour favoriser l'organisation des stages

Dans un second temps, le groupe d'étude a remarqué les limites de « la formation actuelle tant au niveau théorique que clinique », et a constaté un nombre de stages réduits, mais certains ont l'intitulé de santé mentale alors qu'ils n'ont rien à voir avec la psychiatrie ; de plus les difficultés rencontrées par les jeunes diplômées sont reconnues lors de leur prise de poste mettant en exergue le besoin de formation complémentaire.

Bien que tous ne soient pas d'accord sur la nature et la durée de cette formation complémentaire, un consensus s'impose : il ne faut pas comme certains le proposent, une refonte des études de la formation initiale, mais bien maintenir « une formation commune et unique qui préserve la formation infirmière des clivages dommageables à l'identité professionnelle et à la polyvalence pertinente dans une formation initiale. » De plus, le rapport Clery-Melin ¹⁹ (2003) assoit cette idée avec différents axes développés comme :

- Promouvoir les formations initiales (proposition n° VI-04) conjointes « pour que chaque profession connaisse le cadre dans lequel travaillent les autres, sache à quel moment passer la main et quelles sont les interventions que les autres acteurs sont à même de faire »

- Faire évoluer le métier d'infirmier en psychiatrie, en rendant d'abord plus opérationnelles les compétences acquises lors de la formation initiale, tout en préparant une réforme de la formation d'ensemble des infirmiers (proposition n° VI-05)

La formation complémentaire pour les soins en psychiatries, semble évidente, mais de quoi se composerait-elle ?

III.3. 2 Formation complémentaire : les propositions

Le plan santé mentale de 2005 met en évidence le manque de formation lié à la réforme de 1992, le constat général étant le manque d'adéquation de la formation, un groupe de travail est mis en place dont l'objectif est de réfléchir sur une formation complémentaire pour les infirmières titulaires du DE venant travailler en psychiatrie. A l'issue de ce travail deux circulaires paraissent :

- la première le 8 juillet 2004, propose la mise en œuvre d'une formation complémentaire de 15 jours pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie ;
- la deuxième le 16 Janvier 2006, préconise la mise en place du tutorat qui s'adresse également aux infirmiers nouvellement diplômés ou plus expérimentés qui débutent en psychiatrie. Ce tutorat est une façon de prendre en compte en partie les constats de la profession par rapport à l'insuffisance de connaissances et d'expérience des nouveaux diplômés. Il permet également aux membres des équipes qui se portent volontaires de trouver un investissement valorisant et dans la transmission de leur savoir.

Dès la réforme de 1992, le CEFI Psy (Comité d'Etude des Formations Infirmières) a toujours proposé une spécialisation infirmière en psychiatrie. Depuis l'orientation vers le système LMD (licence, master, doctorat), cette spécialisation deviendrait un master en psychiatrie / santé mentale. Les infirmiers se doivent d'être formés pour pouvoir répondre aux différents problèmes et demandes de plus en plus nombreuses envers la psychiatrie. Le rôle infirmier en psychiatrie est basé essentiellement sur la relation soignant-soigné et chaque patient demande une relation particulière qui ne peut être décelée qu'avec des apports théoriques importants et une pratique exercée avec un encadrement suffisant.

Suite aux différentes études menées au fil des différents plans santé mentale, nous allons prendre en compte les dernières recommandations faites par le plan psychiatrie santé mentale 2011-2015¹⁷.

L'axe 4 de ce plan prévoit de prévenir et réduire les ruptures entre les savoirs c'est-à-dire renforcer le développement des savoirs, leur diffusion, leur transmission pour consolider les compétences des acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale.

- améliorer la formation de certains professionnels clés en évaluant l'impact de la nouvelle formation initiale avec la première formation diplômée en 2012, sur la qualité des soins et le confort des professionnels en début de carrière
- adapter les pratiques de gestion des ressources humaines aux spécificités de l'exercice en psychiatrie qui présentent des particularités, ainsi lorsqu'un professionnel est affecté en psychiatrie, il doit bénéficier d'un accompagnement (tutorat, DPC : développement professionnel continu) pour faciliter son immersion professionnelle et améliorer sa pratique auprès des personnes malades et de leurs proches

IV. Élaboration d'hypothèses de recherches

Après avoir étudié et développé la formation théorique et clinique, j'ai posé cette question de recherche :

« La formation initiale est-elle suffisante pour permettre à l'étudiant/jeune diplômé de mettre en lien la théorie et la pratique en situation de soin en psychiatrie ? »

Que je pourrais poser en hypothèse de recherche :

La formation initiale ne suffit pas et ne permet pas à l'étudiant ou jeune diplômé de mettre en lien la théorie et la pratique en situation de soin en psychiatrie.

Afin de valider ou non cette hypothèse de recherche, je proposerai un projet d'enquête.

V. Projet d'enquête

Pour permettre de continuer mes recherches, je vais proposer un projet d'enquête sous forme de questionnaire.

A travers un entretien semi-directif, je poserai 4 questions fermées et 2 questions ouvertes pour recueillir le ressenti général des professionnels de santé que je vais interroger.

Ce questionnaire sera destiné aux jeunes diplômés, c'est-à-dire à des infirmiers débutants ou compétents, qui travaillent au sein d'une structure psychiatrique.

- 1° question : Avez-vous éprouvé des difficultés en prenant votre poste au sein de ce service psychiatrique ?

A travers cette question, je recherche à évaluer si la majorité des jeunes diplômés ont éprouvé une quelconque difficulté lors de la prise de poste, cependant je ne demande quelle en est son origine.

- 2° question : La formation initiale en soins infirmiers et en particulier l'enseignement sur la psychiatrie vous a-t-il semblé suffisante ?

Je recherche à travers cette question, leur point de vue sur la formation initiale délivrée en centre de formation en soins infirmiers.

- 3° question : Avez-vous bénéficié d'une quelconque aide en plus de votre formation initiale ? (tutorat, formation complémentaire) ? Si oui, cela vous a-t-il semblé utile ?

Je cherche alors à savoir si des choses sont proposées systématiquement aux nouveaux professionnels de santé qui arrivent en structure psychiatrique et s'ils ont pu en bénéficier.

- 4° question : Pensez-vous que c'est l'expérience qui est prépondérante et dirige vos attitudes et actions en situations de soins ?

A travers cette question fermée je souhaite avoir leur point de vue sur l'expérience en général, bien qu'il en ait eu peu, du fait que ce sont des jeunes diplômés.

Ce sont des questions fermées mais cela me permettra de diriger l'entretien ; bien évidemment, je ne prendrai pas en compte seulement les oui ou non, je suppose que les personnes interrogées selon la question, expliciteront d'eux-mêmes leurs réponses.

- Question ouverte : Que proposeriez-vous pour permettre aux jeunes diplômés de mieux intégrer leurs connaissances et de plus facilement mettre en lien la théorie et la pratique ?
- Question ouverte : Que pensez-vous d'un master en soins infirmiers en psychiatrie ? Cela vous intéresserait-il ?

CONCLUSION

Pendant plus d'une année, nous avons tous travaillé sur notre « mémoire », un exercice parfois difficile, long et fastidieux mais nous amenant à nous questionner sur notre futur métier et nos pratiques.

Après avoir choisi une situation qui m'a interpellée, et mise en difficulté, je me suis posée différentes questions jusqu'à ce qu'une soit plus importante que les autres : la question de départ. A partir de cette dernière, une problématique s'est posée : le travail de recherche était ainsi commencé.

Face aux multiples questions qu'a suscité cette situation, j'ai choisi d'aborder le sujet de la formation initiale, de la théorie et de la pratique, mais j'aurais pu axer mon travail de recherche sur la conception de la folie, sur les représentations sociales, ou bien sur la prise en charge spécifique en soin psychiatrique. Une situation peut avoir différents aspects, mais face aux difficultés que j'ai rencontrées, celui que j'ai traité m'a parut plus intéressant par rapport à mon parcours, et mon ressenti.

Après avoir posé la problématique, il a fallut déterminer des mots clés qui ont ainsi permis une recherche bibliographique à travers des ouvrages, des textes de lois, etc. : la phase exploratoire fut déterminante pour la conception du cadre théorique qui traite le cœur du sujet et amène petit à petit une hypothèse de recherche.

Pour répondre à cette hypothèse, j'ai alors proposé un projet d'enquête composé de questions, cependant il est important de préciser que pour avoir un résultat complet, il m'aurait fallut proposer ce questionnaire à des jeunes diplômés en soins généraux, pour évaluer si les difficultés rencontrées sont liées à l'inexpérience en général et à la prise de poste, ou bien spécifiques à la discipline de la psychiatrie, ainsi j'aurais pu comparer les réponses des différents professionnels de santé interrogés.

Je vois ainsi le travail de fin d'étude comme une unité d'enseignement intégrative, où se mêle théorie c'est-à-dire les recherches bibliographiques et questionnement professionnel, c'est un travail qui rassemble nos compétences et connaissances acquises en trois ans, pour se tourner vers le monde professionnel.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) http://www.enseignement.be/hosting/circulaires/upload/docs/133_20020617_104339.pdf
- (2) MANNONI P. Les représentations sociales. Paris : Puf ; 2012 . 6^{ème} édition
- (3) COUPECHOUX P. Un monde de fous – Comment notre société maltraite ses malades mentaux. Paris : Seuil ; 2012. 1^{ère} édition
- (4) BENNER P. De novice à expert – Excellence en soins infirmiers, Paris : InterEditions ; 1995. 1^{ère} édition
- (5) BERGER-LEVRAULT Profession infirmier – Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'état et à l'exercice de la profession ; édition 2010
- (6) PERRIN-NIQUET A. Une formation complémentaire de courte durée en psychiatrie ? Soins Psychiatrie – Mars/Avril 2004
- (7) BOURDEUX C. Vers une formation complémentaire pour les infirmiers exerçant en psychiatrie. Soins psychiatrie – Juillet/Aout 2004
- (8) SURBLED M. Formation continue en psychiatrie : une nécessité ? Actusoins – Janvier 2012
- (9) Circulaire DGS/DHOS n° 2003-366 du 10 juillet 2003 relative à la mise en oeuvre des enseignements concernant la santé mentale prévus par l'arrêté du 30 mars 1992 modifié relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier
- (10) <http://www.infirmiers.com/votre-carriere/votre-carriere/historique-de-la-profession-des-infirmiers-en-psychiatrie.html>
- (11) CHABOISSIER M. Profession infirmière : un siècle de professionnalisation. Soins – Janvier/Février 2009
- (12) http://www.serpsy.org/psy_levons_voile/acteurs/inf_psy.html
- (13) WEBER M-T. Historique de la formation infirmière. Soins – Mars 2009
- (14) C. M. et AFP Double meurtre de Pau : Dupuy ne sera pas jugé. Le Figaro – Décembre 2007
- (15) COELHO P. Veronika décide de mourir, Paris : J'ai lu ; 2000. 2^{ème} édition
- (16) <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/>
- (17) http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015-2.pdf
- (18) <http://www.caducee.net/Conferences/plan-sante-mentale.asp>
- (19) <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/histoire/clery-melin.htm>

ANNEXES 1

Circulaire DGS/DHOS n° 2003-366 du 10 juillet 2003 relative à la mise en œuvre des enseignements concernant la santé mentale prévus par l'arrêté du 30 mars 1992 modifié relatif au programme des études conduisant au diplôme d'État d'infirmier.

Date d'application : immédiate.

Référence : arrêté du 30 mars 1992.

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées à Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour mise en œuvre]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation (pour information) La fusion des formations conduisant aux diplômes d'infirmier en soins généraux et d'infirmier en psychiatrie intervenue en 1992 a conduit à la mise en œuvre par les instituts de formation en soins infirmiers d'une formation d'infirmier généraliste intégrant les notions et concepts abordés en santé mentale et en psychiatrie. L'objectif consistait en une approche holistique de la personne associant les dimensions somatique et psychique, par l'ensemble des infirmiers que leur projet professionnel vise les soins généraux ou la psychiatrie. Cette nouvelle formation a entraîné de profondes transformations dans l'organisation des instituts de formation : évolution des projets pédagogiques, recrutement de formateurs supplémentaires possédant une expérience de la psychiatrie. Chacun s'accorde désormais à reconnaître les avancées que constituent cette formation généraliste, notamment en terme de décloisonnement des champs d'exercice professionnel. Certains se font cependant l'écho de difficultés rencontrées par les infirmiers nouvellement diplômés exerçant en psychiatrie. Il est donc apparu utile de procéder à un bilan relatif à la mise en œuvre des enseignements de psychiatrie et de santé mentale en application des dispositions réglementaires relatives à la formation des infirmiers.

Dans le même temps un groupe de travail constitué en juin 2002 avec les confédérations syndicales représentatives des intérêts des professionnels paramédicaux et notamment des infirmiers, avec des représentants des psychiatres et des associations d'infirmiers exerçant en psychiatrie ainsi qu'avec le CEFIEC et l'ANFH a pour objet de formuler des propositions permettant d'améliorer la compétence des infirmiers appelés à exercer dans le domaine de la psychiatrie. Sans attendre les conclusions de ce groupe de travail quant à une éventuelle formation complémentaire pour ces infirmiers, nous souhaitons rappeler l'importance des enjeux attachés à la formation initiale de ces professionnels confrontés à de profondes évolutions de leurs missions dans les différents lieux d'exercice (secteurs de psychiatrie, urgences, psychiatrie de liaison).⁴

La présente circulaire a en conséquence pour objet d'une part de restituer sans délai les premiers résultats de l'enquête lancée auprès des IFSI quant à la mise en œuvre du programme de formation concernant la santé mentale, et d'autre part de formuler un certain nombre de recommandations permettant aux IFSI d'appréhender l'ensemble du champ de la santé mentale, et au sein de celui-ci, les apprentissages théoriques et cliniques ayant trait à la psychiatrie. Vous voudrez bien diffuser les présentes recommandations aux directeurs des instituts de formation en soins infirmiers, ainsi qu'à l'ensemble des services de psychiatrie de votre ressort géographique.

I. - CONTEXTE ET RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE MENÉE AUPRÈS DES IFSI

Une enquête a été récemment réalisée afin d'examiner les conditions de mise en œuvre de la formation des infirmiers dans le domaine de la santé mentale. Je tiens en premier lieu à remercier les directeurs et directrices des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) qui ont bien voulu répondre à ce questionnaire. Le taux de réponse à l'enquête est élevé témoignant à lui seul de la volonté des IFSI de faire connaître l'évolution engagée depuis 1992 à l'occasion de la fusion des diplômes d'infirmier de secteur psychiatrique et d'infirmier en soins généraux.

L'analyse des réponses a en effet pour objectif :

- de dégager les tendances et les conceptions qui sous-tendent l'organisation retenue par les directeurs d'IFSI en matière de santé mentale ;
- d'identifier les éléments qualitatifs et organisationnels favorisant l'orientation des étudiants en psychiatrie ainsi que leur compétence ;

Compte tenu de la richesse des réponses à ces questionnaires et après avoir procédé à une première analyse sur la base des 239 IFSI répondants représentant 21 régions (84 départements dont 3 DOM), nous avons décidé d'en confier l'exploitation fine et le « contrôle qualité » à un prestataire de services externe.

Une première exploitation des réponses a permis d'élaborer une synthèse des différents profils de projets pédagogiques, de recenser le pourcentage d'orientation en psychiatrie à l'issue de la troisième année de scolarité, d'analyser le profil des formateurs internes et externes à l'IFSI ainsi que la nature des enseignements théoriques et cliniques optionnels proposés par les instituts de formation.

Les réponses font apparaître une véritable prise en compte de la psychiatrie dans les projets pédagogiques à des degrés cependant très divers. Sur les 199 IFSI ayant fourni des éléments à ce sujet, on peut noter que 60 IFSI privilégient la polyvalence des fonctions infirmières somatique/psychiatrique, 35 IFSI conduisent un projet articulé autour des sciences humaines, 4 ont choisi un abord par la thématique « santé publique », 100 IFSI ont développé spécifiquement un projet en psychiatrie et parmi ceux-ci 53 IFSI en proposent un réel approfondissement au-delà de la stricte mise en œuvre des textes réglementaires.

On peut relever que seulement 23 % des IFSI répondants n'ont pas de formateurs issus de la psychiatrie (soit 55 IFSI/239). Parmi ces IFSI certains organisent cependant des modules optionnels de formation théorique et des stages optionnels et obtiennent de bons scores d'orientation vers la psychiatrie.

S'agissant des modules optionnels théoriques, leur diversité est très importante et leur champ plus ou moins large. Il reste cependant difficile de dégager un fil conducteur dans le choix de ces options, même si l'on peut noter l'importance de l'approfondissement des techniques d'entretien infirmier. Le choix offert à chaque étudiant dans un IFSI reste généralement limité, à l'exception cependant des IFSI qui définissent en commun le champ de ces modules et mutualisent en conséquence leurs ressources internes et externes, le plus souvent au niveau régional. Certains IFSI organisent en outre des modules optionnels en fonction des besoins et de leurs attentes des étudiants.

Il semble néanmoins manquer pour nombre d'IFSI une appréhension globale du champ de la santé mentale, voire du champ de la psychiatrie, certains mettant plus volontiers l'accent sur certaines thématiques cliniques, d'autres sur une approche psychosociale liée aux modalités de prise en charge. L'impression générale est que les projets sont bâtis en partenariat étroit avec les ressources locales qui elles-mêmes sont représentatives de l'émiettement des conceptions de la psychiatrie et de la santé mentale.

S'agissant des terrains de stage, la très grande majorité des IFSI est en liaison avec les secteurs de psychiatrie adulte et infanto-juvénile qui sont donc les premiers pourvoyeurs de lieux de stage.

Le niveau d'orientation vers la psychiatrie semble assez bon en première analyse. En effet, pour atteindre le nombre le plus élevé des infirmiers diplômés en psychiatrie au cours des années 1982 à 1994, soit plus de 2 000 infirmiers, il conviendrait d'orienter au minimum 7,5 % des nouveaux diplômés en psychiatrie (quota actuel de 26 436). Ce pourcentage est très souvent atteint et dépassé en l'état actuel. Néanmoins, il conviendra d'être vigilant sur le maintien de ce pourcentage au regard des perspectives démographiques des infirmiers exerçant en psychiatrie. Les conditions de formation ne semblent pas faire obstacle à une telle orientation qui reposent au premier chef sur la volonté des étudiants. Il n'en demeure pas moins que certains IFSI répondent particulièrement bien aux besoins des étudiants en ce domaine et de ce fait facilitent à terme les conditions d'un exercice en psychiatrie. Les projets pédagogiques axés sur l'appréhension première des sciences humaines semblent à ce titre faciliter l'orientation vers la psychiatrie (de 14 % à 48 % des étudiants).

L'analyse qualitative des réponses fait également apparaître que dans la moitié des cas l'absence de formateurs ayant une expérience de la psychiatrie au sein de l'IFSI a tendance à nuire à la qualité du projet pédagogique. Dans l'autre moitié des cas, des ressources externes spécialisées viennent en appui du projet de l'IFSI. Ces différents éléments d'appréciation ont permis d'objectiver la conformité au programme du 30 mars 1992 en regard de la plupart des projets pédagogiques, des compétences des formateurs experts en santé mentale, des modules organisés sur les trois années d'études en liaison avec les stages obligatoires et optionnels. Toutefois, pour maintenir la qualité de la formation initiale en santé mentale, les axes prioritaires développés ci-après sont à consolider ou à développer.

II. - RECOMMANDATIONS

Favoriser l'acquisition des savoirs techniques et spécialisés au travers de l'approche transversale et généraliste des concepts de sciences humaines.

L'offre de soins en santé mentale se diversifie et se complexifie, ce qui nécessite de l'appréhender, dès le début de la formation en lien avec le module transversal sciences humaines, en regard de l'approche de l'homme, de la psychologie et de la psychiatrie. En effet, pour traiter de l'ensemble du champ de la santé mentale, il est nécessaire de privilégier avant tout apprentissage de la sémiologie et de la psychopathologie, un abord plus géné-

ral constitué d'un travail préalable sur les représentations sociales de la maladie mentale, la santé publique et les sciences humaines.

Cette approche est essentielle pour des étudiants souvent très jeunes qui peuvent être impressionnés négativement par un abord trop technique de la pathologie et qui bâtiront leur projet professionnel en réaction à ce ressenti. L'abord par les sciences humaines (psychologie, sociologie, philosophie, anthropologie, ethnopsychiatrie) provoque la réflexion et le questionnement qui vont permettre à l'ensemble des étudiants de mieux comprendre la nature des fonctions qui leur sont confiées et de re-situer leur action dans un cadre mieux maîtrisé. Un travail sémantique sur les concepts de santé mentale et de psychiatrie permettra de ne pas les opposer, mais de les rendre complémentaires. L'enjeu réside dans la dynamisation des réseaux de santé mentale autour du pôle spécialisé en psychiatrie, de manière à travailler l'amont (la prévention) et l'aval (la réinsertion) des prises en charge. Celles-ci mobilisent en effet des partenaires multiples, quelquefois extérieurs au champ de la santé que les futurs infirmiers doivent connaître pour mieux répondre aux besoins de leurs patients. Dans une telle approche, les premiers temps de formation visent à intégrer la démarche éducative, de prévention et de santé publique ainsi que des concepts fondamentaux tels que la vie, la mort ou la relation d'aide. Ces éléments sont indispensables à tout exercice infirmier quel que soit le projet professionnel de l'étudiant. En matière de psychiatrie, ils sont essentiels et facilitent ensuite la compréhension du cadre d'intervention. Une telle orientation suppose le recours à des ressources spécialisées, notamment des sociologues ou des professionnels psychologues.

Cette approche transversale et conceptuelle doit être à nouveau abordée dans chaque module tout au long de la formation afin de donner des bases solides pour l'enseignement des pathologies dans un contexte qui prend alors tout son sens. L'empilement des savoirs est ainsi évité au profit de l'acquisition d'une capacité globale à partir de l'analyse des situations de soins. Il s'agit, au début de la formation, de sensibiliser les étudiants à la psychiatrie sans la dissocier de l'ensemble des modules en soins infirmiers mais en l'articulant avec les dimensions curative, préventive, éducative ou palliative du soin. Il est souhaitable de mettre l'accent sur la spécificité clinique de la souffrance, en regard de la douleur, dans les situations de soins et de se centrer sur la personne. L'élaboration et la mise en œuvre des projets pédagogiques devront être réalisées en liaison étroite avec les secteurs de psychiatrie, qui se sentiront d'autant plus impliqués lors de l'accueil des étudiants en stage. Ces projets pédagogiques doivent permettre de répondre au questionnement sur le type de compétences attendues de l'infirmier exerçant en psychiatrie en application notamment du décret du 11 février 2002 relatif aux actes et à l'exercice professionnel des infirmiers. La méthode pédagogique la plus adaptée semble être celle de travaux en petit groupe au sein desquels les formateurs deviennent des personnes ressources pour l'étudiant, lui-même placé dans une logique de production active.

Une réflexion particulière devra être engagée sur la nature des enseignements optionnels offerts en psychiatrie. Il s'agira plus d'approfondir des enseignements initiaux et des techniques de soins et de prise en charge que de découvrir de nouvelles techniques souvent très pointues dans un domaine spécifique. Compte tenu des ressources disponibles, les IFSI auront tout intérêt à mutualiser leurs ressources afin de proposer un choix d'option départemental ou le cas échéant régional.

Il en va de même quant à l'élaboration des projets pédagogiques qui pourront être construits à partir de réflexions communes et d'échanges entre IFSI de même région. Plusieurs initiatives ont été conduites en ce sens, sous l'égide notamment des conseillères techniques régionales en soins infirmiers auprès des DRASS.

Développer la compétence clinique à l'occasion des stages dont les objectifs auront été formalisés par l'IFSI et le service d'accueil

Les stages constituent des temps très importants de l'élaboration du projet professionnel et à terme de l'orientation du futur infirmier. Il est indispensable que le travail généralement conduit par les IFSI sur l'alternance des enseignements théoriques et cliniques soit approfondi avec les cadres et les professionnels des terrains d'accueil qu'il s'agisse de la préparation, du bilan ou de l'évaluation de ces stages. A titre d'exemple, le fait que les professionnels viennent se présenter ainsi que leur service aux étudiants au sein de l'IFSI constitue une démarche adéquate.

Il s'agit de repositionner le stage en psychiatrie dans l'ensemble de la formation dispensée aux étudiants et d'instaurer un véritable système d'alternance entre les formations théoriques et les stages pratiques. Dans ce cadre, le formateur de l'IFSI doit pouvoir intervenir sur les lieux de stage auprès de l'étudiant et l'équipe soignante dans les IFSI. Cette orientation vise à faire évoluer l'institut de formation vers une réelle formation en alternance impliquant fortement le milieu soignant dans les enseignements théoriques à l'IFSI et les équipes pédagogiques sur les lieux de stage.

Une telle démarche pourra être initiée conjointement par les directeurs de soins de l'institut de formation et de l'établissement de santé d'accueil. De la même manière, il est utile de renforcer l'implication des médecins chefs

de services de psychiatrie dans la mise en œuvre des stages et plus globalement dans le déroulement de la formation initiale des infirmiers. En effet, la réflexion sur la stratégie des stages ainsi que l'accueil des étudiants incite généralement à un travail de l'équipe soignante sur sa propre démarche de soins et peut donc entraîner une nouvelle mobilisation autour du projet de soins ainsi qu'un bon levier pour renforcer l'attractivité du service. Malgré une situation difficile en terme d'effectifs, la disponibilité des équipes soignantes doit être garantie pour aider l'étudiant en stage à mobiliser ses connaissances dans la pratique clinique, à reprendre les situations afin d'utiliser ces connaissances techniques en rapport avec sa capacité d'analyse. C'est la bonne compréhension des situations qui permet à l'infirmier d'être acteur de sa fonction. Cet apprentissage ne peut en effet être conduit que dans un cadre professionnel et non lors des enseignements théoriques.

Dès lors, l'encadrement des étudiants sur les terrains de stages constitue un élément majeur et nécessite l'investissement des cadres de santé infirmiers, dans le droit-fil du rôle propre de l'infirmier prévu par le décret du 11 février 2002 précité. La formalisation en amont d'objectifs communs aux services d'accueil et aux IFSI devrait faciliter la désignation d'un professionnel infirmier référent et ainsi le bon déroulement des stages. Il convient de préciser que le tutorat doit pouvoir être confié à tout personnel infirmier. Il s'agit également de permettre une réactualisation des compétences pour les infirmiers en exercice.

Il sera particulièrement utile de renforcer le suivi et l'accompagnement des étudiants dans les structures spécifiques, unités de soins en prison, addictologie, gestion des risques et, d'une manière plus générale de favoriser la conduite d'entretien d'aide à visée socio-thérapeutique (décret du 11 février 2002).

Afin d'assurer la disponibilité nécessaire pour les étudiants, il convient de mutualiser les ressources des lieux de stage en favorisant les synergies inter-établissements, inter-département et, au plan régional, en développant les partenariats entre IFSI et dans les différentes structures où la psychiatrie est fortement représentée (hôpitaux de jour, CMP, CATTP, etc.). De tels projets existent déjà au niveau régional et permettent de mieux répondre aux besoins des étudiants dont le projet professionnel nécessite un investissement particulier en un domaine précis.

Recruter dans chaque IFSI des formateurs ayant une expérience de la psychiatrie afin de promouvoir une politique d'attractivité de ce secteur.

Ces formateurs pourront :

- contribuer à l'élaboration de projets pédagogiques intégrant la psychiatrie ;
- renforcer la compétence clinique de l'IFSI ainsi que sa capacité à retravailler avec les étudiants certaines situations de soins rencontrées notamment en stage ;
- favoriser l'émergence et permettre l'accompagnement du projet professionnel de l'étudiant qui souhaite exercer en psychiatrie, tout au long de son cursus de formation.

Il convient ainsi de poursuivre le large mouvement de recrutement de formateurs ayant une expérience en psychiatrie dans les IFSI (77 % en sont dotés), de manière à généraliser rapidement le recours à ces professionnels. De tels recrutements permettront notamment de préparer les projets pédagogiques organisés autour des sciences humaines.

Afin de restituer les résultats détaillés de l'enquête ayant trait aux conditions de mise en œuvre de la formation des infirmiers dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale, de faciliter les échanges entre instituts de formation en soins infirmiers autour des enseignements de santé mentale, et de mieux répondre aux différents axes d'évolution précités, une journée relative à la formation des infirmiers exerçant en psychiatrie ouvertes aux directeurs et directrices d'IFSI ainsi qu'à des représentants des formateurs ou intervenants en la matière dans les IFSI et sur les terrains de stage sera organisée par nos soins d'ici à la fin de l'année 2003.

ANNEXES 2

Rapport Cléry Melin - 2003

Renforcer la formation initiale et continue des différents intervenants

Promouvoir les formations initiales conjointes (proposition n° VI-04)

D'une façon générale, le souhait serait de mettre en place des formations conjointes pour la plupart des intervenants du champ de la psychiatrie et de la santé mentale.

Il importe donc, non pas de transformer tous les intervenants en thérapeutes, ce qu'ils ne sont pas, mais en personnes compétentes, capables de juger si le trouble présenté par la personne nécessite des soins spécialisés, de quels types et avec quel degré d'urgence. Ils doivent aussi être capables d'exercer leurs fonctions avec des personnes présentant des problèmes de santé mentale avec le niveau relationnel nécessaire à la prise en charge des personnes fragilisées.

Des formations croisées sont à mettre en place avec les directions des instituts de formation dans le cadre de leur conseil technique. Elles paraissent essentielles pour que chaque profession connaisse le cadre dans lequel travaillent les autres, sache à quel moment passer la main et quelles sont les interventions que les autres acteurs sont à même de faire.

Faire évoluer le métier d'infirmier en psychiatrie, en rendant d'abord plus opérationnelles les compétences acquises lors de la formation initiale, tout en préparant une réforme de la formation d'ensemble des infirmiers (**proposition n° VI-05**)

La fusion des formations conduisant aux diplômes d'infirmier en soins généraux et d'infirmiers en psychiatrie intervenue en 1992 a conduit à la mise en œuvre par les instituts de formation en soins infirmiers d'une formation d'infirmier généraliste intégrant les notions et concepts abordés en santé mentale et en psychiatrie.

L'objectif consistait en une approche globale de la personne associant les dimensions somatique et psychique, par l'ensemble des infirmiers, que leur projet professionnel vise les soins généraux ou la psychiatrie. Chacun s'accorde désormais à reconnaître les avancées que constitue cette formation généraliste, notamment en terme de décloisonnement des champs d'exercice professionnel, de mobilité et de choix d'exercice plus variés, même si elle contribue indirectement à aggraver la pénurie en psychiatrie, déjà disqualifiée par la non intégration des infirmiers de secteur psychiatrique dans le corps des infirmiers diplômés d'état, à la suite de la directive Européenne de 1978.

Nous ne reviendrons pas ici sur tous les avatars qu'a connus ce dossier, qui a constitué un énorme ratage de la réorganisation professionnelle du corps infirmier dans notre pays, témoignant du manque de reconnaissance des professionnels - et de tous les professionnels - exerçant en santé mentale. Bafoués, les infirmiers de secteur psychiatrique ont ainsi une reconnaissance nationale pour effectuer toutes les tâches d'un infirmier diplômé d'état dans un établissement hospitalier, mais sans attribution du titre, en raison de la directive Européenne, alors que nul ne peut contester que leur expérience et leur formation les situent à un niveau équivalent.

Cette ségrégation statutaire demeure une réelle épine dans toute réflexion concernant le soin infirmier en santé mentale: s'il est vrai que les infirmiers diplômés d'état "nouveau régime", et dont le niveau de formation en santé mentale a été accru, ne montrent aucune réticence à travailler dans les services de santé mentale, il s'avère que les spécificités de la discipline nécessitent "sur le tas" une formation que nous estimons de 6 mois minimum. C'est généralement auprès de leurs collègues, dont le niveau de compétence est pourtant limité par la directive Européenne, qu'ils acquièrent ces connaissances aujourd'hui.

Un groupe de travail a été réuni par le ministère depuis juin 2002 et a reçu pour mission de formuler des propositions permettant d'améliorer les compétences des infirmiers appelés à exercer dans le domaine de la psychiatrie: il a pu poser clairement divergences et points communs pour ce qui concerne la formation en psychiatrie dans ce nouveau contexte: la ligne de fracture se situe entre tenants d'une formation initiale spécifique à l'exercice en psychiatrie, d'une formation complémentaire pour les infirmiers souhaitant exercer en psychiatrie, et en-

fin d'une spécialisation des infirmiers en psychiatrie, tous étant par ailleurs d'accord sur la formation universitaire préconisée au niveau européen.

Sans développer ici les aspects techniques, sur lesquels on ne pourra faire longtemps l'impasse, tel le statut des infirmiers qui découlerait de telle ou telle option, il nous apparaît nécessaire de subordonner le chantier d'une réforme de la formation initiale des professions infirmières, aux réformes annoncées de la première année de formation commune aux professions de santé, qui devraient avoir un réel impact sur la compétence à terme des professionnels (apport plus conséquent des sciences humaines, meilleure appréhension des problématiques de santé publique et de l'environnement médico-social dans lequel les professionnels interviennent).

Dès à présent, et compte tenu des délais de mise en œuvre d'une telle réforme, pourrait être mise en place une formation complémentaire de six mois, applicable sur l'ensemble du territoire, offerte aux infirmiers lors d'une première affectation en service de psychiatrie. Cette formation complémentaire devra tenir compte de la spécificité de la psychiatrie (qu'il s'agisse de son organisation ou des soins aux patients), et du fait que le cœur des "équipes actuelles" est encore constitué par les infirmiers de secteur psychiatrique.

En effet, aucune réforme d'ensemble concernant l'évolution du dispositif ne peut être mise en œuvre harmonieusement sans le soutien de ce nombre important d'acteurs. Notons que cette formation ne permettra pas d'envisager de réels transferts de compétence au profit des infirmiers, transferts auxquels les organisations syndicales restent pour la plupart hostiles: le besoin des patients réside plus dans l'amélioration de la complémentarité des interventions médicales et paramédicales, que dans la substitution des unes aux autres.

Adapter la formation des psychologues (proposition n° VI-06)

Ces formations sont très diverses suivant les universités, certaines étant spécialisées dans la psychanalyse, ce qui aboutit à des formations non référencées.

CHAMPAGNAC	Audrey	<Date du jury>
Travail de Fin d'études du Diplôme d'État Infirmier		
Promotion 2013		
Nurses care in psychiatry : from theory to practice		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université Bordeaux Segalen		
<p>I chose the subject of conceptual teaching of psychiatry for my final term paper. This choice is based on an experience I had during one of my second year internships.</p> <p>I was confronted with patients who asked me questions that I couldn't answer because of my inexperience. This situation destabilized me, and led me wonder what is the impact of initial formation of psychiatry on our attitudes and actions during nursing care ? So I decided to examine the role of the initial formation and the deficiency of theory and practice.</p> <p>First, I reviewed a literary research through books, articles, legislation and that's why I was able to develop the following concepts: the theory, the practice, the experience, the social representation, and the complementary formation.</p> <p>Then, I analyzed an article that discusses the necessity of a complementary formation, in order to find some datum to develop my research and which I can lean on to make an hypothesis.</p> <p>Then, I was able to formulate the following hypothesis : the initial teaching does not suffice for the student or young graduate for him to link up theory and real life situations of caring in psychiatry.</p> <p>But to answer this question, I made a list of questions to ask some young graduates who work in psychiatry to validate or invalidate my previous hypothesis.</p> <p>Eventually, this process has allowed me in a first time to have a larger perspective on formation and these challenges, and in a second time to move forward, in order to become a professional in a few months.</p> <p># 260 words</p>		
Mots clés (6 à 8 mots):		
theory – practice – formation – nursing care – experience – social representation		
<i>L'Institut de formation en Soins Infirmiers Charles Perrens n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		

CHAMPAGNAC	Audrey	
Travail de Fin d'études du Diplôme d'État Infirmier Promotion 2013		
Soins infirmiers en psychiatrie : de la théorie à la pratique		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université Bordeaux Segalen		
<p>J'ai choisi le sujet de l'enseignement théorique en psychiatrie pour mon travail de fin d'étude. Ce choix est basé sur une expérience que j'ai eue lors d'un de mes stages de deuxième année.</p> <p>J'ai été confronté à des patients qui m'ont posé des questions auxquelles je ne pouvais pas répondre à cause de mon inexpérience. Cette situation m'a déstabilisé, et a conduit à me demander quel est l'impact de la formation initiale en psychiatrie, sur nos attitudes et nos actions au cours de soins infirmiers? J'ai donc décidé d'examiner le rôle de la formation initiale et l'insuffisance de la théorie et de la pratique.</p> <p>Tout d'abord, j'ai passé en revue la littérature à travers des livres, des articles, des textes législatifs et c'est pourquoi j'ai pu développer les concepts suivants: la théorie, la pratique, l'expérience, les représentations sociales, et la formation complémentaire.</p> <p>Ensuite, j'ai analysé un article qui traite de la nécessité d'une formation complémentaire, afin de trouver un point de référence pour développer mes recherches et sur lequel je me suis appuyée pour formuler une hypothèse.</p> <p>Ensuite, j'ai pu formuler l'hypothèse suivante: la formation initiale ne suffit pas et ne permet pas à l'étudiant ou jeune diplômé de mettre en lien la théorie et la pratique en situation de soin en psychiatrie.</p> <p>Mais pour répondre à cette question, j'ai réalisé un questionnaire à poser certains jeunes diplômés qui travaillent en psychiatrie pour valider ou invalider mon hypothèse précédente.</p> <p>Finalement, ce processus m'a permis dans un premier temps d'avoir une perspective plus large sur la formation et ses défis, et dans un second temps d'avancer, afin de devenir une future professionnelle dans quelques mois.</p>		
<p>Mots clés (6 à 8 mots):</p> <p>Théorie – pratique – formation – soins infirmiers – expérience – représentation sociale</p>		
<i>'Institut de formation en Soins Infirmiers Charles Perrens n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		