

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Rôle du psychiatre dans l'intégration de l'Infirmier en Pratique Avancée  
en psychiatrie et santé mentale dans l'équipe pluridisciplinaire de soins**

Présentée et soutenue publiquement le 27 septembre 2021 à 13h00  
au Pôle Formation  
par **Benjamin COMBACAL**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Asseseurs :**

**Monsieur le Docteur Pierre SENAME**

**Directeur de thèse :**

**Madame le Docteur Maéva MAGNAT**

---

# TABLE DES MATIERES

<b>ABREVIATIONS :</b> .....	<b>5</b>
<b>LISTES DES FIGURES ET TABLEAUX :</b> .....	<b>6</b>
<b>RESUME :</b> .....	<b>7</b>
<b>I. INTRODUCTION :</b> .....	<b>9</b>
<b>II. HISTORIQUE :</b> .....	<b>11</b>
1. L'EDIT ROYAL DE LOUIS XIV : .....	<b>11</b>
2. JEAN-BAPTISTE PUSSIN : LE PRECURSEUR .....	<b>13</b>
3. LA LOI DES ALIENES : .....	<b>15</b>
4. NAISSANCE DE LA PREMIERE ECOLE D'INFIRMIERE D'ASILE : .....	<b>16</b>
5. NAISSANCE DE LA PSYCHIATRIE CONTEMPORAINE : .....	<b>17</b>
6. LE DIPLOME D'ÉTAT D'INFIRMIER POLYVALENT : .....	<b>19</b>
7. AUJOURD'HUI : L'IDE EN PSYCHIATRIE.....	<b>20</b>
a. <i>Universitarisation de la profession :</i> .....	<b>20</b>
b. <i>Renforcement de la formation :</i> .....	<b>20</b>
<b>III. FORMATION ACTUELLE DES INFIRMIERS EN PSYCHIATRIE : .....</b>	<b>22</b>
1. L'INFIRMIER DIPLOME D'ÉTAT : .....	<b>22</b>
a. <i>Le portfolio :</i> .....	<b>22</b>
2. L'IDE ET LA PSYCHIATRIE : .....	<b>24</b>
a. <i>Les formateurs IFSI en psychiatrie :</i> .....	<b>24</b>
b. <i>Les compétences et UE liées à la psychiatrie :</i> .....	<b>25</b>
c. <i>Le référentiel d'activités :</i> .....	<b>25</b>
d. <i>Les stages :</i> .....	<b>26</b>
e. <i>L'apport des formations spécifiques :</i> .....	<b>26</b>
3. EXEMPLE DE LA FORMATION INFIRMIERE DANS L'IFSI GEORGES DAUMEZON : .....	<b>28</b>
4. POUR CONCLURE : .....	<b>29</b>
<b>IV. L'IPA EN SANTE MENTALE ET PSYCHIATRIE : .....</b>	<b>30</b>
1. LES ENJEUX MEDICO-SOCIO-ECONOMIQUES : .....	<b>30</b>
a. <i>À l'international :</i> .....	<b>30</b>
b. <i>En France :</i> .....	<b>30</b>
c. <i>L'infirmier, rôle central dans la santé publique :</i> .....	<b>31</b>
d. <i>Argumentaire en faveur de la création de l'IPA :</i> .....	<b>32</b>
2. L'IPA EN PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE : .....	<b>33</b>
a. <i>Définition selon le Conseil International des Infirmières (CII) :</i> .....	<b>33</b>
b. <i>Infirmière clinicienne spécialisée et infirmière praticienne :</i> .....	<b>33</b>
3. LE PROTOCOLE D'ORGANISATION .....	<b>34</b>
4. LA FORMATION DE L'IPA EN PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE.....	<b>35</b>

a. Les formateurs : rôle du médecin psychiatre.....	35
b. Exemple de la formation de l'IPA en psychiatrie et santé mentale à l'Université de Lille :.....	36
5. LES MISSIONS DE L'IPA : .....	38
6. L'IPA EN PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE A L'ETRANGER.....	39
7. L'EVALUATION MEDICO-ECONOMIQUE : .....	41
<b>V. ENQUETES A PROPOS DE L'IPA : .....</b>	<b>43</b>
1. ENQUETE DANS LES IFSI DU NORD ET DU PAS DE CALAIS : .....	43
a. Méthodes : .....	43
b. Résultats : .....	45
c. Discussion et limites de l'étude : .....	49
2. ENQUETE DANS LES PROMOTIONS D'IPA DE LILLE : .....	50
a. Méthodes : .....	50
b. Résultats : .....	51
c. Discussion et limites de l'étude : .....	53
<b>VI. L'IPA DANS L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE : FOCUS SUR LE ROLE DU PSYCHIATRE DANS SON INTEGRATION .....</b>	<b>55</b>
1. CONCEPT DE LA PLURIDISCIPLINARITE .....	55
a. Définitions : .....	55
b. La psychiatrie est pluridisciplinaire : .....	56
2. SITUATION ACTUELLE DE LA PLURIDISCIPLINARITE EN PSYCHIATRIE : .....	56
a. Rôle du psychiatre dans l'équipe de soins : .....	56
b. Rôle de l'IDE dans l'équipe de soins : .....	58
3. PLACE DE L'IPA EN PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE .....	60
a. Recommandations du Conseil International des Infirmières.....	60
b. Expérimentations françaises : .....	61
c. Les freins de l'intégration de l'IPA dans l'équipe pluridisciplinaire .....	62
d. Rôle du psychiatre : .....	63
4. HYPOTHESES D'INTEGRATION DE L'IPA EN PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE : .....	66
<b>VII. CONCLUSION : .....</b>	<b>68</b>
<b>ANNEXES : .....</b>	<b>70</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE : .....</b>	<b>92</b>

## **Abréviations :**

ALD	Affections de Longue Durée
ARS	Agence Régionale de Santé
CATTP	Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel
CEFISM	Comité d'Entente des Formations Infirmières en Santé Mentale
CEMEA	Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active
CII	Conseil International des Infirmières
CMP	Centre Médico-Psychologique
CNOI	Conseil National de l'Ordre des Infirmières
CSP	Code de la Santé Publique
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports, et de la Cohésion Sociale
DSM V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Vème édition
EBM	Evidence Based Medecine
HAS	Haute Autorité de Santé
HDJ	Hôpital De Jour
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IPA	Infirmier en Pratique Avancée
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
ISP	Infirmier Secteur Psychiatrique
LMD	Licence-Master-Doctorat
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEPPA	Participatory, Evidence-based, Patient- focused Process for Advanced practice nursing role development
UE	Unités d'Enseignements
UF	Unité Fonctionnelle
UHSA	Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

## Listes des figures et tableaux :

Tableau 1 : Les dix compétences du diplôme IDE, reproduit à partir du portfolio

Figure 1 : Fresque récapitulative de l'histoire de l'infirmier en psychiatrie en France

Figure 2 : Proportion d'étudiants IFSI connaissant le statut d'Infirmier en Pratique Avancée

Figure 3 : Proportion d'étudiants IFSI connaissant le statut d'IPA en santé mentale et psychiatrie

Figure 4 : Histogramme des réponses à la question à choix multiples du lieu d'exercice de l'IPA

Figure 5 : Répartition de l'âge des étudiants IPA

Figure 6 : Expérience en tant qu'IDE en psychiatrie des étudiants IPA

Figure 7 : Etudiants IPA regroupés par le nombre de services où ils ont exercé

## **Résumé :**

Introduction : Face aux enjeux de santé publique est créé la nouvelle profession d'Infirmier en Pratique Avancée (IPA) avec la mention « en psychiatrie et santé mentale », encore largement inconnue dans les services de soins. Quoique ça ne soit pas son objectif initial, l'IPA en psychiatrie et santé mentale marque un retour historique de la spécificité infirmière dans le champ du soin psychiatrique et est une promesse de réponse aux doléances répétées sur l'amélioration de l'exercice du corps infirmier en psychiatrie. Sur un plan pratique, s'il n'y a pas d'attrait pour ce nouveau métier, son impact tant attendu devient négligeable. Nous prenons l'opportunité dans ce travail de questionner la formation et l'intégration du soignant en psychiatrie dans l'équipe pluridisciplinaire à travers les yeux du corps infirmier en psychiatrie, quel que soit sa forme (IPA et Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)) et de déterminer la position du médecin psychiatre face à ces processus.

Objectif principal : Déterminer l'attrait pour l'IPA en psychiatrie et santé mentale chez les étudiants infirmiers en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) du Nord et du Pas-De-Calais.

Objectifs secondaires : Déterminer les connaissances des étudiants infirmiers du Nord et du Pas-De-Calais sur le statut d'IPA. Déterminer le profil et les attentes de la première promotion d'IPA en psychiatrie et santé mentale de l'Université de Lille.

Méthodes : Nous réaliserons deux enquêtes descriptives, une multicentrique concernant les connaissances et l'attractivité du métier d'IPA en psychiatrie et santé mentale chez une population d'étudiants IFSI du Nord et du Pas-De-Calais et une monocentrique concernant le profil et les attentes de la première promotion d'IPA en psychiatrie et santé mentale à l'Université de Lille.

Résultats : L'enquête chez les étudiants IFSI du Nord et du Pas-De-Calais nous révèle que la dénomination IPA est connue par 72% des étudiants IFSI interrogés et 86,6% sont favorables à l'existence de ce nouveau statut, cependant, la connaissance des modalités de formation et des missions du métier reste parcellaire. Au total, 47 étudiants IFSI font le souhait de s'inscrire en IPA en psychiatrie et santé mentale dans les prochaines années.

L'enquête chez la première promotion d'IPA en psychiatrie et santé mentale révèle que 7 étudiants inscrits sur 8 sont des infirmiers expérimentés ayant travaillé dans un service psychiatrique. Par ailleurs, 6 étudiants IPA ont déclarés vouloir exercer en ambulatoire. La formation est considérée comme répondant aux attentes du métier pour 6 étudiants IPA sur 8, cependant 4 étudiants IPA nous ont transmis des pistes pour améliorer cette dernière.

Conclusion : Les étudiants IFSI sont séduits par le statut d'IPA en psychiatrie et santé mentale. Les psychiatres du Nord et du Pas-de-Calais vont voir arriver des Infirmiers en Pratique Avancée dès 2022. Le rôle du médecin va être déterminant pour définir leurs missions et leurs intégrations au sein de l'équipe pluridisciplinaire dont peuvent découler un bénéfice remarquable quant à la qualité de prise en charge des patients psychiatriques.

## I. INTRODUCTION :

Le 26 janvier 2016 (2), l'article 119 de la loi de la modernisation de la santé ouvre la porte à la création d'auxiliaires médicaux pour répondre aux nombreuses problématiques de santé publique. En juillet 2018 (3–5), le diplôme d'Etat d'Infirmier de Pratique Avancée est créé après consultation des différents acteurs du soin concernant tout d'abord 3 mentions « Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polyopathologies courantes en soins primaires » ; « Oncologie et hémato-oncologie » ; « Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale », qui a été enrichi en 2019 de la mention « Psychiatrie et santé mentale ». L'implantation des textes légaux de cette nouvelle profession en France a pu profiter des exemples internationaux, la pratique avancée étant une activité reconnue et expérimentée outre Atlantique et dans plusieurs pays depuis plus d'un demi-siècle (6). Le premier constat à établir est que l'IPA n'est pas l'apanage de la discipline psychiatrique. La pratique avancée concerne toutes les spécialités médicales, et l'IPA est avant tout un prélude à d'autres pratiques avancées dans d'autres professions paramédicales et d'autres prises en charges (7).

Cependant, dans le contexte français de la suppression de la spécialisation d'Infirmier de Secteur Psychiatrique (ISP) en 1992, l'IPA en psychiatrie et santé mentale fait écho aux nombreuses doléances d'améliorations de l'exercice infirmier en psychiatrie (8,9). De plus, en 2021, l'IPA en psychiatrie et santé mentale s'incorpore parfaitement dans la nécessité de la mise en place d'un travail interdisciplinaire en psychiatrie. De fait (10), la pluridisciplinarité en psychiatrie permet une amélioration de l'efficacité du travail et conduit à une amélioration de la qualité de soin reçu par le patient (11,12).

La naissance de ce nouveau soignant en psychiatrie apparaît comme une réponse potentielle aux nombreux défis du soin psychiatrique. Seulement, s'il n'existe pas d'enthousiasme pour ce nouveau métier, l'IPA en psychiatrie et santé mentale devient alors une chimère. Cela m'a amené à me poser la question pratique suivante : est-ce que le statut d'IPA en psychiatrie et santé mentale est attractif parmi les étudiants infirmiers ? Pour répondre à cette question, j'ai

mené une enquête descriptive dans les IFSI du Nord et du Pas-de-Calais interrogeant les premiers concernés sur leurs connaissances et leurs attrait envers le statut d'IPA. Sur un aspect plus structurel, l'ébauche du statut d'IPA en psychiatrie et santé mentale est aussi l'occasion d'inspecter sa formation et son intégration dans les équipes pluridisciplinaires de soin.

Cette première interrogation déclenche une réflexion plus large relatif au soignant en psychiatrie et à sa spécificité de soin : comment forme-t-on et intègre-t-on un soignant dans une équipe de soins psychiatrique pluridisciplinaire ? Quelle place occupe le médecin psychiatre dans ces processus ? Choisir l'infirmier psychiatrique, dans sa forme IDE et IPA, comme exemple de soignant s'avère justifié par le fait que le corps infirmier soit la profession la plus représentée quantitativement dans les équipes de soins pluridisciplinaires.

Nous observerons, premièrement, l'histoire de l'infirmier psychiatrique de sa genèse à nos jours et nous examinerons l'enseignement psychiatrique des IDE actuel au moyen d'un exemple concret. Dans la même continuité, nous scruterons la formation actuelle proposée aux IPA en psychiatrie et santé mentale en imageant également par un exemple concret. Au décours de ses observations, nous repèrerons la place du psychiatre pour déterminer son rôle dans les processus que nous questionnons.

Deuxièmement, nous révélerons le travail des deux enquêtes descriptives réalisées : d'une part, une enquête concernant l'attractivité et les connaissances du statut d'IPA parmi les étudiants infirmiers du Nord et du Pas-De-Calais ; d'autre part, une enquête sondant le profil et les attentes de la première promotion d'IPA en psychiatrie et santé mentale à l'Université de Lille.

Dernièrement, nous proposerons au médecin psychiatre, compte tenu de la littérature scientifique sur le sujet, des moyens d'intégrer l'IPA en psychiatrie et santé mentale dans l'équipe pluridisciplinaire.

## II. HISTORIQUE :

L'infirmier psychiatrique a évolué selon les époques accompagnant les changements sociétaux et médicaux. La dénomination même de celui qui occupe ce poste montre bien cette évolution : de « gardien des fous » à l'Infirmier en Pratique Avancée en santé mentale et psychiatrie de nos jours. Connaître l'évolution du métier d'infirmier psychiatrique permet une meilleure compréhension de la spécificité du soin infirmier psychiatrique et de la nécessité d'une éducation adaptée.

En tant que société, sans institution reconnaissant la maladie, le patient et son trouble n'existe pas et le soignant non plus. Exposer la création du métier d'infirmier psychiatrique revient à exposer l'instauration de l'institutionnalisation en psychiatrie qui est étroitement liée à la naissance de la discipline psychiatrique.

Avant d'être considéré par la société comme un soigné, le malade psychiatrique selon les époques est un « insensé », un « fou », un homme sous les coups de la sanction de Dieu, un « mendiant invalide » (13) ; le soignant en regard et en miroir, est le reflet du soigné. Le soignant, ou tout du moins celui qui accueille la personne souffrant de troubles mentaux, est « le gardien des fous », « le curateur des fous », « l'exorciste » ou un philanthrope pratiquant la charité (comme à l'Hôtel Dieu).

Le changement de regard sur le « fou » va amener en parallèle un changement de regard sur « le gardien des fous ». De « fou », l'être humain va être atteint d'un trouble de la santé mentale et le « gardien des fous » devient parallèlement soignant et infirmier psychiatrique : évoquer l'infirmier psychiatrique permet de pister la construction de la relation soignant-soigné.

### 1. L'édit royal de Louis XIV :

Le « malade psychiatrique » n'a pas été créé. Il a toujours existé, simplement, il était assimilé à d'autres termes, par manque de connaissance et d'intérêt. À travers les sociétés, le patient psychiatrique a été remarqué lorsque ses troubles, par des conduites hétéro-agressives ou auto-agressives, amenaient un trouble à l'ordre public, un trouble pour la société ; alors, ils étaient emprisonnés ou tués. Par leurs handicaps psychiques et fonctionnels importants, les

patients psychiatriques se retrouvaient bien souvent parmi les mendiants. Un état de fait qui demeure invariable à l'heure actuelle (14).

Cette situation de négation de reconnaissance de la maladie mentale reste inchangée jusqu'à la Renaissance. On assiste à la première passation de l'assistance religieuse à une assistance étatique dans la prise en charge des personnes présentant un trouble psychique.

En 1656, date de l'édit royal de Louis XIV, on peut édifier la première trace d'une « institutionnalisation sociale » nationale en France pour les patients souffrant de troubles mentaux. Cet édit reprend des initiatives de conditions d'enfermement et de rééducation des mendiants déjà mises en place dans certaines grandes villes (Lyon avec l'Aumône générale, Paris et Rouen avec le « grand bureau des pauvres »). On nationalise la prise en charge des « miséreux ». Bien que cet édit ne concerne aucunement les malades mentaux. La réalité fait que nombreux de ces derniers vont être inclus dans ce texte, ne serait-ce que pour leur lien avec la précarité (15). Cette loi est vécue comme un élan progressiste et humaniste. Elle ne condamne pas le mendiant à la prison mais à une rééducation pour ramener l'indigent sur « le droit chemin » sous l'influence religieuse de cette époque.

Cependant, la violence de certains patients présentant des troubles mentaux imposa aux autorités de les enfermer dans des pavillons à part, premiers ancêtres de nos hôpitaux psychiatriques. C'est la création, à la Salpêtrière, du « quartier des folles ». Tout comme le « fou » qui accroît une certaine reconnaissance aux yeux de la société, le métier censé isoler et contenir ce genre de comportement (on ne parle pas de soin à cette époque) émerge. C'est l'inauguration du « gardien des fous ». Il trouve une ressemblance plus prononcée chez le gardien de prison que chez l'infirmier comme on peut le voir de nos jours.

En outre, c'est l'époque du « grand enfermement » sur « lettres de cachet ». Légalement, encore une fois, ces « lettres de cachet » ne concerne pas les patients psychiatriques initialement (16). Mais, cette époque marque un tournant dans la prise en charge des troubles mentaux : c'est le début de l'enfermement de nombreux patients psychiatriques par décision de Justice ou par « lettres de cachet », notamment à la demande de la famille proche (17).

Les premiers établissements pour les patients souffrant de troubles mentaux et créant le personnel devant s'en charger répondent ainsi à trois éléments qui marqueront la psychiatrie en tant qu'institution jusqu'à nos jours :

- Premièrement, il existe un souci de protéger les citoyens face aux marginaux et d'isoler les éléments considérés comme « dangereux » afin de les ramener sur le droit chemin ;
- Deuxièmement, c'est la première fois dans l'histoire française qu'on confie la prise en charge des indigents à la collectivité et plus à la famille ou aux religieux, le problème devient celui de la collectivité ;
- Troisièmement, c'est le moyen de réponse aux comportements déviants qui change : on isole au lieu de tuer. En les isolant à l'écart, on crée des établissements et des métiers, eux aussi à l'écart, pour s'occuper de ces gens. Ces métiers restent éloignés de la notion de soin qui demeure quasi inexistante.

La Révolution française, en 1789, va procéder à l'abolition de toutes les lettres de cachet et libérer toutes les personnes enfermées par l'Ancien Régime sauf pour les « insensés ». Les révolutionnaires proclament la nécessité de protéger la société de leurs dangers. La Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 échoue à fournir une égalité aux citoyens souffrant de troubles mentaux (18). Des tentatives d'introduction à la notion de soin dans la prise en charge des « insensés » vont se construire, sans grand succès (13).

## **2. Jean-Baptiste Pussin : le précurseur**

Hospitalisé à Bicêtre en 1771 pour une tuberculose et désigné « incurable », Jean-Baptiste Pussin devait rester interné selon les lois de l'époque jusqu'à la fin de sa vie. Son état de santé s'améliorant, il accomplit une éducation au fil des années. De cette manière, il obtint un emploi au cœur de l'hôpital de Bicêtre, ce qui fut le cas de beaucoup de mendiants valides (tuberculeux, vieillards et enfants principalement). Jean-Baptiste Pussin apparaît nativement doué dans les relations interhumaines. Il monte les échelons et finit par être nommé le 7 août 1780 « gouverneur de l'emploi des fous » (19). Dès sa prise de fonction, il s'oppose à la violence et propose d'autres méthodes plus humanistes d'écoute et de bienveillance dans le souci d'une amélioration de l'état

de santé des patients. Il ira même jusqu'à s'adresser aux autorités compétentes pour obtenir la libération de certains internés considérés comme guéris. Certains écrits de Pussin caractérisent dans le temps l'état clinique des patients et ces billets sont considérés comme les premières observations infirmières psychiatriques. Accompagné de son épouse Marguerite, et en attribuant des propriétés curatives et anxiolytiques à certaines plantes poussant dans l'enceinte de Bicêtre, ils sont responsables de l'introduction de l'idée d'un traitement médicamenteux dans les soins apportés aux « fous ».

En 1793, il rencontre le Dr Philippe Pinel qui partage la même vision humaniste du soin pour les « insensés ». La mission du Dr Pinel, envoyé par l'hôpital de Bicêtre, est de soigner les maladies physiques dont les « fous » souffraient. Elle est dépourvue du concept de soins psychiques : personne ne traitait et ne s'occupait de « la folie ».

Cependant, Pinel est contre la pratique des saignées et pour l'usage d'une parole bienveillante. Ce médecin dira que Pussin faisait preuve d'une « autorité bienveillante ». Une grande amitié se noue entre les deux hommes. Dr Pinel, le théoricien, conçoit le « traitement moral » avec la participation indirecte de Jean-Baptiste Pussin, le praticien (20). Ce dernier pratiquait une forme de « traitement moral » instinctivement depuis plus de 13 ans.

Les mentalités évoluent et la conception du soin dans les troubles mentaux s'établit très progressivement, à Bicêtre tout du moins. Les supérieurs font confiance à Pussin au fil des ans et une nouvelle méthode de contention est inventée : la camisole de force (13). Cela permet à Jean-Baptiste Pussin de « libérer les chaînes des aliénés » le 28 mai 1798.

La première description des qualités attendues pour exercer auprès des patients souffrant de troubles mentaux est faite par Pinel : « *Il faut...une fermeté inébranlable, un courage raisonné et soutenu par des qualités physiques les plus propres à imposer, une stature de corps bien proportionnée, des membres pleins de force et de vigueur, et dans les moments orageux le ton de voix le plus foudroyant, la contenance la plus fière et la plus intrépide* ». Cette description fait l'étalage de la prépondérance des qualités physiques dans la fonction. En parlant des comportements des patients, Pinel poursuit : « *turbulents et fougueux qu'il faut réprimer...avec*

*douceur, mais toujours avec une fermeté inflexible » (21).*

Avec ses modestes moyens, Pussin transforme l'hôpital prison en hôpital thérapeutique et donc, demande aux « gardiens de fous » de se métamorphoser afin de devenir plus soignant. Son impact est historique : Pussin est régulièrement nommé « le premier soignant psychiatrique » et de nombreux établissements de santé mentale portent son nom en hommage. Il fut soutenu dans ses démarches par Pinel qui apporta le cadre théorique nécessaire. Ce travail d'humanisation va être poursuivi par l'élève de Pinel, le Dr Jean-Etienne Dominique Esquirol, qui contribuera à l'élaboration de la « loi des aliénés » de 1838 (22).

### **3. La loi des aliénés :**

En 1838, cette loi vient fournir un cadre législatif à la prise en charge des « insensés ». Elle reconnaît officiellement que « l'insensé » relève du soin et que la collectivité doit en assurer l'exécution et le bon déroulement. Chaque département est tenu d'avoir un établissement public (qu'on nomme asile) spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés (qui ne sont plus des insensés). Les aliénés sont placés sous l'autorité publique (23).

On expérimente les prémices de la médicalisation en psychiatrie : les pensionnaires sont considérés comme des malades. On établit le placement libre, le placement volontaire (correspondant à un placement à la demande d'un tiers qui doit être validée par le corps médical) et le placement d'office (la décision d'internement est donnée aux juges et aux médecins).

Dans la pratique, il y a une séparation stricte entre les détenteurs du savoir médical et les exécutants. Ces derniers ont pour mission de « surveiller » ou de « punir » sans aller jusqu'aux mauvais traitements.

On constate un changement de paradigme : l'infirmier en psychiatre n'est pas né mais c'est la fin des « gardiens de fous » (24). Les gardiens ne sont plus recrutés chez les anciens aliénés : ce sont des civils qui occupent ces postes, en échange d'un logement et de nourriture. Des familles entières de miséreux s'engagent dans ces postes qui exigent une dévotion totale au métier. La population des « gardiens de fous » change progressivement de visage pour satisfaire aux qualités attendues (force et autorité pour maîtriser les agités, et bonté et intelligence pour

proposer du soin aux curables (13)) par Pinel et Pussin.

#### **4. Naissance de la première école d'infirmière d'asile :**

En 1877, le projet d'Esquirol de former un personnel sur leur conduite pour aider les aliénés est inauguré. C'est la fondation de la première école d'infirmière d'asile à la Salpêtrière (25). D'autres écoles vont naître dans les asiles, notamment à Bicêtre l'année suivante. La formation des « infirmiers d'asile » débute et ce n'est qu'en 1883 qu'un diplôme est délivré sur simple assiduité. La nécessité d'une formation spécifique aux soins infirmiers psychiatriques pour une prise en soin adaptée aux patients souffrant de troubles mentaux se fait ressentir très tôt.

En 1907 (26), avec un écart de plus de 20 ans, se créent les écoles d'infirmiers civiles publiques et laïques sous l'impulsion du Docteur Bourneville. Bourneville revendique une unification des programmes entre infirmiers de soins généraux et infirmier d'asile. Des désaccords entre médecins aliénistes sur le programme d'enseignement à donner au personnel secondaire des asiles vont désavouer la mise en place du projet. Il prévalait deux formations distinctes : une pour les « surveillants des fous » et une pour les « gardes-malades » (27).

Cela n'empêche pas Bourneville de décrire, comme Pinel avant lui, les qualités attendues par les professionnels travaillant avec les patients atteints de trouble psychique : « *Il est impossible de soigner les aliénés si l'on n'est pas auparavant prévenu des principales particularités de l'affection dont ils sont atteints. Puisque en effet, c'est leur moral, comme on le dit qui est pris, il faut par une conduite spéciale du service où ils vivent, y apporter avec tact et jugement le remède que l'asile leur donne par l'ordre, la régularité de vie, la discipline intérieure tempérée par une affectueuse surveillance.* » (28).

Ce schisme entre infirmiers est volontairement simplificateur. Il est plus exact de dire qu'une certaine confusion règne au niveau des termes employés pour définir le personnel paramédical. On mélange les termes de serviteurs, de servantes, de sous-employés, de garçons et de filles de service, d'infirmiers et d'infirmières, des premiers infirmiers et des premières infirmières, des suppléants et des suppléantes, des sous surveillants et des sous-surveillantes, des surveillants et des surveillantes (29).

Au total, ce désaccord sur la formation commune entre les « surveillants des fous », ancêtres des futurs infirmiers psychiatriques et les « gardes-malades », ancien titre des futurs infirmiers diplômés d'état (30) marque la première séparation entre infirmiers de soins généraux et infirmiers psychiatriques. L'avancée historique de ces deux professions infirmières va s'effectuer différemment, de leurs genèses jusqu'à la mise en place du diplôme commun en 1992 (31).

##### **5. Naissance de la psychiatrie contemporaine :**

Au début du XXème siècle, la situation des infirmiers d'asile peut être résumée par cette lettre adressée au ministre de l'Intérieur par un syndicat le 9 octobre 1907 : « *Toutes ces qualités professionnelles, rigoureusement exigées par les règlements intérieurs qui nous régissent [...] Par suite de la suppression de tous les moyens de contrainte (détermination inspirée aux médecins par des sentiments humanitaires qui les honorent), ne sommes-nous pas exposés aux actes meurtriers des inconscients que nous soignons ? Ne sommes-nous pas susceptibles de devenir leurs victimes, quelques-uns d'entre nous ayant déjà payé de leur vie l'insouciance de certaines administrations ? Quelles sont les récompenses et les garanties officielles qui nous sont attribuées ? [...] L'amélioration de notre sort permettrait d'ailleurs le recrutement d'un personnel plus compétent et plus stable : administration, malades et nous-mêmes, tous y gagneraient.* » (32). L'administration ne va avoir de cesse en lien avec les infirmiers d'asile et les aliénistes (nom donné aux médecins s'occupant des aliénés) de proposer des conditions de vies plus respectueuses et une formation plus exigeante aux métiers de soin en psychiatrie.

Le 4 avril 1907, par arrêté préfectoral, il est convenu de la création du Diplôme d'infirmier Psychiatrique Départemental (33). C'est la première trace législative de la profession : la formation dure 3 ans. Il est édité en 1912, le premier grand manuel de psychiatrie de Mignot et Marchand (34).

En parallèle, la formation des infirmiers en soins généraux mue. Le décret du 27 juin 1922 permet la création du diplôme d'Etat d'infirmière (35) avec la création d'écoles privées et publiques. Ce premier décret est suivi le 18 juillet 1924 par un deuxième décret permettant de

porter le titre d'Infirmière Diplômée d'Etat sous l'égide de Léonie Chaptal (36). Cette période cruciale dans la construction du métier d'infirmier en soins généraux représente le portage du clivage entre infirmiers d'asile et infirmiers de soins généraux sur le plan administratif et légal.

Au niveau de la formation de l'infirmier d'asile, l'arrêté ministériel du 26 Mai 1930 signe la fin de l'appellation de « gardien » remplacée par « infirmier ou infirmière » en psychiatrie (30). Une formation facultative sur 5 ans donne accès à un examen final permettant d'obtenir le titre d'infirmier(e) des asiles d'aliénés diplômés de l'Etat français.

En 1946, le clivage législatif se poursuit entre les deux professions avec l'obtention d'une définition légale et officielle de l'Infirmier Diplômé d'État au niveau national (37). Les infirmiers psychiatriques ne sont pas mentionnés dans cette définition et leurs formations restent reconnues uniquement dans les établissements où ils ont été formés. Le diplôme national concernant le métier d'infirmier psychiatrique est inexistant : cela empêche les mutations des infirmiers psychiatriques entre établissements psychiatriques.

L'arrêté du 28 juillet 1955 (38) poursuit la démarche d'une promotion de la qualité du soin dans les hôpitaux psychiatriques. La formation professionnelle du personnel travaillant en psychiatrie devient obligatoire. Les premiers programmes d'études régionaux sont mis en place. En cette période d'après-guerre, s'amorce un réseau de centre de formation infirmière sous l'impulsion du Docteur Georges Daumézon, ce sont les Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active (CEMEA). Les CEMEA ont un retentissement historique dans la formation des infirmiers psychiatriques (39).

Le 16 février 1973, (40) est établi le diplôme d'infirmier ou d'infirmière de secteur psychiatrique requérant une formation nationale d'une durée de vingt-huit mois. L'enseignement national permet le détachement des élèves infirmiers des services d'hospitalisation dans lesquels ils sont formés. Sur un plan légal, l'arrêté du 12 mai 1969 (41) introduisait déjà la dénomination officielle de l'infirmier des hôpitaux psychiatriques appelé Infirmier de Secteur Psychiatrique (ISP).

Dans la même dynamique que les CEMEA, naîtra le Comité d'Entente des Formations Infirmières en Santé Mentale (CEFISM) en 1983. Le CEFISM réunit la plupart des centres de formation professionnelles dédiés à la formation des infirmiers psychiatrique, lesquels se sont multipliés depuis 1981.

La formation de l'infirmier psychiatrique est, dans les faits, pionnière de la formation infirmière. Par la suite, elle a accumulé un retard législatif en comparaison à la formation d'infirmière en soins généraux. Un sous-développement légal qui s'est par la suite comblé. Au travers des centres de formations et sous l'impulsion des psychiatres, la formation infirmière spécifique en psychiatrie connaît un essor durant cette ère jusqu'en 1992. Cette époque a fondamentalement et foncièrement influencé l'histoire de la spécificité des soins infirmiers psychiatriques jusqu'à aujourd'hui.

#### **6. Le diplôme d'Etat d'infirmier polyvalent :**

L'arrêté du 23 mars 1992 (42) met fin à plus de 90 années de spécification de la formation de l'infirmier psychiatrique. C'est le retour au projet initial de Bourneville. Les centres de formation des infirmiers psychiatriques et les écoles d'infirmières prennent la dénomination d'Institut de formation en soins infirmière (IFSI) en faveur d'un enseignement généraliste. Les élèves deviennent des étudiants.

Les conséquences sont notables pour l'éducation de l'infirmier voulant exercer en psychiatrie. À présent, il est censé avoir une formation générale et être polyvalent. Il existe une réelle perte de savoir et de connaissances de l'infirmier psychiatrique avec une réduction des apports spécifiques de la psychiatrie dans la nouvelle formation IDE. La formation théorique en psychiatrie est réduite à 400h. Les stages obligatoires de santé mentale ou psychiatrie sont limités à 280 heures. Plus généralement, par cette perte de sa spécificité, c'est une remise en question de la spécialisation des connaissances du soin infirmier psychiatrique (43).

Cette perte de transmissions des connaissances et expériences accumulées du savoir infirmier psychiatrique dans les IFSI va conduire à de nombreux déboires. Certains IDE, nouvellement arrivés en psychiatrie, et certains ISP vont avoir le désir de bonifier la formation

pour les infirmiers du domaine de la santé mentale.

## **7. Aujourd'hui : l'IDE en psychiatrie**

### **a. Universitarisation de la profession :**

En 1999, la France signe les accords de Bologne permettant l'harmonisation de l'enseignement supérieur européen. La formation de l'IDE s'inscrit dans les conditions de cet accord débouchant à une reconnaissance universitaire de la profession dans le système Licence-Master-Doctorat (LMD). Cette volonté de valorisation du cursus sur un plan universitaire se poursuit de la fin de la première décennie du XXI<sup>ème</sup> siècle (44) à aujourd'hui.

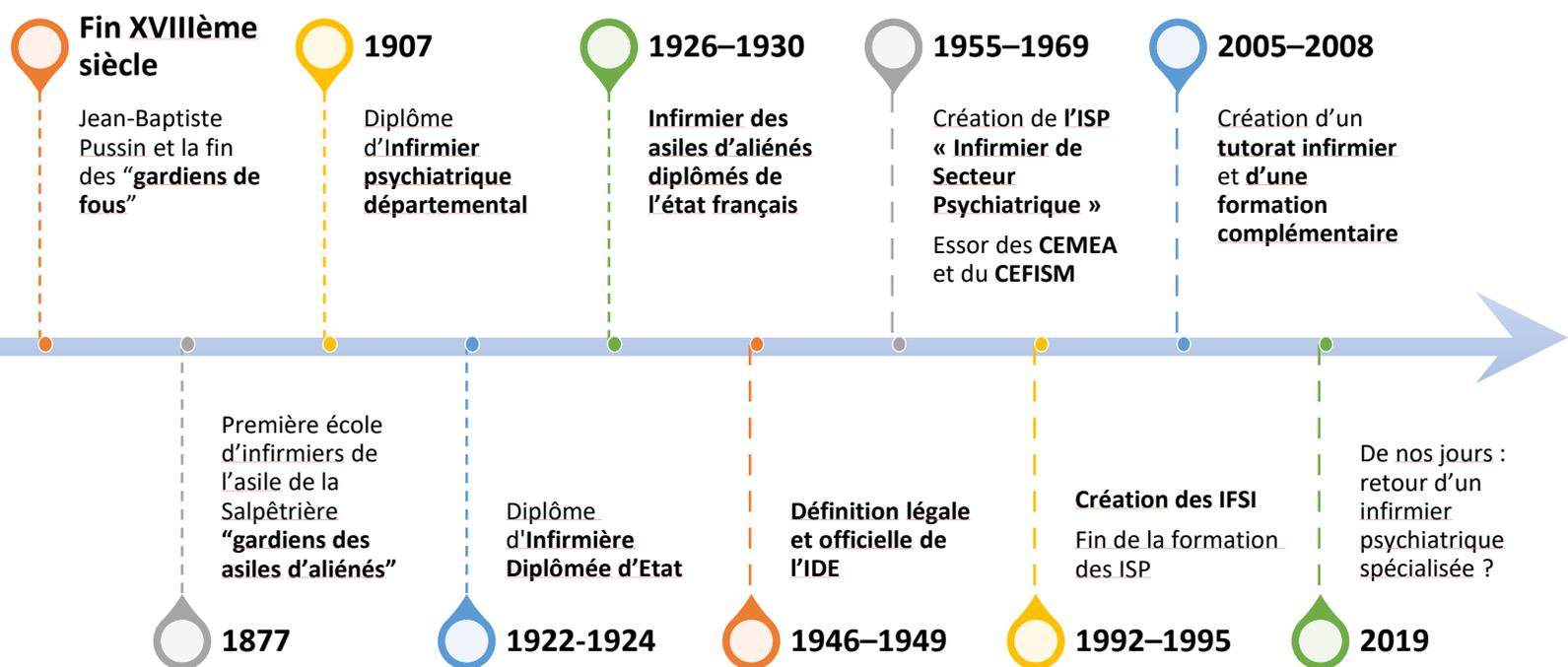
### **b. Renforcement de la formation :**

Dès juin 2002, un premier groupe de travail sur « l'évolution des métiers en santé mentale » constitué de représentants des infirmiers et des psychiatres a pour objet de formuler des propositions permettant de renforcer la compétence des infirmiers appelés à exercer dans le domaine de la psychiatrie. Dans la même temporalité, le 10 juillet 2003, une circulaire DGS/DHOS énonce des recommandations aux IFSI sur le respect et le renforcement de l'enseignement de la psychiatrie (45). Les résultats de ce groupe de travail vont se concrétiser selon deux modalités : la mise en œuvre, par la circulaire du 8 juillet 2004 (46), d'une formation complémentaire de 15 jours et la mise en place, par la circulaire du 16 janvier 2006 (47), du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie.

Dans ce contexte d'insuffisance de formation et du fait divers de Pau en 2004, on produit le premier plan santé mentale de 2005 à 2008 (48). Celui-ci va insister sur l'application des mesures prises. Le renforcement de la formation de l'IDE en psychiatrie (par le tutorat et la formation complémentaire) va se mettre en place progressivement dans les établissements de santé mentale ; celle-ci reste facultative et est réalisée à la demande du personnel.

Longtemps considérée comme « gardiens des fous », la profession s'est progressivement centrée sur le soin des personnes atteintes de troubles mentaux. Les formations à la profession se sont développées de manière exponentielle jusqu'en 1992. Les premiers échanges sur la suppression de la spécificité des soins psychiatriques démontrent une carence de la formation polyvalente aux soins infirmiers psychiatriques. Des premiers renforcements ont eu lieu pour pourvoir à ces lacunes. Cependant, la spécialisation du métier d'infirmier psychiatrique a toujours été un sujet débattu et le reste actuellement (39).

En 2019, on assiste à la création du statut d'Infirmier en Pratique Avancée en psychiatrie et santé mentale. Ce nouveau métier prend une résonance très particulière dans l'histoire de la psychiatrie et de l'infirmier psychiatrique, d'autant plus que l'une de ses missions concerne la formation continue de ses pairs.



**Figure 1 : Fresque récapitulative de l'histoire de l'infirmier en psychiatrie en France**

### **III. Formation actuelle des infirmiers en psychiatrie :**

Nous nous efforcerons dans cette partie de répondre à la question : Quelle est la formation de l'Infirmier Diplômé d'État en psychiatrie ? Nous expliciterons la formation de l'IDE et nous focaliserons notre intérêt sur l'espace attribué dans cette formation à la discipline psychiatrique. Dans l'objectif d'ancrer notre présentation dans le réel, nous présenterons un exemple de formation IDE se déroulant à l'IFSI de Daumezon à Saint André-Lez-Lille.

#### **1. L'Infirmier Diplômé d'État :**

Depuis 1992, les infirmières ont une formation unique dont le programme a pu être renouvelé et modifié en 2009 avec une universalisation du programme et l'inclusion dans le système LMD (44). Les IDE nouvellement formés ont une formation unique couvrant les soins généraux et les soins psychiatriques.

Un des principaux outils de la formation de l'étudiant IFSI est le portfolio. Celui-ci est nationalisé depuis la réforme du programme de formation en 2009. Le portfolio est un document permettant à l'étudiant IDE de regrouper l'ensemble des connaissances liées à son futur métier et à sa formation actuelle. Il contient les définitions du métier d'infirmier, un référentiel des 10 compétences de l'infirmier, des explications sur le dispositif de formation, les enseignements regroupés par Unités d'Enseignements (UE) et les activités détaillées de l'infirmier. Ce portfolio accompagne l'étudiant IFSI durant ses périodes de stages et permet aux formateurs, tuteurs et à l'étudiant de suivre son évolution durant sa formation.

#### **a. Le portfolio :**

##### **1) La définition du métier :**

Le métier d'infirmier, tel que décrit dans le portfolio, est le suivant :

*« Evaluer l'état de santé d'une personne et analyser les situations de soins ; concevoir et définir des projets de soins personnalisés ; planifier des soins, les prodiguer et les évaluer ; mettre en œuvre des traitements. Les infirmiers dispensent des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé, ils contribuent à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leur parcours de soins en lien*

avec leur projet de vie. Les infirmiers interviennent dans le cadre d'une équipe pluri professionnelle, dans des structures et à domicile, de manière autonome et en collaboration. »

La définition même de ce métier repose sur l'importance du travail en pluridisciplinarité.

## 2) La formation :

La formation de l'IDE est une formation d'alternance durant trois années et confère le grade licence. Depuis la réforme LMD, les IFSI ont construits des partenariats avec les universités et se sont pourvus d'enseignants universitaires (49,50). Cette formation se décompose en deux temps : un temps de cours théorique d'une durée de 2100h et un temps de pratique clinique d'une durée égale de 2100h.

Le projet pédagogique de la formation infirmière est établi via une instance commune présidée par le directeur de l'IFSI. Cette instance est composée de représentants étudiants, de représentants des formateurs permanents (ce sont souvent des cadres de santé formateur), d'un enseignant universitaire, d'un médecin participant à l'enseignement et d'un conseiller scientifique paramédical ou médical. Elle est validée par le directeur général de l'Agence Régional de Santé (ARS) (51).

## 3) Les dix compétences :

Dix compétences sont attendues chez l'IDE, celles-ci étant séparées en deux groupes : une première partie mentionnée comme « cœur de métier » et une deuxième partie dite « transverses » car censées être partagées avec d'autres professions paramédicales.

CINQ COMPÉTENCES « CŒUR DE MÉTIER » :	CINQ COMPÉTENCES « TRANSVERSES », communes à certaines professions paramédicales et qui doivent être validées pour le métier infirmier :
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine des soins infirmiers</li><li>2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers</li><li>3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens</li><li>4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique</li><li>5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins</li><li>7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle</li><li>8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques</li><li>9. Organiser et coordonner des interventions soignantes</li><li>10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation</li></ol>

**Tableau 1 : Les dix compétences du diplôme IDE, reproduit à partir du portfolio (44)**

Ces compétences sont globales à tout IDE et doivent permettre à l'IDE une efficacité et une adaptation dans tous les services de soins.

#### 4) Les stages :

Le portfolio indique une obligation de réaliser au moins un stage dans chacun des types de stage : « Soins de courte durée » ; « Soins en psychiatrie et santé mentale » ; « Soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation » et « Soins sur les lieux de vie ».

## **2. L'IDE et la psychiatrie :**

La formation de l'infirmier travaillant en psychiatrie est passée de 3 ans de formation spécialisée en pratique clinique psychiatrique à une formation d'infirmière polyvalente ayant pour bagage éducatif 100h de formation psychiatrique (44).

La question : « Comment sont formés les étudiants en IFSI à la psychiatrie ? » semble légitime dans ce contexte de réduction drastique du nombre d'heures de formation en psychiatrie.

D'autant plus qu'il n'existe à ce jour aucun ouvrage référentiel communément admis comme faisant partie du parcours de l'éducation de l'infirmière en psychiatrie à l'image du Référentiel de Psychiatrie dans les études de médecine. Certaines tentatives existent mais ne font pas références, prenons l'exemple du livre : « L'infirmier(e) en psychiatrie : Les grands principes du soin en psychiatrie » (2<sup>ème</sup> édition, écrit par Laurent Morasz, Annick Perrin-Niquet, Catherine Barbot et Clémence Morasz).

### **a. Les formateurs IFSI en psychiatrie :**

Les enseignements en psychiatrie dépendent de la commission commune définie plutôt, composée notamment d'enseignants spécialisés en psychiatrie (51).

Les formateurs sont :

- Soit des cadres de santé formateur, titulaire d'un poste dans l'IFSI et qui assure des enseignements aux étudiants infirmiers et les conditions d'apprentissages de ceux-ci.
- Soit des vacataires, des intervenants ponctuels, souvent des professionnels du domaine sanitaire et/ou social, chargés de dispenser des cours en fonction de leurs domaines « d'expertise », ils se doivent alors de répondre au « cahier des charges » du projet

pédagogique de l'établissement.

Le profil des formateurs IFSI en psychiatrie se compose de cadres de santé formateur, d'infirmiers experts, des médecins experts (régulièrement des internes en psychiatrie et des psychiatres) et des enseignants universitaires spécialisés en psychiatrie. Le terme « expert » étant défini comme « ayant une expérience avec les services de psychiatrie ». Ensemble, ils créent un projet pédagogique commun. Cette organisation est récente, c'est l'arrêté du 17 avril 2018 qui introduit ces notions en modifiant un arrêté datant de 2007 (52).

### **b. Les compétences et UE liées à la psychiatrie :**

Les dix compétences de l'IDE sont chacune caractérisées par plusieurs UE. Dans l'objectif de fournir un diplôme commun à tous les IDE, les UE et les compétences sont volontairement génériques pour être valide dans toutes les disciplines médicales.

Néanmoins, l'intitulé des UE permet de mieux comprendre quelle formation est dispensée, et certains sont plus centrés sur des concepts de soins de santé mentale.

#### **1) L'UE 2.6 « Processus psychopathologiques » :**

L'UE 2.6 « Processus psychopathologiques » faisant parti de la compétence 4 « Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique ou thérapeutique » représente en ce sens le corps de l'enseignement « psychiatrique » des étudiants IDE.

Cet UE se décompose en deux semestres intervenant en première année et en troisième année d'études de l'infirmier. Chaque semestre de cet UE comporte 50h de cours pour un total de 100h sur les 2100h de formation théorique de l'IDE. L'enseignement en psychiatrie correspondrait en terme horaires à 4,7% des cours théoriques de l'infirmier.

On peut supposer que d'autres compétences et UE peuvent apporter une formation utile en service de psychiatre. Par exemple, la compétence 6 « Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soin », composée notamment des UE « Psychologie, sociologie, anthropologie » et « Soins relationnels ».

### **c. Le référentiel d'activités :**

Le référentiel d'activités IDE nous permet de détailler les activités infirmières s'inscrivant dans la

réglementation du Code de la Santé Publique (CSP) (53). Plusieurs de ces activités sont en lien direct avec l'exercice de l'infirmier de psychiatrie.

Par exemple, dans l'activité « observation et recueil de données cliniques », on note plusieurs activités attendues de l'IDE relevant de l'examen clinique psychiatrique classique : « observation du comportement sur les plans psychologique et affectif », « observation des modes de vie des personnes sur les plans sociologiques et culturels » « observation des capacités de verbalisation » « observation du niveau d'inquiétude ou d'angoisse ».

#### **d. Les stages :**

Sur un total de sept stages possibles au cours de leur formation d'IDE, quatre terrains de stages sont obligatoires. Il est remarquable qu'un de ces stages indispensable se situe en psychiatrie et santé mentale.

#### **e. L'apport des formations spécifiques :**

Les infirmiers travaillant en psychiatrie peuvent profiter d'une formation complémentaire, ajoutée en 2004, et d'un tutorat, ajouté en 2006.

##### **1) La formation complémentaire de 2004 :**

La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, ancien nom de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) déclare en 2004 (54) : « *Les infirmiers diplômés depuis la réforme des études (1992) et les IDE n'ayant jamais exercé en psychiatrie expriment des difficultés à se situer et à agir dans la prise en charge des patients souffrant de pathologies mentales. Malgré les contenus de formation sur la sémiologie psychiatrique, les connaissances de base nécessaires à la pratique professionnelle en psychiatrie sont à compléter.* »

Initiée en 2004, la formation « Consolidation et intégration des savoirs et des pratiques en soins pour l'exercice infirmier en psychiatrie » (54) correspond à un cahier des charges pédagogiques avec des modules thématiques à aborder remis aux établissements de santé qui sont chargés de la formation. La formation sera transmise le plus souvent à des organismes de formations privées.

En pratique, la formation dure 15 jours au total et est dispensée en 2 années par période de 3

jours. Elle requiert la présence d'un professionnel infirmier ou d'un cadre de santé travaillant en psychiatrie.

Les modules thématiques abordés sont variés et nombreux, en voici quelques exemples : « Expression des attentes des professionnels, Sciences humaines et santé publique, Santé mentale - handicap psychique (rappels), Santé mentale, psychiatrie, législations (rappels) » ou « Formation à l'accueil, La relation, Les outils de soin » ou encore « Le soin infirmier en psychiatrie : fonction thérapeutique des dispositifs de soins, équipe pluriprofessionnelle sous l'autorité du chef de service, Les techniques de soins (généralités) ».

On discerne à travers cette complémentarité de formation une volonté d'inscrire l'IDE dans l'équipe pluridisciplinaire des soins psychiatriques, je cite : « *Les thématiques de chaque module renvoient à des rappels théoriques sur les conditions de travail en psychiatrie caractérisé par un travail en groupe (équipe pluridisciplinaire) : élaboration clinique ; analyse de pratique ; régulation ; supervision* ».

## 2) Le tutorat en 2006 :

Dans le plan psychiatrie et santé mentale de 2005-2008, deux priorités sont identifiées : le besoin d'intensifier la formation initiale et continue et le besoin de favoriser l'évolution des métiers en psychiatrie.

En 2006, s'inscrit la généralisation de la formation complémentaire précédemment décrite et on instaure un tutorat permettant au personnel infirmier qui exerce pour la première fois en psychiatrie de bénéficier d'un encadrement de proximité par des pairs expérimentés.

Le même rationnel appliqué à la formation complémentaire est mis en exécution à cette « formation de tuteur » (55). Un cahier des charges est remis à l'établissement qui devra organiser via un organisme de formation le tutorat des IDE nouvellement arrivés en psychiatrie. Le formateur sera un infirmier expérimenté (la recommandation exprimée par la DGOS est une expérience minimum de cinq années en psychiatrie).

Ces deux formations censées compléter la formation psychiatrique de l'infirmier resteront complémentaires et réalisables à la demande de l'IDE nouvel arrivant.

### **3. Exemple de la formation infirmière dans l'IFSI Georges Daumezon :**

Il existe à l'heure actuelle un programme de formation national commun aux études infirmières, dont nous avons vu qu'il demande aux étudiants de répondre à des exigences de compétences infirmières elles-mêmes réparties en UE, donnant le droit à l'obtention du diplôme d'IDE. Cependant, la formation IDE reste une formation hétérogène dont sont chargés indépendamment les établissements d'IFSI. Ceci est valable pour la discipline psychiatrique qui présente une hétérogénéité d'enseignement pouvant s'expliquer par l'absence de référentiel de formation aux soins infirmiers psychiatriques.

A l'IFSI Georges Daumezon à Saint-André-lez-Lille (Annexe n°1 : Programme de l'enseignement psychiatrique des étudiants de l'IFSI Georges Daumézon dans l'UE 2.6), l'enseignement psychiatrique se décompose au cours des 3 ans de formation IDE pour un total de 85h. Avant chaque cours magistral donné par les formateurs permanents (cadre de santé formateur) ou ponctuels (interne de psychiatrie, médecins, infirmiers experts), les étudiants IDE doivent intégrer des cours en « E-learning » élaborés par les enseignants universitaires. Il s'ensuit des travaux dirigés sur les soins infirmiers en lien avec le cours donné. La pathologie travaillée étant choisie lors de réunions universitaires.

L'UE 2.6 « Processus psychopathologiques » permet dans cet IFSI d'étudier les psychoses, les perversions, le narcissisme, les troubles de l'humeur, la névrose hystérique, les états névrotiques et anxieux, les troubles de la personnalité, les addictions, les troubles anxieux, les troubles du comportement alimentaire, la gérontopsychiatrie, la pédopsychiatrie et les thérapies non médicamenteuses. Assurément, les cours sont variés et dépendants du formateur et du projet pédagogique, en atteste la présence d'intitulés de cours « Perversions » et « Névrose hystérique ».

Les étudiants IDE de cet IFSI peuvent profiter de rappels supplémentaires psychiatriques au cours de leurs études, notamment en deuxième année, officiellement vide de toute formation labélisée psychiatrique. D'autres UE et d'autres compétences non labélisées psychiatriques permettent de découvrir la politique de santé mentale, les moyens d'isolement, de contention et

le cadre thérapeutique, la réflexion autour d'une situation clinique et l'éthique en psychiatrie.

#### **4. Pour conclure :**

L'infirmier en psychiatrie actuel est représenté par les anciens ISP et les nouveaux IDE formés par les IFSI. Il doit faire face aux nouveaux défis liés aux besoins en matière de santé mentale.

Actuellement, la formation de l'IDE se souhaite généraliste et polyvalente. L'IDE est un infirmier pouvant s'intégrer et travailler dans n'importe quelle équipe de soins peu importe la spécialité médicale. Il existe un réel vœu d'apporter une formation qualitative de la discipline psychiatrique dans le programme de l'IDE. On déchiffre ce souhait dans le portfolio avec les nombreuses compétences utiles ; voir nécessaires et thérapeutiques en psychiatrie ; et dans l'inscription des IFSI dans un processus d'universitarisation depuis la réforme LMD de 2009.

Cependant, la différence horaire de formation théorique (de 3 années spécifiques à 100h de cours de psychiatrie dans une formation générale) et pratique, l'absence de références pédagogiques d'enseignement, l'hétérogénéité des formateurs et par cascade des formations IFSI en psychiatrie conduit à une conclusion sans appel par le Conseil National de l'Ordre des Infirmiers (CNOI) et par un rapport fourni à l'Assemblée Nationale : il persiste un manque de formation adaptée à la spécificité du soin psychiatrique à ce jour (56,57).

Dès 2010, les différents acteurs et notamment le CNOI, indique des propositions de solutions et utilisent le terme « pratique avancée » qui présage de la suite de l'histoire de la spécification des soins infirmiers en psychiatrie.

## **IV. L'IPA en santé mentale et psychiatrie :**

### **1. Les enjeux médico-socio-économiques :**

#### **a. À l'international :**

Pour rappel, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé par « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (58). L'enjeu des soins psychiatriques d'apporter et de maintenir un bien être mental au sein d'une population est colossal.

L'OMS observe que les troubles mentaux comptent parmi les causes principales de morbidité et mortalité dans le monde : ainsi, les maladies mentales sont au troisième rang des maladies les plus fréquentes après le cancer et les maladies cardiovasculaires (59). Ainsi, l'organisation identifie 5 maladies mentales parmi les 10 pathologies les plus préoccupantes du 21<sup>ème</sup> siècle : schizophrénie, trouble bipolaire, addiction, dépression et trouble obsessionnel compulsif. L'OMS estime que 25% de la population mondiale est concernée à un moment ou un autre de sa vie par un trouble psychique (60).

#### **b. En France :**

En France, les renseignements sur les troubles mentaux sont appréhendés par plusieurs moyens : enquêtes en population générale ou spécifique, études spécifiques des prévalences de certaines pathologies, rapport de la Haute Autorité de Santé ou données issues des caisses d'assurance maladie.

En 2018, les études épidémiologiques montrent qu'un français sur cinq souffrent de troubles mentaux (61,62). Un enjeu de santé publique qui n'est pas récent, en 2008, une enquête en population générale réalisée par l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) démontre que 14% des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête Santé protection sociale déclarent souffrir d'une maladie psychique (63). Par ailleurs, l'Haute Autorité de Santé (HAS) déclare que 2,4 millions de personnes ont été prises en charge en établissement de santé mentale en 2015 pour des actes ambulatoires et pour des hospitalisations (64).

Les troubles mentaux et la souffrance psychique qu'elle entraîne ont des répercussions

importantes sur la santé physique, la vie personnelle et sociale des personnes concernées et sur leur entourage (65). Les personnes souffrant de maladie mentale sont ainsi plus souvent affectées par des problèmes physiques (66). Les risques de mort prématurée sont plus importants, en particulier le décès par suicide (8948 décès par suicide ont été enregistrés en 2015 en France Métropolitaine (64)). Les troubles mentaux sont associés aux phénomènes d'exclusion sociale et sont la première cause de reconnaissance d'invalidité professionnelle et l'une des premières causes d'absentéisme au travail (67).

Cet état de fait a de multiples conséquences économiques :

- 15 % des dépenses d'assurance maladie du régime général sont liées à la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques en 2015 (68).
- Les troubles les plus graves peuvent être cernés au travers du dispositif des Affections de Longue Durée (ALD) qui permet une prise en charge financière des patients ayant une maladie chronique coûteuse : en 2009, 950 324 personnes bénéficiaient de ce dispositif à cause de troubles psychiatriques sévères (67).

Au total, la santé mentale a une répercussion économique considérable pour l'ensemble de la société française, on estime l'ensemble des coûts directs et indirects (notamment liés à la perte de la qualité de la vie) à 109 milliards d'euros (64).

La pratique avancée en santé mentale et en psychiatrie, comme évoquée précédemment, répond à un enjeu de formation des infirmiers psychiatriques dans le cadre de leur spécificité. Elle fait aussi la promesse de répondre aux besoins socio-économiques de santé mentale conséquents à ce jour.

### **c. L'infirmier, rôle central dans la santé publique :**

Une priorité claire est donnée à transformer la pratique de l'infirmier en réponse aux enjeux de santé publique, notamment au travers de la création de la pratique avancée infirmière. La pratique avancée n'est qu'une première étape appelant à d'autres déclinaisons de « pratiques avancées » dans les professions paramédicales. Pour quelles raisons débiter « les pratiques avancées » par le poste d'infirmier ?

En premier, l'infirmier est un des rôles pivots de la prise en charge globale du patient en équipe de soins. Deuxièmement, il est la profession la plus représentée quantitativement dans cette dernière. Troisièmement, de nombreux infirmiers expérimentent déjà certaines nouvelles missions offertes par l'IPA, dans des conditions de dépassement de fonctions dans les équipes de soin, notamment en psychiatrie dans des secteurs en pénurie médicale.

La métamorphose de cette profession semble être un atout symbolique et fondateur de ces pratiques avancées.

#### **d. Argumentaire en faveur de la création de l'IPA :**

La DGOS en charge d'organiser l'offre de soins en France définit plusieurs arguments en faveur de la création de l'infirmier en pratique avancée (69) :

- C'est une adaptation aux nouveaux enjeux de santé publique français avec de nouvelles problématiques comme la désertification médicale, l'accompagnement du virage ambulatoire en psychiatrie, le vieillissement de la population et la chronicisation de certaines pathologies.
- C'est une évolution de la carrière infirmière. La pratique avancée ouvre de nouvelles qualifications professionnelles et accroît l'autonomie d'action du professionnel. De plus, il donne un grade master favorisant les équivalences européennes et l'insertion dans le domaine universitaire.
- C'est un atout dans la mise en œuvre de nouvelles modalités d'exercice et de collaboration entre médecins et professionnels paramédicaux ; en ce sens, elle suit une tendance progressive au partenariat dans le travail interdisciplinaire.
- C'est une réalité de terrain déjà connue dans certains services. Citons dans les services de santé mentale et psychiatrie, les infirmiers de liaisons addictologiques préconisant certains traitements, mais aussi certains infirmiers psychiatriques aux urgences indiquant des hospitalisations (70).

La pratique avancée vise de multiples objectifs :

- Améliorer l'accès aux soins, en réduisant les délais d'accès à une prise en charge.

- Améliorer la qualité des parcours des patients dans le cadre de la pluridisciplinarité en optimisant la coordination entre établissements de santé et professionnels de santé ambulatoires.
- Améliorer la qualité des soins en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées dans un contexte d'intensification et complexification des besoins en santé. (71)

Ces objectifs peuvent être réalisés sous deux conditions : une main d'œuvre suffisante en tant qu'IPA en santé mentale et psychiatrie et une intégration suffisante de cette main d'œuvre dans les équipes de soins actuelles. Le psychiatre joue un rôle décisif dans la réalisation de ces deux conditions, nous verrons lequel ultérieurement.

## **2. L'IPA en psychiatrie et santé mentale :**

### **a. Définition selon le Conseil International des Infirmières (CII) :**

Le CII définit l'infirmier de pratique avancée étant « une infirmière diplômée d'État ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Une formation de base de niveau maîtrise est recommandée. » (72)

### **b. Infirmière clinicienne spécialisée et infirmière praticienne :**

La pratique infirmière avancée est un terme généraliste englobant un certain nombre d'activités, qui se divise schématiquement entre deux fonctions (73) :

- L'infirmière clinicienne spécialisée, qui développe une expertise dans le champ clinique infirmier. Elle vise à améliorer la qualité des soins actuel en apportant une plus-value (prise en soin holistique, par exemple) au patient et à ses proches et à participer au développement professionnel continu de l'équipe pluridisciplinaire des soins.
- L'infirmière praticienne, qui intègre à son raisonnement clinique d'experte infirmière certaines activités supplémentaires relevant jusqu'à présent exclusivement d'une

compétence médicale, comme l'évaluation diagnostique, les activités de prescription ou la prise de décision concernant l'orientation des patients.

L'IPA en psychiatrie santé mentale satisfait un entrecroisement de ses deux entités : l'erreur serait de considérer purement l'IPA en psychiatrie et santé mentale comme un infirmier auquel on ajoute simplement des actes relevant antérieurement d'une prérogative exclusive médicale.

C'est un « Infirmier » qui partage le cœur de métier infirmier et en adopte ses valeurs. Il est infirmier « en pratique » car son activité clinique reste prédominante. Et, enfin sa pratique est définie comme « avancée en psychiatrie et santé mentale », car l'IPA pratique un exercice expert de soins infirmiers psychiatriques, par sa formation et ses fonctions pouvant dépasser le champ de compétence de l'IDE psychiatrique.

Ses activités impliquent des modalités de supervision médicale qui doivent être clairement définies (74).

### **3. Le protocole d'organisation**

C'est le protocole d'organisation qui établit les modalités du travail en commun entre les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire et notamment entre l'IPA en psychiatrie et santé mentale et le médecin psychiatre.

Le protocole d'organisation est local. Il a une place prédominante pour l'IPA, le psychiatre et l'équipe de soins. Réalisé entre le médecin psychiatre et l'IPA, ce protocole décide des domaines d'interventions concernés par l'IPA, des modalités de prise en charge du patient par l'IPA et des modalités d'échanges d'informations au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Il doit être signé par l'IPA et le médecin de l'équipe de soins au sein de laquelle ils exerceront.

Bien qu'il soit construit au niveau local, certaines règles de ce protocole d'organisation sont définies par décret (4) : la conduite diagnostique, les choix thérapeutiques et les principes du retour du patient vers le médecin seront définis par ce dernier. L'IPA en psychiatrie et santé mentale a pour devoir de revenir vers le médecin lorsque les limites de son champ de compétences seront atteintes ou lorsqu'il repèrera une dégradation de l'état de santé d'un patient (69).

La qualité de rédaction de ce protocole d'organisation est de la responsabilité du psychiatre et de l'IPA en psychiatrie et santé mentale qui devront le réaliser en collaboration. De son adoption par l'équipe de soins pluridisciplinaire, il en émanera une coalition des soins pouvant apporter un soin harmonieux au patient.

#### **4. La formation de l'IPA en psychiatrie et santé mentale**

Il est admis qu'il existe une corrélation entre le niveau de formation des infirmiers et la qualité des prestations dispensées d'où l'enjeu primordial de la formation des IPA en psychiatrie et santé mentale (75).

La formation de l'IPA actuelle est universitaire, apportant une formation plus approfondie et ouvrant le champ de la recherche aux métiers infirmiers. C'est une formation ayant le grade Master et étant réalisée en deux ans. Elle possède un socle commun d'un an avec une spécialisation en deuxième année liée à la mention choisie, en psychiatrie et santé mentale par exemple. Pour référence, le dernier infirmier spécialisé en psychiatrie, l'ISP, possédait une durée de formations spécifiques de trois années.

Cette formation possède les mêmes UE nationalement et la même durée de stages : 2 mois la première année et 4 mois de stages la deuxième année. Ces stages sont co-encadrés par un médecin et un cadre de santé (pouvant déléguer à un IPA ou un IDE expert, par défaut).

On a vu que l'hétérogénéité de la formation IDE et l'absence de référentiel pédagogique avait pu déranger la qualité de formation de l'IDE en psychiatrie. L'uniformisation de la formation universitaire des IPA figure comme une réponse à cette problématique. Cependant cette uniformisation reste à nuancer : chaque université possède son autonomie et un projet pédagogique unique pour la même accréditation du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.

En supplément à cette formation théorique, l'IPA en psychiatrie et santé mentale souhaitant exercer devra faire preuve d'une expérience pratique de trois années d'exercice en tant qu'IDE.

##### **a. Les formateurs : rôle du médecin psychiatre**

Pour justifier la délégation et le transfert de compétences médicales aux IPA en psychiatrie

et santé mentale, ces derniers auront besoin de montrer leur légitimité. Une partie de cette légitimité proviendra d'une expertise infirmière apportée par les différents formateurs. Avec l'universalisation de la profession, les équipes enseignantes de l'IPA sont formées de personnels enseignants de l'université, de médecins, d'infirmiers, de cadre de santé, de psychologues, de sociologues, de professionnels d'établissements de santé et médico-sociaux ou de responsables de dispositifs de coordination.

Dans ce rôle pédagogique, le psychiatre est essentiel pour fournir la légitimité théorique dont ont besoin les IPA en psychiatrie et santé mentale.

### **b. Exemple de la formation de l'IPA en psychiatrie et santé mentale à l'Université de Lille :**

La faculté de médecine de Lille assure la formation du Nord et du Pas-De-Calais qui compte près de 6 millions d'habitants. Elle est en charge d'assurer la formation des IPA sur son territoire qui accumule une surmortalité de l'ordre de 20% (76) et affronte les enjeux de santé publique nationaux. Le diplôme de l'IPA a été ouvert par l'université pour la rentrée 2020-2021. A ce jour, les IPA formées finissent la première année et s'orientent selon leurs mentions choisies ; aucun IPA n'est encore diplômé par l'université de Lille.

#### **1) Première année : la formation commune**

En première année, ce sont les UE communes qui sont enseignées aux IPA peu importe leurs spécialisations ultérieures. Les intitulés des UE (77) sont les suivants « Clinique » ; « Sciences infirmières et pratique avancée » ; « Responsabilité, éthique, législation, déontologie » ; « Méthodes de travail » ; « Recherche » ; « Santé Publique » ; « Formation et analyse des pratiques professionnelles » et elles sont composées de cours magistraux, d'enseignements dirigés et de travaux pratiques en simulation au centre de santé PRESAGE (Plateforme de Recherche et d'Enseignement par la Simulation pour l'apprentissage des Attitudes et des Gestes).

L'Université de Lille a mutualisé certaines UE avec le Parcours « Coordination des trajectoires de santé » du Master « Ingénierie de la Santé ». Ainsi, parmi les 395h de formation théorique de

la première année : 301h de cours sont mutualisées et 94h de cours sont spécifiques à la formation d'IPA. En terme de formation en psychiatrie et santé mentale, le programme contient 2h de cours magistraux en première année abordant la sémiologie psychiatrique.

De plus, la première année est accompagnée d'un stage dit « découverte » d'une durée de deux mois faisant l'objet d'un rapport de stage. Il est précisé que le stage est choisi en lien avec le projet professionnel de l'étudiant en deuxième année.

## 2) Deuxième année : mention « en psychiatrie et santé mentale »

Il faut bien comprendre que certes une spécialisation se fait et des UE sont spécifiques à la mention choisie, mais un certain nombre d'UE restent communes à tous les IPA peu importe la mention choisie (Annexe n°2 : programme de l'IPA en psychiatrie et santé mentale).

Dans le même raisonnement, l'Université de Lille a fait le choix de mutualiser certaines UE avec le master de coordination des trajectoires de santé avec un total de 94h d'UE mutualisées sur les 228h de formation théorique de l'IPA.

Les intitulés des UE de la mention « en psychiatrie et santé mentale » sont :

- « Bases fondamentales » abordant plusieurs objectifs comme l'organisation des soins en psychiatrie, les outils de soins médicamenteux et non médicamenteux, l'aspect santé publique en psychiatrie et des notions générales ;
- « Clinique » abordant les différents troubles mentaux reconnus par le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders cinquième édition (DSM V) et approchant les situations cliniques particulières comme les soins psychiatriques de l'adolescent ou la précarité ;
- « Parcours de santé » partiellement mutualisé entre les quatre mentions possibles de l'IPA.

De plus, un stage d'une durée de quatre mois centré sur la mention choisie doit permettre à l'IPA de développer certaines compétences (leadership, clinique...) requises dans son exercice.

Un mémoire de fin d'études validé par une soutenance orale est finalement demandé pour

conclure la formation d'IPA en psychiatrie et santé mentale.

## 5. Les missions de l'IPA :

Les missions de l'IPA peuvent être regroupées en 6 champs (78) :

- 1) Le recueil de données nécessaires à l'évaluation et la conclusion infirmière clinique : **évaluation clinique** avec recherche de l'anamnèse et des ressources du patient permettant de renouveler et d'adapter les traitements psychotropes, de prescrire un traitement antalgique et un traitement symptomatique des effets indésirables. C'est, donc, aussi possiblement l'application de psychothérapie en fonction des formations annexes de l'IPA.
- 2) **La prescription et l'interprétation des examens complémentaires** nécessaire à la bonne prise en charge du patient (par exemple, un bilan sanguin comme un dosage de la lithémie chez un patient bipolaire sous Lithium, la prescription d'un ECG ou de dosage de toxiques)
  - ⇒ Ces deux premières missions se regroupant dans un ensemble cohérent permettant le suivi des personnes atteintes de troubles psychiatriques, de troubles du neurodéveloppement, de troubles neuro-dégénératifs, de trouble du comportement et des conduites addictives.  
  
Ce suivi s'inscrit dans le protocole d'organisation défini entre IPA et psychiatre référent, avec l'accord du patient.
- 3) **La conception, la mise en œuvre et l'évaluation d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique** auprès du patient, des proches, des soignants, des acteurs sociaux ou de la population générale. Par exemple, un programme d'éducation thérapeutique pour les proches. Il peut participer dans ce cadre aux projets territoriaux de santé. C'est dans cette mission qu'on attend de lui à ce qu'il participe à la formation continue des soignants dans une transdisciplinarité.
- 4) **L'organisation du parcours soigné** par la collaboration entre les différents

acteurs du soin (éducatifs, sociaux, sanitaires...) à travers des réunions de concertations et de coordinations cliniques, citons la possibilité de concevoir ou conseiller les équipes sur les indications, limitations et alternatives des mesures d'isolement et de contention. Dans ce cadre, il permet de promouvoir une réflexion éthique du soin et promeut le droit des personnes/patients

- 5) La participation à des **actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques** dans le cadre de l'Evidence Based Medicine (EBM). Il peut promouvoir les pratiques professionnelles fondées sur les données probantes de la science, notamment des sciences infirmières. On peut espérer là aussi, un rôle dans la formation de ses pairs soignants en psychiatrie.
- 6) **La recherche** : l'IPA doit pouvoir analyser et produire des données professionnelles et scientifiques. Il est capable de participer à des projets de recherche et peut poursuivre ses études dans le domaine des sciences infirmières et devenir Doctorant en sciences infirmières.

L'expertise infirmière est alors la résultante de ces missions et des expériences professionnelles qui en découlent, le tout conduisant à une amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie apportée au patient (79). Certaines expérimentations et études en France et dans le monde démontrent déjà la preuve de l'efficacité et de l'efficience des pratiques avancées infirmières, notamment dans le suivi de certaines pathologies chroniques (80–82).

## **6. L'IPA en psychiatrie et santé mentale à l'étranger**

Le développement du statut d'IPA en psychiatrie et santé mentale est fortement lié au statut d'IPA comme nous l'avons vu au cours de ce chapitre. À l'étranger, ce statut est extrêmement variable en fonction des avancées législatives et de l'acceptation du rôle d'IPA (6).

On peut distinguer :

- Les pays « fondateurs » de la discipline ayant de solides bases législatives et une expérience conséquente de la pratique avancée infirmière. Ce sont les États-Unis et le Canada qui ont participé, au milieu des années 1960, à la création des «

infirmières praticiennes » (73).

- Les pays ayant acquis une expérience et une législation de l'IPA depuis quelques années avec le Royaume-Uni et la Finlande, pays dans lesquelles des formes de collaboration entre les médecins et les infirmières sont ancrées dans la culture sanitaire. On peut aussi y inclure l'Australie et l'Irlande, bien que l'IPA n'ait été légiféré que récemment, ces deux pays mènent depuis quelques années une politique très active de mise en place de nouveaux programmes d'enseignements et de création de postes.
- Les pays où la reconnaissance officielle de la pratique infirmière avancée n'en est qu'à ses débuts et dont l'expérience est faible, bien que certaines pratiques avancées non officielles puissent déjà exister de fait. C'est l'exemple de la France, de la Belgique, de la Pologne, de la République Tchèque.

Les professions qu'on peut regrouper sous le terme d'IPA (Infirmier Praticien et Infirmier Clinicien Spécialisé) tel que mis en place aux Etats-Unis et au Canada interviennent surtout au niveau des pathologies chroniques, en soins primaires ou en soins spécialisés de seconde ligne. Cela s'explique par l'historique de la profession dans ces pays. L'IPA est tout d'abord apparu comme une réponse à une importante disparité médicale. Dans un second temps, devant la diminution de la pénurie des médecins, l'IPA est devenu une spécialisation du rôle infirmier.

Les études réalisées aux Etats-Unis et au Canada, évaluant le recours aux IPA, démontrent majoritairement une haute satisfaction du patient avec une qualité de vie et de soin majoré et, pour le système de soin, une accessibilité et une qualité du soin accrue, notamment en réduisant le temps d'attente d'une consultation (6).

Certaines études en Irlande et en Israël, pays qui ont développés une culture de l'IPA, renforcent ce constat avec une non-perte de la sécurité des soins (83) et un vécu des patients positif relevant de la personnalisation des soins (84,85).

Un rapport de l'OCDE (6) sur les pratiques infirmières avancées par la description et l'évaluation des expériences dans 12 pays développés précise que le nombre d'IPA reste proportionnellement assez faible dans ces pays et que la profession n'a toujours pas assuré sa pérennité, pouvant être victime de réduction de financements des hôpitaux publics.

Le rôle de l'IPA dans les pays étrangers nous apprend qu'il joue dans ces pays un rôle essentiel quant à la sécurité et la qualité des soins. Les IPA exercent une influence sur les soins directs aux patients, sur la prévention, ainsi que sur l'organisation des soins dans une spécialité clinique précise. Ces succès ont cours dans les services où les IPA ont été bien intégrés dans les équipes de soins.

### **7. L'évaluation médico-économique :**

Les évaluations dans les différentes études, précédemment citées (6,83–85), démontrent une tendance générale dans le recours aux infirmières en pratiques avancées à une même qualité de soins avec un haut taux de satisfaction que les médecins en soins primaires et en suivi de pathologies chroniques, dès lors qu'elles ont reçu une formation appropriée. Cette haute satisfaction serait expliquée par la tendance des infirmières à passer plus de temps avec les patients et à fournir des informations et des conseils.

Quels en sont les conséquences en termes d'enjeux de santé publique, est-ce que l'IPA correspond à la réponse adaptée à l'évolution des besoins de santé ?

Le bilan dans ce domaine semble plus mitigé :

- Lorsque les nouveaux rôles impliquent une substitution des tâches, la plupart des évaluations concluent à un impact réducteur ou neutre à l'égard des coûts. Les économies réalisées sur les salaires des infirmières par rapport aux médecins peuvent être compensées par de plus longue durée de consultation, un plus grand nombre d'adressages de patients à d'autres médecins ou une augmentation du taux de réitération des consultations et, parfois, la prescription d'un plus grand nombre d'examen.

- Lorsque les nouveaux rôles consistent en des tâches supplémentaires, certaines études indiquent que l'impact est une augmentation des coûts.

L'implantation de cette nouvelle profession dans le secteur sanitaire français sous pression médico-socio-économique peut être mal comprise. Le piège serait de considérer la pratique avancée comme une pratique de la médecine de « seconde zone » moins chers ; comme nous venons de le voir, il n'est pas encore clairement déterminé si l'IPA représente un vrai gain de coût pour un système de santé. De plus, il ne faudrait pas créer un système de soin à deux vitesses avec selon les cas un accès aux soins médicaux ou un accès aux soins paramédicaux.

Les infirmiers n'ont plus à démontrer la valeur de leur plus-value par leurs compétences propres que la profession d'IPA tente de développer et d'enrichir. L'IPA a pour but d'être une réponse aux besoins de santé mentale actuelle en termes éthique, de qualité de soins, de qualité de vie, d'accessibilité aux soins, de formation des équipes, d'intégration du travail interdisciplinaire et en plus un gain en termes de santé publique. L'apport de l'IPA semble alors indispensable pour améliorer la santé mentale de demain.

## **V. Enquêtes à propos de l'IPA :**

### **1. Enquête dans les IFSI du Nord et du Pas de Calais :**

Il s'agit d'une enquête multicentrique réalisée par auto-questionnaires conduite auprès de l'ensemble des étudiants IFSI du département du Nord et du Pas de Calais entre le 16 juin 2021 et le 6 septembre 2021.

#### **a. Méthodes :**

##### 1) La population :

La population incluse dans l'étude correspondait à tous les élèves inscrits dans un IFSI faisant parti du département du Nord ou du Pas De Calais durant la période de recueil des données.

Les étudiants IFSI de ces deux départements ont été sélectionnés car ce sont ceux qui s'ils s'inscrivent en IPA sont géographiquement le plus proche de l'université de Lille.

##### 2) La procédure de l'enquête :

Un auto-questionnaire anonyme a été réalisé à destination des étudiants IFSI informatisé sur le site Google Form pour faciliter la récupération des données.

Les IFSI étant des organismes de formation coordonnés par la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports, et de la Cohésion Sociale (DRJSCS), cette dernière a été contactée afin d'obtenir la liste de l'ensemble des IFSI du Nord et du Pas de Calais. Les 23 établissements ont été contactés par mail et ont tous été appelés une fois afin de confirmer la réception du questionnaire par mail.

##### 3) Le questionnaire : (Annexe n°3)

Le questionnaire comportait 15 questions dont 2 questions ouvertes et 2 questions à choix multiples, le reste des questions étant fermées et à réponses binaires (« oui » ou « non »).

Le questionnaire se composait :

- D'une première partie concernant la connaissance de l'existence du statut d'IPA et le souhait pour l'étudiant de réaliser la formation d'IPA, notamment en psychiatrie et santé mentale ; cette partie est composée exclusivement de 4 questions fermées et binaires.

- D'une deuxième partie interrogeant les connaissances de l'étudiant IDE sur les modalités de réalisation de la formation d'IPA et ses missions. Cette partie était composée de 4 questions fermées et binaires recueillant les connaissances sur les modalités pratiques de réalisation du diplôme d'IPA ; de 2 questions à choix multiples laissant le choix à l'étudiant de sélectionner les missions et le lieu de mission qu'il pense compatible avec l'exercice d'IPA (ces items ont été créés en fonction des compétences de l'IPA décrites par le Ministère de la Santé (71)) ; et d'une question fermée sur la responsabilité médico-légale de l'IPA.
- D'une dernière partie recueillant les opinions des étudiants IFSI sur le métier d'IPA. Elle était composée d'une question fermée où le répondant dit s'il est favorable ou non favorable au statut d'IPA et de deux questions ouvertes, fonction de cette première réponse, concédant un espace où l'étudiant développe son opinion.

Les variables recueillies étaient uniquement des variables qualitatives.

#### 4) Les critères de jugements :

L'objectif principal de l'étude était de connaître l'attractivité du métier d'Infirmier en Pratique Avancée en santé mentale et psychiatrie chez les étudiants IDE, afin de déterminer si les étudiants connaissent ce nouveau statut, et s'ils sont intéressés pour s'y inscrire. Le but étant d'obtenir une estimation large du nombre d'IPA avec lesquels les psychiatres de la région vont être amenés à travailler dans les cinq années à venir car l'intégration de l'IPA en santé mentale et psychiatrie est un facteur important d'efficacité de ses missions.

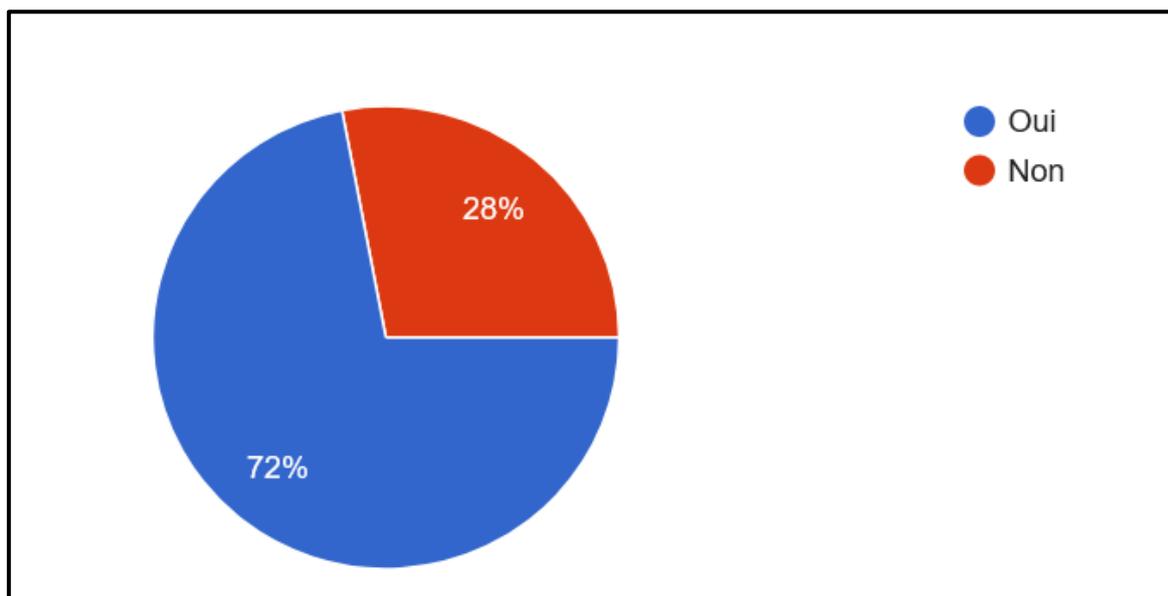
Les objectifs secondaires de cette étude étaient d'évaluer le niveau de connaissance des étudiants IDE sur l'IPA en termes de missions, de formations et de rassembler leurs opinions sur cette nouvelle profession ; afin de conjecturer les facteurs de ralentissement et les facteurs d'attrait à la réalisation de ce diplôme.

## b. Résultats :

Au total, ce sont 439 étudiants IFSI qui ont participé à l'enquête.

### 1) Connaissances et attraits du statut d'IPA et du statut d'IPA en santé mentale et psychiatrie

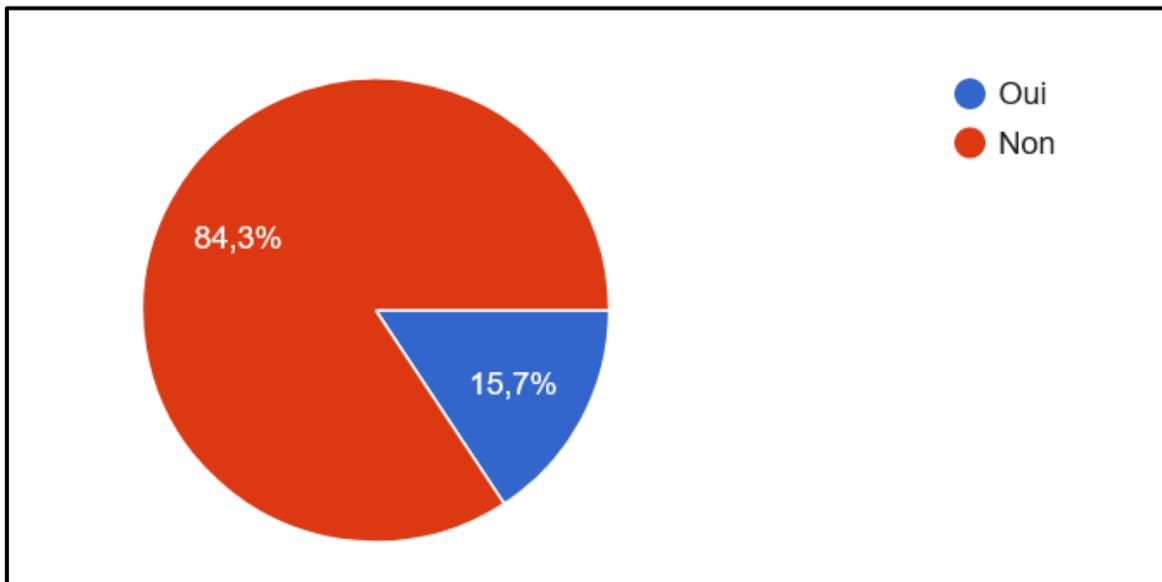
A la première question « Connaissez-vous le statut d'IPA ? » : 316 étudiants IFSI déclarent connaître ce statut et 123 étudiants IFSI déclarent ne pas connaître ce statut (Figure 2).



**Figure 2 : Proportion d'étudiants IFSI connaissant le statut d'Infirmier en Pratique Avancée**

Quant à l'attrait pour le statut d'IPA, 69 % des interrogés correspondant à 303 étudiants IFSI déclarent ne pas souhaiter s'inscrire en tant qu'IPA et 31 %, c'est-à-dire, 136 étudiants d'IFSI déclarent souhaiter s'inscrire en tant qu'IPA.

A la troisième question « Connaissez-vous le statut d'IPA en santé mentale et psychiatrie ? » : 370 étudiants IFSI déclarent ne pas connaître ce statut et 69 étudiants IFSI déclarent connaître ce statut (Figure 3).



**Figure 3 : Proportion d'étudiants IFSI connaissant le statut d'IPA en santé mentale et psychiatrie**

Quant à l'attrait des étudiants IFSI pour la profession d'IPA en santé mentale et psychiatrie, 47 personnes soit 10,7 % souhaiteraient s'inscrire en tant qu'IPA en santé mentale et psychiatrie et 392 des personnes interrogées soit 89,3 % ne souhaitent pas s'inscrire en tant qu'IPA en santé mentale et psychiatrie.

2) Connaissances de l'étudiant IDE sur les modalités de réalisation de la formation d'IPA et ses missions

Les 439 étudiants IFSI ont répondu à 70,4 % (309 des participants à l'étude) ne pas connaître la formation menant à la réalisation du diplôme d'IPA. 29,6 % (130 participants) ont répondu connaître cette dernière.

Quant à la durée de formation, 66,5 % (292 étudiants IFSI) ne connaissent pas la durée de formation nécessaire à la réalisation de l'IPA et 33,5 % (147 étudiants IFSI) déclarent connaître la durée de la formation nécessaire à la réalisation de l'IPA.

Les prérequis nécessaires à la réalisation du diplôme IPA ne sont pas connus par 77,9 % de nos participants (342 étudiants IFSI) et 22,1 % de nos participants (97 étudiants IFSI) déclarent connaître ces derniers.

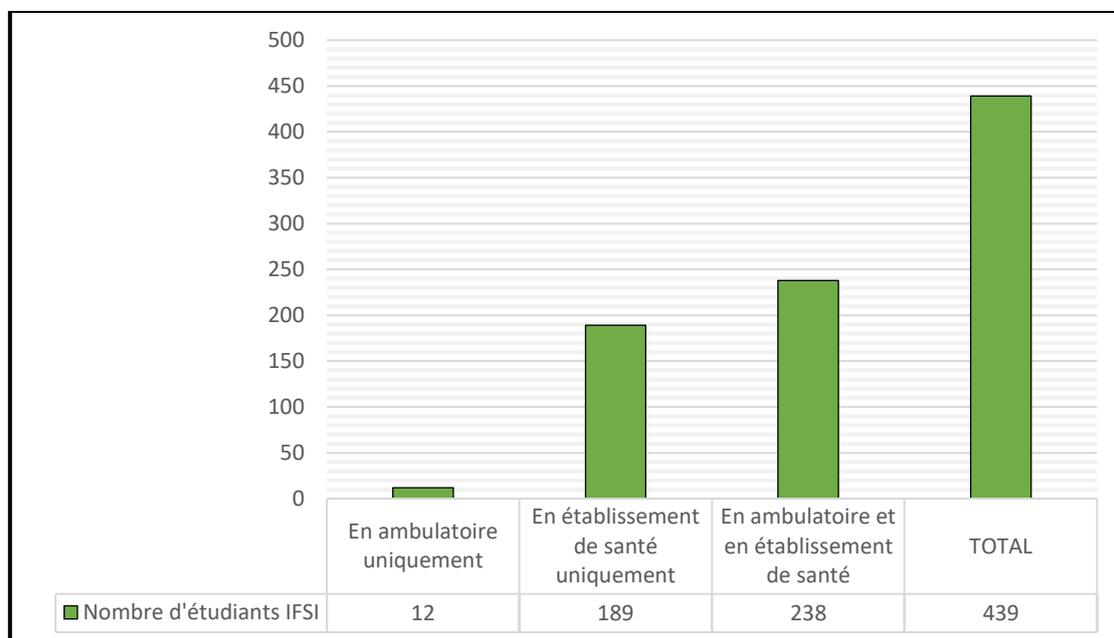
Le lieu de réalisation du diplôme d'IPA est inconnu pour 82 % des étudiants IFSI, ce qui représente 360 participants, et est connu pour 18 %, c'est-à-dire, 79 étudiants IFSI.

Quant à la question sur les modalités d'exercices d'un IPA, 54,2 % des étudiants IFSI répondent

que le métier d'IPA peut s'exercer dans les deux modalités.

2,7 % des étudiants IFSI répondent que l'IPA peut s'exercer uniquement en ambulatoire.

43 % des étudiants IFSI répondent que l'IPA peut exercer uniquement en établissement de santé (Figure 4).



**Figure 4 : Histogramme des réponses à la question à choix multiples du lieu d'exercice de l'IPA**

Sur l'ensemble des étudiants IFSI, au total, 56,9 % déclarent que l'IPA peut exercer en ambulatoire et 97,2 % déclarent que l'IPA peut exercer en établissement de santé.

Parmi les missions de l'IPA :

- 62,2 % soit 273 étudiants IFSI ont dit que l'IPA pouvait prescrire un bilan sanguin ;
- 74,5 % soit 327 étudiants IFSI ont dit que l'IPA pouvait renouveler une ordonnance initialement prescrite par un médecin ;
- 41,5 % soit 182 étudiants IFSI ont dit que l'IPA pouvait adapter une posologie d'un traitement déjà prescrit ;
- 69,9 % soit 307 étudiants IFSI ont dit que l'IPA pouvait orienter le patient après une évaluation clinique ;
- 12,1 % soit 53 étudiants IFSI ont dit que l'IPA pouvait réaliser une primo-prescription d'un traitement ;

- 34,9 % soit 153 étudiants IFSI ont dit que l'IPA pouvait réaliser un diagnostic
- 88,6 % soit 389 étudiants IFSI ont dit que l'IPA pouvait travailler avec une équipe pluridisciplinaire de soins ;
- 16,9 % soit 74 étudiants IFSI ont dit que l'IPA pouvait réaliser un suivi indépendamment de tout médecin ;
- 76,8 % soit 337 étudiants IFSI ont dit que l'IPA pouvait élaborer un programme d'éducation thérapeutique ;
- 56,5 % soit 248 étudiants IFSI ont dit que l'IPA pouvait proposer des projets de recherche ;
- 87,7 % soit 385 étudiants IFSI ont dit que l'IPA pouvait évaluer les besoins de soins d'un patient ;
- 22,3 % soit 98 étudiants IFSI ont dit que l'IPA pouvait réaliser une consultation médicale

76 étudiants IFSI (soit 17,3 %) ont réalisé une erreur ou pas d'erreur (omission d'une réponse ou ajout d'une mission non comprise de l'IPA).

A la dernière question de cette partie portant sur la responsabilité médico-légale propre à l'IPA : 72,9 % des participants à l'étude (320 participants) pensent que l'IPA a sa propre responsabilité médico-légale et les 27,1 % restants (119 participants) répondent que l'IPA n'a pas de responsabilité médico-légale propre.

### 3) Opinions sur l'IPA

380 étudiants IFSI se déclarent favorable à l'existence du statut d'IPA et 59 étudiants IFSI se déclarent non favorable à l'existence de ce statut.

Les réponses aux questions ouvertes sont disponibles en annexe n°4. Une majorité des réponses favorables décrivent un gain d'autonomie, une revalorisation et une reconnaissance des compétences infirmières et un gain en termes d'évolution de carrière. Les réponses qui ne sont pas favorables décrivent une inquiétude concernant une confusion des rôles et des limites entre IDE et médecin et une méconnaissance du sujet.

### **c. Discussion et limites de l'étude :**

Il existe une réelle attractivité du métier d'Infirmier en Pratique Avancée en psychiatrie et santé mentale chez les étudiants IDE des IFSI du Nord et du Pas-De-Calais. Nous pensons que cette attractivité a un impact sur le nombre d'inscrits en IPA en psychiatrie et santé mentale de la région et, in fine, le nombre d'IPA en santé mentale et psychiatrie dans les équipes de soins psychiatriques. Quel est le rôle du psychiatre dans ce scénario ?

La force principale de notre étude est d'être la première enquête, à notre connaissance, à observer l'attractivité de l'IPA en psychiatrie et santé mentale parmi les élèves infirmiers dans Le Nord et le Pas-De-Calais. Notre question sur l'attractivité se veut radicalement terre à terre : l'IPA en psychiatrie et santé mentale a montré qu'il améliorerait les soins psychiatriques, en pratique qu'en est-il de son impact actuel ? À combien d'IPA en psychiatrie et santé mentale les équipes de soins et les psychiatres vont être confrontés dans les prochaines années ? Cette enquête se veut un début de réponse pour la région du Nord et du Pas-De-Calais.

Les principales limites sont dues au type d'étude qui est une enquête descriptive. La forme utilisée, un auto-questionnaire à remplir sur internet, permet d'obtenir une meilleure accessibilité au remplissage du questionnaire. Cependant, cette forme a l'inconvénient de ne pas permettre la vérification de l'identité de chaque répondant et d'affirmer que notre échantillon soit tiré de la population source. Ce biais de sélection est limité car le questionnaire n'était partagé qu'à travers les IFSI sur des plateformes destinées uniquement aux étudiants IFSI.

L'échantillon de réponse reste faible pour l'ensemble des étudiants IFSI du Nord et du Pas-De-Calais. Nous nous interrogeons si les étudiants IFSI intéressés par l'IPA en psychiatrie et santé mentale ont été plus intéressés à répondre au questionnaire que les étudiants IFSI n'ayant pas d'intérêt pour ce statut majorant le biais de sélection et surestimant le résultat final. Le questionnaire est composé majoritairement de questions fermées, simples, claires et précises. En limitant les difficultés de compréhension du questionnaire nous favorisons un recueil d'information soigneux limitant les biais de mesure.

Les autres résultats de cette enquête nous montrent que la dénomination d'Infirmier en

Pratique Avancée est connue majoritairement par les étudiants IFSI. Au contraire, leurs conditions de réalisations et leurs missions sont majoritairement méconnues. Est-ce que cette méconnaissance est un frein à l'attraction de la fonction chez les étudiants IFSI ?

Depuis le début de cette étude, mes collègues médecins et infirmiers psychiatriques ont pu me faire part d'appréhensions sur leurs positions dans cette nouvelle organisation des soins intégrant l'IPA en psychiatrie et santé mentale. La création de ce statut interpelle l'ensemble des acteurs du soin rencontrés sur le sujet. Nous supposons qu'une meilleure connaissance de l'histoire infirmière et une meilleure connaissance du rôle et des fonctions de l'IPA en psychiatrie et santé mentale chez ces acteurs du soin rassureraient leurs appréhensions et optimiseraient l'intégration et le déploiement des compétences de l'IPA. Cette première étape est essentielle : la littérature nous apprend que l'intégration de l'IPA dans les équipes de soin est la condition sine qua non aux apports bénéfiques de l'IPA dans la santé des patients.

## **2. Enquête dans les promotions d'IPA de Lille :**

Au cours de la réalisation de ce travail, une question s'est posée : quels sont les attentes et le profil actuel des étudiants qui réalisent la formation d'IPA en psychiatrie et santé mentale ? Nous réalisons une deuxième enquête monocentrique par auto-questionnaires auprès de la promotion des étudiants IPA inscrits à l'université de Lille souhaitant réaliser la mention santé mentale et psychiatrie.

### **a. Méthodes :**

#### **1) La population :**

La population incluse dans l'étude correspond à tous les étudiants IPA ayant réalisée la première année de formation à l'université de Lille et souhaitant réaliser en deuxième année la mention « psychiatrie et santé mentale ».

#### **2) La procédure de l'enquête :**

Un auto-questionnaire anonyme a été réalisé à destination des étudiants IPA informatisé sur le site Google Form pour faciliter la récupération des données. Les calculs statistiques ont été réalisés grâce au logiciel Excel.

8 réponses ont été rendues pour une promotion estimée à 16 étudiants

### 3) Le questionnaire : (Annexe n°5)

Le questionnaire comportait 10 questions dont 4 questions fermées et 6 questions ouvertes.

Le questionnaire se composait :

- D'une première partie (3 questions fermées et 2 ouvertes) comprenant les caractéristiques de la population étudiée : le genre, l'âge, l'année de formation IPA et l'expérience en tant qu'IDE en psychiatrie.
- D'une deuxième partie (1 question fermée et 4 questions ouvertes) interrogeant les motivations, les attentes, les souhaits de lieux d'exercices et leur ressenti concernant la formation actuelle reçue. Leurs propositions personnelles de pistes d'amélioration de cette dernière étaient recueillies.

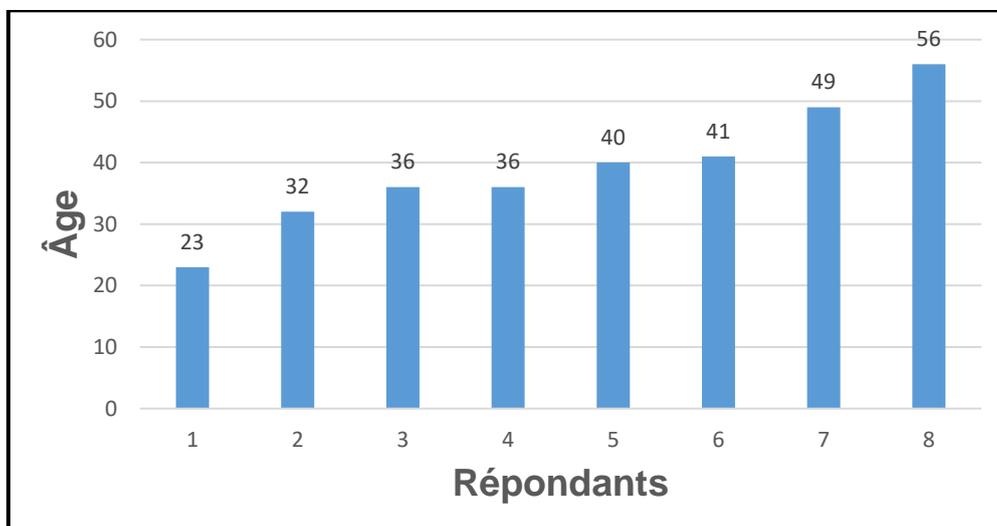
Les variables recueillies étaient des variables qualitatives, à l'exception de la variable quantitative « âge ».

#### **b. Résultats :**

##### 1) Caractéristiques de la population étudiée :

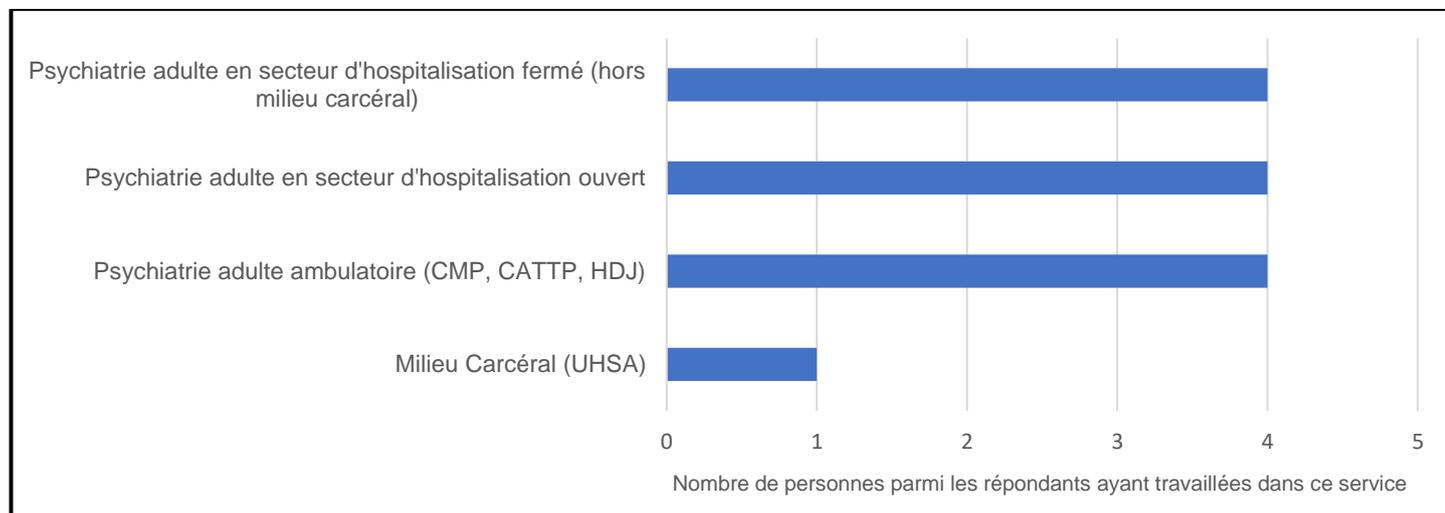
Sur les 8 réponses reçues au questionnaire, 75 % (n=6) des répondants ont déclarés être des femmes et 25 % (n=2) ont déclarés être des hommes.

Au niveau de l'âge (Figure 5), la valeur minimale retenue est de 23 ans et la valeur maximale de 56 ans. La moyenne d'âge des répondants est de 39 ans pour un écart-type de 10.



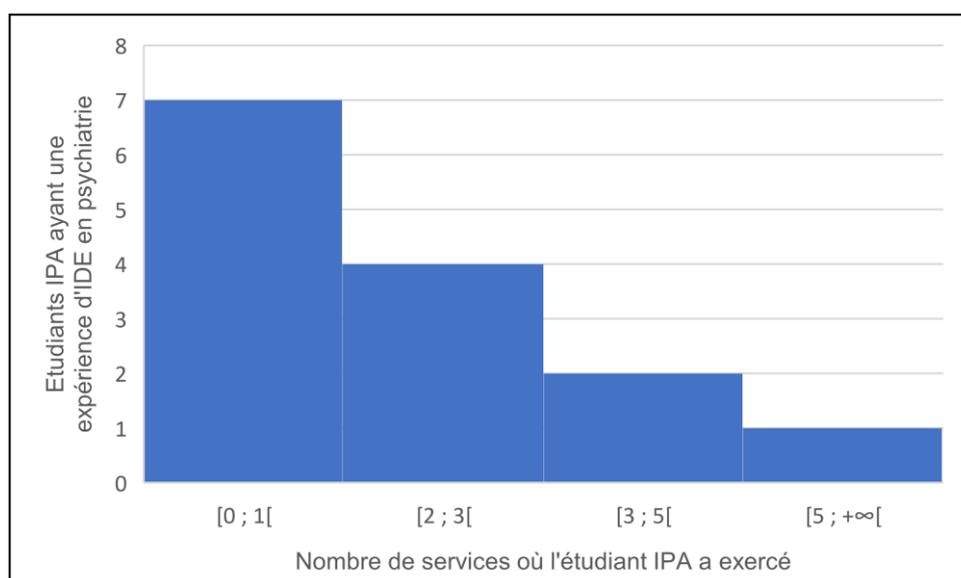
**Figure 5 : Répartition de l'âge des étudiants IPA**

Concernant l'expérience en tant qu'IDE avant les études d'IPA, 7 répondants soit 87,5 % déclarent avoir déjà exercé en tant qu'IDE en psychiatrie et 1 répondant soit 12,5 % dit ne jamais avoir exercé en tant qu'IDE en psychiatrie. Concernant les services dans lesquels ont travaillé les 7 infirmiers en psychiatrie, on retrouve (Figure 6) :



**Figure 6 : Expérience en tant qu'IDE en psychiatrie des étudiants IPA**

Parmi les 7 étudiants IPA ayant une expérience en tant qu'IDE en psychiatrie 4 étudiants IPA ont déjà exercé en tant qu'IDE en psychiatrie au minimum dans 2 services de psychiatrie différents dont 2 étudiants au minimum dans 3 services de psychiatrie différents et 1 étudiant dans 5 services différents (Figure 7).



**Figure 7 : Etudiants IPA regroupés par le nombre de services où ils ont exercé**

Par ailleurs, l'unique répondante n'ayant pas d'expérience en tant qu'IDE en psychiatrie a cependant une expérience en stage préprofessionnel en hospitalisation libre d'un service de

« soins-études » accueillant des patients de 16 à 25 ans.

## 2) Souhaits, motivations, attentes et pistes d'amélioration abordées par les étudiants IPA

Les étudiants IPA précisent à 75 % (n=6) des cas souhaiter exercer au Centre Médico-Psychologique (CMP) ; 12,5 %(n=1) d'entre eux souhaitent exercer en milieu carcéral ; et 12,5 % (n=1) souhaitent exercer en service de psychiatrie adulte non spécifié.

Les motivations pour réaliser cette formation sont le développement de leur savoir infirmier psychiatrique, la participation à un enrichissement de la profession infirmière et le perfectionnement de la qualité des soins apportés aux patients ainsi que la légitimation d'activités déjà pratiquées.

Les attentes sur la profession d'IPA sont un bénéfice de reconnaissance, une amélioration des prises en soins des patients et une obtention d'autonomie.

L'avancement de la qualité des soins des patients reste central dans le métier d'IPA en psychiatrie et santé mentale pour ces étudiants qui correspond à la fois à une motivation pour réaliser la formation et à la fois une attente du métier d'IPA. L'ensemble des motivations à réaliser la formation IPA et les attentes du métier exprimées sont disponibles en annexe n°6.

Quant à la formation actuelle de l'IPA réalisée par cette promotion d'IPA en première année et qui souhaite réaliser la mention « en santé mentale et psychiatrie », 6 étudiants IPA trouvent que la formation actuelle répond à leurs attentes du métier et 2 étudiants IPA pensent au contraire que la formation actuelle ne répond pas à leurs attentes.

4 étudiants IPA ont souhaité en fin de questionnaire nous délivrer des pistes pour améliorer la formation actuelle (Annexe n°6). Un axe d'amélioration revient : les étudiants IPA de l'Université de Lille demandent à avoir une formation plus pratique de la clinique psychiatrique. Par ailleurs, ils revendiquent la définition concrète de leurs missions dans leurs futurs métiers.

### **c. Discussion et limites de l'études :**

Le profil moyen de l'étudiant IPA en psychiatrie et santé mentale répondant à notre étude est une femme de 39 ans ayant déjà exercé dans au minimum deux services de psychiatries

adultes en tant qu'IDE. Ce profil est cohérent avec les prérequis nécessaires à l'exercice d'IPA correspondant à une nécessité de trois années d'exercice IDE. Leurs attentes et leurs motivations sont cohérentes avec les textes juridiques des missions de l'IPA (3–5). Ces dernières rendent plus compréhensible le désir prononcé majoritairement (75 %) par les étudiants IPA pour l'exercice ambulatoire du CMP, structure qui favorise l'autonomie des soignants en psychiatrie.

La force principale de cette étude est d'être la première, à notre connaissance, à recueillir des informations sur les caractéristiques et les attentes des étudiants IPA de l'Université de Lille. De plus, l'enquête accueille les premiers retours sur la formation d'IPA de première année réalisée à l'Université de Lille. Ces retours, la connaissance du profil des IPA en psychiatrie et santé mentale et de leurs attentes sont utiles au psychiatre qui souhaite jouer un rôle dans l'intégration de l'IPA.

Les principales limites de cette enquête descriptive sont identiques à la précédente étude réalisée. La forme utilisée, un auto-questionnaire à remplir sur internet, permet d'obtenir une meilleure accessibilité au remplissage du questionnaire. Cependant, cette forme a l'inconvénient de ne pas permettre la vérification de l'identité de chaque répondant et d'affirmer que notre échantillon soit tiré de la population source. Ce biais de sélection est limité car le questionnaire n'a été partagé qu'aux IPA en psychiatrie et santé mentale. L'échantillon de réponse est bon par rapport à la taille estimée de la promotion à venir d'IPA en psychiatrie et santé mentale à l'Université de Lille.

## **VI. L'IPA dans l'équipe pluridisciplinaire : Focus sur le rôle du psychiatre dans son intégration**

### **1. Concept de la pluridisciplinarité**

#### **a. Définitions :**

##### **1) Médecine psychiatrique :**

La discipline psychiatrique est symbolique dans la dualité complémentaire entre science et pratique caractérisant la pratique de la médecine (86). D'un côté, les progrès neuroscientifiques de ces dernières années ont permis une meilleure compréhension, un meilleur savoir sur les troubles psychiatriques, de l'autre côté, la pratique clinique du médecin psychiatre s'est améliorée avec un développement continu des techniques psychothérapeutiques et un intérêt grandissant pour cette pratique de la part des futurs psychiatres (87).

De cette vision influencée par les sciences humaines et sociales et fondamentalement nécessaire (88), la médecine contemporaine psychiatrique est donc résolument riche et complexe en possibilités d'approches : une de ces approches est l'approche pluridisciplinaire

##### **2) Pluridisciplinarité et interdisciplinarité :**

La pluridisciplinarité dans les soins consiste à aborder le patient et sa pathologie selon une juxtaposition de points de vue différents et spécialisés où chacun conserve la spécificité de ses concepts et méthodes. Le travail interdisciplinaire regroupe les travaux de multiples disciplines afin d'utiliser leur complémentarité intrinsèque dans un but commun : soigner le patient et préserver sa santé selon la définition de l'OMS, c'est-à-dire, apporter « un état de complet bien-être physique, mentale et sociale » (89).

Le fonctionnement de la pluridisciplinarité pré suppose un certain nombre de postulats pour fonctionner :

- Le chevauchement des actions des membres des différentes équipes est inévitable.
- Chaque membre de l'équipe a son propre rôle professionnel, ses connaissances propres associé à un champ de compétences.
- Il existe une connaissance et une reconnaissance de ce rôle avec son champ

d'action par les autres individus de l'équipe.

- Chacun doit prendre en compte cette affirmation de l'autre dans les échanges interprofessionnels.

Le but est de construire un projet interdisciplinaire commun, adapté, personnalisé et cohérent visant le bien-être mental du patient.

### **b. La psychiatrie est pluridisciplinaire :**

La pluridisciplinarité en psychiatrie fait partie du fonctionnement intrinsèque de la discipline.

Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5<sup>ème</sup> édition (DSM V) présente par ailleurs une définition du trouble mental comme étant « un syndrome caractérisé par des perturbations cliniquement significatives dans la cognition, la régulation des émotions, ou le comportement d'une personne qui reflète un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques, ou développementaux sous-jacents au fonctionnement mental » (90). Cette définition implique que la psychiatrie est une discipline mêlant des connaissances dans plusieurs domaines. Le psychiatre, diagnostiquant les troubles mentaux, agit par essence en pluridisciplinarité.

## **2. Situation actuelle de la pluridisciplinarité en psychiatrie :**

Avant de nous intéresser à l'intégration de l'IPA en psychiatrie et santé mentale dans l'équipe pluridisciplinaire de soins psychiatriques, nous inspectons le fonctionnement pluridisciplinaire en psychiatrie. Nous nous aidons dans cette inspection du prisme de deux professions se retrouvant dans toutes les équipes de soins psychiatriques : le psychiatre et l'IDE en psychiatrie.

### **a. Rôle du psychiatre dans l'équipe de soins :**

Il n'existe aucune définition consensuelle et officielle par l'HAS, l'ARS, le Ministère des Solidarités et de la Santé du rôle, des missions et de la fonction exacte du psychiatre dans les équipes de soins (91,92). La définition de son rôle dans l'équipe de soins devient dépendante et variable selon la formation du psychiatre, son secteur, ses ressources disponibles et le rôle de l'équipe qu'il intègre. Dans tous les cas, le psychiatre est considéré dans toutes les équipes de soins psychiatriques comme un acteur central par son statut de savant et son statut de responsable

médico-légale (93).

A la base d'une prise en charge d'un patient, on retrouve toujours le médecin psychiatre. Ses missions principales sont :

- Les tâches d'évaluation clinique, de prescription d'examen complémentaires et d'orientation : le médecin pose le diagnostic de la pathologie et évalue son intensité permettant l'orientation du patient.
- Les tâches de prescription thérapeutique, de psychothérapie et de suivi : le médecin a pour rôle d'apporter un soin au patient diagnostiqué d'un trouble mental.
- Les tâches de missions institutionnelles et de gestion : le médecin garantit le bon déroulement du soin dans l'organisme institutionnel.

Le médecin psychiatre est impliqué dans l'entièreté du processus pluridisciplinaire de soin du patient par ses missions vitales et variées. Il travaille en lien avec un corpus de professions médicales, paramédicales, sociales, éducatives, et avec l'entourage du patient. Afin de fournir une prise en soin efficiente pluridisciplinaire, cette organisation de soin se doit d'être répartie équitablement autour des différents acteurs de l'équipe.

Parfois, on voit une organisation du soin en santé mentale réalisée de manière pyramidale et non horizontale (57). Cette organisation est favorisée par l'obligation légale de rencontrer le médecin pour de nombreuses décisions, donnant au psychiatre un rôle inévitable et réduisant le champ d'activité des habilités d'autres professionnels (94). Cette posture non pluridisciplinaire peut avoir plusieurs effets négatifs : elle induit une dépendance médicale nuisible à la création d'espaces thérapeutiques, allonge le délai de prise en soin d'un patient et enferme le praticien dans sa subjectivité (inéluçtable dans le soin en psychiatrie) qui peut nuire à la qualité de soin apporté au patient (95).

Une des nécessités supplémentaires au travail pluridisciplinaire est la réalité démographique médicale psychiatrique. Cette clé de voute dans la prise en charge du patient est répartie de manière très inégalitaire et hétérogène sur le territoire français depuis de nombreuses années (proportion de postes vacants en 2007 dans les établissements publics de santé pour les

Praticiens Hospitaliers temps plein 25 % ; et 40 % des postes de PH à temps partiel). De plus, la situation est amenée à se détériorer : ainsi, en 2009, on prévoyait une diminution du nombre de psychiatres de moins 36 % de 2009 à 2025 (96).

Le psychiatre, son autorité médicale et ses responsabilités ne peuvent pas et ne peuvent pas être amenés comme responsables de cette posture, difficilement soutenable. Il s'agit, dans ses lignes, de prendre conscience d'une position schématique qu'il faudrait éviter.

Au vu de la diminution de démographie médicale, de l'augmentation des besoins de santé mentale et du bénéfice apporté au patient et à son soin par le fonctionnement en pluridisciplinarité, il est essentiel de promouvoir le travail en interdisciplinarité dans le soin.

### **b. Rôle de l'IDE dans l'équipe de soins :**

Pour répondre à la nécessité d'un travail interdisciplinaire, il est décisif de reconnaître le rôle et le champ d'action de la richesse préexistante des autres professionnels de l'équipe de soin, notamment paramédicales avec l'infirmier. La définition de la profession telle qu'inscrite dans le portfolio de l'étudiant IFSI : « *Les infirmiers interviennent dans le cadre d'une équipe pluriprofessionnelle, dans des structures et à domicile, de manière autonome et en collaboration.* » fait intervenir le concept de pluridisciplinarité et promeut un principe fondamental de son travail : la collaboration.

À l'image du psychiatre, les différentes missions de l'IDE sont multiples en fonction du service et de leurs aptitudes propres développées par leur expérience personnelle. Le portfolio de l'étudiant IFSI fait référence aux compétences et activités réalisées par l'IDE. On peut, donc, lister de manière non exhaustive les activités de l'IDE en psychiatrie :

- « Accueillir la personne soignée et son entourage », un exemple étant l'entretien infirmier d'accueil au CMP.
- « Recueillir les données portant sur la connaissance de la personne et observer son comportement relationnel et social ». C'est l'exemple des observations infirmières, source de riches données cliniques contenant le niveau d'inquiétude, les affects, le mode de vie, les ressources et les projets du patient.

- « Réaliser les soins visant le bien-être et le soulagement de la souffrance physique et psychologique ». De nombreux IDE travaillant en psychiatrie se forment en psychothérapie, dans le but d'apporter une valeur ajoutée à leurs soins techniques. Les soins entendus dans le soulagement de la souffrance psychique comprennent les activités à visée thérapeutique et à visée de relaxation.
- « Ecouter la personne et son entourage » : l'IDE apporte une relation aidante et un soutien psychologique à la personne, sa famille et son entourage.
- « Surveiller les personnes en situation potentielle de risque pour elles-mêmes ou pour autrui » : l'IDE travaille à la surveillance de personnes présentant des tendances suicidaires, la surveillance de personnes placées dans les chambres d'isolement et la surveillance de personnes nécessitant une contention momentanée.

Par la disparité des missions réalisables par l'IDE, ce dernier est un acteur incontournable et a depuis longtemps montré l'efficacité de son champ d'action dans la prise en soin des patients atteints de troubles mentaux (97). La pratique avancée a, par ailleurs, toute sa place pour développer et enrichir ces compétences propres infirmières (98).

L'IDE en psychiatrie, autonome dans ses soins (99), est toujours intégré à une équipe pluridisciplinaire de soin. A minima, il intervient dans le cadre général de missions prescrites par le psychiatre. Des exemples plus approfondis de travail interdisciplinaire foisonnent dans le quotidien de l'IDE en psychiatrie, prenons l'exemple d'une activité en HDJ auquel des intervenants extérieurs participent tels que des entraîneurs physiques, des musiciens ou l'exemple des infirmiers de liaisons addictologiques pratiquant des évaluations cliniques dans les services hospitaliers de psychiatrie adulte (100).

Pour autant, le constat est rude : un certain nombre des plus jeunes IDE en psychiatrie, depuis 1992 et l'arrêt de la formation spécifique, font part de difficultés d'adaptation à la spécificité de la prise en charge des patients psychiatriques (101). Dans ce contexte de manque de formation et de sentiment d'insécurité de leurs compétences en rapport aux prises de

responsabilités leur incombant, il est très difficile de leur confier des missions autonomes (57) permettant un travail interdisciplinaire effectif. La spécialisation de certains infirmiers en psychiatrie est évoquée (102) comme une réponse partielle à ces lacunes dans un esprit de collaboration avec l'IDE.

L'IDE de psychiatrie en interdisciplinarité est un acteur primordial de la prise en soin psychiatrique vu son champ d'action et son rôle. Néanmoins, les résistances évoquées ci-dessus en font une profession trop souvent limitée dans l'exercice réel. Son rôle dans l'équipe de soins se doit d'être questionner pour permettre un meilleur emploi des compétences infirmières au service du patient (103).

### **3. Place de l'IPA en psychiatrie et santé mentale**

La profession en est à ses balbutiements en France. Les premiers IPA en psychiatrie et santé mentale sont en exercice en France depuis début 2021. Le médecin psychiatre et l'IPA en psychiatrie et santé mentale ont pour mission de naviguer concernant l'intégration de ce dernier dans l'équipe pluridisciplinaire de soins.

#### **a. Recommandations du Conseil International des Infirmières (CII)**

Suite à la confusion résultant des nombreuses possibilités de positionnement de l'IPA dans les équipes et de la grande variabilité entre les pays en termes de matière de formation, de réglementation et de champ d'exercice de la pratique avancée, le CII complétait en 2015 sa définition initiale de l'IPA (104). Le CII considère les IPA comme des professionnels disposant d'un haut degré d'autonomie professionnelle et d'une pratique indépendante.

Pour favoriser une compréhension commune des autres professionnels de l'équipe pluridisciplinaire et guider le développement de cette pratique dans les services de soins, le CII propose d'intégrer les éléments suivants au rôle de l'IPA en psychiatrie et santé mentale :

- Le droit de diagnostiquer
- L'autorisation de prescrire des médicaments et des traitements non médicamenteux
- La coordination des parcours de soins et l'orientation vers d'autres professionnels
- L'orientation et l'admission de patients vers l'hôpital

- Le développement de la formation continue et de projets de recherche

Ces prérogatives qui vont au-delà du métier socle sont, en France, légiférer ce qui protège le titre d'infirmier de pratique avancée (3–5). Le CII recommandait que cette profession soit soutenue par une législation claire car les obstacles à la pratique infirmière avancée sont liés au manque d'accréditation de cette profession dans des juridictions spécifiques aux pays (105).

#### **b. Expérimentations françaises :**

##### 1) Le rapport « Berland – Bourgueil » (106)

La première expérimentation de mise en place de ce qu'on peut appeler une pratique avancée infirmière en France a débuté en 2004 avec le rapport « Berland - Bourgueil ». Ce rapport de cinq expérimentations, bien que présentant des limites méthodologiques, démontre une faisabilité en toute sécurité pour le patient de la délégation de tâches dans les domaines spécialisés. De plus, elle permet de recueillir le témoignage d'une forte motivation des acteurs médicaux et paramédicaux à une évolution des pratiques de soin vers une plus grande interdisciplinarité. On pourra regretter l'absence dans ce rapport d'une expérimentation réalisée dans le domaine de la santé mentale.

##### 2) La mise en œuvre dans un établissement de santé mentale (81)

De 2014 à 2017, l'hôpital Maison-Blanche (membre du Groupe Hospitalo-Universitaire Paris-Psychiatrie et Neurosciences) a pu expérimenter la mise en place de la pratique avancée infirmière en santé mentale. Pour se faire, l'établissement a pu s'aider des recommandations du CII et des différentes législations mises en place en France pendant l'expérimentation (2). Cependant, l'établissement a dû innover pour s'implanter dans le contexte français.

Un dispositif original a été inventé : les différents IPA en psychiatrie et santé mentale se sont regroupés en une Unité Fonctionnelle (UF) dédiée. Cette UF se composait alors d'une responsable d'unité, infirmière titulaire d'un doctorat en sciences de la vie et de la santé et de cinq infirmiers en pratique avancée. Cette UF ne supportait aucun endossement médical et permettait une mobilisation des compétences de recherche, de formation, d'éthique et de

coordination propres aux IPA.

Les IPA étant ensuite répartis par binôme médecin-IPA dans les équipes de soins à travers des programmes conçus pour répondre à des demandes de soins spécifiques (de seconde ligne) et généralistes (ouverture de l'offre de soins en première ligne).

Cette originalité managériale de la création d'une unité fonctionnelle est une proposition pratique de la création de l'IPA.

### **c. Les freins de l'intégration de l'IPA dans l'équipe pluridisciplinaire**

Certains freins ont été repérés dans une étude réalisée à Singapour concernant l'intégration de l'IPA à l'équipe de soin (107). Cette étude démontre que le phénomène de chevauchement des champs de compétences entre IDE psychiatrique, psychiatre et IPA en psychiatrie et santé mentale peut provoquer un sentiment d'incertitude et conduire à des attitudes négatives à l'égard des IPA si aucune communication claire et délimitation des rôles de chacun n'est faite (108).

Certains témoignages recueillis dans cette étude ethnographique permettent de mieux saisir le sentiment de malaise lié à l'ambiguïté de la fonction :

Une des participantes de l'étude raconte : *« Quand l'IPA est revenue, les infirmières ne supportaient pas cette fonction. Elles ne consultaient pas l'IPA. L'IPA a été perçue comme hautaine au regard des autres infirmières. Nous avons examiné la situation. La fonction d'IPA a, dans un premier temps, été introduite séparément des soins infirmiers pour ensuite rejoindre de nouveau le personnel infirmier. C'était très douloureux pour elles car elles pensaient qu'elles étaient trahies par le monde des soins infirmiers. »*

Par ailleurs, un directeur médical d'un hôpital de l'étude déclare : *« Les médecins ne comprennent pas ce que l'IPA fait. Beaucoup de mes collègues ne sont pas au clair avec cette fonction. Je pense qu'il y a beaucoup d'idées fausses. Tant que vous ne travaillez pas avec une IPA, vous ne pouvez pas comprendre ce qu'elle fait. C'est le problème que nous avons. Ils étaient frustrés »*

Bien qu'il existe ces dernières années une tendance encourageante au sein des professions de santé et de la législation française pour la pratique infirmière avancée, l'absence de plan

coordonné de mise en œuvre du projet d'IPA en psychiatrie et santé mentale sous-tendu par une compréhension trop vague de la fonction et de la place de l'IPA dans les soins psychiatriques par les décideurs et autres professionnels de santé est le frein principal à l'intégration de l'IPA en psychiatrie et santé mentale.

#### **d. Rôle du psychiatre : le collaborateur**

L'IPA en psychiatrie et santé mentale a définitivement un statut extrêmement original qui « repousse les frontières professionnelles traditionnelles » (109) dans le système de soin en psychiatrie. Par son autonomie d'exercice et sa responsabilité médico-légale amplifiée par rapport à l'IDE, il n'existe pas un seul rôle à l'IPA mais des rôles qui restent à définir dans l'équipe de soins pluridisciplinaire en collaboration avec le médecin psychiatre.

Le psychiatre joue un rôle déterminant pour l'IPA en psychiatrie et santé mentale. Il est présent dans toutes les étapes majeures de l'IPA de sa formation à son intégration et dans toutes les étapes du quotidien de l'IPA à travers le protocole d'organisation et son action.

- Le psychiatre intervient lors de la formation universitaire de l'IPA en psychiatrie et santé mentale : il a un rôle d'encadrement théorique par sa mission d'enseignement universitaire et d'encadrement pratique durant les stages sur le terrain où l'IPA peut bénéficier d'une expérience à ses côtés.
- Le psychiatre procède à l'intégration des compétences et du savoir de l'IPA en psychiatrie et santé mentale au service de soin permettant la solidification du travail en équipe interdisciplinaire. Son accord et son soutien sont indispensables à la bonne implantation des missions de l'IPA en psychiatrie et santé mentale (107).
- Le psychiatre a le rôle de promouvoir la compréhension du rôle de l'IPA en psychiatrie et santé mentale, s'il désire faire prospérer sa collaboration avec l'IPA et la collaboration de ce dernier avec l'équipe pluridisciplinaire.

Le rôle du psychiatre peut se résumer à une forme de « compagnonnage » accompagnant l'IPA en psychiatrie et santé mentale permettant aux patients, aux équipes de soins pluridisciplinaires et, in fine, au système de soin en santé mentale de profiter pleinement des compétences de ce

nouveau collaborateur de l'équipe de soins pluridisciplinaires. Pour cela, il pourra s'aider de son expérience en tant que « compagnon » et collaborateur des IDE en psychiatrie.

Le médecin psychiatre, en fonction de la position qu'il a le choix de déterminer, peut participer à une métamorphose nécessaire à la qualité des soins apportés au patient en psychiatrie via l'intégration de ce collaborateur.

1) Le modèle PEPPA (Participatory, Evidence-based, Patient-focused Process for Advanced practice nursing role development) :

Une revue de littérature intitulée « Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature » Aguilard et al. (110) réalisée en 2017 permet de nous rendre compte de la non-homogénéisation du processus d'implantation d'IPA dans les pays. Cette hétérogénéité s'explique au vu de l'importance de laisser une autonomie aux décideurs locaux (décideurs, gestionnaires, financeurs, patients et professionnels de santé) sur l'expression de leurs besoins de santé mentale et la manière d'y répondre. Cette dernière pouvant être l'intégration de l'IPA en psychiatrie et santé mentale (111) ou non. Seulement, cette souhaitable et nécessaire disparité de l'intégration de l'IPA ne doit pas être influencée par les freins à l'intégration de l'IPA nuisibles à l'apport de l'IPA dans le système de soin.

Dans l'étude d'Aguilard et al.(110), une majorité des publications concernant l'implantation de l'IPA utilise le modèle de référence PEPPA, développé au Canada. Cela s'explique par la relation historique du Canada avec la profession de la pratique avancée infirmière.

Le modèle PEPPA est composé d'un cycle de neuf étapes se répétant :

- 1) Définir une population et décrire le système de soin mis en place
- 2) Identifier les parties prenantes et recruter des représentants de ces parties
- 3) Déterminer le besoin pour un nouveau système de prise en charge
- 4) Identifier les problèmes prioritaires et les objectifs pour améliorer le système de soin
- 5) Développer un nouveau système de soin et préciser les attributions de l'IPA
- 6) Développer une stratégie de mise en œuvre de l'intégration de l'IPA

- 7) Mettre en œuvre le nouveau système de soin qui incorpore l'IPA
- 8) Evaluer l'impact du modèle et la contribution de l'IPA
- 9) Réaliser un suivi sur le long terme

Une manifeste considération est apportée à la participation collective de toutes les parties prenantes (décideurs, gestionnaires, financeurs, patients, professionnels de santé) dans le processus de planification et d'évaluation à une fin d'intégration de l'IPA.

## 2) Propositions en vue de l'intégration de l'IPA :

En pratique, des propositions de préconisations pour l'intégration des IPA existent (107), qui sont, dans ce travail de thèse, adaptées aux psychiatres :

- Proposition numéro un : établir une réflexion préparatoire avec l'IPA en psychiatrie et santé mentale avant la mise en œuvre du projet pour définir de manière claire et précise son profil de fonction et son positionnement (hiérarchique et fonctionnel) dans l'institution et dans l'équipe interdisciplinaire (82), notamment avec le psychiatre et l'IDE en psychiatrie. Pour accompagner cette proposition, il est souhaitable d'ajouter des réunions entre médecin psychiatre et IPA en psychiatrie et santé mentale afin d'évaluer les répercussions de la mise en place du projet et de procéder aux éventuels réajustements requis.
- Proposition numéro deux : établir des groupes de pairs afin que les IPA en psychiatrie et santé mentale puissent se sentir soutenues et développer des aspects spécifiques à la recherche infirmière, à l'image du dispositif d'Unité Fonctionnelle expérimenté à l'hôpital Maison-Blanche (81).
- Proposition numéro trois : promouvoir l'IPA en psychiatrie et santé mentale auprès de l'équipe pluridisciplinaire et favoriser la discussion de l'équipe pluridisciplinaire intégrant l'IPA en psychiatrie et santé mentale autour de son rôle afin de pouvoir éclaircir et régler les conflits quand ils se produisent.

#### **4. Hypothèses d'intégration de l'IPA en psychiatrie et santé mentale :**

Quelques retours d'expériences existent pour les premières promotions d'IPA en psychiatrie et santé mentale en exercice depuis 2021, mais le futur de l'IPA en psychiatrie et santé mentale reste à inventer.

Les IPA en psychiatrie et santé mentale sont invités à s'investir dans les différentes spécificités que la psychiatrie peut offrir, en termes d'exemples, voici une liste non exhaustive :

- IPA en psychiatrie et santé mentale investi dans la psychiatrie de secteur (au CMP, en HDJ, au CATTP...); on peut l'imaginer réaliser les suivis de patients atteints de pathologies chroniques stabilisées, par exemple un patient schizophrène sous traitement par Clozapine; effectuer les premiers entretiens d'évaluation et d'orientation; proposer des programmes de prévention primaire pour le secteur psychiatrique; coordonner les soins d'un patient suivi au CMP avec sa prise en charge somatique; participer à un parcours de réhabilitation.
- IPA en psychiatrie et santé mentale investi dans des centres de prises en charges tournées vers le psychotraumatisme; pratiquer un suivi de patient en utilisant des techniques psychothérapeutiques tels que *l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (E.M.D.R.)*; coordonner le parcours de soin du patient avec un suivi ambulatoire.
- IPA en psychiatrie et santé mentale investi dans des services hospitaliers de santé mentale; être une personne ressource de connaissances théoriques pour l'équipe de soins; apporter une expertise éthique sur les moyens d'isolement et de contentions favorisant ainsi la recherche de stratégies alternatives; se positionner sur l'accueil des proches et de l'entourage.
- IPA en psychiatrie et santé mentale dans des services d'addictologie; adapter un traitement psychotrope lors d'une prévention d'un Delirium Tremens; participer au travail en réseau.
- IPA en psychiatrie et santé mentale dans des services de pédopsychiatrie; adapter

les activités en CATTTP selon les dernières recommandations de l'EBN ; faire le lien avec les structures médico-sociales ; participer aux réunions de concertation interdisciplinaire.

- IPA en psychiatrie et santé mentale dans des services de gérontopsychiatrie ; favoriser l'accès aux soins somatiques de patients pris en charge ; prendre en charge la douleur dans le parcours de patients suivis en intra-hospitalier.

## VII. CONCLUSION :

La création de la profession d'Infirmier en Pratique Avancée est une réponse aux nécessités d'évolutions des métiers de la santé et aux enjeux médico-socio-économiques. Dans la discipline psychiatrique, l'IPA en psychiatrie et santé mentale est l'occasion de venir interroger la spécificité du soin psychiatrique et de scruter les entrecroisements historiques des rôles, notamment le rôle prépondérant du partage de savoirs et d'expériences entre le corps médical psychiatrique et le corps infirmier. Les nombreuses promesses de l'IPA en psychiatrie et santé mentale s'inscrivent dans une nouvelle relation pour le médecin psychiatre et pour l'équipe de soins.

Notre première enquête, originale dans sa primauté, démontre une attractivité du métier d'Infirmier en Pratique Avancée en psychiatrie et santé mentale chez les étudiants IDE du Nord et du Pas-De-Calais. On peut faire l'hypothèse que le nombre d'étudiants inscrits en IPA en psychiatrie et santé mentale va augmenter de manière exponentielle. In fine, cela conduirait à une augmentation du nombre d'IPA en psychiatrie et santé mentale. Dans ce scénario, le positionnement du psychiatre a une place capitale. D'autres études sont nécessaires pour déterminer si ce phénomène régional est généralisable au niveau national.

Notre seconde enquête, aussi originale dans sa primauté, dessine les contours du profil de l'étudiant IPA en psychiatrie et santé mentale à l'Université de Lille, de ses attentes et de ses motivations. Les premiers retours sur la formation d'IPA peuvent servir à améliorer cette dernière (112). En progressant sur la compréhension des motivations intrinsèques et des attentes des futurs IPA en psychiatrie et santé mentale, cette étude permet d'anticiper au mieux l'offre proposée par l'IPA en psychiatrie et santé mentale. Des études sont nécessaires pour déterminer si des changements sur la qualité des soins sont ressentis par les patients du territoire français.

L'évidence de l'exiguïté de la relation entre infirmier psychiatrique et médecin psychiatre au cœur de l'équipe soignante pluridisciplinaire est rappelée tout au long de ce travail. Le rôle du psychiatre, dans sa relation avec ce nouvel infirmier, est déterminant pour le positionnement de l'IPA en psychiatrie et santé mentale. Aborder cette problématique sous l'angle de

l'interdisciplinarité psychiatrique est cohérent. En plus, des nombreuses modalités d'intégrations de l'IPA par le psychiatre, il paraît primordial de réévaluer les missions et pratiques établies au cours du protocole d'organisation pour les ajuster au besoin.

Finalement, nous rappelons que l'emploi d'un IPA en psychiatrie et santé mentale n'a pas d'intérêt s'il n'y pas de demande de qualité de soins à répondre, ce qui paraît peu probable au vu des constats effectués dans ce travail et dans d'autres (113). Cependant, l'emploi d'un IPA en psychiatrie et santé mentale est un engagement des décideurs locaux à répondre à des besoins exprimés par la population. Le psychiatre trouve dans ce travail des préconisations à cette visée.

Ce travail génère de nombreuses hypothèses qui demandent à être vérifiées par des études ultérieures sur la qualité des soins, la qualité de vie, la satisfaction du patient et sur la sécurité des soins des patients pris en charge par les IPA et pris en charge par les psychiatres.

Nous avons tenté de fournir un recueil complet des informations nécessaires à l'intégration de l'IPA en psychiatrie et santé mentale. Seulement, c'est l'expérience pratique, possiblement aidée par une culture du compagnonnage, qui nous permettra de dire si les promesses du métier d'Infirmier en Pratique Avancée en psychiatrie et santé mentale se sont accomplies.

## Annexes :

**ANNEXE N°1 : Programme de l'enseignement psychiatrique des étudiants de l'IFSI Georges Daumézon dans l'UE 2.6, fourni avec l'aimable autorisation de Madame Virginie VERSCHUEREN (Cadre de santé formateur)**

### **UE 26S2 PROCESSUS PSYCHOPATHOLOGIQUES**

(1<sup>ère</sup> année semestre 2)

**22 heures cours labélisés + 8 heures de cours Universitaires en e Learning**

Pour chaque pathologie, il y a des cours E learning élaborés par les médecins universitaires. Les EIDE doivent les avoir intégrer avant chaque CM. A l'issue de ces CM ont lieu des TD sur les soins IDE. Les pathologies travaillées lors de ces TD sont choisies en réunions universitaires. Le choix est basé sur les pathologies prévalentes que le futur soignant sera amené à rencontrer lors de son exercice professionnel.

A noter : le fonctionnement des UE 2.6, est identique pour tous les IFSI.

Pour les autres UE, il s'agit du fonctionnement interne à l'IFSI DAUMEZON

#### **I. PSYCHOSES (5 heures CM labélisées + 1 heure e-learning Universitaire+ 2 heures de TD soins IDE)**

- Psychoses introduction (E-learning)1 heure
- Délires (labellisé) 1heure 30
- Dissociation (labellisé) 1 heure 30
- Schizophrénie (labellisé) 2 heures
- Soins IDE aux patients atteint de psychose dissociative (formateur) : TD 2h00 en ¼ de promo

#### **II. TROUBLES DE L'HUMEUR 4 heures CM labélisées + 2 heures Universitaire**

- Troubles de l'humeur introduction (E-learning)1 heure
- Episode dépressif caractérisé(labellisé) 2 heures
- Evaluation du risque suicidaire(labellisé) 1 heure
- Accès Maniaque 1 heure (labellisé)
- Prise en charge du suicidant(E-learning) 1 heure
- Soins IDE aux patients atteint de trouble de l'humeur (formateur): TD 2h00 en ¼ de promo

**III. TROUBLES DE PERSONNALITE 3 heures labellisées + 2 heures Universitaires**

Troubles de personnalité introduction (Elearning) 2 heures

Psychopathie (labellisé) 1 heure 30

Perversion (labellisé) 1 heure

Narcissisme (labellisé) 30 minutes

**IV. ADDICTIONS 4 heures labellisées + 2 heures Universitaires**

- Universitaire : Addiction définition (Elearning) 1 heure
- Addiction prévention et traitement (Elearning) 1 heure
- Cannabis (labellisé) 1 heure
- Alcool (labellisé) 2 heures
- Tabac (labellisé) 1 heure
- Soins IDE aux patients atteints d'addiction (OH ou THC) (formateur): TD de 2h00 en  
¼ de promo

**V.. TROUBLES ANXIEUX 6 heures labellisées + 1 heure Universitaire**

- Etats névrotiques et anxieux introduction (E learning) 1 heure
- Etat de stress Post traumatique E Learning 1 heure 30
- Crise d'angoisse aiguë, trouble panique, TAG (Elearning) 1 heure
- TOC (labellisé) 1 heure 30
- Phobie (labellisé) 1 heure
- Névrose Hystérique (labellisé) 1 heure

## **UE 1.2.S3 Santé publique et économie de la santé**

**(2<sup>ème</sup> année semestre 3)**

"Politique de Santé Mentale (2 CM de 2 heures par un formateur) :

- 1- Définition, historique et épidémiologie de la psychiatrie et de la santé mentale
- 2- Organisation des soins : dispositif psychiatrique et principes de la sectorisation
- 3- Cadre législatif : l'apport de la loi du 5 juillet 2011
- 4- Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015
5. "Connaître l'organisation des soins : dispositif psychiatrique et principes de la sectorisation
6. Connaître le Cadre législatif : l'apport de la loi du 5 juillet 2011

## **UE 4.4.S4 THERAPEUTIQUE ET CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC MEDICAL**

**(2<sup>ème</sup> année semestre 4)**

Les moyens d'isolement, de contention et le cadre thérapeutique

La réglementation sur les mesures d'isolement et de contention, la surveillance infirmière d'un patient en isolement et/ou en contention, la valeur thérapeutique de l'isolement et de la contention

= Mener une réflexion sur l'isolement/contention en partant de leurs représentations et leurs vécus en stage, ainsi que sur les apports théoriques en lien avec l'UE2.6.S2

= liens faits avec les recommandations de l'HAS, l'éthique, RBP

TD de 2 heures en ¼ de promo par un formateur

## **UE 1.3.S4 Législation, éthique, déontologie**

**(2<sup>ème</sup> année semestre 4)**

- LE COMITE D'ETHIQUE ET SA MISE EN PLACE CM Médecin 1 heure
- ETHIQUE EN PSYCHIATRIE CM Médecin 2 heures

- ANALYSE DE SITUATION EN PSYCHIATRIE Cadre formateur TD de 2heures en ¼ de promo

## **UE 2655 PROCESSUS PSYCHOPATHOLOGIQUES**

**(3<sup>ème</sup> année semestre 5)**

PROGRAMME UE 2655 PROCESSUS PSYCHOPATHOLOGIQUES 30 HEURES

22 heures cours labélisés + 8 heures de cours Universitaires en e Learning

Les sujets labélisés et les QCM universitaires sont réalisés à partir de ces cours de référence.

### **I. PSYCHOSES 5 heures labellisées**

Psychoses paranoïaques 2 heures

Psychose Hallucinatoire Chronique 1 heure

Paraphrénie 30 minutes

Psychoses puerpérales 30 minutes

Bouffée délirante aigue 1 heure

TD soins IDE aux patients atteints de psychose paranoïaque : TD de 2h00 en ¼ de promo

### **II. TROUBLES DE L'HUMEUR 2 heures labellisées**

Troubles bipolaires 2 heures

### **III. TROUBLES DE PERSONNALITE 2 heures labellisées**

Etat limite 2 heures

### **IV. ADDICTIONS 3 heures labellisées**

Cocaïne 1 heure

Opiacés 1 heure

Addictions sans produits 1 heure

**V. TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE 3 heures labellisées + 1 heure Universitaire**

INTRODUCTION ET CONCEPTS (E-learning) 1H

Anorexie mentale 2 heures

Boulimie 1 heure

TD soins IDE aux patients atteints de troubles du comportement alimentaire : TD de 2h00 en ¼ de promo

**VI. GERONTOPSYCHIATRIE 3 heures labellisées + 1 heure Universitaire**

Episode dépressif majeur (CM labellisé) 1 heure

Anxiété (CM labellisé) 30 minutes

Addiction (CM labellisé) 1 heure

Psychose (CM labellisé) 30 minutes

PSYCHIATRIE DU SUJET AGE (avec confusion mentale) (E learning) 1H

**VII.. PEDOPSYCHIATRIE 2 heures labellisées + 5 heures Universitaires**

Autisme (CM labellisé) 1H

Trouble dépressif du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent (CM labellisé) 1H

Troubles du Spectre Autistiques (E learning)

1H

Psychopathologie de l'adolescent avec passage par l'acte (E learning)

1H

Instabilité psychomotrice de l'enfant, TADAH (E learning)

1H

Aspect clinique de la maltraitance chez l'enfant (E learning)

1H

Crise de l'adolescence : de la crise à la pathologie (E learning)

1H

VIII. THERAPEUTIQUES NON MEDIC AMENTEUSES 2 heures labellisées + 1  
heure Universitaire

- Éléments de prise en charge : dispositifs de soins, équipe, projet de soins, cadre thérapeutique, 2H de TD en ¼ de promo
- Modèle de thérapie des troubles psychiques, psychothérapies, techniques TCC, réhabilitation psychosociales (E learning) 1 H

**UE 5.5.S5 Contribution au diagnostic médical**

**(3<sup>ème</sup> année semestre 5)**

Réflexion autour d'une situation clinique = TD de 2h00 en ¼ de promo

En plus des cours, les EIDE doivent effectuer un stage en psychiatrie au cours de leur formation.

## ANNEXE N°2 : Programme de l'IPA en psychiatrie et santé mentale à l'Université de Lille, fourni avec l'aimable autorisation du Professeur François Puisieux

UE BASES FONDAMENTALES (6 ECTS) 39h (35h + 4h marge)

### Objectifs pédagogiques :

– Connaître les pathologies, leurs mécanismes physiopathologiques et psychopathologiques, les données épidémiologiques, les méthodes d'investigation et les thérapeutiques

– Appliquer les connaissances acquises et mettre en œuvre les actions nécessaires à la prise en charge des patients en intégrant la perspective «soins infirmiers» et en s'appuyant également sur les sciences infirmières

Responsable de l'UE : E. BOURGEOIS

Nombre de CM : 24H (20h + 4h marge)

Nombre de TD : 15H

Date	Horaire	Titre du cours	Type de cours	Intervenant
<b>Introduction et Notions Générales (12h : 9h CM + 3h TD)</b>				
27/09/21 8H30-9H30	1h	Histoire de la psychiatrie	CM	Pr THOMAS universitaire PUPH PTHOMAS@CHRU-LILLE.FR
27/09/21 15H-17H	2h	Les notions de santé mentale / psychiatrie	CM	Dr D. SEBANE (CCOMS) dsebbane@epsm-lille-metropole.fr
29/09/21 14H-16H	2h	Déterminants de santé et notions de promotion de la santé Education à la santé, prévention, éducation thérapeutique,	CM	P. DECONSTANZA patricedeconstanza@gmail.com
27/09/21 17H-18H	1h	/ Handicap psychique	CM	M-N. CADOU (CREHPSY HDF) mncadou@crehpsy-hdf.fr
27/09/21 9H30-10H30	1h	Limites normal et pathologique (crise, stabilité)/ Vulnérabilité	CM	Pr THOMAS universitaire PUPH
28/09/21 15H-16H	1h	Sexe, sexualité et genre	CM	Dr M-L. GAMET marie-laure.gamet@wanadoo.fr
28/09/21 16H-17H	1h	le sommeil et ses troubles	CM	Dr I. POIROT Isabelle.POIROT@CHRU-LILLE.FR
28/09/21 8H30-11H30	3h	Les sciences infirmières en psychiatrie	TD	E. BOURGEOIS, eliane.bourgeois@ghtpsy-npdc.fr L. DE OLIVEIRA Leone.DEOLIVEIRA@CHRU-LILLE.FR
<b>Les outils de soins en psychiatrie (8h : 6h CM + 2h TD)</b>				
30/09/21 14H00-16H00	2h	Les psychothérapies	CM	Pr COTTENCIN universitaire PUPH Olivier.COTTENCIN@CHRU-LILLE.FR
27/09/21 10H30-11H30	1h	Le médicament en psychiatrie	CM	Pr THOMAS universitaire PUPH PTHOMAS@CHRU-LILLE.FR
27/09/21 11H30-12H30	1h	Autres approches non médicamenteuses en psychiatrie (4)	CM	Dr BUBROWSZKY maxime.bubrowszky@free.fr
28/09/21 11H30-12H30	1h	Base de neuropsychologie et de psychométrie (5)	CM	Marina Pivette , Psychologue Marina.PIVETTE@CHRU-LILLE.FR
27/09/21 14H-15H	1h	Bilan complémentaire et suivi du traitement	CM	Dr A. AMAD universitaire MCUPH ALIAMAD@CHRU-LILLE.FR
30/09/21 16H00-18H00	2h	La relation soignant-soigné	TD	Mme BOURGEOIS Eliane eliane.bourgeois@ghtpsy-npdc.fr Laurence. JOLY ljoly@epsm-lm.fr
<b>Santé mentale, psychiatrie : Santé Publique (6h : 4h CM + 2h TD)</b>				
29/09/21 8H30-9H30	1h	Épidémiologie / Impacts	CM	Dr Marielle Wathélet F2RSM watheletmarielle@gmail.com
29/09/21 9H30-10H30	1h	Aspect médico-économiques	CM	Dr Maxime BUBROWSZKY F2RSM maxime.bubrowszky@free.fr
29/09/21 10H30-12H30	2h	Spécificité et actualité de la recherche en psychiatrie	CM	
29/09/21 16H-18H	2h	Psychiatrie Santé mentale et crise sanitaire : exemple du COVID	TD	Dr Aurélie GREBERT aurelie.grebert@ghtpsy-npdc.fr Eliane BOURGEOIS eliane.bourgeois@ghtpsy-npdc.fr Géry KRUELSKI gkruhelski@epsm-lm.fr Manuelle ALLOO malloo@epsm-stvenant.fr Dr Gwendal MENARD Gwendal.menard@ghtpsy-npdc.fr

Organisation des soins				
30/09/21 8H30-10H30	2H	Secteur (adulte, PEA, milieu pénitentiaire)	CM	Dr Jean Oureb jean.oureib@epsm-al.fr + CSS
1/10/21 8H30-10H30	2H	Parcours de santé, parcours de soins : Maillage territoriale et articulation avec les différents partenaires (CRISAVS, CRP, CRA, .....)	TD	Table ronde  Pr THOMAS ; universitaire PUPH  PTHOMAS@CHRU-LILLE.FR  M-N. CADOU ; mncadou@crehpsy-hdf.fr E. BOURGEOIS. eliane.bourgeois@ghtpsy-npdc.fr  C. BACHELLEZ  Cedric.BACHELLEZ@ghtpsy-npdc.fr
28/09/21 14H-15H	1h	Santé globale, comorbidités et psychiatrie de liaison	CM	Dr Mathilde Horn (liaison) Mathilde.HORN@chu-lille.fr
30/09/21 10H30-11H30	1h	Soins sans consentement	CM	Mr P. KOENIG pkoenig@epsm-lm.fr Dr N. LALAUX nlaloux@epsm-lille-metropole.fr
30/09/21 11H30-12H30	1h	Mesures de protection	CM	Dr PEQUIGNOT bpequignot@epsm-stvenant.fr
1/10/21 10H30-12H30 13H30-17h30	2 x 3h	Cas cliniques / Synthèse	TD	E. BOURGEOIS, eliane.bourgeois@ghtpsy-npdc.fr L. DE OLIVEIRA, Leone.DEOLIVEIRA@CHRU-LILLE.FR Robert JOIGNANT rjoignant@epsm-lm.fr Thomas LORIDAN Thomas.loridan@ghtpsy-npdc.fr Michel BOUSSEMAERE mboussemaere@epsm-lm.fr Dr WAMBERGUE dany.wambergue@ghtpsy-npdc.fr

### **UE Clinique (14 ECTS)**

#### ***Objectifs pédagogiques :***

- connaître et analyser la sémiologie des pathologies psychiatriques;
- connaître les relations entre les pathologies et les éléments biographiques et facteurs environnementaux;
- connaître les différentes classes thérapeutiques et les différentes indications des médicaments;
- connaître les mécanismes de la toxicité des molécules et leurs effets indésirables liés ou non à l'effet pharmacologique;
- connaître les différents mécanismes d'actions des médicaments et autres produits de santé ainsi que les risques de toxicité;
- connaître les principales psychothérapies et leurs indications;
- connaître les stratégies thérapeutiques afférentes aux pathologies;
- connaître les référentiels scientifiques, recommandations et consensus élaborés par les autorités sanitaires et les sociétés savantes;
- connaître les éléments de surveillance clinique et biologique;
- connaître l'impact des pathologies sur l'adhésion aux traitements et l'engagement dans les soins

### UE CLINIQUE (14 ECTS)

Afin de répondre aux objectifs pédagogiques, les troubles psychiatriques sont appréhendés au travers de 5 axes :

- Reconnaissance, prévention et gestion des situations d'urgence
- Les examens complémentaires
- La pharmacologie et suivi du traitement
- Soins non médicamenteux
- Objectifs et projets de soins

**Responsable de l'UE : Pr THOMAS**

Nombre de CM : 20 h		Nombre de TD : 20 h		Nombre de TP : 12 h	
Date	Horaire	Titre du cours	Type de cours	Intervenant	
<b>Approche nosographique (28h : 14h CM + 14h TD)</b>					
15/10/21 9H-12H 13H30- 16H30	2h	Troubles dépressifs	1h CM + 1h TD	Dr A. AMAD universitaire MCUPH ALI.AMAD@CHRU-LILLE.FR + CS	
	2h	Troubles bipolaires	1h CM + 1h TD		
	2h	Troubles Schizophréniques et Autres troubles psychotiques	1h CM + 1h TD		
22/11/21 10H30- 12H30	2h	Troubles anxieux	1h CM + 1h TD	Dr Clément LECOMTE	
22/11/21 14H-16H	2h	TSA /TED	1h CM + 1h TD	Dr G. KECHID Geraldine.wattinne@CHRU-LILLE.FR	
22/11/21 8H30- 10H30	2h	TDAH	1h CM + 1h TD	Pr COTTENCIN universitaire PUPH Olivier.COTTENCIN@CHRU- LILLE.FR	
14/10/21 8H30- 12H30 14H-16H	2h	Conduites addictives/et comorbidité/Réduction des risques	1h CM + 1h TD	Dr Véronique VOSGIEN Veronique.VOSGIEN@ghtpsy-npdc.fr	
	2h	Troubles liés à l'usage de l'alcool	1h CM + 1h TD		
	2h	Dépendances aux opiacés et traitement de substitution	1h CM + 1h TD		
	2h	Troubles des conduites alimentaires et Autres addictions comportementales	1h CM + 1h TD		
22/11/21 16H-18H	2h	Troubles de la personnalité / Troubles de l'identité de genre	1h CM + 1h TD	Pr MEDJKANE universitaire PUPH Francois.MEDJKANE@CHRU- LILLE.FR	
26/11/21 8H30- 10H30	2h	Psychotraumatisme	1h CM + 1h TD	Dr WAREMBOURG Frederic.WAREMBOURG@CHRU- LILLE.FR +CS	
26/11/21 10H30- 12H30	2h	Etats suicidaires	1h CM + 1h TD	Dr DEBIEN Christophe.DEBIEN@CHRU- LILLE.FR +CS	
26/11/21 14H-16H	2h	Etats d'agitation, d'hétéro-agressivité et d'auto-agressivité	1h CM + 1h TD	Dr Sylvie ROBERT srobert@epsm-lille-metropole.fr	

## UE CLINIQUE (14 ECTS)

Afin de répondre aux objectifs pédagogiques, les troubles psychiatriques sont appréhendés au travers de 5 axes :

- Reconnaissance, prévention et gestion des situations d'urgence
- Les examens complémentaires
- La pharmacologie et suivi du traitement
- Soins non médicamenteux
- Objectifs et projets de soins

**Responsable de l'UE : Pr THOMAS**

Nombre de CM : 20 h		Nombre de TD : 20 h		Nombre de TP : 12 h	
Date	Horaire	Titre du cours		Type de cours	Intervenant
<b>Situations cliniques particulières (22h : 6h CM + 6h TD + 12h TP)</b>					
29 /11/21 8H30-10H30	<b>2h</b>	Périnatalité et parentalité		<b>1h CM + 1h TD</b>	Dr DO-DANG patricia.dodang@epsm-al.fr
29 /11/21 10H30-12H30	<b>2h</b>	Adolescence		<b>1h CM + 1h TD</b>	Dr L. LAUWERIER laurent.lauwerier@ghtpsy-npdc.fr
15/12/21 8H30-10H30	<b>2h</b>	Soins pénalement ordonnés		<b>1h CM + 1h TD</b>	Dr SEGURET Tiphaine.SEGURET@CHRU-LILLE.FR +IDE
15/12/21 10H30-12H30	<b>2h</b>	Santé des détenus		<b>1h CM + 1h TD</b>	Dr T. SCOUFLAIRE Tatiana.SCOUFLAIRE@CHRU-MLILLE.FR +CS
16/12/21 8H30-10H30	<b>2h</b>	Vieillesse des pathologies et pathologies du vieillissement		<b>1h CM + 1h TD</b>	Dr DURAND Jean-Paul.Durand@epsm-fl.fr
16/12/21 10H30-12H30	<b>2h</b>	Rétablissement et Réhabilitation psychosociale		<b>1h CM + 1h TD</b>	Dr MAZAS OMAZAS@mgen.fr
24/11/21 9H-12H	<b>3H</b>	Santé mentale, scolarité, études et formation		<b>Table ronde TP</b>	Dr Francis MOREAU, francis.moreau@epsm-al.fr Dr Maxime BUBROVSZKY maxime.bubrovszky@free.fr Pauline. DEGORRE pauline.degorre@univ-lille.fr
24/11/21 13H30-16H30	<b>3h</b>	Précarité, exclusion, intégration, accès au logement		<b>Table ronde TP</b>	Dr Sylvie ROBERT srobert@epsm-lille-metropole.fr  M-N. CADOU  mncadou@crehpsy-hdf.fr Dr Denis DELEPLANQUE universitaire PA denis.deleplanque@univ-lille.fr
29 /11/21 14H-17H	<b>3h</b>	Anamnèse, observations et raisonnement cliniques		<b>TP</b>	Richard FLAHAUT Richard.flahaut@ghtpsy-npdc.fr Caroline COSTENOBLE ccostenoble@epsm-stenant.fr Nathalie PAULUS npaulus@epsm-lm.fr
16/12/21 14H-17H	<b>3h</b>	Renouvellement traitement		<b>TP</b>	Dr Gwendal MENARD Gwendal.menard@ghtpsy-npdc.fr

**UE PARCOURS DE SANTE (4 ECTS) 25h**

**UE Partiellement mutualisée entre les 4 mentions**

**Objectifs pédagogiques :**

– maîtriser la conception, la mise en place, la coordination et l'évaluation des parcours de santé;

– assurer le lien entre l'ensemble des acteurs du parcours de santé, notamment le lien ville-hôpital

**Responsable de l'UE : L. DE OLIVEIRA**

**Nombre de CM : 13H (10H + 3H marge)**

**Nombre de TD : 8H (7h + 1H marge)**

**Nombre de TP : 4H**

Date	Horaire	Titre du cours	Type de cours	Intervenant
13/12/21 9H-12H	<b>3h</b>	Besoin des familles et aidants naturels, actions de soutien et d'accompagnement, prévention de l'épuisement	Table ronde <b>TD</b>	Laurence TROUILLER (UNAFAM), lctrouiller@icloud.com Robert JOIGNANT rjoignant@epsm-lm.fr
21/02/22 9H-12H ?	<b>3h</b>	Du patient à l'utilisateur, l'empowerment et rôle des associations	<b>CM</b>	Pierre COUBELLE (FNAPSY), Club House, Géry KRUELSKI gkruhelski@epsm-lm.fr
13/12/21 13H30-17H30	<b>4h</b>	Prévention de la maltraitance, repérage des situations à risque et mises en œuvre des actions de protection adaptées	<b>2H CM</b> <b>2H TD</b>	<b>Juge + Avocat + CSS</b> Saliha AHMED sahmed-ali@epsm-lm.fr Caroline OVION (Cadre socio-éducative) covion@epsm-stvenant.fr
<b>15/12/21</b> <b>14H-17H</b>	<b>3h</b>	Droits des patients, aspects juridiques et sociaux	<b>2H CM</b> <b>1H TP</b>	Philippe KOENIG pkoenig@epsm-lm.fr
14/12/21 9H-12H 13H30-16H30	<b>2 x 3h</b>	Réadaptation, Réhabilitation psychosociale au service du Rétablissement, du bien-être et de la qualité de vie	<b>3h CM</b> <b>3H TD</b>	Dr Agnès LAMBRICHT alambrecht@epsm-lm.fr Isabelle VALLEMBERG ivallemborg@epsm-lm.fr <b>+ Neuropsychologie</b>
20/01/22 9H-12H 13H30-16H30	<b>2 x 3h</b>	Les intervenants ville-hôpital : l'élaboration, la mise en œuvre, la coordination et l'évaluation d'un parcours de santé	<b>3h CM</b> <b>3H TP</b>	Bertrand COPPIN, bcoppin@irtshdf.fr Pascal Bourgeois pbourgeois@epsm-lm.fr Romuald WUILBEAUX Romuald.wuilbeaux@epsm-al.fr R. JOIGNANT Rjoignant@epsm-lm.fr Laury BECAERT lbecaert@epsm-stvenant.fr L. DE OLIVEIRA Leone.DEOLIVEIRA@CHRU-LILLE.FR

**MCC : Modalités de Contrôle de Connaissances**

Semestre	Titre UE	CM	TD	ECTS	Barème	MCC
3	Recherche (UE commune)					<a href="#">A définir ?</a>
	Langue vivante (UE commune)					<a href="#">A définir ?</a>
	Bases Fondamentales (UE spécifique)			6		Etude de cas clinique et postures professionnelles : Oral sur Dossier <b>Non compensable</b>
	Clinique (UE spécifique)			14		Examen écrit individuel <b>Non compensable</b>
	Parcours de santé (UE partiellement commune ?)			4		Etude en groupe de réseau et projection partenariales : Dossier écrit <b>Non compensable</b>
4	Stage					<a href="#">A définir ?</a>
	Mémoire					<a href="#">A définir ?</a>

### **ANNEXE N°3 : Questionnaire présenté aux étudiants IFSI du Nord et du Pas-De-Calais**

Connaissez-vous le statut d'IPA ?

- Oui
- Non

Souhaiteriez-vous vous inscrire en tant qu'IPA ?

- Oui
- Non

Connaissez-vous le statut d'IPA en santé mentale et en psychiatrie ?

- Oui
- Non

Souhaiteriez-vous vous inscrire en tant qu'IPA en santé mentale et psychiatrie ?

- Oui
- Non

Connaissez-vous la formation nécessaire à la réalisation d'un diplôme IPA ?

- Oui
- Non

Connaissez-vous la durée de la formation d'un IPA ?

- Oui
- Non

Connaissez-vous les prérequis nécessaires à la réalisation du diplôme d'IPA ?

- Oui
- Non

Savez-vous où vous pouvez réaliser le diplôme d'IPA ?

- Oui
- Non

Le métier d'IPA peut s'exercer :

- En ambulatoire
- En établissement de santé

Parmi les propositions suivantes, lesquelles peuvent être réalisées par l'IPA ?

- Prescription d'un bilan sanguin
- Renouvellement d'une ordonnance initialement prescrite par un médecin
- Adaptation de posologie d'un traitement déjà prescrit
- Orienter le patient après une évaluation clinique
- Primo-prescription d'une thérapeutique

- Réaliser un diagnostic
- Travailler avec une équipe pluridisciplinaire de soins
- Réaliser un suivi indépendamment de tout médecin
- Elaborer un programme d'éducation thérapeutique
- Proposer des projets de recherche
- Evaluer les besoins de soins d'un patient
- Réaliser une consultation médicale

L'IPA a-t-il une responsabilité médico-légale propre ?

- Oui
- Non

Êtes-vous favorable à l'existence de ce nouveau statut d'IPA ?

- Oui
- Non

Si oui, vous êtes favorable au statut d'IPA, pouvez-vous nous dire pour quelles raisons ?

Réponse libre :

Si non, vous n'êtes pas favorable au statut d'IPA, pouvez-vous nous dire pour quelles raisons ?

Réponse libre :

Êtes-vous intéressé d'en apprendre plus au sujet de l'IPA après ce questionnaire ?

- Oui
- Non

## **ANNEXE N°4 : Opinion sur l'approbation ou non du statut d'IPA chez les étudiants IFSI du Nord et du Pas-De-Calais**

Si oui, vous êtes favorable au statut d'IPA, pouvez-vous nous dire pour quelles raisons ?

- Car cela permet d'alléger certains médecins et ainsi les prescriptions peuvent être faites plus rapidement
- Évolution Les infirmiers sont au plus proche des patient pendant les soins il peuvent déceler certaines choses et orienter sans pour autant consulter un médecin traitant cela servira à désengorger aussi le cabinet de médecin traitant en ville et gérer la flux des patients dans les services de SAU
- Parfois, une prescription médicale de la part d'un psychiatre peut prendre du temps. L'IPA, grâce à son statut, peut permettre une réduction du temps de changement de prescription médicale et ce ne peut qu'être bénéfique pour le patient
- Évolution du métier
- Élargir les compétences IDE
- plus de responsabilité et désengorger les rdv des médecins
- Avancer différents statuts entre Ide et médecin
- Plus de responsabilités pour les infirmiers, une mise en lumière des connaissances, et un suivi peut être plus régulier pour les patients (point très important pour les patients en psychiatrie à mon sens)
- Reconnaissance de compétences après une expérience significative, auprès de patients (et non que de la théorie)
- Pouvoir prescrire des médicaments sans devoir attendre le médecin
- Ça permettra de soulager les médecins et faciliter les soins là où ils sont moins nombreux
- Élargissement du champs de compétences pour les infirmiers
- Donner d'avantage de responsabilités et d'actes aux infirmiers
- Car cela permet de donner plus de responsabilité à l'infirmière qui en est capable
- Il s'agit d'une évolution du métier Ide, cela sera bénéfique autant pour les professionnels que les patients
- Pour élargir les compétences IDE et permettre aux IDE de réagir sans attendre le médecin dans certaines situations.
- Car c'est un avantage pour l'infirmière et une reconnaissance en plus
- Gain de temps notamment dans les services saturés, valorisation du métier IDE car bcp de connaissances
- Plus de connaissances sur certaines pathologies pas forcément abordé pendant les 3 années d'infirmières
- Avancer différents statuts entre Ide et médecin
- Cela est plus pratique en cas d'urgence, on a pas à attendre le médecin, ça décharge les médecins et arrange les infirmiers
- Permet d'élargir les compétences infirmières et de se spécialiser dans un domaine nous intéressant plus particulièrement, meilleure reconnaissance de la profession, meilleur salaire, niveau d'étude souvent peu reconnu
- Évolution du métier, plus clinicienne
- Avoir plus de reconnaissance, plus de compétences et travailler en équipe avec les médecins pr réfléchir sur des cas cliniques ou des problèmes
- Pratique domicile ?
- Je trouve qu'il est important que la pratique infirmière évolue. C'est un métier en constante évolution et je pense qu'avec une formation encore plus importante être au côté du médecin et une possibilité
- Au niveau des responsabilités, au bout d'un certain temps d'exercice une IDE est capable après formation de prendre certaines décisions et a une réflexivité adaptée à un service précis
- Car c'est une évolution intéressante du métier d'infirmier
- d'avantage de respect de la profession , de valorisation
- L infirmier a sa place dans la recherche grâce à ses expériences sur le terrain. Les pistes de recherches peuvent être innovantes avec des IPA
- Cela permet de développer plus de compétences et d'avoir plus de liberté pour la prise en charge d'un patient.
- Le métier évolue et s'adapte y besoins de la société
- Plus de responsabilité
- cela permet d'avoir plus de responsabilités, de faire avance les pratiques des soignants
- J'y suis favorable car ce statut permet de faciliter le suivi de chaque patient. L'infirmière bénéficie en effet d'un lien de confiance plus fort avec ces derniers et celle-ci mérite donc d'avoir plus de pouvoirs en terme de prescription et de diagnostic.
- Évolution possible du statut ide, nouvelle voie possible donc c'est intéressant
- Plus de responsabilités, plus de connaissances
- Une avancée dans le domaine de soins
- Évolution de carrière
- Pour valoriser notre profession et se sentir évolué
- La prise de responsabilité, la valorisation du statut d ide, la proximité avec le patient
- Pour une plus grande expérimentation, un champ d'action plus large, une autonomie plus importante, une pratique mobilisant plus outils , une connaissance accrue dans le domaine sélectionner supérieure.
- Plus d'autonomie ainsi que de compétences en matières activités
- Reconnaissance, indépendance, réflexion de la clinique, valorisation, autonomie...
- Possibilité d'évolution en grade (IDE -> IPA), augmentation du champ de compétences de l'IDE, possibilité de spécialisation en tant qu'IPA (patho uro, cardio...), IPA a davantage de connaissances, IPA a plus d'importance qu'une IDE car proximité étroite

- avec médecin mais ne remplace pas le médecin
- Moins d'attente pour les diagnostics, moins de médecins déborder pour des choses pouvant relever de l'IPA
- Facilité d'accès à un suivi de soin des patients, notamment dans les zones de désert médicaux.
- Épauler le médecin dans le suivi de sa patientèle (notamment en cas de pénurie dans une spécialité) sans se substituer à lui.
- Permet de faire évoluer le métier pas assez valorisé à mon goût
- Développe la profession, la reconnaît
- Majoration des responsabilités
- Évolution du métier d'infirmier. Passerelle supplémentaire. Approfondissement.
- c'est une avancée dans la reconnaissance des soins infirmiers
- "Revaloriser le métier d'infirmière
- Nouvelle orientation pour les infirmières
- Alléger la charge de travail des médecins fortement occupés "
- Très intéressant pour un meilleur suivi des patients
- Élargissement des pratiques et compétences de l'infirmier, plus de responsabilités, évolution professionnelle
- Diversification de la profession d'infirmier
- Ça permet de faire évoluer les compétences de l'infirmière
- Faire évoluer la pratique infirmière
- Spécialisation infirmière, peut être une revalorisation du métier
- Revalorisation du métier, reconnaissance du métier
- Je suis totalement favorable à l'élaboration du statut d'IPA qui permettra de professionnaliser et de reconnaître les IDE en poste actuellement et ainsi accéder à des revenus en adéquation aux compétences reconnues par l'ordre infirmier. Et de former les EIDE qui s'orientent vers des parcours de soins en santé mentale.
- Cela permet de décharger le travail des médecins, de favoriser l'accélération d'une prise en charge et la diversité du métier d'infirmière
- Cela permettrait une prise en charge plus globale du patient car les infirmiers sont directement en contact avec les patients
- Je trouve que les heures de TD/CM de psychiatre diminuent de plus en plus. Je trouve cela vraiment dommage pour les personnes intéressées à travailler en psychiatrie.
- Élargi les champs d'exercice de l'infirmier(e) et permet d'éviter aux patients des rdv médicaux parfois inutiles ou pour peu
- Permet une évolution de carrière
- Elle a des libertés et cela a l'air intéressant
- évolution de carrière spécialisée dans le domaine souhaité
- plus de responsabilités, prises en charge davantage complètes
- Le statut d'IPA valorise l'exercice de la profession d'infirmier en élargissant le champ d'intervention prévu par le code de la santé publique et permet ainsi aux infirmiers d'évoluer en acquérant de nouvelles
- compétences et responsabilités.
- plus d'autonomie, possibilité" de renouveler un traitement.....
- Cela permet une évolution du métier d'infirmier, permet d'obtenir de nouvelles compétences
- Cela donnera plus de responsabilités à la profession d'infirmière en pratique avancée et de nouvelles débouchées autre que cadre de santé
- Pour que le suivi soit plus efficace et que le patient ait une prise en charge plus rapide sans avoir besoin de consulter un médecin pour certains cas
- Cela montre l'évolution du métier
- Pour avancer les choses
- Avancé, infirmier plus estimé
- Le fait d'avoir plus d'autonomie par rapport au médecin
- Je trouve que les infirmiers sont ceux qui connaissent le mieux les patients ( ils sont les plus proches d'eux, font des surveillances importantes auprès d'eux ...) donc ils méritent d'avoir un statut qui leur permettrait d'avoir « presque » le même rôle que le médecin afin de répondre aux besoins des patients avec une approche bien ciblée et personnalisée. Je pense que l'existence de ce statut d'IPA rendrait la prise en charge plus rapide et plus efficace.
- Avoir un autre rôle
- Je trouve ça intéressant que l'infirmier puisse évoluer dans sa pratique et obtenir plus de responsabilités. Libre, à ceux qui peuvent les assumer, de se lancer, et cela ne concerne pas tous les infirmiers mais ceux qui y ont été formés alors je trouve ça adapté. C'est offrir un pas dans la médecine aux infirmiers, leur apporter de nouvelles compétences... C'est très intéressant dans l'évolution de la pratique infirmière, et ces nouvelles compétences peuvent avoir un impact positif sur la prise en charge des patients.
- Acquisition d'autonomie
- Cela permet d'élargir le champ d'intervention de l'IDE, ce qui paraît intéressant pour celles et ceux qui recherchent l'ajout de responsabilité et de connaissance...
- Plus d'indépendance de l'IDE
- Ça fait avancer la profession d'infirmière
- Cette pratique optimise la prise en charge du patient et décharge en partie la lourde charge du praticien.
- Évolution
- Plus de responsabilité; nouvelle ouverture pour le métier
- possibilité d'évoluer dans le métier d'infirmier, valorisation du métier
- Parce qu'en psychiatrie, les patients ont besoin de ce type de formation pour les accompagner
- meilleure reconnaissance du métier et plus d'indépendance
- Nouvelle approche
- Avoir un autre rôle
- Ça permet une perspective d'évolution vers la médecine avec un niveau d'étude moindre avec plus de responsabilités et de connaissances et une liberté dans les actes avec un salaire augmenté
- Permet de décharger les médecins et d'assurer un suivi notamment chez les personnes âgées isolés, ou dans

- les zones de désert médical ○
- cela permet une évolution supplémentaire au métier d'IDE, il permet aussi de nouvelles ressources pour les structures et avoir ainsi une équipe complète ○
- Une possibilité d'évolution en plus dans la branche du paramédicale / davantage de responsabilité / alléger les médecins ○
- Pour développer le métier et les compétences d'une infirmière ○
- Une avancée dans la pratique des soins de l'IDE ○
- Développement du système LMD des sciences Infirmières ○
- permet d'accroître le champs d'exercice et de compétence des IDE ○
- statut peut être plus valorisée ○
- Une avancée dans la pratique des soins de l'IDE ○
- Ce sont actes qui sont réalisés par les IDE. C'est une reconnaissance ○
- Valorisation du statut IDE, aspect pécunié, possibilité d'évolution ○
- Meilleure communication avec l'équipe soignante ○
- Afin de pouvoir avoir plus de responsabilité et plus de « droits » ○
- Oui cela peut être intéressant ○
- Car permettrait de soulager un peu les médecins ○
- Car cela améliore le statut d'infirmier et donne l'opportunité de se former encore plus et donne plus d'autonomie dans la collaboration avec les médecins ○
- Permet de décharger les médecins, et d'avoir un meilleur suivi pour les patients. Intérêt santé publique ○  
+++
- + d'autonomie, + d'accès aux soins pour les patients ○
- la déserte médicale, renforcement pour les médecins de campagnes ayant un nombre trop important de patient en charge ○
- Manque de médecins ○
- responsabilités, spécialisation ○
- Cela permet de reconnaître la valeur et les actes réalisés par l'IPA en toute autonomie ○
- L'agrandissement des champs de compétences d'un infirmier ○
- plus de responsabilité et désengorger les rdv des médecins ○
- reconnaissance , spécialisation , ○
- Permet la prise en charge plus rapide des patients et plus adaptée ○
- plus de responsabilité et désengorger les rdv des médecins ○
- Cela permet d'avoir des professionnels plus spécialisés dans leur domaine ○
- Plus de responsabilités ○
- Valorisation et reconnaissance du métier d'ide avec des possibilités d'évolutions toujours plus grande ○
- Cela permet une continuité des soins plus organisée. ○
- Reconnaissance ○
- A la campagne, ça permettrait surtout de soulager les médecins au niveau de la charge de travail mais aussi par rapport au désert médical et aussi je trouve très intéressant d'avoir plus de responsabilités, de connaissances etc... ○
- Permet une évolution du métier d'infirmier et plus d'autonomie ○
- Cela permet de ne plus avoir besoin de passer (et patienter) après le médecin pour prescrire ce qui est égal à nos compétences ○
- permet de monter en grade ○
- X ○
- Pour faire progresser le métier infirmier ○
- Responsabilités reconnues ○
- L'infirmière à un rôle plus important et permet une aide au médecin ○
- Cela permet aux infirmières d'avoir plus de responsabilités, et d'alléger le travail des médecins permettant de ne pas les déranger par exemple pour un renouvellement d'une ordonnance. ○
- Nouvelles pratiques ○
- Cela permettra au infirmier qui le veulent de réaliser des soins un peu plus techniques ○
- C'est avantageux ○
- Je pense que c'est une bonne idée, puisque l'IPA a plus de connaissances dans le domaine qu'il/elle travaille, ce qui ne peut être que bénéfique pour les patients.es et son équipe. ○
- Pour la reconnaissance des compétences infirmière ○
- Enfin un master dans les soins infirmiers ○
- Plus de liberté dans la profession mais également une reconnaissance supplémentaire des compétences de l'infirmier. De plus, avec les déserts médicaux, cela permettrait de libérer un peu plus les médecins et de se tourner vers les IPA pour les renouvellements de traitement ... ○
- car cela donne une autre perspective du métier infirmier ○
- L'évolution du métier ○
- Plus de libertés, et une "décharge" de travail pour les médecins. ○
- Revalorisation du métier d'infirmier ○
- Statut plus avancé dans le métier d'infirmier ○
- Valoriser le métier d'infirmier, aller plus vite dans la prise en charge des patients ○
- Je trouve que c'est une revalorisation de notre métier / futur métier ○
- Ça permettra de soulager les médecins et faciliter les soins là où ils sont moins nombreux ○
- Une avancée dans le domaine de soins ○
- Évolution du métier infirmier ○
- L'IPA a plus de responsabilité et peut parfois même se mettre au même niveau qu'un médecin ○
- Donne plus de responsabilités au rôle infirmier ○
- valorisation du métier ○
- Cela permet aux infirmiers d'être encore plus dans la réflexion que des exécutants. ○
- Développement des compétences infirmières ○
- C'est une réelle avancée pour les infirmiers qui réalisent déjà des actes médicaux ○
- "Revalorisation des infirmiers, autonomie ++ dans les soins, meilleure prise en charge des patients ○
- Je ne sais pas ○
- Amélioration de la PEC des patients ○
- Évolution des compétences, reconnaissance de nos capacités ○
- Il y a souvent un manque de médecin dans les services, cela pourrait être un support ○
- L'évolution du métier ○

- Ca permettra de désengorgé les urgences et au vu de la désertification actuelle les patients seront pris en soin au plus près .
  - Car il est très intéressant d'en faire une qualification en plus , et pour pouvoir être sur des aptitudes des IPA dans les services ou structures.
  - Car pas de raison de ne pas l'être
  - Manque de psy dans les structures
  - Rdv plus rapide pour des renouvellements de traitements
  - Cela permet de créer d'avantage d'évolution au métier d'infirmier et d'être plus reconnu
  - Au vue du désert médical existant et à venir l'IPA peut devenir essentielle au sein de la population
  - Autonomie de l'infirmière
  - Je ne connais pas
  - prise en charge plus complète car plus de connaissance et meilleur travail en collaboration
  - Reconnaissance de son expertise
  - Permet d'avoir une pratique qui se rapproche du médical / métier plus approfondis
  - C'est une bonne avancée
  - Permet d'apporter plus de responsabilité, d'importance et d'action aux métier d'infirmier
  - La reconnaissance d'une expertise, l'ouverture à une médecine de proximité
  - Je trouve que cela pourrait donner un autre sens à notre profession, une évolution de nos compétences de "bases" ainsi qu'une grande valorisation de notre métier et une responsabilité ++
  - Prise en charge optimale
  - Car augmente la qualité des soins
  - plus de reconnaissance et de compétence IDE
  - "Valorisation du métier d'infirmier, nouveaux débouchés qui pourraient attirer certains soignants ou futurs soignants.
  - Soins plus accessibles et proposition d'un projet de soin plus adapté au patient.
  - Côtés négatifs : Limite de la place de l'IPA dans un service de santé mentale ? N'est-ce pas prendre une partie du champ de compétences de l'infirmier et du médecin ? Les services de psychiatrie sont déjà bien structurés.
  - Pour permettre de libérer les médecins et privilégier une rapidité dans la prise en charge des patients
  - Responsabilités et évolution du métier
- Pour la reconnaissance des compétences infirmière pour un meilleur encadrement de l'équipes IDE
  - Cela permet de donner plus d'autonomie à l'infirmière.er
  - Cela permet au médecin de déléguer certaines choses à l'infirmière
  - Cela permet au soignant d'acquérir une « autonomie » supplémentaire
  - Cela pourrait palier à la pénurie de médecin et en particulier au désert médicaux. De plus, cela pourrait rendre plus intéressant le métier d'infirmier pour proposer plus de porte et une formation de pseudo-médecin
  - évolution du métier infirmier
  - Plus de reconnaissance du métier
  - Amélioration de nos compétences, avec une plus grande reconnaissance de ces dernières + aider dans les déserts médicaux (sans remplacer le médecin bien sûr)
  - "Reconnaissance de dépassement de compétition que l'on fait déjà "
  - C'est une évolution du metier
  - avoir plus de responsabilité, pouvoir suivre le patient et avoir des droits de prescription
  - Améliorer les prises en charge des patients
  - C'est intéressant
  - C'est intéressant de connaître un peu plus les différentes pacerelles infirmiers
  - Plus de possibilités d'évolution
  - Revalorisation du métier, reconnaissance du métier
  - Cela permet un gain de temps et une meilleure prise en charge du patient puisqu'il aura un suivi plus poussé
  - C'est une opportunité d'évolution pour les infirmiers, qui grâce à leur expérience et connaissances leur accorde un nouveau statut avec davantage de responsabilités. Cela permet également d'alléger le travail des médecins.
  - augmentation des possibilités et des compétences ide, approfondissement et élargissement du rôle et du domaine ide
  - Plus de responsabilités
  - Autonomie de l'infirmière
  - Ce statut nous permet d'enrichir davantage nos compétences, d'évoluer et d'aller plus loin encore dans le corps du métier

Si non, vous n'êtes pas favorable au statut d'IPA, pouvez-vous nous dire pour quelles raisons ?

- Je connais pas très bien
- Je trouve que ce statut d'IPA peut fortement porter à confusion et peut être créer certains conflits entre l'IPA et le médecin du service sur les différentes actions qui sont menés par l'un et par l'autre
- Ce n'est même plus un travail idéal, on les remplace petit à petit
- "Pour moi il y a déjà les IADE qui ont énormément de compétences et de savoir avec 2 ans de formation supplémentaire après le diplôme comme des IPA. Pourquoi ne pas avoir mis les IADE sur le terrain en plus du bloc ?
- Et si il y a un besoin d'avoir des infirmiers plus compétents, pourquoi ne pas avoir rallongé la formation infirmière ? Pour créer des infirmiers plus compétents dans ce cas. Je pense que cela créera des inégalités et une sorte de compétition entre IDE. "
- Je ne me sens sans doute pas capable
- Je ne connais pas le statut de l'IPA
- (J'ai mis non à la réponse suivant car j'ai déjà effectué bcp de recherche sur l'IPA, cela faisait partie d'un choix d'unité d'enseignement de travailler sur l'IPA)
- En mon sens, l'infirmier possède déjà un grand nombre de responsabilité. Cela constitue une charge mentale supplémentaire tandis que nos aînés diplômés sont en sous effectif pour un travail toujours plus important à apporté
- "Malheureusement, dans les structures, les IPA sont bien souvent considéré comme de "simple infirmier" et ne sont que très peu pris au sérieux vis à vis de leurs confrères (médecin). Il ne faut pas en faire une généralité bien entendu, Malheureusement une "rivalité" existe et bien souvent les seniors n'écoutes pas les IPA. Je précise que ce n'est pas une généralité et que dans certaines conditions les IPA sont très utile ! Ils peuvent notamment prendre le relais d'un médecin si celui-ci n'est pas présent tous les jours en structure."
- je sais pas
- par manque de connaissance
- //
- Seul bémol c'est peut-être un peu compliqué de devenir IPA pour les personnes qui aiment changer de service régulièrement
- X
- Parce que les médecins délèguent de plus en plus leurs rôles propres aux IDE et avec les IPA ça sera pire
- Etudiante Infirmière, peu d'expérience professionnelle
- Aucune
- Ce statut ne sert qu'à pallier aux déserts médicaux qui n'est je pense pas la meilleure des solutions
- je ne sais pas ce que c'est, donc je peux pas être favorable ou non sans avoir des données nécessaires.

**ANNEXE N°5 : Questionnaire présenté aux étudiants IPA de l'Université de Lille, souhaitant réaliser la mention « en psychiatrie et santé mentale »**

De quel genre êtes-vous ?

- Homme
- Femme
- Je ne souhaite pas le préciser

Quel est votre âge ?

Réponse libre :

En quelle année de la formation d'IPA êtes-vous ?

- Première année
- Deuxième année

Avez-vous déjà exercé en tant qu'IDE dans un service de psychiatrie ?

- Oui
- Non

Si oui, quel type de service (psychiatrie adulte ouvert, ou fermé, cmp, hdj, cattp, addictologie, pédopsychiatrie...) ? Et pendant combien de temps ?

Réponse libre :

Dans quel type de service voudriez-vous exercer en tant qu'IPA ?

Réponse libre :

Quelle sont vos motivations à réaliser la formation d'IPA ?

Réponse libre :

Quelles sont vos attentes par rapport au métier d'IPA ?

Réponse libre :

Est-ce que vous avez l'impression que votre formation actuelle répond à vos attentes du métier ?

- Oui
- Non

Si non, quel domaine de la formation serait à privilégier/améliorer (terrains de stage ? positionnement dans une équipe soignante ? formation théorique en première année ? en deuxième année ? ...) ?

Réponse libre :

## **ANNEXE N°6 : Motivations à réaliser la formation d'IPA en psychiatrie et santé mentale, attentes du métier et pistes d'amélioration de la formation d'IPA en psychiatrie et santé mentale des étudiants IPA à l'Université de Lille**

Quelle sont vos motivations à réaliser la formation d'IPA ?

- Être spécialisée en psychiatrie et avoir des connaissances plus approfondies.
- Participer au développement de nouveaux parcours pour les infirmiers.
- Avoir un rôle et un impact plus important dans le parcours de soin du patient.
- Amélioration de la qualité des soins apportés aux patients détenus - Amélioration de ma pratique professionnelle - Reconnaissance des acquis et des compétences
- Développer mes compétences, autonomiser le rôle IDE et régulariser une manière de travailler parfois, se maintenir dans une position d'apprenant
- Contribuer au développement de la profession
- Évolution de carrière, répondre à de besoins validés certaines compétences que je mets déjà en pratique tel que entretiens de suivi et faire des analyses de pratique avec les nouveaux diplômés pour les aider à se former
- Souhait d'améliorer mes prises en soins et mes compétences auprès du patient, de légitimer certaines pratiques déjà existantes, d'évoluer professionnellement, d'acquérir de nouvelles missions
- Acquérir de nouveaux savoirs
- Légitimer mon expérience pro
- Plus d'autonomie
- Élargir mon champ de compétences

Quelles sont vos attentes par rapport au métier d'IPA ?

- Avoir une meilleure reconnaissance des infirmiers, avoir une plus grande autonomie (réellement reconnue), pouvoir aider à fluidifier les files actives et permettre une prise en soin plus efficiente.
- Autonomie, reconnaissance
- Un autre regard sur les relations de soin
- Compétences, autonomie
- De l'autonomie dans mes pec et collaboration rapprochée avec médecin et équipe
- Améliorer les prises en soins et les parcours de santé des patients, acquérir davantage d'autonomie, d'être davantage impliquée dans le suivi des patients, avoir accès à de nouvelles compétences comme la recherche par exemple.
- Etre plus disponible que le médecin, consacrer plus de temps au patient et à ses proches
- Approfondir ma pratique

Si non, quel domaine de la formation serait à privilégier/améliorer (terrains de stage ? positionnement dans une équipe soignante ? formation théorique en première année ? en deuxième année ?...) ?

- Avoir plus de cours sur la clinique pour avoir une base théorique importante. Privilégier des temps de partages d'expérience (très utile pour les étudiants en formation initiale) et pour définir ensemble nos missions concrètes dans nos futurs services.
- Trop d'unités couplées avec le masters de coordination des soins (ratio horaire trop important en sociologie par exemple) - Pas assez d'unités propres aux ipa (seulement 2) - Formation trop théorique dans un métier très pratique - Manque crucial de pharmacologie en première année - seulement 3h00 de psychiatrie sur la 1ere année
- Cours universitaire balbutiant qui demande à être peaufiné par nos retours
- Dans l'ensemble la formation répond à mes attentes mais des modifications seraient nécessaires pour améliorer sa qualité. Il serait d'abord nécessaire d'étudier le décret de compétences, ce qui n'a pas été fait. J'entre en 2ème année et la psychiatrie est très peu étudiée jusqu'ici. La clinique est beaucoup centrée sur la sémiologie somatique (cardiologie, pneumo, endocrino...) et la prise en soins des personnes âgées ce qui est important également et intéressant mais semble plus orientée pour les infirmiers de spécialité pathologies chroniques. Il faudrait davantage de terrain de stage et une meilleure connaissance et reconnaissance de cette profession.

## Bibliographie :

1. Albert Einstein. Comment je vois le monde. Flammarion. 1934. (Bibliothèque de philosophie scientifique).
2. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016-41 janv 26, 2016.
3. Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée. 2018-633 juill 18, 2018.
4. Décret n° 2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale. 2019-836 août 12, 2019.
5. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. 2018-629 juill 18, 2018.
6. Delamaire M-L, Lafortune G. Les pratiques infirmières avancées: Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés. 31 août 2010 [cité 3 sept 2021]; Disponible sur: [https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/les-pratiques-infirmieres-avancees\\_5km4hv77vw47-fr](https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/les-pratiques-infirmieres-avancees_5km4hv77vw47-fr)
7. fiche-pratique-avancees20-05-2019-stdc.pdf [Internet]. [cité 11 sept 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche-pratique-avancees20-05-2019-stdc.pdf>
8. Conseil National - Le Conseil National de l'Ordre des Infirmiers se prononce pour une refonte de l'exercice infirmier en psychiatrie [Internet]. [cité 11 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.ordre-infirmiers.fr/actualites-presse/articles/le-conseil-national-de-lordre-des-infirmiers-se-prononce-pour-une-refonte-de-lexercice-infirmier-en-psychiatrie.html>
9. Leyreloup A-M. Entre hier et aujourd'hui, le métier d'infirmier en psychiatrie. Sud/Nord. 2010;n° 25(1):121-8.
10. Burnett S, Brown L, Pettis DD, Jordan C, Pettus S. Implementation of an Interdisciplinary Communication Workgroup on an Acute Psychiatric Unit. Issues Ment Health Nurs. août 2018;39(8):641-6.
11. Sanson K. Pluridisciplinarité : intérêt et conditions d'un travail de partenariat. Le Journal des psychologues. 2006;n° 242(9):24-7.
12. Bihan ÉL. Avec et pour leurs patients, des équipes pluridisciplinaires se mobilisent... Cliniques. 20 mars 2012;N° 3(1):58-83.
13. Tuboeuf J-M. Histoire de l'institution psychiatrique et des infirmiers en psychiatrie. EDILIVRE.
14. Nishio A, Horita R, Sado T, Mizutani S, Watanabe T, Uehara R, et al. Causes of homelessness prevalence: Relationship between homelessness and disability. Psychiatry Clin Neurosci. mars 2017;71(3):180-8.
15. Quézel C. Histoire de la folie, De l'Antiquité à nos jours. Tallandier. (Texte).
16. Foucault M. Madness and Civilization A History of Insanity in the Age of Reason.
17. Caire M. Des lettres de cachet à la loi du 5 juillet 2011 : trois siècles et demi d'internement psychiatrique. Journal français de psychiatrie. 2010;n° 38(3):6-11.
18. Haustgen T. Qui internait les fous avant la Révolution ? PSN. 10 juin 2015;Volume 13(2):71-100.
19. Didier M. Dans la nuit de Bicêtre. Gallimard.
20. Marcel Gauchet et Gladys Swain. La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique. Gallimard. 1980.
21. Pinel P. L'ALIÉNATION MENTALE OU LA MANIE Traité médico-philosophique.
22. CNLE (Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale). Le XIXe siècle, la loi de 1838 et l'« aliéniste » - Le site du CNLE [Internet]. [cité 24 août 2021]. Disponible sur: <https://www.cnle.gouv.fr/le-xixe-siecle-la-loi-de-1838-et-l.html#nb1>

23. Art 1 de la Loi sur les aliénés n° 7443 du 30 juin 1838.
24. Histoire de la psychologie en France, J. CARROY, A. OHAYON et R. PLAS, Grands repères, La Découverte, 2006,.
25. JAEGER Marcel. GARDER, SURVEILLER, SOIGNER. Essais d'histoire de la profession d'infirmier psychiatrique. Cahiers VST N°3. janv 1990;page 59.
26. HSMx1997x031x002x0189.pdf [Internet]. [cité 12 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1997x031x002/HSMx1997x031x002x0189.pdf>
27. Bourneville DM, undefined. Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière. Paris: aux bureaux du « Progrès médical »; 1888.
28. Claude Beauvue-Fougeyrollas. Les infirmiers en psychiatrie et la folie. 1991.
29. Chevandier C. Chapitre trois. Infirmières de l'Ap. In: Infirmières parisiennes : 1900-1950 Émergence d'une profession [Internet]. Paris: Éditions de la Sorbonne; 2016 [cité 24 août 2021]. p. 103-52. (Histoire contemporaine). Disponible sur: <http://books.openedition.org/psorbonne/1606>
30. Jaeger M. Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique. VST - Vie sociale et traitements. 28 févr 2017;N° 133(1):104-23.
31. Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier - Légifrance [Internet]. [cité 24 août 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006060011/>
32. Daumézon Georges. La situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés [Thèse de Médecine]. [Paris]; 1935.
33. Arrêté préfectoral du 4 avril 1907 modifié par l'arrêté du 31 août 1908.
34. Manuel technique de l'infirmier des établissements psychiatriques : à l'usage des candidats aux diplômes d'infirmier de ces établissements.
35. Décret du 27 juin 1922 PORTANT INSTITUTION DU BREVET DE CAPACITE D'INFIRMIERES PROFESSIONNELLES.
36. Arrêté du 24 juin 1924, Journal officiel de la République française, 14 septembre 1924, p. 8421.
37. Loi n°46-330 du 8 avril 1946 RELATIVE A L'EXERCICE DES PROFESSIONS D'ASSISTANTES OU D'AUXILIAIRES DE SERVICE SOCIAL ET D'INFIRMIERES OU D'INFIRMIERS. 46-330 avr 8, 1946.
38. Arrêté du 28 juillet 1955 REORGANISATION DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE DU PERSONNEL SOIGNANT DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES : INFIRMIERS ET INFIRMIERES.
39. Masson E. Petite histoire de la clinique infirmière en psychiatrie [Internet]. EM-Consulte. [cité 5 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1338561/alertePM>
40. Arrêté du 16 février 1973 FORMATION PROFESSIONNELLE DU PERSONNEL SOIGNANT DU SECTEUR PSYCHIATRIQUE.
41. Arrêté du 12 mai 1969 MODIFICATION DE L'ART. 1ER DE L'ARRETE DU 31 JUILLET 1962.
42. Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier.
43. Miribel JD. L'expérience infirmière en psychiatrie et santé mentale: enquête sur les dynamiques de professionnalisation et de construction du rapport au métier. :416.
44. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.
45. Circulaire DGS/DHOS n° 2003-366 du 10 juillet 2003 relative à la mise en oeuvre des enseignements concernant la santé mentale prévus par l'arrêté du 30 mars 1992 modifié relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier - APHP DAJDP [Internet]. [cité 27 août 2021]. Disponible sur:

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgsdhos-n-2003-366-du-10-juillet-2003-relative-a-la-mise-en-oeuvre-des-enseignements-concernant-la-sante-mentale-prevus-par-larrete-du-30-mars-1992-modifie-relatif-au-programme-des/>

46. Circulaire DHOS/P 2 n° 2004-253 du 3 juin 2004 relative aux orientations et axes de formation prioritaires, à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des fonctionnaires des établissements relevant de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant statut général de la fonction publique hospitalière - AHP DAJDP [Internet]. [cité 27 août 2021]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhosp-2-n-2004-253-du-3-juin-2004-relative-aux-orientations-et-axes-de-formation-prioritaires-a-caractere-pluriannuel-concernant-lensemble-des-fonctionnaires-des-etablissements-r/>
47. Circulaire DHOS/P2/O2DGS/6C n° 2006-21 du 16 janvier 2006 relative à la mise en oeuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie. :9.
48. plan\_2005-2008.pdf [Internet]. [cité 27 août 2021]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_2005-2008.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf)
49. Bulletin officiel santé Protection sociale solidarité n°2009/7 ( Juillet 2009 ) du 15 août 2009.
50. Circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP no 2009-202 du 9 juillet 2009 relative au conventionnement des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) avec l'université et la région dans le cadre de la mise en oeuvre du processus licence-master-doctorat (LMD).
51. Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux.
52. Arrêté du 17 avril 2018 modifiant l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux.
53. Article L4311-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 29 août 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038886488/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886488/)
54. Circulaire DHOS/P2/O2DGS/6C n du 16 janvier 2006 relative à la mise en oeuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie.
55. SANT4 - Bulletin Officiel N°2006-2: Annonce N°31 [Internet]. [cité 12 sept 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-02/a0020031.htm>
56. rapport\_cnoi\_psychiatrie\_sante\_mentale.pdf [Internet]. [cité 29 août 2021]. Disponible sur: [https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/positions/rapport\\_cnoi\\_psychiatrie\\_sante\\_mentale.pdf](https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/positions/rapport_cnoi_psychiatrie_sante_mentale.pdf)
57. Nationale A. Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information relative à l'organisation de la santé mentale (Mme Caroline Fiat et Mme Martine Wonner) [Internet]. Assemblée nationale. [cité 28 août 2021]. Disponible sur: [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/115b2249\\_rapport-information](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/115b2249_rapport-information)
58. Freeman M, Pathare S, World Health Organization, éditeurs. WHO resource book on mental health, human rights and legislation. Geneva: World Health Organization; 2005. 181 p.
59. The World Health Report 2001 Mental Health: New Understanding, New Hope Geneva: World Health Organisation, (2001) et OMS Europe 2006.
60. les maladies mentales expliqueraient 13% de la « charge mondiale de morbidité » (global burden of disease – estimation réalisée à partir des morts prématurées et des années vécues avec un handicap. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update 2008). [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/2004\\_report\\_update/e](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/e).
61. Demyttenaere et al., « Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys », JAMA, 2004, 291, 2581-2590;
62. R. C. Kessler et al., « Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication », Archives of General Psychiatry, 2005b, 62, 617-627. Source : FondaMental.
63. Enquête ESPS, 2008, IRDES.

64. 180628\_-\_dossier\_de\_presse\_-\_comite\_strategie\_sante\_mentale.pdf [Internet]. [cité 21 août 2021]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628\\_-\\_dossier\\_de\\_presse\\_-\\_comite\\_strategie\\_sante\\_mentale.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf)
65. La vie sociale, professionnelle et la santé des proches sont affectées par la maladie mentale d'un des membres de la famille, Bungener M. Trajectoires brisées, famille captives. La maladie mentale à domicile. Pour la Recherche 1997;(14). <http://193.49.126.9/recherche/plr/plr14/14bung.htm>.
66. Black DW, Warrack G, Winokur G. Excess mortality among psychiatric patients, The Iowa record-linkage study, JAMA 1985;253:58- 61 ; National Association of State Mental Health Program Directors , Parks J, Svendsen D, Singer P, et al. Morbidity and Mortality in People with Serious Mental Illness (Technical Report 13). Alexandria: NASMHPD, 2006. [http://www.dsamh.utah.gov/docs/mortality- morbidity\\_nasmhpd.pdf](http://www.dsamh.utah.gov/docs/mortality- morbidity_nasmhpd.pdf).
67. 2013\_10\_08\_programme\_sante\_mentale\_college.pdf [Internet]. [cité 21 août 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/2013\\_10\\_08\\_programme\\_sante\\_mentale\\_college.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/2013_10_08_programme_sante_mentale_college.pdf)
68. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie pour 2018. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance maladie au titre de 2018 (loi du 13 août 2004). Paris : CNAMTS ; 2017.
69. DGOS\_Michel.C, DGOS\_Michel.C. L'infirmier en pratique avancée [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 9 août 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
70. Duponchelle-David F, Perrin-Nicquet A, Rolland B. Les pratiques infirmières avancées : qu'est-ce que c'est ? Quel avenir pour les infirmiers de psychiatrie et d'addictologie ? European Psychiatry. 1 nov 2015;30(8, Supplement):S5.
71. DGOS\_Michel.C, DGOS\_Michel.C. L'infirmier en pratique avancée [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 8 août 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
72. ICN\_APNdefinitionwithLogoFR.pdf [Internet]. [cité 3 sept 2021]. Disponible sur: [https://international.aanp.org/Content/docs/ICN\\_APNdefinitionwithLogoFR.pdf](https://international.aanp.org/Content/docs/ICN_APNdefinitionwithLogoFR.pdf)
73. Masson E. Pratiques avancées en soins infirmiers, l'exemple américain [Internet]. EM-Consulte. [cité 5 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/670164/pratiques-avancees-en-soins-infirmiersc-lexemple-a>
74. Ambrosino F, Barrière C, Danan J-L, Lecointre B, Hue G, Meury P, et al. Compétences attendues de l'infirmière de pratique avancée en France : recommandations d'experts à partir d'une étude Delphi modifiée. Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière. mars 2018;4(1):5-19.
75. Masson E. Caractéristiques et résultats de l'étude RN4CAST relative aux infirmiers en Europe [Internet]. EM-Consulte. [cité 3 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/968299/caracteristiques-et-resultats-de-l-etude-rn4cast-r>
76. Diagnostic territorialisé de santé de la région des Hauts-de-France [Internet]. [cité 7 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/diagnostic-territorialise-de-sante-de-la-region-des-hauts-de-france>
77. Infirmier en pratique avancée - Faculté de Médecine Henri Warembourg [Internet]. [cité 4 sept 2021]. Disponible sur: <https://medecine.univ-lille.fr/ipa>
78. Hamric and Hanson's Advanced Practice Nursing - 6th Edition [Internet]. [cité 3 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/books/hamric-and-hansons-advanced-practice-nursing/tracy/978-0-323-44775-1>
79. Masson E. Qualité des soins, qualité de vie : quelle place pour l'expertise dans la pratique infirmière ? [Internet]. EM-Consulte. [cité 3 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1011310/qualite-des-soins-qualite-de-vie-qualite-de-vie-qualite-de-vie-qualite-de-vie-qualite-de-vie>
80. Mousquès J, Bourgueil Y, Le Fur P, Yilmaz E. Effect of a French experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care. Health Policy. 1 déc 2010;98(2):131-43.

81. Danan J-L, Biglietto J, Perquier F, Torne Celer A, Gakou S, Ostermeyer M, et al. Les infirmiers de pratique avancée français, de la vision à la mise en œuvre au sein d'un établissement de santé mentale. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*. 1 mars 2019;5(1):e37-47.
82. Newhouse RP, Stanik-Hutt J, White KM, Johantgen M, Bass EB, Zangaro G, et al. Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. *Nurs Econ*. oct 2011;29(5):230-50; quiz 251.
83. Drennan et al. - 2009 - National independent evaluation of the nurse and m.pdf [Internet]. [cité 3 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.lenus.ie/bitstream/handle/10147/89103/NatIndependentEvaluation.pdf;jsessionid=BA1393517389962AC0D285CB9F65CEFB?sequence=1>
84. Aaron EM, Andrews CS. Integration of advanced practice providers into the Israeli healthcare system. *Israel Journal of Health Policy Research*. 22 févr 2016;5(1):7.
85. Ensio A, Lammintakanen J, Härkönen M, Kinnunen J. Finland. In: Rafferty AM, Busse R, Zander-Jentsch B, Sermeus W, Bruyneel L, éditeurs. *Strengthening health systems through nursing: Evidence from 14 European countries* [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2019 [cité 3 sept 2021]. (European Observatory Health Policy Series). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545713/>
86. Todorov T. *Médecine, santé et sciences humaines : Manuel* [Internet]. Les Belles Lettres; 2011 [cité 27 août 2021]. Disponible sur: <https://univ-scholarvox-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/book/88809082>
87. Audrey FONTAINE. *Psychiatrie et grands changements, l'évolution de la formation répond-elle aux besoins d'évolution de la discipline en France ?* Université Lille 2 Droit et Santé;
88. Lancet T. The soft science of medicine. *The Lancet*. 17 avr 2004;363(9417):1247.
89. «Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948».
90. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
91. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Les fiches-métiers [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 1 sept 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/>
92. Métiers [Internet]. [cité 1 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=metiers#ancrP>
93. Henri O. Responsabilité médicale et psychiatrie. :242.
94. Pacific C. Le soin : recherche de consensus ou principe de conflit nécessaire ? *Recherche en soins infirmiers*. 2013;N° 114(3):14-20.
95. 184000071.pdf [Internet]. [cité 1 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/184000071.pdf>
96. Rapport\_COUTY\_Janvier\_2009\_.pdf [Internet]. [cité 28 août 2021]. Disponible sur: [https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_COUTY\\_Janvier\\_2009\\_.pdf](https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_COUTY_Janvier_2009_.pdf)
97. Buszewicz M, Griffin M, McMahon EM, Walters K, King M. Practice nurse-led proactive care for chronic depression in primary care: a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. avr 2016;208(4):374-80.
98. Masson E. Les soins infirmiers dans le monde : plus de similitudes que de différences [Internet]. EM-Consulte. [cité 3 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1064229/les-soins-infirmiers-dans-le-monde -plus-de-simili>
99. Masson E. La marge d'autonomie des infirmiers en psychiatrie, pour une clinique dans l'institution [Internet]. EM-

- Consulte. [cité 5 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/829778/la-marge-d-autonomie-des-infirmiers-en-psychiatrie>
100. Tisserand L, Mezerette C, Rolland B, Cottencin O, Vignau J, Muysen A, et al. Sevrage ambulatoire : une expérience de la coopération en addictologie. *Soins Psychiatr* 2013;287:38–42.
  101. Masson E. Il était une fois... l'infirmier en psychiatrie adulte [Internet]. EM-Consulte. [cité 5 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/935168/il-etait-une-fois?-l-infirmier-en-psychiatrie-adul>
  102. Méchain P. Pour des infirmiers de spécialité en psychiatrie. //www.em-premium.com/data/revues/02416972/00320277/23/ [Internet]. 10 nov 2011 [cité 5 sept 2021]; Disponible sur: <https://www.em-premium.com/article/670165>
  103. Masson E. Place de l'infirmier en psychiatrie et en santé mentale aujourd'hui [Internet]. EM-Consulte. [cité 5 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/221329/place-de-l-infirmier-en-psychiatrie-et-en-sante-me>
  104. NP and AP Roles - ICN Nurse Practitioner / Advanced Practice Nursing Network [Internet]. [cité 3 sept 2021]. Disponible sur: <https://international.aanp.org/Practice/APNRoles>
  105. Heale R, Rieck Buckley C. An international perspective of advanced practice nursing regulation. *Int Nurs Rev.* sept 2015;62(3):421-9.
  106. rapport\_cinq\_experim\_juin2006.pdf [Internet]. [cité 3 sept 2021]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_cinq\\_experim\\_juin2006.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cinq_experim_juin2006.pdf)
  107. Masson E. Identification des facteurs essentiels favorisant l'intégration des rôles infirmiers en pratique avancée : une étude ethnographique [Internet]. EM-Consulte. [cité 3 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/979295/identification-des-facteurs-essentiels-favorisant->
  108. Masson E. « *Il sera nécessaire d'éviter l'instauration d'un clivage entre infirmier et infirmier en pratique avancée* » [Internet]. EM-Consulte. [cité 5 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1338567/article/->
  109. Roulin M-J, Borrero P, Iori E. [A new nursing role: advanced nursing practice: what does it mean?]. *Krankenpfl Soins Infirm.* 2014;107(4):68-71.
  110. Aguilard S, Colson S, Inthavong K. Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature. *Sante Publique.* 9 mai 2017;Vol. 29(2):241-54.
  111. Bryant-Lukosius D, Dicenso A. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *J Adv Nurs.* déc 2004;48(5):530-40.
  112. Morin D, Ramelet A-S, Shaha M. Vision suisse romande de la pratique infirmière avancée. *Recherche en soins infirmiers.* 2013;N° 115(4):49-58.
  113. Leboyer Marion, Llorca Pierre-Michel. *PSYCHIATRIE : L'ETAT D'URGENCE.* fayard.

**AUTEUR : Nom : COMBACAL**

**Prénom : Benjamin**

**Date de soutenance : 27/09/2021**

**Titre de la thèse : Rôle du psychiatre dans l'intégration de l'Infirmier en Pratique Avancée en psychiatrie et santé mentale dans l'équipe pluridisciplinaire de soins**

**Thèse - Médecine - Lille « 2021 »**

**Cadre de classement : Médecine**

**DES + spécialité : DES Psychiatrie**

**Mots-clés :** formation, infirmier, infirmier psychiatrique, pratique avancée, infirmier en pratique avancée, psychiatrie, santé mentale, pluridisciplinarité, histoire infirmier psychiatrique, intégration

**Résumé :**

*Introduction : Face aux enjeux de santé publique est créé la nouvelle profession d'Infirmier en Pratique Avancée (IPA) avec la mention « en psychiatrie et santé mentale ». Quoique ça ne soit pas son objectif initial, l'IPA en psychiatrie et santé mentale marque un retour historique de la spécificité infirmière dans le champ du soin psychiatrique et est une promesse de réponse aux doléances répétées sur l'amélioration de l'exercice du corps infirmier en psychiatrie. Sur un plan pratique, s'il n'y a pas d'attrait pour ce nouveau métier, son impact tant attendu devient négligeable. Nous prenons l'opportunité dans ce travail de questionner la formation et l'intégration du soignant en psychiatrie dans l'équipe pluridisciplinaire à travers les yeux du corps infirmier en psychiatrie et de déterminer la position du médecin psychiatre face à ces processus.*

*Objectif principal : Déterminer l'attrait pour l'IPA en psychiatrie et santé mentale chez les étudiants infirmiers en Institut de Formation en Soins Infirmiers du Nord et du Pas-De-Calais.*

*Méthodes : Réalisation de deux enquêtes descriptives, une multicentrique concernant les connaissances et l'attractivité du métier d'IPA en psychiatrie et santé mentale chez une population d'étudiants IFSI du Nord et du Pas-De-Calais et une monocentrique concernant le profil et les attentes de la première promotion d'IPA en psychiatrie et santé mentale à l'Université de Lille.*

*Résultats : L'enquête chez les étudiants IFSI du Nord et du Pas-De-Calais nous révèle que la dénomination IPA est connue par 72% des étudiants IFSI interrogés et 86,6% sont favorables à l'existence de ce nouveau statut, cependant, la connaissance des modalités de formation et des missions du métier reste parcellaire. Au total, 47 étudiants IFSI font le souhait de s'inscrire en IPA en psychiatrie et santé mentale dans les prochaines années.*

*Conclusion : Les étudiants IFSI sont séduits par le statut d'IPA en psychiatrie et santé mentale. Les psychiatres du Nord et du Pas-de-Calais vont voir arriver des Infirmiers en Pratique Avancée dès 2022. Le rôle du médecin va être déterminant pour définir leurs missions et leurs intégrations au sein de l'équipe pluridisciplinaire dont peuvent découler un bénéfice remarquable quant à la qualité de prise en charge des patients psychiatriques.*

**Composition du Jury :**

**Président : Professeur Olivier COTTENCIN**

**Assesseurs : Docteur Pierre SENAME**

**Directeur de thèse : Docteur Maéva MAGNAT**