UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2020/2022

MENTION :

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR LE DIPLÔME D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE

SPECIALITE :

Psychiatrie et Santé Mentale

« Leadership clinique de l'IPA et Parcours Patient : Un enjeu institutionnel vecteur de l'efficience et de l'éthique professionnelle »

Présentée et soutenue publiquement le 6 juillet 2022 à 12H00

Au Pôle Formation

Par Audrey VANWALSCAPPEL

MEMBRES DU JURY

Personnel sous statut enseignant et hospitalier, Président :

Monsieur le Professeur Eric WIEL

Enseignant infirmier :

Madame Catherine BARGIBANT

Directeur de mémoire :

Madame Eliane BOURGEOIS

REMERCIEMENTS

A ma Directrice de mémoire,

Madame BOURGEOIS Eliane

Directrice des Soins - Coordinatrice générale

De l'EPSM Val de Lys Artois de Saint Venant

Merci pour votre accompagnement, votre transmission de savoir, votre soutien et votre bienveillance.

Je vous suis également reconnaissante de m'avoir accordée votre confiance, et je souligne sincèrement votre investissement qui encourage l'arrivée de la pratique avancée.

A mon référent pédagogique,

Monsieur le Professeur THOMAS Pierre

Chef de Pôle de Psychiatrie du CHU de Lille

Responsable de la formation IPA mention Psychiatrie et Santé Mentale

A la faculté de médecine H. Warembourg de l'Université de Lille

Veuillez accepter mes sincères remerciements pour votre accueil en stage au CHU de Lille, pour votre écoute et votre bienveillance.

Aux membres de mon jury,

Vous me faites l'honneur de votre participation. Je vous remercie de l'intérêt porté à mon travail.

A ma famille,

A mon mari, Merci pour ton amour, ta force de caractère et tes encouragements qui m'accompagnent chaque jour.

A mes filles, Merci pour votre amour, votre tendresse et votre confiance, qui me portent à chaque instant.

A ma mère et à mon beau-père, Merci pour votre présence, votre patience et votre dévouement sans faille dans notre vie au quotidien.

A ma marraine et à son mari, Merci pour vos encouragements et votre bienveillance.

A mes cousins, Merci pour votre soutien.

Aux membres de notre famille, nos étoiles qui veillent sur nous.

A mes amis,

Je vous remercie pour votre amitié, votre bonne humeur qui me permet de me ressourcer. De près, comme de loin, vos encouragements me vont droit au cœur.

A mes collègues de promotion, Gaël, Anne Lise et Valérie, Merci pour votre énergie et ces instants de complicité partagés.

A l'équipe pédagogique de l'Université de Lille, Monsieur le Pr PUISIEUX et Madame GODEFFROY, Merci pour votre soutien, votre implication et votre dévouement.

A mes collègues de l'EPSM Val de Lys Artois, Merci pour votre présence, votre confiance et votre soutien. Merci à la richesse des rencontres qui contribuent à mon évolution professionnelle.

A La Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts de France (F2RSM), Merci pour vos conseils et votre disponibilité.

Aux médecins, aux internes, aux collègues et aux professionnels rencontrés lors de la formation IPA, et lors de mes deux stages, au Centre Hospitalier d'Hazebrouck et au Centre Hospitalier Universitaire de Lille.

Table des Abréviations

APP : Analyse des Pratiques Professionnelles

CC : Chemin Clinique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CSMIRT : Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

DIRM : Département d'Information et de Recherche Médicale

EDC : Episode dépressif caractérisé

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale

GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IPA : Infirmière de Pratique Avancée

ISP : Infirmier de Secteur Psychiatrique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEA : Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

PEC : Prise en Charge

PST : Plan de Soin Type

PTSM : Projets Territoriaux de Santé Mentale

Sommaire

Introduction générale

Introduction théorique 1
I. La pratique avancée 3
1.1 Les concepts de la Pratique avancée 3
1.2 Le leadership clinique 6
1.3 L'évaluation de l'état clinique du patient en psychiatrie 10
II. Méthodologie 13
2.1 Choix de la méthodologie 13
2.2 Etude Quantitative 13
2.3 Elaboration des auto-questionnaires 14
2.4 Réalisation des auto-questionnaires 15
III. Résultats et Analyse de l'enquête 17
3.1 Les données sociodémographiques 18
3.2 Les données statistiques de l'évaluation des connaissances 19
3.3 Les données statistiques de l'auto-évaluation des connaissances 32
3.4 Les données statistiques sur les connaissances du métier IPA 39
IV. Discussion 40
4.1 Analyse des résultats du questionnaire 40
4.2 Leadership clinique et Pratique Avancée 47
Conclusion 58
Bibliographie 60
ANNEXES 62
Annexe n°1 63
Annexe n°2 71
Annexe n°3 73

Introduction générale

Mon expérience professionnelle en qualité d'infirmière, acquise au cours de ses seize années au sein de l'EPSM Val de Lys Artois de SAINT-VENANT, m'a permis d'enrichir et de perfectionner ma pratique auprès des patients souffrant de pathologies psychiatriques. Pendant ces cinq dernières années, au Centre Médico-Psychologique de SAINT- OMER, j'ai contribué à la mise en place de projets thérapeutiques et, par le biais du concept d'infirmière « référente », j'ai accompagné les patients dans leur parcours de soin en coordonnant leur prise en charge.

En 2016, la loi de Modernisation du Système de Santé a permis la création d'une nouvelle profession « infirmière en pratique avancée », relevant d'une formation universitaire de grade master. Le terme « Avancée » signifie l'approfondissement du champ des compétences infirmières évoluant vers des compétences médicales et le terme « Pratique » fait référence à la pratique clinique. Je m'intéresse à l'évolution de la profession depuis la parution du décret du 18 juillet 2018 officialisant la fonction. Mon intérêt s'est conforté avec le décret et l'arrêté parus le 12 août 2019 qui étendent et définissent le champ d'activité et de compétences de l'infirmier en pratique avancée dans le domaine d'intervention "Psychiatrie et Santé mentale".

L'Infirmier en Pratique Avancée est une ressource supplémentaire dans l'optimisation du parcours du soin ainsi qu'un soutien pour le corps médical et les équipes soignantes dans le développement des structures ambulatoires. L'IPA exerce une forme innovante de travail interprofessionnel en s'appuyant sur des compétences relevant du champ médical. Il améliore également l'accès aux soins ainsi que la qualité du parcours de soins des patients.

Par ses compétences cliniques et son niveau d'expertise acquis au cours de la formation, l'IPA peut assurer le suivi de situations complexes, en particulier sur la coordination du soin entre la ville et l'hôpital. La coordination du parcours patient sans rupture est un enjeu de Santé Publique, explicité entre autres dans les Projets Territoriaux de Santé Mentale. L'accompagnement du patient est primordial, d'autant que l'offre de soin est secteur dépendante.

Afin de maintenir une qualité des soins, l'IPA a pour mission de mettre en place et de conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique. Cette compétence s'applique dans l'accompagnement des prises en soins, autant pour les patients que leurs aidants, et en parallèle, dans la coordination et le travail en collaboration avec les équipes pluriprofessionnelles.

Cette nouvelle profession amène un changement de paradigme. En effet, le médecin psychiatre est identifié comme le coordonnateur du parcours de soin du patient. Par le biais de réunions de synthèses cliniques, ce dernier contribue à l'articulation des actions des différents professionnels intervenant dans la prise en soin du patient.

Eu égard au problématique de démographie médicale, l'équipe pluriprofessionnelle a de fait constaté une diminution des temps des réunions de synthèse, de concertation pour analyser l'évolution de l'état clinique du patient favorisant l'élaboration et la co-construction de son projet de soin. L'absence de synthèses cliniques entraîne un manque d'interactions interprofessionnelles, avec un risque majeur sur la qualité et la continuité du soin. Le manque d'échange contribue à compartimenter la prise en charge et à isoler le professionnel dans sa propre pratique. On peut également constater que cela entraine une carence de l'utilisation de la sémantique et d'informations relatives à l'évaluation de l'état clinique du patient, d'autant que la particularité de la psychiatrie repose sur une prise en charge holistique.

Le Décret infirmier n° 2004-802 du 29 juillet 2004 explicite le rôle propre, en favorisant l'analyse, l'organisation, la réalisation et l'évaluation des soins infirmiers. L'infirmier effectue des recueils de données cliniques pour « contribuer à l'élaboration du diagnostic médical posé par le psychiatre, et participe à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé ». Malgré la posture réflexive induite par ce décret, mon expérience professionnelle m'a permis de constater que le contenu des transmissions écrites et / ou orales étaient souvent un recueil d'actes réalisés et d'informations variées plutôt que le reflet de l'observation et de l'évaluation de l'état clinique du patient. Les soignants par habitude, s'appuient sur les orientations médicales, oubliant ainsi l'exercice de leur rôle propre au détriment d'un rôle exécutif.

Différents médecins psychiatres de différents pôles constatent une utilisation partielle de la sémantique et de la sémiologie, les pénalisant pour affiner leurs observations cliniques. Certes, régulièrement, les soignants emploient, entre autres, les termes suivants : « le patient ne va pas bien… », avec peu voire sans symptomatologie spécifique. De part ces critiques positives, j'ai pris conscience que nous ne mettions pas en valeur notre rôle propre d'infirmier, qui a pour mission de « recueillir les observations cliniques nécessaires à l'élaboration du diagnostic et à l'évaluation de l'état clinique », cité dans l'article 2 du Décret n°2002-194 du 11 février 2002. L'utilisation de la sémantique spécifique à la psychiatrie est complexe, ce qui peut peut-être, être un frein à son usage.

L'IPA, de part ses compétences et ses connaissances, a pour mission d'accompagner les soignants dans leurs pratiques professionnelles. Il travaille en collaboration avec ses collègues pour développer le raisonnement clinique partagé. L'IPA exerce au sein d'une équipe pluri professionnelle et s'appuie sur son analyse clinique au regard des observations cliniques constatées par l'équipe. Il est judicieux que tous les soignants utilisent le même vocabulaire professionnel, en y attribuant les mêmes critères. La clinique est au cœur de notre pratique permettant ainsi le jugement clinique. L'évaluation de la clinique donne sens à la prise en soin définissant ainsi la démarche clinique (processus de problématisation), les actions et l'identification des risques.

Toutes ces informations sont essentielles pour établir le projet thérapeutique individualisé du patient, définissant ainsi son parcours de soin et de santé, en s'appuyant sur le guide des recommandations des bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (septembre 2016).

Soucieuse de contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles, ma future fonction d'IPA m'a permis de me poser la question suivante :

Quels sont les enjeux du leadership clinique de l'IPA, au sein d'une équipe pluriprofessionnelle, permettant d'accompagner le projet et le parcours de soins du patient ?

Ce questionnement participe à la réflexion sur la valeur ajoutée de l'IPA au cœur d'une équipe pluriprofessionnelle. Le leadership exercé par l'IPA influence l'orientation de la prise en charge du patient. La maitrise de la clinique donne sens à la pratique, d'où mon questionnement sur les fondamentaux de notre profession concernant les connaissances infirmières sur la sémantique et la sémiologie spécifique à la psychiatrie.

Ce travail de recherche représente un état des lieux des connaissances infirmières. La maitrise des connaissances est nécessaire pour réaliser l'évaluation de l'état clinique du patient, permettant l'élaboration du projet individualisé et du parcours de soins du patient.

Dans la première partie de ce mémoire, un cadre conceptuel détermine les fondamentaux de la pratique avancée, le leadership clinique et l'évaluation de l'état clinique du patient en psychiatrie. Dans un second temps, je vous présente la méthodologie de la recherche quantitative et l'auto-questionnaire utilisé afin de permettre l'évaluation et l'analyse des connaissances infirmières. Ce travail d'analyse des pratiques professionnelles se conclue par une discussion afin de renforcer le concept d'éthique professionnelle et une projection d'actions envisagées à ma prise de poste au sein de mon établissement.

Introduction théorique

Le « leadership clinique » est une nouvelle compétence apparaissant dans le Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. Gita De Souza et Howard J.Klein définissent le leadership clinique infirmier comme *« un processus par lequel un professionnel soignant exerce une influence sur les autres membres de l'équipe, bien qu'il ne détienne aucun pouvoir d'autorité, et facilite ainsi les efforts individuels et collectifs visant à atteindre les objectifs cliniques fixés »*. (DEBOUT, 2019) En effet, il permettra d'évaluer l'état clinique du patient, en relai de consultations médicales, en vue de mettre en œuvre le projet de soin du patient. Le leadership clinique permet d'assurer le suivi des patients dans leur prise en soin et de les accompagner dans leur parcours. Cette compétence est mise à profit de l'équipe pluriprofessionnelle pour améliorer la qualité du soin. Les professionnels n'ont pas tous acquis le même niveau de connaissance et l'IPA, de part sa formation, participe à l'amélioration des pratiques professionnelles. Les écarts de générations au sein de l'équipe entrainent une hétérogénéité des apports de connaissances selon les références médicales (DSM-4 / DSM-5) enseignés durant le cursus de formation, tout comme l'universitarisation de la formation en soins infirmiers (française, 2009) . Les changements entre le DSM-IV et le DSM-V sont nombreux, dont certains s'avèrent importants. Des diagnostics ont changé, d'autres ont été combinés ou éliminés. La classification des diagnostics selon le DSM-V est divisée en 22 chapitres selon les différents troubles mentaux. Le DSM-V regroupe des diagnostics dans une approche plus dimensionnelle comparativement à ses prédécesseurs. (WORRET, 2016).

Il est souvent constaté au sein des équipes un écart entre l'observation médicale et l'observation paramédicale altérant parfois la qualité de transmissions d'informations et de communication. Le dictionnaire Larousse définit la sémantique comme : « l'étude du sens des unités linguistiques et de leurs combinaisons ». Elle permet que chacun utilise un terme approprié à l'observation clinique, sachant qu'il soit nécessaire que chacun ait la même définition du signe observé ou du symptôme recueilli par le patient. Un signe est une observation clinique « objective » et un symptôme est une expérience « subjective » décrite par le patient. La sémiologie se définit comme : « la science du recueil des signes et des symptômes d'une maladie » (Psychiatrie, 2021). Elle contribue à l'élaboration du diagnostic médical posé par le psychiatre, grâce au recueil de données réalisé par l'équipe pluriprofessionnelle.

L'utilisation de la sémantique est nécessaire pour l'évaluation de l'état clinique permettant l'élaboration du projet de soin individualisé du patient.

La sémantique et la connaissance de la sémiologie des troubles psychiatriques sont les bases fondamentales pour assurer le suivi d'un patient et co-construire son projet thérapeutique individualisé afin de définir son parcours de soin.

Ce constat a permis de définir la problématique de ce travail de recherche :

Quels sont les enjeux d'une maîtrise partielle de la sémantique et de la sémiologie spécifique au domaine de la Psychiatrie et de la Santé Mentale ?

L'objectif de ce mémoire est d'évaluer les connaissances sémantiques et sémiologiques spécifiques à la Psychiatrie et Santé Mentale chez les infirmiers de l'EPSM Val de Lys Artois. Dans l'objectif de répondre à mon questionnement, j'ai effectué des recherches bibliographiques concernant l'utilisation de la sémantique en psychiatrie. Un article de la revue Santé Mentale relate ce constat traduit de la manière suivante, « Ce vocabulaire coincé dans un dictionnaire… ». (SUZIE, 2017). Il exprime la déception d'une infirmière face au « déficit de professionnalisme », ce qui définit son ressenti. Elle remarque que le manque de maîtrise de l'utilisation de la sémantique altère la qualité des transmissions orales et des transmissions écrites.

A travers ce mémoire de recherche, je vais tenter de répondre à l'hypothèse :

L'expertise clinique de l'IPA apporte un complément d'informations sémiologiques permettant d'accompagner l'équipe soignante, dans le processus d'évaluation de l'état clinique du patient en exerçant un leadership clinique.

En effet, l'évaluation de la clinique du patient est l'une des compétences principales de l'infirmier. L'objectif est d'identifier les connaissances et les freins à l'utilisation de la sémantique et de permettre aux soignants d'analyser leur pratique dans l'évaluation de la clinique afin d'améliorer la qualité de la prise en soin du patient. Dans l'intérêt de ma future pratique, je me suis intéressée à la mise en place et à la conduite des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique. La compétence de leadership est essentielle à la pratique avancée, sachant que différentes formes sont décrites dans la littérature. Le concept de leadership clinique est apparu au début des années 2000 en vue d'assurer une meilleure intégration des soins et services fournis afin d'obtenir des résultats positifs pour les patients, pour le système de santé et la profession infirmière.

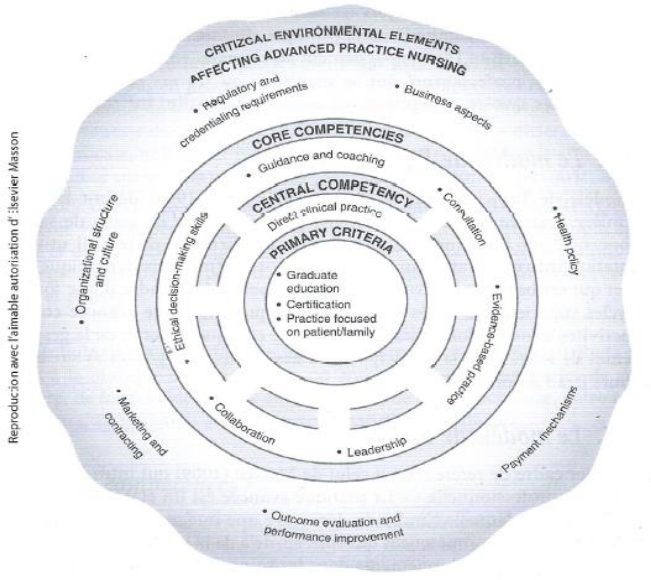
I. La pratique avancée

1.1 Les concepts de la Pratique avancée

Hildegard E. Peplau a contribué au changement de paradigme en reconnaissant la Science Infirmière comme une science humaine. Elle est considérée comme étant la pionnière des soins infirmiers psychiatriques et a introduit le concept de « pratique avancée ».

Peplau définit la personne comme étant « un être bio-psycho-socio-spirituel qui est en développement constant ». Elle décrit les soins comme « un processus interpersonnel thérapeutique, c'est-à-dire une relation entre une personne malade ou qui a besoin d'aide, et une infirmière formée à reconnaitre ce besoin et ayant les compétences pour y répondre ». (Jacinthe Pepin, 2010). Ces compétences sont détaillées dans différents modèles structurant la pratique avancée : le modèle Hamric, le modèle Strong, le modèle de Brown et le modèle de McGee. Ces quatre principaux modèles ont trois caractéristiques communes : le leadership, l'autonomie et l'expertise.

Le modèle le plus connu est celui de Hamric représenté, ci-dessous, par un schéma « l'œuf au plat ».



Critical éléments in advanced nursing practice environments
Extrait de AB. Hamric et al. Advanced practice nursing : an integrative approach, fifth edition. Fig 3.5, page 80. Copyright © 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Le modèle Hamric décrit six compétences de base, indispensables à l'exercice de la pratique avancée (Ambrosino, 2021):

- La pratique clinique
- La guidance et le coaching
- La collaboration
- Le leadership clinique, le leadership d'équipe et le leadership systémique
- L'éthique
- L'Edvidence base nursing (EBN) ou pratique basée sur les données probantes.

Les missions de l'IPA sont définies au sein d'un référentiel de compétences, selon le Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée :

1. Evaluer l'état de santé de patients en relais de consultations médicales pour des pathologies identifiées
2. Définir et mettre en œuvre le projet de soins du patient à partir de l'évaluation globale de son état de santé
3. Concevoir et mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation thérapeutique
4. Organiser les parcours de soin et de santé de patients en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés
5. Mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique
6. Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques

L'IPA, de part ses compétences et ses missions, participe à la promotion de la qualité des soins représentant un levier de changement vers l'adoption des règles de bonnes pratiques. La valeur ajoutée de l'IPA se manifeste par la complémentarité de ses compétences qui prennent en compte la dimension bio-psycho-sociale du patient. La vision globale de l'IPA est un enjeu pour l'accompagnement du patient dans son projet de soin et tout au long de son parcours de soins.

Selon Verspieren, 1984 : « Accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre ; mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas ». (Formarier Monique, 2012).

L'IPA accompagne le patient au sein de son parcours de santé, en articulant les soins en amont (prévention en santé) et en aval de la prise en charge (retour à domicile). Dans le cadre du parcours de soins, l'IPA en exerçant un leadership clinique, coordonne toutes les structures (accès aux consultations de 1er recours et aux autres lieux de soins) qui interviennent dans la prise en charge du patient permettant d'éviter un risque de rupture dans le parcours. Il est le « maillon » qui favorise la coordination du parcours du patient, de part la proximité et l'Alliance thérapeutique qu'il a créé avec le patient. L'alliance thérapeutique est un concept clinique qui permet d'appréhender les aspects non spécifiques et les facteurs communs de la relation thérapeutique, il est incontournable lors de la prise en charge des pathologies chroniques. (MATEO, 2012). L'accompagnement du patient, sous-entend une posture bienveillante et le respect du maintien de son autonomie au travers l'adhésion et le consentement aux soins. De ce fait, l'IPA participe au développement de la réflexion de l'équipe pluridisciplinaire sur la problématique suivante : comment construire une alliance de qualité avec les personnes soignées dans le cadre de situation complexe ?

L'IPA accompagne l'équipe pluriprofessionnelle dans l'amélioration des pratiques professionnelles, par le biais d'apport d'information et de formation, favorisant le développement d'une réflexivité professionnelle, en exerçant un leadership clinique, en vue d'améliorer la qualité du soin. Martine Beauvais affirme que l'accompagnement pourrait constituer le gage ultime de qualité de toute pratique de formation et d'éducation. Elle définit l'accompagnement comme : « une démarche visant à aider une personne à cheminer, à se construire, à atteindre ses buts ». (Beauvais, 2004). Dans le cadre d'études menées sur le thème de formation pour adultes et de professionnalisation, Jean Clénet définit le concept de « reliance » par « relier les connaissances » (Morin, 1999). Ce néologisme est conçu pour connaitre, penser, agir entre soi et autrui, pour produire ce que Simon (2004) nomme de ce qui est « convenable » et pas seulement l'idéal(e). (CLENET, 2016). L'IPA pourrait favoriser des reliances horizontales partagées entre coopération et co-action avec les professionnels, dans une dynamique similaire à la relation soignant-soigné.

La qualité des soins représente un concept multidimensionnel (humain, raisonnement clinique, orientation dans le parcours de soin…). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la qualité

des soins est définie comme « *une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* ».

En vue de participer au processus d'amélioration de la qualité du soin, l'IPA sollicite des analyses des pratiques professionnelles. André Levy désigne la notion d'analyse des pratiques comme une méthode de formation ou de perfectionnement fondée sur l'analyse d'expériences professionnelles, récentes ou en cours. (Levy, 2002). Cette pratique engendre la réflexivité qui permet la capacité de réfléchir délibérément sur ses propres pratiques en vue de les améliorer. (Carnus, 2013).

1.2 Le leadership clinique

Le leadership peut être défini comme un processus d'orientation et d'influence décisif d'une personne sur l'action d'un groupe humain en vue de mettre en place une politique et d'atteindre un certain nombre d'objectifs plus ou moins précis. Ce processus complexe se manifeste par la capacité à mobiliser un groupe autour d'une action collective. Le leadership peut être exercé de différentes façons, soit en lien de subordination, soit en exerçant une influence liée à la supériorité de ses compétences. (Plane, Théorie du leadership, Modèles classiques et contemporain, 2015).

La compétence 5 du référentiel de compétence des IPADE constitue une première dans la réglementation infirmière, en employant le terme « leadership clinique » dans un texte régissant l'exercice de ces professionnels.

Plusieurs compétences ont été évaluées chez le leader pour définir ce concept. Pour être identifié comme tel, le leader clinique au sein d'une équipe, doit posséder de solides compétences cliniques et atteindre un haut niveau de maîtrise dans l'exercice de ses missions, afin de lui procurer une crédibilité et une légitimité auprès de ses pairs.

Il doit communiquer efficacement, afin de partager ses conclusions et ses décisions, rendant ainsi explicite son raisonnement clinique (DEBOUT, 2019).

D'un point de vue éthique et dans l'intérêt du patient, il est judicieux que l'équipe partage une vision commune du soin. « Partager une vision, c'est voir ensemble, c'est s'entendre sur la

pensée, c'est communiquer les termes qui guident l'action et rappellent la ou les priorités de l'organisation ». (Jacinthe Pepin, 2010).

Dans le but de favoriser une vision commune, un leader inspire ses collègues à développer leur capacité d'influence grâce aux compétences et aux fonctions de chacun, dans le but d'atteindre un objectif commun. La légitimité du leader vient de son niveau de connaissances acquises par le biais de la formation et de sa capacité à agir en situation de travail. Elle est définitivement acquise de part sa posture professionnelle et sa capacité à partager ses savoirs.

Le modèle original de Sherman et al. (Schéma ci-dessous) a été développé au sein du Nursing Leadership Institut comme cadre de référence pour concevoir des programmes de formation et développer les compétences en leadership des infirmières, principalement destinées aux infirmières en Suisse et au Québec.

Ce modèle comprend 6 compétences :

- La pratique clinique exemplaire : la capacité de faire des choix éclairés afin d'analyser, soutenir et développer des pratiques cliniques basées sur des preuves issues de la recherche

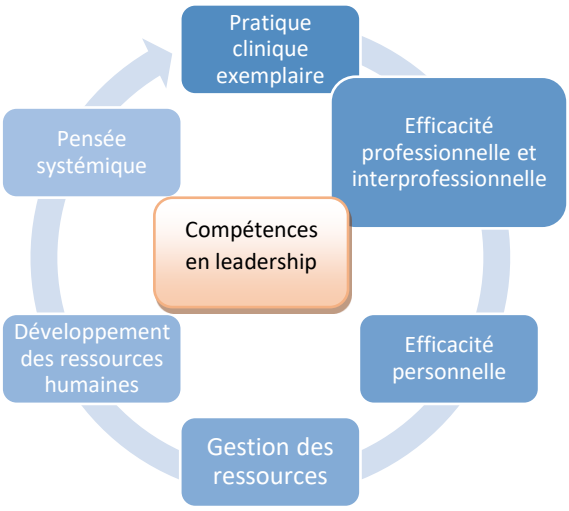
- L'efficacité professionnelle et interprofessionnelle : la capacité à cerner et se responsabiliser face à sa contribution propre, de même qu'à communiquer efficacement et à travailler en équipe autour d'enjeux cliniques

- L'efficacité personnelle : c'est le jugement que porte une infirmière sur sa capacité à prendre les responsabilités et poser les actions requises pour atteindre un objectif clinique

- La gestion des ressources : capacité à planifier, gérer, coordonner, contrôler et rendre des comptes en ce qui a trait aux ressources requises pour mener à bien le développement clinique

- Le développement des ressources humaines : capacité à planifier, informer, accompagner et soutenir dans leur développement les membres des équipes impliqués dans la poursuite d'objectif clinique

- La pensée systémique : capacité d'avoir une vision globale des enjeux dans sa spécialité et à mettre en relation les composantes stratégiques nécessaires pour atteindre la meilleure performance (Mathieu L, 2016).



De plus, les travaux de Robert K. Greenleaf (1970, 2002) ont cherché les conditions d'un leadership plus éthique et empathique. Il présente la théorie du « servant leadership » qui suscite l'autonomie chez ses collaborateurs, en avançant un leader plus éthique préoccupé par le développement du capital humain. L'empathie et l'écoute sont des traits caractéristiques majeurs du « servant leader » à la recherche d'un consensus, de la créativité mais aussi à la recherche d'un meilleur équilibre. C'est une source d'inspiration qui se compose de 10 principes d'actions tels que l'écoute, l'empathie, le soulagement, la conscience, la persuasion, la conceptualisation, la prévoyance, le soutien, le développement aux autres et le développement d'une communauté de pratiques et de réseaux professionnels. (Plane, Théories du leadership, Modèles classiques et contemporain, octobre 2015).

Le leadership a donné lieu au développement de nombreuses théories. La conception contemporaine du leadership souligne la complexité et le caractère dynamique de ce processus interpersonnel. Pour être exercé avec efficacité, il requiert la conjonction de facteurs intra personnels, interpersonnels et contextuels.

Le Leadership clinique étant l'expertise et la maitrise de la clinique, il permettra l'évaluation de l'état clinique du patient et l'accompagnement des équipes pluriprofessionnelles.

Cette compétence favorise l'utilisation de la sémantique et sémiologie spécifique à la psychiatrie, et la qualité des transmissions écrites et orales entre professionnels.

Dans une posture éthique et réflexive, l'IPA favorise l'interaction et s'adapte à l'évolution de la situation. Le développement du savoir éthique part de l'héritage de compréhension morale de l'infirmière qui réfléchit à sa pratique en se questionnant. En plus de la réflexion et du jugement, le savoir éthique s'acquiert par le dialogue d'ordre moral et par la justification des principes choisis dans sa pratique professionnelle. (Jacinthe Pepin, 2010)

Souvent, une réflexion en équipe pluridisciplinaire, centrée sur la personne, permet une analyse de la situation et débouche sur un développement harmonieux pour les personnes et la collectivité. En institution, réfléchir sur des questions d'éthique se fait en pluridisciplinarité, chacun pouvant avoir une approche différente des problèmes. C'est cette confrontation collective qui apporte des résultats éthiquement recevables. (Formarier Monique, 2012)

L'IPA harmonise le « travailler ensemble », c'est-à-dire les interrelations complexes entre professionnels qui peuvent être décrites par divers concepts : pluri, inter ou transdisciplinarité, ainsi que pluri, inter ou Trans professionnalité.

La nature des relations qui sont développées entre les disciplines varie de la simple juxtaposition (pluridisciplinarité) à l'intégration (transdisciplinarité), en passant par l'interaction (interdisciplinarité). (Est, s.d.)

La multiplication des disciplines, liée au développement des sciences modernes, a suscité dès le milieu du XXème siècle le besoin d'établir des ponts. La pluri et multidisciplinarité, généralement utilisés de manière équivalente, ces termes désignent l'étude d'un objet relevant d'une discipline spécifique par plusieurs disciplines à la fois. Au niveau des soins, différents professionnels peuvent ainsi travailler en parallèle pour le bien de leurs patients tout en demeurant relativement indépendants.

Le terme « interdisciplinarité » se réfère à la pratique de professionnels poursuivant ensemble un objectif commun et qui dialoguent régulièrement pour enrichir leurs points de vue, leurs stratégies d'intervention.

Une nouvelle vision du monde : c'est ainsi que le Centre international de recherches et d'études transdisciplinaires, fondé en 1987 par Basarab Nicols, Edgar Morin et d'autres intellectuels appartenant à diverses disciplines, définissent la transdisciplinarité par « une ouverture de toutes les cultures/disciplines à ce qui les traverse et les dépasse, qui agit au nom d'une vision,

celle de l'équilibre nécessaire entre intériorité et extériorité de l'être humain (…) ; une attitude consistant à reconnaître que le réel dépasse ce que nous en connaissons, que la complexité résiste aux méthodes réductionnistes. La transdisciplinarité concerne ce qui est à la fois entre les disciplines, à travers les disciplines et au-delà de toute discipline ; elle apparaît lorsque les points de vue de chaque discipline commencent à se dépasser dans une vérité plus globale ». La confusion, fréquente, entre pluri- inter- et transdisciplinarité est « très nocive dans la mesure où elle occulte les finalités différentes de ces approches ». (Fédération Maisons Médicales Santé et Solidarité, s.d.)

L'interdisciplinarité rend le travail de soins plus efficient ; la transdisciplinarité, quant à elle, le rend plus « acceptable », plus éthique et encore plus efficient par un double effet, direct et indirect. L'effet direct est évident : la rencontre entre les grilles de lecture propres à chaque discipline, qui permet de voir plus clair dans une situation thérapeutique complexe, est particulièrement forte lorsque les cadres de pensée se rencontrent jusqu'à pouvoir se modifier mutuellement, trouver de nouvelles pistes. Dès lors par exemple, la mise en question du travail médical par une infirmière crée une boucle de rétroaction fructueuse. L'effet indirect est au moins aussi important ; il concerne la certitude, pour le praticien d'une profession traditionnellement subordonnée, d'être écouté et pris en compte, ce qui engendre une dynamique de créativité et de solidarité améliorant à la fois les conditions de travail et l'efficience. (Fédération Maisons Médicales Santé et Solidarité, s.d.)

1.3 L'évaluation de l'état clinique du patient en psychiatrie

Comme en médecine générale, l'examen clinique d'un patient en psychiatrie vise à recueillir des signes cliniques dans le but d'établir un diagnostic et d'orienter une thérapeutique. Mais ici, la sémiologie est largement dominée par le « matériel » verbal ; si le corps s'exprime à la fois par ses symptômes (mimique, tonalité de la voix, ralentissement gestuel, etc.) et par ses comportements, il n'est guère, en psychiatrie, l'objet d'investigation directe, médiatisée par une technique codifiée de l'examen. Par ailleurs, à la différence de l'examen médical où le recueil des signes cherche à identifier les caractéristiques générales de la maladie plus que la singularité du patient, l'examen psychiatrique tend à une connaissance et une compréhension aussi large que possible de la globalité de la personne et de son histoire personnelle et familiale, dont il privilégie les particularités.

Enfin, l'examen se situe d'emblée comme un acte thérapeutique, dans la mesure où il s'inscrit dans une relation interpersonnelle dont les modalités engagent largement la suite des soins, voire l'avenir des relations du sujet à l'ensemble du système de soins psychiatriques.

Deux particularités doivent également être soulignées qui tiennent à la nature des symptômes et au caractère spécifique de la démarche diagnostique.

Les symptômes psychiatriques ont rarement la qualité objective et *a fortiori* pathognomonique qu'ils peuvent avoir en médecine somatique. Essentiellement subjectifs, ils nécessitent un travail permanent d'interprétation, qui se situe à un double niveau : de confrontation avec le reste de la symptomatologie, pour leur attribuer ou non une valeur de signe, en référence aux données connues de la clinique, et de repérage de leurs liens avec l'histoire personnelle du sujet, pour tenter d'en apprécier le sens en fonction des difficultés et des conflits qui marquent cette histoire.

La démarche diagnostique, autant nécessaire qu'en médecine somatique, n'est pas suffisante pour indiquer les orientations du traitement ou prévoir une évolution. Les principales décisions thérapeutiques prennent en compte les informations concernant la personnalité du patient, sa culture, son passé, son entourage et son milieu social. L'importance de ces facteurs implique une compréhension aussi large que possible de la vie du patient, des données objectives qu'il mentionne et de l'expérience subjective qu'il traverse.

L'examen clinique psychiatrique doit se situer sur deux plans : celui d'une compréhension intuitive de l'expérience vitale du sujet telle qu'il l'exprime spontanément et celui de la recherche d'éléments plus objectifs qu'il faut savoir solliciter en fonction des hypothèses que fait naitre le discours spontané du patient (Julien-Daniel Guelfi, 2021).

L'examen clinique en psychiatrie est essentiellement clinique. L'analyse sémiologique en psychiatrie consiste à explorer huit domaines de l'expérience vécue et des conduites du patient telles que : la présentation, le langage et la pensée, la perception, l'attention et la mémoire, l'affectivité, les fonctions physiologiques, le comportement, le jugement et la conscience du trouble. L'évolution de la symptomatologie dans le temps est également importante à explorer (Psychiatrie, 2021).

L'IPA a pour mission d'évaluer l'état de santé du patient en relais de consultation médicale pour des pathologies identifiées. L'évaluation peut se faire lors d'un entretien avec le patient, mais celle-ci s'associe au recueil d'informations et d'observations réalisé par l'équipe pluriprofessionnelle.

Celle-ci s'effectue principalement par l'observation, qui est un processus de soin permanent. Les infirmiers sont les principaux professionnels au contact du patient tout au long de son hospitalisation ou de sa prise en soin. Ils favorisent les entretiens infirmiers, les soins généraux et les soins à médiations à visée thérapeutique.

Au cours de ces différents temps, l'infirmier observe le patient, ses capacités d'autonomie, ses forces et ses difficultés.

Selon le dictionnaire Larousse, « l'observation » se définit par : « la surveillance d'un malade pendant un temps donné afin de permettre au médecin de préciser ou d'infirmer un diagnostic incertain ».

L'observation médicale forme une synthèse rassemblant « le recueil d'œuvres de données » réalisée tout au long du parcours patient. Elle est constituée de l'anamnèse, de la description de la maladie, du volet de synthèse médical, de l'examen clinique, de l'évolution clinique et d'une conclusion qui correspond à la synthèse de l'histoire.

L'objectif de cette observation médicale est de constituer une synthèse partagée de données et de réflexions, favorisant la coordination multi professionnelle. Elle devient un composant fondamental communiquant apportant un support d'aide décisionnel diagnostic et thérapeutique à chaque acteur en charge du patient. (Morvan, 2015).

L'observation et l'évaluation de l'état du patient nécessitent les connaissances requises pour permettre d'identifier les signes et symptômes en lien avec la pathologie. Cette citation de Sophocle, *« Ce qu'on cherche, on le trouve »* met en évidence qu'il est nécessaire de savoir ce que l'on cherche si l'on souhaite trouver les informations qui seront pertinentes pour avancer sur la situation. En médecine, on se fie à la clinique, aux signes et symptômes aigus révélateurs d'une pathologie entrainant une répercussion fonctionnelle, sociale ou professionnelle. De ce fait, la maitrise de la sémiologie est indispensable pour identifier ou surveiller une décompensation d'une pathologie et incontournable pour contribuer à la qualité des échanges inter et pluriprofessionnelle.

II. Méthodologie

2.1 Choix de la méthodologie

Pour le travail de recherche, je me suis intéressée plus particulièrement à la mise en place et à la conduite des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique. L'objectif est d'identifier les freins à l'utilisation de la sémantique, permettant ainsi aux soignants d'analyser leur pratique dans l'évaluation de la clinique afin d'améliorer la qualité de la prise en soin du patient. L'évaluation de la clinique du patient est l'une des compétences principales de l'infirmier. La richesse de la pluridisciplinarité est de permettre une évaluation holistique de la prise en soin du patient.

J'ai orienté mon travail de recherche auprès des collègues infirmiers, étant donné que chaque profession est régie par un référentiel différent, évitant ainsi un biais de sélection. Ce projet a été présenté en réunion d'encadrement à l'EPSM Val de Lys Artois, accompagné par Mme Bourgeois, Directrice des Soins Infirmiers, dans le but d'expliquer la démarche choisie. Pour permettre un maximum d'authenticité dans les réponses apportées et éviter les échanges ou influences de réponses entre collègues, j'ai fait le choix d'être présente pendant que les collègues répondent aux questionnaires. Pour ce travail, j'ai hésité entre deux méthodologies, une étude qualitative et une étude quantitative. La consultation d'aide méthodologique à la Fédération de Recherche de Santé Mentale (F2RSM) a permis d'orienter le choix de la méthodologie. Dans l'objectif d'atteindre un maximum de participants, je me suis orientée sur la seconde option en créant un auto-questionnaire à choix multiples. (Annexe 1)

2.2 Etude Quantitative

Ce mémoire fait l'objet d'une étude prospective, descriptive, sur les pratiques professionnelles. Cette étude est monocentrique, réalisée sur le site de l'EPSM Val de Lys Artois de Saint-Venant. Cet établissement est constitué de trois Pôles de Psychiatrie Adulte constitués de 7 secteurs, d'un Pôle des Activités Transversales et d'un Pôle de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent constitué de 2 inter secteurs. Chaque Pôle dispose de structures ambulatoires sur les différents secteurs.

- **Population ciblée** : Les professionnels paramédicaux de l'Hospitalisation temps plein et de l'Ambulatoire des trois Pôles de Psychiatrie adulte de l'EPSM Val de Lys Artois. (Les pôles : Audomarois (2 secteurs), Artois Lys Romane (4secteurs) et le Ternois (1 secteur)).

- **Critères d'inclusion** : Infirmier Diplômé d'Etat ou Infirmier de Secteur Psychiatrique (L'établissement dispose de 452 Infirmiers au total dont 290 sur le site de l'EPSM)

- **Critères d'exclusion** : Les infirmiers en poste de nuit, les infirmiers du Pôle de l'Enfant et de l'Adolescent, les infirmiers du Pôle des Activités Transversales et les autres professionnels (médicaux, paramédicaux).

- **Support utilisé** : Auto-questionnaires « Google Form » individuels et anonymes sur la base du volontariat des professionnels. Pour élaborer l'auto-questionnaire, je me suis rapprochée du Département d'Information et de Recherche Médicale (DIRM) de l'EPSM Val de Lys Artois, en vue de prendre connaissance des statistiques des pathologies prises en soin sur l'année 2021. (Annexe 2)

Ces auto-questionnaires se composent de 47 questions définies selon quatre parties. La première partie détermine les données sociodémographiques, la seconde partie évalue les connaissances sémantiques et sémiologiques des infirmiers, la troisième partie questionne les pratiques et les connaissances professionnelles et la dernière partie s'intéresse à la collaboration future entre l'IPA et l'équipe pluriprofessionnelle.

2.3 Elaboration des auto-questionnaires

Les 46 questions de l'auto-questionnaire sont à choix multiples et la 47ème question est rédactionnelle. Dans un premier temps, les quatre premières questions portent sur la fonction IDE ou ISP, l'âge de l'infirmier, le nombre d'années de diplôme infirmier et le nombre d'années d'expérience professionnelle.

La seconde partie du questionnaire comporte 24 questions sur les connaissances sémiologiques ou sémantiques spécifiques à la psychiatrie et santé mentale. La symptomatologie évaluée est spécifique aux troubles psychotiques (schizophrénique et les troubles délirants chroniques), aux

troubles de l'humeur (Episode dépressif caractérisé et le trouble bipolaire), aux troubles anxieux et le trouble de la personnalité borderline. L'évaluation de la pratique clinique interroge les références utilisées par le soignant pour procéder à l'évaluation d'un trouble ou à l'évaluation des fonctions perturbées, en référence avec les troubles psychotiques, les troubles de l'humeur et la crise suicidaire et les troubles du sommeil. L'évaluation de la sémantique est effectuée selon quelques définitions telles que l'anhédonie, l'aboulie, l'apragmatisme, l'anosognosie et l'insight. Il me semble intéressant d'interroger, en amont, les collègues sur leurs connaissances avant qu'ils s'auto-évaluent, comme suggéré, au cours du questionnaire. Cette auto-évaluation favorise la réflexion et la remise en question du soignant.

La troisième partie est composée de 15 questions, dont l'objectif est une auto-évaluation sur les connaissances et la pertinence de l'utilisation de la sémantique lors de transmissions écrites et / ou orales. Je questionne les infirmiers sur les freins à l'utilisation de la sémantique selon différents scénarios : le manque d'expérience, la difficulté à décrire son ressenti, sa perception de la clinique et la complexité de la sémantique, le manque de confiance en soi, ou de temps, le logiciel peu ergonomique et/ou la nécessité d'une réactualisation des connaissances. D'autres items sont consacrés aux connaissances des fonctions évaluées pendant l'examen clinique psychiatrique, ainsi que sur les notions des références théoriques requises. Les pratiques professionnelles sont abordées telles que l'évaluation clinique du patient en équipe pluri professionnelle, la réalisation de synthèses cliniques et l'élaboration du projet de soin individualisé du patient. Les notions de situations complexes, parcours de soins, parcours de santé et projet de soin individualisé sont également évaluées.

La quatrième partie du questionnaire est constitué de trois questions et porte sur les connaissances du métier « IPA » et des attentes par les soignants. La dernière question est libre de rédaction quant aux remarques / suggestions.

2.4 Réalisation des auto-questionnaires

Avec l'accord de Mme Bourgeois, Directrice des soins et l'équipe d'encadrement des différentes unités, je suis allée à la rencontre des collègues infirmiers, de manière aléatoire, en vue d'expliquer le principe de l'étude.

J’ai fait le choix de rencontrer les participants, il me semble pertinent de conserver le contact humain, de favoriser l’échange, de rassurer, de répondre aux questionnements et défendre mon intérêt pour le thème de ce mémoire.

Le choix d’assurer ma présence auprès des collègues pour la réalisation des auto-questionnaires est venue d’une part pour m’assurer de l’authenticité des réponses, éviter un biais de recherche externes d’informations, d’autre part, promouvoir avec humilité l’arrivée de ce nouveau métier, et maintenir la proximité auprès des équipes.

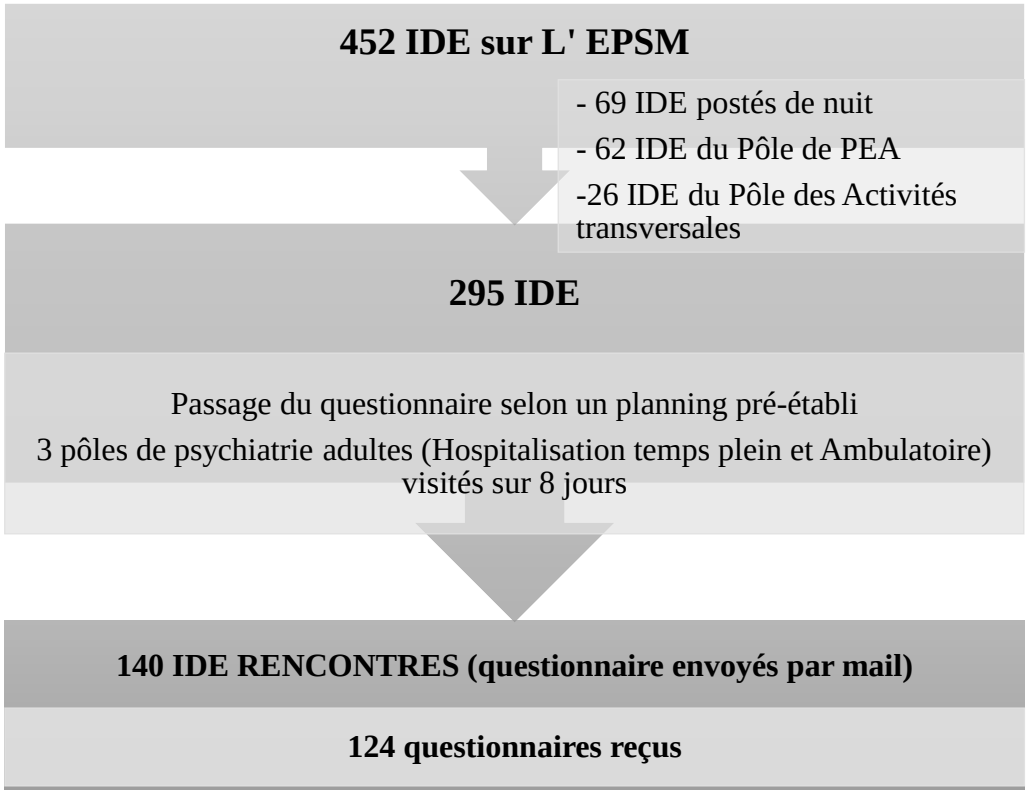
Ma présence a permis de lever des réticences à un défaut de participation. La garantie de l’anonymat a aidé les infirmiers à se prêter au jeu. Une fois la consigne expliquée et, après l’obtention de leur consentement pour participer à l’évaluation de connaissances, le questionnaire est envoyé immédiatement sur la boite mail professionnelle de l’infirmier. Il faut compter environ 10 à 15 minutes pour répondre aux 47 questions. Une fois complété, les collègues m’ont demandé une correction. Ce questionnaire est un support pédagogique qui a suscité de nombreuses questions et de remise en question chez les soignants. La correction a été envoyée aux participants, le mois qui a suivi l’enquête, après la clôture des questionnaires.

Les contraintes de cette technique sont le manque de temps et la logistique. Les questionnaires ont été réalisés sur 8 jours courant mars 2022. Deux des pôles adultes ont été sondés par moi-même, l’Audomarois et Artois Lys Romane. J’ai bénéficié de l’aide de mon collègue, étudiant IPA 2ème année actuellement en stage, pour le sondage sur le pôle psychothérapique du Ternois. Les infirmiers qui ont participé à cette enquête, étaient sur leur poste, parfois interpellés par les patients et l’activité du service, impactant leur capacité de concentration.

Dans le but d’améliorer la fluidité, car selon les unités, uniquement 1 ou 2 ordinateurs étaient disponibles, certains ont eu la possibilité de remplir le questionnaire via leur Smartphone personnel.

III. Résultats et Analyse de l'enquête

Population IDE de l'EPSM Val de Lys Artois (Saint Venant)



J'ai rencontré 140 infirmiers répartis sur les 3 pôles de Psychiatrie adulte au sein des différentes unités d'hospitalisations ou ambulatoires. L'échantillon de l'étude a été construit de manière aléatoire, selon les infirmiers présents le jour de mon passage dans l'unité, défini par le planning préétabli. A chacun des infirmiers rencontrés, un mail avec l'auto-questionnaire leur a été envoyé personnellement.

- Au total, 124 infirmiers ont répondu. Certains n'ont pas répondu par manque de disponibilité ou refus de participation.

3.1 Les données sociodémographiques

Figure 1. Nombre d'infirmiers selon la spécialité

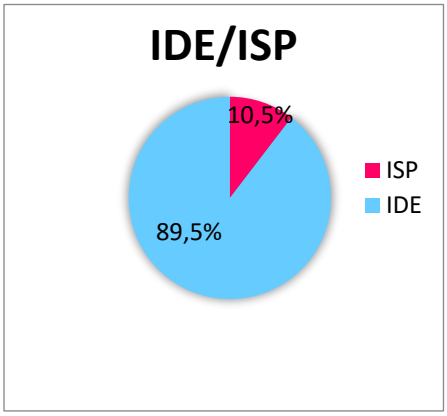
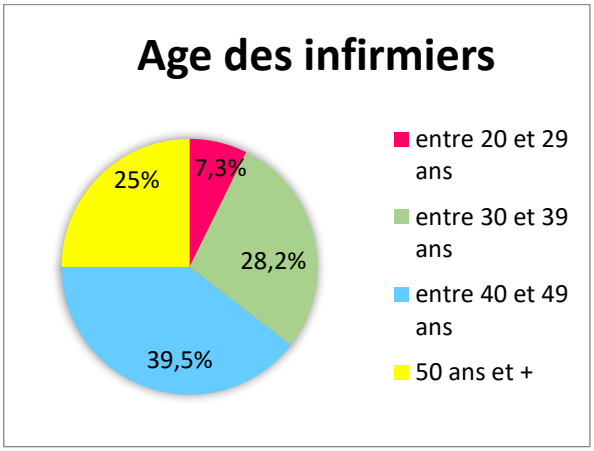


Figure 2. Répartitions des infirmiers selon l'âge

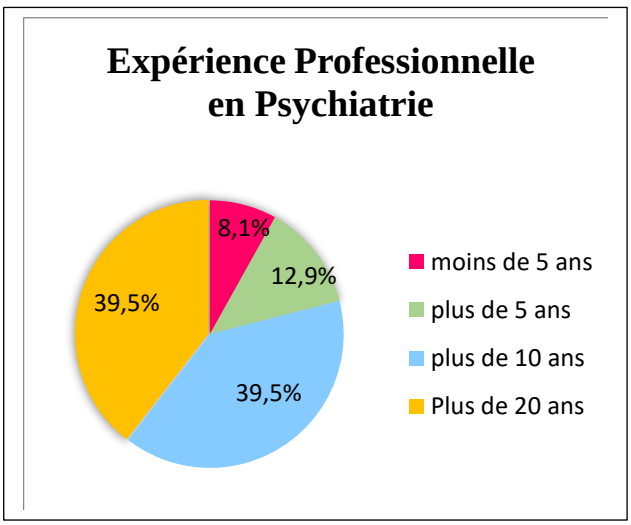


L'échantillon comprend 111 IDE (soit 89,5%) et 13 ISP (soit 10,5%) donc un total de 124 infirmiers âgés de 20 ans à plus de 50 ans (Figure 1)

Les réponses des infirmiers seront analysées globalement étant donné la faible représentation des infirmiers de secteur psychiatrique.

La majorité des infirmiers participants à cette enquête sont âgés de plus de 30 ans, avec une expérience professionnelle en psychiatrie supérieure à 10 ans. (Figures 2 ci-dessus et 3 ci-dessous)

Figure 3. Nombre d'années d'expérience professionnelle des infirmiers en psychiatrie



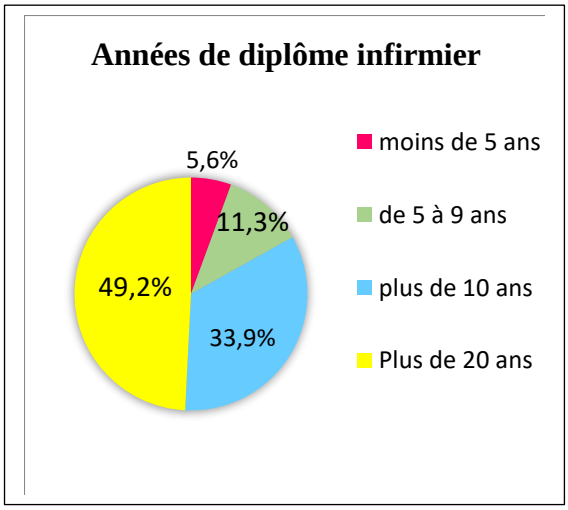


Figure 4. Nombre d'années d'obtention du diplôme infirmier

D'après les figures 3 et 4, on constate que le nombre d'années de diplôme d'infirmier et le nombre d'années d'expérience professionnelle diffèrent. Certains infirmiers ont une expérience professionnelle autre que celle de la psychiatrie et de la santé mentale.

3.2 Les données statistiques de l'évaluation des connaissances

3.2.1 Evaluation de la symptomatologie psychiatrique

3.2.1.1 Les troubles psychotiques

- Le syndrome positif

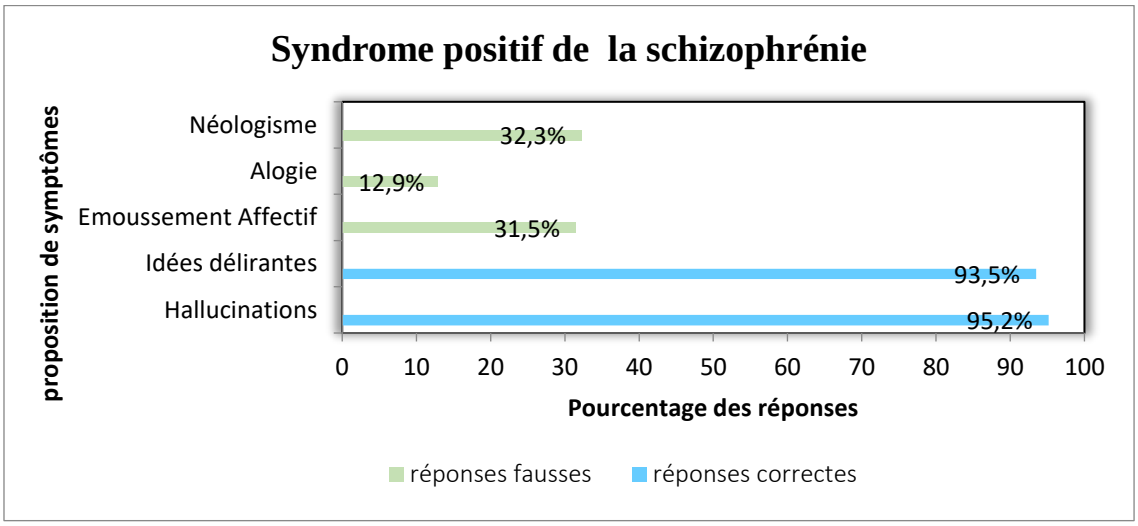


Figure 5. Evaluation des connaissances infirmières sur le syndrome positif

Pour répondre correctement à cette question, les 2 items « idées délirantes » et « hallucinations » doivent être simultanément sélectionnés. (Figure 5)

Il est constaté que :

- 55 infirmiers (soit 44,4%) semblent connaitre la symptomatologie du syndrome positif de la schizophrénie
- 18 infirmiers (soit 22,3%) ont sélectionné les items « idées délirantes, hallucinations et émoussement affectif »
- 20 infirmiers (soit 24,8%) ont sélectionné les items « idées délirantes, hallucination et néologisme ».

Les 2 autres items « émoussement affectif » et « alogie » sont des symptômes correspondant au syndrome négatif de la schizophrénie et le « néologisme » appartient au syndrome de désorganisation.

- Le syndrome négatif

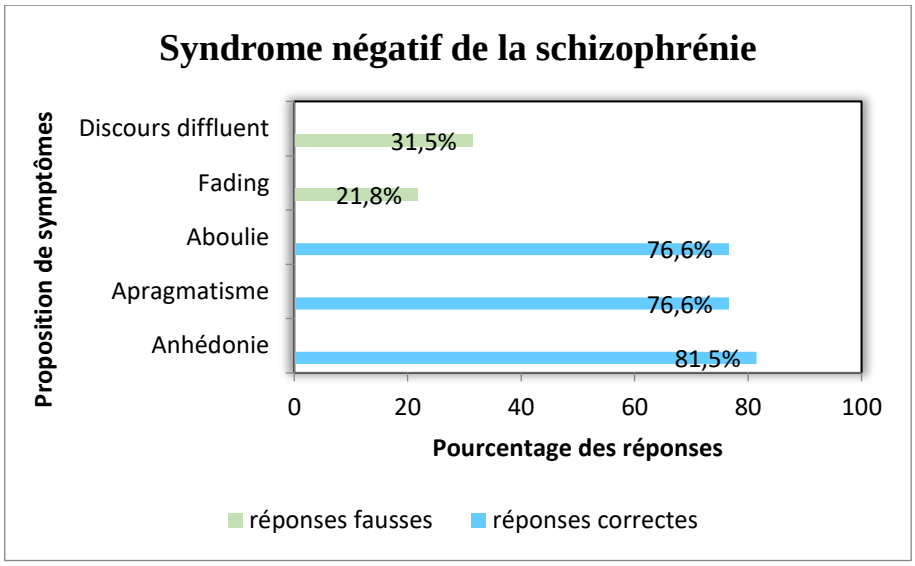


Figure 6. Evaluation des connaissances infirmières sur le syndrome négatif

Pour répondre correctement à cette question, les 3 items « Aboulie », « Apragmatisme » et « Anhédonie » doivent être simultanément sélectionnés. (Figure 6). Il est constaté que :

- 42 infirmiers (soit 33,9 %) semblent connaitre la symptomatologie du syndrome négatif de la schizophrénie
- 9 infirmiers (soit 11,1%) ont sélectionné « aboulie, apragmatisme, anhédonie et fading »
- 8 infirmiers (soit 9,9%) ont sélectionné « aboulie, apragmatisme, anhédonie et discours diffluent ».

Les 2 symptômes « fading » et « discours diffluent » appartiennent au syndrome de désorganisation.

- Au total, moins de la moitié des infirmiers ont identifiés les symptômes appartenant aux syndromes positif et négatif de la schizophrénie. (Figures 5 et 6)

- Les troubles délirants chroniques

Les résultats semblent démontrer une confusion entre la symptomatologie des troubles schizophréniques et les troubles délirants chroniques. En effet, les syndromes négatifs et de désorganisation appartiennent au trouble schizophrénique. Il est constaté que 98 infirmiers (soit 79%) semblent méconnaitre la symptomatologie des troubles délirants.

D'après le tableau 1, 95 infirmiers (soit 76,6%) semblent avoir connaissance que la symptomatologie de la schizophrénie paranoïde est différente de la symptomatologie du trouble délirant paranoïaque.

La majorité des infirmiers, soit 97,6% semblent avoir conscience qu'une consommation excessive de cannabis peut être à l'origine de symptômes hallucinatoires. (Tableau 1)

Tableau 1. Evaluation des connaissances infirmières sur les troubles délirants

Les troubles délirants persistants se manifestent par une désorganisation, n(%)		
	Vrai	98 (79.0)
	Faux	26 (21.0)
Les troubles délirants chroniques sont toujours reliés à la schizophrénie, n(%)		
	Vrai	12 (9.7)
	Faux	112 (90.3)
la symptomatologie de la schizophrénie paranoïde est la même que celle du trouble délirant paranoïaque, n(%)		
	Vrai	29 (23.4)
	Faux	95 (76.6)
La consommation aigüe de cannabis peut entrainer des hallucinations, n(%)		
	Vrai	121 (97.6)
	Faux	3 (2.4)

3.2.1.2 Le trouble de l'humeur

- Le trouble bipolaire

Le trouble bipolaire appartient au trouble de l'humeur, anciennement nommée « psychose maniaco-dépressive ». A savoir, plusieurs types de trouble bipolaire sont répertoriés.

L'analyse du questionnaire met en avant que 120 infirmiers (soit 96,8%) connaissent l'existence des différents types de ce trouble de l'humeur.

Par contre, les résultats semblent mettre en évidence que moins de la moitié des infirmiers maitrisent la différence entre les différents types.

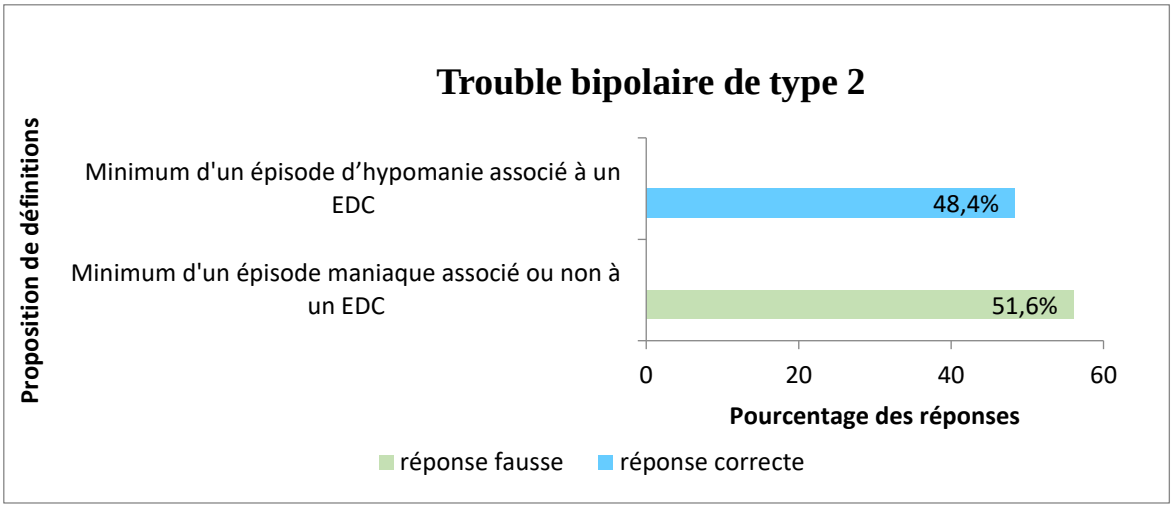


Figure 8. Evaluation des connaissances infirmières sur le trouble bipolaire de type 2

Pour répondre correctement, la réponse « minimum d'un épisode d'hypomanie associé à un épisode dépressif caractérisé » est attendue. Il est constaté que 60 infirmiers (soit 48,4%) maitrisent la symptomatologie du trouble bipolaire. (Figure 8)

A contrario, le trouble bipolaire de type 1 se caractérise par l'apparition minimum d'un épisode maniaque associé ou non à un épisode dépressif caractérisé.

Lors d'une phase maniaque, le discours, l'affectivité et les fonctions instinctuelles doivent être évaluées. Une des questions interroge les fonctions exaltées pendant cette période.

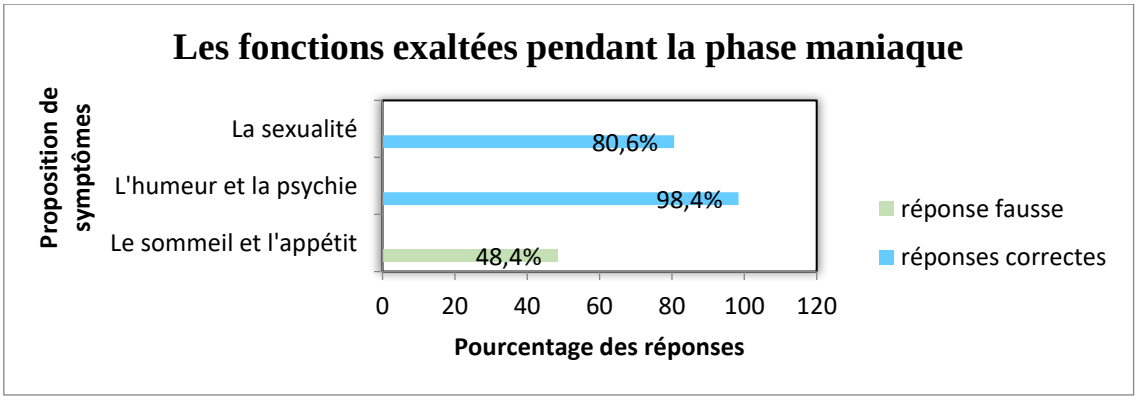


Figure 9. Evaluation des connaissances infirmières sur les fonctions perturbées lors d'une phase maniaque

Pour répondre correctement à cette question, les 2 items « la sexualité » et « l'humeur et la psychie » doivent être simultanément sélectionnés (figure 9).

Il est constaté que :

- 45 infirmiers (soit 36,3%) semblent connaitre la symptomatologie d'un patient souffrant de trouble bipolaire en phase maniaque
- 53 infirmiers (soit 65,7%) ont sélectionné tous les items
- 19 infirmiers (23,5%) ont choisi uniquement l'item « l'humeur et la psychie »

L'une des questions évalue la durée d'une phase maniaque. L'analyse du questionnaire met en évidence que 68 infirmiers (soit 54,8%) semblent savoir qu'une phase maniaque chez un patient souffrant de trouble bipolaire a une durée égale ou supérieure à une semaine.

3.2.1.3 Les Troubles Anxieux et de la personnalité Borderline

- Le trouble anxieux

Pour répondre correctement à la question, les 3 items « distorsions cognitives », « tremblement, sueur, vertige, dyspnée, tachycardie » et « irritabilité, agressivité, impatience » doivent être sélectionnés. (Figure 10 ci-dessous)

Il est constaté que :

- 20 infirmiers (soit 16,2%) semblent avoir connaissance de la symptomatologie du trouble anxieux
- 26 infirmiers (soit 20,9%) ont sélectionné les 2 items « irritabilité, impatience, agressivité » et « tremblements, …, tachycardie »
- 11 infirmiers (soit 8,87%) ont sélectionné les 2 items « distorsions cognitives » et « tremblements, …, tachycardie »
- 1 infirmier (soit 0,8%) a sélectionné les 2 items « distorsions cognitives » et « irritabilité, …, impatience »
- 2 infirmiers (soit 1,61%) ont ajouté « agitation psychomotrice et perturbation du sommeil » et « angoisse, anxiété » dans l'item « autre ».

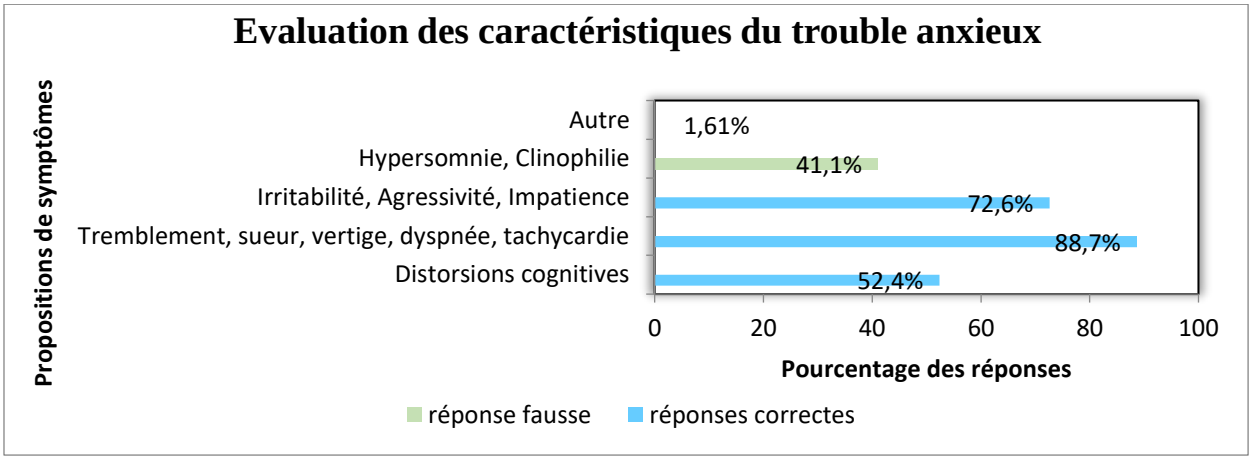
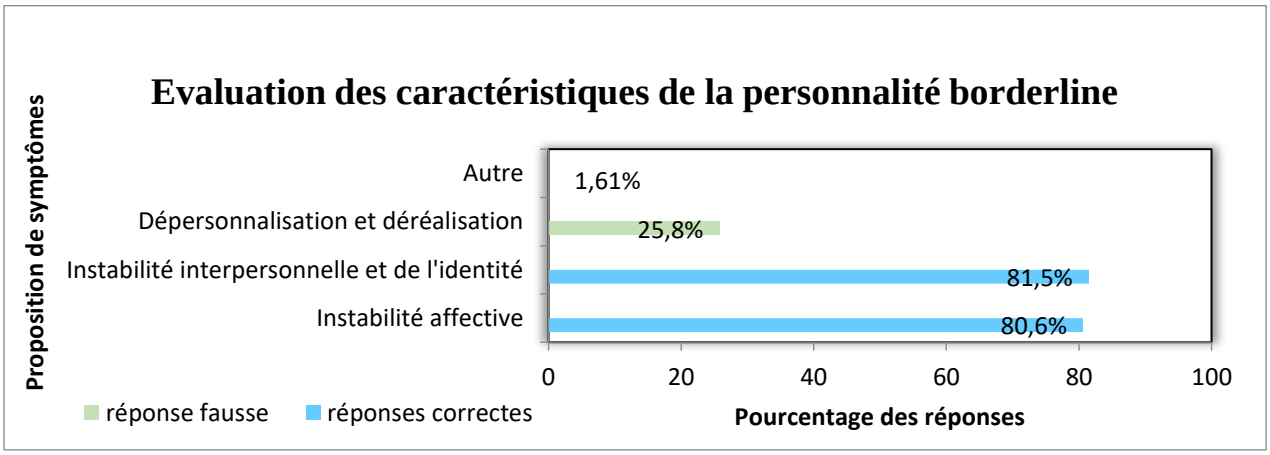


Figure 10. Evaluation des connaissances infirmières sur le trouble anxieux

Le trouble de personnalité borderline

Figure 11. Evaluation des connaissances infirmières sur le trouble borderline



Pour répondre correctement à la question sur les caractéristiques de la personnalité borderline, les 2 items « instabilité affective » et « instabilité interpersonnelle et instabilité de l'identité » doivent être sélectionnés. D'après la figure 11, on constate que :

- 58 infirmiers (soit 46,8%) semblent connaitre la symptomatologie du trouble.
- 16 infirmiers (soit 12,9%) ont sélectionné l'item « instabilité affective »
- 18 infirmiers (soit 14,5%) ont sélectionné les 3 items
- 2 infirmiers (soit 1,61%) ont ajouté « comportement autodestructeur » et « hypersensibilité au rejet » dans l'item « Autre »

3.2.2 Evaluation en Pratique Clinique

3.2.2.1 Evaluation d'une idée délirante

- L'observation clinique d'un délire

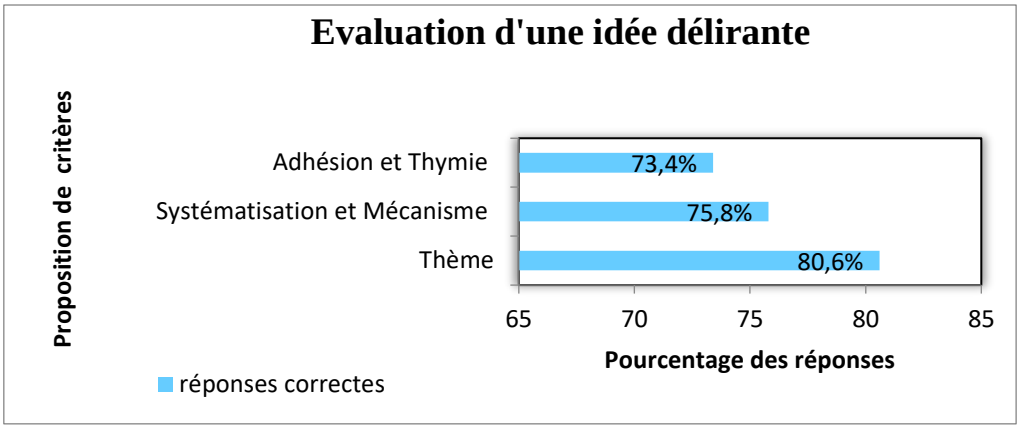


Figure 12. Evaluation des connaissances infirmières sur l'évaluation d'une idée délirante

Dans l'objectif de permettre l'évaluation du délire d'un patient, plusieurs critères doivent être pris en considération comme le thème, la systématisation, le mécanisme, l'adhésion et la thymie associée pour évaluer un risque suicidaire.

D'après la figure, 80,6% des infirmiers semblent surveiller majoritairement le thème du délire et 3 d'entre eux ont sélectionné exclusivement cet item.

D'après la figure 12, on constate que :

- 54 infirmiers (soit 43,5%) ont sélectionné les 3 items
- 18 infirmiers (soit 14,5%) ont pris en compte les 2 items « thème » et « adhésion et thymie »
- 24 infirmiers (soit 19,4%) ont sélectionné les 2 items « thème » et « systématisation et mécanisme »

3.2.2.2 Evaluation de l'Episode Dépressif Caractérisé

- Fonctions évaluées lors d'un EDC

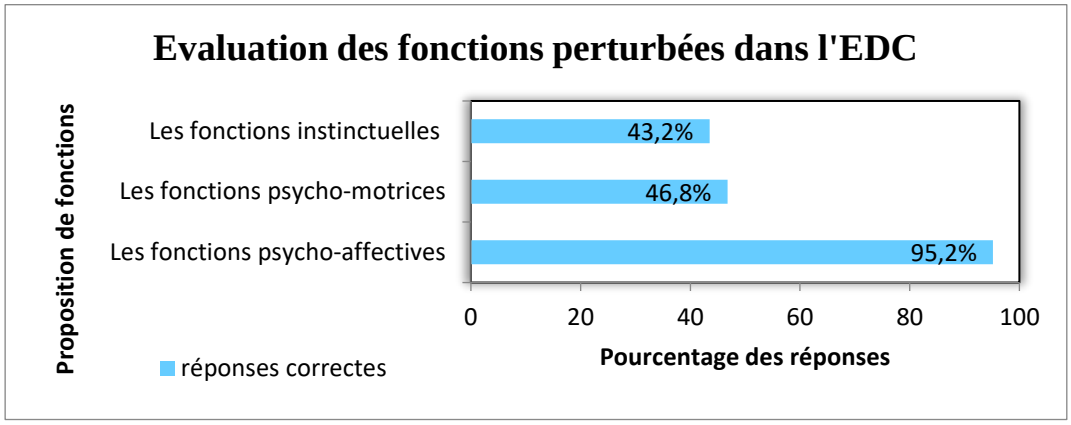


Figure 13. Evaluation des connaissances infirmières sur la surveillance des fonctions perturbées lors d'un EDC

L'évaluation clinique de l'EDC repose sur la surveillance conjointe des fonctions psycho-affectives, les fonctions psychomotrices et les fonctions instinctuelles.

L'analyse semble mettre en évidence que 118 infirmiers (soit 95,2%) évaluent au minimum les fonctions psycho-affectives tandis que 34 infirmiers (soit 28%) surveillent systématiquement les trois fonctions. (Figure 13)

3.2.2.3 Evaluation de la Crise Suicidaire

- Evaluation du risque suicidaire selon les troubles psychiatriques

Le risque suicidaire doit être systématiquement surveillé, chez tous les patients, quel que soit la pathologie.

D'après la figure 14, on constate que :

- 44 infirmiers (soit 35,5%) ont sélectionné tous les items
- 8 infirmiers (soit 6,45%) ont ajouté dans l'item « Autre » : « on surveille systématiquement le risque suicidaire chez toutes les pathologies », « mélancolique », « psychose », « trouble bipolaire en phase dépressive », « psychose névrose », « état confusionnel, démence », « trouble addictologique, anxieux » et « trouble anxieux ».

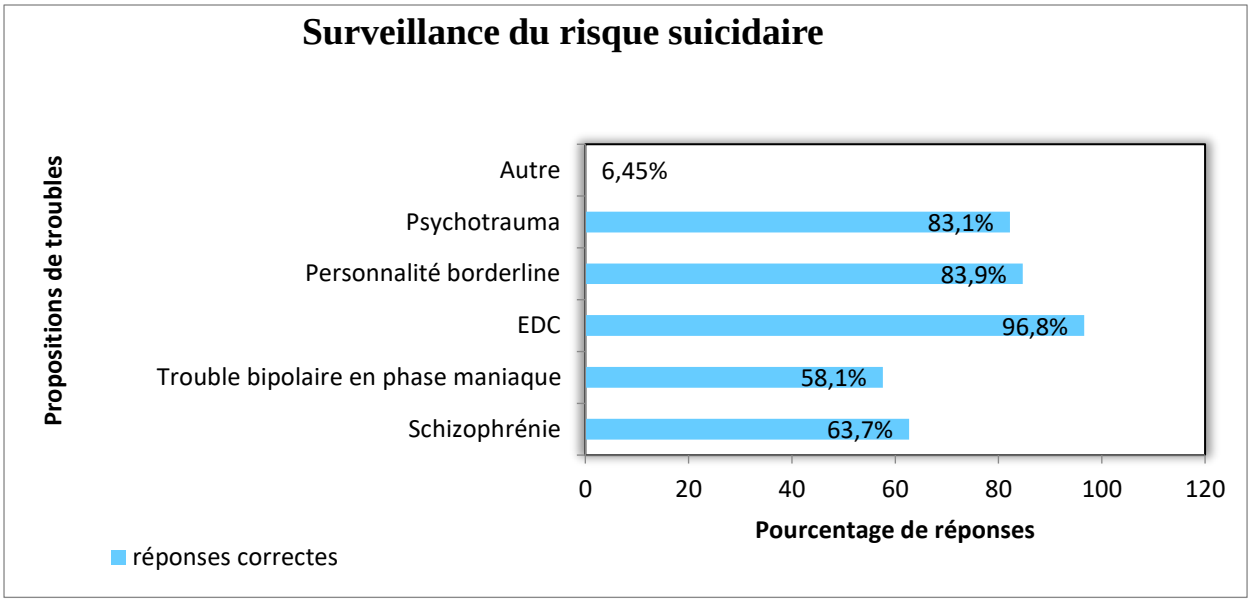


Figure 14. Evaluation du risque suicidaire selon la pathologie psychiatrique

Les résultats de l'auto-questionnaire montrent que 100% des infirmiers sont favorables avec le fait qu'une consommation excessive d'alcool peut influencer le risque suicidaire.

La figure ci-dessus laisse penser que le risque suicidaire est davantage surveillé chez les patients souffrant de troubles dépressifs, suivi du trouble de la personnalité borderline et chez le patient ayant subi un traumatisme. Les patients souffrant de troubles schizophréniques ou de troubles bipolaires en phase maniaque sont sous évalués par rapport aux autres pathologies.

- Numéro National de Prévention Suicide

A visée préventive, le Numéro National de Prévention Suicide « 3114 » est actif depuis le 1er octobre 2021. On constate que 111 infirmiers (soit 90,2%) connaissent ce numéro.

Les résultats de l'auto-questionnaire démontrent que 12 infirmiers ont sélectionné l'item « Vigilans », qui est un dispositif de veille, pendant une durée de 6 mois, des patients ayant réalisés une tentative de suicide.

3.2.2.4 Evaluation des Troubles du Sommeil

Evaluation du sommeil

Le sommeil fait partie des fonctions instinctuelles et sa surveillance contribue à l'évaluation de l'état clinique du patient. C'est un indicateur, il peut être également un prodrome de certaines pathologies psychiatriques. Plus de 90% des infirmiers surveillent la durée, la qualité, l'endormissement et les réveils nocturnes et 26 infirmiers (soit 21%), en plus des critères précédents, prennent en compte les cauchemars et utilisent un agenda du sommeil.

D'autres suggestions, en plus des propositions, ont été apportées par 3 des infirmiers :

- ✓ Habitudes et hygiène de vie
- ✓ L'analyse du cycle nycthéméral, les conditions d'endormissement, la prise d'hypnotique, l'état d'éveil diurne (sieste)
- ✓ Le sommeil récupérateur ou non

Evaluation de l'insomnie

Pour répondre correctement à la question sur l'évaluation de l'insomnie, les 3 critères « réveil matinal précoce avec incapacité à se rendormir », « éveils nocturnes avec difficulté à se rendormir » et « perturbation du sommeil marqué par des difficultés d'endormissement » doivent être simultanément sélectionnés.

Il est constaté que15 infirmiers (soit 12,1%) maitrisent les connaissances théoriques relatives à l'insomnie.

Les résultats montrent que 47 infirmiers (soit 37,9%) pensent que les cauchemars et ruminations, pouvant en être à l'origine, appartiennent à la symptomatologie caractérisant l'insomnie. (Figure 15)

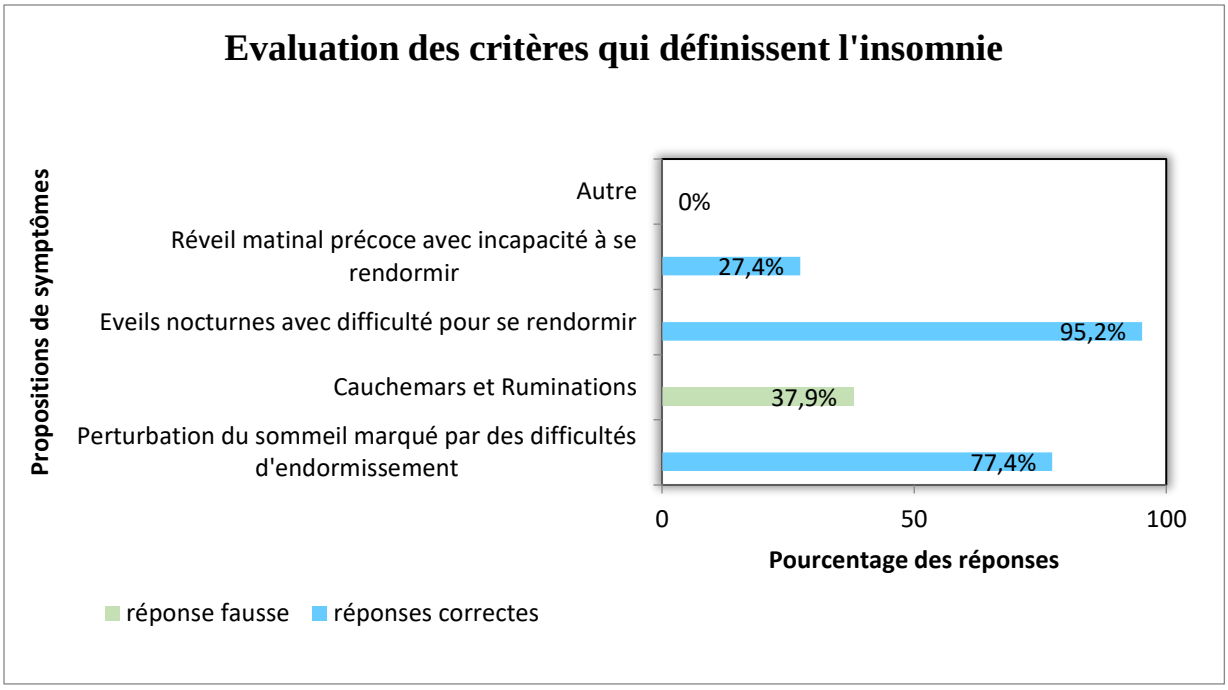


Figure 15. Evaluation des connaissances infirmières sur la symptomatologie de l'insomnie

3.2.3 Evaluation de la sémantique psychiatrique

Définitions

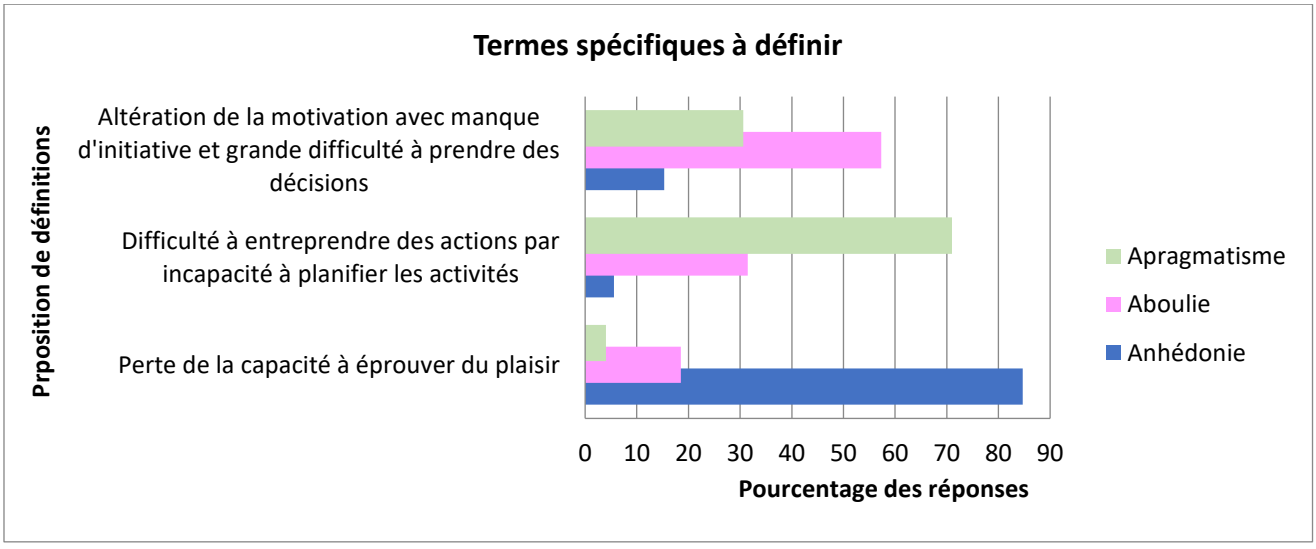


Figure 16. Evaluation des connaissances sur la sémantique en lien avec les troubles psychiatriques

Les résultats semblent mettre en évidence que pour la définition de (figure 16) :

- Anhédonie : La réponse attendue est « Perte de la capacité à éprouver du plaisir »
  On constate que 84,7 % des infirmiers ont répondu correctement à la question.

- Apragmatisme : La réponse attendue est « Difficulté à entreprendre des actions par incapacité à planifier des activités »
  On constate que 70,9 % des infirmiers ont répondu correctement à la question.

- Aboulie : La réponse attendue est « Altération de la motivation avec manque d'initiative et grande difficulté à prendre des décisions »
  On constate que 57,2 % des infirmiers ont répondu correctement à la question.

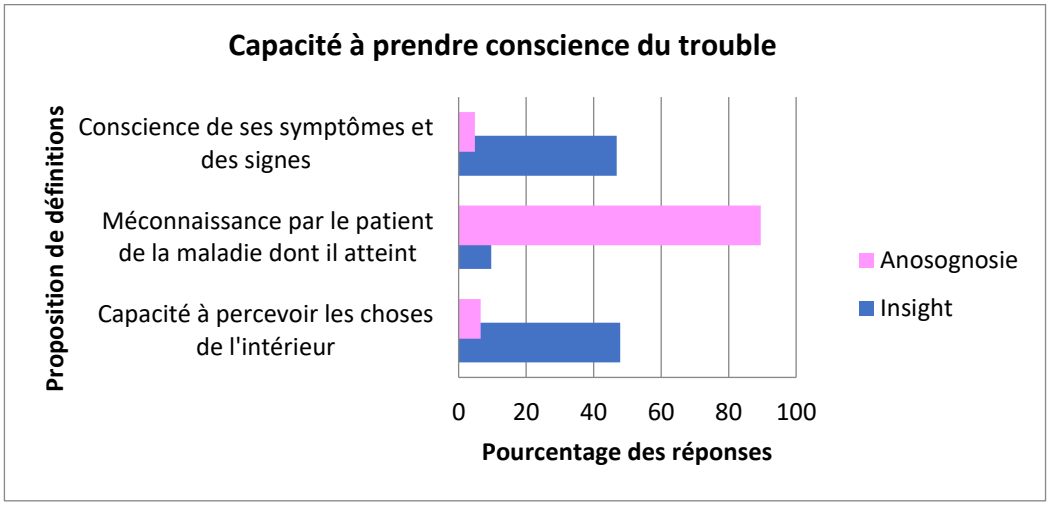


Figure 17. Evaluation des connaissances infirmières sur la sémantique sur la conscience du trouble par le patient

- Anosognosie : La réponse attendue est « Méconnaissance par le patient de la maladie dont il est atteint » (figure 17)
  Les résultats semblent démontrer que 89,5 % des infirmiers maitrisent la définition.

- Insight : La réponse correcte est « Conscience de ses symptômes et ses signes »
  La figure 17 met en évidence que 46,8% des infirmiers connaissent la signification du trouble.

3.2.4 Bilan global de l'évaluation des connaissances

	Ancienneté				
Note / 20	**<5**	**[5 ; 10]**	**[11 ; 20]**	**>20**	**Total**
[5 ; 10[	2 (20%)	0 (0%)	1 (2.0%)	6 (12.2%)	9 (7.3%)
[10 ; 15[	7 (70%)	7 (43.8%)	38 (77.6%)	29 (59.2%)	81 (65.3%)
[15 ; 20[	1 (10%)	9 (56.2%)	10 (20.4%)	14 (28.6%)	34 (27.4%)
Total	10 (100%)	16 (100%)	49 (100%)	49 (100%)	124 (100%)

Tableau 2. Score de l'évaluation des connaissances infirmières

Après correction individuelle de chacun des questionnaires (Tableau 2) :

- 27,4 % des infirmiers ont obtenu un score > ou = à 15/20
- 65,3 % des infirmiers ont obtenu un score compris entre 10 et 14/20
- 7,3 % des infirmiers ont obtenu un score compris entre 5 et 9/20

Pour les scores supérieurs ou égaux à 15/20, 14 infirmiers ont plus de 20 ans d'expérience professionnelle en psychiatrie, 9 infirmiers ont entre 5 et 10 ans d'ancienneté et 10 infirmiers ont une ancienneté comprise entre 11 et 20 ans. Un infirmier a moins de 5 années d'ancienneté en psychiatrie.

Pour les scores compris entre 10 et 14/20, 38 infirmiers ont entre 11 et 20 ans d'expérience en psychiatrie, 29 infirmiers ont plus de 21 ans d'ancienneté, 7 infirmiers ont entre 5 et 10 années d'expérience et 7 infirmiers ont moins de 5 années d'ancienneté au sein de l'établissement.

Pour les scores compris entre 5 et 9/20, 6 infirmiers ont plus de 21 ans d'expérience professionnelle, un infirmier a entre 11 et 20 années d'ancienneté et 2 infirmiers ont moins de 5 ans d'expérience en psychiatrie.

Au total, on constate que 92,7% des infirmiers de l'EPSM ont obtenu au minimum la moyenne au questionnaire.

3.3 Les données statistiques de l'auto-évaluation des connaissances

3.3.1 Evaluation de l'utilisation de la sémantique

3.3.1.1 Aisance des infirmiers avec l'utilisation de la sémantique

Tableau 3. Auto-évaluation des infirmières en lien avec l'utilisation de la sémantique

Êtes-vous à l'aise avec la sémantique et la sémiologie des troubles psychiatriques, n(%)	
Oui	43 (34.7)
Non	81 (65.3)
Utilisation pertinente de la sémantique lors des transmissions écrites/orales, n(%)	
Toujours	6 (4.8)
Souvent	47 (37.9)
Occasionnellement	71 (57.3)
Jamais	0 (0.0)

Les résultats du questionnaire démontrent que 81 infirmiers (soit 65,3%) affirment ne pas être à l'aise, tandis que 43 infirmiers se disent être à l'aise avec l'utilisation de la sémantique et sémiologie spécifique aux troubles psychiatriques. (Tableau 3)

Le tableau ci-dessus semble mettre en avant que l'utilisation de la sémantique soit utilisée majoritairement par les infirmiers de manière occasionnelle. En effet, 71 infirmiers (soit 57,3%) emploient la sémantique de manière « occasionnelle » lors de transmissions orales et/ou écrites tandis que 47 infirmiers (soit 37,9%) l'utilisent « souvent », seulement 6 infirmiers (soit 4,8%) s'approprient « toujours » le vocabulaire.

Tableau 4. Auto-évaluation des 124 infirmiers sur leur aisance avec l'utilisation de la sémantique

Auto-évaluation des infirmiers « A l'aise avec l'utilisation la sémantique »

	Ancienneté				
Note /20	<5	[5 ; 10]	[11 ; 20]	>20	TOTAL
[5 ; 10[	2 (1.61%)	-	1 (0.8%)	1 (0.8%)	4 (3.22%)
[10 ; 15[	2 (1.61%)	3 (2.41%)	9 (7.25%)	8 (6.45%)	22 (17.74%)
[15 ; 20[	-	5 (4.03%)	6 (4.83%)	6 (4.83%)	17 (13.70%)
TOTAL	4 (3.22%)	8 (6.45%)	16 (12.90%)	15 (12.09%)	43 (34.67%)

Auto-évaluation des infirmiers « Pas à l'aise avec l'utilisation la sémantique »

	Ancienneté				
Note /20	<5	[5 ; 10]	[11 ; 20]	>20	TOTAL
[5 ; 10[	-	-	-	5 (4.03%)	5 (4.03%)
[10 ; 15[	5 (4.03%)	4 (3.22%)	29 (23.38%)	21(16.93%)	59 (47.58%)
[15 ; 20[	1 (0.8%)	4 (3.22%)	4 (3.22%)	8 (6.45%)	17 (13.70%)
TOTAL	6 (4.83%)	8 (6.45%)	33 (26.61%)	34 (27.41%)	81 (65.32%)

Le tableau semble mettre en avant que 13.7% des infirmiers ayant obtenu un score supérieur à 15/20 avouent être à l'aise avec l'utilisation de la sémantique, tout comme 13,7% d'infirmiers avec le même score se disent ne pas être à l'aise avec l'utilisation de la sémantique.

Les résultats des auto-questionnaires montrent que 3,22% des infirmiers ayant obtenu un score inférieur à 10 /20 se disent à l'aise avec l'utilisation de la sémantique. (Tableau 4)

3.3.1.2 Fréquence de l'utilisation

Tableau 5. Auto-évaluation des 124 infirmiers sur la fréquence de l'utilisation de la sémantique

TABLEAU utilisation sémantique **« TOUJOURS »**

	Ancienneté				
Note /20	<5	[5 ; 10]	[11 ; 20]	>20	TOTAL
[5 ; 10[	-	-	-	2 (1.61%)	2 (1.61%)
[10 ; 15[	2 (1.61%)	-	2 (1.61%)	-	4 (3.22%)
[15 ; 20[	-	-	-	-	0
TOTAL	2 (1.61%)	0	2 (1.61%)	2 (1.61%)	6 (4.83%)

TABLEAU utilisation sémantique **« SOUVENT »**

	Ancienneté				
Note /20	<5	[5 ; 10]	[11 ; 20]	>20	TOTAL
[5 ; 10[	2 (1.61%)	-	-	1 (0.8%)	3 (2.41%)
[10 ; 15[	2 (1.61%)	4 (3.22%)	15 (12.09%)	6 (4.83%)	27 (21.77%)
[15 ; 20[	1 (0.8%)	5 (4.03%)	3 (2.41%)	8 (6.45%)	17 (13.70%)
TOTAL	5 (4.03%)	9 (7.25%)	18 (14.51%)	15 (12.09%)	47 (37.90%)

TABLEAU utilisation sémantique **« OCCASIONNELLEMENT »**

	Ancienneté				
Note /20	<5	[5 ; 10]	[11 ; 20]	>20	TOTAL
[5 ; 10[	-	-	1 (0.8%)	3 (2.41%)	4 (3.22%)
[10 ; 15[	2 (1.61%)	3 (2.41%)	24 (19.35%)	23 (18.54%)	52 (41.93%)
[15 ; 20[	-	3 (2.41%)	6 (4.83%)	6 (4.83%)	15 (12.09%)
TOTAL	2 (1.61%)	6 (4.83%)	31 (25%)	32 (25.80%)	71 (57.25%)

On constate qu'aucun infirmier avec un score supérieur ou égal à 15/20 ne semblent utiliser « toujours » la sémantique. Sur les 32 infirmiers ayant obtenu ce score, 17 d'entre eux l'utilisent « souvent » et les 15 autres infirmiers disent l'utiliser « occasionnellement ».

Selon les 9 infirmiers ayant eu un score inférieur à 10/20, 2 d'entre eux semblent utiliser « toujours » la sémantique, 3 infirmiers suggèrent l'utiliser « souvent » et les 4 autres infirmiers pensent l'utiliser de manière « occasionnelle ». (Tableau 5)

Tableau 6. Rapport entre l'aisance et la fréquence d'utilisation

	Fréquence				
Aisance	Toujours	Souvent	Occasionnellement	Jamais	TOTAL
A l'aise	4 (3,22%)	29 (23,38%)	10 (8,06%)	0	43 (34,67%)
Pas à l'aise	2 (1,61%)	18 (14,51%)	61 (49,19%)	0	81 (65,32%)
TOTAL	6 (4,83%)	47 (37,90%°	71 (57,25%)	0	124 (100%)

D'après les résultats retrouvés dans le tableau 6, 4 infirmiers, se disant être à l'aise, utilisent « toujours » la sémantique lors de transmissions. Il est mis en évidence que la majorité des infirmiers semblent avouer ne pas être à l'aise et 61 d'entre eux s'en servent de manière « occasionnelle ».

3.3.1.3 Freins à l'utilisation de la sémantique et de la sémiologie

Tableau 7. Auto-évaluation des 124 infirmiers sur les freins à l'utilisation de la sémantique

Freins à l'utilisation de la sémantique, n(%)	
Manque d'expérience professionnelle	18 (14.5)
Difficulté à décrire la perception des signes cliniques acquise par le biais de l'expérience professionnelle	42 (33.9)
Complexité à définir les troubles en psychiatrie par oubli de la sémantique	77 (62.1)
Peur d'être différent des collègues, ne pas oser, manque de confiance en soi	24 (19.4)
Manque de temps	27 (21.8)
Logiciel peu ergonomique	21 (16.9)
Nécessité de réactualisation des connaissances	78 (62.9)
Autre (manque d'ordinateur, peur que les médecins pensent que j'établis un diagnostic parfois et que je dépasse mes fonctions alors que ce n'est pas le cas	5 (4)

Selon les résultats, la réactualisation des connaissances est souhaitée par 78 infirmiers (soit 62,9%), un d'entre eux suggère qu'il serait utile de réaliser des rappels réguliers. De plus, 77 infirmiers (soit 62,1%) évoquent la difficulté à décrire la perception des signes cliniques et un des collègues a écrit « avoir peur que les médecins pensent que l'on dépasse nos compétences ».

3.3.2 Evaluation de l'état clinique du patient

Trois questions sont réservées sur les références utilisées, les conditions d'évaluation et les fonctions évaluées lors de l'examen clinique psychiatrique.

100 % des infirmiers ont répondu que l'évaluation de l'état clinique du patient est importante pour définir le projet de soin individualisé.
L'étude montre que 95 infirmiers (soit 76,6%) semblent avoir connaissance des fonctions évaluées lors de l'examen clinique spécifique à la psychiatrie. Les apports de connaissances des infirmiers viennent à 96% des formations professionnelles et à 65,3% des connaissances personnelles.
Les connaissances des infirmiers viennent des DSM-4 et DSM-5 pour 24 soignants (soit 19,35%) de l'EPSM. L'évaluation de l'état clinique du patient se définit en « équipe pluriprofessionnelle » pour 88,7% d'entre eux, 73,4% en « individuel » et 62,1% en « synthèses cliniques ».
Les 3 items ont été sélectionnés par 64 infirmiers (soit 51,6%).

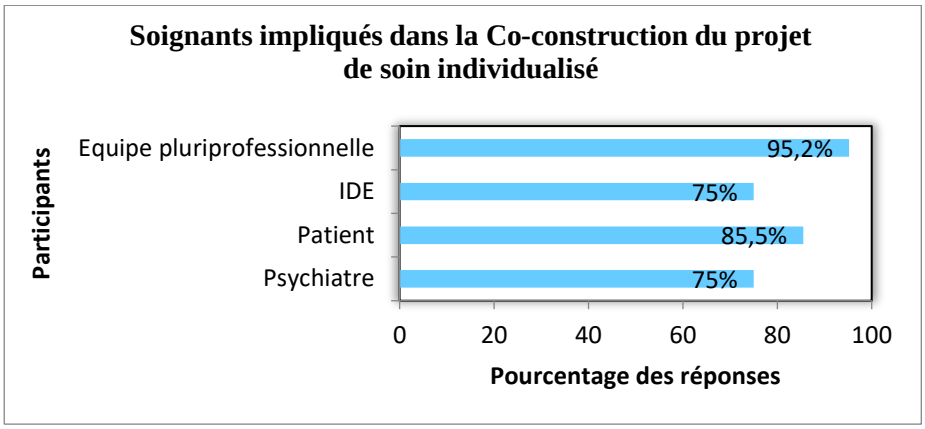
3.3.3 Construction du projet individualisé et synthèses cliniques

Quatre questions sont axées sur le projet individualisé du patient et l'organisation des synthèses cliniques au sein de l'EPSM de Saint-Venant.

Selon les résultats, 92,7% des infirmiers semblent considérer que le projet de soin individualisé du patient est construit à partir des attentes et des objectifs du patient, associé à 76,6% d'évaluation paramédicale et à 72,6% d'évaluation médicale.

Pour cette question, 82 infirmiers (soit 66,12%) ont sélectionné les 3 propositions, 3 infirmiers (soit 2,41%) ne prennent pas en considération les objectifs et attentes du patient, et 24 infirmiers (soit 19,35%) tiennent uniquement compte des objectifs du patient sans évaluation médicale, ni paramédicale.

Figure 18. Auto-évaluation des infirmiers sur les professionnels impliqués dans le projet de soin individualisé du patient



La co-construction du projet de soin individualisé est collective pour 100 infirmiers (soit 80,6%) et il semble que 4 infirmiers n'incluent pas le patient dans la construction de son projet. (Figure 18)

Au sein de l'établissement, des réunions de synthèses cliniques ont lieu pour 97,6% des infirmiers. Le graphique ci-dessous montre que la participation des psychiatres et des infirmiers est de 100%, et de 91,9% des cadres de santé. (Figure 21)

La participation des autres professionnels de santé varie selon la présence et l'existence de la profession dans les unités auditées.

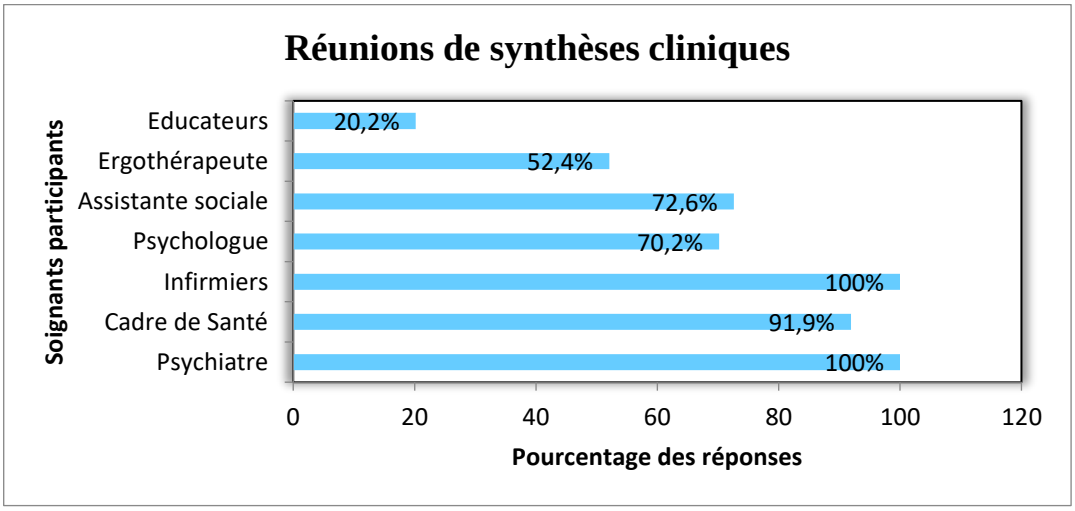


Figure 19. Auto-évaluation des infirmiers sur les soignants présents lors de réunions de synthèses cliniques

3.3.4 Evaluation des définitions

- Une situation complexe

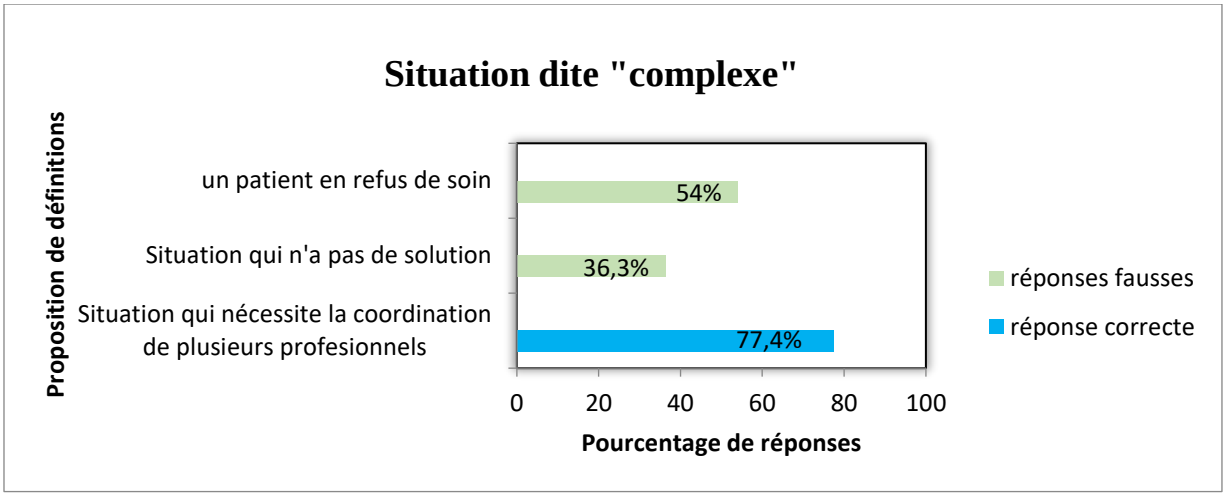


Figure 20. Evaluation des connaissances infirmières sur la définition d'une situation complexe

Une situation dite « complexe » se définit par une situation nécessitant la coordination de plusieurs professionnels.

Il est constaté que :

- 42 infirmiers (soit 33,8 %) semblent connaitre la signification
- 67 infirmiers (soit 54%) pensent qu'un patient en refus de soin est une situation complexe
- 19 infirmiers (soit 23,5%) ont sélectionné toutes les propositions. (Figure 20)

- Parcours patient et projet de soin individualisé

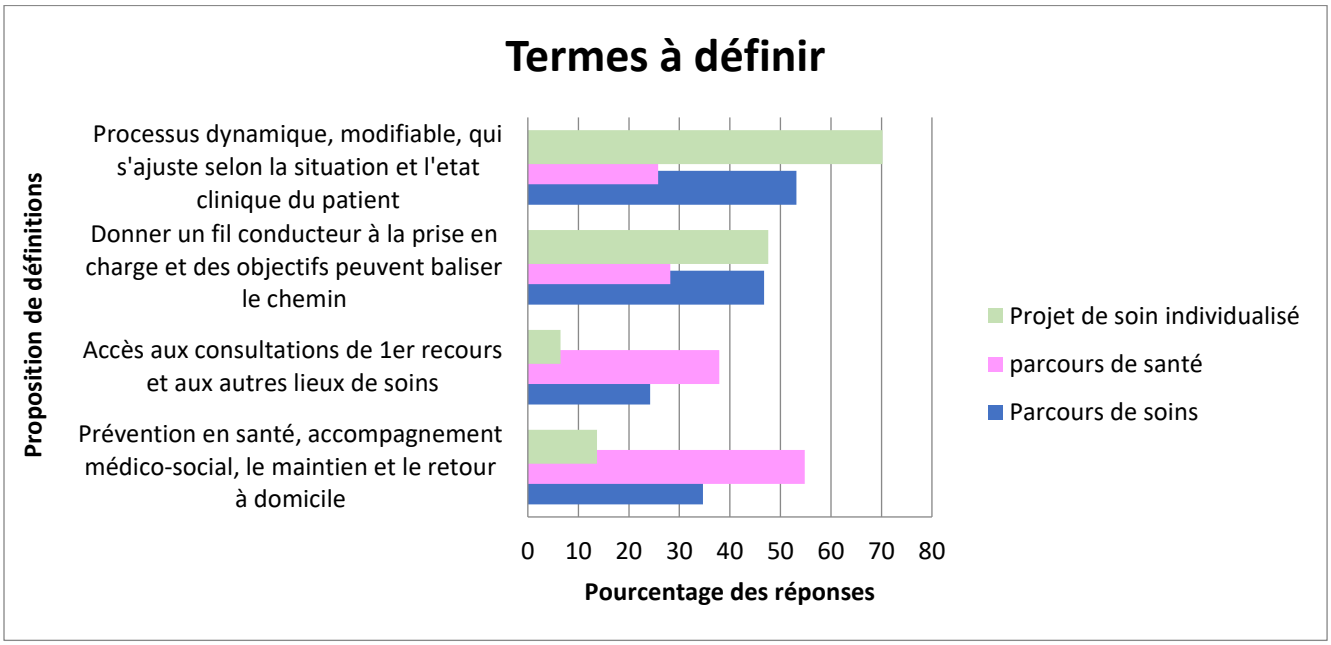


Figure 21. Auto-évaluation des connaissances infirmières sur les notions de projet et parcours de soins

- Projet de soin individualisé : La réponse correcte est la sélection simultanée des 2 items « processus dynamique, modifiable, s'ajuste selon la situation et l'état clinique du patient » et « Donner un fil conducteur à la prise en charge, et des objectifs peuvent baliser le chemin »
  Les résultats semblent démontrer que 24 infirmiers (soit 19,5 %) connaissent la définition du projet de soin individualisé.

- Parcours de soins : La réponse correcte est « Accès aux consultations de 1er recours et aux autres lieux de soins »
  On constate que 12 infirmiers (soit 10 %) ont sélectionné la bonne réponse.

- Parcours de santé : La définition est « Prévention en santé, accompagnement médico-social, le maintien et le retour à domicile »
  On note que 36 infirmiers (soit 29 %) maitrisent la définition.

Plusieurs items pouvaient être sélectionnés pour chacune des questions favorisant l'augmentation des pourcentages. Une analyse individuelle de chaque questionnaire a été effectuée.

3.3.5 Bilan global des connaissances :

Situation Complexe, Parcours de soins, Parcours Santé, Projet de soin individualisé

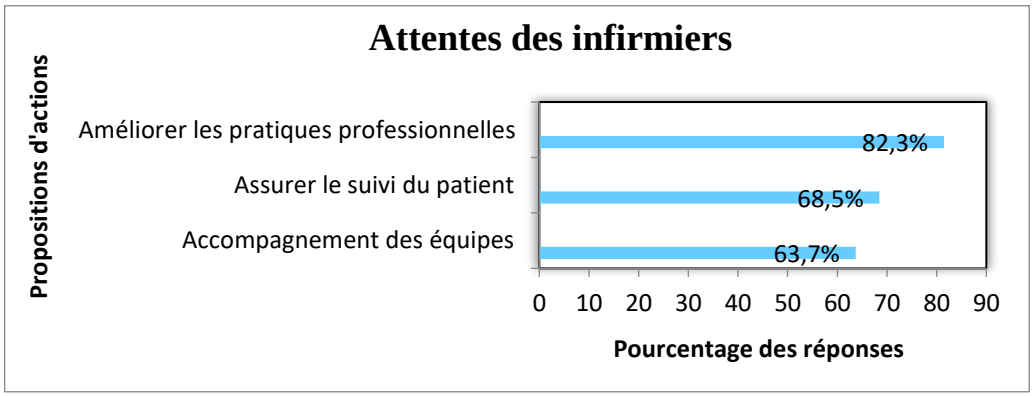
Score « Situation complexe, Parcours et Projet de soin »	Entre 1 et 2/4	Entre 3 et 4/4
Nombre de réponses Correctes	83 soit 67%	41 soit 33%

L'analyse de ces questions démontre une carence dans l'utilisation de la sémantique entre les différents parcours. En effet, un tiers des infirmiers semblent maitriser la sémantique.

3.4 Les données statistiques sur les connaissances du métier IPA

Les infirmiers de l'EPSM sont sensibilisés à l'arrivée de la profession infirmière en pratique avancée. Ce métier est connu par 106 infirmiers interrogés (soit 85,5%) et 116 infirmiers (soit 93,5%) envisagent leur collaboration avec eux. L'amélioration de pratiques professionnelles fait partie des attentes majeures, 53 infirmiers (soit 42,7%) espèrent que l'IPA, en plus d'améliorer les pratiques, assure le suivi du patient et accompagne les équipes. (Figure22)

Figure 22. Auto-évaluation des infirmières sur les attentes vis-à-vis des IPA



IV. Discussion

4.1 Analyse des résultats du questionnaire

4.1.1 Les données sociodémographiques

- 124 infirmiers sur 140 ont répondu au questionnaire proposé et envoyé par mail.

Après analyse individuelle de chacun des questionnaires (questionnaire N°63), je me suis aperçue qu'un des infirmiers a sélectionné la fonction « ISP » en ayant une ancienneté entre 11 et 20 années.

La majorité des infirmiers participants à cette enquête sont âgés de plus de 30 ans, avec une expérience professionnelle en psychiatrie supérieure à 10 ans.

Au regard du nombre d'ISP participants, il est difficile d'interpréter les résultats en tenant compte de la spécialité infirmière. L'écart n'est pas représentatif. Il y a une plus grande participation de la part des IDE, étant donné que le nombre d'ISP diminue au fil des années et des départs en retraite.

La formation ISP a fusionné avec celle des IDE à partir de 1992 suite à la non reconnaissance du diplôme d'état infirmier en psychiatrie au niveau de la Communauté Economique Européenne, obligeant à une formation validée par un DE.

D'ailleurs, il est constaté au fil des réformes des études une nette diminution des heures d'enseignements de la spécialité « Psychiatrie », qui comptait 400 heures spécifiques à la psychiatrie. Avant 2009, la formation comptait 120 heures d'apports répartis sur les 3 années associé à 1 stage / an dans un service de psychiatrie, et à ce jour, le nombre d'heures est réduit à 80 heures avec un stage de psychiatrie sur les 3 ans de formation. Plusieurs rapports ont alerté sur l'impact de ces déficits de savoirs et insistent sur la nécessité de spécialiser la psychiatrie (Donnet MA, 2020), notamment en proposant un programme de professionnalisation et tutorat aux nouveaux IDE exerçant dans le champ de la Psychiatrie et de la Santé Mentale.

4.1.2 Les connaissances sémiologiques et sémantiques

L'analyse des questionnaires selon l'ancienneté des infirmiers met en évidence que les infirmiers avec :

- Plus de 20 ans d'ancienneté : 43 sur 49 infirmiers ont eu au minimum la moyenne au questionnaire, sachant que 14 infirmiers ont une note égale ou supérieure à 15/20.

- Entre 11 et 20 années d'ancienneté : 48 sur 49 infirmiers ont eu au minimum la moyenne dont 10 infirmiers bénéficient d'une note égale ou supérieure à 15/20.

- Entre 5 et 10 années d'ancienneté : 16 sur 16 infirmiers ont eu au minimum la moyenne sachant que 9 d'entre eux ont une note égale ou supérieure à 15/20.

- Moins de 5 années d'ancienneté : 8 sur 10 bénéficient au minimum de la moyenne dont un infirmier a une note égale ou supérieure à 15/20.

Au total, 9 infirmiers sur 124 n'ont pas eu la moyenne au questionnaire sachant que 6 infirmiers ont plus de 20 ans d'expérience professionnelle. Par contre, 14 infirmiers des 34 infirmiers qui ont obtenu une note supérieure à 15/20 au questionnaire ont plus de 20 ans d'expérience professionnelle.

Selon Patricia Benner, théoricienne en sciences infirmières, la théorie (les connaissances, le savoir) est un excellent outil pour expliquer et prévoir. La théorie offre ce qui peut être formalisé et explicité. Elle guide les infirmières et leur permet de se poser les bonnes questions. Cette auto-évaluation, par le biais du questionnaire, permet une première approche en vue de réaliser l'étude du niveau de connaissances théoriques des infirmiers de psychiatrie adulte.

L'expertise, contrairement à la théorie, ne peut être évaluée par cet outil. Par contre, l'expertise ne peut se développer que lorsque le clinicien confronte à des situations réelles les propositions, les hypothèses, ou les attentes fondées sur les principes. On peut donc parler d'expérience lorsque les notions et les attentes préconçues sont remises en question, mises au point ou infirmées par la réalité. L'expérience est l'amélioration des théories et des notions préconçues par la confrontation à de nombreuses situations réelles qui ajoutent des nuances ou des différences subtiles à la théorie. L'expérience est nécessaire à l'expertise. La compétence se nourrit de savoir-faire (connaissance pratique), et non pas de savoir (connaissance théorique), même si ce savoir est un préalable, puisqu'il constitue le point de départ de l'acquisition de l'expérience.

Dans cette enquête, il est difficile de démontrer que l'âge ou que le nombre d'années d'expérience professionnelle influencent les résultats étant donné que la majorité des participants ont une expérience supérieure à 10 ans.

Dans son livre, « De novice à expert : excellence et pouvoir dans la pratique infirmière clinique », Patricia Benner décrit un modèle pour les étapes de l'apprentissage et de l'acquisition des compétences cliniques. (Benner, 1995). Dans notre situation, l'évaluation des compétences n'est pas l'objectif de la démarche. Par contre, l'évaluation des savoirs théoriques a un intérêt sachant qu'ils nourrissent les différents stades qui participent au développement de la profession. D'après le Docteur Benner, il est possible d'évaluer les besoins des infirmières à différents stades de leur développement professionnel. Sa théorie, de novice à expert, témoigne que les infirmières expertes ayant suivi des études, accroissent leurs connaissances des soins du patient et leurs vastes compétences avec l'acquisition d'une multitude d'expériences accumulées au fil du temps.

En appliquant cette théorie à la profession infirmière, elle décrit cinq étapes ou niveaux de compétences cliniques :

- Stade 1 Novice (0 à 3 ans) : Les novices n'ont aucune expérience des situations auxquelles elles risquent d'être confrontées. Pour les informer et leur permettre d'acquérir l'expérience nécessaire au développement de leurs compétences, on leur décrit ces situations en termes d'éléments objectifs.

- Stade 2 Débutant (3 à 6 ans) : Le débutant peut formuler des principes qui dictent ses actions, mais les différents attributs et aspects identifiés de ces principes sont tous traités avec une importance égale. Il lui manque encore de pouvoir prioriser les caractéristiques constitutives de ces principes.

- Stade 3 Compétent (de 6 à 9 ans) : Un infirmier qui travaille depuis 2 à 3 ans dans le même service. Il commence à percevoir ses actes en termes d'objectifs ou de plans à long terme dont il est conscient. Ce plan dicte quels attributs et aspects de la situation présente ou envisagée doivent être considérés comme les plus importants et ceux que

l'on peut ignorer. Le plan de soin établit une perspective et se fonde sur une analyse consciente, abstraite et analytique du problème.

- Stade 4 Performant (de 9 à 12 ans) : à ce niveau, les infirmiers sont capables de discerner les situations dans un « ensemble ». L'infirmière performante apprend par l'expérience quels évènements typiques risquent d'arriver dans une situation donnée et comment il faut modifier ce qui a été prévu pour faire face à ces évènements.

  Ainsi, elle sait que ce qu'elle prévoyait ne se manifestera peut-être pas, mais l'expérience facilite sa capacité à réagir en fonction des priorités perçues.

- Stade 5 Expert (au-delà de 12 ans) : L'expert a une énorme expérience. Il comprend intuitivement chaque situation. Cette maîtrise est telle que l'obliger à porter attention à des détails, à un modèle, ou à une règle formelle amènerait une détérioration de ses performances. L'infirmier expert cultive la notion de « ce qui est possible ». Ses interventions sont souples et montrent un niveau élevé d'adaptation et de compétence.

L'évaluation globale des connaissances relatives à la sémiologie et à la sémantique psychiatrique ne remettent pas en question le travail ni les compétences professionnelles des infirmiers acquises par l'expérience.

Les résultats du questionnaire démontrent, de manière globale, que les infirmiers n'ont pas tous eu connaissance des dernières classifications des troubles psychiatriques. Le DSM et la nosographie psychiatrique évoluent, ce qui entrainent des perturbations dans les repères théoriques des infirmiers. Un échange à postériori confirme cette analyse. De plus, le terme « alogie » a suscité des interrogations. En effet, les infirmiers avouent ne pas connaître la signification.

A travers cette étude, il est constaté une confusion sémiologique entre les troubles délirants schizophréniques et non schizophréniques, ou au sein de l'évaluation des définitions. Une minimisation du risque suicidaire est visible à travers les résultats, les collègues ne semblent pas avoir conscience de l'importance de la surveillance du risque quelle que soit la pathologie. On peut supposer que les conditions d'évaluation ne soit pas optimale, étant donné que les auto-questionnaires soient réalisés sur le poste de travail. Pour autant cet audit permet de sensibiliser les infirmiers aux modifications de la classification des troubles mentaux et aux règles de bonnes pratiques professionnelles.

4.1. 3 Auto-évaluation des connaissances infirmières

Ce bilan permet d'identifier les points de progrès et les points forts des connaissances théoriques des infirmiers. Ici, 65,3% des infirmiers affirment ne pas être à l'aise avec la sémantique et sémiologie spécifique à la psychiatrie, même ceux qui démontrent un score supérieur à 15/20.

Néanmoins, en exprimant ne pas être à l'aise avec l'utilisation de la sémantique, la plupart d'entre eux l'utilisent en fréquence soit « occasionnellement », voir « souvent » et peu « toujours » d'après leur auto-évaluation.

Leurs freins, les plus soulevés, sont la complexité à définir les troubles et/ ou par oubli de la sémiologie. La réactualisation des connaissances est souhaitée par 62,9% des infirmiers, un d'entre eux suggère qu'il serait utile de réaliser des rappels réguliers. Les infirmiers évoquent la difficulté à décrire la perception des signes cliniques et un des collègues a écrit : « avoir peur que les médecins pensent que l'on dépasse nos compétences ». Un infirmier m'a confié, lors de mon passage, que pour lui, les infirmiers n'ont pas le droit d'employer de termes médicaux.

Je suppose que ces croyances se sont fondées suite au décret du 15 mars 1993, qui fait suite à celui du nouveau programme de 1992, qui établit que l'infirmier « identifie les besoins du patient, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue ». Il est donc fait obligation aux infirmières de poser des diagnostics infirmiers. Ils sont nés des recherches en soins infirmiers des infirmières canadiennes et nord-américaines (en 1953, V. Fry). Il s'agit d'encourager les infirmières à analyser les interactions entre les différents éléments des situations de soins. L'idée est de dépasser le modèle médical centré sur la pathologie. Cependant, lors de la traversée de l'Atlantique, les diagnostics infirmiers vont subir des interprétations qui en modifient l'essence et le sens. Comme le soulignent Arlette Marchal et Thérèse Psiuk, une partie des infirmières françaises ont la « conviction que la discipline infirmière doit se décrire sans intégrer le diagnostic médical ». Cette position amène une redéfinition systématique des diagnostics médicaux en diagnostics infirmiers. (Belpaume, 2009).

D'ailleurs, ils affirment que la plupart de leurs références nécessaires pour évaluer l'état clinique du patient sont apportées par les formations professionnelles principalement, suivi de connaissances personnelles. De plus, 23,4% des infirmiers affirment connaitre les fonctions évaluées lors de l'examen clinique psychiatrique. Cet item est difficilement vérifiable, il reste

subjectif car il n'a pas été audité. Cette question mériterait d'être approfondie lors de ma prise de poste.

Les infirmiers évaluent l'état clinique du patient de manière individuelle. Ils ont aussi pour habitude de participer aux synthèses cliniques pour effectuer une évaluation collective et pluriprofessionnelle.

Tous les infirmiers ont conscience de l'importance de prendre en compte l'état clinique du patient pour construire son projet de soin individualisé. D'ailleurs, 72,6% des infirmiers pensent que le projet de soin du patient se construit principalement avec les attentes et les objectifs du patient. Le patient reste au centre de la prise en soin, accompagné de l'ensemble de l'équipe pluriprofessionnelle, rappelé lors de la Visite de Certification de 2018.

Le sondage démontre l'existence de réunions de synthèses au sein de l'EPSM avec la participation des médecins psychiatres, des infirmiers, des cadres de santé, des psychologues et assistantes sociales, par contre il est regrettable que les fréquences ne soient pas évaluées.

Les notions de situation complexes, parcours de soin, parcours de santé et projet de soin individualisé ont été abordées. Le sondage reflète une confusion entre ces différentes définitions, un tiers des infirmiers semble être sensibilisé. Ces notions ont le mérite d'être réexpliquées à postériori, permettant aux infirmiers de conscientiser leur rôle dans la prise en charge et de leurs interventions dans le parcours de soins du patient. Un éclaircissement de ces nuances est nécessaire pour permettre d'améliorer la prise en soin globale du patient.

Par contre, sur la question « situation complexe », la réponse attendue est la définition de la Haute Autorité de Santé, mais le refus de soin du patient peut aussi être interprété de la sorte. La loi du 4 mars 2002 rappelle un principe général, fondement de l'éthique médicale, selon lequel le consentement du patient est un élément fondamental de la relation de soin. Ceci implique le respect des choix des patients, bien entendu, dans le cadre d'un dialogue et d'un échange d'information, mais aussi d'un échange prenant en compte les impératifs et les règles de la médecine, et les missions que lui confie la société. Le respect du refus de soins, émanant du patient, fait donc partie de la relation médecin-malade. Selon le texte de loi de 2002 qui reprend sous une autre formulation l'esprit du code de déontologie médicale : « Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informé des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables », « Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et

éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ». Ce droit au consentement et au refus est essentiel du point de vue éthique dans une société issue d'une tradition philosophique de respect de la personne et de son autonomie. (Cardin, 2014)

Une situation complexe soulève un questionnement éthique. En effet, le soignant doit respecter le choix du patient, après lui avoir transmis les informations comme les bénéfices / risques encourus dans la situation, dans le cas où celui-ci est capable de consentir. Néanmoins, si l'état clinique du patient altère sa capacité de jugement, le soignant prend la décision dans l'intérêt du patient si celui-ci nécessite des soins immédiats. L'éthique professionnelle porte sur l'action et vise à agir de la manière la plus juste et du mieux possible. Chaque situation est singulière et doit tenir compte de l'alternative la plus adaptée.

Paul Ricoeur définit l'éthique comme « vivre une vie bonne, avec et pour autrui, dans des institutions justes » : c'est par cette formule quelque peu lapidaire que Ricoeur présentait souvent sa « petite éthique ». (Svandra P. , 2020)

Ricœur dans « Soi-même comme un autre » nous propose bien une éthique pratique (sa « petite éthique ») constituée par trois moments à la fois différents et liés ensemble : visée de la vie bonne (pôle « je »), avec et pour les autres (pôle « tu »), dans des institutions justes (pôle « il »). Pour se faire mieux comprendre, Ricœur a recours au terme de « souci », qu'il va pouvoir appliquer aux trois moments de la visée éthique : souci de soi (estime de soi), souci de l'autre (sollicitude), souci de l'institution (justice). On ne peut s'empêcher de rappeler à ce sujet que le souci, a été traduit en anglais par *care* que l'on pourrait traduire à la fois par « sollicitude » et par « prendre soin de… ». (Svandra P. , 2016)

4.1.4 Connaissances du métier infirmière en pratique avancée

La majorité des collègues connaissent le métier d'infirmière en pratique avancée, 14,5% d'entre eux signalent pour autant ne pas savoir. L'objectif de mes déplacements était de sensibiliser les équipes, en expliquant les missions de la profession. Ma venue dans les unités pour présenter le travail de recherche et le questionnaire a favorisé l'investissement des infirmiers et le taux de participation. Certains collègues m'ont avoué avoir apprécié le fait que je vienne à leur rencontre et ont souligné mon investissement favorisant un échange de bon procédé. Ils considèrent l'IPA comme une « personne ressource ». L'IPA n'ayant aucun lien

hiérarchique, la relation sera similaire à la relation soignant-soigné, en créant des « reliances horizontales » développant ainsi une notion d'« alliance » avec l'équipe pluriprofessionnelle.

Leur attente principale est que l'IPA participe à l'amélioration des pratiques professionnelles, associé à l'accompagnement des équipes afin d'assurer le suivi de la prise en charge du patient. Un des infirmiers précise que l'IPA sera une aide pour les prises en charges complexes en consultation infirmière et permettre de soulager les médecins psychiatres dans le suivi des patients souffrant de pathologies chroniques. En effet, l'IPA de part ses compétences et ses missions, mettra en œuvre des actions qui contribueront à l'amélioration des pratiques professionnelles en vue d'améliorer la qualité du soin.

La plupart des infirmiers envisagent leur collaboration avec l'IPA, seulement 8 d'entre eux ne l'envisage pas. Peut-être, pouvons-nous supposer que l'origine de cette réponse vient de l'absence d'Infirmière en pratique avancée sur l'EPSM de Saint Venant à ce jour.

4.2 Leadership clinique et Pratique Avancée

4.2.1 Amélioration des pratiques professionnelles

Ce travail de recherche sur les analyses de pratiques professionnelles a permis d'expliciter l'intérêt de l'arrivée de cette nouvelle profession au sein des équipes pluriprofessionnelles. En effet, l'IPA de part ses compétences et ses missions, participera à l'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant son leadership clinique.

Les résultats du questionnaire sur l'évaluation de la sémantique démontrent les failles des connaissances relatives à la sémantique et sémiologie psychiatriques. L'un des enjeux d'une maitrise partielle ou de la confusion de la sémantique, peut-être source ou risque d'erreur professionnelle. Le manque d'actualisation des connaissances engendre une diminution des compétences professionnelles, une carence de l'évaluation de la clinique, dans les partages d'informations ou dans la qualité de communication entre professionnels. La connaissance de la clinique participe au bon sens de la pratique professionnelle, d'autant que l'EPSM de Saint-Venant est un établissement pilote sur l'utilisation des plans de soins types et des chemins cliniques (CC). Le plan de soin type (PST) est un outil standard qui formalise les invariants de qualité dans les soins pour un groupe homogène de patients. Le PST et le CC sont des outils qui permettent de formaliser un raisonnement clinique partagé entre tous les acteurs inscrits dans la prise en soin du patient. Nous pouvons considérer ces outils comme des référentiels de

qualité, qui vont donner sens à l'activité soignante et qui permettent de construire ou de consolider les compétences. (FLAHAUT, 2019). L'IPA est une valeur ajoutée pour participer à la construction de ses outils, qui sont une aide supplémentaire pour la pratique quotidienne des soignants.

Dans l'objectif de favoriser une amélioration de la qualité du soin, il est nécessaire de mettre en place des axes d'amélioration. La pratique de l'IPA est basée sur les connaissances et les compétences acquises par le biais de la formation, son expérience et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

L'IPA a l'opportunité d'accompagner le patient et l'équipe pluriprofessionnelle en exerçant un leadership clinique. Il a la possibilité de construire les compétences individuelles et collectives.

Guy Le Boterf définit la compétence comme « la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs, dans une situation et un contexte donné ».

Il distingue plusieurs types de compétences :

- Les savoirs théoriques (savoir comprendre, savoir interpréter)
- Les savoirs procéduraux (savoir comment procéder)
- Les savoir-faire procéduraux (savoir procéder, savoir opérer)
- Les savoir-faire expérientiels (savoir y faire, savoir se conduire)
- Les savoir-faire sociaux (savoir se comporter, savoir se conduire)
- Les savoir-faire cognitifs (savoir traiter de l'information, savoir raisonner, savoir nommer ce que l'on fait, savoir apprendre).

Il visualise un ensemble de levier permettant d'agir avec compétence dont la résultante se trouve dans le vouloir agir, le pouvoir agir et le savoir agir. (BOTERF, 2000).

Le savoir agir peut-être mis en œuvre au travers du développement de ressources par la formation, ou par l'accompagnement via le tutorat, en vue d'enrichir les collègues et l'équipe pluriprofessionnelle en connaissances, maintenir l'entrainement pour permettre la consolidation de pratiques professionnelles.

Le pouvoir agir peut se traduire par l'identification des besoins et des progrès à réaliser. La mise à disposition de moyens opportuns est nécessaire pour rendre possible la mission.

Le vouloir agir concerne la motivation. L'accompagnement doit être encourageant, reconnaissant les efforts et les progrès. L'IPA ne peut forcer ses collègues à agir avec

compétence, tout comme un jardinier ne tire pas sur la plante pour la faire pousser, par contre l'IPA construit un ensemble cohérent de conditions favorables, alors la probabilité de réussite sera grande.

La définition de « compétence » doit être traitée en faisant une distinction entre « être compétent » et « avoir des compétences ».

- ✓ Être compétent est le fait de mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente en mobilisant une combinatoire appropriée de ressources (savoir, savoir-faire, mode de raisonnement...).
- ✓ Avoir des compétences est le fait d'avoir des ressources pour agir avec compétences.

On reconnaitra le fait que l'IPA agira avec compétences lorsqu'elle mobilisera un ensemble de ressources personnelles et de son environnement pour gérer un ensemble de situations professionnelles afin d'obtenir des résultats.

Il est démontré que l'exercice du leadership clinique améliore la qualité de la communication entre les membres de l'équipe et améliore les relations de coordination entre les professionnels de l'équipe de soins. En faisant preuve de leadership clinique, les IPA gagnent en crédibilité auprès de leurs pairs. Cette crédibilité provient de sa contribution à l'atteinte des objectifs cliniques partagés entre les membres de l'équipe, à l'efficience de l'équipe de soins et à la qualité de vie au travail. L'exercice du leadership clinique positif se réfère aux habiletés cliniques, c'est-à-dire sa compétence clinique (savoir) et sa compétence pratique (savoir-faire) ainsi qu'à l'efficacité dans sa façon de communiquer, à son sens éthique, aux relations qu'elle développe facilitant la coordination et sa manière d'amener et de soutenir le changement. (Lessard, 2017)

Le leadership clinique de l'IPA est un enjeu institutionnel vecteur de l'efficience professionnelle. Le dictionnaire Larousse définit l'efficience comme « la capacité d'un individu ou d'un système de travail d'obtenir de bonnes performances dans un type de tâche donné ». En effet, l'IPA optimise les ressources en vue d'atteindre les objectifs.

Au travers ce mémoire, j'ai confirmé que la maitrise des fondamentaux est nécessaire à l'exercice professionnel en psychiatrie. L'évaluation de l'état clinique du patient est primordiale pour la qualité du soin. Pour améliorer les pratiques futures, je me suis intéressée à l'existant en faisant un bilan des connaissances infirmières.

Ce travail de recherche démontre, de façon globale, que les infirmiers de l'EPSM de Saint Venant font preuve d'une maitrise partielle des connaissances sémiologiques et sémantiques spécifiques à la psychiatrie. Cette évaluation justifie une réactualisation des connaissances demandée par les infirmiers.

L'IPA, de part son expertise clinique, a pour mission de renforcer les connaissances sémiologiques et sémantiques de l'équipe pluriprofessionnelle, contribuant à l'amélioration du processus d'évaluation de l'état clinique du patient en exerçant un leadership clinique. L'évaluation de l'état clinique du patient donne sens au projet thérapeutique individualisé et au parcours de soins du patient. L'IPA a la responsabilité de la coordination de la prise en soin du patient.

4.2.2 Projet thérapeutique individualisé et Parcours patient

La formation universitaire, suivie par l'IPA, lui apporte les outils et les connaissances nécessaires pour accompagner et coordonner une équipe pluriprofessionnelle dans le cadre de prise en charge complexe. Le leadership clinique s'exerce aussi bien auprès de l'équipe que dans l'accompagnement du patient et de ses aidants.

D'un point de vue institutionnel, les enjeux du leadership clinique de l'IPA, au sein d'une équipe pluriprofessionnelle, permettant d'accompagner le projet et le parcours de soins du patient, sont nombreux.

Dans le paragraphe précédent, j'ai démontré que la clinique est la base de la construction de la prise en charge du patient dans sa dimension bio-psycho-sociale, partie intégrante d'une prise en soin holistique.

L'IPA est le « maillon » qui favorise la coordination du parcours du patient, de part la proximité et l'alliance thérapeutique qu'il créé avec le patient. L'accompagnement du patient, sous-entend une posture bienveillante et le respect du maintien de son autonomie au travers l'adhésion et le consentement aux soins.

Le terme « coordination » est accolé à de nombreuses phases du parcours :

- Dans la relation entre l'hôpital et la médecine de ville
- Dans l'expression de nouveaux métiers
- Dans le lien entre le sanitaire et le médico-social.

La coordination est définie comme : « le management des interdépendances entre activités afin d'atteindre un but commun. Elle permet d'assurer la cohérence des différentes tâches dans un souci d'efficacité ». (Hénaut, 2014)

La coordination représente une approche générale qui couvre différentes actions. L'examen de ces actions explique le besoin de doter l'acteur autonome des compétences dites organisationnelles associées à une expertise médicale.

Ces compétences reposent sur différents savoirs :

- ✓ Le savoir-technique : il permet la qualité de l'exécution de l'action, ou d'actes techniques.

- ✓ Le savoir-comprendre : il aide à comprendre la situation de travail, de juger la pertinence de l'action prévue, sa priorité dans l'ordre des tâches à accomplir et la nécessité d'actualiser en cas d'imprévus.

- ✓ Le savoir-réagir : il apparait lorsque des imprévus surviennent, ou de considérer le cas de figure à gérer l'apparition d'un imprévu.

- ✓ Le savoir-agencer : il s'agit de l'ajustement des actions, l'objectif est de concentrer l'attention sur les enchainements que l'on peut rencontrer dans le travail à différents niveaux selon les étapes du parcours, la phase de conception et d'exécution, les acteurs, les lieux ou actions à réaliser. Il permet la fluidité dans le déroulement du travail par le biais d'un ajustement quasi permanent.

- ✓ La savoir-empathique : il s'exprime dans les relations entre les professionnels, les patients et leur entourage. C'est la capacité du professionnel à adapter son comportement dans la relation en vue de personnaliser et favoriser l'engagement du patient dans l'organisation de son parcours de soin.

Ce savoir-empathique est rattaché à une compétence de communication, ou un savoir être, il permet aussi de réguler certains comportements du patient et à guider ses initiatives.

Ces savoirs de l'action s'associent au savoir médical lors de la phase de conception permettant ainsi la mise en œuvre de l'organisation des parcours de soin du patient. (Minvielle, 2018)

Après une évaluation de l'état clinique du patient, l'IPA identifie les besoins et les ressources du patient permettant de co-construire le projet de soin thérapeutique individualisé. La Haute Autorité de Santé a conçu un outil pour l'amélioration des pratiques explicitant les objectifs à définir et la méthodologie pour mettre en œuvre le projet thérapeutique individualisé du patient. Celui-ci peut s'établir dès le premier contact avec le patient, selon son état clinique, et réévaluer autant de fois que nécessaire. Le projet est construit avec le consentement du patient, puis partagé avec l'équipe pluriprofessionnelle. (Santé, 2016).

L'IPA organise des réunions de synthèses cliniques avec les professionnels intervenant dans la prise en soin. Il définit les rôles de chacun, en prenant en compte les compétences et les contraintes de chaque professionnel. Il communique avec le patient et les professionnels, centralise les informations et coordonne le parcours de santé et de soins du patient.

De plus, la transformation de notre système de santé présentée dans le plan « Ma santé 2022 » propose que les professionnels de santé libéraux et les établissements de santé travaillent ensemble et s'organisent pour répondre à un double objectif : prendre en charge en proximité et permettre l'accès aux soins les plus spécialisés en toute sécurité. Avec cette nouvelle organisation, les patients auront la garantie d'être orientés vers les bons professionnels et les bons établissements, qui leur apporteront les soins adaptés. L'IPA est un des acteurs au sein de ces différents dispositifs permettant ainsi le lien entre l'organisation de ville et celle de l'hôpital. Elle facilitera la fluidité du parcours de soin pour le patient et pourra s'appuyer sur les CPTS dans le cadre du PTSM.

L'IPA travaille en interprofessionnalité et en pluriprofessionnalité. Dans la logique des parcours de soins, la coordination s'inscrit dans une volonté d'éviter des actes isolés et de formaliser les actions collaboratives entre l'hôpital, la ville et les professionnels autour des trajectoires des personnes soignées. (Paillard, 2021).

Selon Muccheilli*, « Le travail en équipe n'est pas inné. C'est une compétence qui s'apprend, se travaille. L'efficacité d'une équipe n'est pas seulement affaire de cohésion et d'organisation. Elle s'appuie sur des règles, une dynamique qui doivent être maîtrisées pour conduire à la réussite de l'équipe ».* (Formarier Monique, 2012)

L'IPA a pour mission de mettre en place les réunions de concertation pluri professionnelles en définissant les objectifs permettant de prendre des décisions pour gérer une situation complexe, identifier les risques éventuels (ou les contraintes) et définir a priori les modalités de prise en charge optimale. Selon la Haute Autorité de Santé, les réunions peuvent aboutir sur un plan personnalisé de santé, sur des mesures de sécurisation des soins ou encore un protocole pluri professionnel. Au-delà de ces objectifs, elles contribuent puissamment à développer une culture pluri professionnelle (reconnaissance mutuelle, relations de confiance…) qui est le ciment de l'équipe. Même si beaucoup d'équipes organisent spontanément de telles réunions, il est nécessaire de les structurer autour de quelques principes (regard croisé, référence aux données de la littérature, suivi des décisions) sans quoi elles risquent de ne pas être efficaces et, par conséquent, d'être abandonnées.

Le problème n'est pas seulement de créer du lien entre les différentes structures du système de santé mais de faire en sorte que ces dernières offrent un cheminement adapté aux besoins de la personne soignée. Cette nouvelle approche fait écho « aux modèles des soins chroniques » (Chronic Care Model) développé au niveau international (Wagner et al., 1999) dans le but de recentrer les soins autour du patient et d'appréhender de façon plus évolutive toutes les dimensions de sa prise en charge, au-delà de la seule dimension sanitaire. (Hénaut, 2014)

Eu égard à sa compétence de leadership clinique, l'IPA coordonne les professionnels au sein d'un cheminement collectif. Il encourage l'esprit d'équipe et contribue à l'empowerment de ses collègues et du patient.

4.2.3 Analyse de ma pratique

Ma recherche a débuté par la lecture d'articles sur les pratiques professionnelles de la maitrise de la sémantique et de la sémiologie en psychiatrie. J'ai rapidement été confrontée à un manque de littérature sur le sujet. Le constat, qui a mené à ce travail de recherche, est le reflet de l'expérience professionnelle. Dans un premier temps, j'ai eu peur de manquer de légitimité vis-à-vis de mes collègues en soulevant cette problématique, mais l'évolution professionnelle amène une remise en question des pratiques. En parallèle, je me suis posée la question, à savoir, est-ce acceptable d'avoir connaissance du manque de maitrise de la sémiologie et de ne pas agir ?

Pour démontrer ce que j'ai constaté, j'ai rencontré et évalué les collègues infirmiers sur leurs connaissances et la maîtrise de la sémantique et sémiologie spécifique au domaine de la psychiatrie et de la santé mentale, par le biais d'un auto-questionnaire.

Le questionnaire conçu pour ce travail de recherche n'a pas été facile à construire. Beaucoup de notions ont été évaluées. J'ai volontairement fait le choix de rester généraliste, souhaitant évaluer différentes connaissances et pratiques professionnelles.

L'une des contraintes du questionnaire à choix multiples est qu'il peut orienter la réponse à cause de l'éventail de propositions. De plus, le soignant peut sélectionner une réponse au hasard et valider la bonne réponse. A la question : « connaissez-vous les fonctions évaluées lors de l'examen clinique psychiatrique ? », j'ai obtenu une majorité de « oui » alors qu'après débriefing avec certains infirmiers, j'ai compris que nous n'étions pas sur les mêmes attentes. Certaines questions comme l'évaluation d'une idée délirante, les fonctions perturbées dans l'épisode dépressif caractérisé et la fréquence des réunions de synthèses cliniques méritent d'être plus approfondies. En créant ce quizz, je me suis rendue compte de la difficulté à construire une grille d'évaluation tenant compte de la richesse et de la diversité des thèmes abordés.

Malgré mes craintes et une appréhension que les collègues perçoivent ce travail comme « un examen » de leurs connaissances, j'ai été agréablement surprise. Ces rencontres ont favorisé de nombreux échanges, riches, de réassurance, partageant leurs difficultés de terrain soit dans le cadre de PEC complexe, soit dans la difficulté à mettre en mots leurs transmissions. J'ai pris plaisir lors de ces temps d'échanges, j'ai répondu à leurs questionnements aussi bien sur les missions du métier de l'IPA que sur une actualisation de connaissances ou sur des améliorations de pratiques professionnelles. Une correction du questionnaire est souhaitée par la majorité des participants. Pour répondre aux attentes, j'ai conçu un document explicatif et synthétique, validé par Mme Bourgeois, reprenant les thématiques abordées dans le questionnaire. (Annexe 3)

J'ai remarqué le fait que la fonction IPA reste associée à la fonction Infirmière, et non à la fonction de Cadre de Santé, les collègues infirmiers ont plus de facilité, à avouer leurs difficultés et oser demander des axes d'améliorations. J'ai eu l'opportunité de répondre à des questionnements infirmiers. Les collègues perçoivent l'IPA comme une « infirmière ressource ». Au-delà de l'évaluation des connaissances, l'un des objectifs est que les collègues prennent conscience des changements, de leurs points forts et de leurs difficultés, et qu'ils soient

volontaires d'une réactualisation de connaissances. Il n'est pas possible d'imposer aux collègues de suivre le chemin, par contre, il est possible de leur montrer le chemin à emprunter.

En respectant les précautions méthodologiques, j'ai corrigé chaque questionnaire personnellement et recueillis les données. Une correction s'est portée sur les parties « évaluation des connaissances » et « connaissances des définitions ». Des perfectionnements en logiciel informatique me seront utiles pour les prochaines analyses. Cette expérience est positive, elle m'a permis de découvrir et d'apprendre à utiliser des outils informatiques. Etant novice, j'ai réalisé avoir commis quelques maladresses en créant ce questionnaire. A défaut de proposer des catégories d'âge, j'aurais dû laisser la possibilité aux infirmiers de renseigner l'item prédéfini. Dans le choix de propositions, parfois un item « autre » s'est introduit, indépendant de ma volonté. Beaucoup de thèmes différents sont abordés, ce questionnaire aurait pu faire l'objet de plusieurs questionnaires par thématique, que je pense expérimenter dès que possible. Néanmoins, celui-ci permet de faire un bilan général de la situation.

De manière générale, j'ai reçu un retour positif de mon intervention auprès des infirmiers. En réunion d'encadrement, il m'a été demandé de concevoir, à ma prise de poste, un questionnaire pour la Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent. Les cadres formateurs de l'IFSI m'ont contactée pour discuter de l'enseignement apporté aux étudiants et envisager des axes d'amélioration.

Pour perfectionner ma formation d'IPA, j'ai construit mon parcours de stage de 2ème année au sein du Pôle de Psychiatrie du CHU de Lille, dans l'objectif de développer le réseau. Cette expérience reste enrichissante pour ma pratique, autant pour assurer le suivi du patient qui me sera confié, que dans les transmissions de savoirs avec les collègues.

Mon choix de devenir IPA est, avant tout, une recherche de perfectionner la clinique. L'objectif du choix du CHU de Lille comme lieu de stage est de connaitre les dernières techniques utilisées et recommandations de bonnes pratiques. J'y ai découvert la majorité des unités spécifiques de la psychiatrie adulte. Le CHU est un centre de recours et l'IPA a pour mission de coordonner la prise en charge et le parcours patient, d'où l'importance de connaitre les indications spécifiques pour permettre une orientation adaptée.

Cette première approche me permet d'orienter les apports théoriques nécessaires à la transmission de savoir favorisant l'amélioration des pratiques professionnelles :

- Apports de connaissances sémiologiques et la nosographie des troubles psychiatriques
- L'examen clinique psychiatrique et l'observation clinique
- Actualiser les connaissances sur les notions de situation complexe, parcours de soins et projet de soin individualisé et illustration de parcours patient

Au sein de l'institution, 80% de quotité de temps de travail de l'IPA sont réservés pour la clinique et 20% sont mis à disposition pour la réalisation de missions transversales.

Sur le plan institutionnel, les actions envisagées dans le cadre des missions transversales sont :

- La création de nouveaux quizz, tous les 2 mois, autour d'une thématique avec corrigé, envoyés aux collègues de l'établissement sur leur adresse mail professionnelle permettant de s'auto-évaluer sans préjugé et d'évaluer les connaissances professionnelles.

- L'animation de réunions cliniques sur les situations complexes et parcours patient dans le cadre d'analyse de pratique professionnelle, en identifiant les difficultés rencontrées depuis l'anamnèse du patient afin de définir, selon les recommandations de l'HAS, le projet thérapeutique individualisé.

- Le tutorat des nouveaux IDE arrivants dans l'établissement (Groupe de travail en cours) présenté en Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques dans la démarche de mise en œuvre de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences. L'IPA participe à la transmission de savoirs (théoriques, procéduraux,..) en tenant compte des aspirations des professionnels en vue de développer les compétences professionnelles en mobilisant sa compétence de savoir agir.

- L'organisation de soirées à thème en partenariat avec l'IFSI, pour sensibiliser les soignants à l'évolution et à l'amélioration des pratiques professionnelles, en mobilisant un ensemble de levier permettant d'agir avec compétence.

- La participation au groupe de travail sur l'élaboration des plans de soins types existants sur l'établissement. L'IPA apporte une expertise supplémentaire au sein de l'équipe pluriprofessionnelle.

- La création d'une cartographie « réseau / parcours patient » selon les ressources du secteur et les soins de recours en partenariat avec l'équipe soignante. Cet outil pédagogique identifie les partenaires, facilite les orientations et répertorie les centres experts existants dans la région. Les indications spécifiques y seront expliquées optimisant la coordination de la prise en soin du patient.

Ce travail de recherche est la porte d'entrée à de nombreuses possibilités, consciente de la richesse de la transmission de savoir, la compétence de leadership clinique de l'IPA est une valeur ajoutée au sein de l'institution.

Conclusion

La maitrise de la clinique est l'un des enjeux pour co-construire le projet de soin individualisé, selon l'évaluation de l'état clinique du patient, et l'accompagner dans son parcours de soins. Dans ce travail de recherche, si l'on considère qu'un score égal ou supérieur à 15/20, lors de l'évaluation des connaissances infirmières, alors 27,4% des infirmiers semblent maitriser la sémantique et sémiologie spécifique à la psychiatrie. Les statistiques démontrent que 65,3% des infirmiers ayant obtenu un score entre 10 et 15/20 maitrisent partiellement les fondamentaux. Un éclaircissement sur les notions de parcours reste approprié puisque 67% des infirmiers confondent les significations de situation complexe, projet de soin individualisé et parcours de santé et de soins. La prise en soin du patient peut être impacté si les soignants ne font pas la différence entre toutes ces notions et les différentes étapes du parcours du patient. Le travail en équipe pluriprofessionnelle permet un équilibre et une entraide entre professionnels favorisant le partage d'informations et de connaissances.

L'évolution des pratiques met en lumière la nécessité de maîtriser les fondamentaux de la spécialité où le professionnel exerce. Quel que soit le domaine, chacun est responsable de sa pratique professionnelle. La sensibilisation des soignants à l'utilisation des bonnes pratiques est un enjeu institutionnel, associée à une réflexion éthique.

La pratique avancée apporte une nouvelle compétence à son arc, jusque-là méconnue ou peu pratiquée chez les infirmiers. Le leadership clinique, différent du leadership managérial, est l'un des enjeux de l'accompagnement des équipes pluriprofessionnelles, des patients et de leurs aidants. Cette compétence se situe aux différentes étapes de la prise en soin et peut s'exercer de différentes manières. La méthodologie de l'éducation thérapeutique du patient peut se transposer de la même façon aux soignants. L'information apportée sera adaptée au niveau de compréhension du patient et / ou du professionnel où celle-ci est transmise dans l'idée de relier ses connaissances, tel Mr Clenet l'a défini.

La fonction de l'IPA légitime sa capacité à transmettre ses savoirs acquis pendant sa formation professionnelle. L'accompagnement permet de mettre en mots, d'expliciter, de théoriser, de donner sens à la pratique dans l'objectif d'impliquer les personnes dans leurs missions. L'accompagnement, selon la vision de Mme Beauvais, est une démarche qui aide une personne à cheminer, celle-ci peut se situer auprès des patients, tout comme auprès des soignants puisque l'IPA exerce au cœur d'une équipe pluriprofessionnelle. L'un des enjeux éthiques du leadership clinique est de permettre une vision commune du soin, dans le respect des attentes et des

objectifs du patient, permettant à l'équipe d'accompagner le patient dans son projet et parcours de soins. La maîtrise de la clinique facilitera le raisonnement clinique en vue de mettre en place les actions appropriées. Dans la capacité du travailler ensemble, une équipe pluriprofessionnelle se doit d'adopter la même sémantique, avoir les mêmes notions sémiologiques, et ces connaissances favorisent l'utilisation du même canal de communication. Finalement, on s'aperçoit que pour mettre en œuvre le parcours du patient, de nombreuses compétences et actions sont nécessaires, et que chaque individu est responsable de la qualité des ressources mobilisées.

Par ce travail d'analyse des pratiques professionnelles au sein de l'établissement, j'ai volontairement souhaité rencontrer les équipes, partager des informations, apprendre à comprendre leur réalité de terrain.

Les résultats du questionnaire démontrent que l'IPA a sa place dans l'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique.

L'IPA aura un rôle dans l'apport d'informations, le maintien des connaissances selon les dernières recommandations et la transmission de savoirs expérientiels. L'IPA sèmera des graines de cultures, amènera de la réflexivité sur les situations complexes, et avec bienveillance veillera à la qualité du soin.

Il n'est pas possible de forcer une personne à vous suivre, par contre il est possible de créer l'envie, la motivation et de montrer le chemin.

La patience, la répétition sont des clés pour atteindre les objectifs et forger la notion.

L'IPA construit l'apprentissage pour comprendre le sens et permettre l'action du changement.

D'après Antoine de Saint-Exupéry, « Pour ce qui est de l'avenir, il ne s'agit pas de le prévoir, mais de le rendre possible ».

Grâce à sa persévérance et sa capacité à motiver ses collaborateurs, l'IPA favorise l'adhésion des personnes qui l'entoure dans le respect des valeurs, marche après marche, transmettant les clefs à ceux qui ont la volonté d'ouvrir les portes.

Bibliographie

Ambrosino, F. (2021). *Le guide de l'infirmière en pratique avancée, 2ème édition.* Editions Vuibert.

Beauvais, M. (2004). Des principes éthiqes pour une philosophie de l'accompagnement. *L'Harmattan*, p. 99 à 113.

Belpaume, C. (2009, Décembre). Accompagner l'apprentissage du raisonnement clinique en soins infimiers. *Recherche en Soins Infirmiers N°99*, p. 43 à 74.

Benner, P. (1995). *De novice à expert. Excellence en soins infirmiers.* Paris: Inter Editions.

BOTERF, G. L. (2000). *Construire des compétences individuelles et collectives, Agir er réussir avec compétence, 5ème édition.* Paris: Editions d'Organisation Groupe Eyrolles.

Cardin, H. (2014). *La loi du 4 mars 2022 dite "Loi Kouchner".* Récupéré sur Cairn.info: file:///C:/Users/flame/Downloads/SEVE_042_0027.pdf

Carnus, M.-F. e. (2013). *"Réflexivité" Dictionnaire des concepts de la professionnalisation.* Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

CLENET, J. (2016). Pour apprendre et relier les connaissances, suffirait-il de coopérer? *Phronesis*, p. 16 à 27.

DEBOUT, C. (2019, Novembre). Clarification du concept de leadershipet de ses déclinaisons. *Soins*, p. 24.

Donnet MA, B. D. (2020, Aout-Septembre). Nouveaux métiers en psychiatrie. *L'information psychiatrique*, p. 540.

Est, E. R. (s.d.). Récupéré sur https://www.etp-grandest.org/faq/quelles-sont-les-differences-entre-pluridisciplinarite-pluriprofessionnalite-interdisciplinarite-et-transdisciplinarite/

Fédération Maisons Médicales Santé et Solidarité. (s.d.). Récupéré sur https://www.maisonmedicale.org/Pluri-multi-inter-trans-ou-in-disciplinarite.html

FLAHAUT, R. (2019, novembre/décembre). Plans de soins types et chemins cliniques, de la standardisation à la personnalisation. *Soins Psychiatrie*, pp. 17-20.

Formarier Monique, J. L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières, 2ème édition.* Association de Recherche en Soins Infirmiers, "Hors collection".

française, J. o. (2009, aout 7). *Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.* Récupéré sur Légifrance: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020961044/#:~:text=Le%20dipl%C3%B4me%20d'Etat%20d,%E2%80%95%20les%20articles%20R.

Hénaut, M.-A. B. (2014). *Coordination et Parcours, La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social.* DUNOD.

Jacinthe Pepin, S. K. (2010). *La pensée infirmière, 3ème édition.* Chenelière Education.

Julien-Daniel Guelfi, F. R. (2021). *Manuel de psychiatrie, 4ème éditions.* Elsevier Masson. Récupéré sur Manuel de psychiatrie, 4ème édition: https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/psy/lexamen-en-psychiatrie

Lessard, J. M. (2017). Prendre sa place: Reflexion sur le leadership clinique des infirmières cliniciennes au Québec. *L'infirmière clinicienne, Vol 14, n°1*, pp. 45-52.

Levy, A. (2002). *Analyse des pratiques.* Toulouse: Eres.

MATEO, M. C. (2012). *Les concepts en sciences infirmières, 2ème édition.* Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers.

Mathieu L, e. a. (2016). *Les compétences de leadership clinique pour la pratique infirmière avancée : proposition d'un modèle de développement pour la formation et la pratique clinique.* Récupéré sur https://cyberlearn.hes-so.ch/pluginfile.php/1839121/mod_folder/content/0/leadership.pdf

Minvielle, E. (2018). *Le patient et le système, En quête d'une organisation sur-mesure, Approche innovante du parcours de santé, 2ème tirage.* Paris: Editions Seli Arslan.

Morvan, T. (2015, janvier 11). *"ANAP" Agence Nationale de la Performance sanitaire et médico sociale.* Récupéré sur Comprendre la structuration de l'observation médicale: https://ressources.anap.fr/numerique/publication/666-comprendre-l-objectif-de-l-observation-medicale#:~:text=L'observation%20m%C3%A9dicale%20(%20OM%20),en%20ambulatoire%20ou%20en%20%C3%A9tablissement

Paillard, C. (2021). *Dictionnaire des Concepts en Sciences Infirmières, 5ème édition.* SETES.

Plane, J. M. (2015). *Théorie du leadership, Modèles classiques et contemporain.* DUNOD.

Plane, J. M. (octobre 2015). *Théories du leadership, Modèles classiques et contemporain.* DUNOD.

Psychiatrie, C. N. (2021). *L'Officiel ECNI, Le référentiel de Psychiatrie et Addictologie. Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.Addictologie.3ème édition.* Presses Universitaires François-Rabelais, SIDES.

Santé, H. A. (2016, septembre). *Outil pour l'amélioriationdes pratiques, Projet thérapeutique individualisé*. Récupéré sur HAS: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/outil_01_projet_therapeutique_individualise.pdf

SUZIE, Q. (2017, Juillet 4). Ce vocabulaire coincé dans un dictionnaire... *La revue Santé Mentale*.

Svandra, P. (2016). *Repenser l'éthique avec Paul Ricœur: Le soin : entre responsabilité, sollicitude et justice.* Récupéré sur CAIRN: https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2016-1-page-19.htm

Svandra, P. (2020, mars). Repenser l'éthique avec Paul Ricoeur. *Santé Mentale*.

WORRET, K. M. (2016). *SANTE MENTALE ET PSYCHIATRIE, 2ème édition.* CHENELIERE EDUCATION.

ANNEXES

Annexe n°1
Questionnaire Mémoire IPA (« Google Form »)

Dans le cadre du grade master IPA, je réalise mon mémoire de recherche sur les enjeux institutionnels du leadership clinique de l'IPA au sein d'une équipe pluri-professionnelle.

Cet auto-questionnaire permettra d'analyser les connaissances individuelles fondamentales et spécifiques à la discipline de la Santé Mentale et de la Psychiatrie.

Il est strictement anonyme.

Je vous remercie pour votre authenticité et votre participation.

Mme FLAMENT Audrey - Etudiante IPA 2ème année

1ère question : Quelle est votre fonction ?

- ISP
- IDE

2ème question : Quel est votre âge ?

- Entre 20 et 29 ans
- Entre 30 et 39 ans
- Entre 40 et 49 ans
- 50 ans et +

3ème question : Depuis combien d'années êtes-vous diplômé ?

- Moins d'un an
- Entre 1 et 5 ans
- Entre 5 et 9 ans
- + de 10 ans
- + de 20 ans
- 30 ans et +
- Autre

4ème question : Quelle est le nombre d'années d'expérience professionnelle en psychiatrie ?

- Moins de 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Entre 11 et 20 ans
- + de 21 ans
- Autre

Evaluation des connaissances spécifiques à la Psychiatrie et Santé Mentale....

5ème question : Quels sont les symptômes appartenant au syndrome positif de la schizophrénie ? (1 ou plusieurs réponses possible)

- Hallucinations
- Idées délirantes
- Emoussement affectif
- Alogie
- Néologisme

6ème question : Quels sont les symptômes appartenant au syndrome négatif de la schizophrénie ? (1 ou plusieurs réponses possible)

- Anhédonie
- Apragmatisme
- Aboulie
- Fading
- Discours diffluent « coq à l'âne »

7ème question : Les troubles délirants persistants se manifestent ils par un syndrome de désorganisation ?

- Vrai
- Faux

8ème question : Les troubles délirants chroniques sont-ils toujours reliés à la pathologie schizophrénique ?

- Vrai
- Faux

9ème question : Une consommation aigue de cannabis peut-elle entrainer des hallucinations ?

- Vrai
- Faux

10ème question : Un patient souffrant de schizophrénie paranoïde a-t-il la même symptomatologie que le patient souffrant de trouble délirant paranoïaque ?

- Vrai
- Faux

11ème question : Comment évaluez-vous une idée délirante ou un délire ? (1 ou plusieurs réponses possible)

- Thème
- Systématisation et Mécanisme
- Adhésion et Thymie associée

12ème question : Lesquelles de ces pathologies nécessitent la surveillance systématique d'un risque suicidaire ?

- Un schizophrène
- Un trouble bipolaire en phase maniaque
- Un épisode dépressif caractérisé
- Une personnalité borderline
- Un psychotrauma
- Autre

13ème question : La consommation excessive d'alcool a-t-elle une influence sur le risque suicidaire ?

- Vrai
- Faux

14ème question : Le numéro 3114 est :

- Le numéro national de prévention du suicide
- Le Dispositif Vigilans

15ème question : Pouvez-vous définir « l'anosognosie » ? (Cocher la ou les bonnes réponses)

- C'est la capacité à percevoir les choses de l'intérieur
- C'est la méconnaissance par le malade de la maladie dont il est atteint
- C'est la conscience de ses symptômes et signes

16ème question : Pouvez-vous définir « l'insight » ? (Cocher la ou les bonnes réponses)

- C'est la capacité à percevoir les choses de l'intérieur
- C'est la méconnaissance par le malade de la maladie dont il est atteint
- C'est la conscience de ses symptômes et signes

17ème question : Pouvez-vous définir « l'anhédonie » ? (Cocher la ou les bonnes réponses)

- C'est la perte de la capacité à éprouver du plaisir
- C'est la difficulté à entreprendre des actions par incapacité à planifier les activités
- C'est l'altération de la motivation avec manque d'initiative et grande difficulté à prendre des décisions

18ème question : Pouvez-vous définir « l'aboulie » ? (Cocher la ou les bonnes réponses)

- C'est la perte de la capacité à éprouver du plaisir
- C'est la difficulté à entreprendre des actions par incapacité à planifier les activités
- C'est l'altération de la motivation avec manque d'initiative et grande difficulté à prendre des décisions

19ème question : Pouvez-vous définir « l'apragmatisme » ? (Cocher la ou les bonnes réponses)

- C'est la perte de la capacité à éprouver du plaisir
- C'est la difficulté à entreprendre des actions par incapacité à planifier les activités
- C'est l'altération de la motivation avec manque d'initiative et grande difficulté à prendre des décisions

20ème question : Quelles sont les fonctions évaluées dans « l'Episode Dépressif Caractérisé » (EDC) ? (Cocher la ou les bonnes réponses)

- Les fonctions psycho-affectives
- Les fonctions psychomotrices
- Les fonctions instinctuelles

21ème question : Comment évaluez-vous le sommeil ?

- La durée et la qualité
- L'endormissement et les réveils nocturnes
- Avec un agenda du sommeil
- Les cauchemars
- Autre

22ème question : Quels sont les critères qui définissent « l'insomnie » ? (Cocher la ou les bonnes réponses)

- Perturbation du sommeil marqué des difficultés d'endormissement
- Cauchemars et Ruminations
- Eveils nocturnes avec difficulté pour se rendormir
- Réveil matinal précoce avec incapacité à se rendormir
- Autre

23ème question : Selon vous, existe-t-il plusieurs types de troubles bipolaires ?

- Vrai
- Faux
- Autre

24ème question : Le trouble bipolaire de type 2 se caractérise par :

- Minimum d'un épisode maniaque associé ou non à un EDC
- Minimum d'un épisode d'hypomanie associé à un EDC

25ème question : Une phase « maniaque » est d'une durée supérieure ou égal à 1 semaine ?

- Vrai
- Faux

26ème question : Lors de la phase maniaque, quelles fonctions sont exaltées ?

- Le sommeil et l'Appétit
- L'humeur et la Psychie
- La sexualité

27ème question : Le trouble anxieux généralisé ou trouble de l'adaptation se caractérise par : (1ou plusieurs réponses possible)

- Des distorsions cognitives
- Des tremblements, des sueurs, des vertiges, une dyspnée, une tachycardie
- Irritabilité, impatience, impulsivité
- Hypersomnie / clinophilie
- Autre

28ème question : Le trouble de personnalité borderline se caractérise par : (1 ou plusieurs réponses possible)

- Une instabilité affective
- Une instabilité interpersonnelle et une instabilité de l'identité
- Une dépersonnalisation et une déréalisation
- Autre

Vous et votre pratique professionnelle...

29ème question : Êtes-vous à l'aise avec la sémantique et la sémiologie des troubles psychiatriques ?

- Oui
- Non

30ème question : Utilisez-vous de manière pertinente la sémantique psychiatrique lors de vos transmissions écrites / orales ?

- Toujours
- Souvent
- Occasionnellement
- Jamais

31ème question : Quels sont le ou les freins à l'utilisation de la sémantique ?

- Le manque d'expérience professionnelle
- La difficulté à décrire la perception des signes cliniques acquise par le biais de l'expérience professionnelle
- Une complexité à définir les troubles en psychiatrie, soit par oubli de la sémantique et /ou de la sémiologie
- La peur d'être différent des collègues, ne pas oser, un manque de confiance en soi
- Le manque de temps (temps de transmissions diminué avec les 35H)
- Un logiciel peu ergonomique
- La nécessité d'une réactualisation des connaissances
- Autre

32ème question : Sur quels critères vous appuyez-vous pour effectuer l'évaluation de l'état clinique du patient ?

- DSM-5
- DSM-4
- Connaissances personnelles
- Connaissances professionnelles / Formations
- Autres

33ème question : Avez-vous connaissances des fonctions évaluées lors de l'examen clinique en psychiatrie ?

- Oui
- Non

34ème question : Comment évaluez-vous l'état clinique du patient ?

- Individuel
- Equipe pluri professionnelle
- Synthèses Cliniques

35ème question : Pensez-vous que l'évaluation de l'état clinique du patient soit importante pour définir le projet de soin individualisé du patient ?

- Oui
- Non

36ème question : Qu'est-ce qu'une situation dite « complexe » ?

- Une situation qui nécessite la coordination de plusieurs professionnels
- Une situation qui n'a pas de solutions
- Un patient en refus de soins

37ème question : Qu'est-ce qu'un parcours de soins ?

- Prévention en santé, accompagnement médico-social, le maintien et le retour à domicile
- Accès aux consultations de 1er recours et aux autres lieux de soins
- Donner un fil conducteur à la prise en charge, et des objectifs peuvent baliser le chemin
- C'est un processus dynamique, modifiable, s'ajuste selon la situation et l'état clinique du patient

38ème question : Qu'est-ce qu'un parcours de santé ?

- Prévention en santé, accompagnement médico-social, le maintien et le retour à domicile
- Accès aux consultations de 1er recours et aux autres lieux de soins
- Donner un fil conducteur à la prise en charge, et des objectifs peuvent baliser le chemin
- C'est un processus dynamique, modifiable, s'ajuste selon la situation et l'état clinique du patient

39ème question : Qu'est-ce qu'un projet de soin individualisé ?

- Prévention en santé, accompagnement médico-social, le maintien et le retour à domicile
- Accès aux consultations de 1er recours et aux autres lieux de soins
- Donner un fil conducteur à la prise en charge, et des objectifs peuvent baliser le chemin
- C'est un processus dynamique, modifiable, s'ajuste selon la situation et l'état clinique du patient

40ème question : Selon vous, comment se construit un projet de soin individualisé ?

- Grâce à l'évaluation médicale de l'état clinique du patient
- Grâce à l'évaluation paramédicale de l'état clinique du patient
- Selon les attentes et les objectifs du patient

41ème question : Qui participe à la co-construction du projet de soin individualisé ?

- Le psychiatre
- Le patient
- L'IDE
- L'équipe pluri professionnelle

42ème question : Dans votre unité, connaissez-vous l'existence de réunions de synthèses cliniques ?

- Oui
- Non

43ème question : Quels sont les professionnels qui participent aux réunions de synthèses cliniques ?

- Médecins / Psychiatres
- Infirmiers
- Psychologues
- Assistantes Sociales
- Ergothérapeute
- Educateurs
- Cadres de Santé

L'arrivée d'un nouveau métier...

44ème question : Connaissez-vous le métier d'Infirmière en Pratique Avancée (IPA) ?

- Oui
- Non

45ème question : Quelles sont vos attentes ?

- Accompagnement des équipes
- Assurer le suivi du patient
- Améliorer les pratiques professionnelles

46ème question : Envisagez-vous votre collaboration avec l'IPA ?

- Oui
- Non

47ème question : Avez-vous des suggestions ?

Annexe n°2

Codes diagnostics principaux les plus utilisés par Pôle - Année 2021

DIRM : Données actualisées le : 26/01/22

POLE ALR – File Active Totale: 1 107

DP	Libellé diagnostic	FA
F 102	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de dépendance	29
F200	Schizophrénie paranoïde	52
F320	Épisode dépressif léger	44
F321	Épisode dépressif moyen	59
F329	Épisode dépressif, sans précision	33
F430	Réaction aiguë à un facteur de stress	31
F432	Troubles de l'adaptation	156
F603	Personnalité émotionnellement labile	31
F609	Trouble de la personnalité, sans précision	39
Z004	Examen psychiatrique général, non classé ailleurs	127
	TOTAL :	509

POLE AUDOMAROIS - File Active Totale: 453

DP	Libellé diagnostic	FA
F100	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : intoxication aiguë	38
F200	Schizophrénie paranoïde	14
F320	Épisode dépressif léger	33
F321	Épisode dépressif moyen	29
F322	Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques	35
F411	Anxiété généralisée	15
F430	Réaction aiguë à un facteur de stress	30
F432	Troubles de l'adaptation	29
F4325	Troubles de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites	37
F609	Trouble de la personnalité, sans précision	32
	TOTAL :	247

POLE TERNOIS - File Active Totale: 194

DP	Libellé diagnostic	FA
F102	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de dépendance	9
F109	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, sans précision	10
F200	Schizophrénie paranoïde	13
F321	Épisode dépressif moyen	16
F3210	Épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique	6
F329	Épisode dépressif, sans précision	11
F4322	Réaction mixte, anxieuse et dépressive	5
F603	Personnalité émotionnellement labile	7
F609	Trouble de la personnalité, sans précision	24
F710	Retard mental moyen : déficience du comportement absent ou minime	7
F711	Retard mental moyen : déficience du comportement significatif, nécessitant une surveillance ou traitement	5
	TOTAL :	109

BO CARIATIDES - PALMARES DES DP – 2021

Annexe n°3

Correction « Questionnaire »

Mémoire IPA

Je souhaitais vous remercier personnellement pour votre collaboration et votre bienveillance, en complétant l'auto-questionnaire conçu dans le cadre du mémoire de recherche IPA.

Je vous propose un corrigé des questions spécifiques au champ de la psychiatrie et de la santé mentale, et celles en lien avec les situations complexes, les parcours de santé, de soins et projet de soin individualisé.

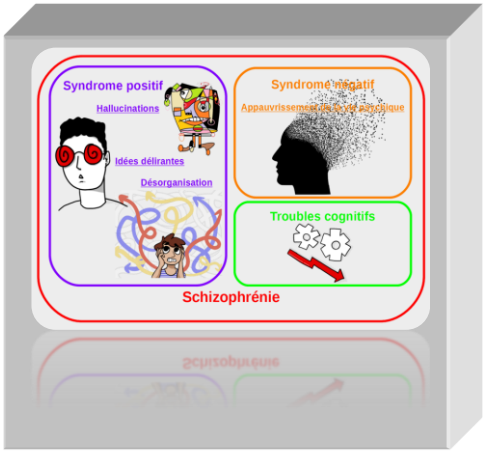
Je reste disponible pour tout complément d'informations.

N'hésitez pas à me faire un retour ou partager vos idées !

Audrey (Etudiante IPA)

- **<u>Syndrome positif de la schizophrénie</u>** :

  - Hallucinations
  - Idées Délirantes



- **<u>Syndrome négatif de la schizophrénie</u>** :

  - Anhédonie
  - Apragmatisme
  - Aboulie

Points clés

- La prévalence de la schizophrénie est estimée entre 0,6 et 1 %.
- La maladie débute classiquement chez le grand adolescent ou l'adulte jeune entre 15 et 25 ans.
- Le mode de début peut être aigu ou insidieux.
- Le diagnostic de schizophrénie est clinique.
- La schizophrénie se caractérise par trois grands syndromes : le syndrome positif (idées délirantes et hallucinations), le syndrome de désorganisation (cognitif, affectif et comportemental) et le syndrome négatif (cognitif, affectif et comportemental), auxquels s'ajoutent des altérations cognitives (attention, mémoire, fonctions exécutives, etc.).
- Les idées délirantes se caractérisent par leurs thème, mécanisme, systématisation, adhésion, et retentissement émotionnel et comportemental.
- L'évolution de la schizophrénie est chronique. L'espérance de vie est diminuée, principalement en raison des comorbidités (notamment les maladies cardiovasculaires) et des suicides.
- La prise en charge repose sur un traitement pharmacologique antipsychotique, le traitement des comorbidités et la réhabilitation psycho-sociale (éducation thérapeutique, thérapie cognitivo-comportementale, remédiation cognitive et réadaptation psychosociale).

- **Un patient souffrant de schizophrénie paranoïde a t-il la même symptomatologie que le patient souffrant de trouble délirant paranoïaque ?**

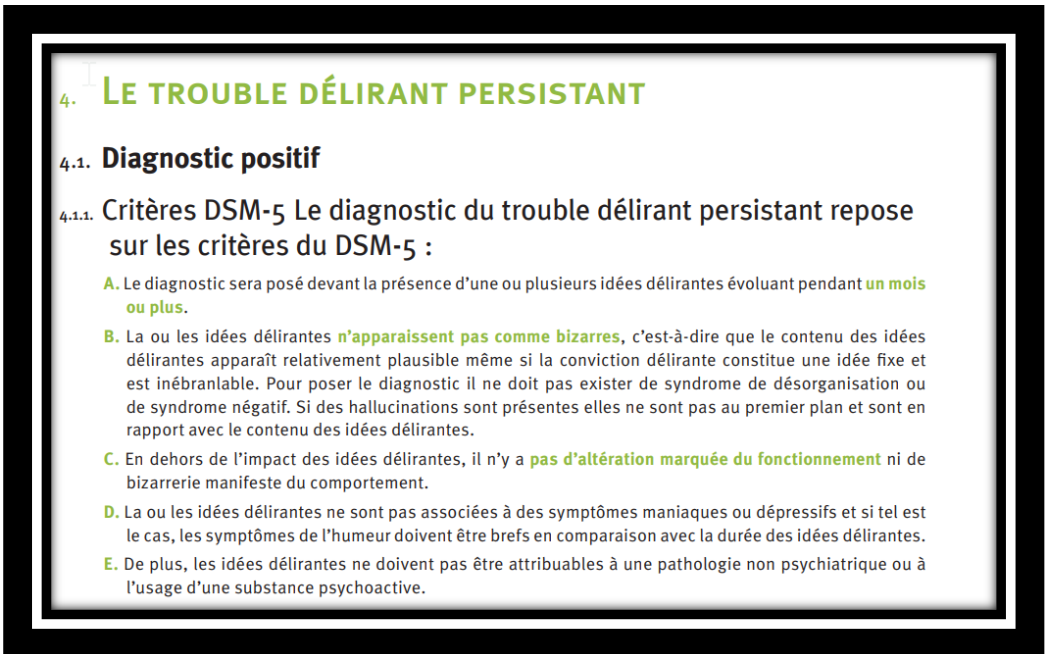
  - **Faux**

- **Les troubles délirants persistants se manifestent ils par un syndrome de désorganisation ?**

  - **Faux**

- **Les troubles délirants chroniques sont-ils toujours reliés à la pathologie schizophrénique ?**

  - **Faux**



4. LE TROUBLE DÉLIRANT PERSISTANT

4.1. Diagnostic positif

4.1.1. Critères DSM-5 Le diagnostic du trouble délirant persistant repose sur les critères du DSM-5 :

A. Le diagnostic sera posé devant la présence d'une ou plusieurs idées délirantes évoluant pendant **un mois ou plus**.

B. La ou les idées délirantes **n'apparaissent pas comme bizarres**, c'est-à-dire que le contenu des idées délirantes apparaît relativement plausible même si la conviction délirante constitue une idée fixe et est inébranlable. Pour poser le diagnostic il ne doit pas exister de syndrome de désorganisation ou de syndrome négatif. Si des hallucinations sont présentes elles ne sont pas au premier plan et sont en rapport avec le contenu des idées délirantes.

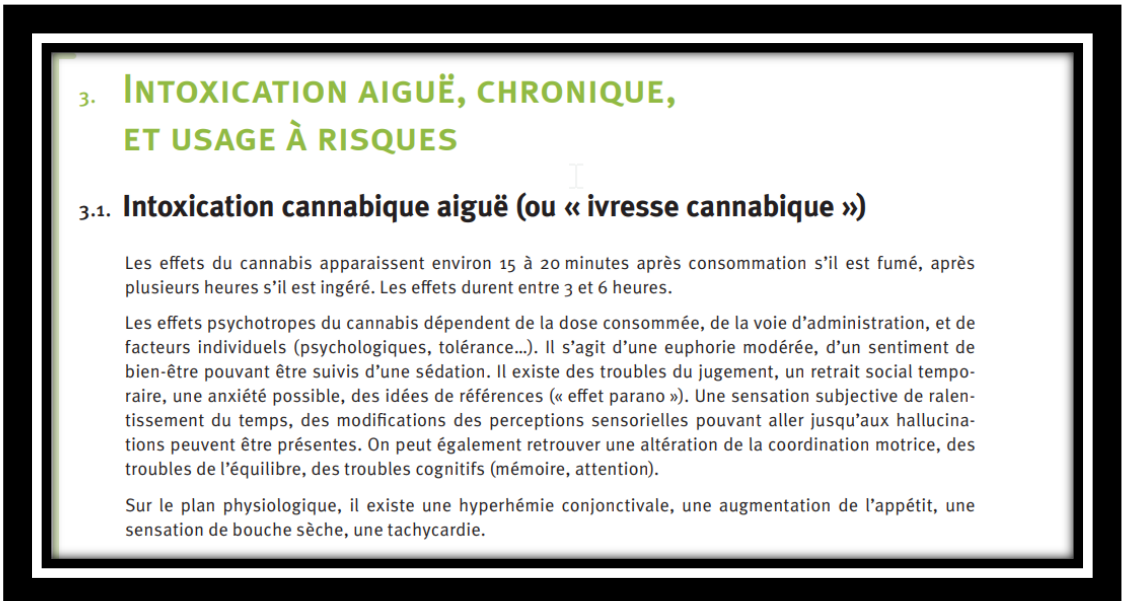
C. En dehors de l'impact des idées délirantes, il n'y a **pas d'altération marquée du fonctionnement** ni de bizarrerie manifeste du comportement.

D. La ou les idées délirantes ne sont pas associées à des symptômes maniaques ou dépressifs et si tel est le cas, les symptômes de l'humeur doivent être brefs en comparaison avec la durée des idées délirantes.

E. De plus, les idées délirantes ne doivent pas être attribuables à une pathologie non psychiatrique ou à l'usage d'une substance psychoactive.

- **<u>Une consommation aigue de cannabis peut-elle entrainer des hallucinations ?</u>**

  - **Vrai**



3. INTOXICATION AIGUË, CHRONIQUE, ET USAGE À RISQUES

3.1. Intoxication cannabique aiguë (ou « ivresse cannabique »)

Les effets du cannabis apparaissent environ 15 à 20 minutes après consommation s'il est fumé, après plusieurs heures s'il est ingéré. Les effets durent entre 3 et 6 heures.

Les effets psychotropes du cannabis dépendent de la dose consommée, de la voie d'administration, et de facteurs individuels (psychologiques, tolérance…). Il s'agit d'une euphorie modérée, d'un sentiment de bien-être pouvant être suivis d'une sédation. Il existe des troubles du jugement, un retrait social temporaire, une anxiété possible, des idées de références (« effet parano »). Une sensation subjective de ralentissement du temps, des modifications des perceptions sensorielles pouvant aller jusqu'aux hallucinations peuvent être présentes. On peut également retrouver une altération de la coordination motrice, des troubles de l'équilibre, des troubles cognitifs (mémoire, attention).

Sur le plan physiologique, il existe une hyperhémie conjonctivale, une augmentation de l'appétit, une sensation de bouche sèche, une tachycardie.

Comment évaluez-vous une idée délirante ou un délire ?

Thème	Les thèmes les plus fréquemment retrouvés sont l'érotomanie, la grandeur (ou mégalomanie), la jalousie, la persécution, et les thématiques somatiques.
Mécanisme	Les mécanismes rencontrés sont principalement interprétatif, intuitif, et imaginatif.
Systématisation	Les idées délirantes sont bien systématisées, c'est-à-dire qu'elles se déroulent de façon logique et cohérente. De plus, elles comportent généralement un thème unique.
Adhésion	Le sujet adhère totalement à ses idées délirantes.
Retentissement émotionnel et comportemental	Le retentissement émotionnel et comportemental doit être évalué systématiquement : le niveau d'anxiété, souvent majeur, le risque suicidaire, et le risque de passage à l'acte hétéroagressif.

N°3114 : Numéro National de la prévention du suicide

Toutes les pathologies nécessitent la surveillance systématique du risque suicidaire.
Une consommation excessive d'alcool peut influencer le risque suicidaire !

EDC (Episode dépressif caractérisé)

- Perturbation de l'affectivité
  - Tristesse pathologique de l'humeur (quasi-constante, indépendemment des circonstances, prédomine le matin)
  - Dévalorisation, culpabilité
  - Anhédonie
- Ralentissement psycho-moteur
  - Idées ralenties
  - Lenteur des mouvements
  - Aboulie, clinophilie, incurie
  - Troubles de la concentration, de l'attention, de la mémoire
- Perturbations des conduites instinctuelles
  - Perturbation du sommeil
  - Fatigue
  - Modifications de l'appétit
  - Perte de libido

Le trouble bipolaire en phase maniaque

- Phase maniaque supérieure à 1 semaine
  (Phase d'hypomanie inférieure ou égale à 4 jours)
- Trouble bipolaire Type 1 : Minimum d'un épisode maniaque associé ou non à un EDC
- Type 2 : Minimum d'un épisode d'hypomanie associé à un EDC
- Type 3 : virage maniaque sous antidépresseur

Sémio du trouble bipolaire :

Perturbation de l'affectivité

- Humeur : exaltée, irritabilité
- Psychologie : Idées de grandeur, augmentation de l'estime de soi, mégalomanie, ludisme
- Emotions : Labilité émotionnelle, hypersyntonie, hyperréactivité

Accélération psychomotrice

- Psychique : tachypsychie, pensée diffluente, coq-à-l'âne, jeux de mots
- Motrice : hyperactivité, logorrhée, hypermimie

Signes associés

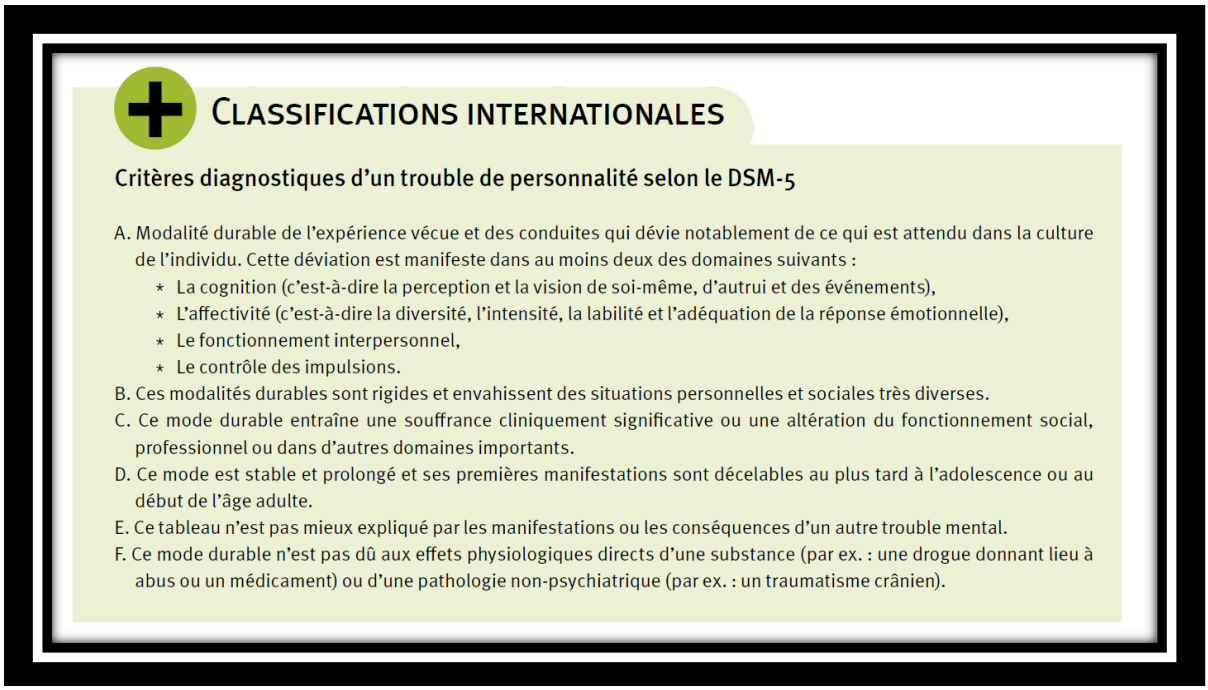
- Sommeil (±3h/nuit sans fatigue)
- Fonctions cognitives (Anosognosie, hypervigilance, distractibilité, hypermnésie)
- Conduites alimentaires (appétit ↓)
- Hypersexualité, ↑libido
- Dépenses inconsidérées
- Comportements à risque

Insomnie

- Perturbation du sommeil marqué des difficultés d'endormissement
- Eveils nocturnes avec difficulté pour se rendormir
- Réveil matinal précoce avec incapacité à se rendormir

Trouble de la personnalité borderline

- Instabilité affective
- Une instabilité interpersonnelle et
- Une instabilité de l'identité



CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES

Critères diagnostiques d'un trouble de personnalité selon le DSM-5

A. Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants :
   * La cognition (c'est-à-dire la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements),
   * L'affectivité (c'est-à-dire la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle),
   * Le fonctionnement interpersonnel,
   * Le contrôle des impulsions.

B. Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses.

C. Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

E. Ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental.

F. Ce mode durable n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (par ex. : une drogue donnant lieu à abus ou un médicament) ou d'une pathologie non-psychiatrique (par ex. : un traumatisme crânien).

Trouble anxieux généralisé :

- Des distorsions cognitives
- Des tremblements, des sueurs, des vertiges, une dyspnée, une tachycardie
- Irritabilité, impatience, impulsivité

Liens Vidéos Troubles anxieux :

www.youtube.com/watch?v=ZIxTay55rqY

Quelques définitions :

Anosognosie

Non reconnaissance pour un patient, **de sa maladie** et/ou de la perte de capacité fonctionnelle dont il est atteint.

≠

Insight

C'est la **conscience** de ses symptômes et signes

Apragmatisme

Difficulté à entreprendre des actions par incapacité à planifier les activités.

≠

Aboulie

Altération de la motivation avec manque d'initiative et grande difficulté à prendre des décisions.

≠

Anhédonie

Perte de la capacité à éprouver du plaisir.

Qu'est-ce qu'une situation dite « complexe » ?

- Une situation qui nécessite la coordination de plusieurs professionnels

Qu'est-ce qu'un parcours de soins ?

- Accès aux consultations de 1er recours et aux autres lieux de soins

Qu'est-ce qu'un parcours de santé ?

- Prévention en santé, accompagnement médico-social, le maintien et le retour à domicile

Qu'est-ce qu'un projet de soin individualisé ?

- Donner un fil conducteur à la prise en charge, et des objectifs peuvent baliser le chemin
- C'est un processus dynamique, modifiable, s'ajuste selon la situation et l'état clinique du patient

Application dispo pour Smartphone :

DICOSEMIOPSY

DICOSEMIOPSY est une application mobile
qui propose un lexique illustré
des principaux termes
de sémiologie psychiatrique.

Autres Outils disponibles :

Lien pour télécharger le livre gratuitement :

http://www.asso-aesp.fr/enseignement/1er-et-2e-cycle/referentiel-ecn/

https://www.psychiaclic.fr/troubles-psychiatriques/insomnie

Table des matières

Introduction générale

Introduction théorique 1

I. La pratique avancée 3

1.1 Les concepts de la Pratique avancée 3

1.2 Le leadership clinique 6

1.3 L'évaluation de l'état clinique du patient en psychiatrie 10

II. Méthodologie 13

2.1 Choix de la méthodologie 13

2.2 Etude Quantitative 13

2.3 Elaboration des auto-questionnaires 14

2.4 Réalisation des auto-questionnaires 15

III. Résultats et Analyse de l'enquête 17

3.1 Les données sociodémographiques 18

3.2 Les données statistiques de l'évaluation des connaissances 19

3.2.1 Evaluation de la symptomatologie psychiatrique 19

3.2.2 Evaluation en Pratique Clinique 25

3.2.3 Evaluation de la sémantique psychiatrique 29

3.2.4 Bilan global de l'évaluation des connaissances 31

3.3 Les données statistiques de l'auto-évaluation des connaissances 32

3.3.1 Evaluation de l'utilisation de la sémantique 32

3.3.2 Evaluation de l'état clinique du patient 35

3.3.3 Construction du projet individualisé et synthèses cliniques 35

3.3.4 Evaluation des définitions 37

3.3.5 Bilan global des connaissances 39

3.4 Les données statistiques sur les connaissances du métier IPA 39

IV. Discussion 40

4.1 Analyse des résultats du questionnaire 40

4.1.1 Les données sociodémographiques 40

4.1.2 Les connaissances sémiologiques et sémantiques 40

4.1.3 Auto-évaluation des connaissances infirmières 44

4.1.4 Connaissances du métier infirmière en pratique avancée 46
4.2 Leadership clinique et Pratique Avancée 47
4.2.1 Amélioration des pratiques professionnelles 47
4.2.2 Projet thérapeutique individualisé et Parcours patient 50
4.2.3 Analyse de ma pratique 53
Conclusion 58
Bibliographie 60
ANNEXES 62
Annexe n°1 63
Annexe n°2 71
Annexe n°3 73

AUTEURE **: Nom : VANWALSCAPPEL** **Prénom : Audrey**

Date de soutenance : 6 juillet 2022 à 12H00

Titre du mémoire : « Clinical Leadership of the Advanced Practice Nurse and the Patient Pathway: An Institutional Issue for Professional Efficiency and Ethics »

Key words : Clinical leadership - Advanced practice nurse - Semiology - Semantics - Patient care - Professional ethics

Abstract :

Context: The mastery of semantics and semiology is necessary to evaluate the clinical state of the patient, thus orienting the co-construction of the individualised therapeutic project and the patient's care pathway. The APN's clinical leadership skills are a challenge in accompanying the patient's care with the aim of avoiding disruptions in the care pathway. One of the missions of this new profession is to set up actions to evaluate and improve professional practices by exercising clinical leadership within a multi-professional team.

Methodology: A prospective study, using a self-questionnaire, made it possible to quantitatively evaluate the knowledge of 124 nurses practising within 3 adult psychiatry units of the EPSM Val de Lys Artois. The evaluation focused on semantic and semiological knowledge specific to psychiatry and mental health, on a self-assessment of this knowledge and on knowledge of the profession of advanced practice nurse.

Results: The study seems to show that 27.4% of the nurses seem to master the semantics and semiology specific to psychiatry, nevertheless 92.7% of the nurses obtained a score higher than the average on the evaluation of knowledge, 33% of the nurses seem to know the notions of patient pathway and 62.9% of the nurses seem to want to update their knowledge.

Discussion: Partial mastery of the fundamentals specific to psychiatry can lead to deficiencies in the assessment of the patient's clinical condition, at the risk of a breakdown in the care pathway. The clinical leadership of the APN is one of the challenges of improving professional practice, which can be exercised during different actions aimed at the patient and the multi-professional team.

Directeur de mémoire : Madame Eliane BOURGEOIS

AUTEURE **: Nom : VANWALSCAPPEL** **Prénom : Audrey**

Date de soutenance : 6 juillet 2022 à 12H00

Titre du mémoire : « Leadership clinique de l'IPA et Parcours Patient : Un enjeu institutionnel vecteur de l'efficience et de l'éthique professionnelle »

Mots-clés libres : Leadership clinique – Infirmière de pratique avancée – Sémiologie – Sémantique – Evaluation de l'état clinique – Parcours patient – Ethique professionnelle

Résumé :

Contexte : La maitrise de la sémantique et de la sémiologie est nécessaire pour évaluer l'état clinique du patient, orientant ainsi la co-construction du projet thérapeutique individualisé et le parcours de soins du patient. La compétence de leadership clinique de l'IPA est un enjeu dans l'accompagnement de la prise en soin du patient dans l'objectif d'éviter les ruptures dans le parcours de soins. L'une des missions de cette nouvelle profession est de mettre en place des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique au sein d'une équipe pluriprofessionnelle.

Méthodologie : Une étude prospective, par le biais d'un auto-questionnaire, a permis d'évaluer de manière quantitative les connaissances de 124 infirmières exerçant au sein de 3 Pôles de psychiatrie adulte de l'EPSM Val de Lys Artois. L'évaluation porte sur les connaissances sémantiques et sémiologiques spécifiques à la psychiatrie et santé mentale, sur une auto-évaluation de celles-ci et sur la connaissance du métier d'infirmier en pratique avancée.

Résultats : L'étude semble démontrer que 27.4% des infirmiers semblent maitriser la sémantique et la sémiologie spécifique à la psychiatrie, néanmoins 92.7% des infirmiers ont obtenu un score supérieur à la moyenne sur l'évaluation des connaissances, 33% des infirmiers semblent connaître les notions de parcours patient et 62,9% des infirmiers semblent vouloir réactualiser leurs connaissances.

Discussion : La maitrise partielle des fondamentaux spécifiques à la psychiatrie peut entrainer des carences dans l'évaluation de l'état clinique du patient, au risque de rupture dans le parcours de soins. Le leadership clinique de l'IPA est l'un des enjeux de l'amélioration des pratiques professionnelles qui peut être exercé lors de différentes actions destinées au patient et à l'équipe pluriprofessionnelle.

Directeur de mémoire : Madame Eliane BOURGEOIS