

**Département d'Ergologie  
Université de Provence  
Aix-Marseille I  
Année universitaire 2008-2009**

**Activité d'encadrement des étudiants infirmiers en psychiatrie et  
nouveau diplôme infirmier :  
la question de la transmission des savoirs**

**DASSA - GALINDO Marie-Hélène  
SCHRODER Mélanie  
Tuteur pédagogique Mme Muriel PREVOT-CARPENTIER**



**Assistance Publique  
Hôpitaux de Marseille**



## Remerciements

- Nous tenons tout d'abord à remercier pour leur engagement et la richesse de leurs apports **les participants du GRT**:
  - Rosy Aversa**, Enseignante à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) de Sainte Marguerite
  - Sabine Cauvin**, Cadre de Santé du Pôle psychiatrie Centre
  - Daouia Djenane**, Infirmière diplômée d'état (IDE) du Pôle psychiatrie Sud
  - Jean-Louis Gargiulo**, Infirmier de secteur psychiatrique (ISP) du Pôle psychiatrie Sud
  - Anne-Marie Giacalone/Olive**, Enseignante à l'IFSI de Sainte Marguerite
  - Christiane Klein**, Enseignante à l'IFSI de Sainte Marguerite
  - Michèle Lovino**, ISP du Pôle psychiatrie Sud
  - Marie-Hélène Pierracini**, Enseignante à l'IFSI de la Capelette
  - Pierre Vellutini**, ISP du Pôle psychiatrie Sud
- Nous souhaitons aussi adresser nos remerciements **aux Cadres de Santé et aux équipes des unités temps plein et de jour** qui nous ont accueilli et permis de mener à bien ce projet.
- Merci aux **étudiants en soins infirmiers**.
- Merci également aux personnes qui ont bien voulu nous accorder de leur temps pour nous éclairer dans ce travail :
  - Madame Chevalier**, Coordinatrice Générale des soins à la Direction Centrale de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (AP-HM)
  - Monsieur le Professeur Naudin**, Psychiatre, Chef de service au Pôle Psychiatrie Sud
  - Monsieur le Professeur Lançon**, PU-PH, Chef de service au Pôle Psychiatrie Sud
  - Madame Boretti-Picchi**, Directrice des soins des Hôpitaux Sud
  - Docteur Laurent Boyer**, Chargé de mission pour le dossier patient informatisé en psychiatrie à la Direction Informatique et Réseau
  - Monsieur Bibolet**, Directeur de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de la Capelette
  - Madame Tomassini**, Directrice de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Sainte Marguerite
  - Madame Aubry**, Conseillère Pédagogique Régionale en Soins à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- Enfin, nous remercions notre responsable de stage, Madame **Muriel Prévot-Carpentier** pour sa disponibilité, son dynamisme et ses remarques avisées.

# Sommaire

<b>Introduction</b>	<b>P.5</b>
<b><u>I. Le contexte</u></b>	<b>P.6</b>
1.1. L'institution, l'établissement	P.6
1.1.1. L'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille (AP-HM)	P.6
1.1.2. La psychiatrie à l'AP-HM	P.6
1.2. L'impact des projets et réformes nationaux	P.7
1.2.1. Plan santé mentale 2005-2008	P.7
1.2.2. Le rapport Berland	P.8
1.2.3. Accords de Bologne	P.10
1.2.4. Plan Hôpital 2007	P.13
1.2.5. La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » HPST	P.13
<b><u>II. La demande et ses enjeux</u></b>	<b>P.15</b>
2.1. La demande	P.15
2.2. Les enjeux de la demande	P.15
2.3. Déroulement du stage	P.16
<b><u>III. La méthodologie</u></b>	<b>P.16</b>
3.1. Les objectifs	P.16
3.2. Nos outils	P.17
3.2.1. Le groupe de rencontres du travail	P.17
3.2.2. Les observations	P.17
3.2.3. Les entretiens	P.17
<b><u>IV. Caractéristiques et analyse de la situation de travail</u></b>	<b>P.18</b>
4.1. Hypothèses	P.18
4.2. Les observations et les entretiens mis en dialogue dans le GRT	P.18
4.2.1. Tutorat des étudiants infirmiers en hospitalisation temps plein	P.18
<i>L'unité et l'équipe infirmière</i>	P.18
<i>Une journée en unité temps plein</i>	P.18
<i>Principales tâches confiées aux étudiants en hospitalisation temps plein</i>	P.20
<i>Etudiants et marges de manœuvre</i>	P.20
<i>Etudiants et relation avec les infirmiers</i>	P.21
<i>Pédagogie des infirmiers et postures professionnelles</i>	P.22
<i>L'évaluation des étudiants</i>	P.26

<b>4.2.2. Tutorat des étudiants infirmiers en hospitalisation de jour rue</b>	<b>P.28</b>
<b>Lafon</b>	
<i>L'unité et l'équipe infirmière</i>	<b>P.28</b>
<i>Une journée en hôpital de jour</i>	<b>P.29</b>
<i>Principales tâches confiées aux étudiants en hospitalisation de jour</i>	<b>P.29</b>
<i>Pédagogie des infirmiers</i>	<b>P.30</b>
<i>Etudiants et relation avec les infirmiers</i>	<b>P.31</b>
<i>L'évaluation des étudiants</i>	<b>P.32</b>
<b>4.3. Le GRT et le projet pédagogique des tuteurs de psychiatrie</b>	<b>P.32</b>
<b>4.4. Diagnostic</b>	<b>P.34</b>
<b><u>V. Propositions d'amélioration et pistes de réflexion</u></b>	<b>P.37</b>
<b>Conclusion</b>	<b>P.39</b>
<b>Annexes</b>	<b>P.40</b>
<b>Annexe 1</b> Glossaire	<b>P.42</b>
<b>Annexe 2</b> Protocole d'intervention	<b>P.44</b>
<b>Annexe 3</b> Lexique ergologique	<b>P.53</b>
<b>Annexe 4</b> Référentiel d'activités	<b>P.58</b>
<b>Annexe 5</b> Référentiel de compétences	<b>P.70</b>
<b>Annexe 6</b> Référentiel de formation	<b>P.85</b>
<b>Annexe 7</b> Document d'accueil des étudiants unité temps plein n°2	<b>P.99</b>
<b>Annexe 8</b> Projet des tuteurs Pérennisation des savoirs en psychiatrie - dispositif pédagogique de terrain	<b>P.109</b>

Surligné en grisé ou orange	Apports du groupe de rencontres du travail (GRT)
-----------------------------	--

**Le présent rapport peut, sans dommage pour la lecture, être imprimé en noir et blanc.**

« Ce que l'on mesure ce n'est pas le travail mais les résultats du travail. Il n'y a pas de proportionnalité entre le résultat du travail et le travail (et son coût pour le travailleur) ».

Christophe Dejours

## Introduction

Du grec « *ergon* » signifiant le travail, l'action, l'œuvre, l'ergologie fait référence à l'énergie, la vitalité du travailleur. Elle étudie l'activité de travail, celle-ci étant une forme de l'activité humaine. L'ergologie n'est pas une discipline scientifique, mais une démarche, qui organise un dialogue de connaissances entre deux types de savoirs (investis et institués). Elle permet la confrontation et la remise en question des savoirs sur cette activité qu'est le travail. Elle étudie le point de vue du travailleur, ses choix et ce qui les sous-tend dans un contexte et une situation donnés, se centre sur le rapport entre la personne et son milieu de travail.

« *L'activité peut être considérée comme le lieu de rencontre de plusieurs histoires (de l'institution, du métier, de l'individu, de l'établissement...) dans lequel l'acteur va établir des rapports aux prescriptions, à la tâche à réaliser, aux autres (ses collègues, l'administration...), aux valeurs et à lui-même* » (Amigues, 2003).

Les connaissances universitaires dites « *savoirs institués* » se fondent sur des concepts dont la définition est précise et compréhensible quel que soit le contexte. Ils sont dégagés du particulier, du singulier et du spécifique et donc du contexte historique ainsi que du système de valeurs de ceux qui les ont construits.

Le processus ergologique est le mouvement inverse : les concepts, bien que travaillés avec la même rigueur, sont approchés au plus près de leur expression contextuelle<sup>1</sup>. Cette démarche permet de saisir les modalités de savoirs et de valeurs générés par l'activité en situation, pour une personne donnée et à un moment donné. Selon Yves Schwartz, « *l'activité est un élan de vie, de santé, sans bornes prédéfinies qui synthétise, croise et noue, tout ce que l'on se représente séparément (corps/esprit, individuel/collectif, faire/valeurs, privé/professionnel, imposé/désiré, etc...)* ».

L'ergologie ne repose pas sur une étude quantitative du travail (le nombre d'observations ou d'entretiens sur des échantillons représentatifs) pour généraliser les résultats. Au contraire, elle s'intéresse à la singularité, au particulier afin de montrer ce qui échappe à toute généralisation mais qui est aussi le point de passage de l'universel. Ainsi, Canguilhem explique-t-il que l'utilisation en médecine de la statistique intervient en raison de phénomènes et contextes historiques, situationnels, qui peuvent être étrangers à la science elle-même.

---

<sup>1</sup> L'ergologie parle d'adhérence locale c'est-à-dire en lien étroit avec la situation vécue ici et maintenant au moment et à l'endroit dont il est question comme par exemple le langage de métier. Il existe dans le langage ordinaire un élément de généralité qui permet de se comprendre (tout le monde comprend le mot « voiture » même non référé à telle voiture spécifique), alors que dans le langage de l'activité, il peut y avoir des phrases que l'on ne peut comprendre que dans l'ici et maintenant, en situation (exemple : « j'ai fait 10 entrants aujourd'hui », ou « j'ai tout mis dans Cimaïse »).

## **I. Le contexte**

### **1.1. L'institution, l'établissement**

#### **1.1.1. L'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille (AP-HM)**

L'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille, AP-HM, est un établissement public de santé regroupant 4 hôpitaux :

- l'hôpital de la Timone
- l'hôpital de la Conception
- l'hôpital Sainte-Marguerite (auquel est rattaché le SMPR : Centre de détention des Baumettes)
- l'hôpital Nord

L'AP-HM est le premier centre hospitalier de la région PACA. Elle dispose d'une capacité de 3 500 lits et places.

Premier employeur de la région, elle emploie plus de 14 000 personnes dont 12 450 personnels non médicaux et 1 893 personnels médicaux (hors internes et étudiants).

Les personnels non médicaux sont répartis en 4 grandes catégories professionnelles et en plus de 150 professions. Ainsi, en 2007, on dénombrait :

- 8 292 agents soignants et éducatifs
- 1 614 agents administratifs
- 1 460 agents techniques
- 1 084 agents médico-techniques

Les trois missions de l'AP-HM sont les soins, l'enseignement et la recherche. L'AP-HM représente le deuxième pôle français de recherche médicale.

#### **1.1.2. La psychiatrie à l'AP-HM**

La psychiatrie à l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille a évolué au rythme des courants psychiatriques, des mesures et réformes ministérielles et de l'évolution de la société. Avant d'être organisée en pôle et installée sur différents sites, la psychiatrie adulte était la plus ancienne spécialité de l'hôpital de la Timone dont elle a tiré durant toute une époque sa réputation.

Deux hôpitaux de l'AP-HM abritent des services de psychiatrie : il s'agit de l'Hôpital de la Conception et de l'Hôpital Sainte Marguerite. L'AP-HM compte 284 lits et places de psychiatrie (chiffres 2007).

Historiquement, l'évolution de la prise en charge des patients s'est faite sur ces deux sites de manière différente. La psychiatrie de la Conception est organisée sur un modèle de prise en charge à la fois médicale et sociale, proche de celle de l'hôpital psychiatrique traditionnel. On y trouve un fort développement des alternatives à l'hospitalisation et de l'insertion des patients dans la ville. Les services de psychiatrie de Sainte Marguerite, créés plus tard, sont fondés actuellement sur le modèle universitaire : tentant de regrouper les patients par pathologies, la prise en charge est essentiellement basée sur le traitement médical de la maladie psychiatrique, initiant des actions de recherche et d'enseignement.

Désormais, la psychiatrie adulte de l'AP-HM est constituée de deux pôles :

- un Pôle Centre sur l'hôpital de la Conception
- l'autre Pôle Universitaire est situé à l'hôpital Sainte-Marguerite

La psychiatrie à l'AP-HM est divisée en secteurs regroupant un ou plusieurs arrondissements de Marseille.

L'organisation en secteur a pour but de :

- traiter à un stade précoce
- assurer le suivi en évitant les rechutes
- séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu. Pour cela, une équipe pluridisciplinaire a la charge d'une aire géographique donnée (dont le découpage doit correspondre à environ 70 000 personnes pour la psychiatrie adulte et 210 000 personnes pour les secteurs infanto-juvéniles).

Les patients sont donc orientés en fonction de leur lieu de domiciliation conformément à la loi.

Le pôle Sud est formé par trois secteurs (correspondant à deux arrondissements de Marseille) qui forment trois services composés chacun en intra-hospitalier de huit unités d'hospitalisation et pour l'extrahospitalier de trois CMP<sup>2</sup>-CATTP<sup>3</sup> et deux hôpitaux de jour dont un en addictologie. Le pôle compte également une unité psychiatrique mobile, une unité intersectorielle de nuit, et un service d'ergo sociothérapie et de sport.

Le pôle psychiatrique Universitaire est constitué d'une équipe quadripartite composée d'un médecin chef coordinateur, d'un directeur référent du pôle, d'un cadre supérieur de santé (poste actuellement vacant depuis une huit mois) et d'un cadre administratif.

La composition de ce pôle de psychiatrie entre dans un plan stratégique de réorganisation de l'AP-HM en regroupement de plateaux techniques et d'équipes soignantes, un développement des activités ambulatoires, un meilleur accueil des patients non programmés, sans oublier l'intensification de la recherche et de l'enseignement.

Le bâtiment Solaris, qui accueille la psychiatrie à Sainte Marguerite, est composé de cinq unités ouvertes de vingt lits et d'un secteur fermé de onze lits.

## **1.2. L'impact des projets et réformes nationaux**

### **1.2.1. Plan santé mentale 2005-2008**

Depuis les événements de Pau du 18 décembre 2004 (agression par un patient et mort d'une infirmière et d'une aide soignante), la psychiatrie a fait l'objet d'une attention particulière de la part de l'Etat.

Le gouvernement a mis en place de 2005 à 2008 un plan dit « *plan santé mentale* » visant à assurer la sécurité dans ce secteur. L'un des volets de ce plan porte sur l'organisation de la transmission des savoirs en prévision d'un nombre important de départs d'infirmiers expérimentés en psychiatrie, occasionnant une fuite de compétences de terrain. En effet, en 1992, le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique (ISP) a été supprimé. Dès lors furent nommés dans les services de psychiatrie des infirmiers diplômés d'Etat (IDE). Le rapport Couty<sup>4</sup> fait « *le constat d'une pénurie de soignants spécialisés en psychiatrie avec une perspective d'accentuation compte tenu de la pyramide des âges des infirmiers psychiatriques, corps en extinction depuis 1992. Les postes en service de psychiatrie sont pourvus par des titulaires du diplôme d'état d'infirmier. Ces professionnels issus d'une formation générale dans laquelle l'enseignement de la discipline psychiatrie est souvent minimal, connaissent des difficultés d'adaptation à la spécificité de la prise en charge des*

---

<sup>2</sup> Centre Médico-Psychologique.

<sup>3</sup> Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel.

<sup>4</sup> « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie », rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé et des sports et rédigé par Monsieur Edouard COUTY Conseiller Maître à la Cour des Comptes en janvier 2009, page 35.

*patients psychiatriques, de plus il est très difficile de leur confier des missions de première évaluation et d'orientation. Ce problème qualitatif va être majoré d'une difficulté quantitative aigüe, compte tenu des mouvements démographiques prévisionnels des cinq prochaines années pour les infirmiers diplômés d'état (40 % de départs) ».*

Les réformes successives des organisations du travail à l'hôpital (diminution de la durée de séjour, disparition des réunions pluridisciplinaires, changement dans les rapports infirmiers-médecins...), ont conduit la majorité des ISP qui travaillent encore, à demander leur affectation en dehors de l'hospitalisation temps plein de jour (ils sont en extra-hospitalier ou de nuit). Cette désaffectation a mis à jour le manque de compétences des IDE nouvellement recrutés en psychiatrie et contribue en partie à leur désaffectation de cette spécialité. Le recrutement d'IDE en psychiatrie et surtout leur fidélisation est difficile car la psychiatrie n'est pas très attractive pour eux souvent avides de savoirs faire techniques beaucoup plus valorisés que les savoirs faire relationnels. De plus, la polyvalence du diplôme ne les contraint pas, comme c'est le cas pour les ISP à exercer toute leur carrière en psychiatrie et leur permet de s'ouvrir sur un projet professionnel plus diversifié.

La réputation à l'hôpital concernant ce secteur peu technique est telle, qu'un IDE qui resterait en psychiatrie plus de cinq ou six ans aurait des difficultés à trouver ensuite un poste en secteur somatique (perte de compétences techniques). Or, sur 4500 infirmiers exerçant en secteur psychiatrique en région PACA au 31 décembre 2005 date de démarrage du plan, près de 1900 étaient âgés de 55 ans et plus, soit 42%. Il était donc urgent de mettre en place un dispositif permettant de prévenir l'hémorragie des savoirs investis<sup>5</sup> en attendant une modification des études conduisant au diplôme infirmier et avec la perspective d'une forme de spécialisation dans le domaine de la santé mentale. Mais cette ouverture ne semble pas se profiler comme escomptée.

### **1.2.2. Le rapport Berland**

Le rapport Berland (2002, mars et octobre 2003) pose les conditions et les principes de la possible délégation de certaines tâches médicales en faveur des infirmiers. Plusieurs expérimentations ont eu lieu. Elles se sont déroulées au sein de quelques établissements hospitaliers pilotes, dans différentes unités de soins à orientation médicale ou chirurgicale.

Concernant la psychiatrie, dans le rapport d'octobre 2003, le Professeur Berland note un transfert de compétence difficile à organiser en psychiatrie et que ce transfert pourrait se faire vers les psychologues et non vers les infirmiers.

*« En effet si certains professionnels considèrent souhaitable la mise en perspective de collaborations organisées avec les psychologues cliniciens, d'autres la trouvent inutile ou non souhaitable. La mission « démographie des professions de santé » avait pointé le transfert de compétences dans ce domaine comme souhaitable pour plusieurs raisons :*

*- la spécialité psychiatrie sera touchée par une baisse de ses effectifs dans les 20 années à venir*

*- un grand nombre de patients sont pris en charge par les psychiatres pour du mal être et non pour une pathologie qui nécessite l'intervention d'un psychiatre.*

*On assiste ainsi à une diminution des professionnels et en parallèle à une augmentation exponentielle de la demande en secteur libéral ou hospitalier ».*

Le rapport estime *« indispensable d'identifier les activités aujourd'hui prises en charge par les psychiatres et qui pourraient être transférées à des non-médecins. Il est nécessaire de fixer le niveau de formation des professionnels vers qui le transfert pourrait se faire.*

---

<sup>5</sup> Ou savoirs d'expérience.

*Le schéma de collaboration basé sur les grands principes énoncés plus haut serait à appliquer pour ce transfert. Dès à présent, certains psychiatres souhaitent une réflexion pour aboutir à des propositions sur la base d'une concertation entre psychiatres et psychologues ». Toujours selon le rapport, la mission « prise en charge de la santé mentale » devrait se fixer comme priorité ces objectifs.*

*Dans ses propositions le rapport explique que « la formation des acteurs médicaux et paramédicaux susceptibles d'accepter le transfert des compétences devra rapidement s'inscrire dans le cadre du LMD professionnel sans attendre les résultats de la réflexion aujourd'hui engagée sur la première année commune des études de santé. Elle devra prévoir également dans ce système, le niveau d'études qui sera exigé pour la formation des futurs cadres enseignants de la filière.*

*Les formations devront être construites de manière à permettre aux professionnels d'utiliser les acquis de leur formation pour construire des passerelles entre différents métiers de la santé. Les formations devront être inévitablement rattachées aux Facultés de Médecine même si elles pourront faire appel à des intervenants venant d'autres secteurs du monde universitaire ou professionnel. En ce sens, il est indispensable et urgent que cette mission soit étendue à une mission interministérielle, Ministère de la Santé et Ministère de l'Éducation Nationale. Compte tenu du Projet de Loi de Décentralisation, il est important que les Conseils Régionaux soient associés à la réflexion avec pour objectif de définir le niveau de formation reconnu dans le système LMD de chacun des métiers de la santé et de préciser les quotas de formation de chaque filière sur la base des informations recensées par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé ».*

Le rapport identifie le besoin dans différents secteurs d'activité médicale généralistes ou spécialisés, d'infirmiers spécialisés capables par leur formation d'assurer un transfert de compétences dans le cadre d'une activité collaborative mais pas pour la psychiatrie « j'ai pu identifier un certain nombre d'activités mais elles auraient certainement pu être multipliées si le temps m'avait été donné pour rencontrer toutes les disciplines médicales et chirurgicales » écrit le Professeur Berland. Il s'agit donc de créer le métier d'Infirmier Clinicien Spécialiste. Il propose un schéma de formation proche de celui envisagé au Québec à l'Université de Montréal.

Après les trois années d'études conduisant au diplôme d'Infirmière Diplômée d'Etat, les infirmiers ainsi titulaires d'un niveau de formation Licence Professionnelle en soins infirmiers auraient la possibilité de se spécialiser pour atteindre le grade de Master. Ce Master infirmier pourrait être décliné en trois options :

- gestion, pour former les cadres de santé
- formation, débouchant sur le métier d'enseignant
- soins, préparant aux Infirmières Cliniciennes Spécialistes

Il est intéressant de noter que dans son rapport le Professeur Berland met toujours infirmier au féminin. Les femmes sont certes majoritaires dans la profession infirmière ce qui peut expliquer cette formulation, mais nous n'avons pas pu nous empêcher d'y voir peut-être aussi la manifestation d'une représentation sociale renvoyant à une hiérarchisation masculin/féminin, le médecin étant plutôt un homme et l'infirmière une femme. Cela pourrait expliquer que ce soit le corps médical qui décide de la nouvelle organisation d'une profession par une définition « en creux » de son travail : l'infirmier fait ce que le médecin ne peut plus faire, évacuant ainsi la question pourtant fondamentale du rôle propre infirmier et réduisant le métier au rôle collaborant.

### Le point de vue de médecins responsables du pôle de psychiatrie Sud

En écho à cela, certains médecins du pôle psychiatrie Sud que nous avons rencontré, situent la psychiatrie au sein du CHU comme un lieu de traitement de la crise. Pour ces médecins, qui depuis l'organisation des pôles ont dû développer leurs activités de consultation, déléguer aux équipes infirmières du travail accompli actuellement par les médecins serait fondamental. Les infirmiers effectuent déjà une partie du travail des médecins. Ils en savent parfois plus que les internes et ceux-ci apprennent des infirmiers. Ce sont les infirmiers qui vivent les situations quotidiennes, qui peuvent déterminer le moment où il faut aller parler à un patient, le moment où il faut le laisser tranquille, qui repèrent les patients potentiellement violents. L'enjeu consiste à déterminer ce qui est transférable aux infirmiers : une intervention psychothérapeutique peut-elle être de l'ordre de la fonction infirmière ? La création d'une fonction d'infirmière coordinatrice de soins ne correspond pour l'instant à aucun grade, il y a certainement des modifications à apporter sur ce point.

Le rapport Berland propose de déléguer certaines fonctions mais pas en psychiatrie. Pour cette spécialité il faudrait réussir à obtenir une qualification supplémentaire d'infirmier spécialisé en psychiatrie.

Il y a un manque d'enseignement de psychiatrie sociale et en particulier très peu d'enseignement sur la notion de communauté, la notion de psychothérapie institutionnelle, le travail avec les pairs. Un diplôme universitaire<sup>6</sup> mis en place l'an dernier à la faculté et ouvert aux infirmiers vise à promouvoir une nouvelle conception qui permette de sortir de la conception classique du secteur psychiatrique très marquée par l'idéologie des années soixante et devenue obsolète. L'enjeu actuel est de trouver d'autres théories, d'autres pratiques plus ancrées dans la quotidienneté de la vie d'aujourd'hui. En revanche, il y avait des services de psychothérapie institutionnelle qui fonctionnaient très bien, d'une façon très intéressante parce qu'ils avaient compris comment organiser et se servir de la culture pour soigner.

### **1.2.3. Accords de Bologne**

Suite aux accords de Bologne en 1999<sup>7</sup> (29 pays signataires), dont l'objectif est de construire un espace européen de l'enseignement supérieur avant 2010, l'élaboration d'un nouveau programme de formation en soins infirmiers a débuté en 2006 pour une application prévue dès septembre 2009. Ce programme n'est pas encore finalisé mais il ne fait pas la part belle à la psychiatrie. Il est construit sur l'approche par compétences<sup>8</sup>, le nombre de crédits (E.C.T.S.)<sup>9</sup>, un niveau licence, la possibilité de passerelles entre les différents métiers du

<sup>6</sup> D.U. de psychiatrie : pratiques de soins et liens sociaux.

<sup>7</sup> Harmonisation des diplômes au niveau européen par le système LMD (diplômes euro compatibles). Validation des acquis et de l'expérience. Mise en place d'un système de crédits – comme celui du système ECTS – comme moyen approprié pour promouvoir la mobilité des étudiants le plus largement possible. Les crédits pourraient également être acquis en dehors du système de l'enseignement supérieur, y compris par l'éducation tout au long de la vie, dans la mesure où ceux-ci sont reconnus par les établissements d'enseignement supérieur concernés.

<sup>8</sup> La compétence est définie selon le répertoire des métiers (FPH) comme « la maîtrise d'un savoir-faire opérationnel relatif aux activités d'une situation déterminée, requérant des connaissances et des comportements. Elle est inséparable de l'action et ne peut-être appréhendée qu'au travers de l'activité ».

Il y a 10 compétences à acquérir pour obtenir le diplôme :

1. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens
2. Évaluer une situation clinique
3. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers
4. Mettre en œuvre des thérapeutiques et des actes à visée diagnostique
5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs
6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle
8. Traiter les informations pour assurer la continuité des soins
9. Organiser et coordonner les interventions soignantes
10. Informer, former des professionnels et des personnes en formation

<sup>9</sup> European Credits Transfer System.

secteur sanitaire et social, et l'ouverture sur des formations en soins infirmiers de niveau master. Mais aucun master de psychiatrie pour le personnel infirmier n'a pour l'instant vu le jour et cela est vécu par les professionnels comme une nouvelle preuve de désaveu vis à vis de la spécialité. Ceci va à l'encontre de la recommandation numéro 16 du rapport Couty<sup>10</sup> : « création d'un diplôme d'infirmier spécialisé en psychiatrie et santé mentale (master professionnel de spécialisation) dans le cadre de la mise en place de la réforme LMD ».

Le rapport argumente la proposition ainsi :

« La formation d'adaptation au poste en psychiatrie et le tutorat, prévus par le plan de santé mentale, ont été mis en place. Cet effort est à poursuivre et à accentuer notamment par le développement du tutorat et la reconnaissance de cette activité exercée par des professionnels expérimentés (deuxième carrière). De plus, il est nécessaire d'aller progressivement, et dans le cadre de la mise en place de la réforme de la formation sur le format LMD, vers une spécialisation des infirmiers en santé mentale et en psychiatrie, comme cela existe pour la puériculture, l'anesthésie ou l'activité des blocs opératoires. Une référence nationale indicative du nombre d'infirmiers spécialisés en psychiatrie et santé mentale pourrait être recommandée dans un pôle pour garantir le niveau d'expertise requis au sein des équipes soignantes permettant d'assurer les missions d'orientation, de première évaluation et de référent. Dès à présent et dans l'attente de la mise en place de ce dispositif, la commission estime nécessaire de développer le temps de formation initiale en psychiatrie durant le cursus de formation des IDE et de rendre obligatoire le stage en secteur psychiatrique durant la formation IDE, ou de prévoir une adaptation à l'emploi pour les IDE exerçant en psychiatrie à la sortie des IFSI ».

Le nouveau programme comporte quatre volets : un référentiel d'activités (cf. annexe 4), un référentiel de compétences (cf. annexe 5) afin de pouvoir réaliser ces activités, un référentiel de formation (cf. annexe 6) permettant le développement des compétences requises et un référentiel d'évaluation.

#### Le point de vue de Mme Aubry, Conseillère pédagogique régionale en soins à la DRASS<sup>11</sup>

Nous avons interrogé Mme Aubry sur son rôle et son activité dans le cadre de la réforme des études infirmières. Mme Aubry nous a présenté l'enjeu politique de cette « Europe de la formation » dont l'un des initiateurs était Claude Allègre (ministre de l'éducation nationale 1997-2000).

Le groupe de travail mis en place au niveau national à l'initiative du Ministère de la santé a pour référent : Marie-Ange Coudray conseillère pédagogique nationale en soins à la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS).

Le groupe se compose d'une vingtaine de personnes qui se réunissent une fois par mois.

Il intègre :

- des représentants des partenaires sociaux, syndicats
- des représentants des associations professionnelles
- des représentants de l'ANFIIDE<sup>12</sup>
- des représentants AFEDI<sup>13</sup>
- des personnalités dites « qualifiées »...

Un consultant anime le groupe. Le travail devait être terminé en décembre 2008 (NDA : mais ne l'a été qu'en mai 2009) pour une mise en place à la rentrée de septembre de la même année.

<sup>10</sup> « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie », rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé et des sports et rédigé par Monsieur Edouard COUTY Conseiller Maître à la Cour des Comptes en janvier 2009, page 38.

<sup>11</sup> Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

<sup>12</sup> Associations Nationale Française des Infirmières et Infirmiers Diplômés et Etudiants.

<sup>13</sup> Association Francophone Européennes des Diagnostics Infirmiers.

Le groupe national travaille en lien avec les conseillères pédagogiques régionales au niveau des DRASS. Mme Aubry est le relais pour les Bouches du Rhône.

DHOS (groupe national) ↔ DRASS (groupe régional) ↔ IFSI<sup>14</sup> et personnes concernées  
Mme Aubry diffuse à chaque IFSI les différentes versions des documents transmis par le groupe national (V0, V1...V26) pour remarques, validations. Elle se charge ensuite de faire remonter les conclusions du groupe régional. La DHOS accepte ou pas d'intégrer ces propositions modifiant les documents de départ et donnant lieu à une nouvelle version.

Les marges de manœuvre des IFSI concernant la mise en place du nouveau diplôme reposent essentiellement sur les modalités d'application, mais pas sur le programme qui doit être approprié puis adapté. Chaque IFSI fait ses choix, certains mettront l'accent sur le rôle propre et d'autres sur le rôle prescrit.

NB : Les formateurs des IFSI que nous avons rencontrés par ailleurs, ont dit avoir le sentiment de « *travailler sur des sables mouvants* ». Des membres du GRT témoignent avoir participé à de nombreux groupes de travail sur la psychiatrie (IFSI et terrain), pour préparer le nouveau programme, et ce pour un résultat qu'ils définissent comme peu représentatif de ce qui était attendu par les formateurs d'IFSI et les acteurs de terrain.

Quel « *titre* » pour le diplôme infirmier ?

Le grade licence autorise l'accès en maîtrise. Le diplôme licence pose la question de la formation des formateurs car il implique que les formateurs soient des universitaires, or seuls 4% des formateurs en IFSI possèdent un diplôme universitaire. C'est pourquoi l'orientation se fait vers le grade licence même s'il ne correspond pas aux modèles européens de filière LMD en sciences infirmières (Licence, Master, Doctorat).

Pour le grade licence il suffit qu'il y ait 1% d'enseignants-chercheurs qui interviennent dans la formation. Il faudrait passer convention avec l'université et donc procéder à des regroupements d'IFSI (entité juridique). L'université aurait alors un droit de regard sur le contenu de la formation, sur les intervenants, le financement. Les IFSI devront passer ces conventions à l'horizon 2010.

Pour l'instant, suite au rapport Berland, trois masters destinés aux infirmiers vont s'ouvrir à la rentrée 2009 (sous la houlette de l'EHESP – Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique avec convention avec l'université) :

- gérontologie
- onco-hématologie
- parcours de soin – coordination des soins

La psychiatrie irait vers une qualification, ou peut-être un Master. En France, à la différence de l'Angleterre, la société latine reste très patriarcale précise Mme Aubry. Les infirmiers dépendent beaucoup des médecins. Mais on peut s'interroger aussi sur le positionnement des infirmiers et les bénéfices à n'être que de *simples exécutants*.

NB : Certains infirmiers de terrain quant à eux, craignent que les étudiants qui déjà choisissent peu la psychiatrie lors de leur entrée dans la vie professionnelle, soient peu nombreux à envisager de poursuivre leur cursus par une spécialisation.

La place des stages devient prépondérante. Dans le dispositif de formation antérieur, les étudiants devaient effectuer au moins deux stages obligatoires en psychiatrie durant leurs trois années d'études.

---

<sup>14</sup> Institut de Formation en Soins Infirmiers.

NB : Des enseignants précisent que dans le nouveau programme le nombre d'heures de stage et de cours théoriques diminue afin d'être aligné sur le nombre requis en licence. Avec ce programme, la logique n'est plus une logique de contenu mais de compétence. Il n'est donc pas possible de comparer les 360 heures autrefois consacrées aux cours théoriques en psychiatrie, dans l'ancien programme, aux 60 heures de cours magistraux du nouveau. Durant le stage, le terrain prendra totalement en charge l'apprentissage des étudiants, c'est-à-dire les compétences à acquérir. Actuellement les étudiants ne sont pas évalués sur la prise en charge du patient. Ils sont évalués sur le geste technique, mais le geste seul est insuffisant : il faut un accompagnement pour une prise en charge globale du patient. Les compétences à développer le seront sur les trois ans. Elles sont le socle de la formation. On prend une situation construite en amont qui se complexifie en y apportant des contenus en termes d'éclairage pour la comprendre. L'évaluation se fait sur des unités d'enseignement. La mise en pratique est pour l'instant en cours de réflexion. Par rapport à ce projet encore théorique la transposition pratique déterminera l'activité des enseignants et les choix qu'ils devront faire.

#### **1.2.4. Plan Hôpital 2007**

Depuis la mise en place du plan hôpital 2007 avec la nouvelle gouvernance, l'organisation interne des différents secteurs a profondément été modifiée, notamment la psychiatrie. Ainsi, à l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille (AP-HM), la psychiatrie est répartie en deux pôles situés sur deux hôpitaux différents : le pôle psychiatrie Centre à l'hôpital de la Conception et le pôle psychiatrie Sud à l'hôpital Sainte Marguerite.

Ces deux pôles travaillent selon une logique différente. L'organisation du pôle psychiatrie Centre est plutôt basée sur le parcours du patient en fonction de son état clinique (exemple : entrée par le service des urgences psychiatriques, hospitalisation temps plein, hospitalisation alternative au temps plein, consultations), tandis que le pôle psychiatrie Sud se veut un pôle universitaire organisé par pathologies (troubles bipolaires, schizophrénie, addictologie...). Toutefois, l'arrivée des patients par les urgences et la disponibilité en lits ne permettent pas toujours de respecter cette orientation par pathologies.

Enfin, du fait de ces changements, l'organisation sectorielle de la psychiatrie à Marseille est en plein bouleversement. Des patients autrefois suivis en raison de leur secteur de domiciliation, par exemple par une unité du pôle Centre, vont être obligés de se faire soigner au pôle Sud auquel leur secteur aura été rattaché. Ceci pose des problèmes de réorganisation du suivi des patients parfois chroniques et habitués à un style de prise en charge et à une équipe particulière depuis parfois des années. Mais c'est aussi une opportunité pour réimpulser une dynamique nouvelle dans les prises en charge.

#### **1.2.5. La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires », HPST**

Carte sanitaire, restructuration de l'offre, tarification à l'activité, culture du résultat, le projet de loi « *Hôpital, patients, santé et territoires* » formalise les nouveautés apportées au système de santé français. Cette réforme globale est un événement car, ces quarante dernières années, aucune loi n'avait porté sur l'ensemble du système. Elle instaure le pilotage régional de la santé avec les agences régionales de santé (ARS) qui pourront entre autres, identifier les zones prioritaires pour l'installation des médecins et flécher les aides vers ces territoires. Des maisons médicales seront créées pour faciliter l'installation groupée des professionnels libéraux dans ces territoires prioritaires. Les futurs présidents d'ARS seront des gestionnaires

de haut niveau, capables de piloter des politiques publiques de grande ampleur et de faire respecter les objectifs votés par le Parlement. La question des directeurs d'hôpitaux, qui peuvent désormais venir du secteur privé et non plus seulement de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de Rennes (EHESP), révocables à tout moment par le président de l'agence régionale de santé, nommés par le conseil des ministres, soulève aussi la communauté médicale hospitalière. Le principe de la direction collégiale, accepté par le chef de l'Etat dans la foulée du rapport Marescaux, est insuffisant pour calmer l'opposition et les professionnels. Selon eux, les problèmes de financement et d'effectifs rencontrés dans les hôpitaux publics, ainsi que l'absence de véritable projet hospitalier ne sont pas abordés. Actuellement il semble que le seul but de la gouvernance proposée par la loi, soit de faire des réductions de coûts. Il y a un problème de financement, puisque 29 CHU sur 31 sont en déficit. La loi reste opaque, en dehors de la gestion comptable, sur le projet hospitalier et la question essentielle, celle de savoir quel hôpital veut-on pour demain, n'est pas abordée.

Les médecins hospitaliers ont manifesté de manière importante, historique pour l'hôpital contre ce projet de loi. Aujourd'hui, pour dépasser la contradiction de la loi Bachelot -centrée sur la gestion- et le rapport Marescaux -qui insiste sur les soins, l'enseignement et la recherche-, le président a créé le « *pôle hospitalier universitaire* ». Un « *mouton à cinq pattes* », selon certains patrons influents de l'hôpital qui n'existe nulle part et ne peut pas exister. La crise est donc importante et profonde, elle transforme les jeux d'acteurs à l'hôpital et les rapports de pouvoirs. Le service infirmier doit trouver sa place dans une réforme qui redistribue les rôles et les pouvoirs dans des positions inédites.

#### Commentaire de certains médecins responsables du pôle Sud

Dans la logique comptable, disent certains médecins du pôle psychiatrie Sud, l'indicateur phare est la durée moyenne de séjour (DMS). C'est avant tout un indicateur de l'activité du médecin. Quand il y a une DMS à 50, cela signifie que le médecin, l'assistante sociale ne travaillent pas assez, et que l'équipe est pauvre, qu'elle a perdu sa dynamique. Ce n'est pas la vocation d'un CHU que de garder les patients hospitalisés aussi longtemps. Mais la DMS est un indicateur comptable et ce n'est pas parce qu'il y a une DMS rapide que l'on fait de la bonne psychiatrie. Cet indicateur est insuffisant pour traduire une réalité et devrait être corrélé à d'autres indicateurs. Le nombre de ré-hospitalisations d'un patient par exemple, sur deux ans pourrait être intéressant. Il permettrait de mettre à jour des stratégies de contournement comme les « *séjours de rupture* » et toutes les stratégies qui consistent à faire baisser la DMS (quand on fait sortir quelqu'un toute la semaine, cela permet de garder d'autres patients pendant trois mois). La tarification à l'acte (T2A) peut être l'occasion de penser quelque chose. Mais le défaut de ce libéralisme repose sur le fait qu'il n'a pas pensé la solidarité dans le même temps que l'économie. Si les disciplines ne communiquent pas entre elles, s'il y a un manque d'interface entre le médical et le social, un cloisonnement, c'est précisément pour cette raison. L'apport de la T2A c'est qu'elle met en lumière comment l'argent est dépensé. Quand la personne se chronicise simplement parce qu'elle n'a pas d'habitat ou parce qu'elle n'a pas de réseau social, maintenir un pseudo réseau social dans un hôpital de jour, comme le fait une certaine psychiatrie, est coûteux et n'est pas thérapeutique. Ces patients chroniques rechutent chaque fois qu'on les fait sortir parce qu'ils ont peur de perdre leur habitat. Il y a un certain nombre de personnes qui ne peuvent pas vivre ailleurs qu'en institution, mais l'hôpital n'est pas un lieu de vie, c'est un lieu de soin. Tant que l'on n'acceptera pas cela on ne leur fournira pas un habitat adapté.

#### Analyse des études concernant les taux de retours et la DMS

Les études menées sur les deux pôles de psychiatrie ne permettent pas, étant donné le manque de recul, de déterminer si la diminution de la DMS entraîne une augmentation ou une

diminution du taux de retour des patients. Une étude menée au pôle Centre dans l'organisation antérieure, par contre a montré que les patients hospitalisés depuis de nombreuses années avaient un taux de retour supérieur à ceux dont la durée de séjour est plus courte. Ce résultat pourrait être en faveur d'une diminution du temps d'hospitalisation permettant d'éviter l'installation d'une dépendance à la structure hospitalière. L'avenir nous le dira, mais le rapport Couty situe la psychiatrie comme une spécialité médicale aux côtés des autres spécialités. Sa mission porte sur les situations de déséquilibre faisant apparaître des troubles mentaux (la santé mentale représentant l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné). La psychiatrie participe, selon le rapport Couty, avec les autres acteurs des secteurs médico-social et social, à la bonne mise en oeuvre d'une politique de santé mentale.

## **II. La demande et ses enjeux**

### **2.1. La demande**

La demande initiale émane de Mme Nicole Chevalier, Coordinatrice Générale des soins de l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille. Cette demande s'inscrit dans le cadre de l'élaboration des contenus du nouveau programme de formation des étudiants en soins infirmiers. Ce programme est adossé à la notion de compétence. La demande porte sur la valorisation du travail réalisé dans le cadre du plan santé mentale par les infirmiers de psychiatrie concernant les savoirs de terrain fruits de l'expérience des anciens et leur intégration dans l'enseignement du nouveau programme. Il nous a été demandé de travailler dans le cadre du pôle psychiatrie Sud.

### **2.2. Les enjeux de la demande**

La disparition du diplôme infirmier de secteur psychiatrique conduit à la nécessité d'une transmission des savoirs et d'une approche spécifique permettant de répondre aux exigences de cette spécialité et d'offrir à ceux qui la reçoivent une capacité à se positionner efficacement dans un contexte de prise en charge de courte durée. En effet, la durée moyenne de séjour en psychiatrie, est passée de 1,5 mois à 17 jours depuis la mise en place des pôles.

Dans ce contexte, force est de constater que le positionnement professionnel des IDE en psychiatrie est parfois défaillant. Les jeunes infirmiers conscients des lacunes de leur formation, ont des difficultés dans des situations réclamant créativité et autonomie et n'ont pas l'assurance nécessaire pour participer activement et efficacement à l'élaboration de la prise en charge des patients. Ils n'ont pas le « *bagage* » qu'avaient les ISP au sortir de leur formation et sont parfois démunis face à des situations courantes en psychiatrie surtout dans les unités dans lesquelles il n'y a plus que de nouveaux recrutés. Le travail de mise en place du tutorat a redonné une place aux ISP en tant qu'experts et leur a permis de réfléchir durant 3 ans à ce qui faisait leur compétence pour accompagner ensuite en tant que tuteurs les nouveaux recrutés. Mais eux-mêmes ont ressenti la difficulté de penser la prise en charge des malades sur une durée aussi courte. Avec la fin du plan santé mentale tout ce travail de réflexion et d'élaboration, ainsi que le questionnement infirmiers face aux nouvelles contraintes de l'organisation risque de se perdre d'autant qu'un Master de psychiatrie n'est pas à l'ordre du jour.

La Coordinatrice Générale des Soins attend une valorisation dans la formation initiale des savoirs d'expérience mis en évidence par le travail des tuteurs.

Pour les médecins du pôle de psychiatrie Sud, le travail engagé selon la démarche ergologique pourrait servir à adapter les modalités d'intervention de l'équipe infirmière au côté des médecins dans la nouvelle organisation hospitalière.

Pour les IFSI le travail proposé pourrait servir à alimenter la réflexion actuelle sur le nouveau référentiel de formation et leurs choix de priorisation dans la pédagogie.

Pour les infirmiers de psychiatrie, DE ou ISP, c'est l'occasion d'améliorer l'encadrement des stages des futurs professionnels et donc de leurs collègues potentiels.

## **2.3. Déroulement du stage**

Notre stage s'est déroulé du 1<sup>er</sup> février au 1<sup>er</sup> juin 2009. Il a comporté trois phases :

- une première phase de diagnostic global, d'élaboration du protocole d'intervention et de mise en place du groupe de rencontres du travail

Durant cette première phase, nous avons rencontré les acteurs institutionnels ayant joué un rôle dans l'élaboration du nouveau programme. Nous avons également mené plusieurs entretiens notamment avec des médecins chefs de pôle et des responsables administratifs afin de mieux comprendre les implications de la réforme hospitalière en cours et ses conséquences sur l'organisation des soins en psychiatrie.

- une seconde phase d'observation et d'analyse

Cette phase a été marquée par le dialogue entre les membres du GRT et nous, afin de déterminer aussi bien les compléments d'observation à conduire, que les conclusions et propositions découlant de cette seconde phase.

- une troisième phase de restitution et de validation

Celle-ci s'est organisée autour du GRT et des différentes séances.

## **III. La méthodologie**

### **3.1. Les objectifs**

Ils ont été définis au tout début du stage, lors de la formalisation du protocole d'intervention. La demande initiale, ainsi que le positionnement des acteurs de terrain que nous avons rencontrés durant la première quinzaine de notre intervention, nous ont conduits à dégager quatre objectifs :

- mettre en débat les savoirs d'expérience et les savoirs pédagogiques pour faire émerger la réalité de l'activité en secteur de psychiatrie aujourd'hui
- mettre en évidence ce qui préside aux choix de priorisation pédagogique dans les IFSI afin d'en déterminer l'incidence sur la pratique
- faire émerger l'activité d'encadrement des stages étudiants par les infirmiers de terrain pour faire apparaître les modalités de transmission des savoirs d'expérience
- dégager des propositions d'enrichissement des contenus de la formation initiale et d'amélioration de l'encadrement en stage tenant compte des contraintes actuelles du terrain

## **3.2. Nos outils**

### **3.2.1. Le groupe de rencontres du travail, GRT**

Pour mener à bien ce projet, nous avons choisi une forme d'intervention propre à l'ergologie, à savoir la constitution d'un « *Groupe de Rencontres du Travail* » (GRT). Afin de travailler sur des données observées et non seulement sur les représentations des participants au GRT, nous avons couplé le travail du GRT avec les données issues de l'observation.

L'objectif de ce GRT est la création d'un espace de co-construction et de réflexion sur l'activité de transmission des savoirs infirmiers issus du terrain. En ce sens le GRT est un espace de partage dans lequel la confrontation des points de vue conduit à l'émergence, au moins en potentialité, d'un sens partagé permettant que s'échangent et se construisent des savoirs sur le travail en lien direct avec les protagonistes de l'activité réelle. Le GRT intègre dans la réflexion et l'analyse, les variations induites dans l'activité par la personnalité, l'expérience, la culture, et surtout les valeurs de chacun.

Nous avons organisé ce Groupe de Rencontres du Travail en sept séances entre février et mai 2009, à raison d'une séance tous les 15 jours en moyenne. Chaque séance a duré 1h45.

Ce groupe était composé de quatre formateurs d'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), cinq infirmiers de psychiatrie (4 ISP - 1 IDE) et deux étudiantes du département d'ergologie de l'université de Provence chargées de l'animation de ces rencontres.

Tous les participants ayant répondu en amont de ce travail ont été volontaires et réguliers dans leur engagement dans ces rencontres.

### **3.2.2. Les observations**

Les observations ont été réalisées en unité d'hospitalisation temps plein et hôpital de jour. Elles ont été déterminées durant le GRT. Elles ont porté sur l'activité d'encadrement des stages étudiants par les infirmiers de terrain pour faire apparaître les modalités de transmission des savoirs d'expérience.

L'observation en temps plein a duré 15 jours. Elle a été complétée par une observation de 2 jours dans une autre unité temps plein possédant un projet pédagogique plus développé. Notre objectif était de voir comment il était construit et si les infirmiers le connaissent et l'appliquent.

Les observations en hôpital de jour ayant un objectif plus précis -rencontrer des infirmiers de secteur psychiatrique afin d'observer les différences avec le temps plein dans une structure extra hospitalière- n'ont duré que 2 jours.

### **3.2.3. Les entretiens**

Des entretiens ont été réalisés avec des infirmiers, des étudiants infirmiers, des médecins, la conseillère pédagogique régionale en soins... Ils avaient pour visée d'approcher l'activité et les singularités, les contraintes, les renormalisations<sup>15</sup>, l'impact du contexte. Ils ont fait l'objet d'une validation par les personnes vues en entretien.

---

<sup>15</sup> L'être humain, est exposé à des exigences ou normes, émises en continu et en quantité par le milieu dans lequel il se trouve. Pour exister en tant qu'être singulier, vivant, et en fonction des lacunes des normes de ce milieu face aux innombrables variabilités de la situation locale, il va et doit tenter en permanence de réinterpréter ces normes qu'on lui propose. Ce faisant, il essaie de configurer le milieu comme son milieu propre. C'est le processus de re-normalisation qui est au coeur de l'activité. Pour partie, chacun parvient à transgresser certaines normes, à les tordre de façon à se les approprier. Pour partie, il les subit comme quelque chose qui s'impose de l'extérieur [par exemple, le langage est dans l'activité un effort de singularisation du système normatif qu'est la langue].

## **IV. Caractéristiques et analyse de la situation de travail**

### **4.1. Hypothèses**

Elles sont issues d'une phase d'immersion dans le milieu de travail durant laquelle nous avons mené des entretiens et des observations globales.

#### Hypothèse 1

Les infirmiers d'unité temps plein ne travaillent pas dans les conditions nécessaires à l'identification des postures professionnelles propres à ce domaine d'exercice de la profession et à leur transmission.

#### Hypothèse 2

L'encadrement des étudiants infirmiers n'est pas formalisé de manière à permettre le repérage de l'activité infirmière en psychiatrie et la transmission des savoirs d'expérience.

#### Hypothèse 3

Il n'y a pas d'appropriation du programme de la réforme des études par les infirmiers de terrain en raison de l'absence d'une co-production IFSI-Hôpital.

### **4.2. Les observations et les entretiens mis en dialogue dans le GRT**

#### **4.2.1. Tutorat des étudiants infirmiers en hospitalisation temps plein**

##### L'unité et l'équipe infirmière

Unité d'hospitalisation mixte, accueillant des patients sous différents modes d'hospitalisation (HL<sup>16</sup>, HDT<sup>17</sup>, HO<sup>18</sup>) en fonction de la sectorisation et souffrants de diverses pathologies psychiatriques. Cinq lits de cette unité sont consacrés à l'équipe mobile de Santé Mentale/Précarité qui intervient auprès des personnes vivant dans la rue et présentant des troubles du comportement. Unité d'hospitalisation temps plein d'une capacité de vingt-deux lits (vingt chambres dont deux doubles).

L'équipe infirmière est composée de neuf infirmiers diplômés d'Etat (IDE) dont un homme pour huit femmes. Les infirmiers sont à temps plein.

La moyenne d'âge de l'équipe infirmière est de 37 ans (étendue : 24 – 54 ans)

Sur les neuf infirmiers qui composent l'équipe, six ont une ancienneté en psychiatrie inférieure ou égale à trois ans et trois ont plus de quatre ans d'ancienneté en psychiatrie.

##### Une journée en unité temps plein

###### Les invariants

###### ► Matin

- 6h00 Relève infirmière (équipe de nuit / équipe de matin)
- 7h10 - 7h40 Vérification des médicaments préparés la veille / Préparation des gouttes du matin

---

<sup>16</sup> Hospitalisation Libre.

<sup>17</sup> Hospitalisation à la Demande d'un Tiers.

<sup>18</sup> Hospitalisation d'Office.

- 7h00 - 8h00 Prises de sang / bilans / prises des constantes
- 8h00 - 8h30 Distribution des médicaments
- 8h45 - 9h15 Relève infirmiers / internes
- Tournée des chambres pour changer draps, poubelles...
- Préparation des gouttes du midi
- Transmissions ciblées
- 12h00 - 12h25 Distribution des médicaments
- 12h50 - 13h30 Relève infirmière
- Visite médicale hebdomadaire (le lundi)
- Pauses café / repas
- Recueil hebdomadaire de données (poids, tension, température) (le jeudi)
- Gestion de problèmes administratifs (planning, commande de taxi, prise de rendez-vous ...)

► Après-midi

- 12h50 - 13h30 Relève infirmière (équipe du matin / équipe d'après-midi)
- 14h30 - 15h30 Préparation des médicaments
- 17h15 -18h45 Prise de constantes des patients
- 18h00 - 18h30 Distribution des médicaments
- 18h45 Transmissions ciblées
- Relève infirmière (équipe d'après-midi/équipe de nuit)
- Entretien formel médecin, patient, infirmier
- Pauses repas/café
- Gestion de problèmes administratifs (planning, prise de rendez-vous pour les patients, commande de taxi ...)
- Commande des médicaments pour la semaine (mercredi pour réception vendredi)
- Staff pluridisciplinaire bimensuel (le jeudi)

La variabilité matin et après midi

- Gestion de l'arrivée ou de la sortie d'un patient
- Accompagnement d'un patient pour radio/RDV...
- Entretien informel infirmier avec les patients
- Entretien formel médecin, patient, infirmier
- Déplacement à la pharmacie de l'hôpital pour récupérer les médicaments d'urgence
- Activité/sortie avec les patients
- Dossier incomplet nécessitant une recherche d'information
- Renfort en cas d'agitation
- Coordination avec les autres unités du pôle pour l'organisation de la prise en charge
- Absentéisme

NB : Dans les deux cas (matin et après-midi) : nombreuses interruptions de tâches (téléphone, patients, gestion d'imprévu...) ce qui perturbe le cours de l'activité et ajoute un stress parfois important selon le contexte de l'unité. Cela peut avoir une influence néfaste sur l'accompagnement des étudiants en rompant la relation pédagogique en cours.

Les invariants relèvent du prescrit de l'organisation du service. Toute modification, si infime soit-elle, d'horaire de repas ou de distribution des médicaments par exemple, suscite d'ailleurs l'étonnement de certains patients attachés au cadre contenant de ces repères organisationnels.

En dehors de cela, les invariants en hospitalisation temps plein sont très contraignants. Ils intègrent le prescrit des missions du service hospitalier qui doit assumer les besoins quotidiens des patient tant sur le plan des

**Dans l'organisation  
les invariants  
relèvent du prescrit**

besoins fondamentaux (hygiène, nourriture, repos), que sur celui du soin proprement dit.  
NB : Les contraintes du prescrit sont bien moindres et les marges de manœuvre beaucoup plus importantes en hôpital de jour (voir chapitre 4.2.2).

#### Principales tâches confiées aux étudiants en hospitalisation temps plein

- Préparation des gouttes / conversion gouttes-CC (binôme infirmier-étudiant)
- Distribution des traitements (binôme)
- Prise de sang (binôme)
- Aide à la toilette (binôme)
- Prise des constantes des patients (seul)
- Report des données objectives (tension, glycémie...) dans le dossier informatisé du patient (dit « *Cimaise* ») (seul)
- Assister aux entretiens entre médecin et patients
- Assister au staff pluridisciplinaire
- Assister à la visite médicale des patients
- Déplacements : vont chercher les médicaments d'urgence à la pharmacie, accompagnent un patient à un rendez-vous, vont déposer des bilans au labo... (seul)
- Préparation démarche de soins/MSP<sup>19</sup>

**Les étudiants sont orientés vers le prescrit de l'organisation**

Cette observation montre que les étudiants sont orientés vers le prescrit de l'organisation sauf pour les « *courses* » qui n'entrent pas dans une démarche pédagogique si ce n'est celle de découvrir l'hôpital. Cela leur permet de repérer l'organisation du service, mais pas d'apprendre à renormaliser de manière pertinente cette organisation face aux variabilités. Dans la réalisation du travail prescrit, la personne se trouve face à plusieurs sources de diversité et de variabilité et donc à des choix. L'activité de travail consiste dans la réalisation du travail prescrit compte tenu des contraintes et des avantages posés par les diversités et variabilités. Or, lors des entretiens il est apparu nettement que les étudiants se sentent désœuvrés, et ne savent que faire en dehors du prescrit.

#### Etudiants et marges de manœuvre

Comme nous venons de le dire, l'organisation de l'accompagnement des étudiants intègre peu leur capacité à renormaliser, à faire d'autres choix en fonction du contexte, que ceux prescrits par l'organisation.

Ainsi, concernant les transmissions écrites, les étudiants, bien que formés à l'IFSI à leur utilisation, ne participent pas « *activement* » aux transmissions ciblées et ne confrontent donc pas leur apprentissage théorique à l'utilisation de terrain (renormalisation) de la méthode appliquée en psychiatrie. Les infirmiers se partagent les dossiers de soins à remplir en fonction des numéros de chambre des patients et non sur la base des patients qu'ils ont eu à prendre en charge. Les transmissions peuvent être succinctes si les infirmiers n'ont pas eu à faire de soins somatiques (nursing ou soins techniques), et ne sont pas allés au devant de certains patients. Ils n'ont pas d'éléments cliniques à transmettre, alors que l'actualisation des données concernant les patients doit être quotidienne et que c'est cela qui est enseigné en IFSI.

Les étudiants assistent à la relève inter-équipe mais n'interviennent pas ni par des questions, ni par des apports : ils ne présentent pas de patient et ne sont pas sollicités par les infirmiers.

<sup>19</sup> Mise en Situation Professionnelle.

Dans le bureau, les groupes sont bien distincts : face à face, d'un côté les infirmiers et de l'autre les étudiants.

A l'arrivée d'un nouveau patient dans l'unité, les infirmiers n'impliquent pas systématiquement les étudiants dans la prise en charge : entretien d'accueil, réalisation des premiers soins, transmissions ciblées à l'entrée.

Les étudiants pourraient entrer en contact relationnel avec les patients mais n'osent pas le faire seuls. De plus, beaucoup de patients sortent pendant la journée.

Il faut en moyenne une semaine d'immersion aux étudiants avant de comprendre comment cela fonctionne. Ce n'est pas le cas pour les étudiants infirmiers de l'armée qui s'adaptent immédiatement, verbalisent leur questions et trouvent rapidement leur place tant dans l'équipe qu'avec les patients.

Les étudiants consultent régulièrement le Vidal, à la recherche du type de médicament, des indications thérapeutiques et des effets secondaires. Ils se font des fiches par patient avec les traitements et les indications : c'est une activité plus rassurante que d'aller au devant des patients et qu'ils jugent utile pour la suite de leur formation.

Afin de développer la capacité de réflexion et de prise d'initiative des étudiants, un cadre membre du GRT explique qu'elle demande aux étudiants de ne pas lire les dossiers pendant une semaine, pour qu'ils se fassent leur propre idée en repérant les signes cliniques mais en se servant aussi de leur ressenti dans la relation au patient. Le cœur du métier reste le patient et non le dossier ou l'informatique. Un membre du GRT précise qu'en psychiatrie la thérapeutique n'est pas uniquement dans l'action et que cela est difficile à comprendre et à vivre pour les étudiants. Les formateurs disent rappeler pourtant aux étudiants que leur travail en psychiatrie ne se réduit pas au soin technique. Il s'agit d'observer le patient, de l'écouter, d'analyser la relation qui est fondamentale dans cette spécialité. Mais le problème n'est pas spécifique à la psychiatrie et se pose aussi lors de stages en réanimation, par exemple, dans lesquels les étudiants, dit un formateur, se cachent derrière l'hyperactivité et n'identifient pas ce qu'il en est de la relation.

#### Etudiants et relation avec les infirmiers

Infirmiers et étudiants sont, à de nombreux moments, dans des pièces séparées, notamment l'après midi. Les étudiants ne savent pas toujours quoi faire lorsqu'ils se retrouvent seuls. Ils prennent peu d'initiative mais ne sont pas non plus poussés à le faire.

La prise d'initiative des infirmiers concernant les soins émanant notamment du rôle propre (entretien d'aide, de soutien, de recueil de données) ne trouve pas non plus sa place dans l'organisation des soins. Les interactions étudiants-patients et infirmiers-patients sont souvent le fait de la demande des patients. L'après-midi, le travail semble plus monotone, plus

**Le travail en binôme infirmiers-étudiants est restreint**

répétitif, avec peu de variations d'une après-midi sur l'autre. Une routine s'installe qui est marquée par le manque d'activité des étudiants. Le travail en binôme infirmiers-étudiants est restreint, et le point d'orgue de cette vacation pour les étudiants consiste en la préparation/distribution des médicaments systématiquement réalisées en binôme. Les échanges infirmiers-étudiants à ce moment là sont marqués par une transmission de savoirs concernant les traitements, les effets secondaires, avec mise en lien des pathologies, des changements dans le comportement d'un patient. Ce temps d'échange privilégié, expliquent les membres du GRT, est dû à l'attrait des infirmiers concernant la passation de leur savoir sur la pharmacologie particulière de la psychiatrie, mais aussi à l'engagement de leur responsabilité concernant la supervision de cet acte prescrit. Toutefois, dans nos observations, ces moments sont souvent à l'initiative des étudiants et prennent la forme de questions/réponses n'intégrant pas systématiquement de questionnement sur le

positionnement infirmier ou les ajustements singuliers (renormalisations) nécessaires pour réaliser l'activité.

**Les infirmiers disent être mis en difficulté par le nombre d'étudiants présents**

Les infirmiers disent être mis en difficulté par le nombre d'étudiants présents et ne se souviennent pas toujours de leur année de formation ou du stade de leur apprentissage dans l'unité. Ceci est confirmé par les membres du GRT qui s'inquiètent d'ailleurs de l'importante augmentation du nombre d'étudiants en stage qu'imposera le nouveau programme.

Les infirmiers en service disent ne pas être en mesure d'assurer un encadrement individualisé, approfondi et personnalisé. Cet état de fait est accentué lorsque les étudiants ne suivent pas la même formation (infirmiers et aides soignants), ou quand ils n'ont pas le même niveau.

Pour les étudiants, le changement de tuteur au gré des vacances demande une adaptation supplémentaire aux différentes approches pédagogiques.

Les membres du GRT mettent en lumière une possible faille du futur dispositif. Jusqu'alors, durant le stage, un enseignant de l'IFSI encadrait le stage de l'étudiant. L'organisation du stage dans le nouveau programme positionne l'étudiant en interface directe avec l'équipe soignante. En cas de problème, quel recours y aura-t-il pour l'étudiant, quel médiateur extérieur pourra régler les désaccords entre stagiaire et équipe soignante ?

#### Pédagogie des infirmiers et postures professionnelles

Le GRT soulève l'importance du stage dans l'apprentissage. L'étudiant généralise son expérience de stage sur la base d'une seule expérience du terrain et se fait ainsi une idée fautive de l'exercice en psychiatrie. Quel que soit l'enseignement de l'IFSI, si les étudiants ne le vérifient pas en service, il n'aura jamais le poids de l'expérience de terrain si minime soit-elle. Pour les étudiants, la réalité c'est ce qui se passe en service. Par exemple, les formateurs

**Pour les étudiants, la réalité c'est ce qui se passe en service**

enseignent aux étudiants que les entretiens infirmiers sont, avec les traitements médicamenteux, la base de la thérapeutique mais ce n'est pas ce qu'ils voient sur le terrain.

Nos observations ont montré que les tâches porteuses de la pédagogie en stage ne sont pas spécifiques à la psychiatrie (préparation des médicaments, protocole « prise de sang », chariot d'urgence...) ou peu repérables sans accompagnement et commentaires. Les entretiens avec les étudiants ont montré par exemple, la difficulté pour eux d'entrer en contact avec les patients en l'absence d'un accompagnement tutoral. La sismothérapie, qui est un acte particulier à la psychiatrie supposant un accompagnement infirmier, n'est pas accompagnée d'objectifs en termes de soins infirmiers sur ce que cela peut apporter. Les étudiants y assistent comme à un acte technique à « voir », une curiosité thérapeutique. De même, les mesures de protections juridiques ne sont pas reliées au rôle soignant.

Les enseignants présents dans le GRT expliquent qu'avant leur premier stage en psychiatrie, l'appréhension des étudiants porte sur la violence et la crainte de ne pas savoir que dire à un patient. Ils en reviennent rassurés mais, n'ayant pas eu un encadrement clinique par l'équipe, ils restent avec leurs doutes sur la manière d'entrer en contact avec un patient et de trouver les mots adaptés, apaisants ou pertinents. Avant leur départ en stage, ils reçoivent un cours théorique sur les différents types d'entretien. Dans certains IFSI, on leur demande de revenir avec un extrait d'entretien, même informel, ou un bout d'entretien auquel ils ont assisté. Ce support, sert de base à une analyse clinique de ce qui s'est passé durant l'entretien et qui fait sens. La même démarche est répétée quinze jours après le début de leur stage en psychiatrie.

Ils sont incités à entrer en relation avec les patients, mais cela reste difficile sans accompagnement. Les étudiants relatent surtout des entretiens médicaux et très peu d'entretiens infirmiers car il n'y en a quasiment pas, alors que cela fait partie de leur rôle propre. Par ailleurs, les entretiens médicaux ne sont pas systématiquement repris dans l'après coup afin de mettre à jour ce qui s'y est joué. Des membres du GRT ajoutent de plus qu'il arrive même que les étudiants ne puissent pas assister aux entretiens médicaux comme on le leur demande à l'IFSI, quand l'état du patient ne le permet pas ou selon la position du médecin dans certains terrains de stage.

**Le GRT se questionne sur l'absence sur le terrain de certains domaines du soin infirmier en psychiatrie**

Le GRT se questionne sur l'absence sur le terrain de certains domaines du soin infirmier en psychiatrie, comme par exemple cet encadrement lors du premier stage permettant d'aller vers le patient ou les entretiens infirmiers. Mais les infirmiers eux-mêmes prennent-ils le risque de la relation ? On peut faire fonctionner un service sans cela. Le contexte médical peut aussi imposer ce type de fonctionnement, comme il est dit plus haut.

En unité, les entretiens avec les patients sont informels : le matin au moment de la toilette, du petit déjeuner ou en aidant un patient. Les seuls entretiens formalisés sont les entretiens d'entrée, et quelques fois les entretiens de sortie. Le fait de reprendre avec les étudiants dans l'après coup même un entretien auquel ils n'ont pas assisté afin d'en extraire le matériel clinique peut aussi avoir un grand intérêt pédagogique. Les situations de soins « techniques » (prise tension artérielle, prise de sang) qui peuvent servir comme vecteur d'entrée en relation soignante avec les patients, ne sont pas repris non plus.

L'observation en psychiatrie est également très importante, mais les étudiants ne mettent pas grand-chose derrière ce mot « observations », il faut préciser pourquoi on observe et quoi, provoquer le questionnement qu'il est bon d'avoir.

Le but est le questionnement, aller à la rencontre des patients. Le temps d'observation doit être un temps d'élaboration de sa propre pensée, autour de laquelle va se construire le positionnement professionnel. Ils pourront peut-être aussi repérer le faire mais aussi le « non faire » des soignants.

La pédagogie employée par les infirmiers n'est pas harmonisée et n'est pas réfléchie collectivement. Ils disent ne pas se considérer formés pour encadrer des stagiaires et ne pas connaître les attentes des IFSI les concernant. Il existe de fait, de grandes variations d'un jour à l'autre, d'un infirmier à l'autre : exemple une étudiante de 1<sup>ère</sup> année qui manipule les médicaments sera seulement observatrice le lendemain. Une étudiante de 2<sup>ème</sup> année autorisée par une infirmière à utiliser une seringue pour la préparation des gouttes, se verra le jour suivant interdire ce geste par une autre infirmière de l'unité. Il est intéressant d'ailleurs de noter que l'infirmière « par sécurité » demande à l'étudiante de compter les gouttes, arguant qu'elle ne veut pas lui transmettre une pratique déviante, mais l'utilisant par ailleurs elle-même parfois, lorsque le nombre de gouttes prescrites pour le patient est important.

**La pédagogie employée par les infirmiers n'est pas harmonisée et n'est pas réfléchie collectivement**

Les infirmiers qui permettent l'utilisation de la seringue comme compte gouttes, supervisent la conversion des gouttes en centimètres cubes par les étudiants et leur font faire cette conversion à haute voix. Ils font la démonstration puis font pratiquer l'étudiant. Il y a alors transmission d'une pratique de terrain qui est une renormalisation de la règle enseignée en IFSI, et qui constitue un support de réflexion sur l'activité et les valeurs sous jacentes. Les infirmiers précisent d'ailleurs que l'encadrement des étudiants leur permet de se remettre en question. Ils regrettent le manque de communication avec les IFSI pour réfléchir sur les

contenus pédagogiques enseignés en IFSI et sur le terrain et ainsi avoir une co-régulation. Le GRT souligne par ailleurs que l'alignement sur la faculté ne prévoit pas de rapport de stage qui aurait pu soutenir cette réflexion en y intégrant les étudiants.

Pour le reste, tendanciellement, les observations montrent que les échanges verbaux infirmiers-étudiants restent « *pauvres* », c'est-à-dire sans contenu pédagogique. Ils sont réduits à des questions-réponses sans qu'il y ait induction par l'infirmier d'une recherche de réponse par l'étudiant qui questionne souvent en raison de la charge de travail ou des nombreuses interruptions de tâches.

Pourtant, précisent les membres du GRT, s'il n'y a pas de lien par la parole entre infirmiers et étudiants, l'étudiant ne peut pas comprendre sans verbalisation pour l'aider à identifier ce qu'il se passe. Il semble que les infirmiers ne sachent pas mettre en mots la clinique et ce qui motive leurs décisions ou leur pratique.

L'organisation ne propose que peu de lieux ou de temps d'échange. Les réunions hebdomadaires sont régulièrement annulées. L'un des infirmiers du GRT relate un incident avec une étudiante (manque de distance) qui n'a jamais pu être repris en réunion et n'a donc été qu'effleuré à la relève. Le lieu de l'échange est maintenant circonscrit à l'office. Il y a une perte de sens du travail en commun, chacun travaille dans son coin. Depuis leur mise en place, les dossiers informatisés font le lien entre les membres de l'équipe qui se trouve morcelée. Le travail collaboratif est défaillant aussi avec les médecins.

Les étudiants repèrent les actes qu'ils connaissent et qui se rapportent aux soins somatiques,

**Les infirmiers ne savent pas mettre en mots la clinique et ce qui motive leurs décisions ou leur pratique. Les étudiants repèrent les actes qu'ils connaissent et qui se rapportent aux soins somatiques, techniques**

techniques, mais ils repèrent mal les soins spécifiques à la psychiatrie et restent passifs concernant l'élaboration clinique ou la démarche de soins en psychiatrie. La posture et la distance thérapeutique, le questionnement ne sont pas intégrés. Ceci est renforcé et peu corrigé par un encadrement des infirmiers souvent centré sur les soins techniques et la prise en charge

somatique, qui n'intègre pas, par exemple, de travail sur une analyse des relations aux patients (exemple : l'analyse contre transférentielle pour l'approche de l'expression pathologique des patients). Ainsi, les infirmiers nouvellement recrutés rapportent leurs difficultés pour encadrer les étudiants sur les spécificités de la psychiatrie. Ils expliquent n'avoir pas assez de recul sur leur propre pratique. Se considérant eux-même en apprentissage, ils centrent leur accompagnement sur ce qu'ils pensent mieux maîtriser (soins techniques, pharmacologie), déléguant davantage le reste à leurs collègues plus expérimentés. Ils ne trouvent pas d'espace pour verbaliser tout ce qui est en arrière fond de leurs observations, des interprétations cliniques qui en découlent, ou de leur questionnement.

Les étudiants sont en difficulté pour faire, par exemple, la différence entre un atelier occupationnel -que certains médecins refusent en les qualifiant de chronicisant- et des ateliers à visées thérapeutiques. Ils s'interrogent sur l'existence d'un type d'atelier qui serait efficace selon les patients, les pathologies, mais n'interrogent pas l'équipe sur cela. Lors de nos observations, des étudiantes de première et seconde années ont ainsi organisé une activité karaoké afin d'établir un contact avec les patients qu'elles n'avaient pas autrement. Ce sont les patients qui ont choisi le thème, mais aucun objectif thérapeutique n'a été défini avec les infirmiers, qui n'ont pas pu assister à cette activité. A l'issue de cette activité il n'y a eu ni bilan, ni analyse bien que les infirmiers aient salué cette initiative.

Le GRT soulève le manque de travail concernant les

**Le GRT soulève le manque de travail concernant les postures professionnelles**

postures professionnelles et les défaillances des infirmiers de terrain manquant d'expérience : par exemple, ils relatent l'appel à médiation par les anciens pour faire passer leurs messages aux médecins.

Difficile dans ces conditions de former un professionnel capable d'argumenter son point de vue. Pourtant, soulève un des membres du GRT, la question de la responsabilité en psychiatrie est fondamentale et adossée à la connaissance clinique : un acte anodin ailleurs peut comporter des dangers en psychiatrie (exemple : coup de téléphone passé par un patient des Baumettes). L'enjeu porte sur la construction de l'identité professionnelle, la défense des

**L'enjeu porte sur la construction de l'identité professionnelle, la défense des marges de manœuvre et du rôle propre**

marges de manœuvre et du rôle propre. Toutefois, il faut noter que si la prise d'initiative semble tendanciellement problématique, certains étudiants se montrent parfaitement capables de se positionner face à des comportements déviants et totalement non professionnels de la part des infirmiers (irrespect, abus de pouvoir).

Les étudiants sont très satisfaits des quelques jours passés avec l'équipe mobile de rue. Cette unité propose aux étudiants de 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> années présents dans l'unité que nous avons observée une semaine d'immersion. Les étudiants y découvrent une manière d'aborder les patients, de travailler en prise directe avec les patients SDF, mais aussi en amont afin de leur rendre tolérable l'idée d'une hospitalisation. Ils découvrent un monde, celui de la précarité et de la maladie mentale dans la rue. Cela montre que les étudiants sont demandeurs et veulent apprendre.

Pour les membres du GRT, les jeunes générations aiment quand cela bouge, et repèrent beaucoup mieux le soin dans ce mouvement qui est différent en unité.

En unité, les nouveaux IDE en psychiatrie, de plus en plus jeunes, n'ont pas le niveau de connaissances théoriques, ni le même savoir-faire qu'avaient les ISP au sortir de leurs deux ans de spécialisation. Ils peuvent être amenés à encadrer des étudiants alors qu'eux-mêmes sortent tout juste de l'école. Comment encadrer des étudiants sur une compétence que l'on ne possède pas ? Comment vont-ils pouvoir transmettre une posture professionnelle aux autres alors qu'ils sont eux-mêmes pris dans des contradictions, des difficultés (exemple : les nouveaux passent par les anciens pour suggérer de changer un traitement). Aujourd'hui les IDE sont majoritaires en psychiatrie surtout en hospitalisation temps plein. La culture des ISP ne s'est pas vraiment transmise aux IDE. En même temps la situation sur le terrain a beaucoup changé. Dans certains services il existe un grand déséquilibre anciens/nouveaux. Beaucoup d'anciens travaillent de nuit et le seul moment pour former les nouveaux est réduit au temps de relève ou de la pause café.

Certaines pratiques utilisées par les anciens ne se sont pas transmises, ce qui interroge le cœur de métier. Dans l'unité observée par exemple l'après midi, les infirmiers ne font pas le tour des malades, ce qui se faisait en psychiatrie au changement de vacation (comme ailleurs dans l'hôpital).

Les deux tournées des chambres par vacation, comme en témoignent des membres du GRT, permettent de visiter tous les patients et d'assurer leur sécurité et celle du personnel par la prévention d'une éventuelle agitation. Il s'agit de prendre la « température » du service. Dans les unités les nouveaux infirmiers n'ont pas conscience de l'isolement des patients, isolement accru du fait des chambres individuelles. En l'absence de tournée, il est possible de passer à côté d'un patient en détresse, mais cette pratique dérange parfois et soulève des incompréhensions chez les

**Certaines pratiques utilisées par les anciens ne se sont pas transmises, ce qui interroge le cœur de métier**

nouveaux alors qu'il est fondamental d'aller à la rencontre des malades. Ainsi, comme le montrent nos observations, l'après-midi les infirmiers passent les deux tiers de leur temps dans le bureau infirmier. Le GRT a beaucoup débattu sur cette question du temps consacré à

**Beaucoup de temps est consacré à des tâches administratives et logistiques incontournables**

la relation au patient qui vient à disparaître. Les pratiques différentes se faisaient jour en fonction du lieu d'exercice (alternatives à l'hospitalisation temps plein, nuit, pédopsychiatrie). Mais, concernant le temps plein, les arguments confirmaient nos observations : peu de temps l'après-midi pour aller à la rencontre des patients. Beaucoup de temps est consacré à des tâches

administratives et logistiques incontournables qui sont de la responsabilité de l'infirmier et qui ne peuvent être déléguées : préparation des médicaments et commande de pharmacie, préparation du travail du lendemain, les prises de rendez-vous...

### **Dans la seconde unité temps plein possédant un projet pédagogique plus développé**

Dans cette unité le cadre de santé accueille longuement (50 mn) les étudiants à leur arrivée, leur décrit le service, les objectifs, le type de travail qu'elle attend d'eux (met l'accent sur les règles de sécurité et l'importance du travail en équipe).

Elle pose le cadre du stage :

- désignation d'une référente ISP qui les fait travailler sur leur MSP
- objectifs de stage de l'unité (cf. annexe 7)
- l'organisation d'une journée type
- prescription d'un compte rendu avec conclusions cliniques après réalisation de l'activité à réaliser durant le stage
- l'évaluation à mi stage et en fin de stage avec les infirmiers ayant le plus souvent tutoré l'étudiant

Les infirmiers ne se sont pas tous appropriés le projet et certains ne le connaissent pas. D'autres ont retenu certains objectifs et encadrent scrupuleusement les étudiants mais plus particulièrement sur les soins techniques qu'ils connaissent mieux. Une infirmière nous précise que lorsque l'intensité du travail ou des imprévus ne leur permettent pas de remplir leur fonction tutorale, ils préviennent les étudiants. Les étudiants sont systématiquement sollicités, chaque fois que le patient le permet, pour assister aux entretiens médicaux.

### L'évaluation des étudiants

**Il y a une attente majeure de tous les infirmiers concernant la prise d'initiative de la part des étudiants**

Les attentes des infirmiers portent beaucoup sur la politesse, et le fait qu'à terme l'étudiant ait dépassé ses a priori et porte un autre regard sur la psychiatrie. Paradoxalement, malgré le peu d'encadrement qu'ils peuvent leur dispenser, il y a une attente majeure de tous les infirmiers concernant la prise d'initiative de la part des étudiants. Les étudiants rapportent ne pas savoir

précisément ce que les infirmiers attendent d'eux. Ils supposent qu'ils vont être évalués sur la prise d'initiative mais ils ne savent pas ce qu'ils peuvent faire ou pas en l'absence de consigne de départ explicite. En effet, aucun objectif de stage propre à l'unité en terme notamment d'objectifs pédagogiques, de pratiques à intégrer, n'est fixé. Par ailleurs, les infirmiers témoignent de leur ignorance concernant les objectifs de stage des étudiants et des IFSI. Ces objectifs peuvent être évoqués entre le cadre de santé et l'étudiant à l'arrivée de ce dernier, mais sans que le retour à l'équipe soit systématique.

Les infirmiers reconnaissent que l'affect intervient dans l'évaluation d'un étudiant. Ils parlent entre eux de l'étudiant et transmettent au cadre de santé leurs conclusions. Les étudiants

repèrent des lacunes dans le tutorat infirmier, témoignent d'un manque de pédagogie de certains infirmiers, mais craignent d'exprimer toute revendication en raison de la notation du stage. Même lors de la remise de sa note par le cadre du service, une étudiante de troisième année n'a pas osé parler de ses difficultés avec un membre de l'équipe infirmière.

Un infirmier témoigne de sa difficulté à encadrer les étudiants en psychiatrie, alors qu'il avait développé un goût pour cela dans son précédent poste en unité de soins somatiques. Pour lui le tutorat des étudiants était facilité du fait que ceux-ci avaient durant leur stage le même planning que leurs tuteurs. Il était plus facile de voir l'évolution des stagiaires.

Pour les étudiants, le bilan de mi-stage est fondamental, ils regrettent qu'il ne soit pas systématique car il permet un réajustement par la prise de conscience de ce qui ne va pas, et de ne pas « *rester sur sa faim* » en terminant le stage sur un bilan mitigé sans avoir l'opportunité de montrer que l'on peut s'améliorer.

En règle générale tout les étudiants ont au moins la moyenne quel que soit le déroulement du stage et l'attitude de l'étudiant.

**Les étudiants, le bilan de mi-stage est fondamental**

Les membres du GRT confirment d'une seule voix le phénomène de surnotation (notes comprises entre 14 et 18) et la place importante de l'affect dans cette évaluation avec des discordances dans les notes et entre les différents membres de l'équipe. Ceci peut-être mis en regard de l'absence d'une grille d'évaluation spécifique.

Dans la seconde unité temps plein un entretien à mi stage est systématique afin de permettre les réajustements nécessaires; l'entretien de fin de stage se fait sur la base de l'évaluation du ou des infirmiers qui ont le plus souvent tutoré l'étudiant. La note finale peut parfois ne pas atteindre la moyenne ce qui se voit extrêmement rarement même en somatique.

Dans le GRT, les formateurs s'interrogent sur le cas de certains étudiants qui se montrent adaptés à l'IFSI mais inadaptés en stage, en raison par exemple de l'écart entre les outils conceptuels des infirmiers de terrain et ceux des IFSI. Il faudrait sensibiliser les jeunes infirmiers aux différents outils utilisés en psychiatrie et faire choisir les étudiants sur cette base, car sinon l'approche de terrain est parfois trop dogmatique.

**Les infirmiers vont devoir évaluer des compétences alors qu'ils ne sont pas formés et peu informés sur le travail qui les attend à la rentrée de septembre 2009**

Les infirmiers de terrain vont devoir évaluer des compétences alors qu'ils ne sont pas formés et peu informés sur le travail qui les attend à la rentrée de septembre.

Par ailleurs, les membres du groupe remarquent qu'il est indispensable de comprendre les liens existant entre les diverses compétences dans le nouveau programme. Or, c'est aux formateurs de mettre en lien ou d'aider les étudiants à faire des liens. Ainsi, certaines situations clés peuvent servir plus particulièrement à travailler sur une compétence. Une compétence s'entend en situation. Et c'est en situation que la validation des acquis de compétences sera possible. Cela signifie que les infirmiers de terrain devront être capables de faire ce travail et d'en évaluer les résultats sur la progression de l'étudiant en partenariat avec l'IFSI.

Le groupe fait aussi remarquer que malgré tout, les étudiants font des retours positifs de leur stage en psychiatrie ce qui n'est pas le cas dans d'autres spécialités évoquant l'accueil qui leur est fait, le temps pour s'exprimer et échanger.

**Les étudiants font des retours positifs de leur stage en psychiatrie**

Lors du bilan en IFSI concernant la mise en pratique en stage des acquis théoriques, les étudiants témoignent de la difficulté de la mise en situation professionnelle et des débordements émotionnels qu'elle suscite sans travail de distanciation efficace : « *je vous revoyais nous dire qu'il faut être empathique mais j'étais face à la malade qui va mal et je ne savais pas comment me positionner, je voyais ma grand-mère...* ». Des

étudiants, surtout des garçons peut-être jugés plus matures ou plus solides, disent avoir été « lâchés » en situation, « envoyés en première ligne », ce qui témoigne d'une vision de genre.

Le travail du GRT confirme que les observations sont bien le reflet des activités de base réalisées par les infirmiers. Les ISP du GRT sont frappés par le fait que les infirmiers ne vont plus spontanément vers les patients et témoignent, quant à eux, d'une pratique différente issue tant de leur formation que de leur contexte d'exercice.

#### 4.2.2 Tutorat des étudiants infirmiers en hospitalisation de jour rue Lafon

Le contexte est totalement différent. Dans ce secteur les imprévus et les urgences sont l'exception, c'est pourquoi nous le traitons à part.

Actuellement cette unité est en pleine restructuration, avec l'arrivée d'un nouveau médecin innovant et proche de l'équipe. La restructuration porte sur la fonte de trois hôpitaux de jour porteurs d'une philosophie et d'une organisation du travail très différentes en un seul hôpital de jour divisé en deux sous sections (sur critères d'autonomie/dépendance). L'équipe est dans l'expectative face à cela et aux modalités de fonctionnement de trois équipes réunies en une avec deux types d'affectation et de travail. Tout le bâtiment dans lequel se trouve l'hôpital de jour dans lequel s'est déroulée notre observation va être réorganisé. Certains patients, ayant perçu ces bouleversements à venir ont demandé à changer de structure et de passer en CMP<sup>20</sup> ou en CATT<sup>21</sup>. Ils ont ainsi mis en acte un projet que l'équipe n'avait jamais réussi à mener à bien : faire sortir ces patients de l'hôpital de jour. Ainsi des patients ont trouvé des activités en ville en s'inscrivant dans différentes associations, à la piscine, ou aux beaux arts par exemple.

##### *L'unité et l'équipe infirmière*

L'hôpital de jour du pôle Centre fonctionne en transversalité avec d'autres services tels que le CMP, le CATT et les unités à temps plein du secteur d'hospitalisation. Par ailleurs, l'hôpital de jour travaille en réseau avec les différents partenaires sociaux intra et extra hospitaliers.

L'hôpital de jour est un moyen terme entre l'hospitalisation à temps plein, la réinsertion sociale et un support pour le maintien à domicile des patients. Ses objectifs sont :

- rupture de l'isolement
- acquisition d'une autonomie suffisante pour vivre hors de l'hôpital
- insertion au niveau d'un groupe afin de recréer le lien social
- développement de la communication, de la créativité et de la réflexion

Ouvert tous les jours de la semaine et fermé le week-end, il propose pour une file active de vingt patients, une prise en charge multidisciplinaire organisée autour d'entretiens thérapeutiques, d'activités sur le site et hors du site. Ces activités s'intègrent dans le projet de soins de chaque patient. Il peut être proposé de une à cinq journées d'hospitalisation par semaine et une prise en charge thérapeutique, sans forfait journalier.

Cette prise en charge se traduit par des ateliers thérapeutiques à médiation corporelle, intellectuelle, d'expression. Situé au centre ville à proximité des transports en commun, il permet aussi aux patients de mieux s'intégrer dans la cité.

---

<sup>20</sup> Centre Médico-Psychologique.

<sup>21</sup> Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel.

En hôpital de jour, beaucoup d'infirmiers sont des ISP. La population infirmière est plus âgée qu'en unité temps plein. L'équipe infirmière est composée d'infirmiers de secteur psychiatrique (ISP) dont deux hommes pour sept femmes et d'une IDE âgée de 23 ans en poste depuis le mois de mars de cette année. Les autres infirmiers ont une ancienneté en psychiatrie supérieure ou égale à 20 ans. Les infirmiers sont à temps plein. La moyenne d'âge de l'équipe infirmière est de 50 ans (étendue : 23 – 55 ans)

### Une journée en hôpital de jour

#### Les invariants

##### ► Matin

- 9h00 accueil des patients
- 9h00 - 9h45 petit déjeuner des patients / transmissions orales entre infirmiers
- 9h45 - 10h15 réunion communautaire intégrant les patients, rappel du déroulement de la journée et des activités dans lesquelles les patients se sont inscrits
- 10h15 - 12h00 activités encadrées / ou atelier dessin ouvert en permanence
- 12h00 repas de midi
  
- 10h00 - 12h00 activité oxygénation (le lundi)
- 10h30 - 11h30 piscine (le jeudi pour 4 à 5 patients accompagnés de 2 infirmiers)

##### ► Après-midi

- 13h30 - 16h45 activités déterminées en réunion communautaire intégrant les patients
- 14h00 - 16h00 activité tennis (mardi après midi pour 1 à 3 patients, 1 infirmier)
- 14h30 - 16h00 activité Tai chi chuan (le jeudi pour 1 à 3 patients, 1 infirmier)

##### ► Journée entière : sortie randonnée-découverte (le mercredi pour 7 patients, 2 infirmiers)

Les patients assistent aux activités qu'ils veulent. Le cadrage pour les activités extérieures se fait par une inscription préalable.

#### La variabilité matin et après midi

- Visite à domicile
- Entretiens infirmiers
- Entretien en binôme avec le médecin
- Réunion avec le service des tutelles, curateurs
- Visites d'expositions

<b>Les invariants relèvent du rôle propre infirmier</b>
---

Les invariants relèvent du rôle propre infirmier. Les activités sont choisies par les infirmiers et organisées par eux. Ils ont élaboré des protocoles auto-prescrits afin de fixer les objectifs de ces ateliers et les axes de réalisation. Le prescrit vient surtout des patients et de leur état clinique.

#### Principales tâches confiées aux étudiants en hospitalisation de jour

Les étudiants sont beaucoup moins nombreux qu'en temps plein. L'unité accueille en moyenne deux étudiants par mois, ayant refusé d'en avoir davantage afin de pouvoir transmettre le savoir dans de bonnes conditions.

Lors de nos observations il n'y avait qu'une étudiante de troisième année. Elle participe aux activités en binôme avec les infirmiers, distribue les médicaments à 12h00, et s'occupe sous le contrôle de l'infirmier de la gestion des injections de neuroleptiques retard. Les étudiants

animent un ou plusieurs ateliers d'abord en partenariat avec un infirmier puis de manière autonome. De même les étudiants participent aux sorties et encadrent les patients choisis par les infirmiers après évaluation lors d'une précédente sortie. Les étudiants peuvent décider de créer un atelier selon une démarche clinique, et des objectifs thérapeutiques réfléchis.

### Pédagogie des infirmiers

Dans cette unité, l'infirmier référent des stagiaires a trente ans d'ancienneté. Il connaît toutes les structures de psychiatrie pour y avoir travaillé. Il intervient en IFSI en tant que formateur sur la prise en charge infirmière des patients en psychiatrie et la relation d'aide, ainsi que dans le dispositif tutorat des nouveaux recrutés. De par son cursus et sa formation, il est en désaccord avec les conséquences actuelles des réformes et des nouvelles organisations notamment en temps plein. C'est d'ailleurs ce qui a motivé son départ il y a trois ans du temps plein où il exerçait depuis seize ans : « *je suis parti en extrahospitalier par dépit, je n'avais plus le cœur d'être en unité temps plein. Cela n'avait plus de sens car cela ne correspondait plus à mes valeurs. Nous ne pouvions plus inventer le soin, l'adapter, nous n'étions plus que dans le rôle prescrit* ».

**En hôpital de jour,  
beaucoup  
d'infirmiers sont  
des ISP**

**Le but est de leur donner un aperçu d'ensemble de la structure et d'identifier le parcours du patient ainsi que les interactions des différents acteurs concourant au suivi des patients**

A l'arrivée des étudiants, l'infirmier référent fait un point sur les pré-requis, l'intérêt des étudiants pour la psychiatrie. Ensuite il les accompagne dans la découverte de l'ensemble des structures intra et extra hospitalières qui composent le secteur de psychiatrie. Le but est de leur donner un aperçu d'ensemble de la structure et d'identifier le parcours du patient ainsi que les interactions des différents acteurs concourant au suivi des patients. Le référent accompagne la transformation indispensable des

représentations sociales de la psychiatrie chez les étudiants pour leur permettre ensuite de les dépasser. Ceci se fait durant et à la fin des soins par un dialogue (utilisation de la maïeutique<sup>22</sup>).

Les objectifs de stage de l'étudiant sont recueillis, et ceux de l'unité sont exposés mais non formalisés :

- développer le rôle propre et ne pas dépendre de la prescription
- utiliser dans la relation thérapeutique les actes quotidiens comme support
- connaître les grands syndromes (connaissance de l'autre et des mécanismes de défenses)
- travailler sur le vécu du symptôme grâce au lien thérapeutique (ce que cache le symptôme)
- travailler sur les conséquences de la maladie
- se connaître soi-même (valeurs, réactions)
- développer l'empathie
- découvrir ou connaître les médicaments, les indications, les effets secondaires, les interactions, comment les donner

La pédagogie pour atteindre ces objectifs est centrée sur :

- les mises en situation et le développement de l'approche clinique (apprendre à entrer en contact avec le patient)
- le travail sur les valeurs (tolérance, acceptation...)

<sup>22</sup> Méthode pédagogique suscitant la réflexion intellectuelle utilisée dans les thérapies avec psycho éducation.

- la prise d'initiatives dans le rôle propre indépendamment de la prescription (auteur du soin, acteur du soin, accompagnateur du soin)
- la mise en mots, l'élaboration du raisonnement clinique infirmier
- la qualification et la liaison des signes cliniques (développement d'un vocabulaire commun)
- les exemples marquant la mémoire pour intégrer concepts et vocabulaire de la psychiatrie
- la prise en compte du rôle de l'environnement contextuel
- l'approche du patient au-delà de sa maladie et de son symptôme (sujet avant d'être malade et sujet avant d'être infirmier)
- les métaphores qui permettent de mettre des mots sur ce qui est observé (la démarche du gallinacé, l'ambivalence, la bizarrerie)
- le questionnement et le positionnement
- préparer les médicaments dans le questionnement, le sens du traitement et ses implications
- l'apprentissage de la technique d'injection des neuroleptiques retard (car les injections intra musculaires sont rares dans les autres spécialités)

Les autres infirmiers partagent cette approche et s'inscrivent dans la démarche de tutorat préférentiellement dans les domaines dans lesquels ils ont développé plus de compétences (thérapie cognitivo-comportementale, groupe de patients atteints de troubles bipolaires...).

**Actuellement la réforme est en train de bouleverser le système de valeurs**

La jeune infirmière, par contre, témoigne de sa difficulté à se positionner dans le tutorat des étudiants en raison de son manque d'expérience et de son identification à des

personnes qui sont très proches d'elle puisqu'elle vient de sortir de l'école.

Actuellement la réforme est en train, selon certains infirmiers de ce secteur, de bouleverser le système de valeurs. Le patient devient un client, la logique est économique et le système très médicalisé.

L'arrivée du dossier de soins informatisé est en train de changer le rapport à l'écrit de l'équipe. De ce fait la formalisation des objectifs de stage pourrait être formalisée sans heurter ses valeurs.

#### Etudiants et relation avec les infirmiers

L'étudiante rencontrée est en troisième année et effectue son deuxième stage dans la discipline. Très intéressée par la psychiatrie et confortée par ce second stage, elle vient de demander son stage pré professionnel dans ce secteur en raison

**Le travail en équipe est central**

de son intérêt pour une approche relationnelle du soin plutôt que technique. Elle a pour projet de travailler en unité temps plein dans un premier temps.

Elle retient de ce stage la centralité du travail en équipe avec beaucoup d'échanges concernant les patients, l'intérêt pour les mises en situation avec un tutorat de qualité et des échanges enrichissants. La relation étudiant-infirmier est très proche, elle se sent entendue et l'objet d'un encadrement personnalisé.

L'équipe ne lui a pas présenté d'objectifs de stage et elle-même n'en avait pas formalisé. L'apprentissage s'est fait dans l'activité et de manière naturelle. Ceci lui apparaît comme favorisant les marges de manœuvre de l'étudiant qui n'est pas enfermé dans un cadre contraignant de résultats à atteindre. Des objectifs évolutifs adaptés à chaque étudiant lui paraissent plus pertinents et moins anxiogène.

### L'évaluation des étudiants

Celle-ci est réalisée en équipe souvent en présence de l'étudiant. Les notes vont de 14 à 19 et rarement en dessous de la moyenne sur la base des critères de la grille de notation de l'IFSI et des valeurs de l'équipe et en liens avec les objectifs. Il est demandé à l'étudiant d'évaluer l'encadrement qu'il a reçu.

**Dans ce contexte, les infirmiers se donnent le temps de pousser l'étudiant à la réflexion**

Le GRT a débattu sur la spécificité de l'exercice infirmier en hôpital de jour, bien différent de celui en hospitalisation temps plein. L'approche du malade, de la maladie est différente. Dans ce contexte, les infirmiers se donnent le temps de pousser l'étudiant à la réflexion et de l'accompagner dans son cheminement. Pédagogiquement les ISP ne donnent pas de réponses directes aux questions des étudiants, mais suscitent plutôt une réflexion. Ils amènent les étudiants à se questionner, à faire des liens pour qu'ils trouvent eux-mêmes leur réponse.

En ambulatoire, les équipes ont besoin de l'alliance thérapeutique avec les patients pour travailler. La façon de faire de l'infirmier avec l'étudiant est le reflet de sa pratique avec les patients (approche similaire dans les groupes de psycho éducation/éducation thérapeutique où les équipes reprennent avec le patient tout son traitement). En hospitalisation temps plein, les infirmiers travaillent sous la pression du prescrit et de l'imprévu avec un sentiment d'être dans l'urgence ce qui peut expliquer le recours à des « raccourcis » pour répondre aux interrogations des étudiants. La question du temps est prépondérante. Les infirmiers en temps plein ne se donnent pas des temps de réflexion. Mais, faut-il attendre qu'« on » nous donne ces temps de réflexion? Le besoin ne semble pas identifié. Il n'y a pas d'équipe fixe, soudée, des personnes ayant des compétences sur lesquelles on puisse s'appuyer durablement. Le collectif est construit avec des « briques » : quand l'une change tout change.

**La question du temps est prépondérante**

Lorsque des rencontres de réflexion sur la pratique et la transmission des savoirs se sont faites en unité, c'est autour d'un groupe d'infirmiers référents adossé au soutien sans faille du cadre soignant. Le but est aussi d'y amener à terme les médecins car les infirmiers se plaignent de leur absence et du manque de communication.

### **4.3. Le GRT et le projet pédagogique des tuteurs de psychiatrie**

Le GRT a débattu du travail réalisé dans le cadre du plan santé mentale par les infirmiers formés au tutorat en psychiatrie (cf. annexe 8). Le groupe conclue en validant la pédagogie proposée par les tuteurs pour les nouveaux recrutés précisant qu'elle est bien adaptée au nouveau programme des études infirmières. En définissant le nouveau service où l'étudiant arrive, en définissant un langage commun, les invariants d'une situation, le contenu pédagogique est très congruent avec le nouveau programme. Il est donc transposable aux étudiants. Les membres du GRT ont commenté comme suit certaines parties du référentiel métier des tuteurs :

- La notion de « distinction thérapeutique » est bien pointée, on voit cette subtilité de l'apport infirmier en psychiatrie. Il y a un esprit d'équipe avec mise en exergue des compétences collectives avec le projet qui intervient à tous les niveaux, c'est une équipe qui agit.
- Apprendre à repérer, à reconnaître, à anticiper : il s'agit bien dans la réflexivité, l'art de faire ou ne pas faire. L'art aussi de dire ou ne pas dire.
- La réflexivité de l'équipe est fondamentale pour mettre l'accent sur ce qui est fait, pourquoi, comment. Faire cet arrêt sur image est important pour pointer les compétences incorporées.

Cela permet une responsabilisation et une valorisation de tout un chacun. L'étudiant apporte aussi, par son questionnement, son regard neuf.

• Le titre proposé (Pérennisation des savoirs en psychiatrie – dispositif pédagogique de terrain - transmission des savoirs et des pratiques professionnels en psychiatrie) est approprié. Il renvoie à l'idée de communication. Il faut faire tout un travail sur la communication verbale et non verbale car il y a une importance de la « *para communication* ». Cette transmission de savoirs est très importante.

**Importance de la  
« para communication »**

Dans une unité, le stage est élaboré autour d'un « *tableau de progression* » qui indique ce que les infirmiers attendent de l'étudiant, ce qu'ils lui communiquent. C'est un travail collégial qui permet un suivi de la progression de l'étudiant (car tout le monde n'est pas en service en même temps).

• Il y a l'accueil qui est très important et ce questionnement à conserver tout au long du stage : « *où en est l'étudiant* » par rapport à ce qu'on lui propose, ce qu'il a compris, ce qu'il sait.

On peut aussi travailler sur les représentations (nos attentes) que l'on a d'un étudiant de 1<sup>ère</sup> année ou de 3<sup>ème</sup> année censé tout savoir. Les étudiants sont aussi en « *souffrance* ». Les formateurs les voient parfois même régresser en termes de capacité de réflexion, de prise de recul en raison de leur difficulté de positionnement dans les stages.

Ce n'est pas parce que l'on réfléchit que l'on va forcément décider de « *faire* », de produire. Echanger, partager est aussi important afin d'aller vers une production à long terme. Cela joue sur les valeurs, la confiance et donc le savoir être, la posture professionnelle.

• Savoir présenter un patient est une bonne manière de former et d'évaluer : cela permet d'apprendre à l'étudiant à faire des liens dans la compréhension de la situation.

• Il est important pour les équipes de définir ce qui est acceptable ou pas de la part d'un étudiant/d'un professionnel, ce qui est susceptible d'être sanctionné... Il est important de mettre cela en mots et d'en discuter en équipe. Les valeurs en jeu sont alors identifiables.

• Etude de cas, film suivi d'un débat : des films montrant ce qu'il ne faut pas faire, et ce qu'il faut faire pourraient avoir un intérêt. En psychiatrie cela pourrait être intéressant concernant les mises en chambre d'isolement en situation dangereuse : apprendre la sécurité<sup>23</sup>. Les techniques de sécurité face à un patient agité sont enseignées en théorie en IFSI mais ne sont pas mises en pratique.

**Les techniques de sécurité face à un patient agité sont enseignées en théorie en IFSI mais ne sont pas mises en pratique**

Il faut se tromper pour apprendre (exemple : utilisation thérapeutique de la frustration pour débloquer une situation) mais en psychiatrie il y a des postures à connaître pour se protéger et protéger les autres. Accompagner l'étudiant c'est revenir avec lui sur ses erreurs. Il est également important de laisser l'étudiant faire ses preuves surtout en troisième année.

• Pour les traitements on parle toujours des effets secondaires, des indications... mais il faudrait aussi mettre l'accent sur les interactions, les surdosages et faire des liens entre le comportement et le traitement (conceptualisation). Il y a une difficulté à faire le lien entre

**Il y a une difficulté à faire le lien entre savoir livresque et pratique de terrain**

savoir livresque et pratique de terrain (savoirs institués, savoirs investis).

Des connaissances de base ne sont pas toujours maîtrisées (valeurs biologiques, etc...). Les étudiants semblent moins impliqués dans les études

<sup>23</sup> Dejours « quand on travaille, la première expérience que l'on fait est que cela ne marche pas car le monde résiste au savoir faire (le malade meurt alors qu'on a tout fait bien, la centrale nucléaire ne marche pas comme prévue) c'est parce que le monde résiste à la maîtrise que l'on ne peut tout automatiser. C'est pourquoi on a besoin du travail vivant afin de faire face à l'imprévu, l'imprédictible. Travailler c'est échouer, endurer le sentiment d'impuissance, l'agacement, la colère, le stress, l'envahissement de la vie personnelle, la solution est engendrée par l'échec, la réponse ».

qu'auparavant. Ils sont dans l'immédiateté ; ce qui a été appris l'an dernier est oublié, d'où l'importance du cahier d'accompagnement qui permet de repérer les difficultés tout en validant l'acquisition des compétences.

Trois points sont fondamentaux : l'accueil, la distinction thérapeutique et la conscience/obligation de devoir transmettre, la nécessité de communiquer en permanence même sur des gestes simples. La communication (dire ce que l'on fait), le travail collectif peuvent renforcer un individu éventuellement faible ou en difficulté.

Concernant le système de valeurs, la réflexion et ce qui la sous tend aujourd'hui tourne autour de notions de rentabilité et d'efficacité immédiate, un peu mécanique, peu propice à cela. Ce travail des tuteurs peut être très intéressant pour les évaluations qui ne se feront plus par devoir sur table mais plus en lien avec le terrain de stage (exemple : analyse de dossiers de soins réels et questionnement). Ce document réalisé par les tuteurs fournit donc des pistes très intéressantes.

#### 4.4. Diagnostic

Nous avons travaillé sur des cas singuliers car c'est en partant du singulier que l'on peut atteindre le général. En effet, la neutralisation du singulier dans la généralisation ne permet pas de recueillir l'essentiel : ce qui se joue dans l'activité. Cependant, ces observations ont été systématiques et complétées par des entretiens approfondis, puis confrontées à l'analyse des membres du GRT. Elles permettent de dégager des hypothèses de recherche à vérifier dans d'autres situations de travail impliquant plusieurs infirmiers ayant des parcours professionnels diversifiés. Beaucoup de choses sont en mutation et le travail en psychiatrie n'échappe pas à ce mouvement général. Les membres du GRT se sont interrogés sur l'impact des changements sur le travail, le coût pour les agents et l'évolution nécessaire du soin psychiatrique. Puisque la société a changé, que les patients aussi ont changé, que leurs demandes ont évolué, les pratiques ne sont plus les mêmes, le soin ne peut être un invariant, il n'est pas immuable.

Le nouveau programme définit une nouvelle norme antécédente réalisée au regard des exigences européennes d'équivalence du diplôme, mais n'est pas déclinée au niveau plus local en tenant compte des évolutions de la psychiatrie et des difficultés propres à ce domaine d'exercice de la profession infirmière pourtant reconnues par le plan santé mentale. La psychiatrie n'est qu'un petit volet de ce programme, charge aux acteurs de terrain et des IFSI de s'allier pour lui donner la dimension permettant de porter professionnels et étudiants dans une co élaboration du soin et des valeurs de la profession.

##### **Hypothèse 1**

**Les infirmiers d'unité temps plein ne travaillent pas dans les conditions nécessaires au développement de l'auto prescription et à l'identification des postures professionnelles propres à ce domaine d'exercice de la profession permettant leur transmission.**

##### **Démonstration de l'hypothèse**

Le plan santé mentale et le rapport Couty ont soulevé le problème du manque de formation et du défaut de positionnement qui en découle.

Cela a pour objectif de mieux comprendre les composantes fines du travail d'encadrement en stage, de dégager les contraintes qui pèsent sur l'activité des infirmiers, les ressources dont ils

disposent, les moyens d'intervention qu'ils mobilisent, les composantes implicites et explicites de leur compétence pratique. Les données d'observation qui précèdent, montrent que le niveau d'expérience des infirmiers de terrain qui sont aussi tuteurs de stage, semble se traduire par l'intégration plus ou moins grande des postures professionnelles dans le contexte de l'organisation du travail de l'unité. Cette intégration se voit aussi bien par les types de savoirs transmis que par les façons de transmettre qui sont privilégiées.

Dans l'accompagnement des étudiants, il est important d'avoir des critères même empiriques permettant de suivre le déroulement de l'activité et autant que possible le raisonnement, les choix, les « *débats de valeurs* » qui la sous tendent afin d'ajuster le tutorat en conséquence.

Notre étude a permis de montrer que les infirmiers rencontrés attribuent leur compétence aux savoirs faire acquis par l'expérience dans le métier. Toutefois, cette compétence est plutôt adossée à l'action dans le cas des IDE et au questionnement dans le cas des ISP.

Mais l'action, qui en psychiatrie suppose subtilité et adaptabilité, ne semble pouvoir se développer qu'au cours d'un grand nombre d'expériences en situation de soins.

Par ailleurs la didactique repose sur l'analyse de l'activité de soins et le développement de compétences, c'est-à-dire des savoirs, savoir-faire et comportements professionnels tirés de l'expérience nécessaire à l'exercice d'un métier d'infirmier. Il existe une diversité de façons de transmettre les savoirs et celles-ci varient selon l'expérience du formateur impliqué. Des différences sont également apparues dans les types de savoirs transmis selon l'âge et l'expérience des infirmiers. Ces différences sont aussi en partie liées aux caractéristiques des situations de travail des infirmiers puisque les nouveaux recrutés n'ont pas la même facilité de transmission des savoirs que le personnel expérimenté.

Or, les infirmiers dans les unités temps plein manquent d'expérience dans le domaine de la psychiatrie. Le vieillissement des infirmiers expérimentés en psychiatrie et leur désengagement de l'hospitalisation temps plein soulèvent des questions concernant la transmission intergénérationnelle des savoirs et postures professionnels. Cette situation entraîne une perte d'efficacité considérable, à cause des improvisations auxquelles sont contraints les nouveaux recrutés privés de la mémoire du métier.

En unité temps plein, l'organisation ne prévoit pas de temps de réflexion collégiale afin de permettre l'élaboration et le retour d'expérience nécessaire aux infirmiers pour bâtir leur expérience et de développer les savoirs faire et savoir être indispensable au positionnement en situation.

Cette première hypothèse est validée pour les unités temps plein dans lesquelles il n'y a plus ou trop peu d'infirmiers anciens porteurs d'une mémoire de métier, et dans lesquelles l'organisation du travail ne prévoit pas de temps de réflexion collégiale infirmière et pluridisciplinaire.

## **Hypothèse 2**

**L'encadrement des étudiants infirmiers n'est pas formalisé de manière à permettre le repérage de l'activité infirmière en psychiatrie et la transmission des savoirs d'expérience.**

### **Démonstration de l'hypothèse**

L'encadrement des étudiants en stage n'est pas intégré dans les normes d'organisation du travail en service de manière systématique.

Les infirmiers les plus expérimentés utilisent davantage des stratégies favorisant l'implication du stagiaire dans la démarche clinique et les soins. Ils anticipent sur des difficultés que pourrait rencontrer l'étudiant afin de l'amener à trouver comment et quoi faire ou ne pas faire. Il s'agit d'abord de faire réfléchir, chercher, se questionner. Ils établissent des liens entre différentes postures, différents choix, en montrant les éléments de variabilité et en contextualisant.

Les infirmiers moins expérimentés utilisent davantage des façons de transmettre plus directives et impliquent plutôt les étudiants dans le domaine restreint de la prescription. Ils sont moins indulgents dans la relation pédagogique, estimant avoir en face d'eux un futur professionnel.

L'organisation des soins en unité temps plein suscite un centrage sur le prescrit au détriment des activités d'auto prescription. Les étudiants, de ce fait, identifient mal les soins spécifiques au domaine de la psychiatrie. En effet, les infirmiers de l'unité temps plein qui sont aussi peu expérimentés dans la spécialité, insistent sur des savoirs de métier qui sont centrés sur les tâches en cours. L'observation en hôpital de jour montre que l'organisation des soins joue un rôle ainsi que l'expérience sur la transmission des postures : questionnement, recherche, distanciation, travail collectif, auto prescription. Même les relèves écrites et orales qui pourraient constituer un temps d'échange ne sont pas conçues dans cette optique. Le nombre important d'étudiants ne permet pas un accompagnement individuel personnalisé et approfondi.

Du fait de l'absence d'un cadrage suffisant ou du manque d'appropriation de ce cadrage par les infirmiers, les étudiants ignorent les objectifs du service et ne savent pas précisément ce que les infirmiers attendent d'eux. Ils ne connaissent pas leurs marges de manœuvre d'autant qu'elles varient selon les infirmiers et ont des difficultés à se positionner. Notre hypothèse est là encore vérifiée en unité temps plein du fait de l'organisation des soins mais aussi, du manque de cohésion des infirmiers. Ce manque de cohésion concerne les « *bonnes pratiques* », ou les attentes vis-à-vis de l'étudiant et donc son évaluation. Il fait émerger la disparité dans le système de valeurs sous jacent des IDE appartenant à des équipes jeunes. Les ISP travaillant ensemble depuis de nombreuses années et ayant reçu la même formation portant un système de valeurs communes, n'ont pas cette difficulté. Le cadrage du stage est alors moins indispensable même s'il reste nécessaire pour le cheminement de l'étudiant et l'évaluation.

### **Hypothèse 3**

**Il n'y a pas d'appropriation du programme de la réforme des études par les infirmiers de terrain en raison de l'absence d'une co-production IFSI-Hôpital.**

### **Démonstration de l'hypothèse**

Le nouveau programme n'a pas fait l'objet d'une communication suffisante pour amener la mobilisation du terrain sur ses nouvelles exigences. Les infirmiers de terrain n'ont eu qu'une information succincte et récente par leur cadre, mais n'ont pas travaillé sur le programme.

De ce fait, les liens entre l'IFSI et le terrain en termes de co-production du parcours pédagogique et de l'évaluation sont réduits à ce qu'ils étaient jusque là, alors que le nouveau programme donne une place prépondérante au terrain et que le stage en psychiatrie est obligatoire.

Au niveau des institutions hospitalières et des IFSI, la norme antécédente (projet pédagogique, projet d'établissement, projet de pôle) n'induit pas la mise en place d'un travail en partenariat, ni d'un projet d'encadrement des stages d'étudiants infirmiers dans chaque unité alliant les formateurs et les infirmiers de terrain.

Les infirmiers expérimentés rencontrés ainsi que les formateurs d'IFSI ressentent un manque quant à ce partenariat qui conduit à faire appliquer aux infirmiers de terrain un dispositif qu'ils n'ont pas le sentiment d'avoir co construit. Le nouveau programme risque d'être vécu comme une nouvelle norme contraignante ajoutant du travail et leur laissant peu de marges de manœuvres.

L'hypothèse est validée quels que soient les lieux d'exercice professionnel hospitalier ou IFSI.

## **V. Propositions d'amélioration et pistes de réflexion**

### **Formation des étudiants versus formation des IDE**

- Pour que les IDE soient porteurs des savoirs faire spécifiques de la psychiatrie et puissent les adapter au contexte actuel de soin, il est indispensable d'ouvrir un master de psychiatrie, comme le suggèrent les rapports du Professeur Berland et E. Couty, afin que dans chaque unité il puisse y avoir au moins deux infirmiers porteurs des connaissances spécifiques dans le domaine (fonction d'infirmier coordinateur de soins). Ces infirmiers pourraient être les référents de stage et former aussi leurs collègues.

Par ailleurs il serait intéressant de coupler les rencontres tuteurs de psychiatrie/nouveaux recrutés/étudiants. Les journées d'études existant actuellement pour les nouveaux pourraient être ouvertes aux étudiants.

- La formation des IDE à la psychoéducation (maïeutique) constituerait un outil pertinent tant dans le soin aux patients que dans la relation pédagogique aux étudiants en établissant un dialogue socratique comme le pratiquent les ISP de l'hôpital de jour.

### **Le cadre du stage et partenariat IFSI terrain**

L'enjeu est fort : les enseignants sont contraints à des choix dans les enseignements pour réduire le temps des apports théoriques comme l'exige le nouveau programme. Pour ne pas avoir de lacunes dans les contenus, le partenariat avec le terrain est indispensable. Par ailleurs sur le terrain, tout reste à construire et l'aide des IFSI sera bienvenue pour que l'ensemble reste cohérent et complémentaire.

Il est donc indispensable de :

- renforcer et formaliser la co-production entre le terrain et l'IFSI concernant le parcours pédagogique et l'évaluation des étudiants

- intégrer l'organisation de l'encadrement des étudiants infirmiers dans les objectifs du projet de soin et de pôle et dans les projets d'IFSI

- intégrer l'accueil des étudiants et les temps d'échanges étudiants-infirmiers dans l'organisation de l'unité

- les stages qui fonctionnent le mieux sont ceux pour lesquels les étudiants ont établi des objectifs en partenariat avec le service et l'IFSI. Ce travail permettrait à l'étudiant de

s'engager activement dans le stage et dans l'acquisition d'un savoir faire singulier. Cela pourrait être réalisé lors de l'accueil des étudiants en service après présentation de l'unité et du projet pédagogique de l'unité.

Ainsi, les objectifs des étudiants pourraient s'articuler avec ceux de l'unité et du pôle en lien avec ce que les infirmiers du service souhaitent, ce que les formateurs souhaitent en fonction du niveau des étudiants. Ils permettraient en outre d'intégrer la notion de « collectif » étudiants dans le parcours de stage et l'évaluation.

- élaborer une grille d'évaluation co produite IFSI-terrain spécifique à la spécialité et en lien avec les compétences à valider dans le nouveau programme pourrait être envisagée.

- mettre en place un espace de rencontre entre l'IFSI et les équipes (deux représentants par équipe) pour réfléchir sur les contenus pédagogiques enseignés en IFSI et sur le terrain et ainsi avoir une co-régulation. Le GRT peut offrir cet espace, tout en permettant la co construction et l'interrogation de l'activité de travail, et poursuivre les avancées entreprises cette année.

- En cas de problème dans le stage l'étudiant devra pouvoir se référer à un médiateur de l'IFSI ou à un tuteur de psychiatrie extérieur à l'unité qui pourra régler les désaccords entre stagiaire et équipe soignante.

### **Pédagogie en stage**

- Concernant le nombre important d'étudiants en stage dans une même unité : constituer les étudiants en équipe d'années différentes et les encadrer comme une petite équipe en charge de certaines activités qu'elle doit observer, formaliser ou expliciter, imiter et reproduire. Les infirmiers à chaque vacation intègrent dans leur activité cet encadrement qui n'est plus individuel mais de groupe même si les objectifs comportent aussi des déclinaisons individuelles. Le fait de mélanger les étudiants d'années de formation différentes, les prépare aussi à encadrer conformément au référentiel d'activité (activité 8 : *formation et information de nouveaux personnels et stagiaires*)<sup>24</sup>. Ce fonctionnement qui existe déjà en médecine, éviterait au personnel infirmier de s'épuiser dans les répétitions et d'évaluer à la fois le groupe d'étudiants et l'individu dans un collectif de travail.

- Centrer l'accompagnement des étudiants sur le questionnement et la recherche personnelle ou collective des réponses avec réflexion sur les débats de normes et de valeurs, le sens du soin holistique (pourquoi on agit, non pas seulement par rapport à un résultat attendu mais aussi par rapport à une démarche éthique).

- Formaliser dans chaque unité un projet pédagogique s'inspirant de celui réalisé par les tuteurs de psychiatrie (cf. Annexe 8) avec la formalisation des objectifs spécifiques de l'unité en terme de système de valeurs, de soins, de cadrage de la prise d'initiative pour la favoriser, ainsi que de modalités d'évaluation (co production avec l'IFSI).

Par exemple :

- première année: accueil de patient et recueil de données
- deuxième année : accueil de patient, recueil de données, macrocible d'entrée, problèmes et ressources du patient, présentation à la relève
- troisième année : idem mais pour un groupe de patients

---

<sup>24</sup> cf. annexe 4

Pour impulser cette capacité à renormaliser et prendre des initiatives, après une semaine de stage, l'étudiant pourrait organiser les soins prescrits et du rôle propre comme il l'entend dans l'intérêt du patient.

- Demander aux étudiants un rapport de stage afin de soutenir une réflexion entre l'IFSI et le terrain en y intégrant les étudiants.

## **Conclusion**

Nos différentes démarches d'observations, d'entretiens et l'aide du GRT ont montré la grande disparité dans les organisations de stage en fonction du type d'hospitalisation, du cadre de santé de l'unité et de l'ancienneté des infirmiers.

Suite à notre travail, l'unité temps plein dans laquelle a été mené le stage d'observation, a mis en place à partir des observations que nous leur avons fournies, des réunions d'équipe visant à élaborer des objectifs de stage spécifiques et un projet pédagogique. Ceci montre que l'équipe s'est appropriée les résultats des observations afin de conduire une réflexion sur l'encadrement des étudiants en stage et la transmission des savoirs.

Certains membres du GRT souhaitent intégrer dans leur pratique d'enseignement des concepts ergologiques tels que ceux de renormalisation, de savoirs investis et institués en s'appuyant sur le travail du GRT et sur le lexique afin de traduire et d'explicitier les différences que les étudiants constatent entre la réalité du stage et les savoirs appris à l'IFSI.

A la rentrée de septembre la mise en route du nouveau diplôme va devoir être accompagnée notamment concernant l'appropriation par le terrain. Ce sera une opportunité pour amorcer un rapprochement IFSI-terrain qu'il serait important de pérenniser afin d'ajuster les enseignements théoriques et pratiques. Dans ce but, la Coordination Centrale des Soins de l'AP-HM, vient de mettre au plan de formation le dispositif ergologique des GRT. L'intégration de la démarche ergologique à l'hôpital représente une innovation dans la manière d'aborder la question de l'activité du travail soignant en instituant un dialogue entre savoirs académiques et savoirs investis, et la co-production de connaissances sur cette activité.

## **Annexes**

## Sommaire des annexes

<b>Annexe 1</b>	<b>Glossaire</b>	<b>P.42</b>
<b>Annexe 2</b>	<b>Protocole d'intervention</b>	<b>P.44</b>
<b>Annexe 3</b>	<b>Lexique ergologique</b>	<b>P.53</b>
<b>Annexe 4</b>	<b>Référentiel d'activités</b>	<b>P.58</b>
<b>Annexe 5</b>	<b>Référentiel de compétences</b>	<b>P.70</b>
<b>Annexe 6</b>	<b>Référentiel de formation</b>	<b>P.85</b>
<b>Annexe 7</b>	<b>Document d'accueil des étudiants unité temps plein n°2</b>	<b>P.99</b>
<b>Annexe 8</b>	<b>Projet des tuteurs Pérennisation des savoirs en psychiatrie - dispositif pédagogique de terrain</b>	<b>P.109</b>

## **Annexe 1 Glossaire**

## GLOSSAIRE

<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>CATTP</b>	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CIT</b>	Chambre d'isolement thérapeutique
<b>CMP</b>	Centre Médico Psychologique
<b>CRESI</b>	Création d'un Référentiel Européen de compétences en Soins Infirmiers
<b>DRASS</b>	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>DHOS</b>	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
<b>DMS</b>	Durée Moyenne de Séjour
<b>EHESP</b>	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
<b>GRT</b>	Groupe de Rencontres du Travail
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>HDT</b>	Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
<b>HL</b>	Hospitalisation Libre
<b>HO</b>	Hospitalisation d'Office
<b>HPST</b>	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
<b>IDE</b>	Infirmier Diplômé d'Etat
<b>IFSI</b>	Institut de Formation en Soins Infirmiers
<b>ISP</b>	Infirmier de Secteur Psychiatrique
<b>MSP</b>	Mise en Situation Professionnelle
<b>VAD</b>	Visite à domicile
<b>T2A</b>	Tarifcation à l'Activité

## **Annexe 2 Protocole d'intervention**

## PROTOCOLE D'INTERVENTION

Entre La Coordination Générale des Soins de l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille  
Représentée par Mme Nicole Chevalier en qualité de Coordinatrice Générale des Soins  
80 rue Brochier  
13005 Marseille

Et Mmes Marie-Hélène Dassa et Mélanie Schroder  
Stagiaires en Master d'Ergologie 2<sup>ème</sup> année  
Université de Provence - U1  
29, Boulevard Robert Schuman  
13624 Aix-En-Provence Cedex 1  
Sous la responsabilité pédagogique de Mme Muriel Prévot-Carpentier

Il a été convenu comme suit :

- 1) Les stagiaires construisent et accompagnent pour le compte de la coordination générale des soins de l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille un dispositif d'échange sur l'activité appelé groupe de rencontre du travail (GRT). Ce dispositif a pour but, associé à des observations sur le terrain, de comprendre les fondamentaux de la transmission des savoirs infirmiers en psychiatrie et d'optimiser l'enseignement initial des infirmiers dans cette discipline au regard d'une modification du programme des études initiales de la formation professionnelle prévue pour la rentrée 2009.
- 2) Cette demande fait suite à un travail de 3 ans sur la passation des savoirs dans le cadre du tutorat en psychiatrie organisé par le plan santé mentale de 2005-2008. Ce travail, réalisé par un groupe d'infirmiers de psychiatrie anciens et nouveaux, a donné lieu à la rédaction d'un référentiel d'activité et à un cahier des charges de la pédagogie du tuteur.
- 3) Le groupe de rencontre du travail aura pour objectif d'une part, les échanges concernant les 2 types d'activité (pédagogie initiale, transmission des savoirs de terrain) et d'autre part l'optimisation de la formation initiale des infirmiers dans le domaine de la psychiatrie.

Le présent protocole vise à définir le contexte dans lequel s'inscrit cette étude, les objectifs, les méthodes utilisées, les conditions d'intervention et de réalisation.

## I– Le contexte et les enjeux de la demande

### 1.1 Le contexte de la demande

#### 1.1.1. Le plan santé mentale 2005-2008

Le gouvernement a mis en place de 2005 à 2008 un plan dit « plan santé mentale » visant à assurer la sécurité dans ce secteur. L'un des volets de ce plan porte sur l'organisation de la transmission des savoirs en prévision d'un nombre important de départs d'infirmiers expérimentés en psychiatrie, occasionnant une fuite de compétences de terrain. En effet, en 1992, le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique (ISP) a été supprimé. Dès lors furent nommés dans les services de psychiatrie des infirmiers diplômés d'Etat (IDE).

Les réformes successives des organisations du travail à l'hôpital (diminution de la durée de séjour, disparition des réunions pluridisciplinaires, changement dans les rapports infirmiers-médecins...), ont conduit la majorité des ISP qui travaillent encore, à demander leur affectation en dehors de l'hospitalisation temps plein de jour (ils sont en extra-hospitalier ou de nuit). Cette désaffectation a mis à jour le manque de compétences des IDE nouvellement recrutés en psychiatrie et contribue en partie à leur désaffectation de cette spécialité. Le recrutement d'IDE en psychiatrie et surtout leur fidélisation est difficile car la psychiatrie n'est pas très attractive pour eux souvent avides de savoirs faire techniques beaucoup plus valorisés que les savoirs faire relationnels. De plus, la polyvalence du diplôme ne les contraint pas, comme c'est le cas pour les ISP à exercer toute leur carrière en psychiatrie et leur permet de s'ouvrir sur un projet professionnel plus diversifié.

La réputation à l'hôpital concernant ce secteur peu technique est telle, qu'un IDE qui resterait en psychiatrie plus de 5 ou 6 ans aurait des difficultés à trouver ensuite un poste en secteur somatique (perte de compétences techniques). Or, sur 4500 infirmiers exerçant en secteur psychiatrique en région PACA au 31 décembre 2005 date de démarrage du plan, près de 1900 étaient âgés de 55 ans et plus. Il était donc urgent de mettre en place un dispositif permettant de prévenir l'hémorragie des savoirs investis<sup>25</sup> en attendant une modification des études conduisant au diplôme infirmier et avec la perspective d'une forme de spécialisation dans le domaine de la santé mentale. Mais cette ouverture ne semble pas se profiler comme escomptée.

#### 1.1.2. Les accords de Bologne de 1999

Suite aux accords de Bologne en 1999<sup>26</sup> (29 pays signataires), dont l'objectif est de construire un espace européen de l'enseignement supérieur avant 2010, l'élaboration d'un nouveau programme de formation en soins infirmiers a débuté en 2006 pour une application prévue dès septembre 2009. Ce programme n'est pas encore finalisé mais il ne fait pas la part belle à la psychiatrie. Il est construit sur l'approche par compétences<sup>27</sup>, le nombre de crédits

<sup>25</sup> Ou savoirs d'expérience

<sup>26</sup> Harmonisation des diplômes au niveau européen par le système LMD (diplômes euro compatibles). Validation des acquis et de l'expérience. Mise en place d'un système de crédits – comme celui du système ECTS – comme moyen approprié pour promouvoir la mobilité des étudiants le plus largement possible. Les crédits pourraient également être acquis en dehors du système de l'enseignement supérieur, y compris par l'éducation tout au long de la vie, dans la mesure où ceux-ci sont reconnus par les établissements d'enseignement supérieur concernés

<sup>27</sup> La compétence est définie selon le répertoire des métiers (FPH) comme « la maîtrise d'un savoir-faire opérationnel relatif aux activités d'une situation déterminée, requérant des connaissances et des comportements. Elle est inséparable de l'action et ne peut-être appréhendée qu'au travers de l'activité ».

Il y a 10 compétences à acquérir pour obtenir le diplôme :

1. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens
2. Évaluer une situation clinique

(E.C.T.S.)<sup>28</sup>, un niveau licence, la possibilité de passerelles entre les différents métiers du secteur sanitaire et social, et l'ouverture sur des formations en soins infirmiers de niveau master. Mais aucun master de psychiatrie pour le personnel infirmier n'a pour l'instant vu le jour et cela est vécu par les professionnels comme une nouvelle preuve de désaveu vis à vis de la spécialité.

Le nouveau programme comporte 4 volets : un référentiel d'activités, un référentiel de compétences afin de pouvoir réaliser ces activités, un référentiel de formation permettant le développement des compétences requises et un référentiel d'évaluation.

### **1.1.3 Le plan hôpital 2007**

Depuis la mise en place du plan hôpital 2007 avec la nouvelle gouvernance, l'organisation interne des différents secteurs a profondément été modifiée notamment la psychiatrie. Ainsi, à l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille (AP-HM), la psychiatrie est répartie en deux pôles situés sur deux hôpitaux différents : le pôle psychiatrie Centre à l'hôpital de la Conception et le pôle psychiatrie Sud à l'hôpital Sainte Marguerite.

Ces deux pôles travaillent selon une logique différente. L'organisation du pôle psychiatrie Centre est plutôt basée sur le parcours du patient en fonction de son état clinique (exemple : entrée par le service des urgences psychiatriques, hospitalisation temps plein, hospitalisation alternative au temps plein, consultations), tandis que le pôle psychiatrie Sud se veut un pôle universitaire organisé par pathologies (troubles bipolaires, schizophrénie, addictologie...). Toutefois, l'arrivée des patients par les urgences et la disponibilité en lits ne permettent pas toujours de respecter cette orientation par pathologies.

Enfin, du fait de ces changements, l'organisation sectorielle de la psychiatrie à Marseille est en plein bouleversement. Des patients autrefois suivis en raison de leur secteur de domiciliation, par exemple par une unité du pôle Centre, vont être obligés de se faire soigner au pôle Sud auquel leur secteur aura été rattaché. Ceci pose des problèmes de réorganisation du suivi des patients parfois chroniques et habitués à un style de prise en charge et à une équipe particulière depuis parfois des années. Mais c'est aussi une opportunité pour réimpulser une dynamique nouvelle dans les prises en charge.

## **1.2 La demande**

La demande initiale émane de Mme Nicole Chevalier, Coordinatrice Générale des soins de l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille. Cette demande s'inscrit dans le cadre de l'élaboration des contenus du nouveau programme de formation des étudiants en soins infirmiers. Ce programme est adossé à la notion de compétence (cf note 3 page 3). La demande porte sur la valorisation du travail réalisé dans le cadre du plan santé mentale par les infirmiers de psychiatrie concernant les savoirs de terrain fruits de l'expérience des anciens et leur intégration dans l'enseignement du nouveau programme. Il nous a été demandé de travailler dans le cadre du pôle psychiatrie Sud.

- 
3. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers
  4. Mettre en œuvre des thérapeutiques et des actes à visée diagnostique
  5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs
  6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins
  7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle
  8. Traiter les informations pour assurer la continuité des soins
  9. Organiser et coordonner les interventions soignantes
  10. Informer, former des professionnels et des personnes en formation

<sup>28</sup> European Credits Transfer System

### **1.3 Les enjeux de la demande**

La disparition du diplôme infirmier de secteur psychiatrique conduit à la nécessité d'une transmission des savoirs et d'une approche spécifique permettant de répondre aux exigences de cette spécialité et d'offrir à ceux qui la reçoivent une capacité à se positionner efficacement dans un contexte de prise en charge de courte durée. En effet, la durée moyenne de séjour en psychiatrie, est passée de 1,5 mois à 17 jours depuis la mise en place des pôles.

Dans ce contexte, force est de constater que le positionnement professionnel des IDE en psychiatrie est parfois défaillant, ce qui est aussi le cas d'autres soignants et même des ISP. Les jeunes infirmiers conscients des lacunes de leur formation, ont des difficultés dans des situations réclamant créativité et autonomie et n'ont pas l'assurance nécessaire pour participer activement et efficacement à l'élaboration de la prise en charge des patients. Ils n'ont pas le « bagage » qu'avaient les ISP au sortir de leur formation et sont parfois démunis face à des situations courantes en psychiatrie surtout dans les unités dans lesquelles il n'y a plus que de nouveaux recrutés. Le travail de mise en place du tutorat a redonné une place aux ISP en tant qu'experts et leur a permis de réfléchir durant 3 ans à ce qui faisait leur compétence pour accompagner ensuite en tant que tuteurs les nouveaux recrutés. Mais eux-mêmes ont ressenti la difficulté de penser la prise en charge des malades sur une durée aussi courte. Avec la fin du plan santé mentale tout ce travail de réflexion et d'élaboration, ainsi que le questionnement infirmiers face aux nouvelles contraintes de l'organisation risque de se perdre d'autant qu'un Master de psychiatrie n'est pas à l'ordre du jour.

La Coordinatrice Générale des Soins attend une valorisation dans la formation initiale des savoirs d'expérience mis en évidence par le travail des tuteurs.

Pour les médecins du pôle de psychiatrie Sud, le travail engagé selon la démarche ergologique pourrait servir à adapter les modalités d'intervention de l'équipe infirmière au côté des médecins dans la nouvelle organisation hospitalière.

Pour les IFSI<sup>29</sup> le travail proposé pourrait servir à alimenter la réflexion actuelle sur le nouveau référentiel de formation et leurs choix de priorisation dans la pédagogie.

Pour les infirmiers de psychiatrie, DE ou ISP, c'est l'occasion d'améliorer l'encadrement des stages des futurs professionnels (et donc de leurs collègues potentiels) et de développer le partenariat avec l'IFSI.

## **II- Objectifs et méthodes**

La présente étude est adossée à la transmission des savoirs de terrain en psychiatrie dans le cadre du stage des étudiants en soins infirmiers.

### **2.1 Objectifs**

La demande initiale et le positionnement des acteurs de terrain dans ce contexte permettent de dégager plusieurs objectifs :

- Mettre en débat les savoirs d'expérience et les savoirs pédagogiques pour faire émerger la réalité de l'activité en secteur de psychiatrie aujourd'hui

---

<sup>29</sup> Institut de formation en soins infirmiers

- Mettre en évidence ce qui préside aux choix de priorisation pédagogique dans les IFSI afin d'en déterminer l'incidence sur la pratique
- Faire émerger l'activité d'encadrement des stages étudiants par les infirmiers de terrain pour faire apparaître les modalités de transmission des savoirs d'expérience
- Dégager des propositions d'enrichissement des contenus de la formation initiale et d'amélioration de l'encadrement en stage tenant compte des contraintes actuelles du terrain

## 2.2 Méthodes

Pour atteindre ces objectifs l'étude se déroulera de la manière suivante :

### 2.2.1 Diagnostic global :

Il s'agira de comprendre le contexte global de l'AP-HM, de la psychiatrie en particulier et de la formation initiale des infirmiers par le biais d'une étude documentaire et la rencontre de personnes ressources :

- Coordinatrice générale des soins
- Infirmiers travaillant en psychiatrie : nouveaux recrutés, infirmiers expérimentés, tuteurs
- Formateurs en IFSI
- Etudiants infirmiers
- Directeurs d'IFSI
- Conseillère pédagogique régionale en soins
- Directeur de soins
- Cadres supérieurs de santé de psychiatrie

Les personnes précitées le sont à titre indicatif. D'autres rencontres pourront être organisées en fonction des nécessités de l'étude. Cette phase permettra de mieux comprendre les enjeux de la demande.

### 2.2.2 Analyse :

Elle sera faite sur la base d'entretiens avec les différents acteurs, d'observations sur le terrain et d'un GRT.

- Les entretiens semi-directifs

Ils auront pour visée d'approcher l'activité et les singularités, les contraintes, les renormalisations<sup>30</sup>, l'impact du contexte. Ils seront validés par les personnes vues en entretien.

- Les observations

---

<sup>30</sup> L'être humain, est exposé à des exigences ou normes, émises en continu et en quantité par le milieu dans lequel il se trouve. Pour exister en tant qu'être singulier, vivant, et en fonction des lacunes des normes de ce milieu face aux innombrables variabilités de la situation locale, il va et doit tenter en permanence de ré-interpréter ces normes qu'on lui propose. Ce faisant, il essaie de configurer le milieu comme son milieu propre. C'est le processus de re-normalisation qui est au coeur de l'activité. Pour partie, chacun parvient à transgresser certaines normes, à les tordre de façon à se les approprier. Pour partie, il les subit comme quelque chose qui s'impose de l'extérieur [par exemple, le langage est dans l'activité un effort de singularisation du système normatif qu'est la langue].

Elles porteront sur des activités spécifiques de la psychiatrie et seront déterminées durant le GRT.

- Le GRT

Il réunira des acteurs des IFSI et du terrain. C'est dans ce groupe que sera retravaillée la demande initiale, que les bases du travail seront posées et que sera discuté le contenu d'observation.

### III- Conditions de réalisation du stage

Le stage s'effectue du 1er février au 1er juin 2009 dans le cadre du pôle psychiatrie Sud de l'hôpital Sainte Marguerite à Marseille en lien avec l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) qui lui est rattaché.

#### 3.1 Conditions déontologiques

Le pré projet des stagiaires ainsi que le lieu de stage a fait l'objet d'une négociation avec les instances d'organisation hospitalières. Un état des différentes étapes du stage sera régulièrement envoyé au commanditaire et à son représentant sur le terrain de stage.

Le GRT sera organisé sur la base du volontariat de même que les entretiens et les observations.

L'anonymat sera garanti ainsi que le droit de retrait à tous les volontaires.

Le devoir de réserve est de rigueur et les stagiaires prennent l'engagement de n'utiliser en aucun cas les informations recueillies pour en faire l'objet de publication, communication à des tiers sans l'accord des protagonistes.

Le résultat de ce travail donnera lieu à la rédaction d'un document, qui sera soumis à la validation des participants et fera l'objet d'une restitution publique en fin de stage à l'AP-HM.

#### 3.2 Programme et calendrier

##### Phase 1 : Prise de connaissance et protocole

Semaines 1 à 4 Du 2 au 27 février	<p><b>Communication sur le stage et l'organisation du GRT</b></p> <p>Rencontre avec des infirmiers du secteur psychiatrie lors d'une réunion des tuteurs</p> <p>Rencontre avec l'encadrement infirmier du pôle psychiatrie Sud</p> <p>Rencontre avec les formateurs des IFSI Sainte Marguerite et Capelette</p> <p>Rencontre avec les personnes impliquées dans le nouveau programme de formation des infirmiers : Conseillère pédagogique régionale en soins, Directeurs d'IFSI</p> <p>Rencontre avec des doctorants ayant organisé un GRT en psychiatrie à Edouard Toulouse</p> <p><b>Entretiens</b> avec des infirmiers nouvellement recrutés en psychiatrie</p> <p><b>Collecte documentaire</b> sur l'organisation hospitalière, les réformes en cours, l'historique des services de psychiatrie à l'AP-HM</p> <p><b>GRT séance 1</b> (17/02) : Préparation, présentation du GRT avec documentation,</p>
--------------------------------------	--

	<p>mise à disposition du lexique des concepts ergologiques, compte rendu</p> <p><b>Rédaction de la première version du protocole</b> d'intervention et réajustement</p>
<p>Semaine 5 Du 2 au 6 mars</p>	<p><b>Présentation du protocole</b> aux membres du GRT et au demandeur</p> <p><b>Recherche documentaire</b> sur les durées de séjour en psychiatrie et l'organisation médicale de la prise en charge dans la réforme actuelle</p> <p>Recueil de l'ensemble des travaux réalisés par les anciens de psychiatrie dans le cadre du tutorat</p> <p><b>Organisation du stage</b> d'observation en unité temps plein, présentation à l'équipe du service. Visite du lieu de stage</p> <p><b>Prise de rendez-vous avec les médecins</b> référents du pôle et le médecin référent du programme médical d'information</p> <p><b>Rencontre</b> avec un des médecins du pôle</p> <p><b>GRT séance 2</b> (3/03) : Présentation du protocole et point sur la mise en jeu de la démarche ergologique.</p>

### Phase 2 : Observations et analyse

<p>Semaines 6 à 7 Du 16 au 27 mars</p>	<p><b>Phases d'observation du 16 au 25 en unité temps plein</b> : observation de l'encadrement en stage des étudiants en soins infirmiers</p> <p><b>Compte rendu quotidien</b> sur ce que démontrent les observations</p> <p><b>Rencontre avec les médecins</b> référents du pôle</p> <p><b>Rencontre avec la Directrice des Soins</b> de l'hôpital sainte Marguerite (point sur l'actualité de l'organisation des soins en psychiatrie)</p> <p><b>Analyse documentaire et des entretiens avec les médecins référents et la directrice de soins</b></p> <p><b>Entretiens</b> avec des étudiants en soins infirmiers et des infirmiers nouvellement recrutés en psychiatrie, anciens infirmiers et cadres</p> <p><b>GRT séance 3</b> (24/03) : Analyse des observations, croisement avec l'expérience des membres du GRT pour mise en débat des savoirs d'expérience et des savoirs pédagogiques afin de faire émerger la réalité de l'activité en secteur de psychiatrie aujourd'hui</p>
<p>Semaine 8 Du 30 mars au 3 avril</p>	<p><b>Restitution aux personnes</b> observées et vues en entretien durant les phases d'observation</p> <p><b>Analyse des données</b> organisationnelles et économiques micro et macro (suite)</p> <p><b>Rédaction du contexte</b> macro pour le rapport d'étape à travailler en GRT</p> <p><b>Synthèse de l'analyse des observations et des entretiens</b> pour présentation au GRT</p> <p><b>GRT séance 4</b> (31/03) : Poursuivre la mise en débat des savoirs et faire émerger l'activité d'encadrement des stages étudiants par les infirmiers de terrain pour faire apparaître les modalités de transmission des savoirs d'expérience</p>
<p>Semaine 9 Du 14 au 17 avril</p>	<p><b>Analyse des apports du GRT</b> centrée sur la mise en évidence de l'activité en secteur de psychiatrie</p> <p><b>Phases d'observation en hôpital de jour</b> du 15 au 17 avril centrées sur l'activité des anciens de psychiatrie.</p> <p><b>GRT séance 5</b> (14/04) : croisement des données recueillies et analyse de l'incidence du contexte et de la formation initiale sur l'activité pour mise en évidence de ce qui préside aux choix de priorisation pédagogique dans les IFSI afin d'en déterminer l'impacte sur la pratique</p>
<p>Semaine 10 Du 20 au 24 avril</p>	<p><b>Analyse des observations et des entretiens</b> réalisés à l'hôpital de jour et croisement avec les données déjà recueillies</p> <p><b>Restitution</b> aux personnes observées et vues en entretien</p>

	<p><b>Synthèse et analyse</b> pour restitution au GRT</p> <p><b>Mise à jour des données</b> concernant le nouveau programme des études en soins infirmiers</p>
<p>Semaines 11 à 12 Du 27 avril au 7 mai</p>	<p><b>Rédaction de la synthèse des données</b> concernant la réalité de l'activité en secteur de psychiatrie dans le contexte actuel, l'influence de la pédagogie sur la pratique de terrain, les modalités de transmission des savoir d'expérience durant le stage des étudiants infirmiers</p> <p><b>GRT séance 6</b> (5/05) : propositions d'enrichissement des contenus de la formation initiale et d'amélioration de l'encadrement en stage tenant compte des contraintes actuelles du terrain. Validation du rapport</p> <p><b>Elaboration</b> du rapport à partir des phases précédentes</p>

Phase 3 : Restitution et validation

<p>Semaine 13 Du 18 au 22 mai</p>	<p><b>Elaboration</b> du rapport final à partir des phases précédentes (suite)</p> <p><b>GRT séance 7</b> (20/05) : présentation du rapport aux membres du GRT et travail de synthèse en co construction</p>
<p>Semaines 14 Du 25 au 29 mai</p>	<p><b>Rédaction</b> du rapport sous la direction de la référente pédagogique Mme Muriel Prévot-Carpentier</p> <p><b>Présentation du rapport</b> au demandeur le 17 juin à 14h</p> <p><b>Restitution au sein de l'AP-HM</b> le 23 juin de 14h à 17H salle de réunion de la Coordination des soins, rue Brochier. La restitution se fera en présence de Mme Chevalier, des membres du GRT ainsi que du responsable pédagogique, Mme Muriel Prévot-Carpentier.</p>

## **ANNEXE 3 Vocabulaire ergologique**

## **Proposition de "Vocabulaire ergologique", rédigé par Louis Durrive et Yves Schwartz, 2001.**

### **Action et activité**

L'action a un début et une fin repérables, elle peut être identifiée (geste, marque), imputée à une décision, soumise à une raison (exemple : un mode d'emploi est une liste d'actions). L'activité est un élan de vie, de santé, sans borne prédéfinie, qui synthétise, croise et noue tout ce qu'on se représente séparément (corps/esprit ; individuel/collectif ; faire/valeurs ; privé/professionnel ; imposé/désiré ; etc...).

### **Adhérence locale**

Phénomène dont la signification (en qualité et en relation) est étroitement liée à la situation vécue ici et maintenant (en latin hic et nunc : au moment et à l'endroit dont il est question).

### **Anticiper**

Devancer, prendre les devants, être proactif. Notre faculté humaine de former des concepts nous permet d'anticiper en partie l'inattendu du travail (grâce au prescrit mais aussi à la formation, à l'expérience réfléchie, héritée d'un collectif et aussi personnelle).

### **Arbitrage**

À ne pas confondre avec l'arbitraire, qui ne tient compte d'aucune règle. L'être humain en activité n'est ni libre de toute contrainte, ni déterminé comme un robot : il effectue sans cesse des arbitrages qui lui permettent à la fois d'obéir à une procédure et de la transgresser en tendant à faire à sa manière, dans l'ici et maintenant. Ces arbitrages supposent des critères plus ou moins conscients/individuels/formalisés.

### **Ascèse**

Discipline que l'on s'impose pour tendre vers un idéal, par exemple l'élaboration de savoirs à la fois à fort contenu généralisant (donc anticipateur) et constamment soumis à validation concrète.

### **Commensurable**

Deux grandeurs ayant une commune mesure ; comparable ; ayant en commun quelque chose (qui reste à définir : par exemple, entre deux cultures distinctes).

### **Concept**

Outil de la pensée :

- idée ou représentation mentale qui a une définition (compréhension) et une extension (ce à quoi elle s'applique), • cette représentation est isolable (abstraction) des situations qui lui donnent ses attributs (qualité et relation); on identifie un certain nombre d'éléments, de caractères communs aux différentes situations (ou objets concrets) pour effectuer une généralisation. Ainsi le concept est abstrait, détachable des exemples de situations (ou d'objets) qu'il recouvre.
- Néanmoins, l'activité conceptuelle n'est pas absente de l'agir concret dans une situation donnée : seulement ils sont « inchoatifs », en formation, en attente d'être travaillés, d'être circonscrits; c'est pourquoi, si l'on parle de savoirs conceptualisés pour les savoirs formalisés, on reconnaîtra aussi des savoirs en action qui ne sont pas le simple décalque des premiers.

### **Corps-soi**

Le travail n'existe pas sans quelqu'un qui travaille. Difficile de nommer celui-ci sujet car cela sous-entendrait qu'il serait bien cerné, défini. Or, si l'activité est effectivement pilotée par quelqu'un en chair et en os, – elle s'inscrit dans des fonctionnements neurosensitifs tellement complexes qu'on n'en fait pas le tour – cette activité a, de plus, des prolongements qui débordent la personne physique. Sont sollicités et même incorporés, inscrits dans le corps : le social, le psychique, l'institutionnel, les normes et les valeurs [ambiantes et retraitées], le rapport aux installations et aux produits, aux temps, aux hommes, aux niveaux de rationalité, etc... Ce quelqu'un qui travaille – ce centre d'arbitrages qui gouverne l'activité – peut ainsi être désigné corps-soi ou corps-personne.

### **Discipline (2 sens)**

a/ Branche de la connaissance au sens académique (psychologie, sociologie, etc...).

b/ Démarche normée, rigoureuse, respectant des règles (qu'elle se donne ou qu'on lui donne a priori).

### **Dramatique**

À l'origine, un drame – individuel ou collectif – a lieu quand des événements surviennent, rompant les rythmes des séquences habituelles, anticipables, de la vie. D'où nécessité de réagir, de traiter ces événements, ce qui en même temps produit de nouveaux événements, donc transforme le rapport avec le milieu et entre les personnes. La situation est alors matrice de variabilité, matrice d'histoire parce qu'elle engendre de l'autrement du fait des choix à faire (micro-choix) pour traiter les événements. L'activité apparaît alors comme une tension, une dramatique.

### **Entité**

Quelque chose qui a une certaine unité, dont l'existence repose essentiellement sur des rapports : par exemple, en situation de travail, des entités collectives se forment, des réseaux de coopération qui ne sont pas nécessairement prévus dans l'organigramme.

### **Epistémique/transformatif**

Le transformatif est lié à l'agir qui modifie l'état des choses ; l'épistémique est lié à l'objectif de connaître [epistémè = science]. Le piège serait de croire qu'il y a d'un côté la connaissance et de l'autre l'action (ce qui à une époque laissait penser qu'il existait d'un côté les intellectuels et de l'autre les manuels). L'activité, quelle qu'elle soit, conjugue à la fois le transformatif et l'épistémique : le travail vu de près, en approche clinique, fait bouger et l'histoire et les savoirs [à condition de reconnaître ces savoirs] puisque le travail est nécessairement pensé.

### **Epistémique/ergologique**

À l'intérieur même du processus de connaissance, l'épistémique correspond à l'exigence de travail (usage) des concepts : les construire, les préciser, les complexifier tout en les dégageant de l'adhérence locale et des valeurs qui y sont retravaillées, c'est-à-dire en neutralisant la dimension historique des phénomènes visés par les concepts.

L'ergologie est le mouvement inverse : les concepts sont approchés au plus près de leur adhérence locale pour saisir les configurations de savoirs et de valeurs générés par l'activité ici et maintenant.

### **Ergologie**

C'est une démarche qui tente de développer simultanément dans le champ des pratiques sociales et dans la visée d'élaboration des savoirs formels, des dispositifs à trois pôles partout où c'est possible. D'où une double confrontation :

- confrontation des savoirs entre eux ;
- confrontation des savoirs avec les expériences d'activité comme matrices de savoirs.

### **Ergonomie**

L'ergonomie agit pour transformer ou concevoir des situations de travail compatibles à la fois avec le confort et la santé des travailleurs et avec l'efficacité économique des entreprises.

### **Epistémologique et éthique**

La rencontre du pôle des discours académiques, savants, avec celui des discours non-savants, ceux liés à l'activité, appelle un troisième pôle d'exigence qui a deux caractéristiques :

- a/ épistémologique, qui concerne l'effort de prise de distance et d'explicitation, la rigueur du concept ;
- b/ éthique, qui concerne les jugements d'appréciation, les débats sur les valeurs, une certaine humilité.

Sans ce troisième pôle, la rencontre des deux autres pôles paraît vaine.

### **Expérience**

a/ L'expérience concerne ici les humains ; elle ne se confond pas avec l'expérience en laboratoire appelée plutôt expérimentation, pratiquée par les sciences dites exactes.

b/ L'expérience s'entend d'abord comme expérience vécue (Erlebniss, en allemand), puis comme expérience réfléchie, source de connaissance (Erfahrung).

Elle est toujours singulière, autrement dit unique, jamais simple application d'un projet pensé à l'avance.

### **Forces d'appel et de rappel**

Ceux qui, dans le champ des activités industrielles, participent à faire l'histoire de l'humanité [de l'ouvrier au dirigeant d'entreprise], non seulement parce qu'ils vivent mais aussi parce qu'ils transforment le prescrit en travaillant, ont un double rôle à jouer vis-à-vis de la sphère des savoirs académiques : un rôle d'appel, de convocation, parce qu'ils veulent et doivent avoir accès à ces savoirs, à ces normes, qui encadrent, anticipent, anticiperont toute situation ; un rôle de rappel, de validation, parce qu'ils ne laissent pas indemnes ces savoirs, ils y apportent leur réflexion, leur effort de conceptualisation.

### **Général-spécifique**

Le général renvoie aux concepts, dont il faut sans cesse retravailler la définition, qu'il faut complexifier pour aiguïser leur pertinence. Le spécifique renvoie à l'histoire en train de se faire : attention, le spécifique n'est pas une réduction du général. Ce serait ne voir en lui que l'illustration, le cas particulier, qu'il représente effectivement mais pas seulement. Il est lui aussi complexe, et donc unique: toute situation de travail est spécifique, autrement dit elle est bien plus qu'une modalité du cas général. L'ergologie est un effort pour penser à la fois le général et le spécifique.

### **Historicité**

Caractère de ce qui est historique: une situation de travail est historique dans le sens où elle ne se résume pas à ce qu'on a prévu (matériel, procédure, matières, effectifs, etc...). Il y a infiltration d'histoire parce que les événements sont toujours là, la vie fait son oeuvre. L'écart est sous cet angle-là irréductible. On peut mieux le gérer, mais non le supprimer.

### **Inconfort intellectuel**

La tentation est forte, pour ceux qui travaillent, de choisir le confort d'un discours sur les tâches qui évite de s'exposer en rendant compte de l'activité elle-même. Réciproquement, la tentation est forte pour les spécialistes du concept, dans le confort d'une tour d'ivoire, de se satisfaire des modèles qu'ils ont conçus et des enchaînements qu'ils ont imaginés. L'inconfort intellectuel est une posture propre à l'ergologie, qui tire les conséquences du concept d'activité humaine : déranger méthodiquement et nos savoirs constitués, et nos expériences de travail afin de progresser sans cesse sur les deux plans.

### **Neutre**

Les vivants, pour exister, et les humains particulièrement, ne cessent d'affecter en valeurs ce qui les entoure : valeur positive ou négative, selon qu'ils préfèrent ou rejettent, apprécient ou déprécient les provocations du milieu. D'où l'existence d'un débat permanent de valeurs qui est le propre de la vie sociale. Toutefois, par aveuglement ou par calcul, on serait tenté d'afficher une neutralité des choix. C'est une façon d'éviter le débat, la réflexion sur l'autrement. Ainsi le vocabulaire n'est jamais neutre : des mots passent pour neutres [ex : gestion, expert] alors qu'ils sont marqués par des choix. La difficulté n'est pas dans leur connotation, mais dans leur soi-disant neutralité.

### **Normes**

Norma est un mot latin qui signifie l'équerre. La norme exprime ce qu'une instance évalue comme devant être : selon le cas, un idéal, une règle, un but, un modèle. Cette instance peut être extérieure à l'individu [normes imposées], comme elle peut être l'individu lui-même [normes instaurées dans l'activité], car chacun cherche à être producteur de ses propres normes, à l'origine des exigences qui le gouvernent. Tout agir humain et particulièrement industriel, dans la mesure où il n'est jamais purement automatique, est régi et se régît par des normes.

### **Particulier/singulier**

Le particulier est l'illustration d'une facette du général ; le singulier désigne une combinatoire complexe qui débouche sur une réalité unique. L'activité de travail, quelle qu'elle soit, peut s'analyser sous chacun de ces deux angles.

### **Praxis et poiésis**

La tradition philosophique (Aristote) distingue :

- la praxis, action réfléchie, délibérante, qui transforme à l'interne l'être qui réfléchit ;
- de la poiésis, acte fabricant, production, dont le résultat est extérieur au producteur.

Aujourd'hui en sciences sociales par exemple, on parle des pratiques [praxis] comme des comportements réglés et stabilisés d'un secteur professionnel, sans forcément s'intéresser à l'activité elle-même, le faire concret [poiésis] qui pourtant remet en jeu tous les jours ces catégories. La posture ergologique consiste à penser ensemble, comme activité unifiée, praxis et poiésis.

### **Protagonistes**

Les protagonistes des situations de travail désignent tous les acteurs engagés dans une activité. Ce ne sont pas seulement les ouvriers ou employés, mais aussi les cadres, les dirigeants d'entreprise et plus largement encore les représentants de ces acteurs dans la vie sociale à l'échelle macro. Chacun est invité à une démarche ergologique pour participer à l'élaboration des savoirs et pour tirer parti des gisements d'alternatives enfouis dans les activités humaines.

### **Protocole**

Descriptif précis du déroulement d'une intervention par étapes. L'intervention est pensée avant et indépendamment de tout déroulement concret. Cf. le protocole expérimental propre à la discipline épistémologique.

### **Réel/réalité**

Par opposition à ce qui devrait être ou pourrait être (par exemple, ce qui est prescrit ou anticipé dans le travail), le réel est ce qui résiste à l'effort que nous faisons pour le transformer et/ou pour le connaître. En ce sens, le réel est un horizon, on ne l'appréhende jamais entièrement, mais toujours davantage. La réalité serait alors la partie du réel qu'on parvient à se représenter.

### **Renormalisation**

L'être humain, comme tout vivant, est exposé à des exigences ou normes, émises en continu et en quantité par le milieu dans lequel il se trouve. Pour exister en tant qu'être singulier, vivant, et en fonction des lacunes des normes de ce milieu face aux innombrables variabilités de la situation locale, il va et doit tenter en permanence de ré-interpréter ces normes qu'on lui propose. Ce faisant, il essaie de configurer le milieu comme son milieu propre. C'est le processus de re-normalisation qui est au coeur de l'activité.

Pour partie, chacun parvient à transgresser certaines normes, à les tordre de façon à se les approprier. Pour partie, il les subit comme quelque chose qui s'impose de l'extérieur [par exemple, le langage est dans l'activité un effort de singularisation du système normatif qu'est la langue].

### **Sens du travail**

Le sens est ici nommé, donc supposé connu ou connaissable : or il est problématique. Chacun donne des significations multiples et mouvantes à ce qu'il vit. Parler de sens du travail, c'est prendre le risque de circonscrire ce qui ne peut l'être – et éventuellement de décréter le sens à la place de l'intéressé [cf. telle tâche est déclarée a priori motivante ou non, chargée/ou au contraire dépourvue de sens; tel travail aurait ou non de la valeur].

### **Socratismes à double sens**

Socrate disait qu'il accouchait les esprits des idées qu'ils contiennent sans le savoir (= maïeutique). Dans le dispositif à trois pôles, il s'agit d'activer cette méthode de réflexion aussi bien du côté des acteurs du monde du travail qu'inversement du côté des spécialistes des savoirs académiques. L'humilité et la rigueur s'imposent à tous (cf. le troisième pôle éthique et épistémologique).

### **Subjectif - objectif**

[entre autres définitions]

- Subjectif : dépendant du jugement individuel.
- Objectif : faisant l'accord de tous à un moment donné.

### **Sujet**

L'être individuel qu'on désignerait comme sujet serait supposé connu ou connaissable. Or, on ne saurait expliquer un sujet et son fonctionnement : il est fondamentalement énigmatique et paradoxal, en devenir, inscrit dans une histoire [voir corps-soi]. Utiliser le terme de sujet est aussi problématique que d'utiliser celui de personne : rien n'autorise à en parler comme si l'on disposait d'une définition objective, scientifique de cette entité énigmatique.

### **Valeur**

Au sens subjectif, c'est le poids qu'on accorde plus ou moins aux choses ; une hiérarchie, un découpage propre à chacun à propos de ce qu'on estime, préfère, ou au contraire qu'on néglige, rejette. En quelque sorte, c'est la tentative de chacun d'avoir une emprise sur le milieu dans lequel il se trouve (exemple: un bureau personnalisé). L'individu n'invente pas de toutes pièces ses valeurs, mais il retravaille sans cesse celles que le milieu lui propose. En cela, au moins partiellement, il les singularise.

## **Annexe 4 Référentiel d'activités**

# Diplôme d'Etat d'infirmier

## Référentiel d'activités

*Les référentiels d'activités et de compétences du métier d'infirmier diplômé d'Etat ne se substituent pas au cadre réglementaire. En effet, un référentiel n'a pas vocation à déterminer des responsabilités. Il s'agit de décrire les activités du métier, puis les compétences. Celles-ci sont rédigées en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels et attestées par l'obtention du diplôme d'Etat. Cette description s'inscrit dans la réglementation figurant au code de la santé publique (CSP).*

L'infirmier ou l'infirmière « donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.

L'infirmier ou l'infirmière participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation à la santé et de formation ou d'encadrement. » Art L.4311-1 du CSP.

« L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.

Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et les infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel.

Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif. » Art R.4311-1 du CSP.

« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;

2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;

3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;

4° De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;

5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage. » Art.R.4311-2

« Relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.

Dans ce cadre, l'infirmier a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R4311-5 et 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est

chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers. »  
Art.4311-3

L'infirmier exerce son métier dans le respect des articles R.4311-1 à R.4311-15 et R.4312-1 à 4312-49 du code de la santé publique.

### **Définition du métier**

Evaluer l'état de santé d'une personne et analyser les situations de soins ; concevoir et définir des projets de soins personnalisés ; planifier des soins, les prodiguer et les évaluer ; mettre en œuvre des traitements.

Les infirmiers dispensent des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé, ils contribuent à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leur parcours de soins en lien avec leur projet de vie. Les infirmiers interviennent dans le cadre d'une équipe pluriprofessionnelle, dans des structures et à domicile, de manière autonome et en collaboration.

### **Activités**

**1 - Observation et recueil de données cliniques**

**2 - Soins de confort et de bien être**

**3 - Information et éducation de la personne, de son entourage et d'un groupe de personnes**

**4 - Surveillance de l'évolution de l'état de santé des personnes**

**5 - Soins et activités à visée diagnostique ou thérapeutique**

**6 - Coordination et organisation des activités et des soins**

**7 - Contrôle et gestion de matériels, dispositifs médicaux et produits**

**8 - Formation et information de nouveaux personnels et de stagiaires**

**9 - Veille professionnelle et recherche**

### **1 – Observation et recueil de données cliniques**

---

#### **Observation de l'état de santé d'une personne ou d'un groupe**

- Examen clinique de la personne dans le cadre de la surveillance et de la planification des soins
- Observation de l'apparence générale de la personne (hygiène, contact visuel, expression...)
- Observation du niveau de conscience
- Observation de signes pathologiques et de symptômes
- Lecture de résultats d'examens

#### **Observation du comportement relationnel et social de la personne**

- Observation du comportement sur les plans psychologique et affectif
- Observation des modes de vie des personnes sur les plans sociologiques et culturels
- Observation de la dynamique d'un groupe
- Observation des réactions face à un événement de la vie, à la maladie, à l'accident, ou à un problème de santé
- Observation des interactions sociales
- Observation des capacités de verbalisation
- Observation du niveau d'inquiétude ou d'angoisse

#### **Mesure des paramètres**

- Mesure des paramètres vitaux : pression artérielle, ...
- Mesure des paramètres corporels : poids, taille, etc, ...
- Mesure des paramètres complémentaires : saturation en oxygène, ....

#### **Mesure du degré d'autonomie ou de la dépendance de la personne**

- dans les activités de la vie quotidienne
- dans les activités plus complexes

#### **Mesure de la douleur**

- sur les plans quantitatif (échelles de mesure) et qualitatif (nature de la douleur, localisation...)
- mesure du retentissement de la douleur sur les activités de la vie quotidienne

#### **Recueil de données portant sur la connaissance de la personne ou du groupe**

- Ressources et besoins de la personne ou du groupe
- Informations concernant l'environnement, le contexte de vie sociale et familiale de la personne, ses ressources, ses projets
- Histoire de vie et représentation de la maladie, récit des événements de santé
- Degré de satisfaction de la personne quant à sa vie sociale, professionnelle, personnelle
- Projets de la personne

---

<sup>31</sup> Les activités décrites sont celles qui sont le plus souvent réalisées, elles ne sont pas exhaustives, elles correspondent à l'état de la réflexion au jour de leur production et peuvent se voir modifier selon les modalités ou les lieux d'exercice, des connaissances ou des informations nouvelles, voire des organisations différentes.

- Recueil des facteurs de risque dans une situation de soins
- Recueil de l'expression de la personne pendant la réalisation soins

### **Recueil de données épidémiologiques**

- Elaboration et exploitation de recueils de données par questionnaires d'enquête
- Rassemblement d'informations à partir de bases de données démographiques, épidémiologiques ou de santé
- Recueil de données statistiques visant des populations ciblées

## **2 – Soins de confort et de bien être**

---

### **Réalisation de soins et d'activités liés à l'hygiène personnelle**

- Soins d'hygiène partiels ou complets en fonction du degré d'autonomie de la personne
- Aide totale ou partielle à l'habillage et au déshabillage

### **Réalisation de soins et d'activités liés à l'alimentation**

- Surveillance de l'hygiène alimentaire de la personne
- Aide partielle ou totale au choix des repas et à leur prise
- Surveillance de l'hydratation et aide à la prise de boisson régulière

### **Réalisation des soins et d'activités liés à l'élimination**

- Surveillance de l'élimination
- Aide à l'élimination selon le degré d'autonomie de la personne
- Contrôle de la propreté du matériel lié à l'élimination

### **Réalisation des soins et d'activités liés au repos et au sommeil**

- Installation de la personne pour le repos et le sommeil
- Surveillance du repos ou du sommeil de la personne
- Réfection d'un lit occupé et hygiène de la chambre
- Organisation d'un environnement favorable à la tranquillité, au repos et au sommeil

### **Réalisation de soins et d'activités liés à la mobilisation**

- Installation de la personne dans une position en rapport avec sa dépendance
- Modification des points d'appui de la personne en vue de la prévention des escarres
- Lever de la personne et aide au déplacement
- Mobilisation de la personne

### **Réalisation de soins et d'activités liés à la conscience et à l'état d'éveil**

- Surveillance de la conscience
- Surveillance de l'orientation temporo spatiale
- Réalisation d'activités de jeux ou d'éveil pour stimuler la personne

### **Réalisation de soins visant le bien être et le soulagement de la souffrance physique et psychologique**

- Toucher à visée de bien être

- Organisation de l'environnement en rapport avec le bien être et la sécurité de la personne
- Aide à la relaxation
- Valorisation de l'image corporelle, de l'estime de soi et des ressources de la personne

#### **Réalisation d'activités occupationnelles et/ou de médiation**

- Activités visant à l'animation ou à l'occupation de la personne en lien avec son âge et son autonomie
- Activités visant à maintenir le lien social
- Activités visant à maintenir le niveau cognitif, et la mémoire

### **3 – Information et éducation de la personne, de son entourage et d'un groupe de personnes**

#### **Accueil de la personne soignée et de son entourage**

- Entretien d'accueil de la personne en institution de soins, d'éducation, ou en entreprise
- Prise de contact et entretien avec la (ou les) personne (s) pour la réalisation de soins au domicile
- Présentation des personnes, des rythmes, des installations et des services mis à disposition pour soigner
- Recueil de l'adhésion ou de la non- adhésion de la personne à ses soins
- Vérification des connaissances de la personne ou du groupe sur la maladie, le traitement ou la prévention

#### **Ecoute de la personne et de son entourage**

- Relation d'aide et soutien psychologique
- Entretien d'accompagnement et de soutien
- Médiation entre des personnes et des groupes
- Accompagnement de la personne dans une information progressive
- Entretiens de suivi auprès de la personne, de sa famille et de son entourage

#### **Information et conseils sur la santé en direction d'une personne ou d'un groupe de personnes**

- Vérification de la compréhension des informations et recueil du consentement aux soins
- Information sur les soins techniques, médicaux, les examens, les interventions et les thérapies
- Informations et conseils éducatifs et préventifs en matière de santé
- Conseils à l'entourage de la personne ou du groupe : famille, amis, personnes ressources dans l'environnement (milieu du travail, milieu scolaire...)
- Informations sur les droits de la personne, l'organisation des soins et les moyens mobilisables ...
- Entretien d'éducation et conseils visant à renforcer ou promouvoir des comportements adéquats pour la santé, ou modifier des comportements non adéquats
- Entretien d'aide visant à la réalisation de choix de santé par la personne

### **Information et éducation d'un groupe de personnes**

- Création et organisation de conditions nécessaires à la dynamique du groupe
- Animation de séances éducatives et d'actions de prévention
- Transmission de connaissances aux personnes à propos de leur santé

## **4 - Surveillance de l'évolution de l'état de santé des personnes**

### **Surveillance des fonctions vitales**

#### **Surveillance de personnes ayant bénéficié de soins d'examens ou d'appareillages**

- Surveillance de personnes ayant bénéficié d'examens médicaux : ponctions, injections ou ingestion de produits,...
- Surveillance des personnes ayant reçu des traitements, contrôle de l'efficacité du traitement et des effets secondaires
- Surveillance de personnes porteuses de perfusions, transfusions, cathéters, sondes, drains, matériels d'aspiration
- Surveillance de personnes porteuses de montages d'accès vasculaires implantés
- Surveillance de personnes porteuses de pompe pour analgésie (PCA...)
- Surveillance de personnes immobiles ou porteuses de dispositif de contention
- Surveillance de personnes placées sous ventilation assistée, ou sous oxygénothérapie
- Surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ...
- Surveillance des personnes en assistance nutritive
- Surveillance de l'état cutané : plaies, cicatrisation, pansements
- Surveillance de personnes stomisées
- Surveillances de personnes ayant reçu des traitements spécifiques : électroconvulsivothérapie, enveloppements humides,...
- Surveillance de personnes en phase en pré et post opératoire

#### **Surveillance de personnes en situation potentielle de risque pour elle même ou pour autrui**

- Surveillance de personnes présentant des tendances suicidaires
- Surveillance de personnes placées dans des lieux nécessitant une sécurisation : chambre d'isolement, unités protégées, etc.
- Surveillance de personnes confuses ou agitées nécessitant un contrôle renforcé et régulier
- Surveillance de personnes potentiellement fragiles, ou en situation de risque d'accident
- Surveillance de personnes nécessitant une contention momentanée
- Activités visant à la protection contre les risques de maltraitance
- Activités visant à la protection des personnes en risque de chute

#### **Surveillance de personnes au cours de situations spécifiques liées au cycle de la vie**

- Surveillance des personnes pendant la grossesse et la naissance
- Surveillance de personnes ayant à vivre une situation difficile : deuil, perte du travail, amputation, modification de l'image corporelle...
- Surveillance de personnes proches de la fin de vie

- Surveillance de personnes ayant à vivre une situation douloureuse ou de crise

## **5 – Soins et activités à visée préventive, diagnostique, thérapeutique**

---

### **Réalisation de soins à visée préventive**

- Vaccinations
- Dépistage de différents risques : maltraitance, risques liés au travail, ....
- Entretiens à visée préventive
- Education thérapeutique d'une personne soignée
- Education individuelle et collective pour la santé
- Actions de préventions des risques liés aux soins

### **Réalisations de soins à visée diagnostique**

- Entretien infirmier à visée diagnostique
- Examen clinique à visée diagnostique
- Entretien d'évaluation de la douleur
- Prélèvements biologiques
- Explorations fonctionnelles
- Enregistrement et lecture des de tracés relatifs au fonctionnement des organes
- Tests

### **Réalisation de soins à visée thérapeutique**

- Entretien infirmier d'aide thérapeutique
- Entretien de médiation
- Administration de médicaments, et de produits par voies orale, entérale, parentérale
- Administration de produits par instillation, ou lavage dans les yeux, les sinus ou les oreilles
- Administrations de produits par pulvérisation sur la peau, et en direction des muqueuses
- Administration de produits médicamenteux par sonde ou poire dans les organes creux
- Réalisation de soins visant la fonction respiratoire : aspiration de sécrétions, oxygénothérapie...
- Réalisation de soins visant l'intégrité cutanée : soins de plaies, pansements
- Réalisation de soins de plaie, de réparation cutanée, d'application de topique, d'immobilisation ou de contention
- Réalisation de soins de stomies
- Réalisation de soins visant à la thermorégulation
- Réalisation de soins visant aux cures de sevrage et de sommeil
- Actions de rééducation vésicale : calendrier mictionnel, re-programmation

### **Réalisation de soins visant à la santé psychologique ou mentale**

- Activités à visée thérapeutique ou psychothérapeutique
- Activités ludiques à visée d'éveil ou de maintien de la conscience ou de la mémoire
- Activités à visée socio-thérapeutique
- Contrôle et suivi des engagements thérapeutiques, des contrats et des objectifs de soins

### **Réalisation de soins visant au soulagement de la souffrance**

- Activités de relaxation (respiration, toucher, paroles, visualisation positive...)
- Entretien spécifique de relation d'aide : verbalisation, reformulation, visualisation positive...

### **Réalisation de soins en situation spécifique**

- Soins en situation d'urgence
- Soins en situation de crise
- Soins en situation palliative ou en fin de vie
- Toilette et soins mortuaires
- Soins dans les transports sanitaires urgents et médicalisés
- Assistance du médecin en consultation et lors de certains actes médicaux

## **5 – Coordination et organisation des activités et des soins**

---

### **Organisation de soins et d'activités**

- Elaboration, formalisation et rédaction d'un projet de soins ou d'un projet de vie personnalisé
- Elaboration d'une démarche de soins infirmiers pour une personne ou pour un groupe
- Planification des activités dans une unité de soins pour un groupe de personnes pris en charge, pour la journée et à moyen terme
- Planification et organisation de consultations : dossier, traçabilité,
- Répartition d'activités et de soins entre les différents membres d'une équipe de soins dans le cadre de la collaboration
- Mesures de la charge de travail en vue de répartir les activités

### **Coordination des activités et suivi des parcours de soins**

- Coordination de ses activités avec les services prestataires : laboratoire, radio...
- Coordination des activités et des prises en charge entre les différents lieux sanitaires, sociaux, et médico-sociaux, le domicile, la maison de repos....
- Coordination des intervenants médico-sociaux
- Contrôle et suivi du cheminement des examens
- Intervention au cours de réunion de coordination

### **Enregistrement des données sur le dossier du patient et les différents supports de soins**

- Rédaction, lecture et actualisation du dossier de soins ou de documents de santé accompagnant la personne
- Enregistrement de données cliniques et administratives
- Rédaction et transmission de documents de suivi pour la continuité de soins
- Enregistrement des informations sur les supports d'organisation : planification, bons de demande d'examen, ...
- Recueil et enregistrement d'information sur logiciels informatiques

### **Suivi et traçabilité d'opérations visant à la qualité et la sécurité**

- Enregistrement de données spécifiques à la gestion des risques et à la mise en œuvre des procédures de vigilances sanitaires

- Enregistrement et contrôle des données sur la qualité des pratiques
- Enregistrement et vérification des données de traçabilité spécifiques à certaines activités
- Etablissement de comptes rendus dans le cadre de mise en oeuvre des soins d'urgence ou de traitement antalgique

#### **Actualisation des documents d'organisation des soins**

- Réalisation et actualisation des protocoles de soins infirmiers
- Réalisation d'outils d'organisation des activités de soins

#### **Transmission d'informations**

- Transmission orale d'informations recueillies vers les médecins et les professionnels de santé
- Transmission d'informations à partir de différents documents utilisés pour les soins : dossiers, feuilles...
- Prise de parole en réunion de synthèse ou de transmission entre équipes de soins
- Transmission d'informations orales et écrites aux professionnels de la santé pour un suivi de la prise en charge
- Transmission orale d'informations à la famille, aux proches de la personne soignée ou aux aides à domicile
- Réponse téléphonique à des demandes émanant de la personne soignée, des professionnels de santé et du social, ou des proches
- Elaboration de résumés cliniques infirmiers

#### **Interventions en réunion institutionnelle**

- Interventions lors de réunions de travail ou institutionnelles
- Préparation de synthèses cliniques

## **7 – Contrôle et gestion de matériels, dispositifs médicaux et produits**

---

#### **Préparation et remise en état de matériel ou de locaux**

- Préparation du matériel et des lieux pour chaque intervention soignante
- Préparation du dossier et mise à disposition des éléments nécessaires à la situation

#### **Réalisation et contrôle des opérations de désinfection et de stérilisation**

- Vérification de la propreté du matériel utilisé dans la chambre et pour les soins
- Vérification des indicateurs de stérilisation du matériel
- Vérification de l'intégrité des emballages
- Réalisation des différentes étapes de traitement du matériel : désinfection, stérilisation...

#### **Conduite d'opérations de contrôle de la qualité en hygiène**

- Réalisation de protocoles de pré-désinfection, de nettoyage, de désinfection ou de stérilisation
- Elaboration de protocoles de soins infirmiers
- Application des règles d'hygiène concernant le matériel et contrôle de leur respect

#### **Conduite d'opération d'élimination des déchets**

- Réalisation de l'élimination des déchets en fonction des circuits, de la réglementation et des protocoles établis

#### Commande de matériel

- Commande de matériel d'utilisation quotidienne ou moins fréquente
- Commande de produits pharmaceutiques, de dispositifs médicaux
- Commande de produits et de matériels divers

#### Rangement et gestion des stocks

- Organisation du chariot d'urgences et des chariots de soins
- Rangement et gestion des stocks de matériel et de produits
- Rangement et gestion de dotations de stupéfiants

#### **Contrôle de la fiabilité des matériels et des produits**

- Contrôle de l'état des stocks et du matériel
- Contrôle de l'état des dotations de pharmacie
- Contrôle de l'état du chariot d'urgence
- Contrôle de la fiabilité des matériels

## **8- Formation et information des nouveaux personnels et des stagiaires**

#### **Accueil de stagiaire ou de nouveau personnel**

- Accueil de stagiaire ou de nouveau personnel
- Délivrance d'information et de conseil aux stagiaires ou au nouveau personnel
- Elaboration de documents de présentation du service ou d'accueil
- Contrôle du niveau de connaissance, des acquis professionnels et du projet professionnel
- Elaboration en équipe du projet ou du protocole d'encadrement

#### **Conseil et formation dans l'équipe de travail**

- Conseils et informations aux membres de l'équipe de soins et de l'équipe pluridisciplinaire
- Réajustement d'activités réalisées par des stagiaires ou des nouveaux personnels en vue d'apprentissage
- Explications sur les modalités du soin, et accompagnement afin de transmettre les valeurs soignantes, l'expertise nécessaire, et l'organisation du travail
- Encadrement de l'équipe travaillant en collaboration avec l'infirmier

#### **Réalisation de prestation de formation**

- Intervention en institut de formation
- Réalisation de cours ou intervention sur la pratique professionnelle
- Démonstration de soins réalisés dans un but pédagogique
- Information, conseil et formation en santé publique (tutorat...)

#### **Contrôle des prestations des stagiaires de diverses origines**

- Contrôle au quotidien dans l'ensemble des situations professionnelles
- Renseignement des documents de suivi
- Réalisation des feuilles d'évaluation des stagiaires
- Contrôle de prestations au cours des mises en situation professionnelle

## **9 – Veille professionnelle et recherche**

---

### **Relation avec des réseaux professionnels**

- Lecture de revues professionnelles
- Lecture de travaux de recherche en soins
- Constitution et alimentation d'une base d'information sur la profession d'infirmier et les connaissances professionnelles
- Recherche sur des bases de données existantes dans les domaines du soin et de la santé
- Recherche, sur les bases de données existantes, des recommandations de bonnes pratiques

### **Rédaction de documents professionnels et de recherche**

- Réalisation d'études et de travaux de recherche dans le domaine des soins
- Réalisation de publication à usage de ses pairs et/ou d'autres professionnels de santé
- Rédaction de protocoles ou de procédures
- Accompagnement de travaux professionnels

### **Bilan sur les pratiques professionnelles**

- Echanges de pratiques professionnelles avec ses pairs ou avec d'autres professionnels de la santé
- Apport d'éléments dans le cadre d'élaboration de recommandations de bonnes pratiques ou dans le cadre d'évaluation de pratiques professionnelles
- Mise en place de débats sur les éléments éthiques dans un contexte de soins
- Veille professionnelle et réglementaire

## **Annexe 5 Référentiel de compétences**

# Diplôme d'Etat d'infirmier

## Référentiel de compétences

*Les référentiels d'activités et de compétences du métier d'infirmier diplômé d'Etat ne se substituent pas au cadre réglementaire. En effet, un référentiel n'a pas vocation à déterminer des responsabilités. Il s'agit de décrire les activités du métier, puis les compétences. Celles-ci sont rédigées en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels et attestées par l'obtention du diplôme d'Etat. Cette description s'inscrit dans la réglementation figurant au code de la santé publique (CSP).*

### Compétences

- 1. Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier**
- 2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers**
- 3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens**
- 4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique**
- 5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs**
- 6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins**
- 7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle**
- 8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques**
- 9. Organiser et coordonner des interventions soignantes**
- 10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation**

### Compétence 1 :

#### Evaluer une situation clinique

#### et établir un diagnostic dans le domaine infirmier

1. Evaluer les besoins de santé et les attentes d'une personne ou d'un groupe de personnes en utilisant un raisonnement clinique
2. Rechercher et sélectionner les informations utiles à la prise en charge de la personne dans le respect des droits du patient (dossier, outils de soins,...)
3. Identifier les signes et symptômes liés à la pathologie, à l'état de santé de la personne et à leur évolution
4. Conduire un entretien de recueil de données
5. Repérer les ressources et les potentialités d'une personne ou d'un groupe, notamment dans la prise en charge de sa santé
6. Analyser une situation de santé et de soins et poser des hypothèses interprétatives
7. Elaborer un diagnostic de situation clinique et/ou un diagnostic infirmier à partir des réactions aux problèmes de santé d'une personne, d'un groupe ou d'une collectivité et identifier les interventions infirmières nécessaires
8. Evaluer les risques dans une situation d'urgence, de violence, de maltraitance ou d'aggravation et déterminer les mesures prioritaires

<b>Critères d'évaluation :</b> <i>Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?</i>	<b>Indicateurs :</b> <i>Quels <b>signes visibles</b> peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?</i>
<b>1 - Pertinence des informations recherchées au regard d'une situation donnée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plusieurs sources d'information sont utilisées (personnes, dossiers, outils de transmission...)</li> <li>- Tous les éléments d'information pertinents sont recherchés dans le dossier ou les documents et auprès du patient, de la famille, de l'entourage ou du groupe</li> <li>- Les informations utilisées sont mises à jour et fiables</li> <li>- Des explications sont données sur le choix des informations sélectionnées au regard d'une situation donnée, la sélection est pertinente</li> </ul>
<b>2 - Cohérence des informations recueillies et sélectionnées avec la situation de la personne ou du groupe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les informations recueillies sont en adéquation avec les besoins de la personne</li> <li>- Le recueil des informations (entretien, observation, échanges avec la famille...) est réalisé dans le respect de la déontologie et des règles professionnelles</li> <li>- Les informations sélectionnées sont priorisées</li> </ul>

<p><b>2 - Pertinence du diagnostic de situation clinique posé</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le diagnostic de situation et/ou le diagnostic infirmier s'appuie sur une analyse pertinente des différentes informations et sur la mise en relation de l'ensemble des éléments recueillis</li> <li>- La situation de santé est analysée de manière multidimensionnelle</li> <li>- Les signes d'urgence ou de détresse, de décompensation d'une pathologie ou d'un dysfonctionnement sont repérés</li> <li>- Le lien entre les éléments recueillis est expliqué</li> <li>- Le raisonnement clinique utilisé et la démarche d'analyse des informations sont expliqués</li> <li>- Les connaissances utilisées sont précisées</li> </ul>
---	--

## Compétence 2 :

### Concevoir et conduire un projet de soins infirmier

1. Elaborer un projet de soins dans un contexte de pluriprofessionnalité
2. Hiérarchiser et planifier les objectifs et les activités de soins en fonction des paramètres du contexte et de l'urgence des situations
3. Mettre en œuvre des soins en appliquant les règles, les procédures et les outils de la qualité de la sécurité (hygiène, asepsie, vigilances...) et de la traçabilité
4. Adapter les soins et les protocoles de soins infirmiers aux personnes, aux situations et aux contextes, anticiper les modifications dans l'organisation des soins et réagir avec efficacité en prenant des mesures adaptées
5. Organiser et répartir les activités avec et dans l'équipe de soins en fonction des compétences des collaborateurs et du contexte quotidien
6. Accompagner et guider la personne dans son parcours de soins
7. Identifier les risques liés aux situations de soin et déterminer les mesures préventives et/ou correctives adaptées
8. Prévoir et mettre en œuvre les mesures appropriées en situation d'urgence ou de crise en référence aux protocoles existants
9. Argumenter le projet de soins et la démarche clinique lors de réunions professionnelles et interprofessionnelles (transmission, staff professionnel...)
10. Evaluer la mise en œuvre du projet de soins avec la personne et son entourage et identifier les réajustements nécessaires

<b>Critères d'évaluation :</b> <i>Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?</i>	<b>Indicateurs :</b> <i>Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?</i>
<b>1 – Pertinence du contenu du projet et de la planification en soins infirmiers</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le projet prend en compte les informations recueillies sur toutes les dimensions de la situation</li> <li>- Le projet comporte des objectifs, des actions, des modes d'évaluation</li> <li>- Le projet de soins est réalisé (si possible) avec la personne soignée</li> <li>- Il y a adéquation entre le projet et l'évaluation de la situation</li> <li>- Les actions prévues sont en adéquation avec le contexte et les ressources</li> <li>- Les étapes du parcours de soins sont identifiées</li> <li>- Les choix et les priorités sont expliqués et justifiés</li> <li>- Les réajustements nécessaires sont argumentés</li> </ul>
<b>2 – Justesse dans la recherche de participation et de consentement du patient au projet de soins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les objectifs de soins et les actions posées sont négociés avec la personne, sa famille ou son entourage</li> <li>- Les réactions du patient sont décrites</li> <li>- Le consentement du patient est recherché, et des explications sur la manière dont les réactions du patient ont été prises en compte sont données</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les règles sécurité, hygiène et asepsie sont respectées</li> </ul>

<b>3.-.Pertinence et cohérence dans les modalités de réalisation du soin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les règles de qualité sont respectées</li> <li>- Les contrôles de conformité (réalisation, identification de la personne, ...) sont effectivement mis en œuvre</li> <li>- Toute action est expliquée au patient</li> <li>- Une attention est portée à la personne</li> <li>- Le geste est réalisé avec dextérité</li> <li>- Les réactions du patient au soin sont prises en compte</li> <li>- La qualité et de l'efficacité du soin réalisé sont évaluées</li> <li>- La réalisation des soins et l'application des protocoles sont adaptées à la situation et au contexte</li> <li>- Les règles de traçabilité sont respectées</li> </ul>
<b>4 – Pertinence des réactions en situation d'urgence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les situations d'urgence et de crise sont repérées</li> <li>- Les mesures d'urgence appropriées sont mises en œuvre</li> <li>- Les mesures d'urgence à mettre en œuvre dans différentes situations d'urgence sont expliquées</li> </ul>
<b>5 – Rigueur et cohérence dans l'organisation et la répartition des soins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La réalisation des soins prescrits et des soins du rôle propre infirmier est assurée</li> <li>- La répartition des tâches est expliquée de manière cohérente</li> <li>- Le contrôle des soins confiés est réalisé</li> <li>- L'organisation des activités pour optimiser le travail en collaboration est expliquée et argumentée</li> <li>- L'organisation prend en compte le contexte et les aléas</li> <li>- Les choix d'organisation sont expliqués et les priorités argumentées</li> </ul>

## Compétence 3 :

### Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins<sup>32</sup> quotidiens

1. Apprécier la capacité de la personne à réaliser les activités de la vie quotidienne et l'accompagner dans les soins en favorisant sa participation et celle de son entourage
2. Adapter les soins quotidiens aux besoins de la personne, en tenant compte de ses ressources, ses déficiences ou ses handicaps
3. Evaluer, anticiper et prévenir les risques liés à la diminution ou la perte de l'autonomie et à l'altération de la mobilité
4. Adapter et sécuriser l'environnement de la personne
5. Identifier des activités contribuant à mobiliser les ressources de la personne en vue d'améliorer ou de maintenir son état physique et psychique
6. Evaluer l'évolution de la personne dans sa capacité à réaliser ses soins

<b>Critères d'évaluation :</b> <i>Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?</i>	<b>Indicateurs :</b> <i>Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?</i>
<b>1 – Adéquation des activités proposées avec les besoins et les souhaits de la personne</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Les activités proposées prennent en compte les besoins de la personne</li><li>- Les ressources de la personne sont mobilisées pour maintenir ou restaurer son autonomie</li></ul>
<b>2 – Cohérence des modalités de réalisation des soins avec les règles de bonnes pratiques</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- La pudeur et de l'intimité de la personne sont respectées</li><li>- Les règles d'hygiène et de sécurité sont respectées</li><li>- Les moyens mobilisés sont adaptés à la situation</li><li>- Les conditions de bien-être, de confort et de qualité de vie de la personne sont vérifiées</li><li>- Les principes d'ergonomie et de sécurité sont connus et appliqués dans les soins et les différentes activités</li><li>- Les règles de l'hydratation et de la diététique sont connues et expliquées</li></ul>
<b>3 – Pertinence dans l'identification des risques et adéquation des mesures de prévention</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Les risques liés à la situation et la manière de les prévenir sont repérés et expliqués</li></ul>

<sup>32</sup> La notion de soin s'entend ici comme « action ou ensembles d'actions qu'une personne accomplit pour se soigner ». Il s'agit des soins liés aux besoins de la vie quotidienne, en lien avec la notion d'auto-soin : « action ou ensemble d'actions qu'une personne décide et accomplit pour elle-même en vue de maintenir, protéger, restaurer et promouvoir la santé ». (Dictionnaire des soins infirmiers, Masson 2005).

## Compétence 4 :

### Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique

1. Analyser les éléments de la prescription médicale en repérant les interactions et toute anomalie manifeste
2. Préparer et mettre en œuvre les thérapeutiques médicamenteuses et les examens selon les règles de sécurité, d'hygiène, et d'asepsie
3. Organiser l'administration des médicaments selon la prescription médicale, en veillant à l'observance et à la continuité des traitements
4. Mettre en œuvre les protocoles thérapeutiques adaptés à la situation clinique d'une personne
5. Initier et adapter l'administration des antalgiques dans le cadre des protocoles médicaux
6. Conduire une relation d'aide thérapeutique
7. Utiliser, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire, des techniques à visée thérapeutique et psychothérapeutiques
8. Prévoir, installer et utiliser les appareils et dispositifs médicaux opérationnels nécessaires aux soins et au confort de la personne
9. Anticiper et accompagner les gestes médicaux dans les situations d'aide technique
10. Prescrire des dispositifs médicaux selon les règles de bonne pratique
11. Identifier les risques liés aux thérapeutiques et aux examens et déterminer les mesures préventives et/ou correctives adaptées
12. Synthétiser les informations afin d'en assurer la traçabilité sur les différents outils appropriés (dossier de soins, résumé de soins, compte rendus infirmiers, transmissions...)

<b>Critères d'évaluation :</b> <i>Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?</i>	<b>Indicateurs :</b> <i>Quels <b>signes visibles</b> peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?</i>
<b>1 – Justesse dans les modalités de mise en œuvre des thérapeutiques et de réalisation des examens, et conformité aux règles de bonnes pratiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les règles sécurité, hygiène et asepsie sont respectées</li> <li>- Les règles de qualité, traçabilité sont respectées</li> <li>- Les contrôles de conformité (prescription, réalisation, identification de la personne, ..) sont effectivement mis en œuvre</li> <li>- Toute action est expliquée au patient</li> <li>- Une attention est portée à la personne</li> <li>- La préparation, le déroulement de l'examen et la surveillance après réalisation sont conformes aux protocoles et modes opératoires</li> <li>- Les gestes sont réalisés avec dextérité</li> <li>- La prévention de la douleur générée par le soin est mise en œuvre</li> <li>- La procédure d'hémovigilance est respectée</li> </ul>
<b>2 – Justesse dans le respect de la</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La thérapeutique administrée est conforme à la</li> </ul>

<b>prescription après repérage des anomalies manifeste</b>	<p>prescription</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les anomalies sont identifiées et signalées</li> </ul>
<b>3 – Exactitude du calcul de dose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aucune erreur dans différentes situations de calcul de dose</li> </ul>
<b>4 – Pertinence dans la surveillance et le suivi des thérapeutiques et réalisation d'examens</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les effets attendus et/ou secondaires sont repérés</li> <li>- La douleur est évaluée de manière fiable et une réponse appropriée est mise en œuvre</li> <li>- Les thérapeutiques antalgiques sont adaptées dans le cadre des protocoles</li> </ul>
<b>5 – Pertinence dans l'identification des risques et des mesures de prévention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les risques liés à l'administration des thérapeutiques et aux examens sont expliqués</li> <li>- Les différentes étapes de la procédure d'hémovigilance sont expliquées au regard des risques associés</li> <li>- Les risques et les mesures de prévention des accidents d'exposition au sang sont expliqués</li> <li>- Les risques liés à un défaut de traçabilité sont connus et les règles de traçabilité expliquées</li> </ul>
<b>6 – Justesse d'utilisation des appareillages et DM conforme aux bonnes pratiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'utilisation des appareillages et DM est conforme au mode opératoire</li> <li>- Le choix et l'utilisation des appareillages et DM est adaptée à la situation</li> </ul>
<b>7 – Pertinence de mise en œuvre de l'entretien d'aide thérapeutique et conformité aux bonnes pratiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les techniques d'entretien thérapeutique sont utilisées</li> <li>- La dynamique relationnelle est analysée</li> <li>- Les changements de discours et/ou de comportement après entretien sont observés et restitués à l'équipe</li> </ul>
<b>8 - Fiabilité et pertinence des données de traçabilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La synthèse des informations concernant les soins, et les activités réalisées est en adéquation avec les données de la situation</li> <li>- La traçabilité des données est opérée dans les temps, elle est claire, réalisée dans le respect de la confidentialité et conforme aux règles de bonne pratique</li> <li>- Une synthèse claire de la situation de la personne est faite et restituée aux professionnels concernés</li> <li>- Les anomalies ou les incohérences entre les informations transmises par les différents acteurs sont repérées</li> </ul>

## Compétence 5 :

### Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs

1. Repérer les besoins et les demandes des personnes et des populations en lien avec les problématiques de santé publique
2. Accompagner une personne, ou un groupe de personnes, dans un processus d'apprentissage pour la prise en charge de sa santé et de son traitement
3. Accompagner une personne dans un processus décisionnel concernant sa santé : consentement aux soins, comportement vis-à-vis de la santé...
4. Concevoir et mettre en œuvre des actions de conseil, de promotion de la santé et de prévention répondant aux besoins de populations ciblées
5. Conduire une démarche d'éducation pour la santé et de prévention par des actions pédagogiques individuelles et collectives
6. Concevoir, formaliser et mettre en œuvre une démarche et un projet d'éducation thérapeutique pour une ou plusieurs personnes
7. Choisir et utiliser des techniques et des outils pédagogiques qui facilitent et soutiennent l'acquisition des compétences en éducation et prévention pour les patients

<b>Critères d'évaluation :</b> <i>Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?</i>	<b>Indicateurs :</b> <i>Quels <b>signes visibles</b> peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?</i>
<b>1 – Pertinence de la séquence éducative</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les besoins et les demandes ont été repérés, analysés et pris en compte</li> <li>- Les ressources de la personne et du groupe sont identifiées et mobilisées</li> <li>- La séquence est adaptée à la situation de la personne ou du groupe</li> </ul>
<b>2 – Pertinence dans la mise en œuvre des soins éducatifs et préventifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La personne est prise en compte dans la mise en œuvre de l'action</li> <li>- La participation de la personne ou du groupe est recherchée</li> <li>- Les techniques et les outils pédagogiques utilisés sont adaptés et leur utilisation évaluée</li> <li>- Les actions réalisées sont évaluées</li> </ul>
<b>3 – Pertinence de la démarche de promotion de la santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La démarche de promotion de la santé est adaptée à la population cible</li> <li>- Les informations sont analysées en tenant compte de l'ensemble des paramètres des situations</li> <li>- Les objectifs et les actions correspondent aux résultats escomptés, aux ressources et aux contextes</li> </ul>

## Compétence 6 :

### Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins

1. Définir, établir et créer les conditions et les modalités de la communication propices à l'intervention soignante, en tenant compte du niveau de la compréhension de la personne
2. Accueillir et écouter une personne en situation de demande de santé ou de soin en prenant en compte son histoire de vie et son contexte
3. Instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication
4. Rechercher et instaurer un climat de confiance avec la personne soignée et son entourage en vue d'une alliance thérapeutique
5. Informer une personne sur les soins en recherchant son consentement
6. Identifier les besoins spécifiques de relation et de communication en situation de détresse, de fin de vie, de deuil, de déni, de refus, conflit et agressivité
7. Conduire une démarche de communication adaptée aux personnes et à leur entourage en fonction des situations identifiées

<b>Critères d'évaluation :</b> <i>Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?</i>	<b>Indicateurs :</b> <i>Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?</i>
<b>1 – Pertinence de l'analyse de la situation relationnelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La situation relationnelle est analysée en fonction des personnes et du contexte</li> <li>- Les besoins spécifiques de communication d'une personne en situation de détresse, de fin de vie, de deuil, de déni, de refus, conflit et agressivité sont explicités et les attitudes adaptées identifiées</li> <li>- Les besoins spécifiques des patients atteints de troubles psychiques sont explicités et les attitudes adaptées identifiées</li> </ul>
<b>2 – Cohérence dans la mise en œuvre d'une communication adaptée aux personnes soignées et leur entourage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les conditions propices à la communication sont mises en œuvre</li> <li>- Une attention est portée à la personne</li> <li>- La communication prend en compte l'expression et le contexte de vie du patient</li> <li>- Le langage professionnel et les modes de communication (verbal, non verbal) sont adaptés à la personne</li> <li>- La posture professionnelle est adaptée à la relation soignant – soigné et vise au respect de la personne</li> </ul>
<b>3 – Justesse dans la recherche du consentement du patient</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le consentement de la personne aux soins est recherché et négocié si nécessaire</li> </ul>

## Compétence 7 :

### Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle

1. Observer, formaliser et expliciter les éléments de sa pratique professionnelle
2. Confronter sa pratique à celle de ses pairs ou d'autres professionnels
3. Evaluer les soins, les prestations et la mise en œuvre des protocoles de soins infirmiers au regard des valeurs professionnelles, des principes de qualité, de sécurité, d'ergonomie, et de satisfaction de la personne soignée
4. Analyser et adapter sa pratique professionnelle au regard de la réglementation, de la déontologie, de l'éthique, et de l'évolution des sciences et des techniques
5. Evaluer l'application des règles de traçabilité et des règles liées aux circuits d'entrée et de sortie des matériels et dispositifs médicaux (stérilisation, gestion des stocks, circuits des déchets, circulation des personnes...) et identifier toute non-conformité
6. Apprécier la fonctionnalité des dispositifs médicaux utilisés dans les soins et dans l'urgence
7. Identifier les améliorations possibles et les mesures de réajustement de sa pratique

<b>Critères d'évaluation :</b> <i>Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?</i>	<b>Indicateurs :</b> <i>Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?</i>
<b>1 – Pertinence de l'analyse dans l'utilisation du protocole pour une situation donnée</b>	- L'utilisation d'un protocole est expliquée en fonction d'une situation donnée
<b>2 – Pertinence de l'analyse dans l'application des règles:</b> - de qualité, sécurité, ergonomie - de traçabilité - liées aux circuits d'entrée, de sortie, et de stockage du linge, des matériels et des déchets	- Les non conformités sont identifiées - Les règles de la traçabilité sont explicitées selon les situations, - Les risques de non traçabilité sont explicités - Le circuit de la gestion des déchets est expliqué - Les propositions de réajustement sont pertinentes.
<b>3 -Conformité de la désinfection, du nettoyage, du conditionnement, et de la stérilisation</b>	- Les techniques de nettoyage des instruments ou des matériels sont connues et expliquées de manière appropriée - Les opérations de stérilisation sont expliquées conformément aux normes en vigueur et au contexte
<b>4 – Complétude dans la vérification de la fonctionnalité des matériels, produits et dispositifs utilisés</b>	- Les défauts de fonctionnement sont identifiés et signalés pour les appareils et dispositifs médicaux nécessaire aux soins et pour le matériel d'urgence - Les conditions de stockage des médicaments, des dispositifs médicaux, des appareillages, sont contrôlés
<b>5 - Pertinence dans la démarche d'analyse critique d'une situation de travail</b>	- La démarche d'analyse et le raisonnement sont formalisés et logiques - Les difficultés et les erreurs sont identifiées - Les causes sont analysées - Des améliorations sont proposées - Les valeurs professionnelles et règles déontologiques sont repérées dans la démarche d'analyse - La satisfaction de la personne soignée est prise en compte

## Compétence : 8

### Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques

1. Questionner, traiter, analyser des données scientifiques et/ou professionnelles
2. Identifier une problématique professionnelle et formuler un questionnement
3. Identifier les ressources documentaires, les travaux de recherche et utiliser des bases de données actualisées
4. Utiliser les données contenues dans des publications scientifiques et/ou professionnelles
5. Choisir des méthodes et des outils d'investigation adaptés au sujet étudié et les mettre en œuvre
6. Rédiger et présenter des documents professionnels en vue de communication orale ou écrite

<b>Critères d'évaluation :</b> <i>Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?</i>	<b>Indicateurs :</b> <i>Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?</i>
<b>1 - Pertinence des données recherchées au regard d'une problématique posée</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Les données scientifiques pertinentes sont recherchées</li><li>- Les éléments d'information pertinents sont recherchés dans les documents professionnels et scientifiques</li><li>- Les bases documentaires sont utilisées</li><li>- Des explications sont données sur le choix des données sélectionnées au regard d'une problématique donnée, la sélection est pertinente</li><li>- Les méthodes et outils d'investigation choisis dans un cadre donné sont adaptés (enquêtes, questionnaires...)</li></ul>
<b>2 – Pertinence dans la qualité du questionnement professionnel</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Des questions pertinentes sont posées en relation avec les problématiques professionnelles</li><li>-</li></ul>

## Compétence 9 :

### Organiser et coordonner les interventions soignantes

1. Identifier les acteurs intervenant auprès des personnes (santé, social, médico-social, associatif...)
2. Organiser ses interventions en tenant compte des limites de son champ professionnel et de ses responsabilités, veiller à la continuité des soins en faisant appel à d'autres compétences
3. Choisir les outils de transmission de l'information adaptés aux partenaires et aux situations et en assurer la mise en place et l'efficacité
4. Coordonner les actions et les soins auprès de la personne soignée avec les différents acteurs de la santé, du social et de l'aide à domicile
5. Coopérer au sein d'une équipe pluriprofessionnelle dans un souci d'optimisation de la prise en charge sanitaire et médico-sociale
6. Coordonner le traitement des informations apportées par les différents acteurs afin d'assurer la continuité et la sécurité des soins
7. Instaurer et maintenir des liaisons avec les acteurs, réseaux et structures intervenant auprès des personnes
8. Organiser son travail dans les différents modes d'exercice infirmier, notamment dans le secteur libéral

<b>Critères d'évaluation :</b> <i>Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?</i>	<b>Indicateurs :</b> <i>Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?</i>
<b>1 – Pertinence dans l'identification et la prise en compte du champ d'intervention des différents acteurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les autres professionnels de santé sont sollicités à bon escient</li> <li>- Les ressources externes sont identifiées</li> <li>- La répartition des activités est conforme au champ de compétences des intervenants</li> </ul>
<b>2 - Cohérence dans la continuité des soins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les liens entre les différentes interventions professionnelles sont repérés et explicités</li> <li>- L'organisation des activités pour optimiser le travail en collaboration est expliquée et argumentée</li> <li>- Le contrôle des soins confiés est réalisé</li> <li>- La continuité et la traçabilité des soins est assurée</li> </ul>
<b>3 - Fiabilité et pertinence des informations transmises</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toutes les informations requises sont transmises aux professionnels de santé concernés dans les délais</li> <li>- Les informations transmises sont pertinentes, fiables et sélectionnées avec discernement dans le respect de la réglementation et de la protection du patient (traçabilité, comptabilité, liaison avec les organismes de remboursement...)</li> <li>- Une synthèse claire de la situation de la personne est restituée</li> <li>- Les anomalies ou les incohérences entre les informations transmises par les différents acteurs sont repérées</li> </ul>

## Compétence 10 :

### **Informier, former des professionnels et des personnes en formation**

1. Organiser l'accueil et l'information d'un stagiaire et d'un nouvel arrivant professionnel dans le service, la structure ou le cabinet de soins
2. Organiser et superviser les activités d'apprentissage des étudiants
3. Evaluer les connaissances et les savoir-faire mis en œuvre par les stagiaires en lien avec les objectifs de stage
4. Superviser et évaluer les actions des AS, AP, et AMP en tenant compte de leur niveau de compétence et des contextes d'intervention dans le cadre de la collaboration
5. Transférer son savoir-faire et ses connaissances aux stagiaires et autres professionnels de santé par des conseils, des démonstrations, des explications, et de l'analyse commentée de la pratique
6. Animer des séances d'information et des réflexions sur la santé, la prise en charge des personnes et l'organisation des soins auprès d'acteurs de la santé

<b>Critères d'évaluation :</b> <i>Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?</i>	<b>Indicateurs :</b> <i>Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?</i>
<b>1 - Qualité de l'organisation de la collaboration avec un aide-soignant</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Les soins relevant du rôle propre et qui peuvent faire l'objet d'une collaboration avec les AS sont identifiés et pris en compte dans l'action</li><li>- La pratique d'un aide-soignant dans le cadre de la collaboration est évaluée et les erreurs signalées</li></ul>
<b>2 - Qualité de l'accueil et de la transmission de savoir-faire à un stagiaire</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Une démarche d'accueil est mise en œuvre et les informations nécessaires sont transmises</li><li>- Les explications nécessaires sont apportées à un stagiaire</li><li>- La transmission de savoir-faire est assurée avec pédagogie en conformité avec le niveau de formation du stagiaire</li></ul>

## **Annexe 6 Référentiel de formation**

## Le référentiel de formation

La formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier vise l'acquisition de compétences pour **répondre aux besoins de santé** des personnes dans le cadre d'une pluriprofessionnalité.

### 1. Finalités de la formation

Le référentiel de formation des infirmiers a pour objet de **professionnaliser** le parcours de l'étudiant, lequel construit progressivement les éléments de sa compétence à travers l'acquisition de savoirs et savoir-faire, attitudes et comportements.

L'étudiant est amené à devenir un **praticien autonome, responsable et réflexif**, c'est-à-dire un professionnel capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions dans les limites de son rôle et de mener des interventions seul et en équipe pluriprofessionnelle.

L'étudiant **développe des ressources** en savoirs théoriques et méthodologiques, en habiletés gestuelles et en capacités relationnelles. Il établit son portefeuille de connaissances et de compétences et prépare son projet professionnel.

L'étudiant apprend à **reconnaître ses émotions** et à les utiliser avec la distance professionnelle qui s'impose. Il se projette dans un avenir professionnel avec confiance et assurance, tout en maintenant sa capacité critique et de questionnement.

L'étudiant développe **une éthique professionnelle** et acquiert progressivement l'autonomie nécessaire à sa prise de fonction.

Exercés au raisonnement clinique et à la réflexion critique, les professionnels formés sont compétents, capables d'intégrer plus rapidement de nouveaux savoirs et savent s'adapter à des situations variées.

### 2. Principes pédagogiques

Le référentiel de formation est articulé autour de l'acquisition des **compétences** requises pour l'exercice des différentes activités du métier d'infirmier.

Le référentiel de formation **met en place une alternance** entre l'acquisition de connaissances et de savoir-faire reliés à des situations professionnelles, la mobilisation de ces connaissances et savoir-faire dans des situations de soins, et, s'appuyant sur la maîtrise des concepts, la pratique régulière de l'analyse de situations professionnelles

La formation est structurée autour de **l'étude de situations** donnant aux étudiants l'occasion de travailler **trois paliers d'apprentissage** :

- « comprendre », l'étudiant acquiert les savoirs et savoir-faire nécessaires à la compréhension des situations
- « agir », l'étudiant mobilise les savoirs et acquiert la capacité d'agir et d'évaluer son action
- « transférer », l'étudiant conceptualise et acquiert la capacité de transposer ses acquis dans des situations nouvelles

Le référentiel de formation est **organisé pour mettre en relation les connaissances à acquérir et le développement des compétences requises**. Les unités d'intégration mobilisent l'ensemble des savoirs autour des situations professionnelles. La progression dans l'acquisition des compétences est formalisée sur le portfolio.

Le parcours de formation tient compte de **la progression de chaque étudiant** dans sa manière d'acquérir les compétences. Ce parcours développe ainsi l'autonomie et la responsabilité de l'étudiant qui construit son cheminement vers la professionnalisation.

Les contenus de formation tiennent compte de **l'évolution des savoirs et de la science**. Ils sont actualisés en fonction de l'état des connaissances. Ils font une place à l'enseignement **des sciences et des techniques infirmières**.

#### **La posture réflexive**

L'entraînement réflexif est une exigence de la formation permettant aux étudiants de comprendre la liaison entre savoirs et actions, et donc d'intégrer les savoirs dans une logique de construction de la compétence.

Cette posture consiste non seulement à positionner des travaux cliniques ou pratiques dans la formation, mais surtout à revenir sur les acquis, les processus et les stratégies utilisées pour en dégager les principes transposables.

Ainsi sont nommés et valorisés les principes de l'action, les références scientifiques, les schèmes d'organisation, etc. tout ce qui contribue à fixer les savoirs et les rendre disponibles et mobilisables lors de la réalisation d'autres travaux.

#### **La posture pédagogique**

Les modalités pédagogiques sont orientées vers la construction de savoirs par l'étudiant. Elles relèvent d'une pédagogie différenciée. Elles s'appuient sur des valeurs humanistes ouvertes à la diversité des situations vécues par les personnes.

Le formateur développe des stratégies qui aident l'étudiant dans ses apprentissages en milieu clinique. Il trouve des moyens qui affinent le sens de l'observation et permettent à l'étudiant d'exercer sa capacité de recherche et de raisonnement dans ses expériences.

Le formateur se centre sur des exercices faisant le lien entre l'observation et les hypothèses de diagnostic, entre les signes et les comportements, entre une histoire de vie et une situation ponctuelle, entre l'état du patient et son traitement, etc. Il aide à l'acquisition d'une démarche comportant les problèmes de soins et les interventions en rapport et permet l'exercice d'un raisonnement inductif, analogique ou déductif.

#### **Les principes d'évaluation et de validation**

Les formes et contenus de l'évaluation sont en adéquation avec les principes pédagogiques.

Pour la validation des unités d'enseignement, une démarche de liaison entre les différents acquis sera favorisée.

La validation des unités d'intégration reposera sur :

- L'utilisation des différents acquis en lien avec une situation,
- La mobilisation active et dynamique de ces acquis et la mise en œuvre des compétences ciblées par l'unité dans une ou plusieurs situations.

La validation des stages reposera sur :

- La mise en œuvre des compétences requises dans une ou plusieurs situations.

### **3. Durée de la formation**

Le référentiel de formation est construit par alternance entre des temps de formation théorique réalisés dans les instituts de formation et des temps de formation clinique réalisés sur les lieux où sont réalisées des activités de soins.

L'enseignement en institut de formation est dispensé sur la base de 35 heures par semaine dont les modalités sont prévues par les responsables de l'IFSI.

La durée de présence en stage est de 35 heures par semaine dont les modalités d'organisation sont prévues par les responsables de l'encadrement de stage.

La présence lors des travaux dirigés et des stages est obligatoire. Certains enseignements en cours magistral peuvent l'être en fonction du projet pédagogique.

La répartition de la charge de travail de l'étudiant est conforme au tableau suivant :

Semestres	CM	TD	CM+TD	Stages	CM+TD+Stage	Temps personnel guidé, supervision, suivi pédagogique, travaux entre étudiants	Temps de travail CM+TD+Stage+TPA	Charge de travail personnelle complémente estimée
<b>S1</b>	231	234	465	175	640	60	700	100
<b>S2</b>	126	183	309	350	659	41	700	150
<b>S3</b>	118	177	295	350	645	55	700	150
<b>S4</b>	109	187	296	350	646	54	700	150
<b>S5</b>	116	184	300	350	650	50	700	150
<b>S6</b>	50	85	135	525	660	40	700	200
<b>Total</b>	<b>750</b>	<b>1050</b>	<b>1800</b>	<b>2100</b>	<b>3900</b>	<b>300</b>	<b>4200</b>	<b>900</b>

#### **4. Attribution des crédits européens**

Le référentiel donne lieu à l'attribution des crédits conformément au système européen de transferts de crédits « European credits transfert system » (ECTS). Les principes qui président à l'affectation des crédits sont de 30 crédits par semestre de formation.

La notion de charge de travail de l'étudiant prend en compte toutes les activités de formation (cours, séminaires, stages, mémoire, travail personnel, évaluations,...) et toutes les formes d'enseignement (présentiel, à distance, en ligne,...).

Le diplôme d'Etat d'infirmier sanctionne un niveau validé par l'obtention de 180 crédits européens.

La charge de travail de l'étudiant est évaluée à 25 heures de travail par crédit d'enseignement réalisé à l'IFSI et 35 heures par crédit pour l'enseignement en stage.

La méthodologie proposée par l'ECTS donne les instruments appropriés pour établir la transparence et faciliter la reconnaissance académique. Cette reconnaissance est une condition impérative de la mobilité étudiante.

## **Répartition des 180 crédits européens**

1. Enseignement en institut de formation : 120 ECTS, dont
  - Sciences contributives au métier infirmier : 42 ECTS
  - Sciences et rôles infirmiers : 66 ECTS
  - UE transversales : 14 ECTS
2. Enseignement clinique en 7 stages : 60 ECTS
  - S1, un stage de 5 semaines
  - S2, S3, S4, S5, un stage de 10 semaines
  - S6, un stage de 15 semaines au total en deux périodes de 10 semaines maximum

Selon le schéma suivant :

Sciences humaines	15		
Sciences biologiques	27	Sciences contributives	42
Sciences infirmières, fondements	15		
Sciences infirmières interventions	25		
Posture professionnelle, intégration	26	Sciences et rôles infirmiers	66
Stages	60	Formation clinique	60
Unités transversales	12	Unités transversales	12
TOTAL	180		180

## **5. Formation théorique**

Le référentiel de formation propose des **unités d'enseignement** (UE) de quatre types :

- des unités d'enseignement dont les savoirs sont dits « contributifs » aux savoirs infirmiers,
- des unités d'enseignement de savoirs constitutifs des compétences infirmières,
- des unités d'intégration des différents savoirs et leur mobilisation en situation,
- des unités de méthodologie et de savoirs transversaux.

Les objectifs pédagogiques, les contenus et les modalités d'évaluation sont décrits dans les fiches pédagogiques de chacune des UE. Ces documents sont mis à la disposition des étudiants.

### **Modalités pédagogiques**

Les enseignements sont réalisés sous la forme de cours magistraux, travaux dirigés, travaux personnels (rédaction de mémoire, travaux guidés ou en autonomie...) et stages.

**Les cours magistraux** (CM) sont des cours dont le contenu est plutôt « théorique », donnés par un enseignant dans des salles de type amphithéâtre devant un public généralement nombreux.

**Les travaux dirigés** (TD) sont des temps d'enseignement obligatoire réunissant maximum 25 étudiants. Ces cours servent à illustrer, approfondir et compléter un cours magistral en introduisant des données nouvelles qui peuvent être théoriques ou pratiques, à réaliser des exposés, exercices, travaux divers et à travailler sur des situations cliniques. Certaines

matières nécessitent de majorer le nombre d'enseignements en TD afin de réaliser une formation au plus près des besoins des étudiants, visant l'individualisation des apprentissages par l'utilisation de méthodes interactives. Certains travaux pratiques nécessaires à la formation infirmière, certaines recherches, études, conduite de projets ou d'action pédagogiques entrent dans cette catégorie d'enseignement et peuvent nécessiter la composition de groupes encore plus petits.

***Les travaux personnels guidés (TPG)*** sont des temps de travail où les étudiants effectuent eux-mêmes certaines recherches ou études, préparent des exposés, des écrits, des projets ou autres travaux demandés par les formateurs ou encore rencontrent leur formateur et bénéficient d'entretiens de suivi pédagogique. Ces temps individuels sont guidés par les formateurs qui vérifient si les étudiants sont en capacité d'utiliser ces temps en autonomie ou ont besoin d'un encadrement de proximité.

#### ***Les unités d'enseignement (UE)***

Les unités d'enseignement sont thématiques, elles comportent des objectifs de formation, des contenus, une durée, des modalités et critères de validation. Elles donnent lieu à une valorisation en crédits européens. La place des unités d'enseignement dans le référentiel de formation permet des liens entre elles et une progression de l'apprentissage des étudiants. Les savoirs qui les composent sont ancrés dans la réalité et actualisés. Du temps personnel est réservé dans chacune d'entre elles.

#### ***Les unités d'intégration (UI)***

Les unités d'intégration sont des unités d'enseignement qui portent sur l'étude des situations de soins ou situations « cliniques ». Elles comportent des analyses de situations préparées par les formateurs, des mises en situation simulées, des analyses des situations vécues en stage et des travaux de transposition à de nouvelles situations.

Dans chaque semestre est placée une unité d'intégration dont les savoirs et savoir-faire ont été acquis lors du semestre en cours ou ceux antérieurs. Les savoirs évalués lors de cet enseignement sont ceux en relation avec la ou les compétences citées.

Les UI doivent permettre à l'étudiant d'utiliser des concepts et de mobiliser un ensemble de connaissances. Le formateur aide l'étudiant à reconnaître la singularité des situations tout en identifiant les concepts transférables à d'autres situations de soins.

La validation de l'unité d'intégration ne signifie pas la validation de la totalité de la compétence qui ne sera acquise qu'après validation de l'ensemble des unités d'enseignement de la compétence et des éléments acquis en stage.

#### ***Les études de situations dans l'apprentissage***

Des situations professionnelles apprenantes sont choisies avec des professionnels en activités. Ces situations sont utilisées comme moyens pédagogiques, elles sont analysées avec l'aide de professionnels expérimentés. Les étudiants construisent leurs savoirs à partir de l'étude de ces situations en s'appuyant sur la littérature professionnelle et grâce aux interactions entre leur savoir acquis et celui des condisciples, enseignants, équipes de travail. Ils apprennent à confronter leurs connaissances et leurs idées et travaillent sur la recherche de sens dans leurs actions. L'auto analyse est favorisée dans une logique de « contextualisation et décontextualisation » et devient un mode d'acquisition de connaissance et de compétences.

L'analyse des réalités professionnelles sur des temps de retour d'expérience en IFSI (laboratoire, supervision, exploitation de stage, jeux de rôle...) est favorisée. Une large place est faite à l'étude de représentations, à l'analyse des conflits socio-cognitifs par la médiation du formateur, aux travaux entre pairs et à l'évaluation formative.

Des liens forts sont établis entre le terrain et l'institution de formation, aussi les dispositifs pédagogiques et les projets d'encadrement en stage sont-ils construits entre des représentants des IFSI et des lieux de soins et sont largement partagés.

### **Unités d'enseignement**

Les unités d'enseignement sont en lien les unes avec les autres et contribuent à l'acquisition des compétences. Elles couvrent six champs :

- 1 : Sciences humaines, sociales et droit,
- 2 : Sciences biologiques et médicales,
- 3 : Sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes,
- 4 : Sciences et techniques infirmières, interventions,
- 5 : Intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière,
- 6 : Méthodes de travail.

Le référentiel de formation du diplôme d'Etat d'infirmier est ainsi constitué de 36 matières de formation réparties dans 59 unités d'enseignement pour permettre une progression pédagogique cohérente.

### **Liaison entre les unités d'enseignement et l'acquisition des compétences**

-- Chaque UE contribue à l'acquisition des compétences du référentiel, selon le schéma suivant :

#### **Unités d'enseignement en relation avec la compétence 1 :**

« **Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier** »

- UE 2.3.S2 Santé, maladie, handicap, accidents de la vie,
- UE 3.1.S1 Raisonnement et démarche clinique infirmière,
- UE 3.1.S2 Raisonnement et démarche clinique infirmière.

#### **Unités d'enseignement en relation avec la compétence 2 :**

« **Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers** »

- UE 3.2.S2 Projet de soins infirmier,
- UE 3.2.S3 Projet de soins infirmiers.

#### **Unités d'enseignement en relation avec la compétence 3 :**

« **Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens** »

- UE 2.10.S1 Infectiologie hygiène,
- UE 4.1.S1 Soins de confort et de bien-être.

#### **Unités d'enseignement en relation avec la compétence 4 :**

« **Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique** »

- UE 2.1.S1 Biologie fondamentale,
- UE 2.2.S1 Cycles de la vie et grandes fonctions,
- UE 2.4.S1 Processus traumatiques,
- UE 2.5.S3 Processus inflammatoires et infectieux,
- UE 2.6.S2 Processus psycho pathologiques,
- UE 2.6.S5 Processus psycho pathologiques,
- UE 2.7.S4 Défaillances organiques et processus dégénératifs,
- UE 2.8.S3 Processus obstructifs,
- UE 2.9.S5 Processus tumoraux,

- UE 2.11.S1 Pharmacologie et thérapeutiques,
- UE 2.11.S3 Pharmacologie et thérapeutiques,
- UE 2.11.S5 Pharmacologie et thérapeutiques,
- UE 4.3.S2 Soins d'urgence,
- UE 4.3.S4 Soins d'urgence,
- UE 4.4.S2 Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical,
- UE 4.4.S4 Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical,
- UE 4.4.S5 Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical,
- UE 4.7.S5 Soins palliatifs et de fin de vie.

**Unités d'enseignement en relation avec la compétence 5 :**

**« Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs »**

- UE 1.2.S2 Santé publique et économie de la santé,
- UE 1.2.S3 Santé publique et économie de la santé,
- UE 6.6.S3 Soins éducatifs et préventifs,
- UE 6.6.S4 Soins éducatifs et préventifs.

**Unités d'enseignement en relation avec la compétence 6 :**

**« Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins »**

- UE 1.1.S1 Psychologie, sociologie, anthropologie,
- UE 1.1.S2 Psychologie, sociologie, anthropologie,
- UE 4.2.S2 Soins relationnels,
- UE 4.2.S3 Soins relationnels,
- UE 4.2.S5 Soins relationnels.

**Unités d'enseignement en relation avec la compétence 7 :**

**« Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle »**

- UE 4.5.S2 Soins infirmiers et gestion des risques,
- UE 4.6.S4 Soins infirmiers et gestion des risques,
- UE 1.3.S1 Législation, éthique, déontologie,
- UE 1.3.S4 Législation, éthique, déontologie,
- UE 4.8.S6 Qualité des soins et évaluation des pratiques.

**Unités d'enseignement en relation avec la compétence 8 :**

**« Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques »**

- UE 3.4.S4 Initiation à la démarche de recherche,
- UE 3.4.S6 Initiation à la démarche de recherche.

Les deux unités transversales contribuent également à l'acquisition de cette compétence :

- UE 6.1 Méthodes de travail et TIC,
- UE 6.2 Anglais.

**Unités d'enseignement en relation avec la compétence 9 :**

**« Organiser et coordonner des interventions soignantes »**

- UE 3.3.S3 Rôles infirmiers, organisation du travail et inter professionnalité,
- UE 3.3.S5 Rôles infirmiers, organisation du travail et inter professionnalité.

**Unités d'enseignement en relation avec la compétence 10 :**

**« Informer et former des professionnels et des personnes en formation »**

- UE 3.5.S4 Encadrement des professionnels de soin.

- Dans chacun des semestres, **une unité d'intégration** concourt à l'acquisition d'une ou plusieurs compétences. Sont ainsi combinés et mobilisés les ressources, savoirs et savoir-faire, acquis dans les UE du semestre en cours puis, progressivement, des semestres précédents.

Au semestre 1 : *UE 5.1.S1 Accompagnement dans la réalisation des soins quotidiens*

Au semestre 2 : *UE 5.2.S2 Evaluation d'une situation clinique*

Au semestre 3 : *UE 5.3.S3 Communication et conduite de projet*

Au semestre 4 : *UE 5.4.S4 Soins éducatifs et préventifs et formation des professionnels et des stagiaires*

Au semestre 5 : *UE 5.5.S5 Mise en œuvre des thérapeutiques et coordination des soins et*

Au semestre 6 : *UE 5.5.S6 Analyse de la qualité des soins et traitement des données scientifiques et professionnelles*

- A ces unités d'enseignement s'ajoutent les deux unités optionnelles. Celles-ci se déroulent au cours des deux derniers semestres (5 et 6). Elles permettent d'approfondir un domaine d'exercice de la fonction infirmière et de mener une réflexion sur un choix possible d'orientation à la sortie de la formation

## **6. Formation clinique en stage**

### **Modalités pédagogiques**

L'enseignement clinique des infirmiers s'effectue au cours de périodes de stages dans des milieux professionnels en lien avec la santé et les soins. Ces périodes alternent avec les périodes d'enseignement en institut de formation.

Selon la directive européenne 2005-36 :

*« L'enseignement clinique se définit comme étant le volet de la formation d'infirmier par lequel le candidat infirmier apprend, au sein d'une équipe, en contact direct avec un individu sain ou malade et/ou une collectivité, à organiser, dispenser et évaluer les soins infirmiers globaux requis à partir des connaissances et compétences acquises<sup>33</sup>. »*

Pendant les temps de stage l'étudiant se trouve confronté à la pratique soignante auprès des personnes, il se forme en réalisant des activités au sein des équipes professionnelles. Les savoirs théoriques, techniques, organisationnels et relationnels utilisés dans les activités sont mis en évidence par les professionnels qui encadrent le stagiaire et par les formateurs dans les rencontres qui précèdent et suivent la mise en stage des étudiants.

Ainsi, les stages sont à la fois des lieux d'intégration des connaissances construites par l'étudiant et des lieux d'acquisition de nouvelles connaissances par la voie de l'observation, de la contribution aux soins, de la prise en charge des personnes, de la participation aux réflexions menées en équipe et par l'utilisation des savoirs dans la résolution des situations.

Le retour sur la pratique, la réflexion, et le questionnement sont accompagnées par un professionnel chargé de la fonction tutorale et un formateur. Ceci contribue à développer chez l'étudiant la pratique réflexive nécessaire au développement de la compétence infirmière.

---

<sup>33</sup> Directive Européenne sur la reconnaissance des qualifications – JOCE du 30.9.2005

L'étudiant construit ses compétences en agissant avec les professionnels et en inscrivant dans son portfolio les éléments d'analyse de ses activités, ce qui l'aide à mesurer sa progression.

### **Les objectifs de stage**

Les objectifs de stage tiennent compte à la fois des ressources des stages, des besoins des étudiants en rapport avec l'étape de leur cursus de formation, et des demandes individuelles des étudiants.

Le stage doit permettre aux étudiants :

- d'acquérir des connaissances,
- d'acquérir une posture réflexive, en questionnant la pratique avec l'aide des professionnels,
- d'exercer son jugement et ses habiletés gestuelles,
- de centrer son écoute sur la personne soignée et proposer des soins de qualité,
- de prendre progressivement des initiatives et des responsabilités,
- de reconnaître ses émotions et les utiliser avec la distance professionnelle qui s'impose
- de prendre la distance nécessaire et de canaliser ses émotions et ses inquiétudes,
- de mesurer ses acquisitions dans chacune des compétences.
- de confronter ses idées, ses opinions et ses manières de faire à celle de professionnels et d'autres étudiants,

Les besoins de l'étudiant sont formalisés

- dans le référentiel de compétences et le référentiel de formation, connus des personnes qui guident les étudiants,
- dans le portfolio que l'étudiant présentera dès le premier jour du stage et qu'il devra remplir avec le tuteur au long du déroulé du stage.

Les objectifs de stage sont négociés avec le lieu du stage à partir des ressources de celui-ci. Ils sont rédigés et inscrits dans le portfolio de l'étudiant.

### **Les responsables de l'encadrement**

Chaque étudiant est placé sous la responsabilité d'un maître de stage, d'un tuteur de stage et d'un professionnel de proximité au quotidien. Ces trois fonctions peuvent être exercées par la même personne pour des raisons d'organisation ou dans le cas d'équipes d'encadrement restreintes. Ainsi, toujours placé sous la responsabilité d'un professionnel, l'étudiant acquiert progressivement une façon de plus en plus autonome d'exercer son futur métier.

Ce mode d'organisation ne modifie en rien la hiérarchie dans les établissements et des lieux d'encadrement. La direction des soins demeure responsable de l'encadrement des étudiants en stage et, est garante de la charte d'encadrement.

#### ***Le maître de stage***

Il représente la fonction organisationnelle et institutionnelle du stage. Il s'agit le plus souvent du cadre de santé. Il exerce des fonctions de management et de responsabilité sur l'ensemble du stage. Il est le garant de la qualité de l'encadrement. Il met en place les moyens nécessaires à ce dernier et veille à l'établissement d'un livret d'accueil spécifique (cf chapitre qualification et agrément des stages) et à la diffusion et à l'application de la charte d'encadrement. Il assure le suivi des relations avec l'institut de formation pour l'ensemble des stagiaires placés sur le territoire dont il a la responsabilité, et règle les questions en cas de litige ou de conflit. Il accueille l'ensemble des étudiants affectés à sa zone d'exercice.

### ***Le tuteur de stage***

Les missions spécifiques du tuteur sont décrites dans le livret d'accueil.

Le tuteur représente la fonction pédagogique du stage. Il est volontaire pour exercer cette fonction, il peut le faire temporairement et sur une zone à délimiter (pôle, unité...). Professionnel expérimenté, il a développé des capacités ou des compétences spécifiques et de l'intérêt pour l'encadrement d'étudiants. Il connaît bien les référentiels d'activités, de compétences et de formation des futurs professionnels qu'il encadre. Chaque étudiant connaît son tuteur de stage et sa fonction.

Le tuteur assure un accompagnement des étudiants et évalue leur progression lors d'entretiens réguliers. Le tuteur peut accompagner plusieurs stagiaires et les recevoir ensemble lors de leur encadrement. Il peut leur proposer des échanges autour des situations ou des questions rencontrées. Il facilite l'accès des étudiants aux divers moyens de formation proposés sur les lieux de stage, les met en relation avec des personnes ressources et favorise, en liaison avec le maître de stage, l'accès aux services collaborant avec le lieu de stage en vue de comprendre l'ensemble du processus de soin (exemple : stérilisation centrale, bloc opératoire, consultation etc.).

Le tuteur a des relations régulières avec le formateur de l'institut de formation, référent du stage. Il propose des solutions en cas de difficultés ou de conflits.

Le tuteur évalue la progression des étudiants dans l'acquisition des compétences après avoir demandé l'avis des professionnels qui ont travaillé en proximité avec l'étudiant. Il formalise cette progression sur le portfolio lors des entretiens avec l'étudiant en cours et à la fin du stage.

La désignation des tuteurs relève des missions de l'encadrement professionnel sur la base de critères de compétences, d'expérience et de formation. Le tuteur est placé sous la responsabilité d'un cadre professionnel.

### ***Les professionnels de proximité***

Ils représentent la fonction d'encadrement pédagogique au quotidien. Ils sont présents avec l'étudiant lors des séquences de travail de celui-ci, le guident de façon proximale, lui expliquent les actions, nomment les savoirs utilisés, rendent explicites leurs actes, etc.,...

Ils accompagnent la réflexion de l'étudiant et facilitent l'explicitation des situations et du vécu du stage, ils l'encouragent dans ses recherches et sa progression.

Plusieurs personnes peuvent assurer ce rôle sur un même lieu de travail en fonction de l'organisation des équipes.

Ils consultent le portfolio de l'étudiant afin de cibler les situations, activités ou soins devant lesquels l'étudiant pourra être placé.

Ils ont des contacts avec le tuteur afin de faire le point sur l'encadrement de l'étudiant de manière régulière.

### ***Le formateur de l'IFSI référent de stage***

Les IFSI désignent un formateur référent pour chacun des stages, l'étudiant connaît le formateur référent du stage.

Le formateur référent est en lien avec le maître de stage en ce qui concerne l'organisation générale des stages dans son unité ou sa structure.

Il est également en liaison régulière avec le tuteur de stage afin de suivre le parcours des étudiants et régler au fur et à mesure les questions pédagogiques qui peuvent se poser.

Il a accès aux lieux de stage et peut venir encadrer un étudiant sur sa propre demande, celle de l'étudiant, ou celle du tuteur de stage.

### **Durée et répartition des stages :**

Les stages ont une durée de 60 semaines, soit 2100 heures pour les trois ans

Sur la base de 35 heures/semaine

Durée des stages pour la première année :

15 semaines, soit : 5 semaines en S1 et 10 semaines en S2

Durée des stages pour la deuxième année :

20 semaines, soit : 10 semaines en S3 et 10 semaines en S4

Durée des stages pour la troisième année :

25 semaines, soit : 10 semaines en S5 et 15 semaines en S6

<b>S 1 :</b> <b>septembre à février</b>			<b>S 2 :</b> <b>février à fin août</b>			<b>S 3 :</b> <b>septembre à février</b>			<b>S 4 :</b> <b>février à fin août</b>			<b>S 5 :</b> <b>septembre à février</b>			<b>S 6 :</b> <b>février à juillet</b>		
22 semaines			30 semaines			22 semaines			30 semaines			22 semaines			22 semaines		
20 semaines			20 semaines			20 semaines			20 semaines			20 semaines			20 semaines		
de formation			de formation			de formation			de formation			de formation			de formation		
30 crédits			30 crédits			30 crédits			30 crédits			30 crédits			30 crédits		
S.	I.	V.	S.	I.	V.	S.	I.	V.	S.	I.	V.	S.	I.	V.	S.	I.	V.
5s	15 s	2s	10 s	10 s	10 s	10s	10 s	2s	10s	10 s	10s	10s	10 s	2s	15s	5 s	2s
Année 1						Année 2						Année 3					
I = Institut : 60 semaines.    S = Stages: 60 semaines.    V = Vacances: 28 semaines																	

Pour une rentrée en février, les semestres sont de février à fin août et de septembre à février.

### **Parcours de l'étudiant en stage**

Quatre types de stages sont prévus, ils sont représentatifs de « familles de situations<sup>34</sup> », c'est-à-dire des lieux où l'étudiant rencontre des spécificités dans la prise en soins :

1 – *Soins de courte durée* : l'étudiant s'adresse à des personnes atteintes de pathologies et hospitalisées dans des établissements publics ou privés.

2 – *Soins en santé mentale et en psychiatrie*: l'étudiant s'adresse à des personnes hospitalisées ou non, suivies pour des problèmes de santé mentale ou de psychiatrie.

3 – *Soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation* : l'étudiant s'adresse à des personnes qui requièrent des soins continus dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale, en établissement dans un but de réinsertion, ou une surveillance constante et des soins en hébergement.

4 – *Soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie* : l'étudiant s'adresse à des personnes ou des groupes qui se trouvent dans des lieux de vie (domicile, travail, école,...).

Le parcours de stage des étudiants comporte un stage minimum dans chacun des types de stage décrits ci-dessus.

Les étudiants peuvent effectuer leur stage dans une unité, un pôle dont les activités sont de même nature, une structure ou auprès d'une personne, selon l'organisation et le choix du stage.

<sup>34</sup> Voir les travaux du CRESI à ce sujet, projet Leonardo, « référentiel européen de compétences en soins infirmiers », 2008

Le stage du premier semestre est de 5 semaines, il s'effectue dans un même lieu. Les stages des semestres 2, 3, 4, et 5 ont une durée de 10 semaines. Dans un objectif de professionnalisation, chaque stage de 10 semaines est réalisé dans un même lieu en une ou deux périodes. Cependant, pour des raisons d'intérêt pédagogique, les 10 semaines d'un même semestre peuvent s'effectuer sur deux lieux de stage différents. Les stages du semestre 6 sont réalisés sur deux lieux différents, la période maximale demeure de 10 semaines. Le choix de l'un de ces stages peut être laissé à l'étudiant en fonction de son projet professionnel et en accord avec l'équipe pédagogique.

Les stages s'effectuent sur la base de 35 heures par semaine. Les horaires varient en fonction des lieux d'accueil et des modalités d'apprentissage. Les horaires de nuit, de fin de semaine ou de jours fériés, sont possibles dès lors que l'étudiant bénéficie d'un encadrement de qualité.

Pendant la durée des stages, les étudiants peuvent se rendre quelques jours sur d'autres lieux, rencontrer des personnes ressources ou visiter des sites professionnels. Ils peuvent ainsi suivre les parcours des personnes soignées. Toutes ces modifications donnent lieu à traçabilité.

Pendant la durée des stages, le formateur de l'IFSI référent du stage organise, en lien avec l'équipe pédagogique, le tuteur et le maître de stage, soit sur les lieux de stage, soit en IFSI, des regroupements des étudiants d'un ou de quelques jours. Ces regroupements entre les étudiants, les formateurs et les professionnels permettent de réaliser des analyses de la pratique professionnelle.

### **Qualification et agrément des stages**

Les lieux de stage sont choisis en fonction des ressources qu'ils peuvent offrir aux étudiants. Ils accueillent un ou plusieurs étudiants. Un stage est reconnu « qualifiant » lorsque le maître de stage se porte garant de la mise à disposition des ressources, notamment la présence de professionnels qualifiés et des activités permettant un réel apprentissage.

En outre, les critères de qualification d'un stage sont :

#### ***L'établissement d'une charte d'encadrement***

La charte d'encadrement est établie entre l'établissement d'accueil et les IFSI partenaires. Elle est portée à la connaissance des étudiants. Elle formalise les engagements des deux parties dans l'encadrement des étudiants.

#### ***L'établissement d'un livret d'accueil et d'encadrement***

La charte est complétée par un livret d'accueil spécifique à chaque lieu de stage, celui-ci comporte notamment :

- les éléments d'information nécessaire à la compréhension du fonctionnement du lieu de stage (type de service ou d'unité, population soignée, pathologies traitées, etc.),
- les situations les plus fréquentes devant lesquelles l'étudiant pourra se trouver,
- les actes et activités qui lui seront proposés,
- les éléments de compétences plus spécifiques qu'il pourra acquérir,
- la liste des ressources offertes à l'étudiant dans le stage,
- les modalités d'encadrement : conditions de l'accueil individualisé de l'étudiant, établissement d'un tutorat nominatif, prévision d'entretiens à mi-parcours, prévision des entretiens d'évaluation,

- les règles d'organisation en stage : horaires, tenue vestimentaire, présence, obligations diverses.

### ***L'établissement d'une convention de stage***

La convention est établie pour les stages organisés en dehors de l'établissement sur lequel est implanté l'IFSI. Elle est tripartite. Elle est signée par l'établissement d'enseignement, l'établissement d'accueil et l'étudiant. Elle précise les conditions d'accueil dans un stage précis et les engagements de chaque partie. Elle note la durée du stage et précise les modalités de son évaluation et de sa validation dans la formation du stagiaire.

Cette convention peut être établie annuellement et comporter des avenants pour chaque stage.

### **Evaluation des compétences en stages**

**Le portfolio de l'étudiant** est un outil qui sert à mesurer la progression de l'étudiant en stage. Il est centré sur l'acquisition des compétences, des activités et des actes infirmiers.

Il comporte plusieurs parties remplies lors de chaque stage :

- des éléments sur le cursus de formation de l'étudiant, écrits par celui-ci avant son arrivée en stage,
- des éléments d'analyse de la pratique de l'étudiant à partir des activités réalisées en stage, rédigés par l'étudiant,
- des éléments d'acquisition des compétences au regard des critères cités qui sont remplis par le tuteur, en concertation avec l'équipe d'encadrement, lors de l'entretien d'évaluation du stage. Les indicateurs permettent aux professionnels d'argumenter les éléments sur lesquels les étudiants doivent progresser,
- des éléments sur la réalisation des actes, des activités ou des techniques de soins, à remplir par le tuteur, en concertation avec l'équipe d'encadrement et l'étudiant, pendant le stage,
- un bilan, réalisé par le tuteur, de la progression de l'étudiant lors de chacun des stages.

L'acquisition des éléments de chaque compétence et des activités techniques est progressive, chaque étudiant peut avancer à son rythme, à condition de répondre aux exigences minimales portées dans l'arrêté de formation.

Chaque semestre le formateur de l'IFSI responsable du suivi pédagogique de l'étudiant fait le bilan des acquisitions avec celui-ci. Il conseille l'étudiant et le guide pour la suite de son parcours. Il peut être amené à modifier le parcours de stage au vu des éléments contenus dans le portfolio.

## **Annexe 7 Document d'accueil des étudiants unité temps plein n°2**

Vous débutez votre stage chez Centaure, Unité du service du PR Naudin.

Nous vous souhaitons la bienvenue, vous trouverez ci après des indications qui nous l'espérons vous permettront de vous intégrer rapidement dans notre environnement de soins.

## **Repère géographique**

Ce service fait partie du pôle de psychiatrie Universitaire Sud de l'hôpital Ste Marguerite situé Bd Ste Marguerite à Marseille, et qui fait partie de l'Assistance Publique des Hôpitaux De Marseille.

Cette unité a la spécificité de prendre en charge les psychoses débutantes, les patients qui répondent aux critères d'admissions ont donc moins de 30 ans.

Il se peut que l'unité accueille des patients ne répondant pas aux critères d'admission de la spécificité de l'unité, ce sont des patients hébergés en attente de place dans l'unité spécifique qui va les accueillir.

Il se peut aussi que d'autres unités hébergent des patients attendus chez Centaure en attendant qu'une place se libère.

La décision d'accueillir un patient ou de procéder à un transfert est d'abord une décision médicale, qui s'organise ensuite en collaboration avec l'équipe élargie.

L'unité Centaure a une capacité d'accueil de 22 patients (18 chambres seules et 2 chambres à deux lits).

## **Fonctionnement de l'Unité**

### Personnel soignant

Un minimum de 3 agents (par vacation) préférentiellement des soignants est nécessaire la journée. ; 2 infirmières (IDE ou ISP) et une aide soignante.

L'entretien des locaux étant pris en charge par une société de nettoyage privée (ONET), les ASHQ en poste assistent les soignants dans l'exécution de certaines tâches qui relèvent de leur compétence.

## Organisation des soins

### **Quotidiennement**

Un staff médical / infirmier est en place tous les matins dans la salle de soins vitrée entre 09h et 09h30 afin de faire le point sur les patients de l'unité.

### **Rythme Hebdomadaire**

#### **Lundi Matin de 09h à 12h**

: visite médicale concernant tous les patients et l'équipe élargie présente (cadre de santé, assistante sociale, médecins, infirmières, aides soignants, étudiants en médecine et étudiants).

#### **Jeudi de 13h à 14h**

Réunion clinique avec l'équipe élargie dans la salle d'entretien de l'unité en présence du chef de Service, des PH, des internes, des personnels soignants des assistantes sociales, des étudiants.

Les cas des patients entrants et les questionnements des soignants sont abordés et discutés en équipe, le but étant de mettre en commun les informations et d'harmoniser les prises en charge.

#### **Vendredi de 13h à 15h une semaine sur deux**

Réunion de l'équipe élargie multidisciplinaire pour une séance de supervision avec un intervenant spécialiste en la matière où sont abordées des questions éthiques en lien avec les patients pris en charge dans l'unité.

### **Equipe médicale**

Composée du chef de Pôle, Mr le PR AZORIN

Du chef de service, Mr le PR NAUDIN

De deux praticiens Hospitaliers : Mme Juliette Allain et M Raphaël Boulloudnine

De deux internes

Deux externes en médecine

### **Equipe paramédicale**

Un cadre supérieur de Santé Mme Boretti Picchi Directeur des soins

Un Cadre de santé : Mme Sylviane PANI tel (04 91 7) **4 67 85**

Un équipe infirmière composée d'IDE et une ISP (tel 04 91 7) **4 6 7 97**

Un Equipe aide soignante

Une équipe ASHQ

Des étudiants en soins infirmiers et aides soignants

### **Equipe pluridisciplinaire**

Deux assistantes sociales : Mme Isabelle Tassart , Mme Karine Prévert

Une Diététicienne

Un kinésithérapeute

### **Déroulement du stage**

Vous allez être accueillis par l'équipe et le cadre de santé qui vont vous aider à vous intégrer au mieux à l'équipe.

Le cadre vous recevra en entretien **dès la première semaine de stage** (sauf impondérable) et vous donnera toutes les informations nécessaires au bon déroulement du stage : présentation de l'unité, de son fonctionnement, des outils, etc.

Cette entrevue vous permettra de poser toutes les questions qui vous sont importantes et de poser vos objectifs.

Un classeur est à votre disposition qui sera un outil indispensable pour toute l'équipe pendant votre stage : vous y entreposerez vos documents (feuilles d'évaluations, plannings etc).

L'équipe et le cadre doivent pouvoir accéder facilement à ces informations nécessaires à l'encadrement des étudiants.

Un référent de stage en la personne de Mme Marie Claude GUILLOT est à votre disposition pour vous aider et vous guider efficacement tout au long de votre stage.

**Les consignes de sécurité** sont énoncées et leur sens est expliqué à l'étudiant ( pas d'isolement avec un patient, maintien de la distance thérapeutique, pas de tractation d'argent ou autre, pas de prise d'initiative sans accord de l'équipe, pas d'échanges de coordonnées personnelles avec les patients fonctionnement des dispositifs de sécurité : téléphones mobiles , n° VIGILES ( 5100005) etc.

### **Absences**

Il se peut que vous soyez amenés à vous absenter, pour raison de santé ou autre, dans ce cas il est obligatoire d'avertir le cadre de santé responsable du stage (46785) et l'équipe (46797) et de régulariser cette absence avec l'IFSI duquel vous dépendez.

Les modifications de planning sont possibles après avoir obtenu l'accord du Cadre de l'équipe, et que vous soyez en conformité avec l'IFSI.

**Les objectifs spécifiques de l'unité** sont énoncés et expliqués à l'étudiant :

- Assister à toutes les réunions cliniques dans la mesure du possible
- Assister aux entretiens cliniques lorsque cela est possible
- Prendre deux à trois patients en charge dans leur globalité avec l'aide de l'équipe

- Concevoir, élaborer, écrire et mettre en œuvre **au minimum un** micro projet autour d'une activité socio thérapeutique (type cuisine ou bricolage) avec l'aide de l'équipe
- Analyser et évaluer l'activité à posteriori avec l'équipe et laisser une trace écrite
- Approfondir les connaissances en pharmacologie spécifique
- Approfondir les connaissances théoriques en lien avec les pathologies spécifiques des patients en charge

## L'ENTRETIEN MI STAGE

L'entretien de mi stage est très important.

C'est un moment de rencontre avec le cadre, le référent et l'étudiant pour faire une mise au point de la première partie du stage.

C'est un moment d'échange très important qui permettra de faire une première évaluation des acquis et des progrès ou réajustements à réaliser par l'étudiant.

C'est également un moment où l'étudiant peut s'exprimer sur d'éventuelles difficultés rencontrées et où des réajustements peuvent être mis en place afin que le stage se déroule mieux et permette une progression attendue de l'étudiant (réajustements).

## L'entretien de notation de fin de stage

La note et l'appréciation générale du stage sont réalisées en équipe après concertation de tous les éléments.

Elle est faite la dernière semaine de stage en équipe et est validée par le Cadre et le référent de stage.

L'étudiant est ensuite reçu en entretien par le cadre afin de faire le bilan complet du stage et il lui est présenté l'argumentation de la note, en mettant en relief les points forts et les points à améliorer en lien avec la spécialité.

L'étudiant peut s'exprimer à ce sujet s'il le souhaite, l'intérêt est de lui permettre de progresser dans les stages suivant dans un but plus large de développement de capacités en compétences.

## **Procédure d'encadrement des stagiaires**

### **Premier jour de stage**

#### **1 Accueil par le référent de stage de préférence**

- Présentation de l'unité : visite des locaux
- Présentation des patients hospitalisés
- Présentation de l'équipe (ASH, AS, Médicale, administrative) : personnes ressources
- Précisions sur les rôles de chacun
- Prise de rendez-vous pour l'entretien de mi stage avec au moins un des deux référents
- Objectifs de l'étudiant à formaliser sur papier

#### **2 Intégration au fonctionnement de l'unité**

- Quelles sont les pathologies rencontrées, le type de patients admis
- Quelle est la spécificité des soins continus par rapport à l'unité de réanimation, à l'unité traditionnelle
- Comment sont organisés les soins (horaires, visites des médecins, soins de nursing,...)
- Par qui : que font les aides soignantes, les ASH, les infirmiers, travail en binômes, en sectorisations ?
- Présentation des supports : le dossier de soins infirmier, le dossier de soins médical
- Présentation des classeurs de protocoles de soins
- Présentation des règles d'hygiène à respecter : isolement des patients par exemple
- Présentation des rangements locaux de soins et réserves
- Présentation du matériel spécifique et de ses particularités : différents types de canules trachéotomies, respirateurs, scopes, chariot d'urgence, défibrillateur, etc

### **Deuxième jour de stage**

#### **Phase d'observation : l'étudiant ne fait aucun soin : il observe**

- Soins infirmiers
- Visite médicale dans son ensemble
- Consultations des dossiers patients
- Organisation de l'équipe dans la gestion des différentes tâches
- Organisation de la pharmacie
- Utilisation du matériel
- Transmissions orales et écrites

### **Troisième jour de stage**

- L'étudiant prend 3 patients en charge en binôme avec l'infirmière sous sa responsabilité (choix de ces patients en accord avec l'infirmière responsable)
- Participation aux soins de nursing en binôme avec un aide soignant ou l'infirmière du secteur pour ces trois patients (soins d'hygiène et de confort, alimentation)
- Observation des soins infirmiers prodigués par l'infirmière
- Observation des procédures entrants et sortants : gestion des dossiers de soins infirmiers, conditionnement des patients
- Prise de connaissance des dossiers de soins et médicaux des trois patients

### **Les jours suivants**

- L'étudiant garde les mêmes patients dans les 3 mêmes chambres (ou les autres patients si mouvements dans ces chambres en cours de stage)
- L'étudiant continue de participer aux soins de nursing avec un aide soignant, effectue des soins infirmiers sous la responsabilité de l'infirmière, participe à la visite médicale pour ces trois patients
- L'infirmière contrôle la qualité des soins effectués par l'étudiant
- S'assure que l'étudiant a bien compris le fonctionnement du matériel de surveillance, et l'utilise correctement (installation des électrodes de surveillance par scope, contrôle des paramètres (saturation en O<sub>2</sub>, contrôle de la pression artérielle, de la fonction cardiaque...) les sonnettes : bien éteindre la sonnette patient après avoir répondu à l'appel
- Le fait participer aux transmissions orales et écrites pour les 3 patients en charge lors des relèves et le corrige si nécessaire
- L'étudiant s'adresse à une des deux référentes lorsqu'il en ressent le besoin au cours du stage

### **A mi stage**

- Entretien de l'étudiant avec un ou les deux référents et si possible le Cadre Infirmier à propos du déroulement du stage
- Ressenti de l'étudiant, difficultés éventuelles
- Evaluation générale de l'étudiant (points forts, point à améliorer)
- Objectifs de mi stage : sur quels points l'étudiant doit-il s'améliorer ?
- Evaluation formative sur les pratiques de soins (rôle propre, rôle délégué)

## **MISE EN SITUATION PROFESSIONNELLE**

L'étudiant en soins infirmiers de troisième année doit avoir acquis les bases de la prise en charge infirmière d'un patient, il est normalement en phase de perfectionnement.

Les soins intensifs ont une spécificité technique que l'étudiant doit apprendre à maîtriser, mais la prise en charge globale du patient est la même dans toutes les unités de soins.

Les 5 critères que sont : la sécurité, l'hygiène, la dextérité/ergonomie, la pudeur, l'économie de matériel sont évalués au cours des soins présentés en évaluation pratique.

Les techniques de la démarche de soin doit être acquise : le contenu aussi bien que la forme de l'exposé sont évalués, le facteur temps doit être respecté de l'étudiant qui doit savoir synthétiser le discours : 30 à 45 min au maximum pour les 3 exposés.

Un lien avec les différents modules acquis pendant la scolarité doit être fait : cardiologie, respiratoire, pharmacologie, rénal etc... Aussi l'étudiant doit posséder ces connaissances et s'en servir.

La délibération pour la note et l'appréciation se fait à deux et chaque membre du jury a autant de prérogatives : en cas de désaccord il faut privilégier le bon sens et la négociation (mais c'est extrêmement rare)

Il est souhaitable qu'une des référentes du stage participe à cette évaluation.

## **NOTE DE FIN DE STAGE**

Pour que la note ait un intérêt réel pour l'étudiant dans une optique de progression de l'apprentissage il faut prendre chaque critère énoncé et l'évaluer en toute objectivité en tenant compte des réajustements qui peuvent être faits par l'étudiant après l'évaluation de mi stage.

Ainsi l'appréciation est très importante, il faut la reformuler de manière à ce que l'étudiant puisse savoir dans quels domaines il va devoir progresser pour devenir un futur professionnel de qualité : il faut donc y attacher une grande importance.

La feuille de stage est remplie et signée par une ou les deux référentes du stage et validée par le Cadre de santé ainsi que les feuilles de présence avant la fin du stage.

Mme PANI Sylviane  
Cadre de Santé  
**Unité centaure**  
**Cs neurophysiologie**  
**CMP rue Buffon**

**Annexe 8 Projet des tuteurs de psychiatrie**  
**Pérennisation des savoirs en psychiatrie – Dispositif pédagogique de terrain**

## PERENNISATION DES SAVOIRS EN PSYCHIATRIE DISPOSITIF PEDAGOGIQUE DE TERRAIN

### **Titre :**

Le tutorat : transmission des savoirs et des pratiques professionnels en psychiatrie

### **Buts :**

- Développer les connaissances spécifiques nécessaires à la pratique en psychiatrie
- Amener une réflexion permettant de se dégager des a priori
- Définir et utiliser le rôle de l'équipe en psychiatrie et apprendre à se situer au sein de cette équipe
- Faciliter la mise en pratique des savoirs et des pratiques de terrain (savoir faire et savoir être)
- Apprécier la distance thérapeutique
- Apprendre à contextualiser les observations pour adapter la démarche thérapeutique
- Développer le sens de l'initiative
- Accompagner le développement d'une assurance dans le rôle de l'infirmier dans la spécialité
- Reconnaître et utiliser les compétences
- Développer un savoir être avec prise de conscience que rien n'est neutre dans le comportement
- Apprendre à identifier les situations potentiellement dangereuses dans le cadre de la relation afin d'anticiper ou de les éviter

### **Moyens pédagogiques:**

Mise en situation

Elaboration de la démarche de soins pour un ou plusieurs patients

La législation en psychiatrie : approche clinique des différentes situations

Interrogation des pratiques et de l'organisation des soins

Les composantes du métier :

1. Dégagement des a priori par rapport à la norme (*Il ne faut jamais oublier concernant le positionnement professionnel que le danger est le sentiment de toute puissance*)
2. Développement du langage commun propre à exprimer la clinique en psychiatrie
3. Distance thérapeutique (*Garder sa place de soignant dans une spécialité qui nous interpelle sur notre être propre. La distanciation ne se fait pas par des marques extérieures telles que le malade couché en pyjama et l'infirmier en blouse.*) et gestion des émotions du soignant (*Prendre conscience et connaître ses émotions afin de mieux contrôler son comportement*)
4. Anticipation, priorisation des objectifs (*S'efforcer de repérer ce qui entraîne nos choix chaque fois que c'est possible afin de les expliciter dans le cadre du tutorat*)
5. Formulation des objectifs de soins, dire (*Etre capable de négocier un délai, se donner du temps, savoir différer*)
6. Repérage des situations de clivage
7. Connaissance du rôle de l'équipe en psychiatrie (*Le rôle de l'équipe est fondamental dans le miroir que chacun tend à l'autre et qui aide à cette prise de conscience. L'équipe est aussi un recours en cas de difficulté relationnelle particulière avec un patient*).

Les composantes du métier	Objectifs Contenus pédagogiques	Moyens Evaluation
<p>1-Dégagement des a priori par rapport à la norme</p> <p>1-Dégagement des a priori par rapport à la norme</p> <p>7-Connaissance du rôle de l'équipe en psychiatrie</p>	<p><b>Accueil :</b> rencontre et discussion collégiale à l'arrivée</p> <p><b>Donner des repères, Présenter le fonctionnement du pôle</b></p> <p><b>Réunion d'équipe</b></p>	<p>Guide d'entretien (voir grille utilisée aux urgences)</p> <p>Livret d'accueil en psychiatrie avec présentation spécifique des différents secteurs.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Liste les situations professionnelles et des types de soins</li> <li>- . <i>Mise en place de fiches conseils plutôt que de protocole Exemple : un renfort....qui fait quoi ?</i></li> </ul> <p><i>Entretien régulier sur le ressenti face aux situations spécifiques</i></p> <p><i>Rencontre avec les équipes et les cadres</i></p> <p><i>Cahier d'accompagnement</i></p> <p><i>Référentiel métier pour l'infirmier en psychiatrie</i></p>
<p>2-Développement du langage commun propre à exprimer la clinique en psychiatrie</p> <p>3-Distance thérapeutique</p>	<p><b>Mettre en évidence les articulations entre la formation et le terrain</b></p> <p>Etude de cas, analyse de situation de travail</p> <p><b>Apprendre à transmettre :</b></p> <p>Vocabulaire clinique propre à la spécialité, notion de « cibles » prévalentes ou <i>problèmes de santé prévalants</i>, les règles et la législation en matière de transmission</p> <p><i>lectures abordables pour acquérir ce langage</i></p>	<p>Transmissions écrites et orales en psychiatrie</p> <p>Evaluation du dossier de soins</p> <p>Savoir présenter un patient :</p>
<p>3-Distance thérapeutique</p> <p>4-Anticipation, priorisation des objectifs</p> <p>6-Repérage des situations de clivage</p> <p>7-Connaissance du rôle de l'équipe en psychiatrie</p>	<p><b>Repérer la place de l'infirmier dans les différentes situations propre à la psychiatrie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Méthode de présentation d'un patient</li> <li>-Argumentation clinique</li> <li>-Cohésion d'équipe et rôle</li> </ul>	<p>Liste des « moments » représentatifs (toilette, repas, prise des médicaments, activités, entretien, mise en CIT (chambre d'isolement thérapeutique), temps mort, relèves, réunions...)</p>
<p>1-Dégagement des a priori par rapport à la norme</p> <p>3-Distance thérapeutique</p> <p>4-Anticipation, priorisation des objectifs</p> <p>5-Formulation des objectifs de soins, dire</p> <p>6-Repérage des situations de clivage</p> <p>7-Connaissance du rôle de l'équipe en psychiatrie</p>	<p><b>Apprendre à repérer et à reconnaître :</b></p> <p><i>Etudes de cas, liens entre observation et diagnostic médical entre observations et problèmes de santé prévalants</i></p>	<p>Participation active aux relèves et au staff</p> <p>Organiser la projection de films suivie de débats tous les trimestres</p> <p>Organiser des demi- journées pour les étudiants avec le concours des médecins (études de cas, films avec débat,...)</p> <p>Les activités type études de cas, débat après film etc... pourront être animées par des tuteurs de différentes unités afin de multiplier les cadres de référence et les modalités d'approche clinique</p>
<p>1-Dégagement des a priori par rapport à la norme</p> <p>2-Développement du langage commun propre à exprimer la clinique en psychiatrie</p> <p>3-Distance thérapeutique</p> <p>4-Anticipation, priorisation des objectifs</p> <p>5-Formulation des objectifs de soins dire</p> <p>6-Repérage des situations de clivage</p> <p>7-Connaissance du rôle de l'équipe en psychiatrie</p>	<p><b>Apprendre à prévenir, et à anticiper (3) :</b></p> <p>Construction du processus de soins.</p> <p>L'art de faire ou de ne faire rien (4)</p>	<p>Elaboration d'un projet de santé personnalisé</p> <p>Evaluation formative à mis stage</p> <p>L'évaluation par un bilan afin de permettre l'expression sur les acquis et les besoins à mettre en parallèle avec l'évaluation faites en situation par les membres de l'équipe durant le stage et les objectifs de départ.</p>

## Référentiel métier d'infirmier en psychiatrie élaboré en équipe par les tuteurs de psychiatrie

ACTIVITES SPECIFIQUES	<b>COMPETENCES</b> <b>SAVOIR-FAIRE + SAVOIR-ETRE</b>
<b>Accueil*</b>	Disponibilité Réceptivité Convivialité Bienveillance Entretien d'accueil
Relation d'aide Aide à la verbalisation	Empathie Absence d'à priori Neutralité <b>Distinction thérapeutique*</b> Capacité d'écoute Capacité de communication (langage simple)
Travail clinique et prise en charge globale	Connaissance des diverses pathologies rencontrées et des lois régissant la psychiatrie. Capacité à recueillir et transmettre des données et observations cliniques Capacité à tenir compte du contexte Capacité d'analyse des situations Capacité à développer un langage propre à exprimer la clinique Esprit méthodique (Savoir pourquoi on fait ce qu'on fait) Sens de l'observation Capacité d'anticipation, de priorisation Capacité à « inventer » le soin Capacité à répondre aux besoins physiques (soins de bases) et psychiques (soins relationnels) Capacité d'évaluation
Gestion des tensions	Savoir identifier les situations à risques Rester calme Etre disponible pour le patient Etre patient Connaître les protocoles de mise en chambre d'isolement thérapeutique Travailler en équipe Traiter les appels à renfort comme des soins repérer les clivages pour les éviter Savoir expliciter les décisions prises pour le patient Savoir différer ou réajuster
Administration et surveillance des traitements	Rigueur Connaissance des médicaments : actions et effets secondaires Capacité à expliciter pour le patient les modalités de prise du traitement Capacité à objectiver la prise effective du traitement Capacité à gérer le refus du traitement
Activités socio-ergo thérapeutiques	Motivation et ténacité Capacités pédagogiques Capacités d'adaptabilité Capacité à gérer un groupe
Travail en équipe pluridisciplinaire	Collaboration Transparence Clarté des transmissions Lisibilité de la démarche clinique Complémentarité (connaître son rôle et sa place) Capacité d'adhésion a un consensus

\* Il nous est apparu nécessaire de singulariser l'**accueil** tant celui-ci conditionne le reste de la prise en charge.

\* La notion de **distinction thérapeutique** nous semble plus judicieuse que celle de distance. L'important n'est pas en effet de se tenir à distance, mais plutôt dans un Autre distinct.

(Cette liste n'est pas exhaustive, mais nous semble être une première ébauche de ce qui pourrait correspondre au « cœur du métier »)