

## Rapport de synthèse

### **Psychiatrie et santé mentale**

### **Enjeux et perspectives pour les pratiques infirmières**

**Mars 2010**

## **SOMMAIRE**

### **PREAMBULE**

1. Avertissement
2. Contexte
3. Attentes du CNOI
4. Délimitations du champ du rapport de synthèse
5. Méthode de travail

### **SANTE PUBLIQUE ET SANTE MENTALE**

1. Psychiatrie et santé mentale : enjeux de santé publique
2. Les besoins de soins en psychiatrie
3. Les besoins de santé en santé mentale
4. L'offre de soins en psychiatrie
5. Le bilan de la sectorisation
6. Le développement progressif d'une offre de services médico-sociale
7. Vers l'intégration des soins et des services : concilier continuité, globalité et qualité

### **PRATIQUES INFIRMIERES EN PSYCHIATRIE**

1. Modalités d'exercice
2. Santé mentale et pratique libérale
3. Formation et pratique infirmière
4. La perspective du management de cas
5. Construisons l'avenir !

### **RESUME ET CONCLUSION**

### **GROUPE DE TRAVAIL**

## PREAMBULE

### 1. Avertissement

Le présent travail ne vise aucune exhaustivité dans l'analyse des différents rapports sur la psychiatrie et la santé mentale parus ces dernières années. Il s'agit pour l'Ordre national des infirmiers, à partir d'une description du dispositif de soins et de services en psychiatrie et des enjeux de santé publique en santé mentale, de tracer les perspectives utiles à l'évolution des pratiques infirmières.

A ce titre, les références bibliographiques ont été volontairement limitées. Les perspectives d'évolution de la formation et des compétences infirmières en psychiatrie et santé mentale sont évoquées à partir d'une brève revue de littérature internationale permettant d'interroger les différents modèles d'intervention clinique.

Enfin, ce document relève d'une démarche de consensus professionnel interne à l'Ordre national des Infirmiers, qui souhaite par cette initiative contribuer à la promotion de l'exercice infirmier en psychiatrie et santé mentale.

### 2. Contexte

Institué par la loi en décembre 2006, l'Ordre national des Infirmiers (ONI) doit « *contribuer à promouvoir la santé publique et la qualité des soins* » et « *assurer la promotion de la profession* ». C'est dans ce cadre que l'ONI souhaite apporter sa contribution à l'évolution des pratiques infirmières en psychiatrie, et plus globalement à l'amélioration des soins et des services en santé mentale.

Il s'agit du premier chantier "métier" ouvert par l'Ordre. Il vise autant à promouvoir ce champ de l'exercice infirmier qu'à anticiper les évolutions possibles et attendues.

L'organisation de la psychiatrie et de la santé mentale va en effet être marquée par la mise en œuvre de la loi HPST, appelant une adaptation des différents leviers prévus par cette loi à la spécificité du domaine.

Plusieurs rapports ont été rédigés entre 2008 et 2010. Ils ont dressé un premier bilan du Plan santé mentale achevé en 2008 et permis de poser les bases d'une future grande loi de santé mentale. Le rapport de la Mission COUTY, et plus récemment les préconisations du Sénateur MILON au titre de l'OPEPS, indiquent eux aussi des axes majeurs d'amélioration sur le plan de la clinique, des organisations, des pratiques professionnelles et de la recherche scientifique.

Du côté de la formation des infirmiers, il est généralement admis que l'exercice infirmier en psychiatrie relève au minimum d'une spécialisation, voire d'un véritable référentiel de pratique avancée. Il ne peut y avoir d'efficacité des soins psychiatriques sans une expertise clinique infirmière garantissant l'observance, la continuité, la globalité et la qualité des réponses aux besoins des patients et de leurs proches. Les mesures de tutorat infirmier, mises en œuvre pour répondre à minima à ce besoin de formation spécifique et faciliter l'adaptation des nouveaux infirmiers, n'ont pas permis d'atteindre cet objectif d'expertise.

Les pratiques professionnelles sont relativement hétérogènes selon qu'elles se distribuent sur tel ou tel segment clinique du continuum de soins (prévention, éducation thérapeutique, urgences, suivi des situations chroniques, etc.).

Quand à la sectorisation psychiatrique, les différents bilans insistent sur l'inachèvement du passage entre l'intra et l'extrahospitalier, l'émergence de nouvelles problématiques de santé mentale et la nécessaire cohérence à rechercher entre ce qui relève aujourd'hui du sanitaire et du médico-social. L'évolution des besoins et des attentes des usagers (patients, familles) plaide pour le passage d'une logique de structures à une logique de services.

C'est donc à l'aube d'une nouvelle complexité clinique et institutionnelle que se trouvent la psychiatrie et la santé mentale. Les pratiques infirmières sont légitimement appelées à évoluer selon des modalités que ce rapport de synthèse va tenter de dégager.

### **3. Attentes du Conseil national de l'Ordre des Infirmiers**

Le CNOI a décidé, lors de sa session du 2 avril 2009, de constituer un groupe de réflexion animé par Christophe BOUCHET, conseiller national. Une note de cadrage a été rédigée afin de planifier la réflexion et mobiliser les différents échelons territoriaux de l'Ordre.

Le premier objectif a été d'effectuer une synthèse documentaire sur ce qui est dit de l'évolution de ce champ d'intervention.

Le CNOI a souhaité notamment que ce rapport de synthèse aborde les points suivants :

- l'évolution des prises en charge et l'impact du processus de désinstitutionalisation ;
- les données épidémiologiques sur la population prise en charge (vieillesse, évolution des thérapeutiques, évolution des soutiens sociaux et familiaux etc.) ;
- l'évolution de la profession d'infirmier au regard de l'évolution de la formation et de la visibilité réglementaire, avec une approche comparative des référentiels de formation des IDE face à la nécessaire spécialisation en psychiatrie ;

Une fois validé par le CNOI, le présent rapport doit permettre, à partir du socle de connaissances qu'il constitue, de faire émerger une réflexion professionnelle et de construire un argumentaire d'évolution.

### **4. Délimitation du champ de ce rapport**

Compte tenu, des attentes du CNOI, des enjeux actuels liés à la psychiatrie et la santé mentale et des pratiques infirmières dans ce domaine, nous faisons le choix d'aborder la problématique posée sous deux angles :

#### **▪ Une approche de santé publique en santé mentale :**

- Analyse de l'offre de soins et de services, dont le bilan de la sectorisation psychiatrique ;
- Caractéristiques socio-démographiques et besoins de santé des usagers (approche des maladies chroniques, ALD, consommations de soins, etc.) ;
- Démographie des métiers en santé mentale ;
- Enjeux de santé publique : prévention, prise en charge précoce des troubles émergents, handicap psychique et maladie chronique, vieillissement, facteurs de risques psychosociaux au travail, etc. ;

▪ **Une approche professionnelle :**

- Décrire et analyser le contexte actuel, les missions et les enjeux relatifs aux fonctions et champ de compétences des infirmiers exerçant en psychiatrie ;
- Décrire et analyser le contexte actuel, les enjeux, et situer les pratiques infirmières dans le champ élargi de la santé mentale (prévention et éducation thérapeutique, promotion de la santé) ;
- Analyser les référentiels de formation initiale des IDE concernant psychiatrie et santé mentale ;
- Interroger les évolutions possibles et attendues dans le registre des domaines de compétences et de la validation des savoir-faire selon les contextes de pratiques infirmières (secteur libéral ou salarié; continuum des pratiques entre prévention, éducations thérapeutique, soins spécialisés, etc.) ;

Compte tenu du cadre fixé par la commande initiale du CNOI, seront volontairement exclus de ce rapport les approches suivantes :

- une analyse comparée des référentiels de pratiques infirmières, notamment en ce qui concerne les pratiques avancées ;
- une analyse comparée des recommandations de bonnes pratiques et des référentiels des autorités et instances officielles de santé (HAS, HCSP, ANESMS...etc.) ;
- le débat entre transferts de compétences et délégations de tâches, et l'impact de cette problématique sur l'organisation et la qualité des soins ;
- les enjeux liés à la mise en œuvre du parcours LMD en sciences infirmières ;
- tout autre élément relatif aux missions régaliennes de l'Ordre, avec lequel le présent rapport ne saurait interférer.

**5. Méthode de travail**

- Analyse de la littérature scientifique, professionnelle et des rapports existants dans le domaine étudié ;
- Elaboration du rapport de synthèse ;
- Relecture du projet et amendements par un groupe d'infirmiers exerçant en psychiatrie.

## SANTE PUBLIQUE ET SANTE MENTALE

En France, les enjeux de santé publique en psychiatrie, intégrée dans le cadre global d'une politique de santé mentale, n'ont été dégagés qu'assez récemment. Bien que les principes de la sectorisation psychiatrique s'inscrivent clairement dans une logique de santé publique, il en est allé des maladies psychiatriques comme des autres maladies chroniques : il a fallu attendre les travaux préparatoires à la première loi de Santé publique de 2004 pour définir de véritables objectifs en ce sens. Cette approche invite le clinicien, le planificateur et le financeur à repartir de l'évaluation des besoins de soins et de santé des populations concernées, d'en évaluer la complexité, pour aboutir à la définition d'un panier de soins et de services gradués. Toutefois, dans les faits, la demande (des usagers, de leurs proches) reste très largement surdéterminée par les contraintes de l'offre de soins et de services (quantitative et qualitative), très inégalement développée selon les territoires.

Cette première partie vise à tracer les grandes lignes des besoins de soins et de santé en santé mentale et d'interroger en écho les réponses du côté de l'offre.

### 1. Psychiatrie et santé mentale : enjeux de santé publique

Avant toute chose, il semble utile de s'accorder sur les termes employés : psychiatrie et santé mentale.

En première approche, nous pouvons poser le principe de continuité d'actions de santé publique entre :

- ce qui relève de la prévention, la promotion et l'éducation à la santé, et donc d'une politique de *santé mentale*, cette dernière se définissant comme un état de bien-être dans lequel chaque personne réalise son potentiel, fait face aux difficultés normales de la vie, travaille avec succès de manière productive et peut apporter sa contribution à la communauté (OMS, 2007).
- ce qui relève du registre de l'altération légère, moyenne ou grave des capacités mentales et psychiques, de leurs conséquences en termes de handicap et donc d'une politique de *soins et de services spécialisés en psychiatrie*. La psychiatrie se définit alors à la fois comme discipline médicale et modalité d'organisation clinique des traitements et programme de soins au bénéfice des personnes confrontées à ces troubles.

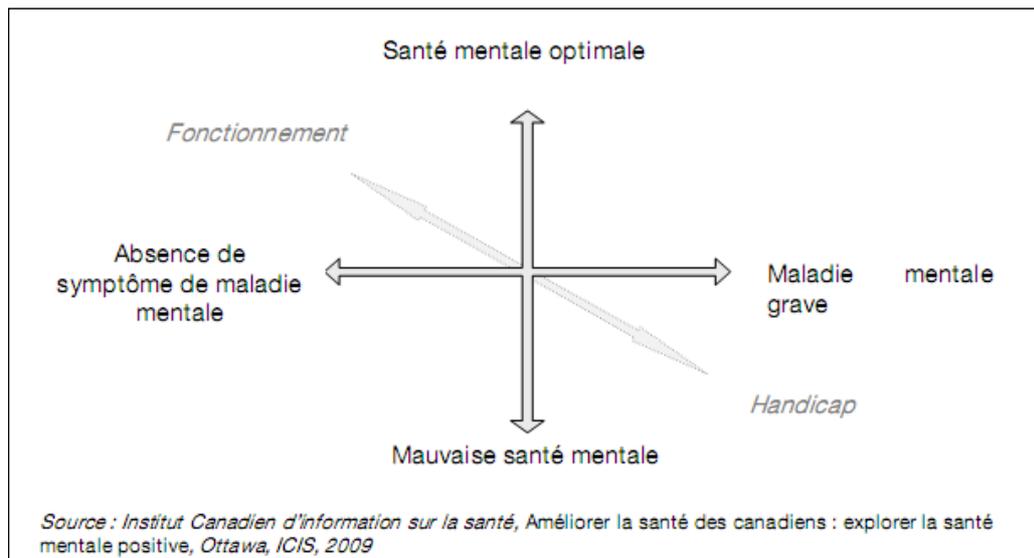
Pour autant, il existe une limite à ce principe, compte tenu des enjeux spécifiques à ces deux pôles du même continuum :

- l'articulation complexe entre la prévention des troubles mentaux et psychiatriques et la promotion de la santé mentale ;
- la quête de cohérence des politiques publiques, des dispositifs cliniques et des pratiques professionnelles entre les facteurs de risques partagés (en santé mentale) et les facteurs de risques spécifiques à chaque pathologie (en psychiatrie) ;
- le risque de dissolution des concepts au travers d'une équivalence élargie. Cette équivalence assimile psychiatrie et santé mentale dans un ensemble plus flou dont le vocable « souffrance psychique » tente difficilement de rendre compte. Elle interroge par extension la problématique de la psychiatrisation des problèmes sociaux.

- Un risque de dichotomie entre vision positiviste de la santé mentale (actions concourant à l'état de bien-être) et celle plus restrictive de la psychiatrie (actions limitant l'impact des altérations mentales et psychiques) dont l'évolution des classifications du handicap (CIF-OMS) tente de limiter l'impact;

**Figure 1 :**

[Viviane Kovess, Rapport « Prévention en santé mentale » pour le Conseil d'Analyse Stratégique, 2009]



Sans épuiser la complexité du sujet, loin de là, il s'agit de préciser ci-après les déterminants de santé publique relatifs aux maladies psychiatriques et aux enjeux de santé mentale.

## 2. Les besoins de soins en psychiatrie

L'OMS estime que les troubles mentaux et du comportement représentent 15 à 20 % de la charge globale de morbidité : or, la plupart des pays continuent à consacrer à la santé mentale de moins de 1 % à 3 % du total de leurs dépenses de santé. Les maladies chroniques en psychiatrie peuvent se répartir en fonction de leur prévalence, de leur gravité, de leur impact social et familial mais aussi du poids médico-économique qu'elles représentent. Voici quelques repères quant à leur prévalence en population générale :

- Schizophrénies et troubles apparentés : environ 1 %
- Les troubles de l'humeur (dépression, troubles bipolaires) : 1 à 2,5 % pour les troubles bipolaires ; de 5 à 15 % pour la dépression caractérisée ;
- Les troubles anxieux : de 2 à 5 %
- Les troubles liés aux addictions : environ 1 %, toutes addictions confondues
- Les troubles mentaux et du développement chez l'enfant : de 0,6 à 1 %
- Les troubles psychiatriques liés au vieillissement (démences) : 25 % des pathologies du sujet âgé ;
- Le risque suicidaire est particulièrement augmenté notamment dans le cadre de la schizophrénie avec un taux de suicide de 10 à 20 % ;

Le poids médico-économique (coûts directs et indirects) des maladies mentales en France serait d'environ 107 milliards d'euros par an [Documentation française, octobre 2009]. Les coûts indirects (perte de durée et de qualité de vie, perte de productivité et de participation sociale, etc.) pèsent cinq fois plus dans cette évaluation que les coûts directs (système de santé, prise en charge médico-sociale, allocations et indemnités, etc.). Ces chiffres pour la France sont convergents avec les données de l'OMS pour les autres pays.

Par ailleurs, les besoins de soins intègrent également les dimensions relevant du handicap psychique, soit l'ensemble des conséquences entravant les capacités d'autonomie pour les actes essentiels de la vie, de la vie quotidienne et de la participation sociale. Cette prise en compte des conséquences des maladies mentales par les professionnels de la psychiatrie nécessite une nouvelle approche de l'évaluation des besoins, des troubles affectant l'élaboration des plans personnalisés de soins et de santé et les stratégies d'intervention globale et coordonnée.

### 3. Les besoins de santé en santé mentale

Du côté des besoins en santé mentale, il semble pertinent de réfléchir par groupes de populations et/ou facteurs de risques, incluant les différents déterminants de santé. Nous proposons de mettre l'accent sur les quatre enjeux suivants :

- la vulnérabilité psychique liée à l'adolescence ;
- la vulnérabilité du sujet âgé ;
- Les facteurs de risques psychosociaux liés au travail ;
- La santé mentale des détenus.

Du côté des demandes de soins à la psychiatrie, nous assistons à une explosion des files actives (62% en 11 ans pour la psychiatrie adulte, 100 % pour la psychiatrie infanto-juvénile) [DREES, 2004]. En 2009, près de 500 000 enfants ont été suivis par un service de psychiatrie pour 1 200 000 adultes.

### 4. L'offre de soins psychiatriques

Depuis les années 1960, l'offre de soins psychiatriques a été structurée en France sur le principe de la sectorisation comme base de l'organisation territoriale. Le secteur ou l'intersecteur propose la gamme de soins et de services (de l'ambulatoire à l'hospitalisation en passant par toute la gamme possible de soins séquentiels et communautaires) nécessaires à une population d'une taille déterminée. La sectorisation s'appuie sur des principes fondamentaux tels que : la proximité, la continuité et la globalité des soins, la non-ségrégation, etc.

La sectorisation est marquée par un long processus de désinstitutionnalisation qui a promu des ressources ambulatoires et des alternatives à l'hospitalisation, que ces réponses relèvent directement de la compétence des services de psychiatrie ou du développement d'une offre médico-sociale (services d'accompagnement et établissements pour personnes en situation de handicap psychique).

Pour autant, même si le nombre de lits d'hospitalisation complète a été divisé par près de quatre en 60 ans (de 120 000 en 1950 à 37 000 en 2009), le transfert de moyens ne s'est pas opéré proportionnellement à l'augmentation des flux de demandes vers les réponses extra-hospitalières. Le décalage entre les ressources et les besoins de suivi ambulatoire des patients s'en est trouvé aggravé.

Les modes de prise en charge en psychiatrie de secteur se répartissent selon les modalités suivantes :

▪ Soins ambulatoires :

- Le CMP (Centre médico-psychologique) est le dispositif pivot du secteur, dont la fonction principale est d'accueillir les patients en milieu ouvert, à proximité de leur domicile. Il a pour mission de coordonner l'ensemble du parcours de soins du patient. Une étude récente menée par la MEAH (2008) interroge la qualité du fonctionnement des CMP. Elle propose des axes d'amélioration et des « bonnes pratiques organisationnelles » pour les délais d'attente, l'évaluation des besoins, la coordination et la globalité des soins, la tenue du dossier-patient et le travail en réseau avec les professionnels impliqués dans le suivi.
- Les compétences infirmières jouent ici un rôle central dans l'amélioration de la qualité du suivi clinique des patients, comme le confirme la première phase exploratoire de l'étude de la MEAH, en mettant en œuvre des pratiques d'intervention telles que les entretiens d'accueil/évaluation/orientation, la consultation infirmière spécialisée, la coordination du suivi avec les pivots de prise en charge extérieurs au CMP (entourage, médecin généraliste, services sociaux, tuteur...etc.), l'éducation thérapeutique et les protocoles cliniques dédiés à l'observance du traitement, les visites à domicile, les actions de soutien des proches, etc. Des expérimentations ont permis de vérifier que la mise en œuvre de ces outils cliniques conduit à réduire les délais d'accès aux soins, améliorer l'alliance thérapeutique et l'observance du traitement, la globalité et la qualité du suivi.

▪ Soins séquentiels :

- Le CATTP (Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel) : institué par l'arrêté du 14 mars 1986, le CATTP est un des moyens du dispositif de santé mentale visant un suivi dans la communauté et le maintien des liens sociaux de l'usager. L'objectif est de favoriser et de maintenir une existence autonome aux personnes soignées par des actions de soutien individuel et des thérapies de groupe. L'accueil et l'organisation d'activités adaptées ont pour but d'éviter l'isolement et la perte des capacités relationnelles, affectives et cognitives. Le CATTP s'adresse à une population de personnes souffrant de troubles psychiques et psychologiques nécessitant des soins d'intensité variable après une hospitalisation ou en prévention des risques de rechute pouvant mener à l'hospitalisation complète. Les personnes accueillies peuvent donc être adressées par le CMP, l'hôpital de jour et/ou au décours d'une hospitalisation complète mais aussi par des professionnels de santé libéraux (psychiatre libéral ou médecin généraliste). Les actes de soins sont variés et cumulent l'observance du traitement médicamenteux, l'éducation thérapeutique, les activités de groupe à médiation (art-thérapie, loisirs et culture, habiletés psycho-sociales...etc.) et l'accompagnement social.
- Les hôpitaux de jour : ils assurent des soins polyvalents individuels et intensifs prodigués dans la journée, à temps complet ou à temps partiel, conformément à la définition de la circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale. L'hôpital de jour a pour objectif principal de dispenser des soins plus intensifs que le CATTP et le CMP en préservant l'insertion, la réinsertion ou le maintien

des personnes atteintes de troubles psychiatriques ou psychologiques dans leur milieu familial, social ou professionnel. Les personnes accueillies peuvent être adressées par le Centre Médico Psychologique (CMP), ou au décours d'une hospitalisation complète ou encore par des médecins généralistes et psychiatres.

- Hospitalisation à temps complet : chaque secteur de psychiatrie possède une ou plusieurs unités d'hospitalisation temps plein, avec un nombre de lits limité, variable en fonction des besoins de la population, du projet médical mis en œuvre, des contraintes territoriales et institutionnelles pour y répondre et du dispositif sectoriel existant.

L'hospitalisation à temps complet vient compléter le continuum de soins prévu dans le cadre de la sectorisation psychiatrique, permettant d'associer des actions de prévention, de diagnostic, de soins aigus et réguliers, de réadaptation et de réinsertion sociale. Il existe trois modalités d'hospitalisation à temps complet : l'hospitalisation libre, l'hospitalisation à la demande d'un tiers et l'hospitalisation d'office. Une réforme est actuellement en cours concernant l'hospitalisation psychiatrique (organisée par la loi du 27 juin 1990) prévoyant notamment d'étendre l'obligation de soins en ambulatoire. La durée moyenne de séjour à temps complet diminue et de nouvelles formes d'hospitalisation apparaissent peu à peu : lits pour 72 heures ; dispositifs d'hospitalisation à domicile (par équipe de suivi intensif), etc. Enfin, si l'hospitalisation à temps complet est un dispositif central pour faire face aux situations de crise et d'urgence, il existe de nombreuses situations d'hospitalisations chroniques, maintenues par défaut d'alternatives en termes d'hébergement adapté et de suivi psychiatrique et médico-social suffisant. Les infirmier(e)s spécialisé(e)s en psychiatrie ont toutes les compétences pour contribuer au développement de ces alternatives aux hospitalisations dites « inadéquates ».

## 5. Le bilan de la sectorisation psychiatrique

De nombreuses contributions et rapports officiels ont établi un bilan critique et argumenté du développement de la sectorisation psychiatrique : bilan en demi-teinte d'une sectorisation inachevée, inégalement développée et parfois peu active en fonction des territoires.

Les rapports officiels récents s'accordent sur la nécessité d'une rénovation de la sectorisation psychiatrique afin de faire face aux nouveaux défis qui s'ouvrent à elle :

- défi des besoins de soins et de santé de la population et notamment des nouveaux enjeux de santé publique en santé mentale ;
- défi de la réduction des inégalités d'accès aux soins quelques soient les déterminants de l'accessibilité entravée (territoriale, financière, temporelle, culturelle, interprofessionnelle) ;
- défi de la continuité et de l'efficacité des soins dans une approche globale des maladies chroniques en santé mentale ;
- défi de la coopération et de l'intégration clinique, fonctionnelle et territoriale des dispositifs de soins et des pratiques professionnelles ;
- défi du passage d'une logique de structure à une logique de services rendus ;

Les inégalités territoriales d'accès aux soins psychiatriques sont criantes, majorées par le problème de la démographie des professions de santé (libéral, hospitalier, etc.) et d'une faible intégration territoriale des soins. De facto, dans de nombreux services de psychiatrie, les

infirmiers de secteur psychiatrique sont le plus souvent seuls en première ligne. Ils assurent et assument l'accueil et l'orientation des patients et de leurs proches ainsi que les entretiens de première intention. Ils détectent les situations d'urgence, apprécient l'évolution de l'état mental des malades, mesurent les risques pour les patients et leur entourage et prennent les mesures appropriées. Bien souvent, cela entraîne des glissements de fonctions dont il convient de prendre la mesure rapidement pour préparer les évolutions nécessaires. Les infirmiers expérimentés sont mobilisés en priorité pour ces missions à grande responsabilité et parfois à haut risque. Elles nécessitent en effet une compétence affirmée en clinique psychiatrique pour suivre en ambulatoire les patients de psychiatrie, notamment ceux souffrant de psychose. Le champ de l'exercice libéral reste également inexploré alors que des innovations cliniques importantes pourraient voir le jour notamment dans les soins somatiques, l'éducation thérapeutique et l'observance, la prévention du risque de rechute.

Une réflexion doit être engagée dès à présent sur les dispositifs de « soins partagés » entre les services spécialisés et les professionnels de première ligne impliqués dans le suivi des personnes (enfants ou adultes) confrontées à des troubles psychiques. Citons à titre d'exemple la collaboration entre les médecins généralistes et les services de psychiatrie, les actions de prévention et de suivi conjoint en ville impliquant les professionnels de santé libéraux (paramédicaux, médecins spécialistes), les dispositifs sanitaires et sociaux de droit commun.

Malgré ses écueils, les principes de la sectorisation psychiatrique restent d'actualité. Une rénovation de la sectorisation psychiatrique intégrée dans une approche territoriale graduée est nécessaire pour parvenir à développer sur chaque secteur des réponses de court terme (dépistage, prévention, crises, urgences, hospitalisations...), de moyen terme (suivi ambulatoire et à temps partiel, hospitalisation de jour...etc.) et de long terme (hébergement adapté avec suivi spécialisé, insertion professionnelle, participation sociale, soutien des proches...). Ce continuum engage nécessairement une psychiatrie intégrante et concertée avec les partenaires et services de proximité, une évolution des pratiques professionnelles renforçant l'expertise clinique et garantissant un socle commun de compétences partagées entre les différents professionnels, dont les infirmiers.

## **6. Le développement progressif d'une offre de services médico-sociale**

Le processus de désinstitutionnalisation en psychiatrie s'accompagne du développement d'une offre de services médico-sociale pour les personnes en situation de handicap psychique. Ainsi la mise en œuvre des lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005 a ouvert le champ de nouvelles modalités d'accompagnement proposées dans le cadre de plans de compensation du handicap validés par les MDPH (maisons départementales des personnes handicapées) :

- Des services d'accompagnement spécialisés à composante soignante et/ou socio-éducative : SAMSAH et SAVS ;
- Des établissements spécialisés : foyers de vie, foyers d'accueil médicalisé, maisons d'accueil spécialisés ;
- Des alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie : appartements associatifs, résidences-services, familles gouvernantes, etc. ;
- Des mécanismes de compensation financière permettant d'accéder à de nouveaux services au domicile : aides humaines, aides techniques.

Le Plan de Santé mentale 2005-2008 a impulsé une dynamique importante de créations de places dans le secteur médico-social pour les personnes en situation de handicap psychique. Par ailleurs, la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) a engagé un vaste chantier d'évaluation quantitative et qualitative de la prise en charge et de l'accompagnement du handicap psychique : évaluation du service rendu par les SAMSAH, définition des critères d'évaluation du handicap psychique (intégrés à la grille GEVA), expérimentations de suivi spécialisé...

De fait, de nouvelles articulations sont à construire entre la sphère du soin psychiatrique et les stratégies de réhabilitation psychosociale incluant les différents leviers existants l'accompagnement médico-social. L'impact sur les pratiques est majeur, tant pour l'évaluation, la définition des plans de soins et de services, la capacité à coordonner et les stratégies d'intégration des soins que pour les services en santé mentale.

## **7. Vers l'intégration des soins et des services : concilier continuité, globalité et qualité**

Les pathologies psychiatriques sont des maladies chroniques complexes nécessitant l'intervention simultanée et coordonnée d'une pluralité de professionnels, qu'il s'agisse des professionnels de première ligne, de soins primaires, ou des services spécialisés (psychiatriques et médico-sociaux). L'approche classique – française – de ces pratiques de réseau pose la problématique sous l'angle de la coopération entre structures. Le débat s'oriente alors rapidement sur les seuls mécanismes fonctionnels permettant de garantir – en théorie – l'efficacité des soins par la coopération.

La littérature scientifique et les expériences significatives de réseau en psychiatrie démontrent en premier lieu l'importance d'un tel travail en réseau, dans lesquelles les professionnels développent des stratégies d'intégration clinique et fonctionnelle.

Ainsi, l'intégration des services en réseau consiste à créer et à maintenir une régulation commune et coordonnée entre les différents acteurs. Ce processus s'opère d'abord et en permanence au niveau clinique puis au niveau fonctionnel entre des acteurs appartenant à des organisations et services autonomes d'un territoire. Ces acteurs sont tenus coresponsables de l'efficacité et de la qualité d'un système et des résultats relatifs à la santé et au bien-être de la population desservie. Cette meilleure intégration des pratiques au service du patient s'appuie sur une boîte à outils à la disposition des différents partenaires. En psychiatrie, ces pratiques intégrées sont à graduer à partir d'une vision dynamique des besoins de soins.

Il est possible de définir trois niveaux de pratiques de réseau (liaison / coordination / intégration complète) dépendant du degré de handicap, de l'importance des besoins de soins des personnes concernées et des attentes de l'entourage [cf. tableau ci-dessous]. Rapportée aux pratiques infirmières, cette graduation clinique doit permettre de réfléchir au degré nécessaire de spécialisation et de compétences, compte tenu de la sévérité des troubles, du degré d'urgence, de l'étendue des soins et services, etc.

Rapport de synthèse  
« Psychiatrie et santé mentale. Enjeux et perspectives pour les pratiques infirmières »

<b>Organisation des programmes de soins et de services en réseau intégré</b>			
<b>Critères</b>	<b>Niveaux d'intégration réticulaire</b>		
	<b>1 - Liaison</b>	<b>2 - Coordination</b>	<b>3 - Intégration complète</b>
<b>Repérage/Prévention des troubles</b>	Identifier et évaluer les besoins émergents en population générale	Repérer auprès des pivots du système de santé les populations à risque nécessitant une attention particulière	Améliorer les références (orientations) notamment en cas de modification des besoins
<b>Pratiques cliniques</b>	Comprendre et répondre aux besoins spécifiques des usagers dans le domaine des soins primaires, du suivi, éducation à la santé	Connaître les pratiques cliniques et s'appuyer sur les intervenants pivots pour coordonner l'intervention	Gérer le programme de soins et de services par une équipe multidisciplinaire
<b>Continuité des soins et des services</b>	Adresser le patient vers les recours pertinents et se tenir informé du suivi	Fluidifier et gérer les passages entre les différentes phases de la trajectoire de soins et de services	Organiser et délivrer directement l'ensemble des soins et des services nécessaires dans toutes les phases de la trajectoire de soins
<b>Echange d'informations</b>	Fournir de l'information à la demande et demander de l'information si besoin	Définir et transmettre les informations et les données utiles de façon régulière vers les différentes parties prenantes	Utiliser un recueil commun des données utiles (dossier patient partagé)
<b>Suivi actif et longitudinal (Case management)</b>	Aucun ou bien limité au courtage (orientation, recueil ponctuel d'informations)	Mise en place de référents cliniques (case manager) au sein d'une équipe de coordination	Equipe complète et expérimentée gérant la globalité du programme de soins et de services (équipe mobile, samsah...etc.)
<b>Financement des soins et services</b>	Identifier et comprendre les financements adaptés à chaque service mais aucune gestion de l'accessibilité financière des soins	Définir, compte tenu de la législation en vigueur, « qui doit payer quoi »	Mutualiser les coûts entre les différents partenaires et le financement des nouveaux services
<b>Caractéristiques des besoins de la personne</b>			
<b>Sévérité des troubles</b>	Faible à modérée	Modérée à importante	Modérée à importante
<b>Stabilité</b>	Stable	Stable	Instable
<b>Durée</b>	Court à long terme	Court à long terme	Long terme incluant la fin de vie
<b>Degré d'urgence</b>	Non urgent / situation régulée	Situation régulée	Urgence fréquente
<b>Etendue des services</b>	Faible à Modérée	Modérée à étendue	Etendue
<b>Capacité d'autonomie</b>	Importante	Variable	Faible capacité

Traduit et adapté par Saïd Acef, à partir de « Integrating medical and social services » - Walter N. Leutz [à paraître dans Revue de Santé Publique – SFSP, mars 2010 + Revue Vie sociale, avril 2010] - Ne pas reproduire sans autorisation

Précisons ci-dessous ce que cette approche complexe et graduée de l'intensité des soins en psychiatrie implique pour les pratiques professionnelles :

- Premier niveau : la liaison correspond aux situations de troubles émergents, légers ou modérés dont la prise en charge peut se faire sans un niveau de spécialisation clinique important ; les patients sont alors référés et suivis dans le système de santé en population générale. Toutes les actions de santé publique, de prévention et promotion de la santé en santé mentale se réfèrent à ce niveau simple de pratiques. Les professionnels sont informés et formés à l'évaluation et au suivi des besoins des usagers présentant ces troubles psychiques. Les critères d'échange d'information entre partenaires sont préalablement définis afin que chacun connaisse la conduite à tenir si nécessaire. Chaque partenaire maîtrise la connaissance des différentes ressources existantes et leurs critères d'accessibilité.
- Second niveau : La coordination engage une plus forte densité et étendue des liens entre les partenaires afin de garantir l'accès aux soins et la cohérence entre les soins primaires et les services spécialisés. Il s'agit d'une forme plus structurée, organisée et permanente d'intégration clinique et fonctionnelle. Elle correspond à des situations individuelles plus complexes tant au niveau des besoins, des troubles que des possibilités de soutien et d'autonomie dans la gestion de la maladie. La coordination suppose d'identifier préalablement les processus cliniques et organisationnels à structurer entre les différents acteurs du parcours de soins. Il s'agit des aspects classiques de filières de soins mais aussi de l'étendue de la "gamme" de soins et de services attendus par l'utilisateur et son entourage. L'évaluation et la structuration des processus cliniques et organisationnels permettent de garantir la continuité et la globalité des soins en identifiant les zones de friction, de chevauchement entre les pratiques et les temps de prise en charge, les risques de rupture dans la trajectoire et donc d'augmentation de la zone de vulnérabilité psychique, sociale et somatique du patient.
- Troisième niveau de complexité : L'intégration complète est réservée aux situations les plus instables, complexes. Elle concerne donc les troubles graves, persistants, à haut risque de rupture ou d'effet négatif quant à l'observance, la stabilité et la qualité de vie de la personne. Il s'agit alors de constituer une équipe unique, complète en termes de compétences requises pour l'intervention. Cette équipe prend en charge l'ensemble des axes du programme de soins et d'accompagnement de la personne. Nous trouvons ici les programmes ACT ou de suivi intensif dans la communauté, développés outre-Atlantique afin de proposer une alternative à l'hospitalisation répétée et inadéquate de patients complexes dans un contexte systémique de désinstitutionnalisation. Pour autant, une intégration complète "à la française", tenant compte de notre histoire et de la sectorisation psychiatrique, est possible par de nouvelles réponses d'accompagnement telles que les équipes psychiatriques de suivi dans la communauté ou les SAMSAH qui peu à peu développent de nouvelles formes d'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique<sup>1</sup>.

L'intégration des soins et des services en santé mentale suppose également que les professionnels prennent en compte les points de vigilance partagée entre partenaires. Ces points de vigilance sont l'ensemble des critères de l'intervention clinique permettant d'assurer la continuité et la qualité du service rendu au patient et à son entourage :

---

<sup>1</sup> CNSA, « *Suivi qualitatif SAMSAH et SSIAD* », Editions CNSA, Paris, Avril 2008.

CNSA, « *Dossier scientifique : Premières rencontres sur l'autonomie, Actes du colloque du 12 février 2009* », Editions CNSA, Paris, 2009

Rapport de synthèse  
« Psychiatrie et santé mentale. Enjeux et perspectives pour les pratiques infirmières »

Déterminants de la continuité des soins en santé mentale						Effets attendus sur la Qualité des services	
Dimension Relationnelle	Suivi longitudinal	Participation de l'utilisateur	Information/Communication entre intervenants	Individualisation des propositions	Flexibilité	Globalité	Accessibilité
<b>Définition des dimensions :</b>							
Qualité de la relation entre l'intervenant et le patient	Stabilité de la relation entre intervenant-patient	Insertion globale de la personne	Qualité de la communication /échanges d'information pour la trajectoire de soins et de services	Adaptation de la réponse aux besoins	Ajustement des services à l'évolution	Réponse à tous les besoins nécessaires	Absence de barrières dans l'offre des services
<b>I Indicateurs des dimensions couvertes par la continuité des services :</b>							
Degré de confiance et d'empathie	Durée des relations établies	Connaissance du réseau	Disponibilité de l'information	Plan de soins et de services	Temps et durée de suivi adéquats	Gamme des soins et services reçus	Géographique
Alliance thérapeutique Affiliation à des personnes référentes	Processus de suivi régulier (périodicité des visites)	Participation du patient à son plan d'intervention	Transmission d'information entre intervenants/organisations	Précision des objectifs d'intervention	Séquence d'intervention selon les besoins	Acceptabilité des soins et services par le patient	Temporelle: couverture des services
	% de temps non sans contact avec les services	Participation du patient à l'organisation des services	Capacité de relier l'histoire et la trajectoire de la patientèle	Cohérence des interventions	Besoins/ situation changeante	Mise en contexte de la trajectoire	Financière
		Choix des intervenants & interventions	Processus de référence entre deux services	Référence aux bonnes pratiques	Adaptation des rôles aux besoins	Intégration entre les soins et les services	Diversité des professionnels Interdisciplinarité
		Information sur l'évolution de sa maladie	Processus de transfert de la patientèle	Suivi des rencontres planifiées	"Smoothing" transition: services*		Culturelle
		Capacité de contrôle de sa maladie et de sa vie	Temps d'attente: services pré/post hospitaliers et autres...	% de perdus de vue			Disponibilité
			Volonté du patient à donner l'information	Degré d'observance du traitement			«Outreach»
↑ Principaux résultats entraînés par une amélioration de la continuité des services: démontrés ou supposés ↑							
<b>Effets positifs associés à la qualité des services :</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meilleur traitement de l'information et réponse aux problèmes rencontrés, notamment en matière de décisions cliniques</li> <li>• Amélioration de la réponse aux besoins</li> <li>• Amélioration de motivation et de la satisfaction des professionnels et des patients</li> <li>• Augmentation des chances que le patient participe à son propre « rétablissement »</li> <li>• Diminution des doublons des services, et donc amélioration de la disponibilité des ressources</li> <li>• Réduction du nombre et de la durée d'hospitalisation</li> <li>• Amélioration de l'efficacité (rapport utilisation des ressources/potential de services de soins disponibles)</li> <li>• Amélioration de la santé et du bien-être de la personne</li> <li>• Augmentation de l'alliance entre les usagers, les professionnels et le système de soins spécialisés</li> </ul>							

*Adapté et publié par Saïd Acef, avec l'aimable autorisation du Pr. Marie-Josée Fleury [Protocole de recherche, Institut Douglas, Université Mc Gill - Montréal 2005] – Ne pas reproduire sans autorisation*

L'exercice infirmier en psychiatrie et santé mentale est au cœur de cette recherche permanente de continuité des soins pour le patient dont la coordination clinique et organisationnelle ("case management" à la française) est l'une des garanties. La coordination engage des stratégies d'intégration fonctionnelle là où la nécessaire continuité des soins met les professionnels à l'épreuve de leurs pratiques cliniques. Le concept de continuité des soins et des services en psychiatrie est fortement polysémique dans la littérature scientifique. Bachrach<sup>2</sup> propose de la définir au sens strict comme « *le mouvement ininterrompu des patients au sein des différents éléments du système de santé et de prestations de soins et de services* ». Le même auteur insiste sur les déterminants de la continuité :

- La longitudinalité et la densité des liens entre l'utilisateur et les professionnels impliqués dans son suivi ;
- L'individualisation des réponses aux besoins de l'utilisateur et de sa famille ;
- La globalité des soins et des services délivrés à l'utilisateur ;
- L'adaptabilité de l'offre des services tenant compte de l'évolution de la situation ;
- La dimension relationnelle témoignant d'une relation de confiance mutuelle ;
- L'accessibilité (temporelle, spatiale, financière, culturelle, etc.) supposant de lever les obstacles à l'obtention des soins et services attendus ;
- La communication entre les intervenants qui œuvrent auprès des usagers et de leurs proches ;
- La participation de l'utilisateur à son plan personnalisé de soins et de services.

Quant à la coordination, Donabedian<sup>3</sup> propose de la voir comme le processus par lequel les différents éléments et relations constituant les soins durant toutes les séquences du parcours se combinent dans une conception globale

Continuité des soins et des services et coordination des pratiques sont les deux faces d'un même processus d'intégration clinique et fonctionnelle dont les pratiques infirmières sont probablement l'un des leviers essentiels. Ces évolutions sont au cœur des attentes des usagers (patients, familles). Mais elles ne pourront émerger véritablement que par l'élaboration de nouveaux modèles d'intervention existant dans d'autres contextes de pratiques.

Nous parlons ici des approches de prise en charge coordonnée (*disease management* ou *chronic care model*) qui intègrent toutes le management de cas (*case management*) comme une modalité contribuant à l'efficacité des processus de soins. Les travaux récents des autorités de santé françaises (HCSP, IGAS, HAS, ANESMS) évoquent brièvement ces modèles de prise en charge coordonnée des maladies chroniques :

Le "disease management" peut être défini comme « *un système coordonné d'intervention et de communication en matière de soins, dirigé vers des populations pour lesquelles les efforts des personnes atteintes de maladie chronique elles-mêmes ont un effet significatif.* »

Ces programmes visent à accroître la capacité des patients à se prendre en charge tout en impulsant un parcours de soins vertueux (efficacité médico-économique et qualité des soins conformes aux recommandations)<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> BACHRACH [1981], cité par Marie-Josée Fleury (op. cit.)

<sup>3</sup> DONABEDIAN, A. (1980) Explorations in quality assessment and monitoring . Ann Arbor, MI: Health Administration Press. The definition of quality and approaches to its assessment. Volume 1: The definition of quality  
CNOI

Les expériences les plus répandues de prise en charge coordonnée sont celles proposant un suivi et un soutien (en anglais *coaching*) téléphonique (exemple du diabète, asthme) de type éducation thérapeutique s'appuyant sur des pratiques de conseil, pratiques que l'on retrouve globalement dans le *case management* de courtage. En France, nous assistons à l'émergence de programmes d'éducation thérapeutique, d'information, de prévention et de conseil qui s'inspirent des principes du *disease management*. Ces programmes se déploient notamment dans le cadre des réseaux de santé pluri-thématiques territoriaux de proximité mais aussi par les mutuelles et assurances.

Il existe des limites cliniques et fonctionnelles importantes de ce type de prise en charge pour les situations complexes et donc à intervenants multiples nécessitant un suivi longitudinal plus ou moins intensif. En fait, l'obstacle majeur à l'efficacité à long terme de ces programmes est justement le faible déploiement des stratégies d'intégration clinique et fonctionnelle en réseau.

La prise en charge coordonnée du *chronic care model* ou du *disease management* a pour objectif d'informer et d'éduquer les personnes atteintes par une maladie chronique à améliorer leur capacité à prendre en charge leur maladie. Cependant, son action se focalise sur la modification des pratiques entre les professionnels de soins primaires et leur capacité à coopérer, plus que sur le renforcement des capacités d'auto-prise en charge des patients (*empowerment*) et la relation directe avec eux. Ce programme est donc complémentaire de la prise en charge coordonnée, car il met l'accent sur les stratégies d'intégration clinique permettant de renforcer les liens et les pratiques coordonnées en réseau. Ainsi, les pratiques de prise en charge sont intégrantes et flexibles en fonction du niveau de soutien nécessaire<sup>5</sup>. Elles contribuent au processus de rétablissement et la reprise d'un contrôle progressif de l'utilisateur sur sa pathologie et ses conséquences en facilitant des actions telles que :

- Le suivi coordonné dans l'environnement de vie ordinaire ;
- L'apprentissage à l'autogestion de la maladie et de ses conséquences ;
- Le soutien et la formation des proches ;
- Le soutien à l'insertion sociale et/ou professionnelle ;
- Le traitement concomitant des dépendances associées aux troubles psychiatriques ;
- L'intervention précoce et graduée dans les phases critiques vécues par le patient.

---

<sup>4</sup> HCSP, « La prise en charge des maladies chroniques », Rapport, La documentation française, Paris, 2009

LE FAOU, A.-L., « La prise en charge des maladies chroniques à l'étranger », Revue ADSP, n° 59, Paris, 2007

BRAS, P.-L., DUHAMEL G., GRASS E., « Améliorer la prise en charge des maladies chroniques », Rapport IGAS, Paris, 2006

<sup>5</sup> GOZLAN G, ACEF S., PETITQUEUX-GLASER C., « Soins partagés en santé mentale, quelles stratégies d'intégration clinique ? » Revue Santé mentale Québec, vol. XXXIV, n°1, printemps 2009

## PRATIQUES INFIRMIERES EN PSYCHIATRIE

### 1. Modalités d'exercice

Il existe peu de données permettant une analyse fine de la population infirmière exerçant en psychiatrie. Cependant selon les données SAE 2008, 33 280 infirmiers sont déclarés travaillant dans un établissement de soins en psychiatrie, représentant ainsi 6% des infirmiers en exercice en France. Nous ne possédons pas l'âge moyen de cet effectif, cependant 73% sont titulaires d'un diplôme infirmier de secteur psychiatrique, donc obtenu avant 1993. On peut donc s'attendre bientôt à un renouvellement des générations en exercice, compte tenu du nombre de départ en retraite à prévoir dans les prochaines années. Cependant il y a fort à s'inquiéter car le domaine reste peu attractif : le renouvellement des effectifs après les départs à la retraite risque d'accuser un déficit.

Les infirmiers exerçant en psychiatrie se caractérisent par une longue expérience institutionnelle puisqu'ils cumulent au moins 20 années d'exercice. Les infirmiers titulaires du diplôme unique postérieur à 1993 sont encore minoritaires, à peine plus de 25% de l'effectif global.

Compte tenu de l'organisation des soins en psychiatrie, reposant essentiellement sur le découpage sectoriel jusqu'ici exclusivement public, plus de 70% de l'effectif salarié exerce dans un établissement public et/ou participant au service public hospitalier. L'effectif salarié des infirmiers dans les établissements privés représente les 30% restants.

Jusqu'en 2005 le handicap psychique n'était pas identifié dans les établissements médico-sociaux, et la part des infirmiers salariés exerçant dans ce domaine restait marginale. Cependant la loi du 11 février 2005<sup>6</sup>, en reconnaissant le handicap psychique, modifie cette donnée. Dans les structures d'hébergement de type foyer de vie, les populations concernées par le handicap psychique augmentent et des professionnels bénéficiant d'une expérience en psychiatrie complètent les effectifs. Par ailleurs les nouvelles modalités de prise en charge ambulatoire, hors secteur psychiatrique, ouvrent la perspective de la participation des infirmiers d'exercice libéral à la prise en charge des populations concernées par un trouble psychiatrique en ville.

### 2. Santé mentale et pratique libérale

La Nomenclature Générale des Actes Professionnels infirmiers (NGAP) codifie les actes infirmiers en exercice libéral : soins de pratique courante, soins infirmiers à domicile pour un patient en situation de dépendance temporaire ou permanente, et soins spécialisés.

Les soins infirmiers à domicile pour patient en situation de dépendance temporaire ou permanente impliquent des séances de soins infirmiers ou des séances de surveillance clinique infirmière et de prévention du patient dépendant, ou un programme d'aide personnalisée en vue de favoriser son maintien, son insertion ou sa réinsertion dans son cadre familial et social.

C'est dans ce cadre de la nomenclature qu'une expérience de prise en charge à domicile par des infirmiers en exercice libéral a été réalisée sur prescription des psychiatres de secteur à Toulouse. La première analyse de cette expérience met en évidence une baisse significative du nombre et de la fréquence des ré-hospitalisations dites "inadéquates".

---

<sup>6</sup> Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »

### 3. Formation et pratique infirmière en psychiatrie

La formation des Infirmiers de secteur psychiatrique s'inscrit dans un long processus historique, indissociable de l'évolution de la prise en charge de la folie et de la maladie mentale au cours des siècles, dont trois verbes<sup>7</sup> peuvent rendre compte : « Garder, Surveiller, Soigner ». Le tableau ci-dessous propose une tentative de périodisation de cette évolution :

Evolution de la formation des infirmiers en psychiatrie - Quelques dates-clés
<b>Avant 1877</b> : La formation du personnel « subalterne » et auxiliaires des médecins est peu à peu développée afin d'avoir du personnel compétent pour garder et surveiller les malades dans les asiles.
<b>1878</b> : L'école d'infirmiers de "l'asile de la Salpêtrière" accueille ses premiers élèves.
<b>1907</b> : Passage de l'état de gardien des aliénés à celui du diplôme d'infirmier de secteur départemental en psychiatrie.
<b>1922</b> : Le titre « d'infirmier diplômé de l'État français » est créé. Il sanctionne une formation de deux ans axée sur le soin somatique mais n'incluant pas le soin en psychiatrie.
<b>1930</b> : Nouvelle formation sur 5 ans pour le diplôme d'infirmier des asiles d'aliénés de l'État Français
<b>1937</b> : Le terme « hôpital psychiatrique » apparaît officiellement, et remplace celui « d'asile d'aliénés » (le titre d'infirmier psychiatrique remplace celui d'infirmier des asiles d'aliénés).
<b>1945</b> : Après la seconde guerre mondiale, développement du mouvement de la Psychothérapie institutionnelle, œuvrant pour la désaliénation et la modification des rapports « soignants/soignés ». Dans les établissements appliquant cette approche, l'infirmier psychiatrique y acquiert un rôle propre et une reconnaissance de fait au sein de l'équipe médicale.
<b>1946</b> : Définition légale et officielle de l'infirmière par le Code de la santé publique. La spécificité de l'exercice infirmier en psychiatrie n'est pas évoquée ; les infirmiers psychiatriques sont maintenus à l'écart : leur diplôme n'a pas de reconnaissance nationale, il n'est reconnu que dans la région où s'est déroulée leur formation.
<b>1949</b> : L'exercice professionnel des infirmiers psychiatriques est limité aux seuls hôpitaux psychiatriques alors que les infirmières diplômées d'état peuvent travailler dans les deux secteurs sans avoir eu de formation psychiatrique. Dans les faits, les infirmières diplômées d'état viendront peu en psychiatrie, leur formation ne les y préparant pas.
<b>1955</b> : Création du premier diplôme pour les infirmiers des hôpitaux psychiatriques obtenu à l'issue d'une formation de deux ans.
<b>1969</b> : Le titre « d'Infirmier de secteur psychiatrique » (ISP) est officiellement entériné.
<b>1973</b> : La formation des ISP est portée à deux ans et quatre mois alternant théorie et stages.
<b>1979</b> : Le temps de formation est augmenté de cinq mois, avec une première année commune à la formation des infirmiers en soins généraux. Il leur faut désormais trois ans de formation avant d'être autorisés à passer un diplôme qui n'est alors toujours pas reconnu au niveau national.
<b>1992</b> : Le décret du 23 mars 1992 institue un programme d'études en soins infirmiers intégrant des connaissances en psychiatrie permettant aux infirmières en soins généraux de travailler dans le domaine de la santé mentale. Une passerelle est créée pour les infirmiers de secteur psychiatrique afin d'obtenir une équivalence du diplôme d'État d'infirmier en validant un stage de trois mois dans une discipline somatique (médecine interne, chirurgie, urgences).
<b>1999</b> : Pour les professionnels encore en poste, le diplôme des infirmiers de secteur psychiatrique encore en vigueur devient diplôme d'État d'Infirmier de secteur psychiatrique.
<b>2001</b> : Le Rapport Piel et Roelandt insiste sur le problème posé par la suppression de la formation spécialisée et les difficultés importantes de transition entre les infirmiers de secteur psychiatrique (en voie de disparition) et les infirmiers diplômés d'État. La non-reconnaissance entre les deux diplômes a provoqué une grave crise de recrutement et de compétences, d'épuisement professionnel pour les infirmiers spécialisés en exercice..
<b>2004 à 2010</b> : Le malaise du travail en psychiatrie prend de l'ampleur et devient un sujet de société (notamment avec le drame de l'hôpital psychiatrique de Pau). Cela débouchera sur le Plan santé mentale 2005-2008 prévoyant des formations complémentaires pour les infirmiers travaillant en psychiatrie (tutorat infirmier).
<b>Sources :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Site web « Psychiatrie Infirmière » : <a href="http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/histoire.htm/">http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/histoire.htm/</a></li><li>- Site web « Serpsy » : <a href="http://www.serpsy.org/">http://www.serpsy.org/</a></li><li>- Marcel Jaeger, <i>op. cit.</i></li></ul>

<sup>7</sup> Marcel Jaeger (Membre permanent de la MNASM, Titulaire de la Chaire Travail social et relation de services, CNAM - Paris), paru dans « Garder, Surveiller, Soigner : Essai d'histoire de la profession d'infirmier psychiatrique », CEMEA, n°3, 1990

Rapport de synthèse  
« Psychiatrie et santé mentale. Enjeux et perspectives pour les pratiques infirmières »

Un bref comparatif du référentiel de formation ISP et IDE permet de comprendre l'impact clinique de la réforme de la formation :

<b>Référentiel de Formation préparant au diplôme d'ISP (avant 1992)</b>				
<b>Modules</b>	<b>Durée en semaines</b>	<b>Enseignements</b>	<b>Stages</b>	<b>Total</b>
<b>Module 1</b> Cycle d'introduction aux soins infirmiers	36 semaines	960 heures	480 h	1 440 h
+ Stage 1, temps plein	4 sem.	-	160 h	160 h
<b>Module 2</b> Spécificité du soin infirmier en psychiatrie	10 sem.	200 h	200 h	400 h
<b>Module 3</b> Soins infirmiers en psychiatrie infanto-juvénile	10 sem.	200 h	200 h	400 h
+ Stage 2, temps plein	4 sem.	-	160 h	160 h
<b>Module 4</b> soins infirmiers en psychiatrie générale I	10 sem.	200 h	200 h	400 h
<b>Module 5</b> soins infirmiers en psychiatrie générale II	10 sem.	200 h	200 h	400 h
+ Stage 3, temps plein	4 sem.	-	160 h	160 h
<b>Module 6</b> soins infirmiers en pathologie somatique I	10 sem.	200 h	200 h	400 h
<b>Module 7</b> soins infirmiers en pathologie somatique II	10 sem.	200 h	200 h	400 h
+ Stage 4, temps plein	4 sem.	-	160 h	160 h
<b>Module 8</b> Introduction à la vie professionnelle	4 sem.	120 h	40 h	160 h
<b>Total</b>	<b>116 semaines</b>	<b>2 280 heures</b>	<b>2 360 heures</b>	<b>4 640 heures</b>

A la suite de la suppression du diplôme d'ISP, la formation théorique en psychiatrie est réduite de 400 heures et les stages obligatoires de santé mentale ou psychiatrie sont limités à 280 heures. Des stages cliniques (géronto-psychiatrie, pédopsychiatrie ou psychiatrie adulte) et des stages optionnels sont possibles, ce qui limite le manque de spécialisation à l'intérieur d'une formation IDE polyvalente.

En effet ce programme de 132 semaines de théorie et 136 semaines de stage, qui s'inscrit dans le contexte européen d'équivalence des diplômes, doit permettre aux infirmiers de répondre à l'ensemble des problèmes de santé d'un individu ou d'un groupe dans le domaine préventif, curatif, de réadaptation et de réhabilitation et de travailler dans tous les secteurs d'activité. Cette réforme a par ailleurs entraîné la fermeture de 75% des centres de formation professionnelle en psychiatrie au bénéfice presque exclusif des anciennes écoles d'infirmières, faisant disparaître les apports spécifiques de la psychiatrie dans la nouvelle formation des IDE.

Il est donc évident que la suppression du diplôme infirmier de secteur psychiatrique en 1992 a été particulièrement délétère pour l'exercice de la profession en psychiatrie. Il n'existe pas, depuis la suppression du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique, de formation spécifique préparant à cet exercice. Cependant, afin de faciliter la prise de poste des nouveaux infirmiers diplômés d'état, dans le cadre du plan santé mentale 2004-2008, et à la suite des recommandations du groupe de travail « l'évolution des métiers en santé mentale : recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé » :

Rapport de synthèse  
« Psychiatrie et santé mentale. Enjeux et perspectives pour les pratiques infirmières »

- La note de cadrage DGS-SD6C/DHOS-P2 n° 234 du 8/07/2004 propose un cahier des charges portant sur la formation à la consolidation des savoirs en psychiatrie. Cette formation en alternance est avant tout complémentaire de la première année de prise de fonction. Le programme pédagogique repose sur l'analyse de pratiques. La formation répartie sur deux années est modularisée en cinq fois trois jours. Cette formation n'est pas diplômante.
- La circulaire DHOS/P2/O2DGS/6C/2006/21 du 16 mai 2006 relative à la mise en place du tutorat infirmier complète le précédent dispositif et propose un accompagnement de proximité dans les services. Le programme de consolidation des savoirs prévoit 15 jours de formation à partir du référentiel suivant :

<b>Consolidation des savoirs en psychiatrie</b>		
<b>Modules</b>	<b>Jours</b>	<b>Heures</b>
<p><b>Module 1 : Sémiologie et psychopathologie + Organisation de la santé mentale et législation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expression des attentes des professionnels</li> <li>- Sciences humaines et santé publique.</li> <li>- Santé mentale - handicap psychique (rappels), psychiatrie et législations (rappels)</li> <li>- Actualités nationales et locales concernant le champ de la psychiatrie et de la santé mentale;</li> <li>- Modes d'hospitalisation avec et sans consentement : droit des malades et mode de protection</li> </ul>	<p><b>3 jours</b> <b>2 jours</b></p>	<p><b>24 heures</b> <b>16 heures</b></p>
<p><b>Module 2 : Accueil du patient et de sa famille.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation à l'accueil : <ul style="list-style-type: none"> <li>- analyse de la situation ; mobilisation des ressources ; problématiques ; évaluation de l'urgence ; proposition d'orientation ;</li> <li>- travail sur l'acceptation ou non des soins.</li> </ul> </li> <li>- La relation : <ul style="list-style-type: none"> <li>- formation à l'entretien et à l'entretien téléphonique ; formation à l'entretien d'aide centré sur la personne ;</li> <li>- connaissance de soi dans la relation de soin ; transfert/contre-transfert... ;</li> <li>- la famille des personnes malades.</li> </ul> </li> <li>- Les outils de soins : <ul style="list-style-type: none"> <li>- la démarche diagnostique et la démarche de soin ;</li> <li>- observer ; laisser raisonner, analyser ; élaborer des hypothèses cliniques, mettre en œuvre des soins et les évaluer.</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>3 jours</b></p>	<p><b>24 heures</b></p>
<p><b>Module 3 : Éthique et soins.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Populations spécifiques (généralités) : <ul style="list-style-type: none"> <li>- les adolescents ; les personnes en situation de grande précarité. Pharmacie - Éducation des malades</li> <li>- molécules ; classification; protocoles ; posologie ; recherches.</li> </ul> </li> <li>- Le soin infirmier en psychiatrie : <ul style="list-style-type: none"> <li>- approche corporelle et quotidienneté ;</li> <li>- la temporalité (maladie chronique, durée des soins, alliance thérapeutique)</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>4 jours</b></p>	<p><b>32 heures</b></p>
<p><b>Module 4 : Équipe et techniques de soins.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le soin infirmier en psychiatrie : <ul style="list-style-type: none"> <li>- fonction thérapeutique des dispositifs de soins et équipe pluri-professionnelle</li> </ul> </li> <li>- Les techniques de soins (généralités) : <ul style="list-style-type: none"> <li>- les techniques de soins à visées psychothérapeutiques par l'infirmier ;</li> <li>- thérapies systémiques brèves ; technique de médiation et d'animation de groupe ;</li> <li>- formation gestion de l'agressivité/la violence : la crise ; formation à la réhabilitation psychosociale.</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>3 jours</b></p>	<p><b>24 heures</b></p>
<b>Durée totale</b>	<b>15 jours</b>	<b>120 heures</b>

Il revient aux établissements de santé d'organiser un projet global d'accueil des nouveaux infirmiers tenant compte des recommandations des deux circulaires ci-dessus. Des crédits ont été alloués, sur appel à projet, sur la période 2006-2009 afin de faciliter la mise en œuvre de ces dispositifs.

Le Plan psychiatrie et santé mentale (PPSM) 2005-08 a distribué 75 millions d'euros de crédits spécifiques de 2006 à 2008 pour une formation de consolidation des savoirs pour tout nouvel infirmier diplômé d'Etat affecté dans un service de psychiatrie et son accompagnement individuel par un tuteur (un infirmier volontaire ayant une expérience d'au moins cinq ans) sur plusieurs semaines. *« La finalisation de la montée en charge du dispositif de formation des infirmiers psychiatriques. Dans de nombreuses régions, la déclinaison du dispositif de formation et de tutorat des infirmiers nouvellement en exercice en psychiatrie est encore en cours en 2009, sur la base des crédits du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) prévus pour la période 2005-2008, compte tenu des retards pris au démarrage de ce dispositif »<sup>8</sup>.*

Depuis cette circulaire de 2009, aucun bilan national n'a été effectué sur le déploiement de cette mesure et ses effets qualitatifs sur le terrain. Des résultats épars existent au niveau régional, collectés par les ARH ou valorisés par les établissements eux-mêmes.

Depuis, la réforme du programme de 2009, concernant l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier dans sa forme actuelle, ne résout pas la question de l'enseignement de la psychiatrie. Pour ce qui est de leur formation, il est généralement admis que l'exercice infirmier en psychiatrie relève au minimum d'une spécialisation, voire d'un véritable référentiel de pratique avancée.

Il ne peut y avoir d'efficience des soins psychiatriques sans une expertise clinique infirmière garantissant l'observance, la continuité, la globalité et la qualité des réponses aux besoins des patients et de leurs proches. Les mesures de tutorat infirmier, mises en œuvre pour répondre à minima à ce besoin de formation spécifique et faciliter l'adaptation des nouveaux infirmiers, n'ont pas permis d'atteindre cet objectif d'expertise.

Les pratiques professionnelles restent relativement hétérogènes selon leur contexte institutionnel et clinique (prévention, éducation thérapeutique, urgences, suivi des situations chroniques, etc.), et elles sont peu valorisées.

Quant à l'organisation des soins et des services, l'émergence de nouveaux problèmes de santé mentale requiert une meilleure cohérence entre les interventions, car celles-ci se heurtent encore trop souvent au cloisonnement entre les secteurs sanitaire et médico-social et aux obstacles à la coopération entre professionnels.

Dans le même temps, au niveau européen et international, des avancées importantes ont eu lieu concernant le cadre d'intervention des infirmiers. Plusieurs études et référentiels de pratiques peuvent en témoigner.

Il existe de véritables opportunités de valorisation réciproque des savoir-faire. Les pratiques infirmières en psychiatrie sont donc légitimement appelées à évoluer selon des modalités que l'Ordre national des Infirmiers souhaite promouvoir dès à présent.

---

<sup>8</sup> CIRCULAIRE N°DHOS/O2/DGAS/3SD/DGS//MC4/CNSA/2009/97 du 08 avril 2009 relative aux modalités concertées de mise en œuvre de l'allocation de ressources 2009 dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale.

#### 4. La perspective du management de cas

La notion de "*management de cas*" (en anglais, *case management*) en santé mentale est de plus en plus souvent évoquée en France. Elle nécessite donc un éclairage complet et argumenté au niveau théorique et pratique. En effet, trop souvent restreint à son aspect gestionnaire pur du parcours du patient, le management de cas recouvre des dimensions cliniques et organisationnelles complexes qui pourraient être combinées avec les autres évolutions attendues dans les pratiques en psychiatrie.

L'accompagnement de type management de cas permet d'appréhender l'ensemble des champs d'intervention nécessaires pour répondre globalement aux besoins du patient. Il permet d'établir un plan de soins et de services spécialisés suffisamment souple, réactif et intégré facilitant l'alliance thérapeutique, l'adhésion du sujet et de son entourage au projet de soins.

Le management de cas vise aussi à aider les patients vulnérables à maintenir et améliorer leurs compétences dans leur environnement habituel. L'intervention vise le développement des aptitudes individuelles avec le soutien d'un *intervenant pivot* (réfèrent clinique et coordonnateur du parcours), qui coordonne les services, établit les liens autour du patient et assure une présence et une disponibilité continue sans offrir à lui seul directement l'ensemble des prestations.

Le management de cas évalue la dynamique entre les problèmes du patient et les ressources / caractéristiques de son environnement de vie. Ce processus est multidimensionnel, dynamique et dure dans le temps. Il tient compte des besoins fondamentaux inhérents à chacun. Toute intervention est fondée sur une relation de confiance mutuelle et un partage de responsabilité dans une perspective d'autonomisation de l'individu et de sa capacité à interagir. Elle contribue à soutenir la personne, dans le renforcement de ses compétences et de sa volonté d'action.

Le Québec, les États-Unis et la Grande-Bretagne développent des modèles de management de cas décrits dans l'organisation de leurs systèmes de santé. Ils s'inscrivent pour la plupart dans les programmes de santé publique gouvernementaux, territoriaux ou fédéraux.

Dans le contexte français, il existe des formes proches du management de cas dans les pratiques de secteurs, qu'il s'agisse des pratiques infirmières ou des travailleurs sociaux. La référence soignante ou éducative, les fonctions de coordonnateur des soins ou de parcours/projet sont des notions inscrites dans les discours et les pratiques

Les référentiels et recommandations existants (HAS et ANESM) reprennent ces notions dans le cadre plus global de la qualité de l'accompagnement et du projet de vie. Il n'y a donc pas de dichotomie nette entre le management de cas des pays anglo-saxons et les pratiques de référence et de coordination en France. Pour autant, il convient de préciser les contours théoriques et cliniques des différents modèles de management de cas, afin de saisir la contribution possible de ces modèles d'intervention à l'évolution des pratiques infirmières en France.

Loin de dissoudre les compétences et les champs d'exercice professionnel, le management de cas appelle le renforcement de l'expertise clinique et organisationnelle des infirmiers. Il met en effet l'accent sur les compétences et les outils visant une plus grande qualité des soins et une pratique interprofessionnelle structurée.

Dans le management de cas, les pratiques de prise en charge sont intégrantes et flexibles en fonction du niveau de soutien nécessaire.

### **Les différents modèles de management de cas<sup>9</sup>**

Il existe plusieurs modèles de management de cas, pour lesquels sont définies cinq fonctions de base communes :

- Evaluation globale des besoins de soins et de santé
- Planification des soins et des services
- Liaison et coordination
- Suivi longitudinal
- Soutien à la participation directe et effective de l'utilisateur (en anglais, *empowerment*)

A ces cinq fonctions de base communes certains modèles ajoutent différents traitements ou pratiques de réadaptation/réhabilitation. Cinq modèles de management de cas sont à ce jour identifiés :

**Le management de cas par "mise en relation", ou "courtage"** est généralement considéré comme inefficace. Il est néanmoins souvent utilisé aux Etats-Unis car attractif par son faible coût au regard nombre de situations de patients gérés par le « case manager » ou intervenant pivot. C'est un modèle souvent réactif plutôt que proactif, chronophage, qui ne permet pas une véritable intégration entre les interventions et qui génère un nombre important de « "perdus de vue". Lorsque que l'on parle de management de cas en France, on se réfère systématiquement à cette forme primaire de case management dont il est clair qu'elle est inadaptée au suivi des pathologies chroniques et complexes en psychiatrie.

Le management de cas par mise en relation se résume à une fonction de coordination administrative et gestionnaire du parcours de soins certainement adapté au suivi de patients simples dont il faut surveiller les constantes et assurer le suivi de l'éducation thérapeutique (exemple du diabète, asthme, nutrition...etc.). Dans le domaine des pathologies psychiatriques sévères, il est insuffisant et inadapté. Les formes suivantes sont plus pertinentes.

**Le management de cas clinique**, propose un intervenant pivot, par ailleurs clinicien. L'intervention thérapeutique est faiblement liée à des actions de mise en relation. L'efficacité du modèle s'avère limitée du fait du peu d'intérêt des cliniciens pour les activités de mise en relation. Le modèle est efficace pour des personnes présentant des troubles importants ayant pour conséquence des difficultés d'observance. Il est peu flexible et peu intégré dans l'environnement naturel de la personne. Ce modèle est généralement observé de façon prédominante dans l'organisation du secteur psychiatrique en France, avec le système « d'infirmier référent ». Le professionnel accompagne le patient dans une relation stable et durable qui se veut acceptée sur un mode volontaire.

**Le management de cas de réadaptation** est une approche développée par le Boston University Psychiatric Center. L'intervention clinique s'effectue selon des modalités précises : définition d'objectifs de réadaptation/évaluation clinique et fonctionnelle de la personne ; enseignement et soutien dans les compétences nécessaires à la personne pour qu'elle puisse mobiliser et obtenir les ressources couvrant ses besoins. La participation du patient est active à toutes les étapes.

---

<sup>9</sup> Classification de Corrigan et al. (2008)  
CNOI

**Le management de cas fondé sur le concept des forces personnelles**<sup>10</sup> est le modèle le plus abouti pour la représentation et l'intégration dans l'environnement naturel du patient. L'intervenant pivot s'appuie sur les capacités du patient et renforce ses compétences psychologiques, cognitives, sociales dans son environnement naturel envisagé comme lieu ressource. Quel que soit le niveau de sévérité des symptômes ou d'incapacités du patient, l'intervenant pivot se déplace vers le patient et accompagne le processus de changement.

#### **Le suivi intensif en équipe (A.C.T) et le suivi intensif individuel (A.C.T Individuel)**

Cette approche plus structurée s'adresse aux 10 à 20 % des utilisateurs les plus réguliers des services de santé (ré-hospitalisations à répétition, nomadisme médical, peu d'observance) présentant des difficultés sociales importantes et des co-morbidités associées (dépendances, usagers de drogue et d'alcool). Les besoins sont complexes sur le long terme et le bénéficiaire du service peu demandeur. Les réponses aux besoins sont rarement uniques et sont partagées avec d'autres services relevant d'autres compétences. Ce modèle nécessite l'organisation d'une équipe multidisciplinaire dédiée, qui assure plusieurs prestations de soutien et de traitement. La coordination simple s'avère insuffisante. Les interventions se font d'autant plus en milieu "naturel" que le patient n'honore pas ses rendez-vous, ce qui nécessite d'aller à sa rencontre.

On ne prendra pas parti, dans le présent rapport, entre ces diverses formes de management de cas. L'Ordre national des infirmiers va poursuivre sa réflexion pour aider les confrères à déterminer eux-mêmes la ou les formes les plus adaptées à leurs patients et à l'environnement de leurs interventions.

---

<sup>10</sup> Charles RAPP et Richard GOSCHA, The strengths models: case-management with people with psychiatric disabilities, 2<sup>nd</sup> Edition, Oxford, 2006  
CNOI

## 5. Construisons l'avenir !

Ce détour par les données de la littérature internationale et les expériences significatives en psychiatrie peut servir de base à une réflexion approfondie et des propositions innovantes.

Rappelons que ce rapport de synthèse exclut volontairement le débat entre transfert de compétences et délégation de tâches et son impact sur l'organisation et la qualité des soins en psychiatrie. Sans aller non plus sur le terrain d'une analyse des enjeux liés à la mise en œuvre du parcours LMD en sciences infirmières (et ce que cela pourrait signifier pour une nouvelle spécialisation en psychiatrie), l'Ordre national des Infirmiers considère que l'évolution des pratiques infirmières en psychiatrie et santé mentale est un chantier urgent et important.

- L'urgence de répondre aux besoins de soins et de santé des patients et aux attentes de leurs proches ;
- L'urgence de répondre à la "désertification professionnelle" qui existe déjà sur de nombreux territoires et aux inégalités croissantes d'accès aux soins psychiatriques ;
- L'importance de reconnaître et de valoriser les savoir-faire, l'expertise clinique de l'exercice infirmier en psychiatrie et santé mentale.

Ces enjeux feront prochainement l'objet de travaux et de propositions concrètes dans la continuité de ce premier document. Il s'agira d'élaborer et de valider un socle de compétences spécialisées et reconnues en psychiatrie autour des axes fondamentaux de la pratique infirmière en psychiatrie et santé mentale :

- évaluation des besoins de soins et de santé des personnes confrontées à des troubles psychiatriques ;
- prévention des facteurs de risques, incluant l'éducation thérapeutique ;
- principes et pratiques de la relation thérapeutique ;
- observance, consultation et suivi infirmier spécialisé ;
- coordination, continuité et qualité des soins ;
- gestion des situations de crises ;
- démarche réflexive et production de connaissances en sciences infirmières.

## RESUME ET CONCLUSION

Institué par la loi en décembre 2006, l'Ordre National des Infirmiers (ONI) doit « *contribuer à promouvoir la santé publique et la qualité des soins* » et « *assurer la promotion de la profession* ». C'est dans ce cadre que l'ONI souhaite apporter sa contribution à l'évolution des pratiques infirmières en psychiatrie et plus globalement à l'amélioration des soins et des services en santé mentale.

La santé mentale est l'un des défis majeurs de santé publique. Les infirmiers font partie des acteurs essentiels de ce secteur, tant pour la prévention que l'évaluation, les soins et les services rendus, quels que soient les lieux de vie des personnes confrontées à des troubles psychiatriques. Les contributions récentes en vue de la future loi de Santé Publique prévue pour les prochains mois insistent sur la nécessité de redéfinir les dispositifs de prise en charge des maladies chroniques. La réduction des inégalités de santé est au centre des préoccupations. Le contexte actuel de la psychiatrie doit également tenir compte de la mise en œuvre de la loi HPST

Pour l'Ordre, il est impératif d'anticiper les évolutions nécessaires et attendues par les usagers (patients et familles) et les acteurs de terrain.

En 2005, la Mission nationale d'appui en santé mentale établissait un bilan mitigé de la sectorisation psychiatrique, au développement inachevé et inégale selon les territoires. Plaidant pour le passage d'une logique de structures à une logique de services, la mission préconisait une réorganisation de l'offre en psychiatrie, articulant de façon rationnelle et graduée une offre de soins et de services de court, moyen et long termes. Le Centre Collaborateur français de l'OMS pour la santé mentale (CCOMS) a aussi largement contribué à une vision de la psychiatrie intégrée à la cité, fondée sur une démarche participative des usagers et des élus locaux, contribuant à une véritable politique territoriale de santé mentale.

Plusieurs rapports ont été rédigés entre 2008 et 2010, dressant un premier bilan du Plan santé mentale achevé en 2008 et permettant de poser les bases d'une future grande loi de santé mentale. Le rapport de la Mission COUTY, et plus récemment les préconisations du Sénateur MILON au titre de l'OPEPS indiquent eux aussi des axes majeurs d'amélioration sur le plan de la clinique, des organisations, des pratiques professionnelles et de la recherche scientifique.

Les associations d'usagers (patients et familles) ont depuis de nombreuses années fait part de leurs attentes. Le Livre blanc paru en 2001 insiste sur l'absolue nécessité d'assurer un suivi global et continu sur le plan des soins, de l'accompagnement et du soutien des proches. Ces associations ont appelé en 2004 à un véritable plan d'urgence en six points : l'accès à des soins spécialisés, la garantie de ressources minimales pour vivre, des possibilités d'hébergement adapté, un accompagnement effectif vers l'autonomie, une protection juridique, des possibilités de participation sociale et professionnelle.

Les infirmiers prennent une part significative dans la mise en œuvre de ces actions ; plusieurs constats peuvent être faits concernant leur formation et leur exercice en santé mentale.

Évidemment, l'évolution de la philosophie des prises en charge est la conséquence des avancées dans la connaissance scientifique permettant de mieux traiter la maladie : établissement du diagnostic, meilleure réponse thérapeutique aux traitements, diminution des effets secondaires.

Tout cela permet d'entrevoir de nombreuses alternatives à l'hospitalisation et au maintien de la personne soignée dans son environnement. Ces alternatives impliquent d'autres champs que le champ médical et la loi du 5 février 2005 qui reconnaît le handicap psychique intègre ainsi comme un acteur essentiel le champ médico-social.

Dans tous les cas, ce changement de paradigme dans la considération de la personne soignée, nécessite des collaborations interprofessionnelles (et non pas pluridisciplinaires) et l'évolution des pratiques professionnelles concernées par la prise en charge directe et/ou indirecte de la personne soignée, ouvrant largement la participation à d'autres acteurs au-delà de "l'équipe de secteur" prônée jusqu'ici.

C'est dans ce contexte que la question de la compétence infirmière en psychiatrie se pose et mérite d'être définie. L'évaluation de la personne soignée étant la pierre angulaire nécessaire à la définition du plan de soins, traitement, interventions, la contribution de l'exercice infirmier en psychiatrie est particulièrement attendue et son rôle fortement interpellé.

Les approches inspirées par les principes du "management de cas" apparaissent particulièrement intéressantes à cet égard. L'Ordre national des infirmiers va poursuivre sa réflexion pour aider les confrères à déterminer eux-mêmes la ou les formes de ce management les plus adaptées à leurs patients et à l'environnement de leurs interventions.

Ces évolutions sont nécessaires,

Nos partenaires européens et internationaux les mettent d'ores et déjà en œuvre,

En France, il est temps dès à présent de **construire l'avenir** !

## **GROUPE DE TRAVAIL**

### **Membres du groupe de travail « Santé mentale »**

Bernadette AFONSO MABEAU, Conseillère départementale de l'Ordre des Infirmiers, 58

Henriette AHLBORN, Conseillère départementale, 38

Marie-Ange BORASO, Conseillère nationale

Christophe BOUCHET, Conseiller national

Emmanuel DALLIERE, Conseiller départemental, 17

Pascal DELAGE, Conseiller départemental, 16

Sylvie GRASSET-LAC, Conseillère nationale

Isabelle HERNANDEZ, Conseillère départementale, 94

Enrique LEDESMA, Conseiller départemental, 75

Frédéric LEROY, Conseiller départemental, 60

Marc MILON, Conseiller départemental, 27

Maurice MUTIN, Conseiller départemental, 01

Françoise POYOL, Conseillère départementale, 92

Jean-Pierre RIBIERE, Conseiller départemental, 52

Hervé VIENNET, Conseiller départemental, 63

### **Infirmières chargées de la rédaction du projet**

Cécile PETITQUEUX-GLASER, Infirmière de secteur psychiatrique, Hôpital de jour, Centre Hospitalier, Erasmes (92)

Sylvie SANTONI, Infirmière coordinatrice, réseau autisme (77)