

# **Ecole Nationale de la Santé Publique**

**Filière des Infirmiers Généraux**

**Promotion 1999**

**Les aides-soignants en unités d'admission de  
psychiatrie générale : Le développement de  
compétences par la dynamique d'équipe.**

**Nicole CHAVALLARD**

## **SOMMAIRE**

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>p 1</b>
<b>1<sup>ère</sup> PARTIE : LE CADRE THEORIQUE.....</b>	<b>p 4</b>
<b>1.1. Le cadre de l'étude .....</b>	<b>p 4</b>
<b>1.1.1. Le soin infirmier en psychiatrie .....</b>	<b>p 4</b>
<b>1.1.1.1. Evolution .....</b>	<b>p 4</b>
<b>1.1.1.2. La santé .....</b>	<b>p 5</b>
<b>1.1.1.3. La maladie mentale et le soin en psychiatrie .....</b>	<b>p 5</b>
<b>1.1.1.4. Le soin infirmier en psychiatrie générale .....</b>	<b>p 8</b>
<b>1.1.2. L'aide soignant en unité d'admission de psychiatrie générale.....</b>	<b>p 11</b>
<b>1.1.2.1. Le cadre réglementaire.....</b>	<b>p 11</b>
<b>1.1.2.2. L'activité .....</b>	<b>p 12</b>
<b>1.1.2.2.1. L'activité liée à l'environnement du malade .....</b>	<b>p 13</b>
<b>1.1.2.2.2. L'activité de soin .....</b>	<b>p 13</b>
<b>1.2. Le cadre théorique .....</b>	<b>p 16</b>
<b>1.2.1. Les compétences .....</b>	<b>p 16</b>
<b>1.2.2. Les compétences particulières des aides soignants .....</b>	<b>p 18</b>
<b>1.2.3. Le développement de compétences .....</b>	<b>p 21</b>
<b>1.2.4. La dynamique d'équipe .....</b>	<b>p 24</b>
<b>1.2.5. La problématique .....</b>	<b>p 25</b>
<b>2<sup>ème</sup> PARTIE : L'ENQUETE AUPRES D'UN ETABLISSEMENT DE</b>	
<b>PSYCHIATRIE GENERALE .....</b>	<b>p 27</b>
<b>2.1. La méthodologie .....</b>	<b>p 27</b>
<b>2.1.1. Le lieu .....</b>	<b>p 27</b>
<b>2.1.2. Les conditions de faisabilité .....</b>	<b>p 28</b>
<b>2.1.3. La population .....</b>	<b>p 28</b>
<b>2.1.4. La méthode .....</b>	<b>p 28</b>
<b>2.2. Les résultats de l'enquête .....</b>	<b>p 29</b>
<b>2.2.1. La première hypothèse .....</b>	<b>p 30</b>
<b>2.2.1.1. Les difficultés des aides soignants .....</b>	<b>p 30</b>

2.2.1.2. La compétence particulière .....	p 34
2.2.1.2.1. Les connaissances.....	p 34
2.2.1.2.2. Les capacités relationnelles.....	p 36
2.2.1.2.3. Les capacités transversales.....	p 38
2.2.1.3. Le développement des compétences .....	p 40
2.2.2. La deuxième hypothèse .....	p 40
2.2.2.1. Le développement des compétences .....	p 40
2.2.2.2. Analyse .....	p 45
2.3. Synthèse des résultats .....	p 51

### **3<sup>ème</sup> PARTIE : PROPOSITIONS DE L'INFIRMIERE GENERALE PAR**

<b>RAPPORT A L'INTEGRATION DES AIDES SOIGNANTS .....</b>	<b>p 54</b>
<b>3.1. Conceptions personnelles .....</b>	<b>p 54</b>
<b>3.2 Propositions d'actions .....</b>	<b>p 55</b>
<b>3.2.1. Au niveau stratégique .....</b>	<b>p 55</b>
<b>3.2.1.1. Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences .....</b>	<b>p 57</b>
<b>3.2.1.2. Formation .....</b>	<b>p 57</b>
<b>3.2.1.3. Information et communication .....</b>	<b>p 57</b>
<b>3.2.1.4. Le service de soins infirmiers .....</b>	<b>p 58</b>
<b>3.2.2. Au niveau opérationnel .....</b>	<b>p 59</b>
<b>3.2.2.1. Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences .....</b>	<b>p 59</b>
<b>3.2.2.2. La formation .....</b>	<b>p 61</b>
<b>3.2.2.3. L'information et la communication .....</b>	<b>p 62</b>
<b>3.2.3. Le service de soins infirmiers .....</b>	<b>p 62</b>
<b>3.2.3.1. Les préalables à l'intégration des aides soignants .....</b>	<b>p 63</b>
<b>3.2.3.2. La professionnalisation .....</b>	<b>p 63</b>
<b>3.2.3.2.1. Des infirmiers .....</b>	<b>p 64</b>
<b>3.2.3.2.2. De l'encadrement infirmier .....</b>	<b>p 64</b>
<b>3.2.3.3. L'accompagnement des équipes .....</b>	<b>p 66</b>
<b>3.2.3.4. L'encadrement des stagiaires .....</b>	<b>p 66</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>p 68</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>p 70</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>P 75</b>

## INTRODUCTION

L'intégration de professionnels, autres qu'infirmiers et médecins, auprès de patients présentant des troubles psychiatriques est récente. Actuellement, nous constatons que de plus en plus d'établissements de secteur psychiatrique intègrent dans leurs effectifs des aides-soignants. De plus, leur champ d'affectation ne reste pas seulement limité aux services de personnes âgées ou arriérés mentaux. Il semblerait que le contexte économique de maîtrise des dépenses de santé favorise cette orientation. La perspective de l'allocation budgétaire à l'aide des indicateurs fournis par le programme de médicalisation du système d'information (PMSI) accrédite cette option. En effet, la comparaison des coûts entre établissements, à l'aide des points indicateurs synthétiques d'activités (ISA), pour déterminer les ressources, favorisent ceux qui emploient des aides-soignants.

Or, notre expérience d'encadrement d'équipe d'infirmiers et d'aides-soignants dans des unités de patients déficitaires, nous a interpellés quant à la place des aides-soignants auprès de patients présentant des troubles psychiques importants. Malgré une formation d'adaptation à l'emploi, complémentaire à celle prévue dans le dernier programme de formation, les aides-soignants de ces unités éprouvaient de la difficulté à comprendre les comportements et réactions de ces malades. De ce fait, ils réagissaient par des attitudes inadaptées, pouvant engendrer de la violence de la part des personnes soignées.

Suite à cette expérience, notre a priori excluait les aides-soignants dans les unités d'admission de psychiatrie générale. Progressivement, nous avons modifié notre regard et nous nous sommes interrogés sur :

***« Comment se développe la compétence des aides-soignants dans les unités d'admission de psychiatrie générale ? »***

Dans notre futur établissement, l'affectation des aides-soignants s'est faite souvent par défaut (candidatures infirmières insuffisantes) ou, du fait du statut de stagiaire des élèves infirmiers de secteur psychiatrique, recrutés par l'établissement le premier jour de formation. En effet, en cas d'échec au diplôme, ils obtenaient

l'équivalence du certificat d'aptitude à l'exercice d'aide-soignant. En conséquence, en tant que personnel recruté par l'établissement, ils étaient affectés dans les unités de soins sur des postes d'infirmiers. L'intégration des aides-soignants s'est donc effectuée au coup par coup, sans politique d'intégration, ni réflexion préalable. Puis, au fur et à mesure des restructurations, ils ont été redistribués, en priorité, dans les unités accueillant des personnes déficientes, chroniques ou gériatriques. Cette année, une unité d'admission de psychiatrie générale expérimente la présence de quatre aides-soignants dans l'équipe infirmière. L'affectation d'aides-soignants en unité d'admission devient, de ce fait, d'actualité dans l'établissement.

L'affectation des aides-soignants dans les unités de psychiatrie générale, dites d'admission, interpelle l'infirmière générale qui, dans le cadre de sa mission, effectue des choix stratégiques quant à la répartition des emplois et à la gestion prévisionnelle des ressources humaines, à l'adéquation des qualifications et des compétences au regard des besoins de soins. Elle priorise et prend des décisions avec l'objectif constant de la qualité des soins.

Mais au préalable, elle doit d'abord tenter de comprendre la particularité de l'activité de l'aide-soignant compte tenu de la spécificité des pathologies et du contexte d'exercice. Au cours de l'étude, nous avons essayé de cerner les difficultés que peuvent rencontrer les aides-soignants en unité d'admission de psychiatrie générale et définir les compétences requises pour ce lieu d'exercice. Notre réflexion nous a conduit à penser qu'ils pouvaient exercer, si un certain nombre de conditions était réuni, pour faciliter l'émergence de leur compétence dans ce domaine, et nous a permis de poser deux hypothèses :

- 1. « L'exercice des aides-soignants en unité d'admission de psychiatrie générale nécessite une compétence particulière ».**
- 2. « La dynamique d'équipe participe au développement de cette compétence »**

Pour vérifier ces hypothèses, notre démarche a consisté, dans une première partie, à présenter le cadre théorique relatif aux soins en psychiatrie. Celui-ci a été défini à partir de notre expérience professionnelle puis complété par des écrits d'autres professionnels. Après avoir délimité l'activité des aides-soignants dans les unités d'admission de psychiatrie générale, nous aborderons les concepts de compétence

et de leur développement, pour pouvoir définir la compétence particulière requise pour l'exercice de l'aide-soignant dans ces unités.

La deuxième partie sera consacrée à l'enquête réalisée dans un établissement ayant intégré des aides-soignants dans toutes leurs unités de soins. Nous analyserons des entretiens réalisés auprès d'aides-soignants et d'autres professionnels avec lesquels ils travaillent. Cet établissement possède une expérience de plusieurs années quant à l'affectation d'aides-soignants en unité d'admission.

En troisième partie, après avoir défini nos conceptions, nous dégagerons des propositions relatives au développement des compétences des aides-soignants, pour faciliter leur intégration et leur professionnalisme.

## **1<sup>ère</sup> PARTIE : LE CADRE THEORIQUE :**

### **1.1. LE CADRE DE L'ETUDE :**

#### **1.1.1. Le soin infirmier en psychiatrie :**

Avant d'aborder le soin infirmier en psychiatrie générale et plus particulièrement en unité d'admission, nous montrerons succinctement l'évolution récente de la psychiatrie et de la profession d'infirmier.

##### ***1.1.1.1. Evolution :***

Longtemps l'exercice infirmier en psychiatrie s'est inscrit dans un cadre unique, en ce sens, que l'infirmier était le seul professionnel avec le médecin, à pouvoir exercer auprès de malades mentaux. Les infirmiers assuraient non seulement les soins mais aussi les tâches hôtelières et l'entretien ménager des locaux. Puis, peu à peu, d'autres professionnels tels les Agents de Service Hospitalier (ASH) ont été intégrés.

Parallèlement, le soin en pluriprofessionnalité est apparu avec l'introduction des psychologues, des assistantes sociales. La politique de secteur, mise en place progressivement depuis les années soixante-dix, a permis de développer une prise en charge pluridisciplinaire et une ouverture de l'hôpital vers l'extérieur, favorisant ainsi un travail en réseaux. Le décroisement et la pluridisciplinarité ont apporté une plus grande richesse dans le travail complexe du soin aux personnes souffrant psychiquement.

Dans ce contexte, l'aide-soignant peut aussi enrichir la pluridisciplinarité, du fait de sa complémentarité avec l'infirmier.

Le travail extra-hospitalier, induit par la politique de secteur, a permis d'avoir une action conséquente au niveau de la prévention et d'assurer un meilleur suivi des personnes soignées tout au long de leur trajectoire. C'est pourquoi, actuellement, les durées d'hospitalisation sont réduites. En conséquence, le séjour des personnes accueillies dans les unités de psychiatrie générale correspond, le plus souvent, à une période de crise. Les soins dont bénéficient ces personnes requièrent observation clinique et analyse pour des réponses individualisées et adaptées, y compris pour les soins de base pouvant être réalisés par les aides-soignants en collaboration avec les infirmiers. Cette évolution requiert une adaptation des compétences requises pour

l'ensemble des soignants intervenant auprès des personnes prises en charge par les équipes du secteur de psychiatrie et plus particulièrement, dans le cadre de notre étude, pour celles qui s'occupent des personnes hospitalisées.

Depuis 1992, la formation spécifique des infirmiers de secteur psychiatrique n'existe plus du fait de la réforme des études, instituant une formation commune et un diplôme unique quel que soit le lieu d'exercice futur des infirmiers. Aussi, on pourrait penser que l'évolution du cadre législatif permette aux aides-soignants d'exercer dans toutes les spécificités de la psychiatrie, à l'image des infirmiers.

#### **1.1.1.2. La santé :**

La définition proposée par le guide infirmier de la santé mentale est <sup>1</sup>« *un état dynamique, susceptible de varier, qui nécessite un processus d'adaptation de l'homme à son environnement. Cet état le rend apte à assumer les étapes de la vie, à en affronter les agressions et à vivre en harmonie avec lui même et les autres.*»

La santé correspond à un état d'équilibre, où l'homme est adapté à son milieu de vie. L'individu est capable de faire face aux divers facteurs de l'environnement, la maladie étant une rupture de cet équilibre, une réponse inadéquate au changement de milieu. Elle se traduit par une souffrance physique et/ou psychologique.

#### **1.1.1.3. La maladie mentale et le soin en psychiatrie :**

Selon Paul BERNARD<sup>2</sup> « *on peut définir la santé mentale comme les aptitudes de l'individu :*

- *à rétablir des relations satisfaisantes avec autrui;*
  - *à participer de façon constructive aux modifications du milieu, ce qui suppose que l'individu doit jouer un rôle actif dans la société et contribuer à les modifier;*
- autrement dit, on peut considérer qu'un individu réagit d'une façon "saine" si, au cours de son développement, il se montre envers ses conflits capable d'une adaptation flexible*

---

<sup>1</sup> Guide du service infirmier, série soins infirmiers n°11, « l'évolution des orientations en santé mentale et la fonction hospitalière »

<sup>2</sup> Frédéric MASSEIX, « Guide des soins infirmiers en santé mentale », éditions hospitalières, 1998, p 45



*qui, tout en sauvegardant ses besoins instinctifs fondamentaux, lui permet de supporter les frustrations nécessaires et l'angoisse qui en résulte. »*

Jacques SUTTER<sup>3</sup> définit dans le dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique, la santé mentale comme une « *aptitude du psychisme à fonctionner de façon harmonieuse, agréable, efficace et à faire face avec souplesse aux situations difficiles en étant capable de retrouver son équilibre* ». On peut dire que la maladie mentale est l'état d'une personne qui ne peut pas s'adapter à son environnement, n'accepte pas les frustrations, a des difficultés à communiquer avec le monde extérieur, et n'arrive pas à résoudre ses conflits intérieurs.

La maladie mentale correspond à une perturbation dans les interactions entre la personne et son environnement ce qui engendre de la souffrance et gêne ses capacités de vie relationnelle et d'adaptation à la société.

*« Les maladies soignées par le psychiatre ont en commun de perturber la vie relationnelle, de se manifester au point où la parole de l'un cherche à rencontrer l'écoute de l'autre. Cet échange, cette communication sont évidemment ancrés dans un contexte social et culturel, qui trace son empreinte sur le fonctionnement de chacun des acteurs. La médecine se reconnaît, par l'intermédiaire de la psychiatrie, la mission de déceler les points de rupture de cette communication, d'en reconnaître les causes, de mettre au point des modalités thérapeutiques. »<sup>4</sup>*

Le **soin en psychiatrie** vise à restaurer et à maintenir l'équilibre psychique de la personne soignée.

Ce soin s'inscrit dans un travail d'équipe pluridisciplinaire. La réflexion de chaque professionnel, de chacune des catégories professionnelles contribue à l'élaboration d'un projet thérapeutique spécifique à chaque malade. La communication autour du malade et au sein de l'équipe est essentielle à la réflexion qui, elle-même, est indispensable à l'élaboration du projet de soin, à l'adhésion de chacun et à la cohérence de sa mise en œuvre et de son suivi.

*« L'acte de psychiatrie est un acte intellectuel demandant une grande technique et une excellente formation. Mais un médecin intervient rarement seul. On est passé d'un*

---

<sup>3</sup> Jacques SUTTER, Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique, sous la direction de Jacques POSTEL, p 484

<sup>4</sup> Jean-Pierre OLIE, Christian SPADONE, « Les nouveaux visages de la folie », éditions JACOB, Paris 1993, p16

« *fonctionnement solitaire* » à une chaîne où le psychiatre s'intègre. »<sup>5</sup> selon le Dr Simon Daniel KIPMAN et Jean Michel THURIN.

Suite à la circulaire du 15 mars 1960, la politique de secteur s'est instaurée progressivement. Elle a ajouté une dimension préventive et sociale à la mission curative du soin en santé mentale. Cette politique a permis une ouverture sur la ville et le développement des alternatives à l'hospitalisation à temps complet ( hôpitaux de jour, de nuit, Centres Médico-Psychologiques, Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, Accueils Familiaux Thérapeutiques, Appartements Thérapeutiques ....). De nombreuses pathologies ont été prises en charge en ambulatoire ou à temps partiel. En conséquence, le nombre de lits a diminué.

*"Cette politique de santé communautaire, privilégiant les actions précoces, la prévention, les soins primaires et la prise en charge ambulatoire implique un recentrage de l'hospitalisation sur sa vocation thérapeutique et une meilleure insertion sociale des malades mentaux. Ce recentrage est également nécessaire car la psychiatrie doit répondre, sans moyens financiers supplémentaires, à de nouveaux besoins (urgences, augmentation de la toxicomanie, psychiatrie de liaison, interface psychiatrique, pathologies sociales), au risque d'être cantonné à la prise en charge des malades psychotiques, dans des hôpitaux dont la conception date de plus d'un siècle."*<sup>6</sup>

Comme le souligne Patrick MORDELET, les établissements à vocation psychiatrique, comme les autres centres hospitaliers, traitent de plus en plus les phases aiguës des pathologies. L'évolution de la psychiatrie s'est faite parallèlement à celle de la société.

Les pathologies se modifient avec le contexte socio-économique (urbanisation, perte du lien social, familial, augmentation du chômage, de la précarité, de l'exclusion).

Ces paramètres font émerger des décompensations graves et génèrent des patients en crise. L'hospitalisation concerne donc ces patients en état de crise.

---

<sup>5</sup> Raymond SOUBIE, (sous la direction de), Santé 2010 (santé, maladies et technologies), document n°5 : réflexions prospectives sur la santé mentale, p 345

<sup>6</sup> Patrick MORDELET, « Le management des établissements psychiatriques » Actualités et dossier en santé publique, Revue trimestrielle du Haut Comité de la Santé Publique, n°15, juin 1996, pp XVII- XIX

#### ***1.1.1.4. Le soin infirmier en psychiatrie générale :***

Les soins infirmiers, quel que soit le lieu d'exercice, sont « préventifs, curatifs ou palliatifs » et de « nature technique, relationnelle et éducative » en référence au décret du 15 mars 1993 relatif à la compétence infirmière. L'infirmier a une approche centrée sur la personne et non sur les actions de soins que son état nécessite, il prend en compte son environnement familial et social.

*« La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, familles et groupe à déterminer et atteindre leur potentiel physique, mental et social dans le contexte dans lequel ils vivent et travaillent »<sup>7</sup>*

Les soins infirmiers, auprès de personnes présentant des troubles psychiatriques, sont individualisés à la personne mais peuvent se réaliser individuellement ou en groupe.

En psychiatrie, le soin relationnel est présent dans toutes les dimensions. Le rôle propre consiste en l'association de soins de confort et d'entretien de la vie ainsi que de soins relationnels; il en est de même pour le rôle prescrit où les soins techniques incluent des soins relationnels qui varient en fonction des troubles psychiques.

*« Les soins infirmiers en santé mentale ont des aspects techniques et relationnels spécifiques. Ils visent à rétablir l'intégrité physique et mentale de l'individu, à l'aider à découvrir et comprendre ses difficultés et à lui donner les moyens de les résoudre. »<sup>8</sup>*

La particularité des soins infirmiers, auprès de malades présentant des troubles psychiatriques, réside dans l'écoute de la demande du patient, puis dans le décodage et l'analyse de cette demande, afin de mettre en place une réponse et une attitude adaptées. L'écoute infirmière prend en compte les différents niveaux de communication (verbal, comportemental). Les messages transmis par le patient doivent être décodés à partir de la connaissance de celui-ci et en lien avec les connaissances cliniques de l'infirmier.

---

<sup>7</sup> Guide du service infirmier, série organisation et gestion du service infirmier n°5, « le lien pour la santé - continuité des soins entre les différents mode d'exercice », p 8

<sup>8</sup> Guide du service infirmier, série soins infirmiers n°11, « l'évolution des orientations en santé mentale et la fonction hospitalière », p 42

*« Le rôle infirmier est basé sur la recherche du sens aux symptômes du malade et sur la prise en charge relationnelle de celui-ci. »<sup>9</sup>*

Le raisonnement clinique de l'infirmier permet d'identifier la demande du patient à partir de la manifestation de symptômes, de rechercher le sens de cette demande pour y apporter une réponse adaptée.

*« L'organisation psychique particulière fait émerger dans le quotidien des attitudes, des comportements, des réactions qui paraissent insolites, hors de la réalité et qu'on ne peut expliquer uniquement qu'au regard du présent c'est à partir de ces symptômes, en faisant tout un travail de décodage avec les malades que ceux ci prennent sens et dévoilent la difficulté de la personne à exister, à être au monde véritablement. »<sup>10</sup>*

En ce sens, l'observation infirmière est indispensable pour permettre ce travail de décodage et d'élaboration du processus de soins adéquat mais aussi précieuse pour le médecin car elle constitue un élément indispensable pour son diagnostic. Elle est d'autant plus importante que le médecin ne peut pas avoir, à lui tout seul, toutes les informations utiles à son diagnostic.

Dans le cadre d'un travail d'équipe pluriprofessionnelle, l'observation est aussi indispensable pour les autres partenaires du soin. Sa transmission permet l'information et représente une aide pour l'équipe de soins, quant à la connaissance de la personne soignée, à la compréhension de son problème et à l'élaboration de sa prise en charge.

Chaque acte de soin est relié aux autres pour constituer un ensemble cohérent qui donne sens au soin. L'acte de soin s'inscrit dans un système complexe, où un certain nombre d'interactions sont mises en œuvre. C'est pourquoi, il est difficile de décomposer le soin en tâches différenciées. Aussi, nous parlons plus facilement de situations de soins.

Dans toutes situations de soins, individuelles ou groupales, s'établissent des interactions soignants/soignés. Le soignant est amené à s'interroger sur les mécanismes qu'il met en place pour entrer en relation ainsi que sur les facteurs environnants qui peuvent influencer le système relationnel.

---

<sup>9</sup> Marie-Hélène VIGILANT, « Aide soignant en psychiatrie, peut-on parler d'un rôle spécifique », objectif soins, septembre 1997, n°56, p 25

<sup>10</sup> Christine BASTOUILL, « Pour un contenu de formation initiale spécifique en psychiatrie. Soins infirmiers. Sens, non sens, d'une pratique » Sociologie santé, maison des sciences de l'homme d'Aquitaine, Bordeaux, décembre 1997, n° 17, p 129

*« Il se dégage ce qui caractérise précisément les systèmes, la notion de complexité, du fait des interactions mises en jeu entre la personne ou le groupe de personnes qui vivent et agissent, l'environnement : physique, affectif, social, culturel, le moment, les circonstances. »<sup>11</sup>*

La personne soignée n'est pas un individu isolé, elle est intégrée dans un environnement familial ou social. Aussi, l'infirmier établit des relations avec la famille pour dédramatiser, écouter, expliquer, soutenir. Le soin infirmier s'inscrit dans une prise en charge plus globale incluant d'autres partenaires : psychologue, psychomotricien, assistant social,...

Le soin d'entretien de la vie et de confort ne constitue pas seulement un acte visant le confort et le bien-être du malade. Il a des fonctions différentes selon la pathologie et l'état de la personne soignée. Il est un médiateur à la relation thérapeutique et une aide à l'observation clinique. Les soins d'hygiène des personnes atteintes de maladies mentales, intègrent plusieurs dimensions et peuvent, par exemple, permettre un(ré)apprentissage de la toilette, une intégration du schéma corporel, un moyen d'établir une relation... Il est nécessaire d'être vigilant quant à l'attitude à adopter envers les personnes psychotiques et délirantes, pour lesquelles l'approche reste particulière.

La spécificité professionnelle des infirmiers est comparable à celle des éducateurs dont Valérie PEZET, Robert VILLATTE, Pierre LOGEAY <sup>12</sup> disent qu'elle est *« permanente mais masquée par l'apparente banalité des propos et des situations »*. En effet, les actes proches de la vie courante tels que le lever, la toilette, les repas, les activités d'accompagnement, font oublier qu'ils sont plus complexes car imbriqués avec des activités mentales telle que la gestion de l'information, l'analyse de la demande, du problème rencontré, l'apprentissage, le travail sur la relation et la communication.

En résumé, nous pouvons dire que le soin infirmier en psychiatrie a une prédominance relationnelle. Il s'inscrit dans un projet pluriprofessionnel. Il nécessite un raisonnement clinique, c'est à dire une écoute ainsi qu'une observation affinée pour pouvoir d'une part, décoder la situation afin d'apporter une réponse adaptée et donner

---

<sup>11</sup> Jean Louis BERNARD, « Infirmiers en psychiatrie : nouvelle génération », éditions Lamarre, Paris, 1993

<sup>12</sup> Valérie PEZET, Robert VILLATE, Pierre LOGEAY, « De l'usure à l'identité professionnelle. Le burn out des travailleurs sociaux », Paris, éditions TSA, 1993, p 140

du sens au soin et d'autre part, aider le médecin dans l'élaboration de son diagnostic et la mise en œuvre d'un traitement approprié.

Par ailleurs, toute situation de soins provoque des interactions soignant/soigné qui nécessitent une compréhension des relations établies.

Le soin d'entretien de la vie et de confort, pouvant être réalisé par les aides-soignants, est en psychiatrie, une situation de soin utile à l'observation clinique et médiatrice de la relation thérapeutique.

### **1.1.2. L'aide-soignant en unité d'admission de psychiatrie générale :**

Après un rappel du cadre réglementaire concernant l'exercice des aides soignants, nous nous proposons de définir l'activité des aides-soignants puis nous mettrons en évidence la compétence particulière requise pour leur exercice en unité d'admission.

#### ***1.1.2.1 Le cadre réglementaire :***

L'article 2 du décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmière stipule, qu'en ce qui concerne les soins relevant du rôle propre, dispensés dans un établissement à caractère sanitaire *« l'infirmier peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration des aides-soignants ou d'auxiliaires de puériculture qu'il encadre et dans la limite de la compétence reconnue à ces derniers du fait de leur formation »*.

Le programme de formation préparatoire au certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant<sup>13</sup> mentionne qu'il a *« pour objectif de permettre à chaque élève d'acquérir des compétences lui permettant de contribuer à une prise en charge globale des personnes en liaison avec les autres intervenants au sein d'une équipe pluridisciplinaire, en milieu hospitalier ou extra hospitalier et, en tant que de besoin, à leur éducation et à celle de leur entourage.*

*Au sein de cette équipe, l'aide-soignant contribue à la prise en charge d'une personne ou d'un groupe de personnes et participe, dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, à des soins visant à répondre aux*

---

<sup>13</sup> Annexe de l'arrêté du 22 juillet 1994 relatif au certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant et au certificat d'aptitude aux fonctions d'auxiliaire de puériculture

*besoins d'entretien et de continuité de la vie de l'être humain et à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de la personne»*

Au cours de leur formation, un module d'enseignement théorique d'une semaine et un stage de trois semaines sont consacrés à la psychiatrie. Cet enseignement théorique aborde<sup>14</sup> « *les notions sur les maladies mentales, les relations avec le malade présentant des troubles du comportement, la participation aux activités occupationnelles, la participation à la réinsertion dans la vie sociale et professionnelle et les notions législatives et réglementaires* ».

Actuellement, la réglementation autorise l'exercice des aides-soignants dans les établissements de psychiatrie de manière restrictive, à savoir, auprès des malades présentant une arriération mentale profonde et auprès des personnes constamment alitées (arrêté du 9 janvier 1978). Par ailleurs, le décret n° 89-241 du 18 avril 1989 portant statuts particuliers des aides-soignants et des agents de service hospitalier de la fonction publique, stipule dans son article 20 : « *un arrêté du ministre de la santé fixe les conditions dans lesquelles les corps d'aides-soignants et d'agents de service hospitalier peuvent être créés dans les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et dans les services psychiatriques des centres hospitaliers généraux* ». A ce jour, cet arrêté n'est toujours pas paru.

Dans toutes les unités de psychiatrie générale, y compris celles réservées à l'admission, se trouvent, par manque de structures alternatives, des personnes âgées dépendantes ou des arriérés mentaux profonds, ce qui autorise la présence d'aides-soignants.

### ***1.1.2.2. L'activité :***

L'enquête d'exploration, réalisée dans l'établissement étudié, nous a permis de déterminer l'activité des aides-soignants en unité d'admission de psychiatrie générale. Cette activité correspond à leur domaine de compétence, mentionné dans le programme de formation et, elle est en adéquation avec le décret du 15 mars 1993 déjà cité. Elle comprend deux domaines : l'environnement du malade et le soin.

---

<sup>14</sup> Arrêté du 22 juillet 1994 relatif au certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant et au certificat d'aptitude aux fonctions d'auxiliaire de puériculture

#### 1.1.2.2.1. L'activité liée à l'environnement du malade :

Elle concerne les tâches hôtelières et l'entretien du matériel.

- L'aide-soignant réalise l'entretien de l'espace de vie du malade, de son mobilier et des accessoires sanitaires. Cette activité d'hygiène fait de l'aide-soignant un maillon de la lutte contre les infections nosocomiales.

- Les tâches hôtelières effectuées par les aides-soignants sont la préparation des repas, la vaisselle, la commande des produits et la lingerie.

Ces activités sont effectuées, le plus souvent, en présence des malades. Dans certains cas, ces derniers y participent.

Ces tâches matérielles, effectuées par les aides-soignants, permettent d'augmenter la part de temps infirmier réservée à la prise en charge du malade.

De plus, l'aide-soignant a le souci du quotidien de la personne soignée, ce qui permet une continuité pour tout ce qui a trait à son confort, son hygiène et son environnement.

#### 1.1.2.2.2. L'activité de soin :

Cette activité concerne les soins de bien-être et de confort. Elle se situe au niveau des toilettes, des repas, de l'accueil, de l'accompagnement (lors de consultations, d'achats, de sorties), des activités occupationnelles ou à visée sociothérapeutique.

- L'aide-soignant effectue les soins de nursing (toilettes, repas) le plus souvent en binôme avec l'infirmier. Ces temps de soins sont des moments forts d'échange et de relation privilégiée.

- L'accompagnement du patient, pour une consultation ou lors d'une sortie hors de l'unité, est réalisé par l'aide-soignant lorsque le malade n'est pas hospitalisé sous contrainte et lorsqu'il n'y a pas de risque d'agitation.

- L'accueil d'un malade entrant, est en partie assuré par l'aide-soignant, notamment en ce qui concerne la fonction hôtelière d'installation, l'information sur le fonctionnement du service et la visite pour repérer les lieux. Il lui propose ce dont il peut avoir besoin (vêtements, carte téléphonique, nécessaire de toilette..) en attendant que sa famille les lui apporte. Cet accueil lui permet d'établir un contact avec le malade,



de le rassurer au travers des « petites choses » de la vie. Celui qui aura assuré l'accueil sera reconnu par le malade et sera pour lui un repère. Ce premier contact au sujet du fonctionnement permet de répondre aux besoins concrets et matériels, plus liés au quotidien, mais qui a pour effet de dédramatiser l'hospitalisation et d'intégrer le plus rapidement possible le patient à la vie de l'unité de soin.

- La participation de l'aide-soignant aux activités à visée socio-thérapeutique se limite à aider le patient dans la réalisation de son activité. Il n'a pas un rôle soignant à proprement parler, alors qu'il dispose d'une totale autonomie pour animer des activités ponctuelles, de type occupationnel (jeux de société, pâtisserie, lecture du journal). Il est plus disponible que l'infirmier qui est sollicité par les médecins, les assistantes sociales.. et peut donc proposer des activités occupationnelles évitant aux malades de se sentir abandonnés. Il apporte par sa présence une (ré)assurance qui peut limiter les crises d'angoisses. Cela se traduit par une ambiance plus sereine qui permet de détendre l'atmosphère. Les activités sont utiles pour une meilleure connaissance du malade, pour une observation du quotidien et des capacités des personnes soignées. L'aide-soignant transmet à l'infirmier toutes ces observations.

L'aide-soignant est dans une proximité avec les malades pour toutes les tâches de la vie quotidienne. Les malades le sollicitent plus facilement car il est beaucoup plus proche d'eux. L'aide-soignant permet d'apporter une première réponse au malade (réponse qui serait différée en son absence et qui pourrait être source d'angoisse). Cela peut être une orientation vers un autre interlocuteur plus adéquat. Elle peut être aussi un relais, une aide dans le cas d'une réponse à différer. Les aides-soignants procurent aux infirmiers de la disponibilité physique et mentale par rapport au quotidien et aux familles.

L'aide-soignant, par sa présence (même lorsqu'il exécute des tâches hôtelières), converse avec les malades et instaure ainsi un temps de relation privilégiée. La participation des malades aux activités hôtelières est une médiation à la relation tel que ranger du linge avec lui.

Les malades parlent, expriment leurs inquiétudes plus librement, et ce, d'autant plus que les aides-soignants ne se situent pas dans un registre de soin qui va les interpeller et les ramener à leur souffrance. C'est un soin relationnel spécifique à l'aide-soignant.

*« L'aide-soignante est vécue de façon moins intrusive que les infirmiers. Les aides-soignantes leur parlent de beaucoup de choses, elles ne les remettent pas en face de leur maladie et elles ne pointent pas les dysfonctionnements dans les paroles et les comportements. »<sup>15</sup>*

L'aide-soignant au travers des tâches liées à l'environnement du malade ou au travers des activités de soins d'entretien et de confort, d'accompagnement, d'accueil, d'activités, apporte une écoute rassurante et une qualité de vie aux personnes hospitalisées.

Après avoir déterminé l'activité des aides soignants dans les unités d'admission de psychiatrie générale, nous allons définir la compétence particulière qui leur est nécessaire. Cependant, auparavant il nous a semblé indispensable, à cette étape de l'étude, d'approfondir les notions théoriques relatives aux compétences, déclinées par différents auteurs. Ensuite, nous apporterons un éclairage théorique sur leurs développements.

---

<sup>15</sup> Suzanne DUC, l'aide soignante en psychiatrie : une fonction à (re)définir, mémoire IG ENSP, 1995

## **1.2. LE CADRE THEORIQUE :**

### **1.2.1. Les compétences :**

Nous proposons de définir les compétences selon les modèles qui nous paraissent adaptés à l'étude. Nous verrons que les compétences s'inscrivent dans la dynamique de l'activité puisqu'elles permettent à l'action d'être adaptée et ensuite qu'elles sont un processus.

#### **® *La compétence s'inscrit dans l'action :***

*« La compétence est un savoir-faire opérationnel validé ; savoir-faire c'est-à-dire capacité à faire (et pas seulement à connaître) ; opérationnel, c'est à dire mis en œuvre concrètement en situation de travail, validé c'est à dire reconnu par l'environnement. »<sup>16</sup>*

En ce sens, la compétence est la capacité de l'individu à réaliser une activité acceptée, appréciée par ses partenaires de travail, répondant à une attente selon des références identifiées. La compétence s'observe dans le résultat qu'elle produit.

Alain BERNADOU<sup>17</sup> quant à lui, en prenant l'exemple des médecins, parle de « *savoir en action* » qui comprend le savoir-faire et le savoir-être. Il introduit des attitudes, une manière d'être, un savoir relationnel. Ce sont les savoirs qui permettent d'agir sur l'environnement physique ou social .

#### **® *La compétence permet une réponse adaptée à la situation :***

Un savoir-faire et un savoir-être ne suffisent pas pour être reconnu compétent car il faut les utiliser à bon escient, au bon moment. Il n'y a pas répétition des mêmes gestes, des mêmes approches pour la réalisation d'un même acte. En effet, le même acte s'applique différemment suivant la situation, et ce, d'autant plus, lorsque l'acte produit une interaction avec une autre personne .

D'après l'Association Nationale pour la Formation Professionnelle des Adultes, le savoir-faire concerne plus la technicité, l'habileté à faire, alors que la notion de

---

<sup>16</sup> Alain MEIGNANT, Analyse des emplois, formation et décisions de gestion, Education permanente, n° 105, 1990

<sup>17</sup> Alain BERNADOU, Le savoir en action – l'exemple médical, sciences humaines hors série, n°24, mars – avril 1999, p 27

compétence « englobe non seulement les capacités requises pour l'exercice d'une activité professionnelle, mais encore l'ensemble des comportements, facultés d'analyse, de prise de décisions, de transmission d'informations...jugées nécessaire pour la pleine maîtrise de cette activité. »<sup>18</sup>

Cette définition rajoute les compétences transversales (de raisonnement et d'analyse), au savoir-faire, aux attitudes et aux comportements, pour qu'une activité soit réalisée de manière adaptée.

**® La compétence est un processus :**

La transformation d'un savoir (connaissance) en un savoir utilisable nécessite une reconstruction mentale, une intériorisation. Cette appropriation permet une restitution adaptée des savoirs dans l'action ainsi que la transmission des informations. Dans ce cas, les compétences sont la capacité qu'a la personne à mobiliser l'ensemble de ses ressources. C'est un processus dynamique.

Selon Richard WITTORSKI, <sup>19</sup>« la compétence est davantage un processus qu'un état. En cela, nous dirons que la compétence est le processus générateur du produit fini qu'est la performance (elle-même mesurable et parfois mesurée/évaluée au titre de la compétence). »

La compétence est le processus qui requiert des capacités, des dispositions pour agir et des ressources. Elle permet à l'individu d'obtenir une performance.

*A partir de ces éclairages, nous définissons la compétence comme un savoir d'action validé qui nécessite que l'ensemble des savoirs (connaissances, attitudes et comportements, capacités transversales) soit mobilisé par un individu pour agir de manière pertinente dans une situation.*

La personne compétente est celle qui sait agir avec pertinence et efficacité, même dans les situations inhabituelles. Nous avons vu précédemment que la compétence est un processus de mobilisation des ressources, des savoirs et qu'elle se

---

<sup>18</sup> Formation professionnelle. Vocabulaire des formateurs, ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, Association nationale pour la formation professionnelle des adultes, Collection Carrée, 1992, p 46

concrétise au moment de la confrontation avec la situation de travail. Nous allons maintenant, à partir de cet éclairage, définir pour l'aide-soignant la compétence qu'exige l'exercice en unité d'admission de psychiatrie générale.

### ***1.2.2. La compétence particulière des aides-soignants en unité d'admission :***

Quelle que soit la fonction, infirmière ou aide-soignante, l'activité de soin en psychiatrie requiert les mêmes capacités : **relationnelles, de transmission de l'information et d'analyse de situation** à des niveaux différents de prise en charge et de responsabilité car la particularité se situe au niveau de la difficulté à communiquer avec les personnes présentant des pathologies psychiatriques.

La psychiatrie se situe dans un champ relationnel. L'approche est centrée sur la personne soignée et non sur la tâche que son état nécessite. Aussi, les situations sont à redéfinir, à élaborer à chaque instant, en fonction de l'interlocuteur, de son état de souffrance dans l'instant. Le soignant doit s'adapter à des situations, des comportements variables et imprévisibles. C'est pourquoi, la compétence nécessaire aux aides-soignants se situe dans le savoir agir, face à des problèmes et à des situations variées et imprévues. Pour cela, ils doivent avoir non seulement une connaissance des malades mentaux mais il leur faut aussi acquérir un savoir-être indispensable pour entrer en relation avec eux.

Il est bien évident que dans toutes situations de soins, y compris dans l'accompagnement des gestes de la vie quotidienne, il y a toujours une interaction soignant/soigné. L'entrée en relation avec l'autre, au travers du quotidien, instaure des repères sociaux et permet au malade de s'inscrire dans une réalité qui lui fait souvent défaut. L'aide-soignant est donc amené à établir des relations avec des personnes en difficulté ou en rupture de communication. Sa manière d'entrer en relation aura une incidence sur son (ses) interlocuteur(s) et influera sur l'échange, le comportement de l'un et de l'autre.

Selon le guide du service de soins infirmiers en santé mentale<sup>20</sup> « *Les soins infirmiers se caractérisent par des soins de base éducatifs et relationnels requérant*

---

<sup>19</sup>Richard WITTORSKI, « de la fabrication des compétences », La compétence au travail, éducation permanente, n° 135, 1998, p 58

<sup>20</sup> Guide du service infirmier, série soins infirmiers n° 11, « l'évolution des orientations en santé mentale et la fonction infirmière », p 42

*disponibilité, observation, écoute, compréhension de problèmes, respect de la différence, accompagnement et relation d'aide, mais aussi permanence et continuité. »*

Ce même guide définit les capacités relationnelles indispensables pour l'entretien d'aide : *« la connaissance de soi, la compréhension de l'autre, l'écoute, le sens de l'observation, la compréhension du langage non verbal, des attitudes corporelles et gestuelles ».*

En transposant ces deux apports du guide, aux soins pratiqués par les aides soignants nous pouvons définir ci-dessous les capacités relationnelles.

### **☛ Les capacités relationnelles :**

- ***L'écoute*** : elle se situe au niveau du discours de la personne malade, au niveau des différents indices du contexte, du comportement du patient, de ses attitudes corporelles et gestuelles. L'écoute nécessite d'être attentif à l'autre, d'ouvrir sa compréhension à la particularité de la personne qui nous parle.

- ***L'attitude dans la relation soignant/soigné*** : elle doit être adaptée à la personne et aux situations particulières. Elle se décompose en capacité de :

- compréhension de l'autre (respect de la différence),
- négociation (tact, diplomatie, patience),
- disponibilité,
- fermeté pour pouvoir cadrer et mettre des limites,
- distanciation dans la relation pour prendre du recul par rapport aux situations. La distanciation nécessite de gérer son émotion, d'avoir une attitude neutre, de connaître ses propres limites.

Ces capacités requièrent une connaissance de son propre mode de relation et de son influence sur l'interlocuteur ainsi qu'une compréhension du mode de communication de ce dernier. Il est aussi important de maîtriser ses réactions affectives vis-à-vis de la personne soignée.

### **☛ les capacités transversales :**

Elles concernent l'observation, l'analyse de situation, la recherche de sens (notamment par rapport à une demande ou à une attitude) et la transmission

d'informations. Elles permettent d'apporter des réponses adaptées aux situations diverses et imprévisibles.

L'observation du langage verbal et non-verbal de la personne, de ses modes de relation s'effectue à tout instant lors d'échanges avec la personne ou lors d'activités de groupe. *« Le plus souvent en psychiatrie, l'observation est participante car elle s'effectue au cours des actes de la vie quotidienne, pendant des actions de soins en individuel ou en groupe, lors d'un soin technique à visée somatique ou relationnelle. ( ) Il est souvent utile de situer le contexte de l'observation pour mieux comprendre les interactions patients/infirmiers. »*<sup>21</sup>

Selon Frédéric MASSEIX *« faire du relationnel demande tout au plus quelques qualités humaines, entrer en relation avec une personne souffrant d'un syndrome dissociatif d'ordre psychotique, n'entre pas dans la même catégorie de compétences. ( ) En psychiatrie, la relation ne s'improvise pas : il y a des acquis, des savoirs, une expérience. »*<sup>22</sup>

La compétence particulière des aides-soignants en unité d'admission de psychiatrie générale nécessite des capacités relationnelles et des capacités transversales auxquelles est associée une connaissance des malades mentaux.

---

<sup>21</sup> Projet de soins infirmiers, 1998 – 2003, Centre Hospitalier Guillaume Régnier

<sup>22</sup> Frédéric MASSEIX, guide des soins infirmiers en santé mentale, Editions hospitalières, 1998, p 131

Nous pouvons représenter, sous forme de tableau, la compétence particulière nécessaire à l'exercice des aides-soignants en unité d'admission.

Connaissances	<ul style="list-style-type: none"> <li>- du malade mental</li> <li>- de soi, de son mode de relation</li> </ul>
Capacités relationnelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'écoute</li> <li>- l'attitude dans la relation : <ul style="list-style-type: none"> <li>* compréhension de l'autre</li> <li>* distanciation</li> <li>* disponibilité</li> <li>* fermeté</li> <li>* négociation (tact, diplomatie, patience)</li> </ul> </li> </ul>
Capacités transversales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'observation</li> <li>- l'analyse de situation</li> <li>- la transmission d'informations verbales et écrites</li> </ul>

### 1.2.3. Le développement de compétences :

La compétence se développe grâce à la combinaison de plusieurs facteurs : l'expérience, la réflexion, le contexte, l'organisation du travail et le collectif.

#### *® La compétence s'acquiert avec l'expérience*

La répétition des situations permet au professionnel de se perfectionner car il acquiert une maîtrise de sa technique. Par ailleurs, la confrontation à de nouvelles situations provoque une modification de sa technique et entraîne une adaptation. Il s'ensuit une accumulation de savoirs d'action. L'expérience améliore l'efficacité professionnelle.



Richard WITTORSKI<sup>23</sup> situe le développement de la compétence en fonction de la réflexion mise en place par rapport à l'action. Il propose cinq logiques de développement de compétences.

- La logique d'action : l'individu produit de nouvelles compétences dans l'action par tâtonnements, par ajustements successifs. Il s'agit d'une reproduction de comportements qui conduit, selon l'auteur, à un fonctionnement de routine peu propice aux situations nouvelles. Ce processus est compatible avec des situations peu variées et des actions protocolisées.

- La logique de réflexion et de l'action lorsqu'il y a répétition d'un savoir en situation de travail et nécessité d'une réflexion sur l'action pour adapter ce savoir. Ce processus permet d'intégrer de nouveaux savoirs.

- La logique de réflexion sur l'action : ce sont les situations d'analyse de pratiques qui permettent de mettre en mots les compétences produites de l'action pour les transformer en savoir d'action. C'est le questionnement réflexif de l'activité de travail et la formalisation des pratiques.

- La logique de réflexion pour l'action lorsque sont définies par anticipation de nouvelles pratiques.

- La logique de l'intégration/assimilation qui est l'acquisition par la formation de savoirs théoriques. Ceux-ci sont supposés être mobilisés en situation professionnelle.

La verbalisation de l'activité, le langage comme outil de la pensée, permet à l'individu de passer de l'action à la conceptualisation. Cela nécessite de pouvoir se ménager des temps de recul, des moments prévus pour « penser » l'expérience. En conséquence, l'organisation du travail et le mode de management intègrent ces facteurs de développement de compétences.

### **® *La compétence se développe au sein d'un collectif***

La compétence individuelle est mobilisée par l'individu seul. Or le professionnel travaille au sein d'une équipe, il est inclus dans une organisation complexe. Le développement de compétences de l'individu est interdépendant du groupe, il s'enrichit

---

<sup>23</sup> Richard WITTORSKI, « de la fabrication des compétences », La compétence au travail, éducation permanente, n°135, 1998, pp 62-66

du groupe, il prend une valeur ajoutée. Il y a interaction entre les personnes du groupe générant ainsi une compétence collective.

Le développement de compétences dans un collectif est favorisé par le contexte environnant et l'organisation du travail mise en place.

*\* en fonction du contexte :*

Le potentiel et les ressources du professionnel ne peuvent s'exprimer que dans un contexte qui lui est favorable. L'environnement influence les possibilités de développement de compétences. En effet, un climat de confiance est le meilleur gage d'épanouissement professionnel. L'ambiance de travail, la solidarité, la disponibilité et l'encadrement sont autant de facteurs favorisant.

*\* en fonction de l'organisation du travail :*

Pour Bruno HERAULT<sup>24</sup>, la compétence se construit aussi par les acteurs en mobilisant leurs ressources, leurs potentialités et leurs capacités d'adaptation afin de répondre aux problèmes rencontrés dans leurs activités.

Cependant, il dégage six caractéristiques qui permettront au travailleur de gagner en compétence lorsqu'il est capable de les maîtriser : la connaissance des buts à atteindre, des moyens mis à sa disposition, des normes liées à l'accomplissement de ses activités, la gestion de l'information, une appréhension convenable des valeurs et l'évaluation des résultats.

Le gain en compétence est là aussi tributaire de l'organisation, du mode de management du cadre et de l'engagement de la personne.

*Le développement de compétences relève de l'engagement des personnes, de leur expérience, de la diversité de leurs parcours personnel et professionnel et de leurs interactions, de l'organisation du travail, du mode de management, du contexte favorisant. L'amélioration de la compétence s'accomplit au sein d'un collectif et en fonction de la capacité et possibilité de réflexion suscitée par l'action.*

---

<sup>24</sup> Bruno HERAULT, Soins infirmiers : sens, non sens, d'une pratique, « Les travailleurs et leur qualification : de la spécialisation à la compétence », sociologie santé, décembre 1997, n°17, p 89

#### 1.2.4. La dynamique d'équipe :

La dynamique est définie dans le dictionnaire<sup>25</sup> par « *ensemble de forces qui entraînent, provoquent un mouvement, une évolution à l'intérieur d'une structure en développement ;* »

Nous dirons que la dynamique d'équipe est l'ensemble des interactions entre ses membres qui enclenche un processus favorisant l'évolution collective et individuelle. Elle s'inscrit dans une structure qui comprend des règles de fonctionnement et d'organisation.

Un certain nombre de facteurs va impulser cette dynamique : les conditions de travail, l'organisation du travail et la réflexion.

L'organisation du travail s'établit à partir de la définition des rôles de chaque catégorie professionnelle, de la délimitation des fonctions, des activités, des limites de la collaboration aide soignant/infirmier, de l'institutionnalisation d'espace-temps pour la réflexion et de l'évaluation.

Les conditions de travail ont trait à l'environnement, à l'ambiance, à l'acceptation de l'aide-soignant sur une même zone d'intervention.

La réflexion s'établit au cours des différents échanges, des réunions, des formations.

Dans le cadre de notre étude, l'ensemble des facteurs qui impulse la dynamique de l'équipe est :

- le travail en équipe (la collaboration entre infirmiers et aides-soignants et le tutorat des infirmiers à l'égard des aides-soignants)
- les formations (continue ou organisée dans le service)
- les réunions (d'équipe infirmière et d'équipe pluriprofessionnelles)
- l'organisation mise en place (la clarification de la fonction aide-soignante et le rôle du cadre infirmier)
- l'ambiance.

---

<sup>25</sup> Grand dictionnaire encyclopédique Larousse, tome 5, 1983

### **1.2.5. La problématique :**

Notre questionnement sur la place des aides-soignants dans les unités d'admission de psychiatrie générale nous a amenés à nous interroger sur la particularité de l'unité d'admission de psychiatrie générale par rapport aux autres unités de psychiatrie, sur la spécificité des soins de ces unités, sur la nature des activités réalisées par les aides-soignants.

L'approche particulière des malades mentaux, notamment au niveau des soins d'hygiène, interpelle quant aux compétences nécessaires pour réaliser des soins infirmiers auprès de ces personnes. Faut-il une compétence particulière aux aides-soignants pour réaliser les soins qui relèvent de leur domaine de compétence ?

La formation initiale permet une sensibilisation à la maladie mentale mais elle est insuffisante dans ce secteur. Comment peut-on améliorer la performance des aides-soignants ? Quels sont les conditions, les personnes ressources et les facteurs qui concourent au processus d'évolution des compétences des aides-soignants ?

Ces interrogations nous ont conduit, lors de notre phase exploratoire, à interviewer des aides-soignants en exercice dans des unités d'admission de psychiatrie générale. A partir de ces entretiens, leur activité a été défini. Ont été constaté la proximité de l'aide-soignant et sa présence rassurante qui permet aux malades de ne pas se sentir abandonnés, livrés à eux mêmes, créant ainsi une ambiance sereine. Cette présence dégage une plus grande disponibilité des infirmiers pour les actes de soins techniques, somatiques ou relationnels (entretiens infirmiers, entretiens avec le médecin ou avec les autres partenaires du soin).

Si l'activité des aides-soignants en unité de psychiatrie générale est identique à celle exercée dans n'importe quelle autre discipline, elle requiert cependant, des aptitudes et des qualités spécifiques. Les aides-soignants rencontrés insistent sur les qualités relationnelles indispensables pour exercer dans ces unités. Selon eux, cette compétence s'acquiert au contact des infirmiers, avec l'expérience et la connaissance du malade. Tous les aides-soignants rencontrés ont débuté leur carrière en psychiatrie dans les unités de gériatrie ou dans les unités accueillant les patients psychotiques au long cours. Ces expériences préalables ne suffisent pas pour être compétent en unité d'admission.

Les éléments recueillis au cours de cette pré enquête nous ont permis de poser les hypothèses suivantes :

- 1. L'exercice des aides-soignants en unité d'admission de psychiatrie générale nécessite une compétence particulière.**
- 2. La dynamique d'équipe participe au développement de cette compétence.**

## **2<sup>ème</sup> PARTIE :. L'ENQUETE AUPRES D'UN ETABLISSEMENT DE PSYCHIATRIE GENERALE :**

### **2.1 . LA METHODOLOGIE :**

#### **2.1.1. Le lieu :**

Nous avons conduit notre étude en Bretagne dans un établissement de santé publique de secteur psychiatrique dont la capacité est de 2048 lits et places. Nous avons choisi cet établissement parce qu'il est de même nature et de même taille que notre établissement d'affectation. Par ailleurs, il a intégré depuis plusieurs années des aides soignants dans ses unités d'admission.

L'établissement comprend huit services de psychiatrie générale, trois services infanto-juvéniles, deux services de séjour de longue durée pour personnes âgées, un service médico pénitentiaire régional, un service de personnes autistes et polyhandicapées et un centre d'aide par le travail.

Chaque service de psychiatrie générale est composé d'unités d'admission, d'unités pour personnes psychotiques hospitalisées au long cours, d'unités de psychogériatrie et d'unités de patients déficitaires.

L'effectif non médical de l'établissement au 31 décembre 1998 était de 1771 ETP (équivalent temps plein) dont 1404,90 ETP soignants selon le bilan social de 1998.

Au moment de l'étude, le service de soins infirmiers est composé d'une infirmière générale (directrice des services de soins infirmiers), de 11,5 ETP surveillants chefs, de 97 ETP surveillants, de 717 ETP infirmiers, de 368 ETP aides-soignants, de 118 ETP agents des services hospitaliers.

L'établissement emploie des aides-soignants en psychiatrie générale depuis 1978. Cette période correspond à l'ouverture d'une école d'aides-soignants dans l'établissement. Ils ont tout d'abord été positionnés dans les services de gériatrie et de patients présentant une arriération mentale, puis progressivement ont été intégrés dans les unités de personnes stabilisées dites chroniques et dans les unités d'admission.

### **2.1.2. Les conditions de faisabilité :**

Le choix des professionnels pour les entretiens a été fait avec la collaboration de l'infirmière générale. Nous avons souhaité que les différents services soient représentés. Elle nous a apporté son aide en mettant à disposition la liste et les coordonnées des cadres des unités d'admission de psychiatrie générale et en prévenant les cadres supérieurs de notre démarche.

Nous avons planifié des rendez-vous en fonction des disponibilités des professionnels. Les entretiens ont toujours été réalisés dans des tranches horaires où la charge de travail prévisionnelle le permettait.

Les rencontres se sont déroulées au sein des unités, dans un bureau ou un espace choisi par l'interviewé, afin qu'il puisse se sentir à l'aise et en confiance.

### **2.1.3. La population :**

Nous avons interviewé vingt six personnes :

- treize aides-soignants.
- treize autres professionnels composés de :
  - deux médecins (un médecin chef et un praticien hospitalier membre de la commission du service de soins infirmiers),
  - l'infirmière générale,
  - deux cadres infirmiers supérieurs,
  - deux cadres d'unité (un était déjà surveillant en unité d'admission avant l'arrivée des aides-soignants),
  - six infirmiers (deux d'entre eux ont travaillé auparavant dans des unités d'admission sans aides-soignants affectés).

### **2.1.4. La méthode :**

La collecte des données a été réalisée à partir d'entretiens non directifs constitués de deux temps :

- Un temps de présentation

Après s'être présenté, nous précisons que dans notre établissement d'origine nous n'avons pas d'aides-soignants dans les unités d'admission de psychiatrie générale

et que nous profitions de notre formation et de notre mémoire pour connaître ce fonctionnement.

- Un temps d'expression libre de la personne interviewée avec un recentrage sur les notions qui nous intéressaient.

Sur ce principe, une grille d'entretien<sup>26</sup> a été définie sur les notions suivantes :

- difficultés rencontrées par les aides soignants
- compétences requises
- mode de développement de ces compétences.

L'analyse a été effectuée sur le contenu des entretiens individuels à partir des grands thèmes définis ci-dessus.

Pour une meilleure lecture, les résultats de l'enquête seront présentés sous forme de tableau. Les abréviations utilisées sont :

AS = aides soignants

INF = infirmiers

CI = cadres infirmiers

CIS = cadres infirmiers supérieurs

IG = infirmière générale

M = médecins

## **2.2. LES RESULTATS DE L'ENQUETE :**

Pour faciliter leur expression, la construction de l'entretien des aides-soignants a été basé sur la description de leur activité. Progressivement, au cours de l'entretien, ils ont abordé spontanément les thèmes qui nous intéressaient.

Pour les autres professionnels, afin de ne pas refermer l'éventail des formulations spontanées, la notion de compétence relationnelle n'a pas été introduite. L'entretien a été abordé de façon très large grâce à la question suivante :

« Que pensez-vous de la présence des aides-soignants dans les unités d'admission de psychiatrie générale ? »

Tous les professionnels ont débuté par « ils ont leur place » et ont succinctement décrit leur rôle. Puis, à partir et en fonction de leur réponse, leur formulation a été

---

<sup>26</sup> Annexe n° 1



précisé et leur propos repris, pour les amener à s'exprimer dans les champs de notre étude.

### 2.2.1. La première hypothèse :

Après un rappel de son intitulé, ci-dessous, nous analyserons les résultats des interviews suivant la grille d'entretien, pré définie.

**« l'exercice des aides-soignants en unité d'admission de psychiatrie générale nécessite une compétence particulière. »**

#### 2.2.1.1. Les difficultés des aides-soignants :

Le tableau ci-dessous reprend les réponses<sup>27</sup> des différentes catégories professionnelles concernant les difficultés que peuvent rencontrer les aides-soignants.

	Nombre de personnes interviewées	Face aux crises et agitations	Pour entrer en relation	Face aux situations qui renvoient à son mode de relation	Du fait d'un glissement de fonction	Une réponse est apportée aux difficultés	Ne sont pas confrontés à des situations difficiles	Au niveau de l'écriture	Difficultés liées à la personne
<b>AS</b>	13	7	1	2					
<b>INF</b>	6				1	1	5		
<b>CI</b>	2						1	2	1
<b>CIS</b>	2		1				1		1
<b>IG</b>	1	1	1		1				
<b>M</b>	2								

tableau n°1 : Les difficultés rencontrées par les aides-soignants

### ⒫ Les aides-soignants :

9 aides-soignants sur 13 interviewés ont évoqué des difficultés soit en cours d'exercice soit au moment de leur affectation dans l'unité d'admission.

<sup>27</sup> Synthèse des entretiens en annexe n°2

A leur première affectation en unité d'admission, trois d'entre eux ont eu besoin d'un temps d'adaptation (deux ont précisé un an). Les difficultés se sont situées au niveau des réactions inattendues des patients. Il a été évoqué des problèmes, voire des incapacités, à les aborder. Certains ne savent pas « *comment établir la relation avec le malade, que lui dire, ni comment lui parler* ». Il a été noté un manque de discernement par rapport à l'état du malade : « *ceux que je ne voyais pas malades étaient en fait les plus malades* ».

Tous les aides-soignants ont été affectés préalablement en unité de gérontopsychiatrie ou dans une unité de patients stabilisés sur le plan comportemental. Pour certains, cela n'a pas suffi comme approche de la psychiatrie : « *le travail routinier des pavillons de chroniques ou de personnes âgées contraste avec la variété des situations des pavillons d'entrée* ». Les aides-soignants qui se sont rapidement adaptés sont ceux qui auparavant étaient agents des services hospitaliers dans les unités d'admission.

7 des 13 aides-soignants signalent des difficultés dans l'exercice de leur fonction actuelle. Elles sont liées aux états d'agitation et de crise des patients. Ces situations sont difficiles à vivre et à gérer pour cinq aides-soignants, l'un d'eux dit être rassuré par la présence infirmière.

Pour 2, la psychiatrie interpelle. Certaines situations les déstabilisent car elles les renvoient à leurs modes de relations personnelles, tant au niveau professionnel, qu'au niveau familial.

La variabilité de l'état du malade (à la différence des malades chroniques) engendre une imprévisibilité de ses réactions. Un aide-soignant évoque, de ce fait, un sentiment d'insécurité et de déstabilisation générant du stress : « *C'est plus facile à la deuxième hospitalisation car je connais ses réactions* ».

### **☞ Les autres professionnels :**

- **Les infirmiers** : 5 infirmiers sur 6 considèrent que les aides-soignants ne rencontrent pas de difficultés soit, pour trois d'entre eux, parce qu'ils n'ont pas à gérer les situations difficiles car ils sont encadrés soit, pour deux autres, parce qu'ils sont formés et ont de l'expérience. Pour 1 infirmier les difficultés sont liées à un glissement de fonction vers le poste d'agent des services hospitaliers, ce qui les déprécie. Pour 1 autre infirmier, les

aides-soignants peuvent trouver une réponse à leurs difficultés dans une formation et « *auprès de l'équipe pluriprofessionnelle qui peut reprendre ça avec eux* ».

Pour un autre, les difficultés se situent à leur arrivée en unité d'admission, où ils sont déstabilisés car ils ne peuvent plus se référer à des tâches organisées mais doivent « *être avec* » des patients, qui ont des comportements particuliers, sans avoir à accomplir une activité spécifique.

- **L'encadrement infirmier**: Les 2 cadres infirmiers mentionnent le peu d'intérêt des aides-soignants pour l'écriture, l'un d'eux précise que l'aide-soignant n'a pas plus de difficulté qu'un infirmier en sachant que les personnes en hospitalisation d'office ou délirantes ne lui seront pas confiées. L'autre précise que la difficulté se situe au niveau de l'aide-soignant qui angoisse face à des situations, ce qui a une incidence sur le patient.

Pour 1 cadre infirmier supérieur, les aides-soignants ne rencontrent pas plus de difficultés que les infirmiers, car dans les situations problématiques, telles que l'agressivité, « *la capacité est en lien avec la personne* ». Pour l'autre, les aides-soignants sont en difficultés dans leur relation avec les malades car ils n'arrivent pas à repérer la différence entre accompagnement et rôle éducatif. « *Les aides-soignants sont dans le faire, ils proposent beaucoup d'activités comme pour combler* ».

Pour l'infirmière générale, les aides-soignants peuvent être en difficulté par insuffisance de connaissances lors de situations de crises. « *La dimension clinique et stratégique leur échappe* » et les met mal à l'aise dans leur relation avec les patients.

La difficulté peut être personnelle par rapport aux responsabilités s'il y a un glissement de fonction. Ils ont parfois un sentiment de frustration lorsqu'ils sont exclus de certaines activités relevant du rôle infirmier, s'estimant alors être cantonnés dans les tâches hôtelières.

- **Les médecins** : Les 2 ne savent pas si les aides-soignants ont des difficultés mais pensent qu'eux mêmes et leurs confrères devraient être plus clairs par rapport aux rôles des aides-soignants, et de ce fait, avoir des attentes plus précises.

## **P Analyse :**

On constate que 7 aides-soignants sur 13 signalent des difficultés actuellement par rapport aux situations de crises. Or, les infirmiers pensent qu'ils n'y sont pas confrontés ou qu'ils ont suffisamment de moyens pour y faire face (encadrement, formation, expérience et équipe pluriprofessionnelle). Les aides-soignants ont mentionné leurs problèmes à entrer en communication avec les malades, à leur arrivée en unité d'admission et un seul infirmier les a repérés. Les cadres infirmiers ciblent la difficulté qu'ils ont pour faire écrire les aides soignants. Les cadres infirmiers supérieurs font un lien avec leurs compétences. L'infirmière générale pointe les difficultés possibles et les relie avec une méconnaissance des pathologies psychiatriques qui crée un sentiment d'insécurité.

Une insuffisance de connaissance de la maladie mentale se traduit par une moins bonne maîtrise des conduites de soins et particulièrement dans les situations plus délicates comme l'agitation. Cela induit chez les aides-soignants une appréhension, voire un sentiment d'insécurité même s'ils ne sont pas confrontés seuls ou directement à ces situations. Chacune est différente de la précédente et le malade ne réagit pas de la même manière d'une fois sur l'autre. Aussi, chaque nouvelle confrontation introduit une probabilité d'éléments nouveaux qui vont modifier l'équilibre obtenu dans la situation antérieure. Ces incertitudes déstabilisent les aides-soignants.

Bien qu'étant moins confrontés que les infirmiers aux situations d'agitation, les aides soignants en éprouvent tout de même quelques appréhensions.

Les infirmiers et les cadres infirmiers limitent la confrontation des aides-soignants aux situations difficiles en les encadrant et en leur procurant suffisamment de moyens (explications, travail en binôme). En conséquences, ils évitent de mettre à jour les situations que les aides-soignants auraient quelques peines à assumer. L'environnement, dans ce cas, est protecteur et ne permet pas de révéler de réelles difficultés.

L'encadrement supérieur établit un lien entre difficultés et connaissance et compétence. En effet, les difficultés sont liées à la spécificité de la population accueillie en unité d'admission, c'est-à-dire des personnes en situation de crise, aux réactions imprévisibles et elles mettent en évidence la nécessité d'une compétence particulière.

### **2.2.1.2. La compétence particulière :**

Nous avons, conformément à notre définition de la compétence, dissocié les connaissances, les capacités relationnelles et les capacités transversales.

#### **2.2.1.2.1. Les connaissances :**

Pour une meilleure visualisation, nous reportons sur le tableau suivant les résultats<sup>28</sup> concernant les connaissances nécessaires aux aides-soignants définies par eux mêmes et par les autres professionnels.

	Nombre de personnes interviewées	Comportement des patients	Pathologie	Situations de crises aiguës	Connaissance de soi, de son mode relation	Type de prise en charge, conduite à tenir
<b>AS</b>	13	6	1		1	2
<b>INF</b>	6	2	3		1	
<b>CI</b>	2	1	1			1
<b>CIS</b>	2		2	2	1	
<b>IG</b>	1		1		1	
<b>M</b>	2		2		1	

**Tableau n°2 : les connaissances nécessaires aux aides soignants**

#### **Ⓐ Les aides-soignants :**

Les besoins de connaissance, verbalisés par les aides soignants, concernent plus les malades (8 sur 13 : 6 pour les comportements et 2 pour les types de prise en charge) que la pathologie citée 1 seule fois. Seule, 1 réponse a trait à la connaissance de soi et de ses modes de relation avec autrui.

---

<sup>28</sup> Synthèse des entretiens en annexe n°3

### **Ⓓ Les autres professionnels :**

Les réponses concernant la connaissance des comportements sont au nombre de 3 et 1 réponse concerne les types de prise en charge alors que 9 préconisent une connaissance des pathologies. (Un médecin précise que la connaissance de la pathologie se situe dans le savoir-faire). Seuls, les cadres infirmiers supérieurs mentionnent une connaissance liée aux situations de crise. La connaissance de soi (de ses propres limites par rapport à l'attitude d'un patient, à l'agressivité, à son affectivité) est mentionnée par 4 personnes.

Pour l'Infirmière Générale, l'insuffisance de connaissance des pathologies limite leur capacité à apporter les réponses appropriées aux malades. Pour elle, les attitudes de repli des malades ne sont pas des situations les mettant en difficultés. Cependant, une non compréhension de ces attitudes provoque de la part des aides-soignants des réponses inadéquates. Ils doivent « *apprendre à se questionner sur sa pratique* » et à faire un travail sur soi pour gérer leurs émotions, « *pour accepter un comportement sans en être affecté et pour gérer la bonne distance* ».

### **Ⓓ Analyse :**

Tous s'accordent pour dire que les connaissances qu'ils citent sont indispensables aux aides-soignants pour mieux comprendre les comportements des malades et pouvoir réagir plus sereinement et de manière plus adaptée.

Les aides-soignants ne réclament pas de connaissances cliniques mais estiment avoir besoin d'un savoir-faire pratique par rapport aux comportements des malades, de connaître les attitudes à avoir. Les autres professionnels axent, au contraire, la connaissance nécessaire aux aides-soignants au niveau de la pathologie mentale. Les aides-soignants sont donc dans une démarche d'action, de comment faire, de comment s'y prendre, de quelle procédure pour telle situation. Les autres professionnels se situent dans une logique de réflexion de l'action où le comportement du patient et la réponse à apporter trouvent sens par rapport à la pathologie. Cette différence explique que la représentation qu'ont les aides-soignants et les autres professionnels, des connaissances nécessaires aux aides-soignants, ne se situent pas au même niveau.

Or, les réactions et comportements des malades sont en lien avec les pathologies. Aussi, le savoir-faire que souhaitent les aides-soignants doit être une connaissance concrète des

pathologies, qui devrait ainsi leur permettre de comprendre les malades dans leur activité quotidienne, c'est à dire, qu'ils puissent transférer, appliquer cette connaissance dans le contexte, pour avoir les conduites adaptées aux malades.

La connaissance de soi, peu citée, est pourtant déterminante car la dimension relationnelle est prépondérante. Entrer en relation avec un malade mental oblige d'être au clair avec son propre fonctionnement et de connaître ses propres limites. En effet, dans le cas inverse, il est plus difficile de maîtriser ses affects, de gérer ses émotions qui risque d'engendrer des problèmes de transfert et de distances relationnelles.

Il apparaît donc que la connaissance de l'incidence de la pathologie sur le comportement du malade et la connaissance de soi par rapport à son mode de relation constituent les connaissances utiles à la compétence particulière des aides-soignants en unité d'admission de psychiatrie générale.

#### 2.2.1.2.2. Les capacités relationnelles :

Le tableau suivant permet de visualiser les réponses<sup>29</sup> relatives aux capacités relationnelles. Nous rappelons que (selon notre définition de la page 21) la distanciation inclue la prise de recul, la gestion de l'émotion, l'attitude neutre, la connaissance de ses limites et que la négociation comprend le tact, la diplomatie et la patience.

	Nombre de personnes	Ecoute	Distanciation	Négociation	Disponibilité	Attitude ferme	Compréhension de l'autre
<b>AS</b>	13	6	6	4	1	2	1
<b>INF</b>	6	4	4	1	1	2	
<b>CI</b>	2	2			1		
<b>CIS</b>	2	2	1				
<b>IG</b>	1	1	1				
<b>M</b>	1	1	1	1			

Tableau n°3 : les capacités relationnelles nécessaires aux aides-soignants

### **↳ les aides-soignants :**

Les 13 aides-soignants donnent 29 réponses concernant les compétences relationnelles dont ils ont besoin dans le cadre de leur exercice. Ils priorisent l'écoute (6) et la distanciation (6), puis la négociation (4) et enfin l'attitude ferme (2). La disponibilité et l'acceptation des réactions du malade sont signalées une fois.

D'autres items sont apparus : calme-serein (4), discrétion (3). L'attitude de la relation a été citée par 2 aides-soignants en terme de contact facile et de savoir communiquer.

### **↳ Les autres professionnels :**

Tous ont mis l'accent sur l'écoute comme capacité relationnelle prédominante. La distanciation a été signalée à plusieurs reprises : 5 pour les infirmiers, 1 pour les cadres infirmiers supérieurs, médecins et infirmière générale. Les infirmiers ont, comme les aides soignants, décomposés les compétences relationnelles en plusieurs items.

Pour parler de l'attitude de la relation, 3 infirmiers ont exprimé la facilité du contact ou de la relation. Est apparue la capacité d'autonomie pour un cadre infirmier et un cadre infirmier supérieur. Seul, 1 infirmier a attiré l'attention sur la discrétion car *« les échanges des aides-soignants avec les patients sont des moments privilégiés autour d'un acte banal. L'aide-soignant doit penser à l'inscrire dans un contexte non banalisé »*.

### **↳ Analyse :**

16 personnes sur 23 interviewées ont défini la compétence relationnelle par la capacité d'écoute. Les aides soignants et les infirmiers qui sont le plus au contact des malades sont ceux qui affinent leur définition de la capacité relationnelle. Ceci peut s'expliquer par le fait que les personnes de terrain sont les plus à même de définir le savoir-être, mais peut aussi signifier que plus on s'éloigne du terrain et plus les professionnels en ont une vision globale.

La distanciation de la relation est celle qui est signalée par toutes les catégories (à l'exception des cadres infirmiers). Elle correspond à la capacité à gérer son émotion, ses affects, à avoir une attitude neutre. Elle traduit, à notre sens, une qualité d'écoute.

---

<sup>29</sup> Synthèse des entretiens en annexe n°4



Les autres indicateurs de l'attitude de la relation soignant/soigné (disponibilité, fermeté, négociation) sont relevés par les professionnels de proximité. Ceux-ci ont été ciblés du fait de leur importance dans la relation avec le patient au quotidien. A l'inverse, l'encadrement supérieur et les médecins ne sont pas inscrits dans une relation proche avec le malade ; ce qui peut expliquer qu'ils n'aient pas signalé ces indicateurs.

D'autres items ont été cités par les aides-soignants et les infirmiers (calme, serein, discrétion, contact facile). Pour nous, ils sont la résultante de la maîtrise des situations, des comportements adaptés, du fait d'une bonne compréhension du malade mental et d'une approche correcte de sa demande. Le soignant abordera une situation difficile ou nouvelle, de manière calme et sereine, s'il maîtrise l'ensemble des éléments de la situation (connaissance du malade, de sa pathologie et des répercussions de celle-ci sur son comportement, les facteurs de l'environnement qui vont influencer les réactions du malade, etc..).

Tous les items (compréhension de l'autre, négociation, disponibilité, fermeté, distanciation) de l'attitude dans la relation soignant/soigné ont donc été cités au moins une fois. Ce résultat est en concordance avec notre définition de la capacité relationnelle qui pose les principes d'écoute et d'attitude dans la relation.

#### 2.2.1.2.3. Les capacités transversales :

Le tableau suivant permet de visualiser les réponses<sup>30</sup> correspondant aux capacités transversales (d'observation, de raisonnement : analyse et réflexion et de transmission) que doivent avoir les aides-soignants en unité d'admission de psychiatrie générale, selon les différents professionnels.

	Nombre de personnes	Observation	Analyse réflexion	Transmissions	Initiative	Adaptation à la situation
<b>AS</b>	13	1	2	8	2	4
<b>INF</b>	6	2	2	1	2	
<b>CI</b>	2	2	2	1	2	1
<b>CIS</b>	2	2	2	1		
<b>IG</b>	1	1	1	1	1	1
<b>M</b>		1	1	1		

tableau n°4 : les capacités transversales nécessaires aux aides-soignants

### **☛ Les aides-soignants :**

Les transmissions, principalement orales, sont signalées par 8 d'entre eux. L'observation est citée 1 seule fois et l'analyse à 2 reprises. Cependant, l'adaptation aux situations est mentionnée à 4 reprises. La capacité d'initiative est stipulée 2 fois. Le niveau intellectuel a été signalé 1 fois.

### **☛ Les autres professionnels :**

L'ensemble des cadres du service de soins déterminent l'observation, l'analyse et la réflexion comme compétences indispensables aux aides-soignants. Les transmissions ont été signalées une fois par toutes les catégories professionnelles. La prise d'initiative apparaît dans 5 réponses (2 infirmiers, 2 cadres infirmiers et l'infirmière générale). L'infirmière générale et un cadre infirmier ont cité l'adaptation à la situation. Le niveau intellectuel et la capacité de compréhension sont signalés une fois chacun, par un médecin et un cadre infirmier. Pour 2 cadres infirmiers supérieurs, l'aide-soignant doit être capable de faire le lien entre la théorie et la pratique.

### **☛ Analyse :**

Les aides-soignants ont priorisé les transmissions orales et écrites. Les autres professionnels ont privilégié l'observation et la réflexion. L'observation est le complément indispensable de l'écoute pour la compréhension de l'autre. L'écoute et l'observation du comportement sont des sources de renseignements sur la façon dont la personne soignée exprime sa difficulté et sa souffrance. Leurs précisions favorisent la compréhension du malade et aident à sa prise en charge.

Les aides-soignants transmettent les informations aux infirmiers pour que ceux-ci les analysent et les traduisent en actions ou en réponses à apporter au malade.

Ils communiquent aux infirmiers les éléments observés ou écoutés. Aussi, pour que ceux-ci puissent être exploités, il leur a fallu être pertinents dans leurs observations. Les aides-soignants verbalisent une action, celle de transmettre l'information, alors que celle-ci est le résultat d'un processus comprenant deux étapes essentielles : l'observation et son analyse afin de sélectionner les éléments pertinents à transmettre.

---

<sup>30</sup> Synthèse des entretiens en annexe n°5

La capacité d'adaptation aux situations mentionnée à 6 reprises est, à notre sens, le résultat de la qualité de l'observation et de la réflexion.

Les compétences ne résident pas seulement dans les connaissances et les capacités relationnelles de la personne mais aussi dans la manière dont elle les mobilise au moment opportun. C'est pourquoi, les capacités transversales sont transférables, c'est-à-dire que la personne peut les mettre en œuvre au moment adéquat et dans un grand nombre de situations. Elles transforment le savoir en savoir utilisable, et non en savoir restitué, c'est la capacité à adapter le savoir dans l'action.

Les capacités de réflexion et d'analyse laissent poindre la capacité à développer des compétences.

Par ailleurs, la capacité d'initiative apparaît dans les réponses de 7 professionnels. Or, c'est une capacité que nous n'avons pas envisagée dans notre définition.

#### ***2.2.1.3. Le développement de compétences :***

Cette notion n'est pas exploitée ici car elle ne s'inscrit pas dans la première hypothèse mais sera vérifiée dans notre seconde hypothèse.

#### **2.2.2. La deuxième hypothèse :**

##### **« La dynamique d'équipe participe au développement de cette compétence »**

Les thèmes relatifs aux difficultés et à la compétence particulière des aides-soignants en unité d'admission de psychiatrie générale ont été traités dans la première hypothèse aussi nous analyserons pour cette deuxième hypothèse, uniquement le développement de compétences.

##### ***2.2.2.1. Le développement des compétences :***

Le développement des compétences a été exploité à partir des éléments constituant la dynamique d'équipe, à savoir, le travail en équipe, la formation, les réunions, l'organisation du travail et l'ambiance.

Le tableau suivant transcrit les résultats<sup>31</sup> des réponses des différents professionnels, interrogés sur les facteurs qui participent au développement des compétences des aides-soignants.

	Travail en équipe		Formations		Réunions		Organisation du travail		Ambiance
	Collaboration	Infirmier référent	Continue	En unité	Equipe infirmière	Pluri-Professionnelle	Clarification des rôles	Rôle du cadre infirmier	
<b>AS</b>	10	10	10	3	3	7	2		2
<b>INF</b>	6	6	4		3	5	3	2	3
<b>CI</b>	1	1	2	2	2	1	1	2	
<b>CIS</b>		2	2	2		1	2	1	
<b>IG</b>	1	1	1	1	1	1	1		
<b>M</b>	1	2	2			1			

Tableau n°5 : le développement de compétences

### **Ð Les aides-soignants :**

- Le travail en équipe : 10 aides-soignants sur 13 citent le travail en équipe infirmière (travail en binôme, de complémentarité) comme facteur important dans leur acquisition de compétences. Cela leur « *permet d'apprendre à connaître les malades et de savoir ce qu'il faut faire* ». « *On fait le travail ensemble et les infirmiers transmettent ce qu'il faut savoir* ».

Le même nombre de réponses désignent les infirmiers en tant qu'interlocuteurs privilégiés à qui ils « *peuvent poser des questions* ». « *L'infirmier communique aux aide-soignants et on sait comment faire* ».

- La formation : 10 indiquent qu'une formation continue spécialisée les aide « *à mieux se situer* », « *à comprendre les réactions des malades* ». L'un d'entre eux, dit l'intérêt de bénéficier de celle-ci, au moment de l'affectation dans une unité d'admission pour qu'elle soit plus opérante. Par ailleurs, 3 aides-soignants précisent qu'ils ont préféré des « *explications de la pathologie et des conséquences au quotidien* » de la part des médecins de leurs unités à partir des patients. Cela leur a « *permis d'être*

<sup>31</sup> Synthèse des entretiens en annexe n°6

*avertis des attitudes et réactions des malades et de les rapprocher de ce qui avait été enseigné dans la formation spécifique sur les maladies mentales ».*

D'autres thèmes de formation ont été mentionnés (autisme, transmissions écrites et orales). Un autre a été amené à relire ses cours de formation initiale concernant le module de psychiatrie.

- Les réunions : elles sont signalées comme ressources d'apprentissage à 10 reprises. 7 concernent la réunion pluriprofessionnelle et 3 l'inter-équipe infirmière. « *La réunion clinique (pluriprofessionnelle) actualise l'histoire du patient et aide à la relation avec lui, elle permet de savoir ce qu'il ne faut pas dire par exemple aux délirants* ». Elle apporte les éléments nécessaires pour répondre au malade. « *Le médecin explique la pathologie du malade* ».

La réunion inter-équipe est pour les aides-soignants un temps d'échanges. L'infirmier « *traduit, décode les signes spécifiques* », et « *on peut parler des situations qui nous interpellent* ». Un aide-soignant signale que préparer une synthèse avec un infirmier est riche d'enseignement.

- L'organisation du travail : c'est un élément peu repéré, seulement par 2 aides-soignants. Pour eux, c'est déterminer les tâches et délimiter leur fonction pour que leur place soit bien définie.

- L'ambiance de l'équipe : elle a été traduite à 4 reprises par une « bonne intégration dans l'équipe » et par une solidarité entre aides-soignants et infirmiers. « *elle permet de pouvoir parler de ses difficultés* ».

D'autres facteurs participant au développement des compétences ont été cités par les aides-soignants.

\*L'expérience ou l'apprentissage « sur le tas » ont été indiqués à 5 reprises. Elles correspondent pour l'un « *au cumul des situations qui permettent d'apprendre* », pour un autre, c'est la connaissance du malade au fil des jours.

\*La lecture du dossier de soins infirmiers a été signalée à 2 reprises.

\*Sont apparus : la motivation, l'encadrement de stagiaires, le temps, la réactualisation des connaissances et une première affectation en unité de géronto psychiatrie ou en unité de patients plus stabilisés qui sensibilise au monde psychiatrique.

## ▫ Les autres professionnels :

**Les infirmiers :** Leurs réponses correspondent à celles des aides-soignants aussi bien en ce qui concerne le travail d'équipe (6) que les réunions pluriprofessionnelles (5), la formation continue (4) et l'expérience (6). Ils mettent un peu plus l'accent sur l'ambiance (4) et la clarification des rôles (4). Le rôle du cadre est abordé par 2 d'entre eux : « *Il doit avoir le souci de la réalité du travail* » et « *faire en sorte que chacun trouve sa place* ».

- Le travail d'équipe : Tous les infirmiers interrogés mentionnent le travail d'équipe de collaboration et de complémentarité qu'ils ont avec les aides-soignants. Cela se traduit par un « *accompagnement de l'infirmier qui montre et guide l'aide-soignant au moment où il faut l'aider à intervenir auprès des malades* ». Ce travail en collaboration favorise les échanges à tout moment de la journée, au cours des différents actes réalisés en commun y compris dans les temps informels. Il a été préconisé le parrainage infirmier et le questionnement des plus anciens. Pour un infirmier, le travail d'équipe est élargi à l'équipe pluridisciplinaire.

- La formation : 4 la mentionnent comme apport pour les aides soignants sur des notions, des connaissances de base.

- Les réunions : les réunions pluriprofessionnelles sont mentionnées par 5 infirmiers. Elles permettent aux aides-soignants de « *questionner le médecin pour avoir des explications sur les comportements des malades par rapport à la pathologie* ». Pour 1 infirmier, les projets et objectifs de soins participent au développement des compétences car ils donnent des indications aux aides-soignants sur les comportements à adopter à l'égard des patients.

Pour 3 infirmiers, les réunions infirmières sont des temps d'échanges « *qui servent à exprimer le vécu de chacun* ». Ce sont des temps de questionnement autour des patients. Un infirmier propose « *des discussions à thèmes* ». L'infirmier « *fait le lien, essaie de transposer les connaissances dans le contexte* ».

- L'organisation du travail : elle est signalée 3 fois en terme de clarification des rôles. Pour un infirmier, « *elle ne doit pas bloquer les initiatives, ni les prises de responsabilité* » et cela fait partie du « *rôle du cadre infirmier* ».

- L'ambiance : elle a été mentionnée à 3 reprises et concerne « *la solidarité* » et « *être en confiance* ».

L'expérience a été citée par tous les infirmiers. L'apprentissage par l'expérience « *donne du savoir-faire* » et se fait par la confrontation aux autres soignants en écoutant et « *voyant travailler les collègues ce qui amène à modifier ses attitudes* », par « *l'observation du discours de l'infirmier par rapport au patient* ». Les réactions et les attitudes des infirmiers suscitent des questions et l'échange autour du patient, qui en découle, produira un apprentissage sur les attitudes et les comportements. Pour 1 infirmier, l'expérience des uns et des autres s'associent pour mobiliser une compétence.

La motivation et l'intérêt d'apprendre ont été mentionnés par 2 personnes.

#### ***L'encadrement infirmier :***

- Le travail en équipe : l'équipe n'est plus seulement infirmière, elle inclue les autres partenaires du soin. Elle est clairement spécifiée par un cadre infirmier et un cadre infirmier supérieur. Si l'infirmier est toujours mentionné en qualité de référent de l'aide-soignant, il n'est plus le seul. Apparaissent le cadre, le médecin et les membres de l'équipe pluriprofessionnelle. Le médecin apporte un « *éclairage clinique* » et l'infirmier permet de relier la théorie à la pratique.

- Les formations : elles ont été mentionnées par l'ensemble des cadres (5/5) que ce soient des formations continues ou des formations au sein de l'unité. Elles prennent diverses formes ( journées à thèmes, formations actions). Les contenus proposés sont principalement les pathologies psychiatriques. Cependant, apparaissent les modes de prise en charge, l'écriture, l'agressivité, l'approche des situations aiguës. Une personne précise que la formation est faite au quotidien par l'infirmier, le cadre et le médecin.

- Les réunions : les réunions infirmières sont signalées uniquement par les cadres de proximité. Celles de l'équipe pluriprofessionnelle sont désignées par toutes les catégories de l'encadrement infirmier. Elles le sont en terme de lieu de réflexion collective sur la pratique et lieu de réflexion permettant un travail sur soi. L'apport s'opère grâce aux interventions du médecin et du psychologue.

- L'organisation du travail : 4 personnes sur 5 signalent l'importance de l'organisation du travail dans l'amélioration des compétences des aides-soignants. La

majorité de l'encadrement met l'accent sur son rôle dans l'organisation du travail au niveau de la clarification des fonctions, de l'évaluation et de la mobilisation des compétences. Un cadre précise « *qu'en recentrant les activités en fonction des qualifications, il a pu avoir des exigences plus accrues à l'égard des infirmiers et des aides-soignants* ». Le cadre est aussi celui qui valorise le travail et « *la parole de l'aide-soignant* », qui « *fait le lien* » de l'équipe infirmière, qui « *fait comprendre et analyse la situation avec eux* ».

- L'ambiance : elle n'apparaît pas dans les réponses de l'encadrement infirmier mais elle est perçue au travers du souci des cadres infirmiers à vouloir reconnaître la valeur des aides-soignants et à les aider à s'exprimer.

D'autres facteurs apparaissent : la motivation pour travailler dans ces unités et l'envie d'apprendre sont indiquées par les 2 cadres infirmiers. C'est un facteur d'ordre individuel. Cependant, un cadre infirmier supérieur dit que deux motivations (le « *volontariat* » de l'aide-soignant à venir travailler et « *l'acceptation* » de l'équipe infirmière pour travailler avec des aides-soignants) sont indispensables pour que la dynamique se crée. L'encadrement de stagiaires est aussi mentionné par un cadre infirmier supérieur, car il permet aux aides-soignants de « *s'inscrire dans un rôle pédagogique en les obligeant à préciser et à expliquer ce qu'ils font* ».

**Les médecins** : ils sont unanimes pour considérer la formation continue et l'infirmier comme ressources essentielles au développement des compétences des aides-soignants dans leurs unités. Un médecin propose une formation de type « *mise en situation pour théoriser, pour sortir du cadre du quotidien* ». L'infirmier est perçu dans une fonction d'accompagnement, de relais, de décodeur.

L'expérience « *permet d'acquérir un savoir pratique plus que théorique* » et la réunion pluriprofessionnelle « *doit avoir une dimension pédagogique* ».

#### **2.2.2.2. Analyse :**

Nous constatons que les réponses des aides-soignants sont proches de celles des infirmiers, ce qui pourrait indiquer soit une approche identique de leurs activités soit une bonne connaissance réciproque. Cette dernière hypothèse traduirait une bonne



intégration des aides-soignants dans l'équipe infirmière et un travail de collaboration effectif.

***Le travail en équipe :***

Tous les professionnels ont mentionné que les infirmiers et le travail d'équipe participent au développement des compétences des aides-soignants.

Le travail d'équipe est important en psychiatrie ; il facilite le travail en binôme et permet à l'aide-soignant d'évoluer, sécurisé par la présence infirmière en cas de malade difficile. Nous pensons qu'un phénomène d'identification à l'infirmier s'opère par mimétisme, par effet miroir dans la manière de faire, favorisant ainsi l'apprentissage d'attitudes adéquates.

Au cours de leurs activités communes, l'infirmier sert de référence par rapport aux attitudes, aux discours qu'il a avec le patient et par rapport aux questions posées par l'aide-soignant. Ce dernier est tributaire de l'infirmier qui est son décodeur clinique. Ceci confère aux infirmiers des fonctions pédagogiques, de conseil, de supervision. L'infirmier a un rôle pédagogique car il transmet sa connaissance sur la maladie des patients et sur leurs réactions éventuelles. Cette connaissance aide l'aide-soignant dans l'approche qu'il a avec la personne soignée, dans la façon de lui parler et dans l'adaptation de son comportement à son égard. Il communique aux aides-soignants le « comment faire », il guide en intégrant probablement des notions cliniques car cela donne « lieu à échanges ». L'infirmier est le moteur de la réflexion : il fait « *que la réflexion s'amorce* ».

Pour l'encadrement infirmier, la référence s'élargit à l'équipe pluriprofessionnelle. L'éclairage clinique et le regard différent qu'apportent les médecins et les autres membres de l'équipe ont probablement pour effet d'interpeller les aides-soignants, déclenchant ainsi le questionnement. Celui-ci, induit une réflexion qui peut être reprise avec les infirmiers.

Dans le travail d'équipe infirmière, le développement de compétences selon Richard WITTORSKI, s'inscrit dans « une logique d'action » lorsque l'aide-soignant reproduit par mimétisme le savoir-faire infirmier. Il est dans « une logique de réflexion et de l'action » lorsqu'au cours d'une activité réalisée en collaboration, l'aide-soignant interroge l'infirmier. L'infirmier accompagne l'aide-soignant dans une amélioration de sa compétence, il assure une fonction de tuteur.

### ***Les formations spécifiques :***

Elles permettent à l'aide-soignant de mieux situer les pathologies psychiatriques. Cependant, elles restent complexes, donnent seulement un tour d'horizon, un aperçu et ne favorisent pas la compréhension des réactions des malades. Il est important qu'elles aient lieu au moment où l'aide-soignant est affecté dans une unité d'admission et non dans un autre type d'unité. Ce moment est opportun car l'aide-soignant est interpellé par les comportements des malades.

Les infirmiers et le cadre d'unité sont les interlocuteurs privilégiés pour faire le lien entre la théorie enseignée et les comportements des patients auxquels l'aide soignant sera confronté au quotidien. Ce tutorat peut s'effectuer soit au cours de l'action, c'est-à-dire, le plus souvent en réalisant ensemble un soin (toilette, activité), soit plus à distance, au moment d'échanges, sur des temps informels ou non comme les réunions inter-équipes.

Des formations réalisées par le médecin du service, à partir de cas cliniques, sont complémentaires et très utiles aux aides-soignants lorsqu'elles traitent de la pathologie de malades connus et des conséquences de leur maladie. Dans ce type de formation, l'aide-soignant est averti des réactions et attitudes possibles que peuvent avoir les malades. Ceci favorise une meilleure acceptation de leurs réactions compte tenu de la maladie.

Ces formations permettent de faire le lien entre théorie et pratique et se situent dans un registre de formation en alternance ce qui introduit une logique de réflexion de l'action et une réflexion sur l'action.

Des formations, à thèmes ou à la journée, plus ciblées, peuvent être une aide au développement des compétences de l'aide-soignant. La variété des formes et des contenus génère un élargissement des connaissances qui développe « *la flexibilité intellectuelle et comportementale* »<sup>32</sup>. Celle-ci favorise une ouverture d'esprit, alimente et enrichit la réflexion nécessaire au processus d'évolution des compétences.

---

<sup>32</sup> Marjolaine Moreau, « La motivation au travail et à la formation, ressort de la production d'intelligence », éducation permanente, n°136, p 145

### ***Les réunions :***

- Lors des réunions infirmières (inter-équipes), les transmissions et la communication entre soignants sont importantes pour les aides-soignants même au niveau des tâches élémentaires. En effet, elles leur permettent d'obtenir des éléments indispensables pour connaître le malade, d'avoir des explications, de comprendre une réaction particulière et ainsi de savoir que faire et comment répondre. C'est un moment d'échanges essentiel qui les aide pour modifier une attitude, réajuster par rapport à une nouvelle situation et acquérir, par là, un nouveau savoir.

Lorsque l'aide-soignant transmet les observations, les remarques et les signes concernant un malade à l'équipe infirmière, l'infirmier explique, traduit, décode ce qui est spécifique et qui fait référence à la maladie. L'infirmier se situe ainsi dans une démarche pédagogique.

Les réunions de l'équipe infirmière sont un espace-temps consacré à la réflexion sur l'action.

Au cours de ces réunions, l'aide-soignant peut questionner les infirmiers, parler des situations qui l'interpellent. Pour que l'échange ait lieu et pour que l'interaction infirmier/aide-soignant s'opère, un climat de confiance est nécessaire, ce qui a été traduit par l'ambiance.

- En ce qui concerne les réunions cliniques pluriprofessionnelles, le projet de soin est la base de la réunion. Il est établi à partir d'une analyse collective de l'état du malade, des observations des différents soignants et éventuellement des actions de soins déjà réalisées. L'analyse du médecin facilite l'aide-soignant dans sa relation avec le malade car il apporte un autre éclairage et permet de comprendre le comportement du malade lié à la pathologie et éviter ainsi les situations, les conversations et les thèmes qui mettent en difficulté le malade. La compréhension de l'histoire du malade et de sa maladie permet à l'aide-soignant de mieux accepter le malade, lors de comportements parfois déroutants.

L'encadrement infirmier met l'accent sur l'importance des échanges au cours des réunions pluriprofessionnelles. En effet, ce sont des lieux de réflexion collective qui favorisent une évolution des pratiques, une remise en question, qui introduisent des regards différents, bousculent des préjugés, permettent de remettre en jeu une organisation.

En s'appuyant sur la théorie de Richard WITTORSKI, nous pouvons dire que la réunion pluriprofessionnelle est à la fois une « réflexion sur l'action » et une « réflexion pour l'action ». Dans ce cas, c'est le médecin qui a le rôle pédagogique pour l'aide-soignant et pour l'ensemble de l'équipe. Nous nous situons dans un développement de compétences collectives.

Quelle que soit la réunion, pluriprofessionnelle ou d'équipe infirmière, le questionnement et la réflexion permettent de se décaler par rapport à l'action de soin ou à la relation avec le malade. L'aide-soignant peut ainsi prendre du recul par rapport à son activité.

### ***L'organisation du travail :***

Les résultats mettent en évidence un souci de délimiter les fonctions et les tâches des aides-soignants pour qu'ils puissent exister dans l'organisation infirmière. Est abordé le rôle des cadres dans la mobilisation et le développement des compétences au travers de l'évaluation et de la réflexion.

La clarification des fonctions est un guide pour l'aide-soignant qui sait ainsi ce qu'il peut faire, ce qui relève de sa compétence reconnue. Il a connaissance de ce qui est attendu de lui. En posant des exigences dans un cadre défini, son activité est valorisée et l'aide-soignant trouve sa place dans l'organisation et le fonctionnement. Son action s'intègre dans la globalité du soin à la personne soignée.

En délimitant, le cadre infirmier donne une référence par rapport à une norme attendue. Cela permet à l'aide-soignant de connaître les moyens dont il dispose (personnes ressources, temps d'échanges, zone d'autonomie,..).

Le cadre infirmier a un rôle important car non seulement il organise l'activité et clarifie les fonctions de chacun mais il est la personne tiers qui apporte un autre regard permettant échanges et confrontations. Etant plus en retrait du soin direct et de la collaboration infirmier/aide-soignant, il objective, permet une distanciation entre le tuteur (infirmier) et son activité d'accompagnement de l'aide-soignant. Il a un rôle de médiateur, de conceptualisation de la pratique. Ses interventions de type questionnement réflexif en réunions permettent de réinterroger la pratique, aide l'infirmier à transmettre ce qu'il sait, permet de réidentifier les savoirs, les gestes, les compétences construits par l'expérience.

L'évaluation de la performance de l'aide-soignant pointe les capacités acquises et celles à améliorer. C'est aussi un temps d'échanges avec le cadre infirmier, en dehors du groupe, propice à l'expression de l'aide-soignant, de ses éventuelles difficultés et de ses besoins de formation.

***L'ambiance :***

La prise en charge d'un malade réclame une implication, un engagement personnel et peut parfois mettre à jour, pour le soignant, ses difficultés personnelles, ses modes de relation, ses mécanismes de défense. Aussi, la réflexion et le questionnement en équipe que suscitent le soin et le projet de soin obligent à découvrir une partie de soi à l'autre. Cela ne peut fonctionner que dans un climat de confiance mutuel, en l'absence de jugement négatif. L'ambiance doit être propice à l'expression de chacun.

***L'expérience :***

Le cumul des situations facilite l'apprentissage des comportements en fonction des maladies. L'expérience introduit de nouvelles situations auxquelles le soignant doit s'adapter, en modifiant son attitude, en innovant. De ce fait, il acquiert de nouvelles connaissances et élargit son champ de compétences. A partir de l'idée que dans une équipe, l'expérience des uns enrichit celle des autres, nous pouvons dire qu'il y a cumul des effets, et de ce fait, le développement des compétences des uns induit l'évolution des autres.

***Les ressources personnelles de l'agent :***

En ce qui concerne l'aide-soignant lui-même, il lui est plus facile de s'adapter lorsqu'il est volontaire et motivé pour travailler en unité d'admission. Il est plus enclin à relire ses cours qui prennent plus de sens et n'ont pas le même impact qu'au moment de leur enseignement.

La motivation des aides-soignants à venir travailler dans ces unités et l'acceptation par les infirmiers de les avoir comme collègues ont été rappelées par les cadres de proximité qui ont à gérer la dynamique d'équipe. En effet, il n'est pas possible de développer des compétences dans des situations conflictuelles ou d'opposition. Aussi, volontariat et motivation pour l'aide soignant et leur acceptation par les infirmiers sont des conditions sine qua non de leur intégration et du développement de leurs compétences.

### ***L'encadrement des stagiaires :***

Mentionné par un aide-soignant et un cadre infirmier supérieur, l'encadrement d'élèves aides-soignants confère aux aides-soignants un rôle pédagogique qui leur impose de théoriser leur pratique afin de la transmettre.

### **2.3. SYNTHÈSE DES RESULTATS :**

Les caractéristiques de la pathologie mentale se situent dans la difficulté de prévisibilité des réactions, dans l'irrationalité des comportements et dans l'aspect singulier de la maladie. La variété des situations, la prédominance du soin relationnel et la nécessité de décodage mettent en évidence la complexité du soin en psychiatrie. Le savoir-faire réside essentiellement dans le relationnel, c'est à dire, dans la capacité à établir une relation opérante avec la personne soignée.

Les aides-soignants se sentent en difficultés ou appréhendent certaines situations face auxquelles ils n'ont pas une parfaite maîtrise. Dominer les diverses situations rencontrées en unité d'admission exige une compétence certaine. Pour agir de manière pertinente dans ce lieu d'exercice, ils doivent mobiliser des connaissances liées à la pathologie mentale et à ses effets sur le comportement des personnes soignées ainsi que des capacités relationnelles d'écoute, d'attitude dans la relation. Pour cela, une connaissance de soi, de son mode de relation avec autrui est utile. Ils doivent aussi mobiliser des capacités transversales d'observation, de réflexion et de transmission de l'information.

Les connaissances s'obtiennent par la formation et l'expérience. La formation initiale étant une base générale, l'essentiel de la connaissance s'acquiert sur le terrain et à l'aide de formations ciblées. Nous considérons que les savoirs d'action des aides-soignants sont des savoir-faire expérimentiels.

*Au regard des résultats, nous pouvons valider la première hypothèse : « l'exercice des aides-soignants en unité d'admission de psychiatrie générale nécessite une compétence particulière »*

Pour ce qui concerne le développement des compétences, en référence à Richard WITTORSKI, l'expérience en tant que cumul de savoirs se décline en « logique d'action ». Au travers de la collaboration infirmier/aide-soignant, il peut y avoir soit reproduction d'une pratique, d'un discours par imitation (« logique d'action ») soit questionnement sur l'action (« logique de l'action et de la réflexion »).

Les réunions d'équipe infirmière, d'équipes pluriprofessionnelles font l'objet d'échanges, d'interrogations sur la pratique, sur le vécu des situations. En ce sens, elles se déclinent en « logique de réflexion sur l'action ». Lorsqu'au cours de ces réunions, la discussion a pour objet le projet de soin, elle anticipe l'action et se situe donc dans une « logique de réflexion pour l'action ».

L'infirmier a un rôle de tuteur, de transmission du savoir-faire. Ce rôle pédagogique est relayé par le cadre d'unité et le médecin.

Les savoirs théoriques (formations initiales ou spécifiques) sont adaptés à une finalité pratique. Pour faire le lien entre les notions cliniques, pathologiques et les attitudes et comportements qui peuvent en découler, il y a nécessité de réflexion, de capacités transversales et de la présence d'un tiers (infirmier, cadre ou médecin) qui y aide.

Le développement de compétences est collectif car l'analyse sur la pratique ou pour l'action future dans le cadre de projet de soins enrichit mutuellement l'ensemble des participants. Grâce à l'influence du groupe, le comportement des aides-soignants est en amélioration continue. Elle ne peut se réaliser que dans un climat favorable au partage des idées, à l'acceptation de chacun des membres du groupe.

L'organisation du travail met l'aide-soignant dans une position la plus sécurisante possible. Lorsqu'il arrive dans une unité d'admission, ses tâches sont définies, clarifiées et délimitées. Des temps de réflexion sont aménagés en groupe (réunions d'équipe infirmière ou pluriprofessionnelle) ou individuellement (avec le cadre de proximité ou un infirmier de référence).

Le développement des compétences s'effectue au sein d'une organisation du travail structurée où l'encadrement infirmier a délimité les champs de compétences des aides-soignants, leur fonction, leurs activités. Il a déterminé les exigences qu'il a à leur égard, et mis à disposition des ressources nécessaires à leur activité comme les temps de réunions pour les échanges, la réflexion et la transmission de l'information.

Dans l'organisation du travail, l'évaluation de leur performance et la possibilité d'encadrement de stagiaires ont été évoquées.

L'enquête, auprès d'aides-soignants exerçant en unité d'admission, a mis en évidence que l'affectation préalable dans les unités accueillant des malades psychiatriques, soit stabilisés, soit déficitaires, soit âgés est une sensibilisation à la psychiatrie qui ne correspond pas à la réalité des unités d'admission. En effet, lorsque l'aide-soignant a exercé dans ces unités d'admission en qualité d'agent des services hospitaliers, il possède une meilleure approche de la psychiatrie et s'adapte de ce fait plus facilement. Il a côtoyé les malades mentaux, même en état de crise, sans être impliqué dans le soin. Cette distance lui a permis de mieux les connaître, de dédramatiser leurs réactions et de pouvoir banaliser les comportements déroutants.

Quelle que soit son expérience précédente, le développement de compétences est aussi lié à sa motivation, d'une part à vouloir travailler dans ces unités et d'autre part à avoir envie d'apprendre et de se perfectionner.

Le travail en équipe infirmière et pluriprofessionnelle, la collaboration infirmier/aide-soignant, le tutorat infirmier, les instances de réflexion, les temps de formation, le management de l'encadrement infirmier sont autant d'éléments qui contribuent à l'amélioration de la compétence particulière de l'aide-soignant au sein d'un collectif où son potentiel évolue grâce à un contexte favorable et dans une organisation de travail structurante et qualifiante

*Il apparaît que la seconde hypothèse : « la dynamique d'équipe participe au développement de cette compétence » est validée.*



### **3<sup>ème</sup> PARTIE : PROPOSITIONS DE L'INFIRMIERE GENERALE PAR RAPPORT A L'INTEGRATION DES AIDES-SOIGNANTS :**

L'évolution du contexte socio-économique a percuté le champ de la santé mentale, introduisant une évolution des manifestations pathologiques. Cette transformation a généré de nouvelles prises en charge, de nouvelles pratiques de soins, de nouvelles exigences. Ce phénomène a entraîné une évolution des organisations et, avec elle, des changements de profils des personnels. La complexité du soin ne réclame plus des exécutants centrés sur la tâche, mais demande des professionnels capables de s'adapter à des situations de travail changeantes, diversifiées et imprévisibles.

L'infirmier général anticipe, contribue et accompagne cette évolution, dans son domaine de compétence :<sup>33</sup> *« sous l'autorité du chef d'établissement et en liaison avec le corps médical et les autres corps d'encadrement concernés, [elle participe] à la conception , à l'organisation et à l'évolution des services médicaux »*

*«[ elle participe] également à la gestion des personnels infirmiers, aides-soignants et agents des services hospitaliers dont ils proposent l'affectation. [elle contribue] à l'élaboration et à l'application des programmes des formation des personnels de service de soins infirmiers. »*

#### **3.1. CONCEPTIONS PERSONNELLES :**

Nous croyons en un management participatif, basé sur la dimension humaine, qui favorise la responsabilité, la collaboration et la complémentarité. La cohérence des orientations, des projets, la rigueur et la considération des personnes facilitent l'adhésion, le dynamisme et l'évolution. La participation des personnes aux projets contribue à l'appropriation de nouveaux concepts et permet un temps d'intégration nécessaire à l'évolution des mentalités. Le temps structuré est un facteur d'appropriation et d'intégration du changement.

Nous œuvrons pour une cohérence institutionnelle, aussi, nous nous situons dans un pouvoir partagé.

Nous pensons que la professionnalisation s'obtient par l'acquisition d'un savoir-faire validé qui génère une augmentation de la compétence individuelle et collective. Nous

---

<sup>33</sup> Décret n°94-904 du 18 octobre 1994 relatif au statut des infirmiers généraux (article 2)

avons mis en évidence précédemment que la compétence individuelle et collective se développent grâce à une organisation structurante et qualifiante. En conséquence, nous agissons pour une amélioration de la qualité des soins. Nous adhérons aux propos du Dr M. BREMOND<sup>34</sup> : « *La qualité est un effet d'organisation dans le secteur du soin. La qualité des soins n'est pas un problème de compétence des personnes mais d'organisation des soins.* »

### **3.2. LES PROPOSITIONS :**

L'étude réalisée n'est pas suffisamment exhaustive pour être transférée, cependant, elle a été une aide pour élargir les domaines d'investigation. Nous allons l'utiliser dans le cadre d'une intégration d'aides-soignants en unité d'admission de psychiatrie générale, prévue dans notre établissement d'affectation. Nous devons, évidemment, l'adapter au contexte local. Aussi, en situation, nous devons constamment avoir le souci de nous questionner sur la conformité de nos propositions par rapport à notre établissement.

Nous utiliserons les données qui nous ont été apportées au cours de l'étude lorsque nous estimons qu'elles représentent une réalité possible à ne pas écarter même lorsqu'elles n'ont été citées que par une seule personne.

L'intégration des aides-soignants impose de créer un environnement adéquat, de mettre en place les conditions nécessaires d'une part à leur acceptation et d'autre part à l'acquisition et au développement des compétences.

Nous axons nos propositions sur la dynamique institutionnelle qui va orienter en tant qu'infirmière générale notre politique du service de soins infirmiers en direction d'une dynamique d'équipe.

#### **3.2.1. Au niveau stratégique :**

Dans l'établissement de notre prise de fonction, une expérimentation d'intégration de quatre aides-soignantes a débuté, depuis l'automne, dans une unité d'admission. La réalisation d'une évaluation permettra d'effectuer une analyse qui

---

<sup>34</sup>Dr Marc BREMOND, Ecole Nationale de la Santé Publique, intervention lors de la journée régionale d'accréditation au Centre Hospitalier Guillaume Régnier, le 26/02/1999

servira de base pour le choix de l'orientation future quant à l'affectation d'aides-soignants dans ces unités.

L'évaluation de l'expérimentation devra mettre en évidence, à l'aide d'une méthode de mesure de charge en soins, la part de l'activité de soin qui est ou peut être effectuée par les aides-soignants. A priori, compte tenu de l'étude réalisée dans ce document, l'affectation de quatre aides-soignants dans une unité est nécessaire pour assurer la présence de l'un d'eux à chaque faction du matin et de l'après-midi, chaque jour de la semaine. Cependant, l'activité de soin ne correspond pas à quatre équivalents temps plein, aussi les aides-soignants ont une partie de leur temps réservée à l'entretien ménager. Cette répartition de leur activité a des incidences sur l'activité et la répartition des agents des services hospitaliers.

C'est pourquoi, l'intégration des aides-soignants dans les unités d'admission nécessite une réflexion plus globale prenant en compte les différents métiers qui gravitent autour de la prise en charge du malade, y compris les professions qui n'appartenant pas au service de soins infirmiers. En effet, l'introduction de nouveaux professionnels dans une équipe, modifie l'équilibre existant, déstabilise l'organisation du service et par répercussion, celle de l'institution.

L'expérimentation et la réflexion devraient permettre d'envisager plusieurs scénarios :

- Extension progressive mais déterminée.
- Extension progressive mais limitée aux seuls services volontaires.
- Extension impossible car il y a opposition, blocage des équipes ou des partenaires sociaux ou des médecins.

Nous pensons, que l'intégration des aides-soignants ne peut qu'être une volonté institutionnelle, partagée ou négociée auprès des partenaires concernés.

Il est donc essentiel de définir une politique globale d'intégration des aides-soignants qui inclurait la dimension de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, de la formation, de l'information et de la communication, du service de soins infirmiers (professionnalisation des autres métiers du service infirmier, accompagnement des équipes....).

Pour chacun des scénarios possibles devront être déclinées les variantes de chacune des politiques définies.

En fonction du scénario retenu et des délais envisagés, devront être élaborés un programme et un calendrier pour chacune des politiques énoncées.

#### ***3.2.1.1. Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences :***

Compte tenu de la répartition de l'activité des aides-soignants, nous serons amenés à déterminer le besoin en personnel aide-soignant, infirmier et agent des services hospitaliers par unité de soin d'admission et globalement pour l'ensemble de l'établissement en fonction des autres types d'unité.

L'identification des besoins permettra de définir une politique de transformation ou de redéploiement des emplois et une politique de formation en fonction des besoins déterminés et du calendrier.

Cette étape permettra de dégager les compétences requises. Par ailleurs, l'évaluation des compétences existantes permettra d'établir le diagnostic pour orienter les choix stratégiques en matière de gestion des ressources humaines (politique de formation promotionnelle et/ou de recrutement).

#### ***3.2.1.2. Formation :***

En fonction du diagnostic précédent, la politique de formation aura deux objectifs :

- de développement des compétences dans un premier temps, si l'option du redéploiement interne ou celle du recrutement extérieur aura été retenue et dans un second temps lorsque, quel que soit le mode de recrutement, les aides-soignants seront affectés dans les unités.

- de formation promotionnelle si le recrutement s'opère en interne (principalement au sein de la catégorie agent des services hospitaliers).

#### ***3.2.1.3. Information et communication :***

Une politique d'information et de communication à l'ensemble du personnel est primordiale, d'une part parce que l'affectation des aides-soignants a une répercussion sur l'ensemble des professionnels du soin et, d'autre part pour permettre la réflexion et l'adhésion des différents partenaires.

Le corps infirmier n'est pas forcément prêt à laisser une partie de son activité à un autre professionnel. En effet, la relation est la dimension valorisée du soin infirmier, elle se situe principalement au niveau du rôle propre et serait donc « délaissée » aux aides-soignants. Par ailleurs, cette partie d'activité permet à l'infirmier d'avoir une zone d'autonomie par rapport aux médecins.

Ensuite, le corps médical ne connaît pas forcément les domaines de compétences et de responsabilités de chacune des catégories concernées. Il y sera cependant confronté, dans l'exercice de ses fonctions et devra donc en être informé..

Il est pour cela nécessaire d'élaborer un programme de communication s'appuyant sur divers moyens de diffusion (lettre d'information, présentation de l'expérimentation et du projet dans les instances...)

#### ***3.2.1.4. Le service de soins infirmiers :***

Parallèlement, l'infirmier général en collaboration avec le directeur du service de soins infirmiers <sup>35</sup> définiront la stratégie d'accueil et d'intégration des aides-soignants dans les unités d'admission, en même temps qu'ils prépareront les conditions qui permettront d'améliorer leurs compétences. Pour cela, seront définis plusieurs axes qui s'interpénètrent:

##### ***® Modalités d'accompagnement des équipes :***

L'accompagnement des équipes se réalise avec l'encadrement afin de cheminer en cohérence.

##### ***® Professionnalisation des métiers du service de soins infirmiers (cadre infirmier, infirmier, aide-soignant, agent des services hospitaliers) :***

L'activité soignante de chaque catégorie professionnelle est mise en valeur en la clarifiant et en définissant le sens que chacun lui donne. Ceci, a pour effet de délimiter la compétence de chaque catégorie professionnelle et de constituer de nouveaux champs professionnalisés.

La professionnalisation d'une catégorie professionnelle produit un repositionnement des autres professionnels qui peut être bénéfique à l'ensemble. Effectivement, si les

---

<sup>35</sup> Pour faciliter la lecture, ne sachant pas au moment de l'écriture du mémoire comment sera répartie notre activité, nous utiliserons le seul terme d'infirmier général pour traduire notre collaboration avec le directeur du service de soins infirmiers.

conditions sont favorables, il va susciter une dynamique évoluant vers un développement et une évolution des compétences des uns et des autres.

**® *Mise en place d'organisation du travail qualifiante et apprenante :***

Il est nécessaire de concevoir l'organisation en fonction des qualifications et des capacités des personnes de manière à développer leurs compétences grâce aux situations et aux dispositifs d'apprentissage mis en place dans cette organisation (par exemple : travail de clarification des rôles, structuration de temps de réflexion collective). L'encadrement infirmier a un rôle déterminant.

**® *Encadrement de stagiaires :***

L'accueil des élèves aides-soignants en unités d'admission requiert une plus grande vigilance en terme d'accompagnement et d'encadrement.

L'utilisation de la structuration de l'encadrement des stagiaires, mis en place par un cadre infirmier affecté à la direction du service de soins infirmiers, prend toute son importance pour les élèves accueillis dans ces unités. Celle-ci permet de déterminer les capacités d'accueil des unités de soin, de planifier les stagiaires, d'instituer des temps d'accueil, d'information, d'écoute et d'échange en début et en cours de stage ainsi qu'une évaluation finale en complémentarité avec les cadres de proximité.

**3.2.2. Au niveau opérationnel :**

**3.2.2.1. *Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences :***

**® *Définition du profil de poste :***

Pour l'élaboration du profil de poste de l'aide-soignant en unité d'admission, nous utiliserons notre étude en ce qui concerne la compétence particulière qui sera par la suite complétée, réajustée grâce au référentiel métier.

Cependant, nous pensons que des qualités humaines, une expérience de la vie ou une certaine maturité sont les potentiels de base pour acquérir, dans de meilleures conditions, la compétence particulière définie dans l'étude.

**® *Recenser les potentialités :***

Il sera réalisé en premier lieu auprès des aides-soignants des autres structures de l'établissement, intéressés et motivés par le travail en unité d'admission. En effet, la

motivation est un des facteurs favorisant l'adaptation et le développement des compétences.

Ensuite, nous identifierons les agents des services hospitaliers qui souhaitent accéder à une promotion pour pouvoir intégrer, après leur formation en école d'aides-soignants, soit les unités d'admission soit les autres unités en remplacement des agents redéployés.

**® Mobilité :**

La mise en place en collaboration avec le directeur des ressources humaines d'une procédure de mobilité prévoit une information, un appel à candidatures, une évaluation des capacités.

**® Recrutement :**

En collaboration avec le directeur des ressources humaines, sera mis en place une procédure de recrutement comprenant un appel à candidatures, les modalités de sélection, les délais, les modalités d'affectation.

**® Affectation :**

Lorsque cela est possible, affecter les aides-soignants en dehors des périodes où il y a peu de personnel est facilitant et permet un meilleur encadrement.

L'affectation des aides-soignants dans les unités d'admission tiendra compte du profil de poste établi.

**® Evaluation, notation :**

Il s'agit d'évaluer la performance de l'agent, c'est-à-dire, le résultat produit grâce à sa compétence et qui est la résultante des savoirs mobilisés pour agir. L'identification des compétences requises par les emplois s'opère grâce à des référentiels.

L'entretien annuel d'évaluation facilite la mise en concordance de l'évaluation des compétences requises avec l'évaluation de celles de l'agent. Il favorise une actualisation continue des compétences et devrait lui permettre d'en acquérir de nouvelles.

Dans ce cadre, l'évaluation annuelle fait apparaître les besoins de formation. Une transmission de ceux-ci, au directeur des ressources humaines peut être prévue sous couvert de l'infirmier général, afin de les prendre en considération lors de l'élaboration du plan de formation.

L'évaluation des compétences s'inscrit dans une démarche qualité (observation de la pratique, comparaison avec des standards établis par les professionnels et réajustement). En ce sens, elle procure une valorisation de l'agent et du collectif.

### ***3.2.2.2. La formation :***

Cette dimension sera finalisée, avec le directeur des ressources humaines chargé de la formation continue, en amont de l'élaboration du plan de formation.

#### ***® Politique de formation promotionnelle :***

Nous priorisons la promotion des agents des services hospitaliers ayant exercés en unité d'admission car nous avons constaté dans notre étude une capacité d'adaptation supérieure de ces personnes.

Devront être définis le budget autorisé et le nombre de candidatures possibles pour la préparation au concours et pour l'année de formation. Puis, une recherche des organismes de formation préparant au concours sera effectuée.

Parallèlement seront envisagées les possibilités de remplacement durant leur formation.

#### ***® Politique de formation d'adaptation à l'emploi :***

Un cahier des charges sera élaboré à partir des besoins de formation recensés lors du recrutement interne et externe, lors de l'évaluation annuelle, à partir de l'identification des compétences requises et des référentiels élaborés.

Notre étude peut servir de base à ce travail mais elle n'est pas exhaustive et doit être complétée et réappropriée. Il est cependant primordial que le contenu de la formation concerne les effets de la pathologie sur le comportement des malades car le rôle des aides-soignants ne se situent pas dans l'interprétation des symptômes. Cependant, il est indispensable qu'ils connaissent la pathologie mentale pour comprendre et adapter leurs comportements, leurs attitudes à l'égard des malades, dans les actes de la vie quotidienne.

Une formation action semble plus adaptée au développement des compétences, d'une part, parce qu'elle doit restée proche des réalités de terrain et, d'autre part, parce qu'elle implique l'ensemble des professionnels de l'équipe et de ce fait, va impulser la dynamique d'équipe.



D'autres formations plus ciblées pourront être envisagées pour développer les capacités relationnelles ou transversales, telles la transmission de l'information, la communication, l'observation, l'écriture professionnelle, etc..

Un organisme de formation sera sélectionné sur la base au cahier des charges élaboré.

### ***3.2.2.3. L'information et la communication:***

L'infirmier général prévoira des rencontres avec l'encadrement infirmier et médical des équipes concernées. Ces temps seront consacrés à la clarification de la fonction d'aide-soignant, à l'organisation qui résulte de l'affectation de cette catégorie professionnelle, aux difficultés éventuelles que cela pose.

Sera abordée la dimension pédagogique de l'encadrement médical, notamment lors des réunions d'équipe pluriprofessionnelle (ou pour un partenariat de formation action à partir de cas concrets, dans le service) ainsi que le rôle de manager de l'encadrement infirmier, tant au niveau pédagogique qu'organisationnel.

Il sera envisagé de rencontrer aussi les partenaires syndicaux pour expliciter la démarche.

L'infirmier général participera aux différentes étapes de communication qui seront effectuées auprès des différentes instances institutionnelles.

### **3.2.3. Le service de soins infirmiers :**

Nous nous appuyons sur la dynamique du service de soins infirmiers afin qu'elle soit répercutée au niveau des services de soins, sans que l'infirmier général intervienne à la place de l'encadrement. Aussi, pour que ce phénomène en cascade se produise, il faut induire le développement collectif de compétences, auprès de l'encadrement infirmier.<sup>36</sup> Pour y parvenir, il instaure des temps de réflexion, des formations action pour les membres de l'équipe en intégrant et en accompagnant l'encadrement, des groupes de travail pluriprofessionnels.

Nous envisageons dans un premier temps des préalables à l'intégration des aides-soignants, à savoir la préparation des équipes.

---

<sup>36</sup> Par encadrement infirmier, nous associons le cadre infirmier supérieur et le cadre infirmier d'unité, les deux étant chacun à leur niveau, les intermédiaires incontournables pour une cohérence de dynamique.

### ***3.2.3.1. Les préalables à l'intégration des aides-soignants :***

L'infirmier général sollicitera du cadre infirmier d'unité un diagnostic de son équipe, c'est-à-dire, qu'il devra estimer les atouts et les faiblesses de ses agents, du collectif, de l'équipe pluriprofessionnelle et de l'organisation mise en place.

Le cadre infirmier supérieur, fera un diagnostic global du service. Certains atouts identifiés dans une autre unité peuvent être une force supplémentaire à exploiter et de même, certaines faiblesses du service ne doivent pas être négligées dans cette préparation. Cette étape permettra d'anticiper les obstacles, les résistances et les oppositions possibles.

Cette intégration d'aides-soignants se fait au sein d'équipes (en tant que collectif) qui n'ont pas travaillé avec cette catégorie professionnelle même si certains de ces membres ont eu cette pratique. Une méconnaissance de la fonction aide-soignante est donc possible. De plus, les infirmiers ont à faire le deuil de la part d'activité qui leur procurait leur savoir, leur légitimité et leur zone d'autonomie et qu'ils « abandonneront » aux aides-soignants. Il faut donc du temps pour intégrer et accepter l'arrivée d'aides-soignants.

L'infirmier général peut constituer avec le cadre infirmier supérieur et le cadre d'unité un comité de pilotage. Celui-ci, aura pour objet de définir le cadre du travail de préparation des équipes, d'analyser la production et d'envisager les modalités d'évaluation de cette intégration. Ce travail doit permettre aux infirmiers de définir leurs conceptions de soin et de théoriser leur pratique infirmière, ceci, afin de clarifier le rôle de l'aide-soignant. Cette réflexion collective intègre progressivement et intellectuellement l'aide-soignant comme membre de l'équipe. Ce travail induit chez les infirmiers une prise de recul par rapport à leur exercice professionnel et une prise de conscience de leur savoir permettant ainsi de développer leurs capacités de transmission de ce savoir.

### ***3.2.3.2. La professionnalisation :***

La professionnalisation est un long travail de construction qui vise à définir la compétence. Aussi, l'élaboration de référentiels métiers nous paraît indispensable pour progresser vers la professionnalisation du service de soins infirmiers.

De plus, ce travail participe pleinement au développement des compétences. Effectivement, l'observation des pratiques d'un agent permet de repérer de façon objective son activité ainsi que les connaissances et capacités qu'il mobilise. Cela suscite la réflexion, produit la conceptualisation et en conséquence, développe la compétence.

Le référentiel sera conçu par chaque catégorie professionnelle, pour maintenir une certaine spécificité, afin que chacune existe indépendamment des autres catégories. Ceci, à notre avis, permet de mieux valoriser les complémentarités et d'introduire aussi une richesse dans le groupe pluriprofessionnel. Chaque référentiel métier devra se décliner en fonction des types d'unités. Les groupes de travail seront animés par un membre de l'encadrement infirmier.

Les référentiels établis valident le savoir-faire. Ils clarifient les fonctions. Ils servent de standard lors de l'évaluation des compétences, pour définir le profil de poste, pour faciliter l'encadrement des stagiaires.

Par ailleurs, le développement de compétences des aides-soignants implique le développement de compétences des autres professionnels.

#### **3.2.3.2.1. Des infirmiers :**

- Développer l'expertise de l'infirmier permet à celui-ci d'être détenteur d'un savoir qui favorise la délégation de pouvoirs et l'autonomie. La délégation est le résultat de la légitimité. Cette expertise s'acquiert par les formations et l'acquisition ou le renforcement de certaines techniques spécifiquement dévolues aux infirmiers (entretien d'aide, entretien à visée socio-thérapeutique).

- La réflexion sur la conception des soins, lors des préalables d'intégration des aides-soignants ou lors de l'élaboration du référentiel métier, fait croître les capacités de transmission de savoir des infirmiers et valorise ainsi leur compétence pédagogique.

#### **3.2.3.2.2. De l'encadrement infirmier :**

L'encadrement infirmier a un rôle essentiel au niveau organisationnel et pédagogique pour créer les conditions de développement des compétences. D'une part, parce qu'il est à l'interface entre le corps médical, l'infirmier général et les équipes, et d'autre part, parce que l'organisation de l'unité repose sur lui.

La formation dans et par le travail, établit une relation entre l'activité productive et le développement des compétences. Cela entraîne des conséquences sur l'organisation du travail : il faut se ménager des temps de recul, se créer des espaces de réflexion, d'écoute, pour mettre en mots l'expérience. Il en découle cette organisation qualifiante, sous-tendue par des valeurs managériales.

L'organisation sera construite pour évoluer en fonction des compétences acquises et à acquérir. L'encadrement infirmier en confiant les missions, détermine les opportunités pour les uns et pour les autres à développer des compétences nouvelles.

Par ailleurs, l'aide-soignant doit faire face à des événements pour lesquels il n'existe pas de protocoles. Il est donc amené à prendre des initiatives, aussi le cadre infirmier doit inclure dans son mode de management la responsabilisation des aides-soignants, à savoir, leur laisser des zones d'autonomie et par là, leur libérer une certaine initiative et créativité (par exemple : l'organisation et l'animation des activités occupationnelles).

Le cadre, médiateur de l'équipe, fera émerger, lors des réunions infirmières ou pluriprofessionnelles, les savoirs tacites et informels en leur donnant toutefois un caractère interdisciplinaire et transversal. En ce sens, il est facilitateur d'acquisition de compétences.

Dans son organisation des soins, il privilégiera la collaboration infirmier/aide-soignant qui facilite le tutorat, le compagnonnage, l'échange et la communication indispensables à la transmission du savoir en action.

L'infirmier général ne pourra qu'encourager ce mode de management et d'organisation en créant lui-même des temps d'écoute, de réflexion mais aussi en définissant et mettant en place, avec l'encadrement, une évaluation de l'organisation et des conditions envisagées pour le développement des compétences des aides-soignants et du collectif. Pour l'élaboration des critères, il s'appuiera sur l'expérience méthodologique du cadre expert chargé de l'évaluation dans l'établissement.

### **3.2.3.3. L'accompagnement des équipes :**

Cet accompagnement se situe tout au long du processus d'intégration des aides-soignants. Il inclue la préparation des équipes et va jusqu'à l'évaluation de cette intégration.

L'infirmier général impulse la dynamique, indique les orientations, définit la mission, le cadre d'application et laisse suffisamment de souplesse pour que chacun puisse exister, innover, s'épanouir. Il manage à distance et parfois de manière indirecte, tout en restant à l'écoute des préoccupations de l'encadrement et des équipes. Il doit être attentif à ne pas faire preuve d'ingérence dans le champ de responsabilités de l'encadrement.

L'accompagnement des cadres permet de renforcer leur position de leader dans ce processus de changement, lié à l'introduction d'aides-soignants et donc, à l'émergence de nouvelles pratiques et compétences.

Au niveau de la formation d'adaptation à l'emploi des aides-soignants, l'infirmier général instaure un système de relais entre l'encadrement infirmier et le formateur pour permettre une meilleure utilisation de la formation. En étant sensibilisé, l'encadrement peut assurer le lien entre théorie et pratique, que ce soit avec l'aide des infirmiers, lors des temps de transmission, ou avec la collaboration des médecins lors des réunions cliniques.

Il en est de même pour les formations des infirmiers. L'instauration ou le développement d'une technique obligent à une réorganisation de l'activité et à une prise en compte de ces nouvelles compétences. Le cadre doit donc être informé du contenu des formations. Les relais instaurés entre le formateur et les cadres concernés permettra d'appréhender les répercussions de la formation, les difficultés éventuelles d'exploitation de la formation. Cela facilitera l'adaptation et l'individualisation de la formation.

### **3.2.3.4. L'encadrement des stagiaires :**

L'infirmier général développe le partenariat avec les écoles d'aides-soignants pour l'accueil et l'encadrement des stagiaires dans l'établissement, pour le suivi des agents en formation promotionnelle, éventuellement pour définir un programme de formation d'adaptation à l'emploi.

L'encadrement de stagiaires est un facteur de développement de la compétence des aides-soignants. C'est pourquoi, l'élaboration d'un référentiel d'encadrement de qualité des élèves aides-soignants peut être le moyen d'impulser cette dynamique au sein des unités. Pour cela, l'infirmier général constitue un groupe de travail piloté par un cadre infirmier et composé d'aides-soignants. Ce groupe sera chargé de l'élaboration du référentiel et de son suivi ; il prévoira son évaluation pour le réajuster en fonction de l'évolution. Ce document de référence ne devra pas être un catalogue de ce que doit faire le stagiaire et l'encadrant mais il déterminera la procédure, les étapes, les moments clés, les personnes ressources. Il cernera les grandes lignes et ciblera la spécificité des unités. Ce doit être un guide de l'encadrement de stagiaires non enfermant.

## CONCLUSION

Notre étude nous a permis d'une part de porter un éclairage nouveau sur la place de l'aide-soignant en unité de psychiatrie générale et d'autre part d'appréhender le concept de développement de compétences applicable non seulement dans le cadre de notre étude mais que nous pourrions transférer pour l'ensemble des professionnels dont nous aurons la responsabilité. Nous avons conceptualisé ce que nous percevions de manière intuitive notamment les compétences collectives.

Au terme de ce travail, nous nous interrogeons sur la plus value qu'apportent les aides soignants au niveau de la compétence collective dans l'équipe pluridisciplinaire. Leur introduction en unité d'admission de psychiatrie générale, provoque une réflexion sur la pratique, sur le positionnement de chacun, suscite une modification de l'organisation établie. L'affectation des aides soignants entraîne une dynamique nouvelle. Cette dernière ne favoriserait-elle pas le développement de compétence collective ?

Nous avons aussi acquis la certitude que l'encadrement infirmier est bien le pivot indispensable à l'infirmier général pour promouvoir le développement des compétences individuelles et collectives en vue d'une amélioration continue de la qualité des soins qu'est en droit d'attendre l'usager et sa famille.

La compétence est un processus de mobilisation des ressources, des capacités et des savoirs de l'individu. Les ressources personnelles de ce dernier ont une large influence sur le développement de ce processus. Chaque personne dispose d'un potentiel qu'elle utilise différemment en fonction du contexte, de sa motivation, de ses valeurs, de son identité professionnelle. En ce sens, on peut dire que la personne est acteur de l'enrichissement de sa compétence. Nous transposons ces considérations au processus collectif et pouvons dire que la compétence collective est la mobilisation des ressources, capacités et savoirs collectifs grâce à une dynamique d'équipe et institutionnelle.

Notre travail amorce un prolongement à notre questionnement : « *comment reconnaître et valoriser les compétences collectives* ». C'est ce que nous essaierons de découvrir, dans notre exercice futur.

*« Concrètement, les relations inter individus gommant les clivages entre les métiers. L'apprentissage progressif du travail en commun s'effectue de plus en plus par le biais de l'élaboration et de l'application des projets de soins infirmiers et médicaux. »<sup>37</sup>*

---

<sup>37</sup> Christian BONAL, « évolution des métiers de la santé mentale » Actualités et dossier en santé publique, Revue du Haut Comité de Santé Publique, n° 15, juin 1996



## **BIBLIOGRAPHIE**

### **1. OUVRAGES :**

**GERARD** Jean Louis, « Infirmiers en psychiatrie : nouvelle génération », éditions Lamarre, Paris, 1993

**KOHN** Ruth Canter, « les enjeux de l'observation », éditions Economica, 1998

**MASSEIX** Frédéric, « guide des soins infirmiers en santé mentale », Editions hospitalières, 1998

**RATER-GARCETTE** Christine, « la professionnalisation du travail social », Paris, édition l'Harmattan, 1996

### **2. OUVRAGES COLLECTIFS :**

**PEZET** Valérie, **VILLATE** Robert, **LOGEAY** Pierre, « De l'usure à l'identité professionnelle. Le burn out des travailleurs sociaux », Paris, éditions TSA, 1993.

**OLIE** Jean Pierre, **SPADONE** Christian, « Les nouveaux visages de la folie », Paris, éditions JACOB, 1993.

**POSTEL** Jacques, (sous la direction de), dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique, Larousse, 1993

**SOUBIE** Raymond, (sous la direction de), Santé 2010 (santé, maladies et technologies) « Réflexions prospectives sur la santé mentale », document n°5, pp 343-347

### **3. DOCUMENTS :**

**Guide du service infirmier**, série organisation et gestion du service infirmier, n°5, « le lien pour la santé, continuité des soins entre les différents modes d'exercices »

**Guide du service infirmier**, série soins infirmiers, n°11, « L'évolution des orientations en santé mentale et la fonction infirmière »

**Association Nationale pour la formation professionnelle des Adultes**, Formation professionnelle, vocabulaire des formateurs, ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, Collection Carrée, 1992, pp 46-47

**Projet de soins infirmiers**, Centre Hospitalier Guillaume Régnier, 1998-2003

**Rapport au ministre de la Santé**, Gérard MASSE, psychiatrie ouverte : une dynamique nouvelle en santé mentale.

### **4. ARTICLES DE REVUES :**

**ACKER** Françoise, « La fonction de l'infirmière. L'imaginaire nécessaire », sciences sociales et santé, 1991, vol 9 n°2, pp 123-143

**ARBORIO** Anne-Marie « Quand le sale boulot "fait le métier": les aides soignants dans le monde professionnalisé de l'hôpital », sciences sociales et santé, septembre 1995, vol 13 n°3, pp 93-122

**BASTOUIL** Christine, Soins infirmiers. Sens, non sens, d'une pratique, « Pour un contenu de formation initiale spécifique en psychiatrie », sociologie santé, maison des sciences de l'homme d'Aquitaine, Bordeaux, décembre 1997, n°17, pp 128-142

**BERNADOU** Alain, La dynamique des savoirs, « Le savoir en action l'exemple médical », sciences humaines hors série n° 24, mars - avril 1999, pp 26-28

**CAGNOLI** Sylviane « Crise et remaniement identitaire des cadres hospitaliers », gestions hospitalières, avril 1996, n°355, pp 297-300

**CASPAR** Pierre, « Bilan et perspectives en formation continue », sciences humaines hors série n°12, février - mars 1996, pp 14-16

**DUBAR** Claude, « Les catégorisations des métiers de l'intervention sociale », CREA Rhône-Alpes, septembre 1998, n°120 supplément, pp.1-8

**FRIEDBERG** Claudine, La dynamique des savoirs, « Les savoirs populaires sur la nature », sciences humaines hors série n°24, mars - avril 1999, pp 8-11

**GOUDEAUX** Annie, « à propos de la formation initiale et continue des professionnels soignants hospitaliers : travail et formation en alternance », recherche en soins infirmiers, n°54, septembre 1998, pp 17-70

**HART** Josette, « De la crise identitaire aux stratégies de changement chez les infirmiers », gestions hospitalières, avril 1996, n°355, pp 301-309

**HERAULT** Bruno, Soins infirmiers : sens, non sens, d'une pratique, « Les travailleurs et leur qualification : de la spécialisation à la compétence », sociologie santé, décembre 1997, n°17, pp 73-102.

**KUTY** Olgierd, « La problématique de la création des valeurs dans la sociologie contemporaine des professions. Le cas des professionnels de première ligne » sciences sociales et santé, 1991, vol 9 n°2, pp 5-26

**LE BOTERF** Guy, La compétence au travail, « Evaluer les compétences. Quels jugements ? Quels critères ? Quelles instances ? » éducation permanente, n°135, février 1998, pp 143-151

**LHEZ** Pierrette, « Les significations multiples de l'apprentissage. entretien de Bernard Donnadiou, soins formation, pédagogie, encadrement, n° 26, 2<sup>ème</sup> trimestre 1998, pp3-41

**MAIRESSE** Nicole, « réflexion sur une nouvelle approche de la compétence », ARSI, recherche en soins infirmiers, n°45, juin 1996, pp 5-7

**MEIGNANT** Alain , Analyse des emplois, formation et décisions de gestion, Education permanente, n°105, 1990, pp 21-30

**MORDELET** Patrick, « Santé mentale l'individu, les soins, le système. Le management des établissements psychiatriques », Actualité et dossier en santé publique, revue trimestrielle du Haut Comité de Santé Publique, n°15 juin 1996, pp XVII-XIX

**MOREAU** Marjolaine, « La motivation au travail et à la formation, ressort de la production d'intelligence », éducation permanente, n°136, mars1998, pp 143-148

**PAICHELER** Geneviève, « Les professions de soins : territoires et empiétements », sciences sociales et santé, septembre 1995, vol 13 n°3, pp 5-10

**PETIT** Sophie, La compétence au travail, « La situation de travail productrice de compétence collective », éducation permanente, n°135, février 1998, pp 99-107

**ROBERTON** Geneviève, « Du concept à la pratique...Approche didactique de la formation en IFSI : vers une formation de l'esprit », recherche en soins infirmiers, n°54, septembre 1998, pp 87-117

**SAINT ETIENNE** Mireille, « Pratique infirmière et savoirs spécifique », soins formation, pédagogie, encadrement, n°26, 2<sup>ème</sup> trimestre 1998

**SOULAN** Jeanine, Soins infirmiers : sens, non sens, d'une pratique, « La profession infirmière en voie d'évolution ? », sociologie santé, décembre 1997, n°17, pp 18-28

**SIX-TOUCHARD** Bénédicte, La compétence au travail, « Développement de la compétence tutorale par l'auto-analyse », éducation permanente, n°135, février 1998, pp 87-98

**SYLVESTRE** Paul, « L'apprenant, le savoir et le formateur », sciences humaines hors série, n° 12, février - mars 1990, pp 4-6

**TOUPIN** Louis, La dynamique des savoirs, « Les facettes de la compétence », sciences humaines hors série n° 24, mars - avril 1999, pp 44-47

**VIGILANT** Marie-Hélène, « Aide soignant en psychiatrie, peut-on parler d'un rôle spécifique », objectif soins, septembre 1997, n°56, pp.24-26

## **5. MEMOIRES :**

**DUC** Suzanne, l'aide soignante en psychiatrie : une fonction à (re)définir, IG, 1995

**HERBAULT** Elisabeth, intégration de l'aide soignant en secteur psychiatrique et reconnaissance de la mission de l'infirmier, IG, 1992

**MARTIN** Josée, réflexions quant au rôle et à la place de l'aide soignant(e) en santé mentale, IG, 1995

## **6. TEXTES REGLEMENTAIRES**

### ***Décrets :***

**N° 93-345 du 15 mars 1993** relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmière (Journal Officiel le 16 mars 1993, p 4098).

**N° 94-904 du 18 octobre 1994** modifiant le décret n° 89-758 du 18 octobre 1989 portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière (Journal officiel le 20 octobre 1994, p 14904).

### ***Arrêtés :***

**22 juillet 1993** relatif au certificat d'aptitude aux fonctions d'aide soignant et au certificat d'aptitude aux fonctions d'auxiliaire de puériculture (Journal Officiel le 24 juillet 1994 p 10695).

**9 janvier 1978** relatif aux conditions dans lesquelles les emplois du personnel secondaire des services médicaux peuvent être créés dans les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et dans les services psychiatriques des centres hospitaliers généraux (Journal Officiel le 24 janvier 1978).

### ***Circulaires :***

**15 mars 1960** relative aux moyens d'organisation et d'équipements des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

**9 mai 1974** relative à la mise en place de la sectorisation.

**19 janvier 1996** relative aux rôles et missions des aides soignants et des auxiliaires de puériculture dans les établissements hospitaliers.

# ANNEXES

# ANNEXE N°1

## GRILLE D'ENTRETIEN

## **Grille d'entretiens :**

### ***Pour les aides-soignants :***

Quels sont les soins que vous réalisez ?

Qu'avez-vous fait pour vous adapter aux différentes situations de soins rencontrées ?

Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans l'exercice de votre fonction ? (par rapport aux malades, aux familles, aux infirmiers, aux médecins)

Quelles sont vos personnes ressources en cas de difficultés ?

### ***Pour les infirmiers, l'encadrement infirmier, les médecins :***

Que pensez-vous de la présence des aides-soignants en unité d'admission ?

Rencontrent-ils des difficultés dans l'exercice de leur fonction ?

Quelles sont les compétences requises pour l'exercice des aides-soignants en unité de psychiatrie générale ?

De quelle façon peuvent-ils développer ces compétences ?

Qu'attendez-vous d'eux ?



# ANNEXE N°2

## SYNTHESE DES ENTRETIENS

Les difficultés rencontrées par les aides soignants

## Synthèse des entretiens relatifs aux difficultés rencontrées par les aides soignants.

Les aides soignants :

N°1	« <b>Peur de leurs réactions au début</b> »
N°2	« <b>Les crises ne sont pas facile à vivre</b> »
N°3	« <b>Peur d'être agressé</b> »
N°4	« <b>Peur lors des agitations</b> »
N°6	« <b>Dérouté lorsqu'on ne connaît pas le malade, c'est plus facile à la deuxième hospitalisation car je connais ces réactions</b> » « <b>Il faut un temps d'adaptation, la première affectation ne doit pas être en psychiatrie générale</b> » « <b>Le malade est difficile à aborder</b> »
N°7	« <b>Il m'a fallu un an d'adaptation, je ne savais pas comment établir la relation avec le malade, que lui dire , ni comment lui parler</b> » « <b>J'avais beaucoup de mal à l'aborder, ceux que je ne voyais pas malades étaient en fait les plus malades</b> » « <b>Certaines situations m'interpellent, me renvoient à mes relations avec mes enfants</b> » « <b>Difficultés parfois à établir la relation</b> »
N°9	« <b>Les personnes difficiles mais je suis rassuré par la présence infirmière</b> »
N°11	« <b>Peur de la violence</b> » « <b>Des cas qui interpellent par rapport à sa vie privée</b> »
N°13	« <b>Un an d'adaptation a été nécessaire car les réactions sont différentes par rapport à la géronto</b> »

Les infirmiers :

N°1	« <b>La prise en charge des personnes en crise est faite par les infirmiers, ce qui évite qu'ils y soient confrontés</b> »
N°2	« <b>Ils n'ont pas de difficultés, ils ont l'expérience</b> »
N°3	« <b>Les aides soignants ne sont pas confrontés aux situations les plus difficiles</b> » « <b>Certains sont déstabilisés car ils n'ont plus de tâches à accomplir mais à être avec le malade</b> »
N°4	« <b>La difficulté, c'est lorsqu'ils sont dépréciés par un glissement vers la fonction d'agent des services hospitaliers</b> »
N°5	« <b>Ils n'ont pas de difficulté, ils sont formés et ont de l'expérience</b> »
N°6	« <b>Dès qu'il y a une situation difficile, l'aide soignant est encadré</b> »

L'encadrement infirmier :

CI n°1	<b>« Difficulté à s'impliquer dans l'écriture des démarches de soins »</b>
CI n°2	<b>« Ils ne sont pas en difficultés face aux personnes agressives car c'est fonction de la personne et non de la qualification » « Ils n'écrivent pas beaucoup » « On ne leur confiera pas les personnes difficiles (hospitalisations d'office, délirants) »</b>
CIS n°1	<b>« Difficultés pour établir une relation « car les aides soignants sont dans le faire, ils proposent beaucoup d'activités comme pour combler »</b>
CIS n°2	<b>« Ils ne sont pas confrontés à des situations difficiles » « Le problème de l'agressivité n'est pas une question de compétence mais est plus en lien avec la personne »</b>
IG	<b>« En situations de crises, par rapport aux troubles du comportement aiguës par manque de connaissance » « Ils sont en difficultés dans leur relation avec les patients » « Des difficultés peuvent apparaître lors de glissement de fonction »</b>

# ANNEXE N°3

## SYNTHESE DES ENTRETIENS

Les connaissances nécessaires aux aides soignants

## Synthèse des entretiens relatifs aux connaissances nécessaires aux aides soignants

Les aides soignants :

N°1	« <b>Connaître les patients et leurs réactions</b> »
N°3	« <b>Connaissance des malades, de leurs comportements par rapport à leur pathologie</b> »
N°5	« <b>Connaissance des malades</b> »
N°6	« <b>Connaissance du patient, de sa façon d'être</b> »
N°7	« <b>Se connaître, comment on entre en relation</b> »
N°9	« <b>Les conduites à tenir suivant les patients</b> »
N°10	« <b>La pathologie</b> »
N°11	« <b>Connaître les malades et leurs comportements</b> »
N°12	« <b>Savoir comment faire avec les malades</b> »
N°13	« <b>Les réactions et attitudes des malades</b> »

Les infirmiers :

N°1	« <b>Explication des comportements des malades</b> »
N°2	« <b>Connaissances en psychiatrie, de la pathologie</b> »
N°3	« <b>Connaissance des malades, de leurs symptômes</b> » « <b>Apprendre à se poser des questions, comment on peut se situer au niveau de la prise en charge...avoir un questionnement permanent sur ce qu'on doit être vis à vis du patient</b> »
N°4	« <b>Des notions cliniques sur la pathologie</b> »
N°5	« <b>Connaissances sur la pathologie</b> »

L'encadrement infirmier :

CI n°1	« <b>Approche pathologique et une connaissance des types de prise en charge</b> »
CI n°2	« <b>Les comportements des malades</b> »
CIS n°1	« <b>Connaissance de la pathologie à partir de cas concrets</b> » « <b>Connaissance des phénomènes de crise aiguë</b> »
CIS n°2	« <b>Connaissance de la santé mentale et des problématiques psychiatriques, c'est-à-dire une approche des situations aiguës</b> » « <b>Connaissance de leur propre limite par rapport au comportement d'un patient, connaissance de soi par rapport à l'agressivité</b> »
IG	« <b>Connaissances pathologiques pour comprendre</b> » « <b>Se questionner sur sa pratique</b> » « <b>Apprendre à accepter un comportement sans être affecté, à gérer la bonne distance</b> »

Les médecins :

N°1	« <b>La pathologie mentale, dans le savoir faire et le savoir de ce qu'est un malade psychotique, un malade déprimé (pour ne pas lui envoyer les injonctions : il faut se lever)</b> »
N°2	« <b>Une bonne connaissance des pathologies, des comportements</b> » « <b>Connaissance de ce qui se joue dans la relation</b> »

# ANNEXE N°4

## SYNTHESE DES ENTRETIENS

Les capacités relationnelles nécessaires aux aides soignants

## Synthèse des entretiens relatifs aux capacités relationnelles

Les aides soignants :

N°2	<b>« Bien écouter »</b> <b>« Etre neutre, ne pas porter de jugement »</b> <b>« Etre calme »</b> <b>« Eviter les conversations qui mettent en difficultés les délirants »</b>
N°3	<b>« Etre à l'écoute de tous les indices dans la conversation »</b> <b>« Etre discret »</b> <b>« La patience »</b>
N°4	<b>« Etre ferme, garder la même ligne, être cohérent »</b> <b>« L'écoute »</b>
N°5	<b>« La patience »</b> <b>« La discrétion, ne pas questionner»</b> <b>« Le recul par rapport au patient »</b> <b>« Ecouter et transmettre »</b>
N°6	<b>« Ne pas brusquer », « ne pas être rigide, mais laisser une marge de négociation»</b> <b>« Ne pas tutoyer, ne pas être dans une trop grande proximité, ne pas se laisser accaparer, trouver la distance »</b> <b>« Ne pas poser de questions »</b> <b>« Savoir communiquer»</b>
N°7	<b>« L'écoute »</b>
N°8	<b>« Etre relationnel, aimé le contact»</b>
N°9	<b>« Etre disponible dans sa tête »</b> <b>« Etre de nature calme »</b>
N°10	<b>« Serein, calme »</b> <b>« Tact, diplomatie »</b> <b>« Fermeté »</b> <b>« Garder la distance »</b>
N°11	<b>« Avoir de la distance avec les malades »</b>
N°12	<b>« Savoir écouter »</b> <b>« Savoir garder sa distance avec le malade »</b>
N°13	<b>« Accepter leurs réactions »</b> <b>« Etre calme »</b>



Les infirmiers :

N°1	« Entrer en relation facilement » « Coopérer, négocier avec le malade » « Distance professionnelle » « L'écoute »
N°2	« Avoir le bon contact, au niveau du discours qui a un poids » « Trouver la bonne distance par rapport au patient » « Etre ferme pour poser les limites »
N°3	«Etre disponible, ne rien faire, être avec » « Maîtrise de sa propre angoisse » « L'écoute »
N°4	« La discrétion, les échanges des aides soignants avec les patients sont des moments privilégiés autour d'un acte banal, l'aide soignant doit penser à l'inscrire dans un contexte non banalisé » « Contact facile, être à la portée du patient dans la relation » « Savoir refuser une demande »
N°5	« Prendre de la distance avec le patient » « L'écoute »
N°6	« Savoir écouter » « Avoir l'esprit ouvert »

*L'encadrement infirmier :*

CI n°1	« Autonomie » « Ecoute » « Disponibilité »
CI n°2	« Ecoute » « Etre apaisant »
CIS n°1	« Prise de recul » « Ecoute et attention »
CIS n°2	« Ecoute, empathie naturelle, être attentif »
IG	« Ecoute prédominante » « Capacités de distanciation, à gérer ses émotions »

*Les médecins :*

N°2	« Coopération » « Prise de distance relationnelle »
-----	--

# ANNEXE N°5

## SYNTHESE DES ENTRETIENS

Les capacités transversales nécessaires aux aides soignants

## Synthèse des entretiens relatifs aux capacités transversales

Les aides soignants :

N°1	« <b>Transmissions verbales et écrites sur le dossier de soins infirmiers</b> »
N°4	« <b>Initiative</b> » « <b>Savoir transmettre l'information</b> »
N°5	« <b>Importance des transmissions et communications avec l'infirmier dans les 2 sens</b> »
N°6	« <b>Observation et transmission de remarques, des signes à l'inter-équipe</b> »
N°7	« <b>Transmission</b> » « <b>Se questionner</b> »
N°8	« <b>Transmissions verbales et écrites</b> » « <b>Capable de s'adapter aux différentes relations</b> »
N°10	« <b>Initiative</b> » « <b>S'adapter à toutes situations variées,</b> » « <b>Avoir un bon niveau intellectuel</b> »
N°11	« <b>Transmissions</b> » « <b>Savoir gérer les demandes, réfléchir pour ne pas répondre dans l'immédiateté</b> »
N°12	« <b>Ecrire les informations dans le dossier de soins infirmiers</b> » « <b>Adaptation aux situations</b> »
N°13	« <b>Adaptation de l'intervention, qu'elle soit à bon escient</b> » « <b>Transmission des consignes par rapport aux malades</b> »

Les infirmiers :

N°2	« <b>Observation</b> » « <b>Transmission des observations</b> » « <b>Evaluer l'état d'autonomie des patients</b> »
N°3	« <b>Initiative</b> » « <b>Réfléchir avant d'agir, avoir un questionnement par rapport à l'action, aux choix d'action</b> » « <b>Observation</b> »
N°6	« <b>Initiative</b> »

L'encadrement infirmier :

CI n°1	<p>« <b>Analyse de situation</b> »</p> <p>« <b>Initiative</b> »</p> <p>« <b>Observation pointue</b> »</p> <p>« <b>Transmission de l'information</b> »</p>
CI n°2	<p>« <b>Compréhension</b> »</p> <p>« <b>Personne qui s'interroge</b> »</p> <p>« <b>Observation</b> »</p> <p>« <b>Initiative</b> »</p> <p>« <b>Qualités d'adaptation</b> »</p>
CIS n°1	<p>« <b>Observation</b> »</p> <p>« <b>Capacités de réflexion</b> »</p> <p>« <b>Faire le lien entre théorie et pratique</b> »</p>
CIS n°2	<p>« <b>Observation</b> »</p> <p>« <b>Savoir transmettre les informations, les observations du comportement</b> »</p> <p>« <b>Savoir relier les observations du comportement avec la maladie, les analyser mais pas dans un repérage des diagnostics</b> »</p>
IG	<p>« <b>Observation</b> »</p> <p>« <b>Transmettre de façon adaptée (personnes, lieu, moment), transmission de leur ressenti, du contexte. Transmissions orales et écrites</b> »</p> <p>« <b>Initiative, créativité</b> »</p> <p>« <b>Adaptation par rapport à la situation, à la demande des personnes</b> »</p> <p>« <b>Capacités d'analyse</b> »</p>

Les médecins :

N°1	<p>« <b>Bagage intellectuel</b> »</p> <p>« <b>Réflexion</b> »</p>
N°2	<p>« <b>Observation</b> »</p> <p>« <b>Capacité à retranscrire par écrit sur le dossier de soins infirmiers, à restituer un contenu</b> »</p>

# ANNEXE N°6

## SYNTHESE DES ENTRETIENS

Le développement des compétences

## Synthèse des entretiens relatifs au développement des compétences

Les aides soignants :

N°1	<b>« Le travail d'équipe infirmière qui apprend à connaître les patients et leurs réactions et permet de savoir ce qu'il faut faire » « L'infirmier car c'est celui à qui on peut poser des questions » « Une formation spécialisée<sup>38</sup> qui permet de mieux se situer que celle sur les pathologies qui est trop complexe » « Les réunions de synthèse »</b>
N°2	<b>« travailler en équipe » « Les infirmiers et le surveillant sont une aide pour connaître» « Des formations sur les notions de psychiatrie, sur les transmissions orales et écrites, sur des thèmes plus spécifiques comme l'autisme » « Les réunions cliniques qui actualisent l'histoire du patient et aide à la relation avec eux, qui permet de savoir ce qu'il ne faut pas dire ; ex des délirants »</b>
N°3	<b>« Le travail d'équipe infirmière, le travail en binôme » « L'infirmier qui nous transmet ce qu'il connaît » « La formation spécialisée qui donne un aperçu et des formations à thèmes dans le service faites par le médecin» « Les synthèses »</b>
N°4	<b>« Le travail en équipe infirmière avec les infirmiers qui apprennent et transmettent » « La formation spécialisée et des formations à thèmes dans le service par le médecin » « L'expérience »</b>
N°5	<b>« Le travail avec les infirmiers, on fait le travail ensemble » « L'infirmier qui nous transmet et communique, on sait comment faire » « La formation spécialisée et d'autres par exemple sur la violence » « L'expérience » « En lisant les dossiers des malades »</b>
N°6	<b>« Travailler avec l'infirmier qui explique » « La formation spécialisée plus des journées à thèmes » « Les réunions inter-équipes où l'infirmier traduit, décode les signes spécifiques » « Les réunions de synthèse car le médecin explique la pathologie des malades » « L'expérience du quotidien »</b>
N°7	<b>« Le travail d'équipe, il y a un travail en symbiose avec les infirmiers » « La formation spécialisée et des journées à thèmes »</b>
N°8	<b>« La collaboration avec l'infirmier dans le travail y compris en préparant une réunion de synthèse avec lui » « La réunion d'équipe pluridisciplinaire » « Bien définir les tâches pour que chacun ait sa place » « Etre attiré par ce type de patient »</b>

<sup>38</sup> Formation d'adaptation à l'emploi mis en place dans l'établissement avec des notions générales sur la santé mentale et une approche des pathologies

N°9	<p>« Le travail en binôme, l'infirmier donne les informations sur le malade et c'est sécurisant pour les personnes difficiles »</p> <p>« Les réunions de synthèse, elles apportent des éléments de connaissance pour répondre aux malades »</p> <p>« Etre intégré dans un travail d'équipe », « La solidarité aide soignant/infirmier »</p> <p>« Le dossier de soins infirmiers »</p> <p>« La connaissance du malade au fil des jours »</p>
N°10	<p>« La formation spécifique sur les pathologies pour comprendre leurs réactions »</p> <p>« Le terrain, le cumul des situations permet d'apprendre »</p> <p>« Etre intégré dans une équipe »</p>
N°11	<p>« Les infirmiers à partir de leur savoir »</p> <p>« La formation de l'hôpital »</p> <p>« Réactualiser ses connaissances, relire ses cours »</p> <p>« L'encadrement des élèves qui oblige à expliquer ce qu'on peut faire et pas faire en fonction des pathologies »</p> <p>« Avoir envie de travailler dans ces unités »</p> <p>« Le temps »</p>
N°12	<p>« questionner les infirmiers »</p> <p>« La formation spécialisée mais de préférence au moment où on arrive dans l'unité »</p> <p>« Les réunions de l'équipe infirmière où on peut parler des situations qui nous interpellent »</p> <p>« L'ambiance de l'équipe qui aide pour parler des difficultés »</p> <p>« la lecture du dossier de soins infirmiers »</p>
N°13	<p>« Le travail en collaboration avec l'infirmier »</p> <p>« Les infirmiers sont des relais, des soutiens surtout dans les cas difficiles »</p> <p>« une formation dans le service à partir de cas concrets avec une explication de la pathologie et des conséquences au quotidien, ça permet d'être averti des attitudes et réactions des malades et ça permet de faire le lien entre la formation spécialisée et la réalité »</p> <p>« Les transmissions en inter-équipe et les réunions de synthèse car elles évitent de faire un impair. C'est un moment d'échanges qui permet de connaître le malade »</p> <p>« L'organisation du travail qui permet de définir la place de l'aide soignant, de délimiter sa fonction »</p> <p>« L'apprentissage sur le tas »</p> <p>« D'avoir travaillé en géronto m'a aidé à connaître le monde psychiatrique »</p>

Les infirmiers :

<p>N°1</p>	<p>« <b>Baser le travail sur la complémentarité infirmier/aide soignant</b> »          « <b>Accompagnement par l’infirmier, au moment où il faut aider l’aide soignant à intervenir auprès des malades</b> », « <b>Les temps d’échanges qui servent à exprimer le vécu de chacun. Des temps de référence, des temps de questionnement, l’infirmier transmet les éléments que les médecins ont apporté et que les aides soignants n’ont pas pour expliquer certaines attitudes</b> »          « <b>La formation</b> »          « <b>Les inter équipe pour la connaissance des pathologies</b> »          « <b>Les temps de réunions avec les médecins, les aides soignants peuvent poser des questions aux médecins pour avoir des explications sur les comportements</b> »          « <b>L’organisation du travail qui donne les tâches à faire</b> »          « <b>l’expérience personnelle et l’expérience des collègues, l’expérience des uns et des autres entraîne une complémentarité</b> »</p>
<p>N°2</p>	<p>« <b>La communication et les échanges entre infirmiers et aides soignants à tout moment de la journée à partir du déroulement de la journée des patients</b> »          « <b>L’infirmier donne les grandes lignes de conduite</b> »          « <b>Une formation supplémentaire</b> »          « <b>La réunion de synthèse</b> »          « <b>Lorsque le rôle de chacun est bien déterminé</b> »          « <b>L’apprentissage sur le terrain. L’apprentissage par observation du discours de l’infirmier par rapport au patient, l’expérience en écoutant et en voyant travailler les collègues et qui amène à modifier les attitudes</b> »          « <b>La solidarité</b> »</p>
<p>N°3</p>	<p>« <b>La collaboration infirmier/aide soignant qui nécessite de réfléchir à l’association des gens, les échanges qui permettent d’affiner sur des cas précis</b> »          « <b>Un parrainage infirmier très actif c’est-à-dire mettre les gens en situation de voir comment on peut pratiquer ensuite ils le prennent à leur compte et se l’approprie</b> »          « <b>Les temps de parole et d’échanges dans les réunions pluridisciplinaires et les inter-équipes, dans les temps informels</b> »          « <b>Le rôle du cadre qui doit avoir le souci de ce qu’est la réalité, ne pas mettre en place des organisations bloquantes qui inhibent les initiatives, les prises de responsabilité</b> »          « <b>L’expérience, l’habitude pour maîtriser ce qui est du domaine de sa propre angoisse, ce que peut renvoyer l’angoisse d’un psychotique</b> »          « <b>Etre en confiance</b> »          « <b>Etre intéressé, vouloir en savoir plus</b> »</p>



N°4	<p>« La complémentarité infirmier/aide soignant s'il y a une bonne répartition des choses »</p> <p>« Les échanges avec nous autour du patient »</p> <p>« Les discussions sur les pathologies des patients en synthèse, en inter-équipe, en formation »</p> <p>« La clarification des rôles : rôle du cadre pour que chacun trouve sa place, mise en place de protocoles autour de l'accueil, stimuler les aides soignants pour des idées, pour la mise en place d'activités, pour qu'ils prennent la parole »</p> <p>« L'expérience et la confrontation aux autres soignants »</p> <p>« Les comportements qui se dessinent au travers des consignes médicales, de projet, d'objectif de soin »</p> <p>« C'est demander autour de soi, interroger les plus anciens »</p> <p>« L'équipe pluridisciplinaire pour expliquer, répéter, reprendre les situations difficiles comme l'agressivité »</p>
N°5	<p>« La complémentarité avec l'infirmier »</p> <p>« A nos réactions, à la longue »</p> <p>« Par les questions, les échanges qu'on a autour des patients, ils apprennent les attitudes, les comportements »</p> <p>« Les échanges informels »</p> <p>« Avoir une formation qui donne des notions, une connaissance de base »</p> <p>« L'infirmier fait le lien, essaie de transposer les connaissances cliniques dans le contexte »</p> <p>« L'expérience qui leur donne du savoir-faire, ils sont mûres »</p> <p>« La solidarité, l'entraide », « se sentir bien dans l'équipe »</p> <p>« La motivation »</p> <p>« Leur donner la parole pour qu'ils puissent exister »</p>
N°6	<p>« Le travail de collaboration »</p> <p>« On leur montre les conduites à tenir, comment on fait pour adapter à chaque patient »</p> <p>« Les réunions de synthèse »</p> <p>« Des discussions sur des thèmes »</p> <p>« L'expérience »</p>

L'encadrement infirmier :

<p>CI n°1</p>	<p>« ils sont formés au quotidien, par les infirmiers, le cadre infirmier et le médecin »          « Une formation sur l'approche psychiatrique, les types de prise en charge et des formations à thèmes plus ponctuelles dans l'établissement ou le service »          « Les réunions inter-équipes »          « Le rôle du cadre pour faire le lien, pour tendre la parole aux aides soignants, leur faire comprendre et analyser la situation ensemble », « Le cadre demande au médecin de réexpliquer »          « Reconnaître leur travail en développant certains axes autour des activités »          « Envie d'apprendre, quête de connaissances, intérêt de la personne pour comprendre »          « La motivation »</p>
<p>CI n°2</p>	<p>« La notion de groupe, de travail d'équipe »          « Une formation sur la pathologie développée par les médecins dans le service à partir de cas concrets pour faire le lien entre la maladie et le comportement »          « Des formations sur l'agressivité, l'écriture »          « Les inter-équipes » et « les réunions institutionnelles où les médecins échangent avec les aides soignants »          « Les échanges avec l'équipe pluridisciplinaire »          « Clarification du rôle de chacun en fonction de la qualification »          « Le rôle du cadre infirmier qui doit éviter que l'aide soignant se censure »          « La motivation, qu'ils aient envie »</p>
<p>CIS n°1</p>	<p>« L'infirmier qui a comme rôle de faire que la réflexion s'amorce »          « L'infirmier et le cadre infirmier qui donne du sens, nécessite des qualités pédagogiques qui permet de relier la théorie à la pratique »          « Une formation spécifique en milieu psychiatrique et des formations à partir de cas concrets dans les services »          « Des réunions de synthèse qui peuvent être reprises par un psychologue »          « Un cadre de travail »</p>
<p>CIS n°2</p>	<p>« grâce au rôle pédagogique des infirmiers et des cadres infirmiers qui ont la connaissance clinique, ils faut qu'ils soient attentifs à la manière dont ils renvoient leurs discours sur le malade »          « Le travail au sein de l'unité avec les partenaires de l'équipe pluridisciplinaire » « Une formation à la sensibilisation aux problématiques psychiatriques, une approche des situations aiguës en formation continue, en formation action »          « La clarification de la place de l'aide soignant »          « Le cadre infirmier qui doit savoir mobiliser les compétences de manière adéquat, le travail de réflexion avec les cadres infirmiers dans les temps d'évaluation »          « L'apprentissage sur le terrain »          « L'encadrement de stagiaires aides soignants »          « La dynamique personnelle et la motivation pour travailler dans ce type d'unité »          « Le volontariat pour travailler dans ces unités et l'acceptation des infirmiers d'avoir des aides soignants »</p>

IG	<p>« La réflexion sur la pratique, travail par analyse de cas, réflexion collective, travail sur soi grâce à l'équipe pluridisciplinaire, aux réunions cliniques, au travail en équipe infirmière »</p> <p>« Un éclairage clinique du médecin »</p> <p>« Il se réfère à l'infirmier qui lui, est dans l'interprétation clinique »</p> <p>« L'infirmier en donnant du sens au soin, en abordant la complexité du soin » « Des formations qui donnent des connaissances qui leur permettent de comprendre » « des temps de formation action »</p> <p>« Une organisation qui conditionne l'amélioration des compétences »</p> <p>« La clarification des rôles »</p> <p>« Les lectures professionnelles »</p>
----	---

Les médecins :

N°1	<p>« L'apprentissage avec les infirmiers au quotidien, leurs discussions même informelles dans le couloir»</p> <p>« La formation continue »</p> <p>« Les synthèses qui doivent avoir une dimension pédagogique »</p> <p>« Le nombre d'années qui leur permet d'acquérir un savoir pratique plus que théorique et qui leur permet de connaître la psychiatrie »</p>
N°2	<p>« Le travail de groupe avec les infirmiers »</p> <p>« La fonction d'accompagnement de l'infirmier, relais, décodeur »</p> <p>« Une formation avec mise en situation, ex le psychodrame, pour théoriser et sortir du cadre du quotidien »</p> <p>« Les médecins doivent être clairs par rapport à leurs attentes, avoir des exigences »</p>