

Université Lille

Université Paris 13

APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille

CCOMS, EPSM Lille Métropole

**Mémoire pour le Diplôme Inter-Universitaire
"Santé mentale dans la Communauté »**

**Evolution des pratiques infirmières :
Du donneur de soins au promoteur de la
santé**

Nathalie Paulus

Année 2021

« Les seules connaissances qui puissent influencer le comportement d'un individu sont celles qu'il découvre par lui-même et qu'il s'approprie ».

Carl Rogers

Sommaire

Remerciements

Introduction.....5

Chapitre 1 : L'argumentaire.....6

1. Evolution du métier d'infirmier en santé mentale.....6
2. Pratiques soignantes et rétablissement.....8
3. L'infirmier promoteur de la santé.....11
4. La situation contextuelle du pôle Lillois 59G21.....12

Chapitré 2 : La problématique.....16

1. Problématique et hypothèse de départ.....16
2. Vers une culture commune.....16
3. Le travail de l'enquête.....18
 - 3.1 La méthodologie de l'enquête.....18
 - 3.2 Les caractéristiques de l'échantillon.....18
 - 3.3 Les résultats.....18
4. Conclusion de l'enquête.....28

Chapitre 3 : Le projet de formation30

1. L'analyse.....31
2. La conception.....32
3. La réalisation.....33
4. L'évaluation.....39
5. Ouverture pragmatique.....39

Conclusion.....40

Table des illustrations

Bibliographie

Remerciements

Je remercie toutes les personnes ayant contribué à la réalisation de ce mémoire et plus particulièrement :

- Le Dr Jean Luc Roelandt pour la qualité et la richesse des contenus pédagogiques dispensés dans ce DIU.

- Aude Caria pour son accompagnement et ses remarques pertinentes quant à la direction donnée à ce mémoire.

- L'ensemble des intervenants du CCOMS pour leur accompagnement bienveillant et la qualité organisationnelle dans ces situations exceptionnelles de pandémie.

- L'ensemble des intervenants du DIU pour la qualité de leurs prestations et la richesse de leurs contenus.

- L'ensemble des professionnels des deux promotions pour la richesse des échanges et des débats.

- Mes collègues du secteur 59G21 qui m'ont accompagné dans cette aventure.

Introduction

La psychiatrie a connu de profonds bouleversements depuis l'asile de Pinel et ses principes moralisateurs. L'identité professionnelle des infirmiers s'est élaborée progressivement en fonction de ces changements et par l'assimilation des différents concepts qui qualifient sa pratique. Les soins du rétablissement se développent de plus en plus constituant le fil rouge des soins en santé mentale et offrant une belle évolution.

Néanmoins, on observe encore aujourd'hui une insuffisance au niveau de la formation initiale dans le champ de la santé mentale et des pratiques innovantes qui la concernent. Aussi, l'enjeu actuel pour les services de soins est de favoriser l'appropriation de ces pratiques par les infirmiers en développant ainsi une véritable culture commune de service autour de valeurs respectant l'utilisateur et ses droits.

L'expérience du pôle 59G21 œuvre dans ce sens depuis longtemps offrant une réelle philosophie de santé mentale communautaire. Cependant, la conjoncture actuelle offre moins de perspective en termes de fidélisation des professionnels et le turn-over des agents est de plus en plus important, fragilisant de ce fait le socle de savoirs expérimentaux au sein du service.

Ce mémoire a pour objectif d'interroger cette acculturation auprès des professionnels et les freins éventuels à ces nouvelles postures et pratiques tout en les confrontant à la littérature et les recommandations sur le sujet.

La première partie aborde l'évolution du métier d'infirmier en psychiatrie ainsi que l'évolution des pratiques soignantes dans une approche centrée sur la personne. Aussi, nous présenterons dans cette première partie le rôle de l'infirmier promoteur de la santé mentale. Ces données seront confrontées à l'expérience du pôle 59G21 présentée dans ce travail.

La deuxième partie présente le travail d'étude, son analyse et ses résultats pour ensuite aborder une dernière partie qui propose un projet d'ingénierie de formation offrant ainsi une perspective d'amélioration des difficultés rencontrées.

Chapitre I : Argumentaire

1. Evolution du métier d'infirmier en santé mentale

L'histoire de l'infirmier en milieu psychiatrique est marquée par de nombreux virages historiques.

Dans l'antiquité, la maladie est représentative de forces naturelles, le malade est soigné par des religieux, au sein de sa famille. Le prêtre et la religieuse font office de médecins et d'infirmiers. Au moyen-âge, la maladie est vécue comme une atteinte de l'âme qu'il faut sauver. Le malade a alors peu d'importance et ce qui le touche n'est pas considéré. C'est dans des principes de bienfaisance et de charité que la religieuse a pour vocation d'aider son prochain. A cette époque, le clergé est l'administrateur des institutions. Du Xème au XIIème siècle, le pouvoir de l'église se renforce et les institutions sont sous le monopole de l'église. Les soins s'organisent par l'instauration de congrégations religieuses, le médecin est sollicité pour des avis et fait des visites aux malades dans les instituts. Ce n'est qu'à la fin du XVIIIème siècle que la religieuse disparaît pour laisser place à un personnel laïc : le gardien de fous aussi appelé le garde-chiourme. Dans ce milieu asilaire, le gardien des fous est bien souvent illettré, ancien malade et recruté dans la province locale pour son physique permettant de contenir et d'intimider le « furieux » à l'aide de chaînes. La vie se déroule en autarcie où les médecins et gardiens y travaillent souvent de génération en génération.

La notion d'infirmier psychiatrique apparaît avec le premier gardien surveillant humaniste Jean-Baptiste Pussin, père symbolique de l'infirmier en psychiatrie. C'est avec l'aide de Philippe Pinel, médecin humaniste qu'ils feront tomber les chaînes des aliénés, reconnaissant que lorsque celui-ci est désentravé, il adopte un meilleur comportement. Ce tournant de l'histoire marque l'ère de la psychiatrie moderne.

En 1877, le Dr Bourneville, soutient le projet de formation professionnelle des infirmiers « Il est impossible de soigner les aliénés si l'on n'est pas auparavant prévenu des principales particularités de l'affection dont ils sont atteints. Il faut par une conduite spéciale du service

où ils vivent, y apporter avec tact et jugement le remède que l'asile leur donne par l'ordre, la régularité de vie, la discipline intérieure tempérée par une affectueuse surveillance. »¹.

En 1937 naît officiellement l'hôpital psychiatrique ainsi que le titre d'infirmier psychiatrique, remplaçant celui d'infirmier des asiles d'aliénés.

C'est en 1955 que le premier diplôme d'infirmier des hôpitaux psychiatrique est réglementé. Il s'agit de l'arrêté du 23 juillet 1955 écrit sous la pression de certains psychiatres qui définira une formation de 2 ans. Il faudra ensuite attendre 14 ans avant qu'un diplôme départemental se mette en place. Le titre d'Infirmier des Secteurs Psychiatriques (ISP) est entériné en 1969. Le programme de la formation est réévalué plusieurs fois. En 1979, la formation se déroule sur 3 ans alors que naît une forte remise en question de la pratique psychiatrique. C'est dans les années 70 que les ISP se mobilisent contre les pratiques matons : « pavillons bouclés, trousseaux de clefs monstrueux, punition et maltraitance, ménage en tout genre... ».

L'AERLIP (Association pour l'Etude et la Rédaction du Livre des Institutions Psychiatriques) est un collectif formé massivement d'infirmiers qui se mobilisent pour écrire le « livre blanc en psychiatrie ». Ce collectif dénonce les abus, les pratiques et les faits engendrés par le système asilaire. Cantonnés à l'asile, les infirmiers montrent par leurs actes et leurs écrits qu'ils veulent eux aussi en sortir. Des textes autour des visites à domicile, autour des lieux autres que l'hôpital psychiatrique commencent à émerger.

Pourtant, l'arrêté du 23 mars 1992, marque un nouveau tournant pour les infirmiers : la fin du diplôme d'infirmiers en soins psychiatriques. En effet, cet arrêté précise la fusion de ce diplôme avec celui d'infirmiers en soins généraux. C'est un coup dur pour les infirmiers qui revendiquent leurs spécificités. Toute une somme de compétences et de connaissances acquises de manière spécifique non reconnues et balayées par le nouveau diplôme. Les infirmiers de secteur psychiatrique sont mis en cadre d'extinction. Le constat se ressent sur le terrain car les jeunes professionnels sont souvent carencés dans la connaissance de la pathologie, des traitements ou de l'évolution des soins en santé mentale. D'autant que le décret du 29 juillet 2004 relevant du code de la santé publique qui définit les missions et les domaines d'activité de l'infirmier prévoit que celui-ci peut exercer dans les spécialités médicales et dans tous types d'établissement sanitaires ou médico-sociaux. Or, la psychiatrie et la santé mentale nécessitent une véritable expertise clinique et

¹ Entre hier et aujourd'hui, le métier d'infirmier en psychiatrie, Anne-Marie Leyreloup, Sud, Nord, 2010/1 (n°25), P122.

organisationnelle en pratique infirmière. Il est nécessaire de prendre en compte la personne dans sa globalité, de rétablir son intégrité physique et psychique, de découvrir et de comprendre ses difficultés tout en l'accompagnant dans la mise en place de son projet de soins. Dans les pratiques, l'infirmier est centré sur la personne et non plus sur les soins classiques.

2. Pratiques soignantes et rétablissement

Les études et actions de l'OMS en matière de santé mentale, menées depuis plusieurs années à travers le monde permettent aujourd'hui de structurer ses orientations politiques et d'introduire 3 concepts : le rétablissement, l'empowerment et la citoyenneté². Ces 3 concepts définissant la santé mentale communautaire émergent depuis quelques années en France. Le pôle 59 G21 dans lequel j'exerce en tant que cadre de santé est un service de soins en santé mentale communautaires. Il est aujourd'hui érigé comme exemple de bonnes pratiques reconnues sur un plan national et international. En Septembre, 2019, le rapport d'une mission d'information parlementaire des députés Caroline Fiat et martine Wonner³ a été publié. Il invite à la réflexion autour des forces et faiblesses de l'organisation des soins psychiatriques en France et, plus largement, de la santé mentale. Ce rapport s'appuie d'une part sur des visites de terrain comme le pôle 59G21 et l'expérience de Trieste et d'autre part sur les nombreuses recommandations de l'OMS en matière de santé mentale communautaire marquant ainsi un important virage ambulatoire.

Le rétablissement, expérience singulière, autodéterminée est une notion plutôt difficile à définir au vu des nombreuses définitions que l'on retrouve dans la littérature. Dans les soins infirmiers, le concept d'empowerment, étroitement lié à celui du rétablissement fait progressivement sa place. Il est généralement décrit comme une autonomisation des personnes. Autonomie et liberté sont 2 concepts très proches : la liberté se définit comme l'absence de contrainte et l'autonomie comme la capacité de savoir, de décider et d'agir.

² **PRATIQUES en santé mentale 2015 N°1, EXPOSÉ La santé mentale en France et dans le monde** : « Des hommes, pas des murs » Jean-Luc Roelandt Psychiatre et directeur du CCOMS, Anaïs Vaglio Anciennement interne psychiatre au CCOMS, Justine Magnier Assistante au CCOMS, Laurent Defromont Chef de pôle secteur EPSM Lille Métropole (59)

³ Rapport d'information N° 2249 déposé par la commission des Affaires sociales, Rapporteuses Caoline FIAT et Martine Wonner, 18 septembre 2019

« Respecter l'autonomie de l'autre, c'est aider la personne à se responsabiliser et à s'assumer dans ce qu'elle est. » Gilbert Hottois⁴

De par ma fonction de cadre de santé dans un service de soins communautaires et malgré la volonté et l'adhésion des professionnels à ces concepts, j'ai pu constater certaines difficultés à faire évoluer les postures dans la pratique de tous les jours. En effet, choisir de travailler dans une approche rétablissement, c'est aussi accepter de regarder « autrement » le soin, cela demande de pouvoir déplacer son regard, de dépasser ses représentations et valeurs afin d'avoir une vision plus éclairée.

Dans la pratique du rétablissement, nous sommes centrés sur la personne et non plus sur les soins « classiques » : les symptômes, le diagnostic, les traitements. Être centré sur la personne c'est d'abord permettre à la personne d'accéder à ses changements de vie. Les concepts d'empowerment, de rétablissement et de citoyenneté sont intrinsèquement reliés par la notion du « droit » : le droit de l'usager de connaître ou de reconnaître sa maladie, droit de se soigner et plus encore le droit de décider. Ce droit bouleverse les relations entre soignés et soignants et inverse le pouvoir dans cette même relation. Il s'agit ici d'un changement de paradigme qui nous oblige à modifier nos postures et à tout mettre en œuvre afin de respecter les droits fondamentaux des usagers ainsi que leur dignité.

Or, depuis toujours, la relation soignant-soigné est empreinte de paternalisme dans laquelle la personne soignée est enfermée par des soins et des décisions extérieures à elle-même. En santé mentale, la vulnérabilité psychologique de la personne renforce ce protectionnisme. La relation du soin chez l'infirmier est encore teintée du principe de la bienfaisance.

La notion de rétablissement amène l'idée d'un processus de réappropriation du pouvoir d'agir permettant d'avoir un contrôle sur sa vie (Pachoud, 2012). Ce qui implique une participation active de la personne dans sa résolution de problème. Et pour ce fait, il est indispensable que la posture infirmière soutienne la place de la personne dans ses soins. Ce qui demande au professionnel de ne pas se focaliser sur la maladie, le symptôme, le manque ou sur « ce qui ne va pas en général... » mais au contraire de replacer la notion du possible, de l'espoir. L'espoir impulse la détermination de l'usager qui reprend les commandes de sa vie et dans les décisions

⁴ L'empowerment une nécessité pour les clients en soins infirmiers, Margot Phaneuf, inf.,PhD. Février 2013

qui le concerne. J'observe lors des réunions cliniques hebdomadaires combien il est parfois difficile pour les professionnels de croire au potentiel de la personne et de simplement l'accompagner dans son cheminement. Cela demande au soignant d'être en capacité de lâcher prise sur ces convictions, ses représentations et son expertise. C'est cette réflexion éthique du soignant qui va favoriser l'empowerment de la personne. Prendre du recul sur notre « savoir » est donc indispensable pour laisser place au savoir de la personne, à ses expériences et à ses décisions.

Le soignant peut avoir tendance à ne pas tenir compte des savoirs expérientiels que mobilisent la personne car il se focalise davantage sur un savoir technique en lien avec les tâches qui lui sont prescrites (Tourette-Turgis., 2011). La prise en compte du savoir expérientiel de la personne est au centre des approches favorisant l'empowerment. Son expérience de la maladie le positionne directement en tant qu'expert et décideur de ses soins. La personne développe des compétences, des savoirs, savoirs faire et savoirs être. L'accompagnement du soignant consiste à ce que l'utilisateur prenne conscience de ces compétences et puisse les mettre à profit. Ce qui demande au soignant de pouvoir s'effacer, faire confiance au potentiel et aux ressources propres de la personne. Trouver cette juste distance dans la relation demande de comprendre intimement la personne. L'approche centrée sur la personne favorise l'empowerment. Carl Rogers, fondateur de l'Approche Centrée sur la Personne, précise « *Ce n'est pas que l'approche centrée sur la personne donne du pouvoir à la personne. C'est qu'elle ne lui en retire jamais* ». « *Notre travail a forgé les racines de bien des concepts et valeurs de notre culture. Et ce qui est le plus remarquable, il a modifié la manière de considérer le pouvoir et le contrôle dans les relations entre individus.* »⁵.

Ce changement de « pouvoir » se construit autour d'une personne ayant pris pleinement possession de son pouvoir personnel, son plein potentiel en ses capacités.

Rogers a décrit un climat psychologique fait d'attitudes nécessaires et suffisantes au changement ; L'empathie : être dans l'expérience de l'autre ; la congruence : être soi, authentique dans la relation avec l'autre ; le regard positif :

-
- ⁵ L'Empowerment et Carl Rogers, Réflexions sur le concept d'empowerment et l'Approche centrée sur la personne en soins infirmiers, Grace Harlow (Chickadonz) Klein, Françoise Ducroux-Biass, Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche 2009/2

donner de la valeur à l'autre. Le soignant se centre sur les capacités et l'autonomie de la personne, son droit à choisir ses propres directions et l'engagement de sa propre responsabilité vis à vis de ses choix et de ses actes. Comprendre la personne, lui exprimer son point de vue en toute authenticité et dans une attitude de non jugement et d'accueil semble la posture soignante la plus favorable au développement de l'empowerment. C'est donc dans une alliance avec la personne que nous allons l'accompagner dans la découverte de ses potentialités et dans sa reprise de pouvoir, en fonction de ses priorités. La mise en commun des savoirs favorise cette reconnaissance d'expertise.

3. L'IDE promoteur de la santé

En 1986 ; la charte d'Ottawa a posé les grands principes de la promotion de la santé :

« La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci ».

Cette définition est en lien avec celle de la santé de l'OMS en 1946⁶ : « La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas en une absence de maladie ou d'infirmité ».

L'OMS définit la promotion de la santé comme un « *processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnemental et économique, de façon à réduire les effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes* ». Dans le champ de la santé mentale, l'absence de troubles psychiques ou de handicaps ne suffit pas à la définir. Celle-ci se définit davantage dans une notion de bien-être et une vision positive dans laquelle la personne se trouve en capacité de s'épanouir dans ses relations, de travailler, se réaliser et participe aux actions de la communauté.

L'infirmier, en tant que promoteur de la santé, s'appuie sur son expertise et son influence pour promouvoir la santé et le mieux-être des patients et des collectivités. Pour ce faire, l'infirmier en collaboration interprofessionnelle, participe aux actions en vue de

⁶ La promotion de la santé mentale : un enjeu individuel, collectif et citoyen, Déborah Sebbane, Bianca De Rosario, Jean-Luc Roelandt

modifier l'image de la santé mentale, de réduire l'exclusion en lien avec la stigmatisation et aussi de défendre les droits des usagers. C'est au travers d'actions orientées rétablissement, individuelles ou de groupes et en étroite collaboration entre les disciplines et les partenaires que les pratiques infirmières s'adaptent et évoluent en vue de promouvoir la santé mentale des personnes⁷. Les actions de réhabilitation psychosociale, d'éducation thérapeutique, de rétablissement et d'inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques sont aujourd'hui considérées comme des priorités de santé. Le décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale prévoit « *des actions destinées à prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap, par l'accès le plus précoce possible aux soins notamment de réhabilitation, et aux accompagnements sociaux et médicaux-sociaux* ».

Il est donc essentiel que le soignant soit acculturé très rapidement aux approches de rétablissement et de réhabilitation psychosociale. Acteur de première ligne, l'infirmier a pour mission de repérer, évaluer et orienter les personnes souffrant d'un trouble psychique sévère vers les plateformes de réhabilitation psychosociale. Il dispose également de compétences pour animer des ateliers de soins. Centré sur une approche motivationnelle, le soignant accompagne la personne, dans une alliance thérapeutique à travers son parcours de soin.

Ces multiples compétences spécifiques du soignant s'acquièrent d'une part avec l'expérience et une culture professionnelle favorisant le rétablissement dans sa pratique. Le soignant développe une professionnalisation tout au long de sa carrière qui lui apportera un savoir théorique, une posture professionnelle emprunte d'une compétence multiple.

Qu'en est-il du jeune professionnel débutant ou non dans le métier mais ayant reçu que peu d'informations sur les pratiques du rétablissement, sur la relation d'aide centrée sur la personne ?

4. La situation contextuelle du pôle Lillois 59G21

Le pôle de santé mentale 59G21 dépend de l'EPSM Lille Métropole et dessert un territoire géographique de 6 communes : Lesquin, Lezennes, Faches Thumesnil, Mons-En-

Barœul, Hellemmes et Ronchin. Ce territoire couvre une population d'environ 86000 habitants.

Le secteur 59G21 évolue depuis des années en tant que service de santé mentale communautaire se démarquant ainsi de certains autres pôles de la région dans l'offre de soins. L'offre de soins en milieu hospitalier s'est vue diminuée progressivement pour passer en 2013 à 10 lits d'hospitalisation temps plein. Les moyens tendent à se répartir pour 80 % vers l'ambulatoire et pour 20 % vers l'hôpital. Ce qui permet aux dispositifs ambulatoires de se déployer pleinement, de manière réactive, efficiente et de proximité, au cœur de la cité. Ce système de soins, défini en tant que parcours se déploie de manière cohérente afin de faciliter l'accès aux soins des usagers, de limiter le nombre d'hospitalisation et/ou sa durée.

Le pôle est soumis à un turn-over fréquent de professionnels de toutes catégories professionnelles mais particulièrement des infirmiers qui sont majoritaires. Les jeunes professionnels sont recrutés généralement sur le service d'admission, la clinique Jérôme Bosch. Ce qui permet à d'autres « encore jeunes professionnels » de se déployer sur les services ambulatoires. Et ce, afin que d'autres professionnels plus expérimentés, poursuivent leur carrière, selon leur convenance, sur le pôle ou vers d'autres horizons. Quoiqu'il en soit, on observe régulièrement le renouvellement d'infirmiers sur les structures ; Infirmiers qui me semblent, n'être que peu formés ou même sensibilisés aux notions de rétablissement ou d'empowerment. Il serait intéressant d'en faire une analyse plus approfondie.

L'unité du SMPP (Service Médico-Psychologique de Proximité) est réparti sur le territoire pour en faciliter l'accès et propose une dizaine d'antennes de consultation disséminées dans la ville. Ces antennes de consultation sont ancrées dans des dispositifs de droits communs. Ce qui en facilite l'accès et le repérage. Les professionnels de ce service proposent aussi des soins à domicile, au plus proche des besoins des usagers. Ils organisent des actions de prévention, d'évaluation et d'éducation thérapeutique auprès des usagers et ce, dans une attitude centrée sur la personne et autour de ses motivations. En lien avec les Conseils Locaux de Santé Mentale, ils sont amenés à développer sur le territoire des actions préventives et de destigmatisation de la santé mentale, auprès de la population générale et des partenaires.

Les infirmiers de ce dispositif disposent d'une solide expérience et d'une professionnalisation suffisante et nécessaire pour aborder les problématiques des usagers, tout en disposant d'une acculturation aux pratiques et outils du rétablissement grâce à leur

expérience des pratiques du pôle. Le turn-over est plutôt faible, ce qui permet aux soignants d'être très ancrés dans la politique d'organisation du pôle. Rares sont les nouveaux professionnels recrutés qui arrivent sur cette structure, ce qui n'est néanmoins pas sans arriver ; et comme pour tout nouveau professionnel qu'il soit débutant ou non, il n'a que très peu, voire pas du tout de notion de ce qu'est la santé communautaire.

L'unité du SIIC (Service de soins Intensifs Intégrés dans la Cité) ouvert en 2005 permet de désamorcer des situations de crise en les prenant en charge très précocement. Il s'agit d'une équipe mobile qui intervient au domicile des usagers pour des situations relevant de l'urgence, de manière intensive. Le dispositif propose 15 places et assure des soins pluri-quotidiens. Récemment, le dispositif s'est développé en assurant des soins auprès d'un public de jeunes adultes à partir de 12 ans (SIICADO). Ce dispositif est issu du dispositif EO#ADO, dispositif d'Evaluation et d'Orientation des Adolescents, ayant pour ambition l'amélioration de l'accès aux soins des adolescents. Le SIIC ADO permet de repérer et d'accompagner aux soins des adolescents, âgés de 12 à 21 ans en souffrance psychique, de manière précoce et en vue d'améliorer le pronostic. Le SIIC est un outil très intéressant d'anticipation et de limitation des hospitalisations. L'équipe pluridisciplinaire se compose d'un PH, d'infirmiers, de psychologues, d'éducateurs et de psychomotriciens. La concertation de l'équipe est essentielle à la qualité de prise en soins des usagers afin d'orienter des actions coordonnées, personnalisées et en cohérence avec les besoins des usagers. Il y a là aussi peu de turn-over dans l'équipe infirmière, qui dispose d'une solide expertise dans le champ de l'urgence. Cette équipe travaille en lien avec l'ensemble des partenaires du territoire et de manière quotidienne avec les urgences de la région, les libéraux et autres partenaires et/ou associations... Forte d'une solide expérience au sein d'un dispositif innovant et communautaire, les infirmiers du SIIC ont développé une expertise accrue dans le domaine de la santé mentale communautaire.

Le service HabiCité favorise l'inclusion sociale via un accompagnement intensif des personnes en situation de handicap psychique, visant à permettre le maintien ou l'intégration dans un habitat. En partenariat avec le pôle habitat de l'association Intercommunale de Santé, Santé Mentale et Citoyenneté (l'AISSMC), association qui porte le CLSM⁸ sur le territoire, le service propose des appartements associatifs permettant à des usagers de vivre en autonomie. Les personnes sont accompagnées par une équipe éducative, infirmière et

⁸ CLSM : Contrat Local de Santé Mentale

aide-soignante. Ils interviennent auprès d'une centaine d'usagers en favorisant constamment le lien avec les partenaires locaux du sanitaire et du social.

L'équipe de ce dispositif de réhabilitation psychosociale a été presque entièrement renouvelée sur quelques mois. Ce service observe un turn-over régulier très en lien avec la spécificité de l'unité. En effet, la posture infirmière doit être porteuse d'espoir pour les usagers, emprunte d'optimisme et de réassurance constante et quotidienne devant des usagers présentant un handicap souvent très lourd. Toutes les actions d'accompagnement orientées rétablissement résident dans le respect des besoins et attentes des usagers et ce, même s'ils ne sont pas en accord avec nos attentes ou besoins, en tant que soignant. Cette posture plutôt complexe demande une « assise professionnelle », emprunte d'une reconnaissance humble du sentiment d'impuissance et aussi de ses propres limites, pour « juste » faire confiance au potentiel d'évolution, d'actualisation de la personne (Carl Rogers, 2005). La manière de percevoir et de croire ou non dans cette tendance actualisante de la personne, orientera le soignant dans sa relation soignant-soigné. Il est donc pour moi, essentiel que l'infirmier soit formé dès son arrivée sur le pôle aux pratiques de rétablissement et d'empowerment afin que l'infirmier puisse être partie prenante d'équilibre des pouvoirs dans la relation.

Actuellement, le pôle ne prévoit pas de sensibilisation spécifique systématique pour les nouveaux arrivants hormis les jeunes internes qui eux bénéficient d'un séminaire complet sur le thème de la santé mentale communautaire. Il me semble qu'il serait très bénéfique et efficient d'acculturer les professionnels du pôle, voire de l'institution à des pratiques spécifiques demandant une posture emprunte d'un savoir être et d'un savoir-faire impliquant ses propres représentations et système de valeurs.

Le développement de toutes ces alternatives à l'hospitalisation a permis de diminuer considérablement la durée moyenne des journées de séjour, qui se situent globalement autour de 8 jours. De plus, le nombre de lits d'hospitalisation s'est vu réduit à 10 et afin de se rapprocher des usagers, le service a été décentralisé de l'EPSM en 2013 pour le site du CHRU de Lille. La clinique Jérôme Bosch est un service ouvert, respectueux des droits des usagers et de la liberté d'aller et venir, dans un cadre accueillant. Le service ne dispose pas de chambre d'isolement ou de contention, ces pratiques y sont le dernier recours dans un objectif de zéro contention.

Le turn-over des infirmiers y est régulier. Le service d'admission est le lieu de recrutement des nouveaux professionnels infirmiers, ce qui facilite une mobilité rapide vers l'ambulatoire. Ainsi, en 2021, 12 nouveaux infirmiers ont été recrutés sur le pôle. Autant de professionnels à sensibiliser aux pratiques innovantes, dans un double objectif de synergie et d'efficience, en lien avec les orientations stratégiques de pôle.

Je fais le constat qu'il n'existe pas de formation, sensibilisation ou séminaire à l'attention des jeunes professionnels sur le pôle (hormis les internes) ou sur l'institution, sur la santé mentale communautaire, ses buts et enjeux. Ce qui me semble délétère car pour pouvoir porter les valeurs d'un pôle ou d'une institution, il est fondamental d'en comprendre les tenants et aboutissants. Il s'agit de cultiver la réflexion, de fédérer des soignants autour d'un même objectif commun afin de travailler ensemble, dans un sentiment d'unité.

CHAPITRE II : la problématique

1. Problématique et hypothèse de départ

La première partie de ce travail permet de mettre en évidence que la pratique du rétablissement renforce une posture juste et adaptée, développe des pratiques innovantes et vise à la promotion de la santé. Il semble nécessaire de former les professionnels à ces pratiques. Or, il semble que les professionnels sont très peu formés à ces pratiques et qu'au regard d'un turn-over important des infirmiers, il existe un manque de connaissance croissant sur le sujet. La réflexion menée au cours de ce travail nous a conduit à se poser la problématique suivante :

« Comment favoriser l'acculturation des infirmiers au rétablissement et contribuer à la mise en place d'une philosophie de soins au plus juste des besoins de l'utilisateur. »

Pour y répondre, nous avons émis l'hypothèse de départ suivante :

« La mise en place d'un séminaire autour du rétablissement, s'adressant à tous les nouveaux infirmiers favoriserait l'acculturation des professionnels au rétablissement, construisant ainsi une culture commune de service ».

La vérification de cette hypothèse a nécessité une enquête de terrain et une analyse des données collectées.

Tout d'abord, il nous reste à clarifier le sens d'une culture commune.

2. Vers une culture commune

Pour bien comprendre le sens de ce terme, il convient tout d'abord de remonter à ses origines. Le mot culture vient du verbe latin « *colere* » qui signifie cultiver au sens de cultiver un champ, une terre. L'anthropologie nous a appris que l'homme est principalement un être de culture, c'est-à-dire qu'il apprend à devenir plus humain et qui peut toujours être plus humain

qu'il ne l'est. La culture c'est d'abord ce qui nous rend humains⁹. La culture est définie comme les valeurs, les croyances, les normes et les pratiques apprises et partagées par un groupe particulier, et qui oriente leur pensée et modèle leurs décisions et leurs actions¹⁰.

Il n'est pas aisé de définir ce que l'on entend par culture d'entreprise. En effet chacun a sa propre définition. Elle peut s'exprimer de différentes manières, vestimentaires, comportementales, attitudes, savoirs faire... Quoiqu'il en soit, une culture commune se vit, se sent et se ressent plus qu'elle ne se voit. Ce sont les valeurs partagées qui la définissent ainsi que des pratiques et des savoirs-faires qui créent une véritable personnalité morale comprenant une multitude de compétences en un tout uni.

Un des aspects clés de la création de l'identité d'un groupe est d'avoir sa propre culture. Sa construction et son évolution dépendent de l'évolution du groupe. Ce qui est sûr, c'est qu'une culture forte et claire ne s'obtient pas sans efforts. Elle est le fruit d'une volonté, et d'une stratégie. Une culture commune forte au sein d'un groupe permet à ces personnes de coopérer ensemble dans un but commun.

C'est ainsi que le pôle Lillois a coconstruit la charte du rétablissement sur laquelle les valeurs du pôle reposent. Elle est en quelque-sort le règlement intérieur qui définit les pratiques, un guide de bon usage partagé par la communauté du G21 qui oriente et responsabilise les professionnels dans leurs postures et pratiques.

Il est donc essentiel que le nouveau professionnel soit acculturé aux valeurs définis par le rétablissement dès son recrutement sur le pôle et au-delà de la charte, une formation complémentaire à ces pratiques me semble être nécessaire pour tous les professionnels

9 Quels sens donner au terme de « culture » quand on parle qualité-sécurité des soins ? Eric Delassus, N° 10 mars 2018, philosophie et management, qualité des soins

¹⁰ Soins et anthropologie, Cécilia Rohrbach Viadas, Une démarche réflexive, Recherche en soins infirmiers 2007/3 (N° 90)

3. Le travail d'enquête

3.1 La méthodologie de l'enquête

Dans le cadre de ce travail de recherche, il est nécessaire de réduire la subjectivité du chercheur par une démarche qui se veut la plus objectivée possible. Parmi les outils d'enquêtes à savoir : le récit de vie, le questionnaire et les entretiens, il m'a paru pertinent de m'orienter vers un travail de recherche quantitatif via les questionnaires. Nous avons donc créé un questionnaire comprenant 14 questions offrant plusieurs possibilités de réponses en fonction de la question posée.

3.2 Caractéristiques de l'échantillon

Cette enquête s'est réalisée sur le pôle de santé mentale 59 G21 et a été adressé à tous les infirmiers soit un échantillon de 55 personnes. Chaque infirmier, de manière nominative a reçu sur sa boîte mail le questionnaire numérique établi et a pu y répondre directement par voie électronique en utilisant l'outil numérique google forms. Nous avons reçu 32 réponses soit 58 % des infirmiers.

Les 3 premières questions avaient pour objectifs de mieux définir l'échantillon à savoir l'ancienneté dans la profession, l'ancienneté sur le pôle et l'unité d'exercice.

3.3 Les résultats

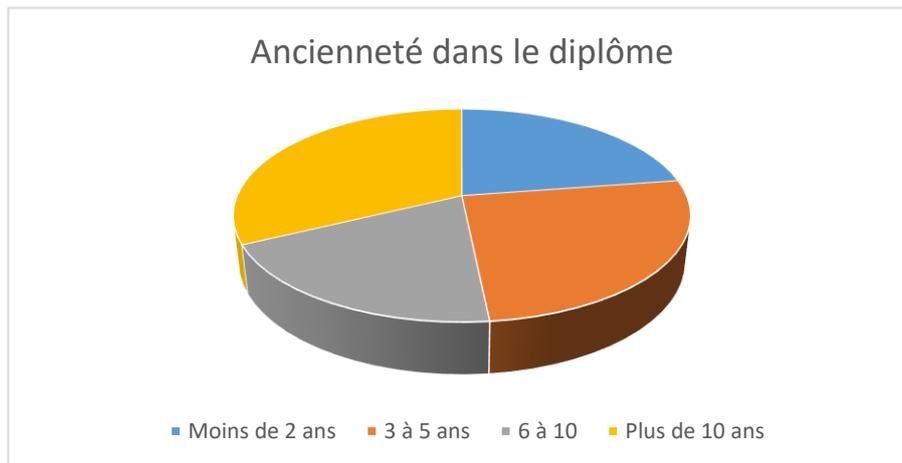
Q1 : « De combien d'années d'expérience professionnelle disposez-vous ? »

Nous avons organisé les réponses en 4 catégories :

- Moins de 2 ans
- De 3 à 5 ans
- De 6 à 10 ans
- Plus de 10 ans

Moins de 2 ans	- De 3 à 5 ans	De 6 à 10 ans	Plus de 10
7	8	6	10

Tableau 1 : Ancienneté par le diplôme

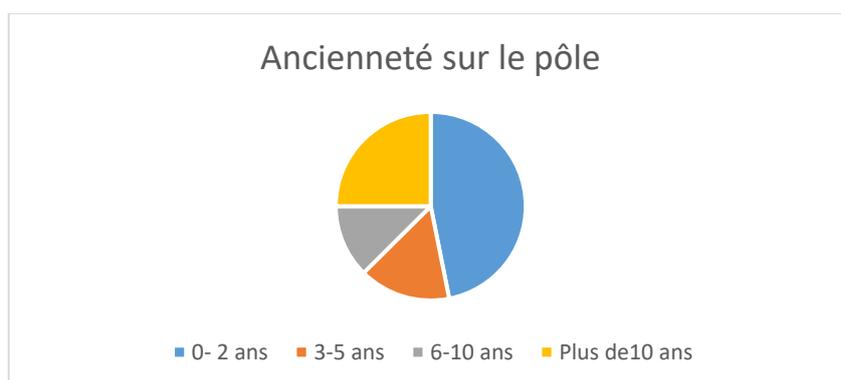


L'échantillon montre un équilibre entre les jeunes professionnels que l'on peut définir entre 0 et 5 ans de diplôme et les professionnels plus expérimentés représentés ici entre 6 et plus de 10 ans de diplôme.

- Environ 53% ont entre 0 et 5 ans d'ancienneté dans le diplôme.
- Environ 47 % ont entre 6 et plus de 10 ans d'ancienneté

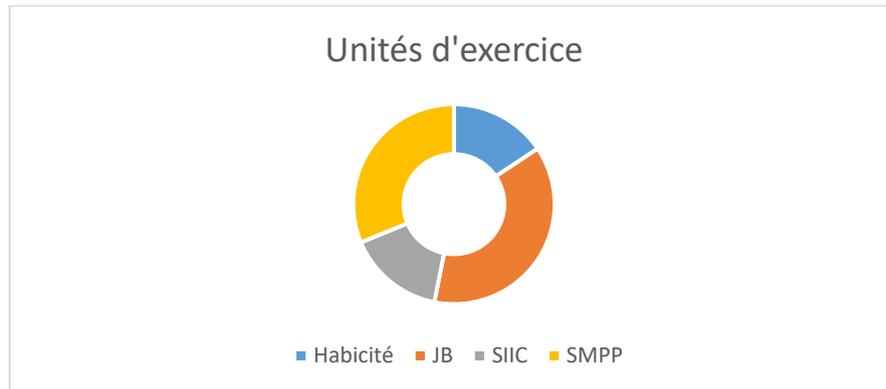
Q2 : Depuis combien de temps travaillez-vous sur le pôle ? Sur quelle unité exercez-vous ?

Tableau 2 : Ancienneté sur le pôle



L'échantillon est représenté par des professionnels nouvellement arrivés sur le pôle : 62, 5 % des infirmiers interrogés ont moins de 5 ans d'ancienneté.

Tableau 3 : Unités d'exercice



L'échantillon est largement représenté par les infirmiers de la clinique JB soit 37 % et par le SMPP 31 %.

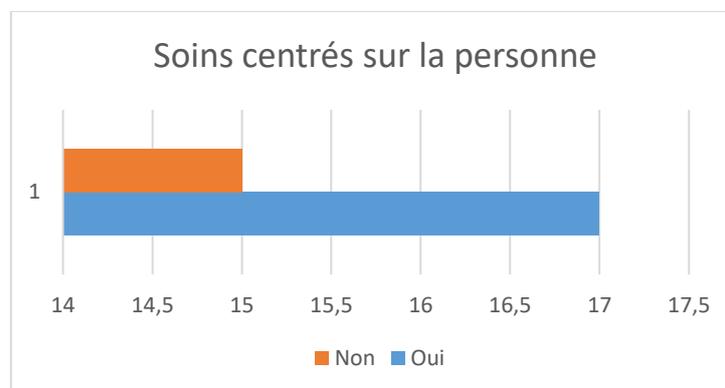
Au prorata des IDE travaillant sur ces dispositifs, les infirmiers de la clinique JB sont représentés à 60 %. Pour les IDE du SMPP, ils sont ici représentés à 59 %.

Habicité est un dispositif qui comprend 5 infirmiers, ils sont représentés à 100 % dans cet échantillon.

22.3 Les résultats

Q3 : *De manière générale, rencontrez-vous des difficultés à mettre en pratique des soins centrés sur les besoins des usagers ?*

Tableau 4 : Soins centrés sur la personne



Cette question fermée très généraliste avait pour objectif d'introduire le sujet en évaluant les difficultés (ou non) de l'infirmier à répondre le plus justement aux besoins des usagers.

Un peu plus de la majorité des infirmiers reconnaissent avoir cette difficulté (53 %) parmi lesquels presque 60 % sont représentés par la clinique JB et 95 % ont moins de 5 ans d'ancienneté dans le diplôme.

On peut noter que les professionnels d'intra-hospitaliers et les jeunes professionnels ressentent plus de difficulté à mettre en place des soins centrés sur l'utilisateur.

Il aurait été intéressant d'avoir une intensité dans le ressenti de difficultés. Par exemple, de 0 à 10...

Q4 : Si oui, pourriez-vous préciser lesquelles ?

Tableau 5 : Analyse thématique

Par manque de temps	3
Pénurie médicale	2
Complexité des situations	6
Lenteur des procédures dans la mise en place des projets	1
Ethique « les limites du soin contraint »	1
Les suivis au long court	2
Pas de besoins ou d'attentes définies par l'utilisateur	4
Pas de réponses	1

On peut noter que les infirmiers ressentent des difficultés à mettre en place des soins centrés sur les besoins des usagers en lien avec la complexité des situations (35 %). On peut noter aussi que l'absence de motivation des usagers (23,5 %) ressort comme étant une difficulté dans l'accompagnement des soignants.

Q5 : « Selon vous, existe -t-il des freins à mettre en place des soins orientés rétablissement ? »

Cette question fermée avait pour objectifs de susciter la réflexion autour du rétablissement, de s'interroger sur ses propres connaissances sur le sujet et de réfléchir à ses pratiques.

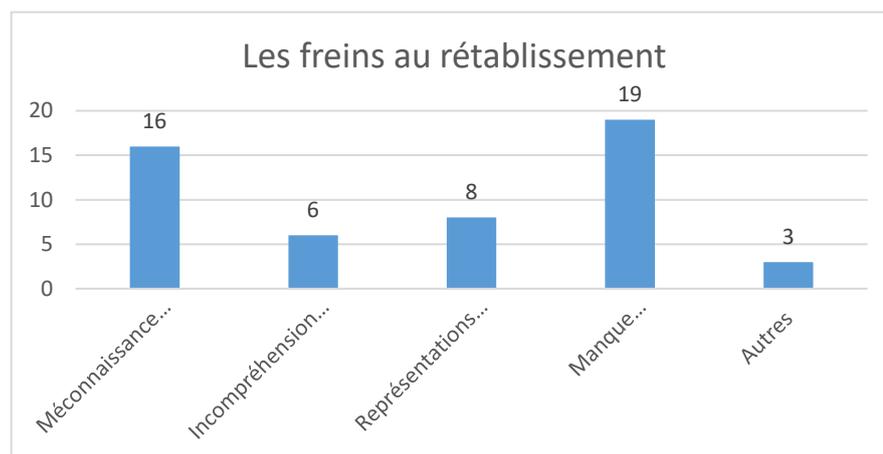
75 % des infirmiers interrogés estiment qu'il existe des freins à la mise en place de soins orientés rétablissement.

Q6 : « Si oui, lesquelles » :

Cette question ouverte proposait un choix de 4 réponses possibles avec la possibilité de répondre à tous les choix proposés. Une option autre permettait à l'infirmier de proposer une autre réponse possible.

- Méconnaissance des pratiques
- Incompréhension des pratiques
- Les représentations et valeurs infirmières
- Manques d'expériences professionnelles
- Autres

Tableau 6 : Les freins au rétablissement



Pour 60 % des professionnels interrogés, il est difficile de mettre en place des pratiques orientées rétablissement du fait d'un manque de savoirs ou de savoirs faire.

Pour 25 % de l'échantillon, les représentations et valeurs des infirmiers sur la thématique du rétablissement influencent les IDE dans leurs pratiques.

3 observations ont été notées dans la rubrique Autres :

- « *Je ne comprends pas le sens de la question* »
- « *Difficulté à mettre en évidence et faire ressortir le besoin de la personne* »
- « *Manque de motivation de la personne accompagnée* »

Q7 : « *Pensez-vous avoir besoin de connaissance sur le concept du rétablissement et ses pratiques* » ?

Cette question cible le besoin en formation des infirmiers sur le rétablissement.

Tableau 7 : Taux du besoin de connaissance sur le concept du rétablissement et ses pratiques



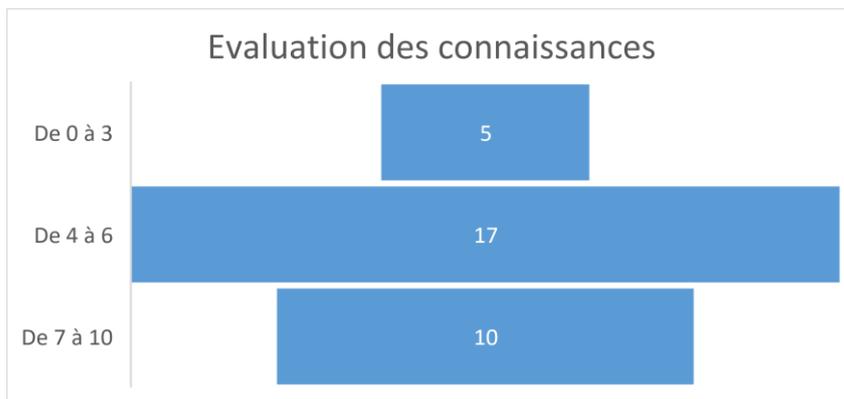
Cette question met en évidence le besoin de formation des infirmiers estimés à 75 % par l'échantillon. Parmi ces 75 %, on observe que 100 % sont des jeunes professionnels dans la tranche d'ancienneté 0-5 ans.

Q8 « *A combien estimez-vous vos connaissances autour du rétablissement et ses pratiques sur une échelle de 0 à 10 ?* »

0 n'étant pas du tout de connaissance et 10 très bonne connaissance.

Cette question avait pour objectif de mesurer le ressenti des professionnels sur leur besoin en formation.

Tableau 8 : Evaluation des connaissances



On s’aperçoit qu’environ 70 % des professionnels estiment avoir peu ou moyennement de connaissances (0 à 6) sur le rétablissement. Dans cet échantillon, on observe que les jeunes diplômés sont représentés à 100 % (moins de 2 ans de diplôme).

Q9 : « *Le rétablissement est-il abordé dans la professionnalisation du métier d’IDE ?* »

Cette question permet de mesurer les savoirs théoriques et de mesurer le besoin en formation.

Elle est composée de 3 choix de réponses possibles : Pas du tout abordé, un peu abordé, très complet.

Tableau 9 : Professionnalisation



On constate que le rétablissement est peu ou pas abordé dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (100 %).

Ce constat explique que le manque de connaissance théorique ressentie et valide le besoin de sensibiliser les professionnels à ce concept.

Q10 : « *Encourager l’empowerment de l’usager est un objectif de la relation soignant/soigné. Pensez-vous connaître suffisamment ce concept ?* »

La réponse est proposée selon une graduation de 0 à 10.

0 ne connaît pas du tout ; 10 connaît complètement

La question avait pour objectif d’évaluer la connaissance des infirmiers sur le concept d’empowerment. Une réponse graduée permettait de se représenter le degré de connaissances.

Tableau10 : Posture et empowerment

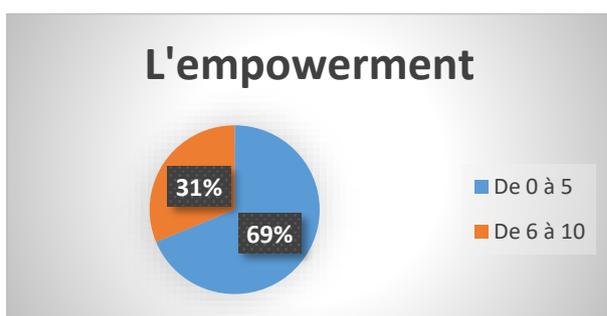
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	2	6	0	8	2	5	3	1	1	0

Pas du tout

Connaît complètement

22 infirmiers soit 69 % de l’échantillon connaissent peu ou pas du tout le concept d’empowerment (0-5). 10 infirmiers ont une connaissance moyenne ou plus complète (5-10). Aucun n’estime connaître complètement le sujet.

Tableau 10 : Connaissance de l’empowerment par les infirmiers



Q11 : « *De manière générale, pensez-vous avoir besoin de connaissances complémentaires sur la santé mentale communautaire ?* »

Cette question très large évaluait le besoin en formation sur les actions et dispositifs communautaires en santé mentale. Cette question avait pour objectif d’évaluer les

connaissances pour envisager des modules de formation sur ce thème. La réponse est directive oui/non. Des choix de réponses auraient pu être envisagées sur des thématiques précises.

Tableau 11 : Santé mentale communautaire



Parmi l'échantillon des professionnels ayant répondu oui, on retrouve 100 % des jeunes infirmiers nouvellement arrivés sur le pôle (0-5 ans d'ancienneté).

Q12 : 'Pensez-vous que cela pourrait vous être utile dans vos pratiques ? »

Cette question avait pour objectif, au-delà du besoin de formation, d'évaluer selon les professionnels, l'intérêt d'intégrer le concept du rétablissement dans les pratiques au quotidien en mesurant l'utilité à les appliquer. On mesure ici l'assentiment de l'infirmier à ces pratiques. Afin d'affiner la réponse, nous avons utilisé une échelle graduée allant de 1 à 10. 1 étant pas du tout utile et 10 très utile.

Nous n'avons pas précisé « si oui » en amont de la question et étonnamment nous avons reçu 32 retours allant de 3 à 10.

Tableau 12 : Sentiment d'utilité à l'apport de connaissances

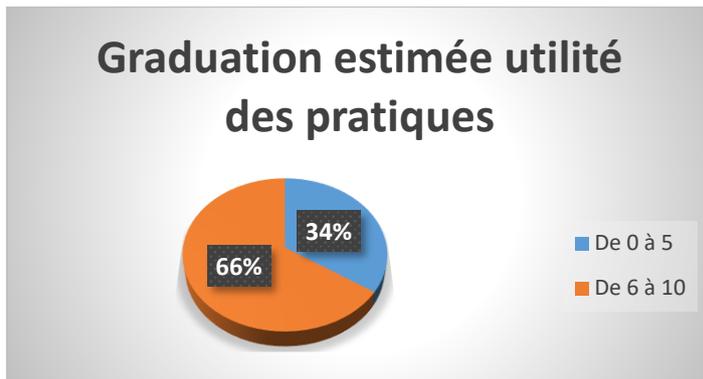
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	0	2	5	4	4	5	3	3	6

Pas du tout utile

Très utile

Environ 65 % des infirmiers estiment qu'un apport de connaissance en santé mentale communautaire leur serait de moyennement à très utile dans leurs pratiques (6-10). Ce sentiment est partagé à 100 % par des jeunes professionnels (0-5 ans de diplôme) mais aussi largement représenté par des professionnels disposant d'une ancienneté plus ancienne (60 % pour les plus de 10 ans).

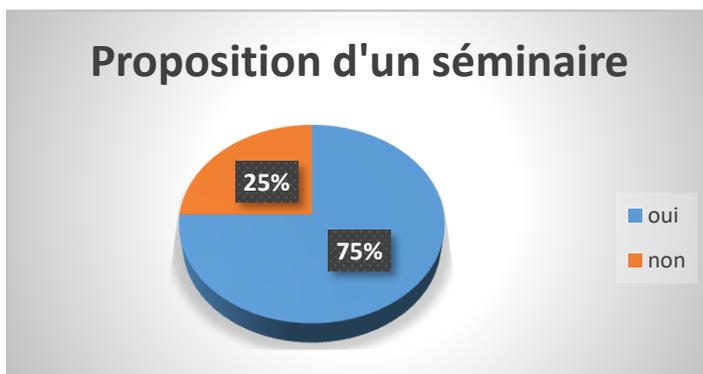
Tableau 13 : Utilité estimée



Q13 : « *Seriez-vous intéressé par un séminaire de formation sur ce thème ?* »

Cette question avait pour objectif de proposer une ingénierie de formation et de recueillir les propositions qui seraient les plus pertinentes pour toucher efficacement les infirmiers.

Tableau 14 : Proposition d'un séminaire



Q14 : Si oui, comment l'envisageriez-vous ?

Tableau 15 : Forme de séminaire envisagé

10	Conférence, apports théoriques
6	Ateliers pratiques
14	Rencontre entre équipes, échanges
1	Etudes de cas cliniques
5	Pas de réponses

Nous avons classé les principales réponses en 5 catégories décrits ci-dessus. Les infirmiers proposent majoritairement des partages entre pairs et de l'apport théorique. Il est proposé également d'inclure des ateliers pratiques (6).

Cette question nous donne des précisions sur les modalités de mise en place de la formation proposée.

4. Conclusion de l'enquête

Cette analyse conforte et valide l'hypothèse émise précédemment.

L'analyse de cette enquête met en évidence un manque de connaissance majoritairement présent chez les jeunes professionnels et/ou les jeunes diplômés en lien avec le manque de formation apportée dans les IFSI sur le sujet ou le manque d'expérience acquise sur le terrain.

Cette analyse conforte le besoin en formation mais aussi la motivation des professionnels à se former à ces pratiques, reconnaissant qu'elles leur seraient utiles dans leurs pratiques au quotidien.

L'ingénierie de formation s'oriente vers la mise en place d'un ensemble d'actions et de formation visant l'accueil des nouveaux infirmiers et leur acculturation aux pratiques du pôle, vers une culture commune. Elle inclut un séminaire autour du rétablissement.

Les propositions faites intègrent le besoin de partage entre pairs et aussi la notion de théorie plus formalisée. C'est avec ces précisions que notre projet peut se décliner.

Chapitre III : Le projet de formation

Le projet s'inscrit dans une démarche d'ingénierie de formation sur laquelle il est nécessaire de s'arrêter pour en définir son concept.

Il s'agit pour le cadre d'adopter une posture qui permet à la fois d'instaurer un climat de confiance pour faire évoluer les regards et créer une dynamique d'appartenance à une équipe autour d'une culture commune. Donc, s'engager dans une ingénierie de formation peut faire évoluer les représentations dans les dimensions à la fois micro, méso et macro. Au niveau micro : par la reconnaissance et la considération de la personne au sein du collectif et par la mise en réflexivité de l'équipe autour d'un projet. Au niveau méso : Le cadre de santé questionne son management dans l'élaboration d'un projet, organisée en collaboration avec les acteurs de terrain et la hiérarchie. Au niveau macro : Le cadre est l'interface entre l'équipe et la hiérarchie en communiquant efficacement entre ces 2 systèmes afin de coconstruire le projet.

L'ingénierie de formation est « *une démarche socio-professionnelle où l'ingénieur de formation, a, par des méthodologies appropriées, à analyser concevoir, réaliser et évaluer des actions, dispositifs et/ou systèmes de formation en tenant compte de l'environnement et des acteurs professionnels. Ces actions, dispositifs, ou systèmes sont mis en œuvre de manière optimale en vue du développement de l'organisation et des personnes* » (Ardouin, T., 2010, P24). L'Ingénierie de formation ne se résume pas aux relations entre le formateur et le formé. Elle intègre un processus complexe qui tient compte du contexte, des acteurs mais aussi de l'organisation.

Le concept d'ingénierie de formation s'adapte régulièrement à l'évolution sociale. Dans le contexte de restructurations du monde hospitalier, le champ pédagogique est une réelle source d'inspiration pour accompagner les soignants à modifier leurs représentations.

« *L'ingénierie de formation construit une « architecture de la formation », mais aussi permet de donner du sens à celle-ci en la resituant dans son contexte culturel ou socioprofessionnel.* » (Ardouin. T., 2013), P22. L'ingénierie de formation tient compte en

effet, de tous les acteurs et de leurs environnements (individuels, collectifs, organisationnels et stratégiques). Ce processus se déroule en 4 étapes :

- L'analyse
 - La conception
 - La réalisation
 - L'évolution
- Phase d'investigation

1. L'analyse

L'analyse reprend certains éléments du contexte du pôle 59G21 et aussi bien sûr les éléments issus du travail d'enquête.

Nous observons sur le pôle un turn-over régulier dans le recrutement de nouveaux professionnels.

Le recrutement en 2021 par catégorie socio-professionnelle :

- Infirmiers : 12
- Psychologue : 3
- Ergothérapeute : 1
- Assistante culturelle : 1
- ASHQ : 1
- MSP : 2

Au total, en 2021, 20 professionnels ont été recrutés pour le G21.

En 2020 :

- Infirmiers : 2
- Secrétaire 1
- Psychomotricien : 3
- Psychologue : 4 dont 1 neuropsychologue

Au total, en 2020, 10 nouveaux professionnels ont été recrutés sur le pôle 59G21.

Sur 2 ans, le pôle s'est vu recruté 30 nouveaux professionnels de toutes catégories confondues. Pour ces nouveaux professionnels, hormis la découverte d'une journée d'immersion sur l'ensemble des structures, il n'existe pas de protocole ou de formation pour acculturer ces agents à la spécificité inhérente du G21. Ces 30 professionnels nouvellement recrutés n'ont de ce fait bénéficié d'aucune formation ou sensibilisation sur le thème du rétablissement ou de la santé mentale communautaire. Il est arrivé qu'une psychologue du pôle intervienne sur une unité sur ce thème. Néanmoins, cela reste pauvre en terme d'acculturation, de partage de pratiques et de valeurs communes.

De plus, l'enquête démontre le besoin d'accompagnement pour certains professionnels qui reconnaissent manquer de connaissances et verbalisent clairement un besoin de formation.

Nous observons également une population plutôt jeune et pour certains, le G21 est leur seul regard de référence car leur premier poste.

Par conséquent, au regard de cette analyse contextuelle, le projet de formation concerne l'ensemble des professionnels nouvellement recrutés depuis 2020. Il pourra se renouveler chaque année voir 2 fois par an, en fonction du nombre de recrutements.

2. La conception

La conception répond à toutes les questions du projet.

Elle concerne tous les professionnels nouvellement recrutés sur le pôle (jusque 5 ans d'ancienneté), les tuteurs professionnels du pôle (4 IDE dont 2 sur l'unité d'hospitalisation et 2 en ambulatoire), les professionnels formateurs (PH, psychologues, IDE, MSP), le Cadre supérieur de santé ainsi que les Cadres de santé.

Il s'agit de mettre en place **un plan d'intégration (PI)** des nouveaux professionnels du pôle 59G21 qui intègre des actions et des séquences de formation autour de 4 axes principaux : l'accueil des nouveaux arrivants, Un tutorat avec une immersion de 1 ou 2 jours sur les unités de soins, la mise en place d'un séminaire G21 autour du rétablissement offrant des séquences de formation en lien avec les orientations stratégiques du pôle, des formations institutionnelles essentielles à acquérir rapidement.

3. La réalisation

La réalisation du projet inclut plusieurs dimensions : individuelles, collectives et institutionnelles.

- La dimension individuelle :

Elle consiste à accueillir le nouveau professionnel en lui concevant son parcours d'intégration. Il s'agit pour le cadre de santé de l'accompagner afin qu'il puisse prendre connaissance de ses futures relations de travail et l'équipe dont il fera partie. C'est aussi l'accompagner dans son poste et les missions qui lui sont attribuées.

Dans cette perspective, le cadre de santé prépare l'arrivée du nouvel arrivant en préparant pour le jour J : badge, clefs, carte, codes, blouses...

Cet axe tient compte du positionnement singulier des tuteurs qui accompagneront le nouveau professionnel. Quatre agents se sont engagés dans ce rôle qui consiste à transmettre des savoirs professionnels et des valeurs tout en se positionnant en tant que référent de l'apprenant. Le tutorat facilite en effet l'apprentissage, ce qui rend le professionnel plus vite opérationnel et intégré.

- La dimension collective

Sur un plan collectif, il est nécessaire de favoriser la création d'un lien interdisciplinaire au sein des membres de l'équipe et d'harmoniser celle-ci autour de valeurs communes inhérentes au pôle et le plus important étant d'insuffler une dynamique de projet.

Le Projet d'Intégration intègre un parcours découverte sur le pôle d'une semaine pour chaque agent (1 ou 2 jours sur chaque unité), à réaliser dans les 2 mois après le recrutement.

Aussi, des professionnels formateurs du pôle (psychologues, IDE, Médiateurs Santé Pairs, cadres, psychomotriciens) proposent un parcours formation afin de professionnaliser très rapidement l'agent.

Le séminaire autour du rétablissement aura lieu 2 fois/an. Il propose plusieurs thématiques dont les concepts du rétablissement, de l'empowerment, la réhabilitation psychosociale, les alternatives à l'isolement et la contention, le réseau communautaire, la démocratie citoyenne).

- La dimension institutionnelle

Cette dimension permet d'intégrer une réflexion plus transversale et de faciliter la mise en place de certaines actions de formations telles que le propose notre projet, en accord avec les directions concernées. Le séminaire G21 peut ainsi être pensé plus « largement », à l'échelle institutionnelle voire du GHT afin de favoriser l'évolution des postures et d'intégrer de nouvelles pratiques et organisations.

Présentation du Plan d'Intégration

Les 4 axes de ce plan : l'accueil, le tutorat et le parcours découverte, les formations obligatoires, le séminaire G21.

Ce projet est piloté par l'encadrement en lien avec le médecin chef de pôle. Des réunions de travail ont débuté afin de co-construire le PI avec toutes les personnes concernées par sa mise en place.

L'accueil

L'accueil est anticipé par le cadre de l'unité (badge, codes, blouses...). L'accueil physique se fait soit par le cadre supérieur soit par le cadre de santé de l'unité. Il est ensuite présenté à l'équipe après une visite de la structure.

Le professionnel est de suite inscrit pour le prochain séminaire autour du rétablissement ainsi que sur la liste des formations souhaitées.

La présentation et le projet de pôle lui sont remis lors de cet accueil avec ses dates de formation. Un tuteur lui est désigné.

Le tutorat et le parcours découverte

Un tutorat est instauré pour chaque nouveau professionnel recruté et ce, le plus précocement possible (dans les 2 mois maximum) et continue tant que les tutoré et le tuteur l'estiment nécessaire. Afin de faciliter la verbalisation des difficultés et l'apprentissage, les professionnels recrutés sur la clinique JB seront accompagnés par les tuteurs de l'ambulatoire et inversement.

Le parcours de découverte est réalisé dans les 2 mois (maximum) suivant l'arrivée du nouveau professionnel. Il se fait sur 5 jours soit 1 à 2 journée sur l'unité ambulatoire. Ce parcours est adapté en fonction de l'unité de recrutement de l'agent. Les dates du parcours découverte sont remis à l'agent au plus tard dans la semaine suivant son accueil.

Lundi	Soins Intensifs Intégrés dans la Cité
Mardi	Soins Intensifs Intégrés dans la Cité
Mercredi	Habitude
Jeudi	Frontières
Vendredi	SMPP

Les formations

Les nouveaux professionnels sont inscrits par l'encadrement aux formations nécessitant une évaluation approfondie à savoir la formation Omega (5 jours) sur le risque de violence et la formation sur l'évaluation du risque suicidaire (3 jours). Il s'agira donc de prioriser l'inscription des nouveaux arrivants afin qu'elles puissent être proposées le plus précocement possible.

Le « nouvel arrivant » est complètement formé à l'ensemble des thématiques obligatoires au maximum 1 an après son arrivée.

Le séminaire G21

Le séminaire G21 comprend des séquences de formation proposées par les professionnels du pôle en fonction de leurs appétences et compétences sur le thème. Chaque professionnel construit sa séquence et celle-ci sera reconduite en fonction du besoin. Le séminaire se fait sur une journée et demi soit 12h de formation.

Les séquences de formation sont les suivantes :

- ❖ Histoire, culture et politique du pôle (4h)

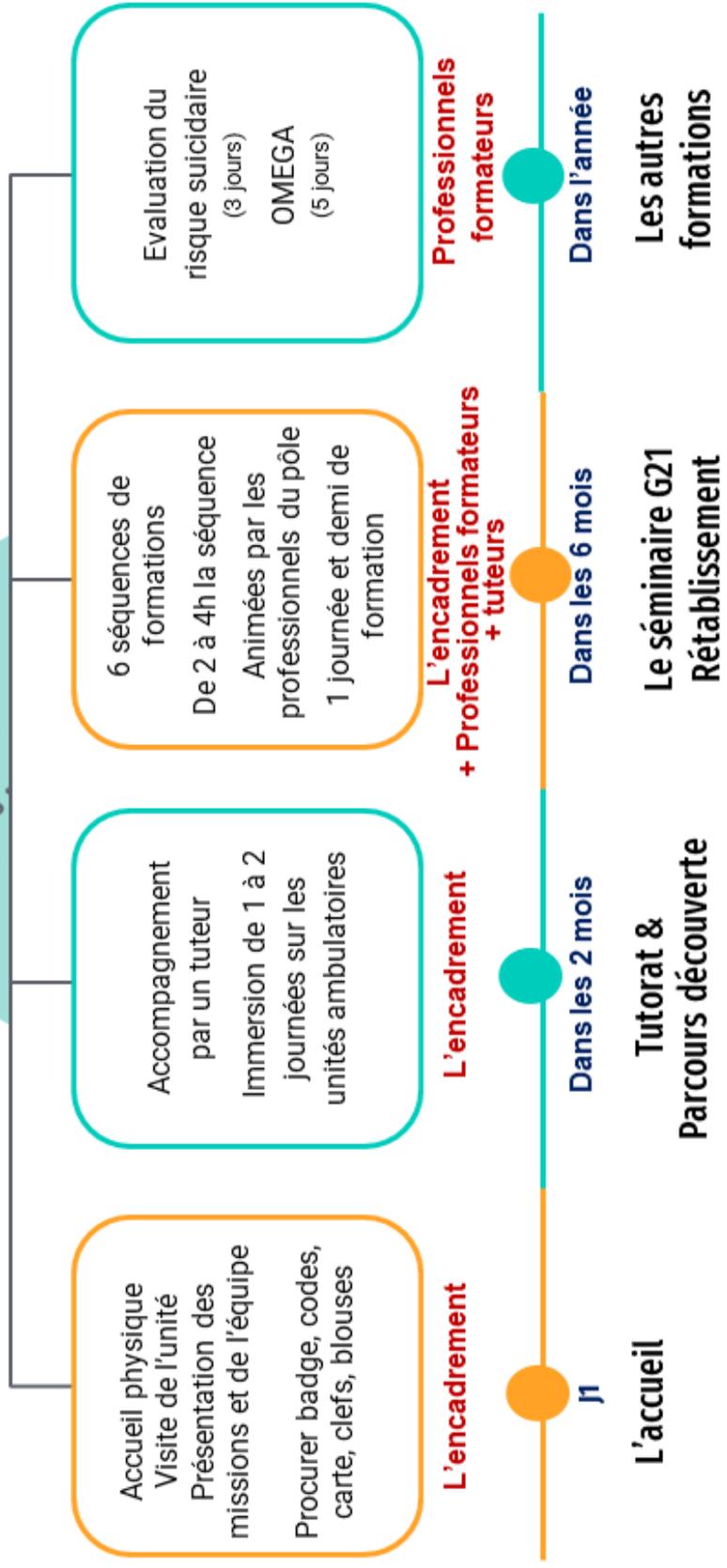
- ❖ Rétablissement et empowerment (2h)
- ❖ Les outils utilisés sur le pôle : plan de crise, plan de rétablissement et d'intervention (PréPI), plan de prévention et de gestion de la violence, le Re'tapp¹¹, les autres outils, (2h)
- ❖ La Réhabilitation Psychosociale (le centre de proximité) (2h)
- ❖ La démocratie sanitaire, les représentants et portes paroles des usagers, la pair-aidance (2h)
- ❖ Les alternatives à l'isolement et la contention (2h)

Nous envisageons 2 séminaires par an afin que chaque nouvel arrivant soit formé sur ces thèmes dans les 6 mois suivant leur arrivée.

¹¹ Re'tapp : outil numérique du rétablissement (en cours de projet)



LE PLAN D'INTEGRATION



4. L'évaluation

Ce projet nécessite une évaluation à court terme, moyen terme et long terme. Mais l'évaluation se fait aussi en continue pendant la réalisation du projet. Il s'agit d'une évaluation formative, c'est-à-dire, qui accompagne le déroulement des actions et les guide. Des critères et indicateurs sont aussi identifiés à court, moyen et long terme. Ils sont à la fois, quantitatifs et qualitatifs. Les indicateurs quantitatifs peuvent s'envisager comme par exemple, le nombre de séminaire mis en place. Les indicateurs qualitatifs sont envisagés comme par exemple : la satisfaction et l'intégration du nouveau professionnel.

5. Ouverture pragmatique

Un séminaire d'envergure institutionnelle qui rassemblerait des professionnels de tous les pôles de l'établissement permettrait de faire évoluer ces pratiques du rétablissement, faciliterait les échanges et les liens entre professionnels autour d'une culture d'établissement commune. C'est un objectif indirect de ce mémoire.

Par manque de temps, nous n'avons pas pu réaliser l'analyse d'une enquête faite auprès de différents pôles. Néanmoins cette perspective reste ouverte au-delà de ce travail d'études.

Conclusion

Ce travail de recherche a permis une analyse du fonctionnement interne du pôle Lillois 59G21 quant au développement de compétences des professionnels. Les infirmiers sont les premiers acteurs de terrain et leur professionnalisation est essentielle pour apporter des soins de qualité et en cohérence avec la politique du service. Faire du rétablissement demande à ce que les professionnels puissent connaître ce concept au-delà d'une simple notion.

La mise en place d'un plan d'intégration adoptant un séminaire interne autour du rétablissement est une première réponse pédagogique aux insuffisances relevées en termes d'enseignement. Il est fondamental de poursuivre et d'étendre cette réflexion au-delà du pôle en facilitant des rencontres interprofessionnelles sur un plan institutionnel, sur le thème de la santé mentale communautaire. Développer une culture commune rassemble et unifie un établissement autour d'un collectif fort.

A l'heure des infirmiers en pratique avancée, innover dans nos pratiques est essentiel pour développer une cohérence dans les soins et remettre l'utilisateur au cœur des préoccupations du soin. L'avis des usagers serait très intéressant et parlant pour ouvrir cette réflexion et poursuivre ce travail autour de l'amélioration de nos pratiques...

Table des illustrations

- <u>Tableau 1</u> : Ancienneté par le diplôme	20
- <u>Tableau 2</u> : Ancienneté sur le pôle.....	20
- <u>Tableau 3</u> : Unités d'exercice.....	21
- <u>Tableau 4</u> : Soins centrés sur la personne.....	21
- <u>Tableau 5</u> : Analyse thématique.....	22
- <u>Tableau 6</u> : Les freins au rétablissement.....	23
- <u>Tableau 7</u> : Taux du besoin de connaissance sur le concept du rétablissement et ses pratiques.....	24
- <u>Tableau 8</u> : Evaluation des connaissances.....	25
- <u>Tableau 9</u> : Professionnalisation.....	25
- <u>Tableau10</u> : Posture et empowerment.....	26
...	
- <u>Tableau 11</u> : Santé mentale communautaire.....	27
- <u>Tableau 12</u> : Sentiment d'utilité à l'apport de connaissances.....	27
- <u>Tableau 13</u> : Utilité estimée.....	28
- <u>Tableau 14</u> : Proposition d'un séminaire.....	28
..	
- <u>Tableau 15</u> : Forme de séminaire envisagé.....	29

Bibliographie

- Ardouin, T., Ingénierie de formation : analyser, concevoir, réaliser, évoluer, 4ème édition), Dunod, 2013
- Delassus, E., Quels sens donner au terme de « culture » quand on parle qualité-sécurité des soins ? N° 10 mars 2018, philosophie et management, qualité des soins
- De Miribel, J., L'expérience infirmière en psychiatrie et santé mentale : enquête sur les dynamiques de professionnalisation et de construction du rapport au métier, Thèse de doctorat présentée et soutenue le 5 décembre 2017, Université de Lille 3
- FIAT C., Wonner, M., Rapport d'information N° 2249 déposé par la commission des Affaires sociales, 18 septembre 2019
- Harlow, G., (Chickadonz) Klein, Françoise Ducroux-Biass, « L'empowerment » et Carl Rogers, Réflexions sur le concept d'empowerment et l'Approche centrée sur la personne en soins infirmiers, Approche Centrée sur la Personne : Pratique et recherche 2009/2 (n° 10)
- IBARRART, F., L'empowerment ... Un chemin vers le rétablissement en Santé Mentale, Mémoire Master 2 RIM – option éducation thérapeutique, sous la direction de Catherine TOURETTE-TURGIS, (empowerment un chemin vers le rétablissement en santé mentale.pdf)
- La politique hospitalière, chronologie, santé.gouv.fr
- Le décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000035315389>
- Leyreloup, A.M., Entre hier et aujourd'hui, le métier d'infirmier en psychiatrie, Sud, Nord, 2010/1 (N° 25)

- Martin J.P, La notion de communautaire en santé mentale, VST - Vie sociale et traitements 2013/1
- Organisation mondiale de la santé. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé. 1946. En ligne : <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48thedition-fr.pdf>
- Pachoud, B., Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes, L'information psychiatrique 2012/4 (Volume 88)
- Phaneuf, M., L'empowerment une nécessité pour les clients en soins infirmiers, Février 2013, version informatisée (dernière consultation le 09 septembre 2021).
- Rétablissement et psychose, revue Santé Mentale, N° 166 – Mars 2012
- Roelandt, JL, Vaglio, A., Magnier, J., Defromont L., PRATIQUES en santé mentale, EXPOSÉ La santé mentale en France et dans le monde : « Des hommes, pas des murs », 2015 N°1
- Rogers, C., La tendance actualisante par rapport aux « motifs » et à la conscience, Traduction Française Ducroux-Biass, Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche 2011/1 (n° 13)
- Rogers, C., le développement de la personne, Broche, 2005
- Rohrbach Viadas, C., Soins et anthropologie. Une démarche réflexive, Recherche en soins infirmiers 2007/3 (N° 90)
- Tourette-Turgis C., Thievenaz J., L'injonction au bonheur : l'imposé du travail du patient, Empan, 2012/2 (N°86)

