

« Recherche en Soins »

Mercredi des Soins
Psychiatriques du 5 avril
2006

Sommaire :

« Recherche (en) Soins » Nicolas Kühne, Didier Camus

p. 3

Liste des recherches :

Standards en médecine pénitentiaires, Jean-Philippe Duflon	p. 8-
Mécanismes de construction de l'image de soi mobilisés par les jeunes récidivistes pendant et entre les incarcérations, Kiny Mottier	p. 9-
Evolution du réseau social pour le délinquant sexuel après le premier passage à l'acte (étude pilote), Luc Faudeil	p. 10-
La santé communautaire au secours des urgences psychiatriques (PLI), P. Ferrari, Y. Dorogi, J.C. Mieville	p. 11-
Prise en charge de l'État Confusionnel Aigu (ECA) à l'hôpital général. Évaluation de l'implantation de Recommandation pour la pratique Clinique (RPC), Yves Dorogi	p. 12-
Une intervention psychiatrique auprès de patients dits complexes identifiés par INTERMED. Daria Boffa, Fatima Bel Hadj, Catherine Zdrojewski, Y. Dorogi, J.-C. Mieville	p. 13-
La face cachée de l'outil : de l'introduction d'un test au développement d'une nouvelle manière de collaborer. Valérie Meunier	P 14-
Améliorer la qualité des soins par le traitement des plaintes informelles des usagers: analyse des plaintes. Nicolas Kühne	P 15-
Équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé :documentation de l'activité et évaluation, Marie-Claude Robert. Nicolas Kühne	P 16-
Pratiques soignantes auprès des proches de patients : analyse exploratoire des conceptions de la pratique. Nicolas Kühne	p. 17-
Mesurer la subjectivité ? Echelles visuelles analogiques et mesure de l'hétéro-appréciations des états émotionnels en psychiatrie de la personne âgée. Nicolas Kühne	P. 18-
Le sujet clandestin. Margaret Zinder	p. 19-
Soins infirmiers et anthropologie. Margaret Zinder, Françoise Ramseier	p. 20-
Mise en place du dossier « transmissions ciblées » au SUPAA, Françoise Ramseier	p. 21-
AIMA : Antenne d'Intervention dans le Milieu pour Adolescents, V Baier	p. 22-
Accueil temporaire psychiatrique(ATP) : évaluation d'une expérience pilote. D. Camus	p. 23-
Violence des patients souffrant de troubles mentaux et pratiques infirmière : Paroles de soignants. Didier Camus	p. 24-
Observation des comportements agressifs des patients. Kaision JM, Cossy Y, Camus D.	p. 25-
Les chambres de soins intensifs (csi): une pratique interrogée. Didier Camus, Vincent Chappuis, Jean-Marc Faust	p. 26-
Opinion et satisfaction des patients adultes hospitalisés en secteur psychiatrique aux Hospices-CHUV. Evaluation intra- et extra-hospitalière du questionnaire Saphora-Psy. Didier Camus	p. 27-
Impact des soins infirmiers psychiatriques sur les hallucinations auditives. Jérôme Favrod, Gérard Villarejo	p. 28-
Zone rouge: questionnaire de prévention de la rechute schizophrénique. R. Baumann, J. Brahim, A.-M. Clerc, H. Hadj-Lakehal, A. Leroy, Ch. Pasquier, J. Pedroletti, S. Rothen, P. Vianin	p. 29-
Les Soins Intensifs en Psychiatrie Hospitalière. Référentiel à l'intention des soignants. Jean-Marc Faust	p. 30-
Étude des problématiques posées par les patients migrants à la STAH. Sophie Mottaz, Claude Robert, Luc Jeanrenaud	p. 31-
TRANSAT : TRANS pour transmission A pour admission et T pour transfert. Yvonne Charbon, Vijay Gobin	p. 32-
Les représentations sociales des soignants face aux populations dites marginalisées. Danielle Romanens	p. 33-

Recherche (en) Soins

Didier Camus, Inf. spécialiste clinique, assistant de recherche, DP-CHUV et FORESO.

Nicolas Kühne, Ergothérapeute, chargé de recherche au service des soins du SUPAA, DP-CHUV et assistant de recherche à la FORESO.

En avril 2006 a eu lieu dans le Département de psychiatrie du CHUV, le premier colloque soignant ayant pour objectif de faire le point sur la recherche en soins. A l'instar des journées de recherche Vaud - Genève, organisées au niveau médical, il nous semblait important de faire le point sur ce domaine dans les professions soignantes non universitaires de l'institution.

Chercheurs à la FORESO et dans le Département de psychiatrie du CHUV, nous avons été très logiquement désignés volontaire par le comité des "Mercredi des Soins Psychiatriques" pour contacter nos collègues et réunir les différents travaux de nos collaborateurs. Compte tenu du temps imparti et des investigations nécessaires pour cette tâche, il ne nous a pas été possible d'analyser et de classer « valablement » ces travaux en si peu de temps.

Pourtant, nous voulons ici vous présenter un inventaire¹ des travaux répertoriés.

Deux commentaires peuvent être faits d'emblée :

Ø Bien qu'il existe des indices signalant que tous les travaux réalisés dans le département n'ont pu être présentés ici, nous pouvons néanmoins être surpris par leur nombre important (26).

Ø Autre élément qui nous semble également important, c'est leur diversité vis à vis de la thématique, de leur ampleur et des moyens mis en œuvre. Ces deux éléments nous paraissent des indices de dynamisme.

Pour organiser les présentations des différents sujets/études/recherches recueillis, et nous orienter dans des domaines

¹ Le terme « inventaire » peut sembler déjà en lui-même prétentieux si nous le définissons comme un recensement exhaustif, une revue détaillée.

si différents les uns des autres, nous avons tenté de mettre en place quelques éléments de repérage dont certains pourraient paraître discutables ou d'importances inégales. Pourtant, tous ces éléments nous ont semblés pertinents.

Eléments de repérages :

1. Visées
2. Méthodologies
3. Objets
4. Déclencheurs
5. Lieux
6. Pluri-inter-trans-multi
7. Place des soignant-e-s
8. Ampleur
9. Financements
10. Collaborations
11. Place des soins
12. Diffusion

D'autre part, afin d'illustrer nos propos, nous nous aiderons des exemples donnés par les projets présentés en y faisant référence.

Les visées

Le premier des éléments de repérage concerne la visée du travail réalisé. Il vise à différentier ce qui a trait à la **recherche**, à l'**évaluation** et/ou au **développement**.

Il s'agit d'un élément de repérage qui est important (le plus important ?) en premier lieu parce que ces trois domaines désignent des pratiques parfois très proches, mais dont les valeurs, les traditions et les ambitions semblent radicalement différentes.

De façon peut être (trop ?) schématique, nous pourrions dire que l'on fait :

- de la recherche pour produire de la connaissance,

- de l'évaluation pour produire un jugement sur la valeur des choses,
- du développement (tout au moins dans les institutions de soins) pour introduire de nouvelles formes d'organisation, de nouvelles pratiques, de nouveaux outils.

A la lecture de l'inventaire proposé, nous pouvons noter que de nombreux projets combinent souvent une dimension de recherche avec une dimension d'évaluation et de développement.

Cette classification peut être illustrée par différents travaux recueillis. Ainsi, l'étude du "sujet clandestin", (voir p. 19) nous semble illustrer parfaitement ce qu'est une recherche, celle de l'unité de recherche évaluative un projet type d'évaluation (voir "Accueil Temporaire psychiatrique (ATP) : évaluation de l'expérience pilote", p.23), ou bien encore celle menée dans le DUPA sur les Chambres de soins intensifs (voir "Les Chambres de soins intensifs : une pratique interrogée, p. 26) un projet de développement.

Les méthodologies

Nous pourrions aussi évidemment introduire des distinctions en fonction des méthodologies choisies, qualitatives ou quantitatives, même si cette distinction n'est pas toujours pertinente.

L'exemple des études réalisées dans le DP-CHUV sur le phénomène « violence » (voir "Violence des patients souffrant de troubles mentaux et pratiques infirmières", p.24 et "Observations des comportements agressifs des patients, p.25) montre la possibilité d'utiliser l'une ou l'autre des méthodes, voire les deux, pour un même thème.

Nous aurions pu détailler plus encore les différentes approches méthodologiques en distinguant :

- Les approches de type phénoménologique, centrée sur le sujet, sur la personne.
- Les approches du type plutôt expérimental, c'est à dire dans lesquelles on veut vérifier l'effet de quelque chose. C'est la recherche médicale traditionnelle.
- Les approches de type recherche-action, qui mélangent le développement et la recherche sur le développement.
- Les recherches de type différentiel, ou corrélational, c'est à dire les recherches qui analysent les corrélations entre un ensemble de variables.
- Enfin, les recherches de type exploratoire, qui « explorent », comme leur nom l'indique, des phénomènes que l'on connaît mal.

La liste n'est sûrement pas exhaustive....

Dans la liste des présentations, nous pourrions ainsi souligner l'approche phénoménologique utilisée dans l'étude sur "le sujet clandestin", (déjà citée, voir p.19).

L'approche de type exploratoire pourrait être exemplifiée par l'étude menée par la psychiatrie communautaire sur l'"impact des soins infirmiers sur les hallucinations auditives" (voir p.28).

Pour décrire l'approche de type recherche-action, nous pourrions encore prendre l'exemple de l'étude menée par le service de psychiatrie de liaison (voir "l'intervention psychiatrique menée à l'hôpital général auprès de patients dits complexes", p.13).

Nous pourrions également évoquer l'étude menée par le SMPP (voir "Standards en médecine pénitentiaires", p. 8) comme

exemple d'une recherche de type corrélational.

Enfin, dernier exemple sur la question de la méthode, nous pouvons donner celui du SUPAA avec les questions posées dans l'introduction d'un nouvel outil d'évaluation (voir "La face cachée de l'outil", p.14) comme exemple d'étude de type exploratoire.

L(es) objet(s) d'étude

Nous aurions pu prendre aussi bien sûr une distinction qui tient compte de l'objet de recherche.

La recherche peut concerner :

- des **personnes**, qu'il s'agisse de soignants, de patients, de proche de soignants, et la manière dont ils peuvent vivre certaines expériences.
- des **institutions**, des organisations.
- Il peut encore s'agir de travaux sur des **outils**, des échelles, des instruments de mesure, de questionnaires ou bien encore de procédures.
- Elle peut concerner encore des **pratiques de soin**, des manières de faire de professionnels ou de patients. On pourra encore évoquer des pratiques de formation ou de gestion mais aucune n'a pu être trouvée dans l'inventaire réalisé.

Différents exemples peuvent être repris à partir des travaux proposés.

Ainsi, l'étude sur les migrants, réalisée dans le DUPA nous semble être une parfaite illustration de l'étude d'une population donnée (voir "L'étude des problématiques posées par les patients migrants à la STAH", p.31). L'étude sur les chambres de soins(déjà citée, p.26) aborde à la fois une pratique soignante mais aussi à pour objet le patient à travers son vécu et son opinion sur cette pratique.

L'exemple concernant l'implantation de recommandation pour la pratique clinique nous est donné par l'étude menée par l'IUMSP et le PLI (voir "Prise en charge de l'Etat Confusionnel aigu à l'hôpital général", p.12). Enfin, le projet réalisé par l'équipe du SUPEA (voir "Aima : Antenne d'intervention dans le Milieu pour Adolescent", p.22) illustre la situation dans laquelle l'institution est elle-même objet d'étude.

Le(s) déclencheurs

Parler de déclencheur renvoie à la question de savoir comment il se fait que le projet existe et ce qui le déclenche concrètement : Qui est le mandant ? Quel est le prétexte ?

Ce que l'on peut constater est le nombre très important de projets qui ont été mis en oeuvre à partir d'un projet de formation. A noter qu'ils sont très rarement réalisés dans le cadre d'une formation spécifique à la recherche (voir "Violence des patients souffrant de troubles mentaux et pratiques infirmières", p.24 ; voir "Pratiques soignantes auprès des proches : analyse exploratoire des conceptions de la pratique", p.17 ; voir le projet "Transat", p.32).

Le(s) lieu(x)

Bien sûr, les projets se distinguent aussi par leur lieu de « déploiement ». Il y a évidemment des projets propres à un service (voir le projet réalisé au sein du SMPP "Evolution du réseau social pour le délinquant sexuel après le premier passage à l'acte", p.10), des projets transverses (voir le projet "Transat", p.32), mais aussi des projets qui se déroulent pour tout ou partie à l'extérieur du service, voire à l'extérieur du CHUV (voir "Mesurer la subjectivité ? Echelles visuelles analogiques et mesure de l'hétéro-appréciation des états émotionnels en psychiatrie de l'âge avancé", p.18).

La collaboration entre les professions (Pluri-inter-trans-multi)

L'analyse des différents projets montre que ceux-ci sont relativement distincts entre eux en ce qui concerne la collaboration entre les professions.

Par soucis de clarté, nous distinguerons, sans pour autant le développer, la notion de profession, qui désigne une pratique, de celle d'une discipline qui renvoie à un corps de connaissance.

De même, sans entrer dans le débat non plus, signalons l'importance de préfixes important (multi, inter, pluri ou trans) qui nous renvoie à la disciplinarité ou à la professionnalité, mais aussi à des modes de collaboration distincts.

Ce que nous voulons retenir ici, c'est la distinction entre projets réalisés par ou pour une seule profession, ou, en collaboration interprofessionnelle.

Beaucoup des études présentées ici pourraient servir d'illustration sur le mode de collaboration entre les professions. Nous donnerons juste deux exemples.

Le premier illustre, le cas d'une étude réalisée par une profession pour cette profession. Nous pouvons ici prendre l'exemple de la recherche qualitative menée pour connaître les représentations de la violence des patients chez les infirmières (déjà citée, p.24).

Le deuxième exemple illustre plutôt une étude pluridisciplinaire. Citons l'étude réalisée au SUPAA (voir "Soins infirmiers et anthropologie", p.20)

La place de soignant(e)s dans l'étude

Une autre dimension du travail de repérage est la question de la place accordée aux soignant(e)s, ou que les soignant(e)s s'accordent.

Nous avons retenus ici quatre distinctions. Ainsi, les soignant(e)s peuvent être :

- Les sujets d'étude. Dans ce cas, comment s'assurer qu'ils sont respectés et ne sont pas utilisés, qu'ils comprennent l'intérêt de l'étude et qu'ils y trouvent leur compte ?
- Ils peuvent être associés à titre d'investigateurs, d'enquêteur, ou bien encore à titre d « infirmier(e) de recherche », c'est à dire souvent de technicien de recherche. A ce titre, ces personnes ne participent pas directement à la construction du projet de recherche, mais à sa mise en œuvre.
- Enfin, les soignants peuvent être co-chercheurs (ou co-chercheuse), ou
- chercheurs (ou chercheuses).

Rappelons que l'élaboration de l'inventaire, les critères d'inclusion explicites étaient que les professionnels soient au moins co-chercheur dans le projet. En conséquence, nous ne pouvons avoir d'exemples des deux premières catégories.

Pour conclure

En conclusion de ce rapide survol des travaux menés au Département de Psychiatrie du CHUV, quelques remarques s'imposent. Comme on le constate, les soignants du DP sont engagés dans de nombreux travaux, très divers par leur ampleur, leurs méthodes et leurs visées. Cette diversité est sans doute un signe de vitalité. Mais elle appelle aussi à une intensification des échanges entre collègues concernés par la recherche, ne serait-ce que pour que chacun puisse éprouver le fait qu'il n'est pas le seul à rencontrer les difficultés de la recherche - et ses joies ; et que cette diversité soit un enrichissement pour les uns et les autres - et pas seulement un signe de

cloisonnement. Il est d'ailleurs notable qu'aucun des travaux présentés ne soit le fruit d'une collaboration entre différents services du DP. A l'heure où les soignants sont confrontés à des changements contextuels similaires, cette absence de transversalité interroge.

On constate aussi que, pour l'essentiel, ces travaux sont réalisés sur des ressources informelles, généralement dans le cadre de projet de développement ou de projet de formation. C'est à dire qu'il n'y a pas de projet, de contrat ou de mandat explicite - et inscrit dans une durée - concernant le mandat de recherche en soins infirmiers.

Enfin, l'ensemble de ces travaux pose - sans la nommer explicitement - une question générale : de quoi parlons-nous lorsque nous parlons de recherche en soins ? La recherche se fait-elle avec des soignants, en soins, sur les soins, avec les soins, pour les soins ? Et d'ailleurs porte-t-elle sur le soin, les soins, les soins infirmiers ? On parle d'aussi de département des soins, de système de soins et d'institutions de soins. Cette polysémie du mot « soin » semble bien embarrassante ici. Et qu'en serait-il finalement de la relation entre cette recherche en soins et les "sciences infirmières" ?

Toutes ces questions méritent d'être posées au moment de la création d'un Observatoire des soins, structure institutionnelle qui pourrait nous aider à définir des programmes de recherche en soins ou bien encore des politiques de recherche en soins.

Jean-Philippe Duflon
Infirmier chef
Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires

Thème de recherche
Standards en médecine pénitentiaires

Contexte

Tous les cadres éthiques et directives concernant la médecine pénitentiaire stipulent les principes d'équivalence des soins d'une part, d'indépendance des soignants d'autre part : la personne détenue doit recevoir en prison des soins de qualité équivalente à ceux dont elle bénéficierait à l'extérieur. Cela implique que les services médicaux des prisons soient dotés de moyens et ressources compatibles avec cette exigence.

Hypothèses

La grande disparité des services de santé en prison compromet gravement toute possibilité de définir cette équivalence. Pour pouvoir définir des standards adaptés à la médecine pénitentiaire, il faut connaître les ressources existantes et les prestations minimales assurées dans les différentes prisons helvétiques.

Nous pouvons poser l'hypothèse qu'une corrélation forte existe entre certaines caractéristiques des services médicaux des prisons et le niveau de prestations garanti... idée qui, pour simple qu'elle paraisse, est dans les faits contredite par certaines autorités carcérales ou courant politiques.

Méthodologie

Enquête faite par questionnaire envoyé dans l'ensemble des institutions carcérales ou de détention suisses connues par les associations de professionnels de la santé. Des questions sont posées sur la mission de l'institution (nature de l'enfermement), sur les catégories professionnelles engagées dans une mission de soins, leur nombre, leur appartenance, sur la nature des prestations d'urgence fournies et sur celle des prestations de prévention et de soins basiques.

Le traitement des données se fait sous forme d'enregistrement anonymisé dans une base de données consultable par les professionnels concernés.

L'approche est structurelle et s'inscrit dans une démarche à la fois descriptive et qualitative.

Etat de la recherche

L'enquête est aujourd'hui terminée, la base de données construite.

Un questionnement par croisement des items est actuellement en cours.

Des premiers éléments peuvent être mis à jour qui confirment l'importance du lien entre caractéristiques du service médical et prestations.

La présence de personnel soignant (dans beaucoup de prisons, ce sont des surveillants samaritains qui assurent les soins de base, et non du personnel diplômé) a par exemple un impact prévisible sur les procédures engagées en cas d'urgence médicale ; mais l'impact est tout aussi fort sur des prestations à priori moins spécifiques, telles que la distribution de brochures de prévention aux détenus dépendants.

Une analyse statistique plus approfondie de la base de donnée est en cours.

Contact : Jean-Philippe Duflon, Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires, Site de Cery, 1008 Prilly, 021 643 68 60.

Kiny Mottier
Infirmière niveau II
Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires

Thème de recherche

Mécanismes de construction de l'image de soi mobilisés par les jeunes récidivistes pendant et entre les incarcérations.

Questions

Certains récidivistes ne récidivent plus... pourquoi?

Quels sont les mécanismes qui se mettent en place leur permettant de sortir de la délinquance, de l'illégalité (=désistance)?

Quelles sont les nouvelles ressources mobilisées pour créer (ou redécouvrir) la capacité de vivre en liberté, hors des murs?

Comment émergent-elles?

Hypothèse

Ces mécanismes de désistance demeurent souvent cachés, voilés et passent inaperçus. Restés invisibles, ils peuvent disparaître, y compris dans la conscience du jeune récidiviste. Il est par conséquent difficile de « construire sur », de « construire avec ». Il en résulte un sentiment d'impuissance et de fatigue (pour les récidivistes et pour les intervenants médico-sociaux), une impression de « recommencer à zéro » à chaque nouvelle incarcération.

Méthodologie

Type recherche-action

Recueil de quelques (5 à 6) récits de vie de jeunes récidivistes incarcérés à la Croisée, au moyen de 2 à 3 entretiens semi-structurés. Le but des entretiens étant de recueillir les représentations personnelles du temps des incarcérations et des périodes de liberté, ainsi que le récit de ce qui a été construit et déconstruit à travers cette alternance.

Recherche pour...

Découvrir de nouveaux moyens, au niveau des soins infirmiers, pour accompagner nos patients dans la construction des souvenirs de ce qui doit rester, de ce sur quoi ils peuvent construire.

Cadre et état de la recherche

Recherche construite dans le cadre d'un Diplôme de Hautes Etudes en Pratiques Sociales (DHEPS), Université Marc Bloch Strasbourg et HES La Source.

Le projet de recherche, sa méthodologie et la trame d'entretien doivent être prochainement présentés à la Commission d'éthique de la psychiatrie.

Contact : Kiny Mottier, Service médical de La Croisée, 1350 Orbe, 024 557 66 40

Luc Faudeil
Infirmier clinicien
Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires

Thème de recherche

Evolution du réseau social pour le délinquant sexuel après le premier passage à l'acte (étude pilote)

Contexte

Le SMPP dispose d'une unité ambulatoire accueillant notamment des patients ayant commis des délits d'ordre sexuel, dont la plupart sont soumis à une obligation de soins (article 43CP)

Hypothèse

Suite à un acte d'ordre sexuel sur enfant, nous supposons que le délinquant est confronté à une modification notable de son réseau social pouvant entraîner chez lui une déstabilisation conséquente, un renforcement de l'idéation déviante et donc une augmentation du risque lié à la récidive.

Méthodologie

Questionnaire en 3 parties :

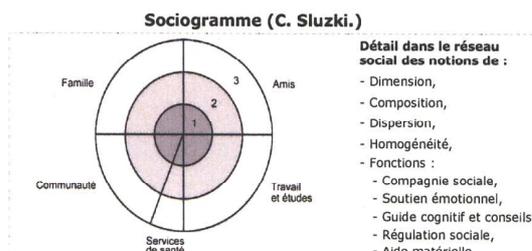
- 1) Éléments d'anamnèse du patient et état du tissu familial
- 2) typologie du délit
- 3) étude sociale

Méthodologie

L'étude social s'appuie sur des sociogrammes, selon le modèle de C. Sluzski.

Ils permettent de mettre en évidence les représentations que le patient se fait de sa situation sociale 1 an avant et pendant le délit, et 2 ans après sa dénonciation.

Pour chaque personne apparaissant sur ces documents sont détaillées la situation professionnelle, distance géographique et la fonction sociale avec le délinquant sexuel.



Résultats

Ils ne confirment pas l'hypothèse. Des perturbations relationnelles antérieures ou des carences sociales actuelles sont cependant mises en évidence.

Ce résultat pourrait s'expliquer par la difficulté des réseaux à identifier la gravité de l'acte commis par l'un de leurs proches, ou par celle des sujets eux-mêmes à se représenter la réciprocité affective de leurs proches.

Cadre et état de la recherche

L'étude préliminaire est terminée. Une étude plus large est prévue sur l'ensemble de la population carcérale préventive vaudoise. Elle sera enrichie d'un génogramme.

Contact : Luc Faudeil, Service médical de la prison du Bois-Mermet, Bois-Gentil 2, 1012 Lausanne, 021 315 17 62

La santé communautaire au secours des urgences psychiatriques (PLI)

P. Ferrari inf. spéc. SC; J.-C. Miéville ICS; Y. Dorogi spéc.clinique; R. Benharrat méd.cdc.

- **Recherche-action** dans le cadre d'une formation post-diplôme en santé communautaire au sein du PLI, 2004.
- **Population cible:** équipe infirmière et médecin chef de clinique de l'activité urgences-crise.
- **Objectifs:**
 - Sensibiliser l'équipe à une approche de type communautaire ainsi qu'à une réelle pratique interdisciplinaire dans un milieu de soins aigus et curatifs par excellence.
 - Améliorer la qualité de l'accueil et de l'offre en soins pour les personnes qui se présentent dans l'urgence et augmenter la satisfaction au travail pour le personnel.
 - Inscrire au niveau institutionnel une démarche réflexive et évaluative de la pratique clinique en équipe pluridisciplinaire.

•Méthodologie: démarche communautaire

- Des demandes et des besoins repérés.
- Une prise de conscience par des acteurs de manques en santé et de l'intérêt de se mettre ensemble pour réfléchir à ce que l'on peut faire.
- L'importance de veiller à la diversité des partenaires, de rechercher les compétences adaptées à acquérir, de se donner des référents en réseaux au plus près des personnes.

•Actions:

- Accueil infirmier des urgences psychiatriques centré sur:
 - Développement du rôle autonome infirmier avec le passage du « être au service du corps médical » à celui d'« offrir des services à la population ».
 - Travail en partenariat (droit des patients/ LSP).
 - Intégration de la promotion de la santé, rôle davantage axé sur les ressources.
 - Passage de la psychiatrie à la santé mentale (changement de paradigme)
 - Intégration du réseau de soins primaire et secondaire.
 - Rôle de liaison entre les divers partenaires.
 - Travail d'élaboration de la demande.
- Document écrit d'accueil infirmier intégré au dossier de soins.
- Cahier des charges spécifique à l'accueil infirmier aux urgences psychiatriques.

Prise en charge de l'État Confusionnel Aigu (ECA) à l'hôpital général. Évaluation de l'implantation de Recommandation pour la pratique Clinique (RPC).

Prof B. Burnand, Dr R. Voellinger-Pralong, Dr L. Michaud, IUMSP / CepiC;
Prof F. Stiefel, Dr A. Berney, Y. Dorogi ISC, PLI, DP-CHUV.

Lieux de l'étude et chefs de services dont relèvent les patients prévus dans l'étude:

Prof J. Bogousslavsky, Dr P. Michel, D. Joye ICS, **Service de neurologie** CHUV; Prof J.-G. Villemure, A. Erné ISC, **Service de neurochirurgie** CHUV; Dr A. Von Gunten, SUPAA; Prof P. Guex, med. Chef du DP-CHUV.

Mise en perspective de l'étude

- Le delirium ou Etat Confusionnel Aigu (ECA) est une pathologie fréquente en hôpital général (prévalence: 11 à 33%; incidence: 3 à 42%).
- Les cliniciens relèvent des problèmes, tant aux niveaux de la prévention, du dépistage qu'à ceux du diagnostic et du traitement.
- Fréquence élevée des changements de collaborateurs (lieu de formation).
- Les RPC (« propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. ») ont pour but d'assister les médecins cliniciens et le personnel infirmier dans les démarches de prévention, de dépistage, de diagnostic et de prise en charge de l'ECA. Elles ont également un objectif de formation auprès des médecins et infirmiers somaticiens dans cette pathologie à étiologie somatique et à manifestation psychique.

Type d'étude et buts:

Étude comparative, pré-versus post-intervention, d'une durée d'environ neuf mois (10/2005-07/2006). Elle a pour but d'évaluer l'impact des RPC sur la prise en charge de l'ECA dans des services somatiques sur deux niveaux:

- (i) la capacité des RPC à améliorer les connaissances des médecins et du corps infirmier à propos de l'ECA,
- (ii) l'impact de la diffusion des RPC sur la prise en charge de l'ECA.

Objectifs:

L'objectif général de cette étude est de montrer si une implantation « active » de RPC permet un changement de pratique clinique, en vue d'utiliser une intervention efficace pour implanter ces RPC dans l'ensemble des services du CHUV.

Pour ce faire, nous souhaitons comparer différents paramètres (ci-dessous) dans les services désignés, avant et après la diffusion et l'implantation de RPC sur l'ECA.

Les connaissances relatives à l'ECA des médecins et du corps infirmier.

Le nombre de diagnostics d'ECA posés, ainsi que la référence à des troubles cognitifs, tels que reportés dans les lettres de sortie rédigées par les médecins assistants. Le traitement pharmacologique (benzodiazépines, neuroleptiques). Les durées moyennes de séjour. Les demandes de consultations aux services de Liaison adulte et gériatrique.

Méthode d'investigation:

Les RPC sont présentées sous forme de trois documents (doc de base, résumé, algorithme).

1er étape: Implantation des RPC

- Diffusion des RPC sur l'intranet. - Présentation des RPC aux médecins et infirmiers(ères) des services de neurologie et neurochirurgie par le biais d'une formation théorique par petits groupes. Avant cette formation, il leur sera demandé de remplir un questionnaire sous forme de QCM (questionnaire anonyme à choix multiples) de façon à évaluer les connaissances avant intervention. - Une version « papier » de l'algorithme est insérée dans les dossiers infirmiers de chaque patient.

2ème étape: Évaluation de l'impact

- Distribution du QCM dans le mois qui suit l'intervention (connaissances acquises). - Examen des lettres de sortie des patients (diagnostic) - Consultation des données des services de psychiatrie de liaison adulte et gériatrique (nombre et nature des consultations, traitements instaurés). - Consultation des prescriptions médicamenteuses. - Consultations des durées de séjour.

Une intervention psychiatrique auprès de patients dits complexes identifiés par INTERMED

D. Boffa¹, F. Bel Hadj¹, C. Zdrojewski¹, P. de Jonge², Y. Dorogi¹, J.C. Miéville¹, A. So³, J. Ruiz⁴, F. Stiefel¹

¹ Service de Psychiatrie de Liaison, Hôpital Universitaire de Lausanne, Suisse; ² Service de Psychiatrie, Université de Groningen, Pays-Bas; ³ Service de Rhumatologie, Hôpital Universitaire de Lausanne, Suisse; ⁴ Division de Diabétologie, Hôpital Universitaire de Lausanne, Suisse

Contexte:

Beaucoup de patients admis à l'hôpital général sont considérés comme complexes et présentent une co-morbidité psychosociale. Des études épidémiologiques mettent en évidence le lien entre la co-morbidité psychosociale, l'utilisation des soins et les réponses aux traitements. La méthode Intermed, qui a été développée pour évaluer la complexité bio-psycho-sociale des patients, a été validée par le passé. Cette étude a pour but d'évaluer les bénéfices d'une intervention psychiatrique précoce sur une population dite complexe, identifiée à l'aide de l'outil INTERMED.

<u>INTERMED:</u>	Anamnèse	Actuel	Pronostic
Biologique	- Chronicité - Dilemme diagnostic	- Sévérité des sympt. - Complexité du diagnos.	Pronostic biologique
Psychologique	- Restrictions coping - Dysfonct. psy.	- Résistance aux ttt - Sympt. psy.	Pronostic psychol.
Social	- Intégration sociale - Dysfonct. social	- Situation de vie - Réseau social	Pronostic social
Système de soins	- Intensité du ttt - Expérience avec le ttt	- Org. des soins - Adéquat. de l'hosp. /consult.	Pronostic syst. de soins

Méthode:

Les patients complexes, recrutés dans les services de Rhumatologie (service hospitalier) et de Diabétologie (service ambulatoire), ayant un score INTERMED en dessus de 20, sont inclus et randomisés dans deux groupes : « groupe soins standards » et « groupe intervention », ce dernier bénéficiant d'une intervention psychiatrique:

Entretien infirmier 1er ligne / entretien pluridisciplinaire / conférence pluridisciplinaire – soutien équipe

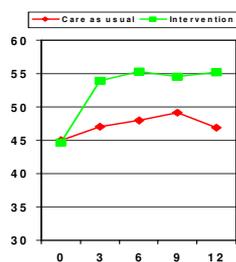
Durant le suivi à 3, 6, 9 et 12 mois, les paramètres suivants sont évalués : SF-36 (état de santé physique et mental lié à la qualité de vie), Euro-Qol (qualité de vie), Ces-D (dimension subjective de la dépression), Mini (dépression, visée diagnostic). Ainsi que des données telles que : HBA1C (mesure -hémoglobine glyquée- de l'évolution du diabète), l'utilisation des soins (relevé des différents types de consultations fait par le patient).

Résultats :

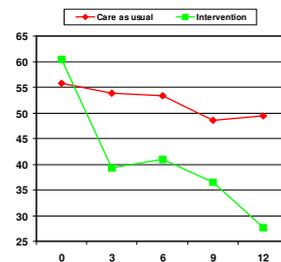
Après 28 mois de recrutement, 893 patients ont été approchés. 247 patients identifiés comme complexes (27,6%) ont été inclus dans l'étude. 125 patients (5 perdu) dans le groupe «intervention» [(ttt:n=107); interv. inf.:n=105; pluridisc.:n=50;conf.:n=8] et 122 (2 perdu) dans le groupe «soins standart». Le suivi se constitue ainsi: groupe « intervention »: 3mois(n=84); 6mois(n=83); 9mois(n=74); 12mois(n=76); groupe « s.standart »: 3mois(n=78); 6mois(n=73); 9mois(n=68); 12mois(n=83).

L'analyse est en cours, les premiers résultats nous montrent un effet bénéfique d'une intervention précoce auprès des patients dits complexes sur la fréquence des épisodes dépressifs (MINI), sur l'état de santé physique et mentale (SF-36), sur la qualité de vie (Euroqol) et sur les symptômes dépressifs (CES-D).

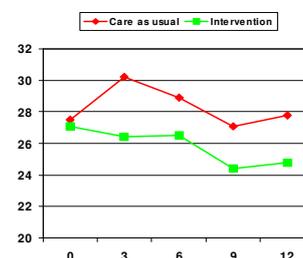
Euro-Qol (qualité de vie)



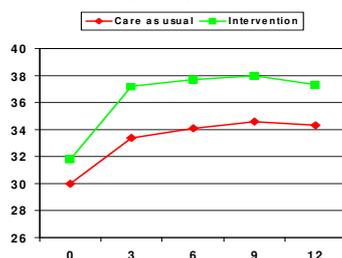
MINI (Effets sur % état dépressif)



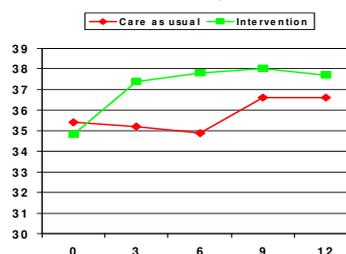
Ces-D (dimension subjective de la dépression)



SF-36 (effets sur la santé physique)



SF-36 (effets sur la santé mentale)





Centre
hospitalier
universitaire
vaudois

SUPAA

Service universitaire de
psychiatrie de l'âge avancé



département
de psychiatrie

La face cachée de l'outil : de l'introduction d'un test au développement d'une nouvelle manière de collaborer

- Équipe clinique :
Équipe pluridisciplinaire de l'Unité des Troubles
Psycho-Organiques (UTPO)
- Responsable projet :
Valérie Meunier, ergothérapeute
- Description de l'itinéraire d'un soignant autour de l'intégration d'un
outil d'évaluation des activités de la vie quotidienne (AVQ) dans la
prise en soin globale de la personne dément hospitalisée à
l'HPAA.

Contact : Valérie.Meunier@chuv.ch



Centre
hospitalier
universitaire
vaudois

SUPAA

Service universitaire de
psychiatrie de l'âge avancé



département
de psychiatrie

- Contexte
 - L'introduction de programmes spécialisés à l'HPAA
 - Bouleversement des pratiques dans un contexte de
changement => période propice à l'échange pluridisciplinaire
- Objectif de départ
 - Introduire un outil d'évaluation commun pour favoriser une
approche centrée sur les ressources du patient dément (et
non pas sur les déficits)
- Objectifs apparus au cours du processus
 - L'outil pour soutenir la pensée clinique
 - L'outil pour soutenir le changement de regards sur le patient, sur
sa vie avant / après l'hospitalisation
 - L'outil pour modeler de nouvelles relations interprofessionnelles

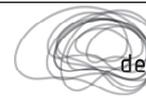
Au delà de sa première propriété descriptive, l'outil – de la
manière dont il a été implanté à l'UTPO - a servi de
MEDIATEUR INTERDISCIPLINAIRE dans l'amélioration de la
qualité des soins prodigués.



Centre
hospitalier
universitaire
vaudois

SUPAA

Service universitaire de
psychiatrie de l'âge avancé



département
de psychiatrie

Améliorer la qualité des soins par le traitement des **plaintes informelles** des usagers : analyse des plaintes

- Équipe clinique :
Équipe soignante de l'Hôpital de Jour du SUPAA
- Documentation et évaluation :
Nicolas Kühne
- Mandat :
Dans le cadre d'un programme d'amélioration continue de la qualité, recueillir de manière routinière les plaintes verbales informelles exprimées auprès du personnel par les patients et leurs proches, au moyen de la documentation clinique ordinaire.
Analyser ces plaintes verbales en équipe et introduire les améliorations possibles.
Contact : nicolas.kuhne@chuv.ch



Centre
hospitalier
universitaire
vaudois

SUPAA

Service universitaire de
psychiatrie de l'âge avancé



département
de psychiatrie

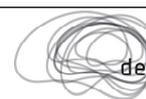
- Type d'étude
 - Étude quantitative descriptive, dans le cadre d'un programme d'assurance qualité
- Données
 - recueil systématique des plaintes verbales informelles
 - 202 plaintes verbales informelles enregistrées sur une période de 15 mois, pour 142 patients suivis
- Résultats principaux
 - L'essentiel des plaintes est formulé par un nombre restreint de patients: près de la moitié des patients (47,9%) n'exprime aucun grief à l'égard des prestations.
 - 51% des plaintes formulées ont pu recevoir un traitement immédiat, dans le cadre de la prise en charge elle-même.
 - Certains domaines faisant l'objet de plaintes récurrentes n'ont pas pu être traités à la satisfaction des usagers. Ces domaines devraient donc faire l'objet d'une réforme plus globale de l'offre de prestations.



Centre
hospitalier
universitaire
vaudois

SUPAA

Service universitaire de
psychiatrie de l'âge avancé



département
de psychiatrie

Équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé : documentation de l'activité et évaluation

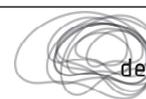
- Projet soutenu par la Fondation Leenaards
- Équipe clinique :
Simone Marquis (Infirmière), Marianne Miserez (Infirmière), Dr
Abdel-Messieh Alnawaqil (Médecin)
- Documentation et évaluation :
Marie-Claude Robert, Nicolas Kühne
- Mandats de l'équipe mobile
Améliorer l'accessibilité de soins psychiatriques spécialisés et
précoces, favoriser un usage plus adéquat des ressources
spécialisées (comme l'HPAA), participer à la promotion de la
collaboration dans le réseau au moyen d'interventions de seconde
ligne destinées aux médecins traitants et aux équipes soignantes
Contact : nicolas.kuhne@chuv.ch



Centre
hospitalier
universitaire
vaudois

SUPAA

Service universitaire de
psychiatrie de l'âge avancé



département
de psychiatrie

- Objectifs du volet documentation et évaluation :
 - support à la pratique clinique, régulation interne (par exemple, pour l'ajustement continu aux besoins exprimés par les partenaires), gestion du projet (par exemple pour le suivi et le contrôle de l'activité), évaluation des résultats
- Moyens techniques mis en oeuvre :
 - Recueil de données par des moyens ad hoc (MS Access) et par le système d'information usuel de l'institution (Axya)
- Exemple d'indicateurs et résultats intermédiaires
 - Motif principal des demandes :
 - les situations de crises, pour 65% des cas
 - Problème principal associé à la demande:
 - le refus de traitement, pour 38 % des cas
 - Première consultation dans les 24 heures :
 - pour 65% des cas
 - Amélioration de la coordination de réseau :
 - dans 40 à 60 % des cas.



Centre
hospitalier
universitaire
vaudois

SUPAA

Service universitaire de
psychiatrie de l'âge avancé



département
de psychiatrie

Pratiques soignantes auprès des proches de patients : analyse exploratoire des conceptions de la pratique

- Équipe clinique :
Soignants de l'HPAA
- Responsable du projet :
Nicolas Kühne, ergothérapeute, chargé de recherche
- Buts de l'étude
 - Identifier les différentes conceptions de la « pratique auprès des proches » présentes chez les soignants en psychiatrie de l'âge avancé
 - explorer les liens entre types de conceptions et type de pratiques
 - identifier les spécificités relatives aux soins aigus en psychiatrie de l'âge avancé.

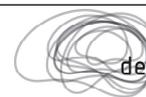
Contact : nicolas.kuhne@chuv.ch



Centre
hospitalier
universitaire
vaudois

SUPAA

Service universitaire de
psychiatrie de l'âge avancé



département
de psychiatrie

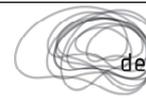
- **Contexte** :
La manière dont les soignants s'y prennent concrètement pour mettre en oeuvre les soins reste encore largement méconnues, en particulier pour ce qui concerne les pratiques auprès des proches. Cette méconnaissance entrave l'amélioration de la formation et des pratiques professionnelles.
- **Méthode** :
Plusieurs entretiens semi-directifs seront conduits auprès de professionnels selon la technique de l'entretien d'explicitation (Vermersch, 1994). Cette technique d'entretien est spécifiquement adaptée à l'expression de la verbalisation de l'action. Une analyse thématique permettra de constituer les différentes dimensions de cette pratique et, dans un second temps, différents profils.
Dans un premier temps, 6 entretiens semi-directifs seront réalisés avec des soignants de 2 unités.



Centre
hospitalier
universitaire
vaudois

SUPAA

Service universitaire de
psychiatrie de l'âge avancé



département
de psychiatrie

Mesurer la subjectivité ?

Echelles visuelles analogiques et mesure de l'hétéro- appréciations des états émotionnels en psychiatrie de la personne âgée

Comparaison expérimentale de la reproductibilité pour 2 dispositifs de réponse continus

- **Participants :**
Professionnels de la santé travaillant auprès de personnes âgées présentant des troubles psychiques (HPAA, Hôpital de Jour, Polyclinique, CMS, EMS)
- **Responsable du projet :**
Nicolas Kühne, ergothérapeute, chargé de recherche
- **Contexte et but de l'étude :**
Jours après jours, les professionnels travaillant en psychogériatrie sont amenés à porter des jugements sur l'état émotionnel des patients et de leurs proches. La modélisation de la dynamique temporelle de ces appréciations réclame des mesures répétées très fréquemment. Par leur apparente simplicité d'utilisation, les échelles visuelles analogiques (EVA) paraissent bien adaptées à ces mesures fréquentes.
Une meilleure connaissance des « propriétés » psychométriques des EVA est toutefois requise. En particulier, il importe de mieux connaître la reproductibilité des mesures obtenues au moyen de cette technique (fidélité dans le temps) et l'influence de la forme graphique de l'échelle sur la reproductibilité.



Centre
hospitalier
universitaire
vaudois

SUPAA

Service universitaire de
psychiatrie de l'âge avancé



département
de psychiatrie

L'objectif de cette étude expérimentale était de déterminer l'influence de la forme d'une EVA sur la reproductibilité des mesures des hétéro-appréciations des états émotionnels et affectifs (HAEAA), en situation professionnelle.

- **Méthode**
Un dispositif de stimulation - sous forme d'un roman-photo présentant 17 situations typiques de la pratique psychogériatrique - a été conçu. Il est accompagné d'un questionnaire portant sur les émotions présentées par les protagonistes de l'histoire. Les réponses sont présentées sous formes d'EVA. Ce matériel a été soumis 2 fois, à 15 jours d'intervalle, à un échantillon représentatif de professionnels (n=80). Les sujets ont été répartis aléatoirement entre 2 groupes, l'un utilisant des EVA sous forme de ligne et l'autre sous forme d'arc-de-cercle.
- **Résultats**
La reproductibilité des mesures a été comparée entre ces 2 groupes. Les résultats semblent indiquer qu'il n'y a pas de relation entre la forme de l'EVA et la reproductibilité des observations. Cette dernière est par ailleurs modérée. En ce qui concerne la reproductibilité des mesures, le choix de la forme de l'EVA semble pouvoir être laissé à la libre appréciation des concepteurs d'instruments de mesure de l'HAEAA, sous réserve de leur reproductibilité modérée.

Le sujet clandestin



le sujet clandestin

Unité de Recherche
Psychologie anthropologique
et
Réhabilitation dans les Soins

Margaret Zinder Docteure en psychologie humaine,
Cheffe de projet de recherche (SUPAA)

- **Type d'Etude : Recherche clinique et fondamentale**

- **Objets de la recherche :**

- Le rapport-au-monde du patient souffrant de démence de type Alzheimer
- La communication avec ce type de patient
- La relation de soin avec ce type de patient

- **Contexte théorique :**

- Références de la psychologie anthropologique et sociologique

- **Contexte pratique :**

- Les comportements et conduites des patients ainsi que les relations entre soignants et patients en unité de soins

- **Objectifs :**

- Modèle des conduites quotidiennes et du vécu des patients ayant un diagnostic de démence de type Alzheimer et apparenté
- Thématiser et conceptualiser la relation de soin en psychiatrie gériatrique
- Proposer des outils conceptuels aux soignants en psychiatrie gériatrique

- **Moyens méthodologiques :**

Etapas de la découverte orientée

1. Posture phénoménologique (pratiquer la réduction phénoménologique)
2. Observations éthologiques et descriptions
3. Analyse et interprétation à la lumière de références issues du corpus théorique des sciences humaines
4. Synthèses

Collaboration dans les soins :

- Développer les ressources et compensations du patient
- Restructurer son rapport au monde
- Aménager le milieu du patient
- Mettre en place des outils de soin et de communication

Soins infirmiers et anthropologie

Équipe clinique :

Équipe infirmière de l'Unité de Traitement Psychiatrie Organique (UTPO)

Responsables :

Margaret Zinder – Dr en psychologie

Françoise Ramseier – Infirmière Spécialiste Clinique

Contexte :

La prise en soin au quotidien des patients souffrant de démence, hospitalisés à l'UTPO

Type d'étude :

Approche qualitative, de terrain, de type anthropologique

Contact :

Francoise.Ramseier@chuv.ch

Margaret.Zinder@chuv.ch

Objectifs :

Permettre aux soignants

- de s'affranchir d'un modèle déficitaire dans la prise en soin du patient dément
- de penser et revaloriser la relation de soin avec le patient dément

Moyens :

Intégration de la dimension anthropologique (supervisions – séminaire)

Recours à un corpus de connaissances en sciences humaines

Travail en interdisciplinarité (infirmières-psychologue)

« Communication démocratique » (selon Habermas)

Résultats principaux :

Émancipation de la pratique des soins infirmiers

- appropriation d'une pensée clinique en terme de « soins libérateurs » (selon M-F Collière)

Mise en place du dossier « transmissions ciblées » au SUPAA

Projet financé par le fonds Qualité (PQ no 113) – octobre 2004-septembre 2005

Equipe clinique :

Equipe multidisciplinaire du SUPAA

Cheffe de projet :

Françoise Ramseier – Infirmière Spécialiste Clinique

Contact : Francoise.Ramseier@chuv.ch

Contexte :

Intégration d'un dossier Patient selon la méthode des « transmissions ciblées » au SUPAA

Renforcement de la traçabilité de la documentation clinique écrite

Développement du dossier pluridisciplinaire

Méthode :

- HPAA
 - élaboration d'un dossier spécifique « unités hébergeantes »
 - enseignement des « transmissions ciblées » (tous collaborateurs)
 - implantation et suivi du dossier : par pointages systématiques, trimestriels (10 dossiers)
 - suivi individuel pour chaque collaborateur en fonction des besoins identifiés
- Ambulatoire (HJPAA)
 - élaboration d'un dossier spécifique « HJPAA » en partant d'une base de données informatique préexistante
 - enseignement de la méthode et suivi individuel de chaque collaborateur

Résultats à 12 mois :

Dossier Patient « Transmissions Ciblées » fonctionnel à 77.6%

Indice de satisfaction du dossier par les utilisateurs infirmiers :56% (31% pour l'ancien dossier)

Evaluation qualitative (structure et contenu) du dossier : 87% (58% pour l'ancien dossier)

Structure documentaire pluridisciplinaire: encore en adaptation

Structure documentaire « transmissions ciblées » HJPAA intégrée au système informatique existant

Impact :

- prestations : amélioration de la traçabilité et mise en valeur des prestations cliniques données au patient
- pluridisciplinaire : amélioration du partage de l'information sur les objectifs et les prestations spécifiques de chaque intervenant
- organisation : amélioration de la qualité des transmissions orales plus synthétiques, moins nombreuses = gain de temps
- médico-légal : intégration de la systématisation de l'écrit dans la pratique des soins. De même, les paramètres de surveillances effectués et les prestations reçues par le patient sont inscrites.

AIMA

Antenne d'Intervention dans le Milieu pour Adolescents

Mission: Antenne destinée à l'évaluation et au traitement d'adolescents en rupture, à haut risque psychopathologique, qui n'entrent pas dans la filière de soins classique proposée par le SUPEA

Promoteur: OPTIC-SUPEA, O.Halfon, J.Laget

Chefs de projet: L.Holzer, médecin associé, V.Baier, infirmière.

Objectifs:

- Offrir une évaluation et des prestations de soins aux adolescents isolés, en rupture scolaire ou professionnelle qui n'arrivent pas à intégrer une structure de soins classique.
- Intervenir de manière « pro active » à domicile pour une évaluation psychopathologique et scolaire, associée à une prise en charge temporaire et soutenue dans le milieu.
- Offrir un soutien et un accompagnement aux familles et aux proches.

AIMA

Cadre du projet

- Début de l'activité AIMA: juin 2005
- Equipe constituée par une infirmière à 80% en collaboration avec différents intervenants du SUPEA
- Demandes de prise en charge plus nombreuses que celles espérées durant les premiers mois
- Actuellement, activité en cours de développement, extension du projet prévue en fonction du budget alloué

Type d'évaluation

- HONOSCA: outil d'évaluation de santé mentale de l'adolescent
- Objectif: développer un outil d'évaluation spécifique


ARCOS

**Accueil temporaire psychiatrique (ATP) :
évaluation d'une expérience pilote
(Dr Charles Bonsack, Didier Camus)**



DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE
DE PSYCHIATRIE ADULTE
HOSPICES CANTONAUX /
ETAT DE VAUD

Projet mandaté et financé par ARCOS-Filière psychiatrique. Publié dans Publication du réseau ARCOS n°7

But de l'étude :

Évaluer l'expérience pilote d'ATP sous la forme d'une recherche-action selon quatre axes:

- a) l'évaluation de la cohorte expérimentale et de son évolution,
- b) de la mise en œuvre du concept de l'ATP,
- c) de la place de l'ATP dans le réseau
- d) de la satisfaction des patients, des proches et des professionnels

Méthode:

- Evaluation pré-post non contrôlée au début de l'ATP et à 3 mois
- Échantillon: 7 patients sur un effectif attendu de 20-30 patients
- Instruments
 - Données qualitatives
 - Données quantitatives
 - sévérité des troubles (CGI, EGF, diagnostic)
 - Sévérité des problèmes et des besoins (HoNOS, DAIBAL, BASIS 32)
 - Qualité de vie (ESDV)
 - Aspect sociaux et économiques (CCSI-EU, État du réseau)

Résultats et discussion

- L'ATP ne diminue pas l'utilisation d'autres services de santé, mais se surajoute à ceux-ci (~ 500 Frs / mois*patient)
- 50% des coûts intervenants spécialisés
- Grande variabilité dans l'utilisation des prestations de l'ATP (nombre et type) entre les patients (du simple au double)
- L'ATP a été utilisé par des patients isolés et déprimés, « silencieux » dans leur comportement
- Les patients, familles et professionnels sont globalement satisfaits des prestations fournies
- L'ATP ne remplace pas des prestations existantes, mais se surajoute à celles-ci
- Les prestations sont individualisées et varient du simple au double selon les patients, avec des répartitions variables entre intervenants spécialisés et non spécialisés
- L'ATP peut être une alternative à l'hébergement.

Limitations

- Le faible nombre de patients inclus dans le programme et évalués, malgré un taux de participation élevé à l'étude (7/8)
- L'absence de groupe contrôle
- La période d'évaluation qui correspond à la période d'initiation du projet.
- Les limitations d'accès au programme pilote

Conclusion

- L'ATP constitue une option d'accueil de jour relativement peu onéreuse, pour un suivi à long terme de patients présentant de troubles psychiatriques sévères
- Les attentes du réseau sont importantes et ne peuvent pas être comblées par cette offre (pas une « alternative à l'hospitalisation », ni « soins de transition »), sauf « réhabilitation et soutien à domicile des troubles psychiatriques sévères »
- Pas d'éléments suffisants dans l'évaluation pour confirmer ou infirmer la nécessité de poursuivre l'ATP, mais une décision qui doit dépendre du contexte et des questions mises en évidence

Violence des patients souffrant de troubles mentaux et pratiques infirmières: *Paroles de soignants*

Didier Camus

Contexte de l'étude

Fait suite aux constats réalisés après les études quantitatives réalisées entre 2000 et 2003

- Bonne acceptation de l'outil de recensement utilisé (OAS-EOCA) (étude 2000) mais..
- Baisse de la qualité du recensement au fur et à mesure de l'avancée de l'étude 2002-2003
- Implantation « ratée » de l'EOCA dans la pratique quotidienne..

•But de l'étude

- Il s'agit d'une étude qualitative, exploratoire descriptive.
- Son but est de décrire comment les soignants se représentent cette violence. Elle vise en outre à connaître leur représentation des pratiques utilisées pour la contenir. Elle cherche enfin à connaître les ressources mobilisées (personnelles, institutionnelles) pour y faire face.
- Complémentaire aux précédentes études, elle présente un intérêt institutionnel dans le cadre du management des risques dans la clinique et de la création d'un « Observatoire des soins ».

Méthodologie.

Six entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de soignants ayant subi des actes de violences par des patients souffrant de troubles mentaux. L'anonymat des participants a été garanti

Les entretiens ont été retranscrits et analysés à partir d'une analyse thématique (représentation de la violence du patient, vécu de l'agression, description de l'interaction, rôle soignant, problèmes soulevés,...)

Résultats

L'analyse est en cours d'élaboration.

Pourtant, quelques tendances peuvent déjà être soulignées:

- Toutes les formes de violences ont été répertoriées
- La violence au quotidien peut prendre parfois des formes graves.
- La violence est plus ou moins acceptée en fonction de certains critères (connaissance du patient, éléments psychopathologiques, caractéristiques personnelles du soignant,...)
- Les soignants interrogés évoquent les facteurs favorisant l'apparition d'actes violents dans la clinique au niveau personnel (manque de reconnaissance, impuissance, épuisement professionnel,...) et institutionnel (baisse des ressources en personnel, féminisation du personnel soignant, lien avec le réseau,...).

Ces résultats méritent d'être intégrés dans une réflexion plus générale sur le management des risques dans le DP-CHUV.

OBSERVATION DES COMPORTEMENTS AGRESSIFS DES PATIENTS

Kaision JM, Cossy Y, Camus D.



DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE
DE PSYCHIATRIE ADULTE
HOSPICES CANTONAUX /
ETAT DE VAUD

Contexte

La relation entre violence et maladie mentale a été un sujet de débat qui a traversé l'histoire de la psychiatrie. En dépit des controverses, ce lien reste interrogé dans la pratique de tous les jours et pose la question de la formation des équipes au management de la violence et de l'évaluation des patients dans la clinique quotidienne.

Objectifs des études

Lors d'une première étude d'une durée de trois mois (Kaision 2000), l'hypothèse selon laquelle le nombre des comportements agressifs est sous-estimé et leur prise en compte partielle a été confirmée. Pour cette étude, nous avons développé l'Echelle d'Observation des Comportements Agressifs (EOCA), très largement inspirée du modèle de l' Overt Aggression Scale (OAS) développée par Yudowsky et al (1986).

Une deuxième étude a été mise en oeuvre de juin 2002 à mars 2003. Elle avait pour objectifs de 1) Recenser les comportements agressifs des patients (améliorer la qualité de l'observation et des transmissions pluridisciplinaires, éviter la sous-estimation des signalements des conduites agressives) et 2) Examiner l'utilisation clinique de l'échelle entre les différents professionnels, au niveau de l'équipe multidisciplinaire et entre les professionnels de la santé et les patients. Ce deuxième objectif vise plus particulièrement à améliorer la communication interdisciplinaire et la communication entre soignants et soignés et mettre en jeu le niveau de reconnaissance du problème par le patient et les aspects contre-transférentiels générés chez les soignants.

Hypothèse

Notre hypothèse était que l'utilisation correcte de l'échelle, qui fait partie du plan de traitement individuel (sur la base du contact ou de la médiation) aura des effets préventifs (détection précoce, recensement des comportements agressifs) et atténuera les effets iatrogènes institutionnels (prise en compte du processus contre-transférentiel).

Méthodologie

Étude quantitative

La population concernée

Cette deuxième étude concernait tous les patients, quelque soit leur âge, hospitalisés ou ayant consultés entre le 1er juin 2002 et le 31 mai 2003 dans une des trois sections hospitalo-ambulatoires du DUPA¹ (STP, MIN, STAH) , dans la section hospitalière d'admission (AOC), dans le Centre d'Intervention Thérapeutique Brève (CITB) , dans l'Unité de réhabilitation, dans l'Unité cantonale de sevrage (La Calypso).

L'outil

L'Echelle d'Observation des Comportements Agressifs (EOCA) répertorie quatre catégories (agressivité verbale, contre les objets, contre soi-même, contre les autres) et six niveaux de sévérité.

Pour la construction d'un langage commun, tous les comportements agressifs ont été évalué durant 1 an avec l'Echelle 'Observation des Comportements Agressifs (EOCA).

Les consignes

Il a été demandé aux équipes soignantes de remplir l'échelles lors de chaque comportements agressifs d'un patient en cochant les cases des items concernés (axes, sévérité) dans la(es) tranche(s) horaires concernée(s). Il a été aussi demandé aux soignants de noter si l'EOCA a été utilisée lors de différentes remises (infirmières ou médico-infirmières, lors d'interface pluridisciplinaire ou bien lors d'entretiens avec le patient

Résultats et conclusion

En regardant et en analysant les résultats des différentes études (et/ou étapes des étude), il convient de constater que le nombre d'EOCA remplies et le nombre de patients manifestant des comportements agressifs décroissent considérablement dans le temps. nous retrouvons dans la pratique clinique des réponse du type déni, repli sur soi, désignation ou bien même symétrie cela malgré la tentative d'implémentation d'un outil clinique (descriptif et dialectique) souhaité par les cliniciens.

Notre hypothèse, corroborée par les praticiens eux-mêmes, est que les mentalités et les représentations des différents acteurs n'évoluent pas corrélativement au cadre institutionnel. Les résultats doivent nous interroger sur les représentations du phénomène de violence par les différents acteurs, l'appropriation par les équipes d'outils d'évaluation de la dangerosité et sur la communication dans les équipes pluri-disciplinaire et/ou avec le patient.

LES CHAMBRES DE SOINS INTENSIFS (CSI): UNE PRATIQUE INTERROGEE

(Dr Charles Bonsack, Didier Camus, Vincent Chappuis, Jean-Marc Faust)



Contexte

Malgré les progrès réalisés en psychiatrie, l'isolement à but thérapeutique reste encore une pratique largement utilisée tout en étant controversée et non dénuée de risques. Ce projet s'est ensuite développé dans les autres sections hospitalières (AOC, STP)

But de l'étude

Après l'introduction dans le DUPA du concept de Chambre de Soins Intensifs (CSI), cette étude a cherché à évaluer:

- l'utilisation des Chambres de Soins Intensifs (CSI) dans le DUPA. (profil des patients, résultats cliniques, satisfaction des patients et du personnel)
- L'impact des mesures organisationnelles (implantation du référentiel sur MIN, utilisation du protocole de soins et des contrats de soins)

Sujets

100 patients ayant été en CSI et 114 patients contrôle ont été inclus dans l'étude durant la durée de l'étude (juin 2004- mars 2005)



Méthode

Etude prospective cas-contrôles, avec:

- Evaluation des profils des patients (HoNOS, CGI, CTRS et MAS (STAH))
- Evaluation de l'évolution (pré-post) sur le plan clinique (Plusieurs temps d'évaluation)
- Evaluation de la satisfaction des patients et des soignants (médecins, soignants) référents.
- Evaluation des contrats passés avec le patient

Résultats

Les résultats de l'étude confirme que les patients ayant été en CSI ont des problèmes plus sévères (psychopathologie plus importante, problématique de dangerosité et difficulté à coopérer plus importante).

Les durées d'utilisation de CSI varient selon les sections

Des questions se posent sur le développement de la contractualisation entre le patient et l'équipe de soins.

Les problèmes organisationnels autour des CSI complexifient parfois la prise en charge et introduisent une discontinuité dans le suivi avec les soignants de référence.

Etude élaborée et menée par les soignants, les problèmes posés durant cette étude (difficultés pour s'entretenir avec les patients, beaucoup de documents à remplir dans les équipes,...) questionnent l'implantation d'études dans les unités de soins et la collaboration entre la recherche et la clinique

IUMSP

Unité d'évaluation
des soins
Cellule Esope

**Opinion et satisfaction des patients adultes
hospitalisés en secteur psychiatrique aux
Hospices-CHUV. Evaluation intra- et extra-
hospitalière du questionnaire Saphora-Psy**

(L. Peer, Dr Burnand, F. Scherer, D. Petitmermet, Dr Bonsack, D. Camus)



DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE
DE PSYCHIATRIE ADULTE

HOSPICES CANTONAUX /
ETAT DE VAUD

Contexte

Dans le cadre des programmes Qualité des Hospices-CHUV, la satisfaction des patients est un des indicateurs régulièrement mesurés. A ce jour, deux mesures de l'opinion et de la satisfaction ont été réalisées en 1998 et 2000. Une troisième enquête, portant spécifiquement sur les patients psychiatriques s'est achevée en 2004. Dans le cadre de cette enquête, il était prévu de tester deux modes de passation d'un même questionnaire

Objectifs

Comparer l'utilisation des questionnaires Saphora-Psy© dans des versions intra (quelques jours avant la sortie de l'établissement) et extra-hospitalière (4-6 semaines après l'hospitalisation).

Hypothèse

Par rapport au mode de passation extra-hospitalier:

- le taux de participation est plus élevé
- L'acceptabilité du questionnaire est meilleure
- Le taux de satisfaction est plus élevé
- Les coûts sont plus élevés

L'outil

Le Saphora-Psy© est un questionnaire conçu pour les enquêtes de satisfaction. Il comporte 41 items + 2 questions ouvertes. Il explore différents aspects comme l'arrivée dans l'établissement, les soins médicaux et infirmiers, les contacts avec les autres patients, les prestations proposées, la préparation de la sortie et l'opinion général.

Méthode

De janvier à juin 2005, deux fois par semaine, les patients quittant prochainement de l'hôpital (dans les quatre jours) ont été invité à remplir deux questionnaires, le Saphora-Psy© et un méta questionnaire destiné à l'évaluation subjective de l'instrument lui-même.

Résultats

Bilan intermédiaire décembre 2005

Passation en intra: 244 patients sollicités/308 (79%), 104 accord de participation (42.6%), 50% de refus

Passation en extra hospitalier: 104 patients sollicités, 50 questionnaires retournés

Plus de ¾ des patients qui ont répondu sont en admission volontaire

Autres analyses en cours...

Impact des soins infirmiers psychiatriques sur les hallucinations auditives

Favrod Jérôme*, Villarejo Gérard** & Azoulay Silke***

* Service de psychiatrie communautaire, Département de psychiatrie du CHUV, CH- 1008 Prilly

** Service de psychiatrie générale, Département de psychiatrie du CHUV, CH-1008 Prilly

*** Centre Psychosocial, Chante-Merle 84, CH-2502 Bienne

Le but des soins infirmiers psychiatriques est d'identifier et soigner les réponses humaines à des problèmes de santé. Les hallucinations auditives dans les troubles psychotiques sont un bon exemple car elles conduisent fréquemment à des réactions psychologiques et comportementales qui peuvent interférer avec le rétablissement. Cette recherche étudie les effets d'une intervention infirmière sur les croyances et les mécanismes pour faire face de patients souffrant d'hallucinations auditives persistantes. Ceci dans des conditions naturelles de traitement avec mesures répétées.

Toutes les 12 semaines, durant une année, les croyances au sujet des voix ont été évaluées avec le Belief About Voices Questionnaire – Revised. La fréquence et l'attribution de la source des voix ont été mesurées avec l'échelle de phénoménologie des voix. L'intervention décrite dans un manuel a été individualisée à chaque patient et appliquée dans le lieu de soins avec des exercices dans la communauté.

Dix neuf patients ont été inclus dans l'étude. Quinze remplissent les critères CIM-10 pour une schizophrénie (F-20), 3 pour un trouble schizo-affectif (F-25) et 1 pour un trouble psychotique non-organique (F-28). Dix-sept patients sont sous traitement neuroleptique de maintien depuis plus d'un an (Eq CPZ 416 mg, sd 323). La durée moyenne des voix est de 12 ans (sd 11). Les résultats indiquent que les croyances au sujet des voix ont été réduites de façon significative après l'intervention. Ces résultats se maintiennent à 12 mois de suivi. Cette amélioration est accompagnée par une réduction des comportements d'engagement ou d'évitement des voix. La fréquence des voix diminue de façon significative avec l'intervention ainsi que la dose de neuroleptique prescrite en EqCPZ.

Il apparaît qu'une intervention infirmière basée sur les principes des approches cognitivo-comportementales, appliquées dans des conditions naturelles de traitement, peut influencer de façon durable les interprétations, les réactions émotionnelles et comportementales qui en découlent chez des patients qui présentent des symptômes psychotiques persistants.

ZONE ROUGE: QUESTIONNAIRE DE PRÉVENTION DE LA RECHUTE SCHIZOPHRÉNIQUE

Etude de faisabilité

R. Baumann, J. Brahim, A.-M. Clerc, H. Hadj-Lakehal,
A. Leroy, Ch. Pasquier, J. Pedroletti, S. Rothen, P. Vianin



Des questionnaires de prévention de la rechute existent et ont généralement été élaborés par des professionnels en lien avec des laboratoires pharmaceutiques (Prelapse pour Lundbeck, PECC pour Janssen Cilag). Leurs contenus sont directement inspirés, tant dans le but visé – évaluer les déficits, les symptômes – que dans la formulation – vocabulaire spécialisé – des textes de référence. Ce sont donc des outils techniques à l'usage exclusif du clinicien. Dans une perspective phénoménologique, intégrant les témoignages des usagers, des proches et des soignants, et dans une problématique de santé communautaire, associant les acteurs du soin, il nous a semblé nécessaire que soit créé un outil plus proche de l'utilisateur et utilisable par lui. De plus, cet outil se veut être un moyen de communication entre l'utilisateur et une personne de référence (soignant ou membre de l'entourage).

BUT

Evaluer la qualité du questionnaire selon trois axes:

- le choix et la formulation des questions: les questions sont-elles compréhensibles, pertinentes et exhaustives?
- la possibilité de mettre en évidence des signes idiosyncrasiques de rechute, et
- permettre le dialogue entre les différents partenaires.



METHODOLOGIE:

20 binômes usager-soignant et 20 binômes usager-proche vont être créés. Sur une période de 6 mois, les usagers rempliront le questionnaire à une fréquence libre, mais au minimum 6 fois. A chaque fois, le questionnaire sera ensuite discuté avec le partenaire (proche ou soignant). Le recrutement se fait à parts égales entre les associations d'usagers et de proches (GRAAP, *l'îlot*) et les consultations ambulatoires (UPC, «E. Minkowski»).

Les Soins Intensifs en Psychiatrie Hospitalière

Référentiel à l'intention des soignants

Objectifs:

- Obtenir une amélioration de la qualité des soins d'emblée par l'application des normes et des critères du référentiel dans les diverses étapes du processus de soins intensifs, ceci pour le patient et ses proches.
Etablir un cadre de référence des soins intensifs pour les équipes de la section « E. Minkowski » qui permette de structurer les pratiques, de faciliter la communication.
Favoriser une réflexion constante autour de ce type de soins tant au niveau des soignants qu'au niveau des cadres de la section « E. Minkowski » et du DUPA.
Rendre ce travail accessible aux sections du département de psychiatrie.
Etre en accord avec la révision du 1^{er} janvier 2003 de loi sur la santé publique.
Favoriser la reconnaissance du concept de soins intensifs dans le département de psychiatrie par les directions des différents corps professionnels.
Homogénéiser les pratiques.
Limiter les influences contextuelles.

PLANNIFICATION

- Projet qualité depuis mars 2003
- Création du référentiel en 2003
- 2004 début de la collaboration avec l'unité de recherche évaluative
 - Etat des lieux avant implantation
 - Implantation
 - Etat des lieux après implantation
 - Analyse & résultat

Étude des problématiques posées par les patients migrants à la STAH

Participants : Sophie Mottaz, Claude Robert, Luc Jeanrenaud

Contexte

Depuis 2004, nous avons débuté un groupe à la STAH sur l'accompagnement des migrants en psychiatrie. Cette population nous apparaît, comme spécifique et pose un certain nombre de problèmes concrets (communication, valeurs, expression de la maladie, etc...). Pour essayer de mieux comprendre les problématiques qui se jouent là, ainsi que d'améliorer les soins offerts à ce type de population, nous avons élaboré une série de questions au sein de la section.

Groupe de réflexion

Mme Claude Grin, éthno-anthropologue à Appartenance ainsi que Stephan Rotten psychologue à UREP. Bénédicte Verdu, médecin assistant au DP CHUV, Jérôme Pedroletti, ISC au DP-CHUV, Didier Camus, ISC au DP-CHUV

Etude migrants à la STAH

Méthodologie

Au cours de l'année 2005, nous avons fait passer 30 questionnaires aux soignants (inf, méd, as, phys) de la STAH, avec un retour d'environ 50%. Parallèlement nous avons rencontré autant de patients que de questionnaires reçus. Lors de ces rencontres nous avons posés un certain nombre de questions nous permettant d'identifier les problèmes perçus par chacun. Nous espérons ainsi comparer les deux points de vues.

Résultats

A ce stade, nous sommes encore en train de dépouiller les questionnaires ; il ressort déjà que la totalité des soignants ayant répondu aux questions estime que la prise en charge des patients migrants pose des problèmes spécifiques. 80% d'entre-eux pensent que nos cadres de soins ne sont pas adaptés à ces prises en charges...



Centre
hospitalier
universitaire
vaudois

SUPAA

Service universitaire de
psychiatrie de l'âge avancé



département
de psychiatrie

TRANSAT TRANS pour transmission A pour admission et T pour transfert

∇ INTRODUCTION

Ce travail est le fruit de la collaboration de trois cadres du DP CHUV (Y.Charbon, F.Lanet, V.Gobin) qui ont effectué une formation d'initiation au management organisée par le CHUV.

∇ PROBLEMATIQUE

Au DUPA comme au SUPAA, l'instauration d'une unité d'accueil qui reçoit les nouvelles demandes d'admission et d'unités de soins spécialisées qui reçoivent les patients selon leurs pathologies a généré et intensifié le transfert des patients d'une unité à l'autre. Ces transferts ont engendré de l'insatisfaction, des critiques et frustrations chez les patients, les familles et les professionnels.

∇ METHODOLOGIE

Nous avons effectué une enquête de satisfaction par questionnaire à l'ensemble des collaborateurs pluridisciplinaires de DUPA et SUPAA via leur responsable hiérarchique. Le taux de satisfaction atteint 61,5 % pour le SUPAA et 67,4 % pour le DUPA.

Notre objectif d'amélioration :

Lors de transfert de patients, amener le taux de satisfaction des unités de soins jusqu'à 80 %.



Centre
hospitalier
universitaire
vaudois

SUPAA

Service universitaire de
psychiatrie de l'âge avancé



département
de psychiatrie

∇ SOLUTIONS PROPOSEES

Trois groupes de travail mixtes DUPA-SUPAA ont amorcé une réflexion et élaboré les documents suivants :

1. Feuillet d'information patient sur les transferts / Principes, valeurs des soignants autour de l'accueil et du transfert des patients.
2. Colloques de transfert : Colloque d'étude de cas / Colloque de fonctionnement.
3. Transfert inter-unités de soins-DUPA / SUPAA.

∇ CONCLUSION

- Ce travail encore en cours a permis un repérage des insatisfactions, une conceptualisation des problèmes et la proposition de solutions qui doivent maintenant être mises à l'épreuve. Une enquête doit encore être faite courant 2006 pour vérifier s'il y a bien eu augmentation du taux de satisfaction des équipes.

RECHERCHE-ACTION

« les représentations sociales des soignants face aux populations dites marginalisées »

Danielle Romanens

Contexte : les risques secondaires importants liés à la problématique de la toxicodépendance avec atteintes à la santé (infections gravissimes, hépatites, HIV, problèmes circulatoires importants) ainsi que la désinsertion sociale limitant l'accès aux soins sont à prendre en compte dans une politique de santé publique

Problématique : Le nombre d'hospitalisations de personnes toxico-dépendantes ne cesse d'augmenter au CHUV. Ces hospitalisations sont la conséquence le plus souvent de problèmes infectieux secondaires à l'injection de cocaïne. Ces séjours hospitaliers sont fréquemment compliqués en raisons de diverses problématiques : troubles du comportement avec agressivité, rupture des soins par manque de non respect du cadre, jugements moraux de la part des soignants. Ces difficultés entraînent souvent une rupture prématurée des soins avec aggravation de la problématique somatique de cette population.

Objectif de la recherche : Ce projet s'inscrit dans une stratégie de réduction des risques afin de viser l'amélioration de la continuité des soins, d'assurer une interface avec le réseau extérieur et d'offrir aux équipes soignantes les outils pour mieux « comprendre » les personnes toxico-dépendantes.

Hypothèse : Les représentations qu'ont les équipes soignantes de la population toxico-dépendante influencent leurs approches et leurs soins. Ceci engendre des ruptures prématurées des soins et augmentent le sentiment d'exclusion de la population concernée.

Méthodologie : Enquête à travers des entretiens semi-directifs avec comme outil un questionnaire auprès de 6 services du CHUV. Dans chaque service, trois groupes de soignants ont été interrogés : cadres infirmiers, soignants (es) diplômés (es) et aides-hospitaliers (ères).

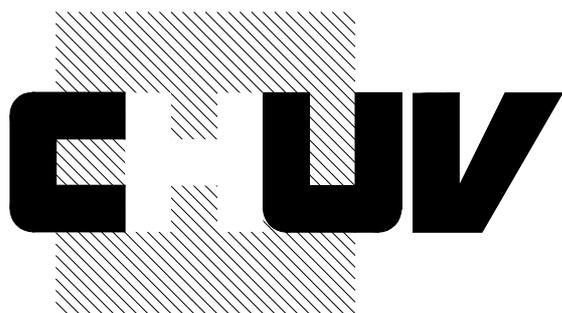
6 axes pour ce questionnaire : définition du concept de toxico-dépendance et représentations s'y reportant (référence au vécu et aux émotions), difficultés pour les équipes rencontrées lors de ces hospitalisation, ressources à disposition, compétences à développer et besoins des équipes.

Résultat : Les premières tendances des résultats démontrent que le vécu des soignants reste difficile dans leurs pratiques auprès de cette population. On constate un malaise, une certaine souffrance et un jugement moral.

Perspectives : Réflexion sur des pistes à proposées et créées pour les équipes avec toutes les personnes concernées plus particulièrement les soignants du CHUV.

Conclusion : Travail de mémoire en cours sur les représentations et reprise des négociations avec les cadres infirmiers du DP et du CHUV.

L' E c r i t



Hospices cantonaux

Département de Psychiatrie / CHUV

Directeur des Soins
Jean-Michel Kasion

Responsable de la publication: Service des Soins DP-CHUV

Site de Cery - 1008 Prilly-Lausanne

<http://www.chuv.ch/psy/bpul>

Info et abonnement : Tarja.Cachelin@chuv.ch

Prix: Fr.-2