

L' Ecrit

Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA)
Service des soins infirmiers
Site de Cery - 1008 Prilly-Lausanne

Responsable de la publication:
Service des soins infirmiers
prix Fr. - 2



La recherche dans tous ses états, état de la recherche.

Sommaire :

Béatrice Perrenoud, Infirmière, membre de l'équipe de formation continue au CHUV, membre de la FORESO, *Editorial*.

Catherine Reymond Wolfer, Infirmière de l'Unité de Psychiatrie Communautaire (UPC), *Journée mondiale pour la santé mentale*.

Danièle Romanens, ICUS au Centre St Martin, *Recherche-action*.

Didier Camus, infirmier clinicien, *La fondation pour la recherche en soins (FORESO)*.

Alain Pradet, infirmier à l'AOC, *Enquête en alcoologie dans une division d'accueil*.

Eric Girard, infirmier à la section «E. Minkowski», *La cellule infirmière de recherche de la section « E. Minkowski »*.

Javad Nazery, infirmier à la Calypso, « *classeur patient* », *un instrument de motivation*.

Editorial

Ce colloque avait pour but de présenter les nombreux projets d'études, de recherche et d'évaluation menés au sein du DUPA et de susciter des échanges sur ces travaux, voire de futures collaborations. A cet effet, il a réuni des soignants de diverses professions de l'institution ainsi que des représentants de firmes pharmaceutiques. Bien que les présentations aient été brèves, les orateurs ont réussi à transmettre la diversité et la richesse de leurs projets. Ils ont pointé les enjeux de la recherche menée par des infirmiers et soulevé quelques réflexions.

La plupart des projets présentés portaient d'un malaise ressenti ou d'un problème vécu par une équipe. Il s'avère qu'un processus de recherche est long, pas toujours facile et nécessite du temps. Quel est le minimum de formation, de compétence à avoir ou de supervision à obtenir, pour pouvoir construire un



dispositif de recherche solide, avec une question de recherche comme fil conducteur, alliant rigueur et originalité ?

Il y a eu quelques présentations de projets menés en collaboration interdisciplinaire. Cette collaboration implique une réflexion d'ordre ontologique : comment construire un projet dans lequel chaque discipline puisse amener une question de recherche qui lui soit spécifique et lui permette de questionner et de faire évoluer sa propre pratique ?

Ainsi, plusieurs équipes investissent des forces de travail et du temps pour des projets de recherche. Cependant, tous les problèmes et les questions ne nécessitent pas ce type d'approche. Alors, pourquoi faire une recherche, pour se laisser surprendre ou démontrer ce à quoi on tient ? Une expérience scientifique se doit de contredire l'expérience commune, elle ne sert à rien si elle ne rectifie aucune erreur, si elle est platement vraie et sans débat

La présence de représentants de laboratoires pharmaceutiques a soulevé la question de la nature d'une possible collaboration. Le rôle joué par l'infirmier sur la compliance (ou autres termes pour désigner la fidélité au régime thérapeutique), le renforcement de la motivation et l'éducation thérapeutique du patient sont-ils des thèmes qui intéresseraient les laboratoires à participer à des travaux de recherches menés par des infirmiers ?

Le processus de recherche demande une constante prise de recul pour le chercheur, face à ses motivations, ses croyances, face aux méthodes et aux techniques à disposition. Tout projet de recherche mené par des infirmiers devrait reposer sur une réflexion ontologique, épistémologique, méthodologique et éthique. C'est à ce prix, il me semble, que la recherche "infirmière" acquerra sa légitimité, son originalité et qu'elle sera perçue comme indispensable et complémentaire, non seulement au sein de la profession mais aussi à l'extérieur. « On ne peut se prévaloir d'un esprit scientifique tant qu'on n'est pas assuré, à tous les moments de la vie pensive, de reconstruire tout son savoir. » (Gaston Bachelard, *La formation de l'esprit scientifique*).

Béatrice Perrenoud

Une coopération soignés-soignants dans une expérience d'animation au marché de Lausanne.

Dans le cadre du développement du champ de la santé communautaire qui vise à promouvoir l'initiative de la population afin d'améliorer ses conditions de vie, le DUPA s'est engagé dans la constitution d'une équipe capable de favoriser ces interfaces entre les soignants et les consommateurs de soins. Des formations ont été ouvertes pour les soignants, des axes de recherche ont émergé :

- Quels éléments favorisent la coopération entre les acteurs du champ psychiatrique ?
- Dans quelle mesure cette coopération peut modifier les représentations des soignants et des soignés ?

- Quel impact peut être attendu sur les pratiques soignantes de la modification des rôles de chacun ?
- Quelle place, la santé communautaire doit-elle occuper dans ces processus ?

Quelques chantiers ont vu le jour qui permettent, dans le concret, de mieux comprendre la finalité de cette approche :

- Un groupe de rencontre de patients centré sur la gestion de leur solitude.
- Une co-animation d'ateliers avec un patient dans les écoles de soins infirmiers.
- Un groupe de proches et de patients qui travaille sur la qualité des hospitalisations.
- Une expérience de coopération entre soignés et soignants pour un stand d'informations sur la schizophrénie.

Journée mondiale de la santé mentale, samedi 7 avril 2001 : stand au marché de Lausanne.

7h15 le matin à la rue Haldimand à Lausanne. Nous nous trouvons là, quelques soignants en psychiatrie de l'unité « E.Minkowski » accompagnés de collègues d'autres sections de l'hôpital, sous une pluie battante à monter un stand d'information sur la schizophrénie, loin de nos bureaux ambulatoires et divisions d'hôpital. Heureusement nous ne sommes pas seuls dans le même bateau, les membres du GRAAP arrivent aussi pour monter leur stand proche du nôtre. Eux, ils ont l'expérience de ce type de choses, leur stand est monté rapidement, alors que pour le nôtre c'est plus difficile. Ouf ! grâce à eux, voilà la tente prête. Mais compte tenu de la pluie, comment agencer tout ça ? Les idées fusent sur l'emplacement des posters, du présentoir de documents d'informations, de la table pour le thé, etc... On nous cherche pour nous livrer de Cery, notre maison-mère, du thé et des cakes en quantité... Des collègues arrivent pour renforcer l'équipe, on fait connaissance pour certains... Vers 9 heures, les premiers passants peuvent s'arrêter, notre équipe est prête à informer sur la schizophrénie. Un homme s'arrête, lisant un poster d'info sur la maladie : « franchement vous pensez pas qu'il y a des choses plus importantes que la schizophrénie dans notre société actuelle ?...la politique suisse, par exemple... » Evidemment vu sous cet angle-là !

Mais Monsieur, nous sommes des soignants spécialisés et notre travail quotidien consiste à accompagner ces personnes. Celles-ci nous parlent de leurs difficultés et de leur sentiment d'exclusion dans une société où ils auraient leur mot à dire.

1 % de la population, c'est peu, mais...

Une jeune femme se précipite vers nous : « moi, je suis toxicomane, et je trouve qu'on parle partout de la toxicomanie, mais pas de cette maladie et c'est très bien qu'enfin on ose parler de la schizophrénie, car c'est pas assez connu.. »

Merci Mademoiselle, quel bel encouragement ! Quelques moments de timidité de notre côté...comment fait-on pour aborder les gens ? Parce que, il faut bien le dire, nous réalisons alors que le marché, ce n'est pas le bureau. Où apprend-on à parler avec des gens qui passent et qui n'ont pas de demandes ? Comment les aborder, n'est-ce pas intrusif d'abord de faire ça ?

Notre image de professionnel de la communication en prend un coup. En effet, là on change de cadre et on ne sait plus comment s'exprimer... Pas de jargon, d'accord, mais comment dire ces choses-là en termes clairs, compréhensibles...Nous sommes pleins de bonne volonté mais c'est dur... Certains se sentent presque inhibés, ce qui n'est pas franchement agréable.

Heureusement des patients et des collègues viennent nous tenir compagnie. Les paroles des patients affichées sur le stand encouragent notre action :

On revendique notre place à part entière - **Non aux préjugés** - Pourquoi être mis au banc de la société si on a des problèmes psychiques - **On peut s'en sortir seul, mais ce n'est pas interdit aux autres de nous aider** - Les professionnels sont la théorie, les patients la pratique - **Je décide de ma vitesse de croisière, merci aux professionnels de m'attendre** - Les soins ont évolué = ils tiennent compte de nos besoins - **Le professionnel ne décide pas à ma place, je me prends en charge.**L'enfermement c'est lourd ! - **Quand on sort de l'asile, on est hypersensible et il faut du temps pour se reconstruire** - Psy = médecins ? ? ? - **Rareté de l'information dans les médias, pourquoi ?** - Méconnaissance de la maladie mentale par le public.
La maladie est un passage de la vie - La maladie mentale suscite le rejet. Il y a des pics, il y a des bas - **Le comportement des autres est indispensable, il stimule la confiance et donne de l'espoir.**



Les gens passent devant nos stands : regards, intérêts, lecture des posters, questions, soutien: « c'est bien ce que vous faites, il faut parler de ces maladies.. ! ». Nombreux détournements de tête également, cadence accélérée tout à coup devant notre stand, questions : « alors que voulez-vous encore me vendre? »...Et les gens continuent de passer devant nous...

Après quelques heures de rencontres, d'échanges avec le public (environ une centaine), de distribution d'informations, il est bientôt temps de plier.

La santé communautaire est un courant à la mode. Eh bien le communautaire on peut dire qu'on en ressort trempé et plein de questions autour de nos compétences relationnelles qui semblent surtout dépendre de notre cadre d'intervention... Et si nous aussi nous avons besoin des murs rassurant de l'institution, et si....ok, on arrête, on ne va pas encore se stresser un samedi matin. Et hop un bon verre de thé pour se réchauffer, à la santé de la Communauté !

Catherine Reymond Wolfer
infirmière de santé communautaire
En formation au DHEPS

Recherche-action

Introduction

Actuellement, 400 patients sont en traitement au Centre St-Martin Environ 150 personnes bénéficient de traitements de substitution à la méthadone et de sevrages médicamenteux. Les 2/3 de ces personnes prennent leur traitement chaque jour au Centre et l'autre tiers 2 à 3 fois/semaine.

1. Description du contexte

L'équipe infirmière a la responsabilité de la gestion de la salle où s'administrent les traitements en partenariat ponctuel avec les

autres corporations. Elle dispense les médicaments journallement à environ une soixantaine de patients. Elle est le lien entre les patients et leurs référents.

La salle de traitement est le point névralgique du Centre. La plupart des conflits se focalisent autour de ce lieu. La rencontre au moment des dispensations facilite les triangulations entre les différents partenaires.

2. Objectif de la recherche-action

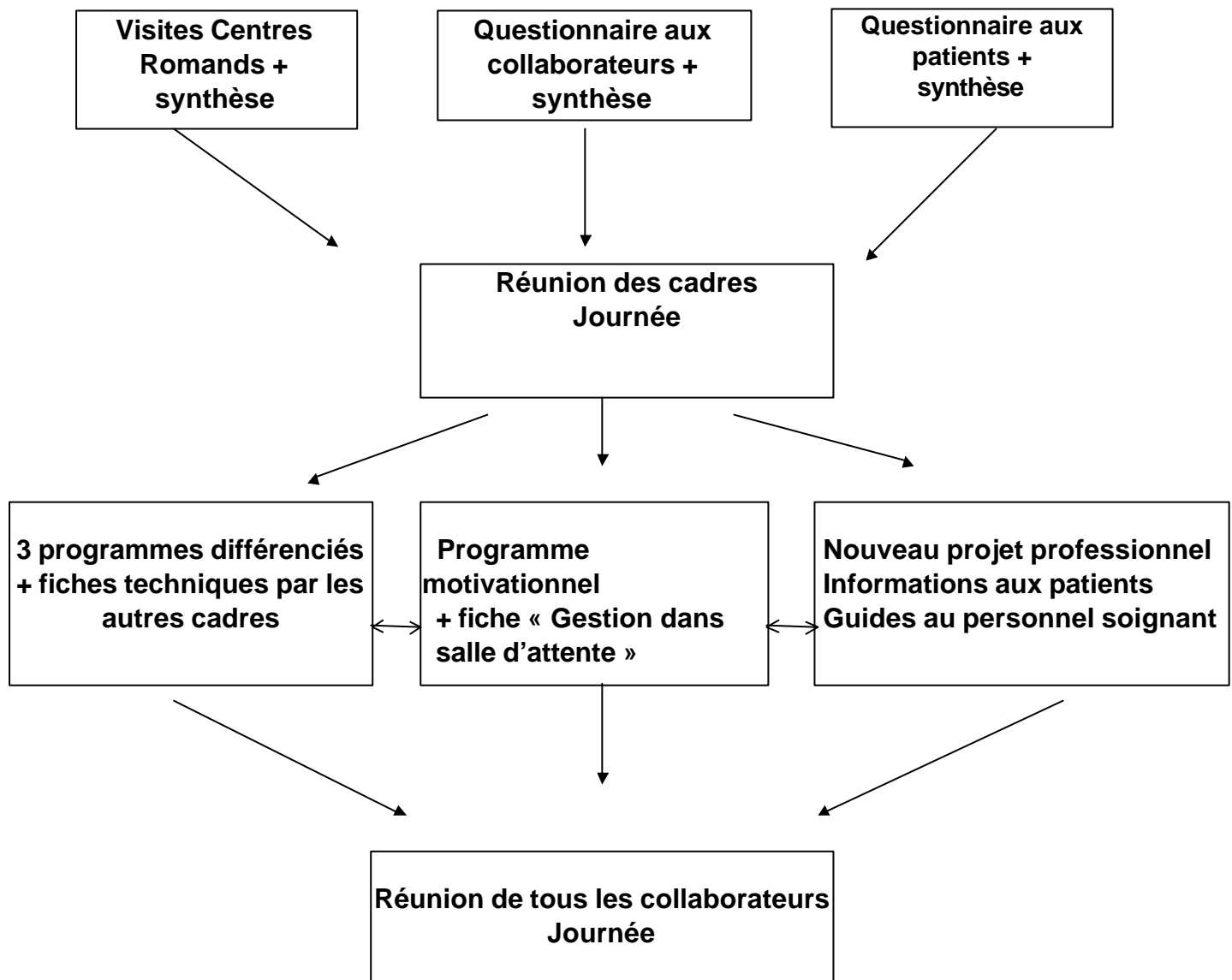
Afin d'harmoniser la remise des traitements, une recherche-action a été élaborée afin de mettre en place un protocole cherchant à gérer



le stress et la tension du personnel soignant et des patients dans ces moments précis.

3. Plan d'action

Le schéma de méthodologie ci-dessous permet de visualiser les différentes étapes construites :



4. Analyses

4.1. Visites des centres romands et synthèse

Le but de ces visites était de prendre contact avec d'autres structures similaires au CSM, de définir comment s'y déroulent les dispensations de traitements et quels sont les avantages et inconvénients des systèmes mis en place.

Les 8 centres visités fonctionnent avec un système de dispensation des traitements différent. Cela va d'une dispensation toute la journée à des tranches fixes. Le nombre de patients venant chercher leur traitement varie très peu. Par contre, les forces de travail sont sensiblement différentes d'un centre à l'autre. L'activité de dispensation est effectuée par des infirmières ou des assistantes médicales. Le personnel soignant relate les mêmes difficultés, à savoir : le nombre important de patients, la



concentration des personnes à certaines heures et pour la plupart les trafics de médicaments. Ces rencontres ont permis une prise de contact avec d'autres structures, de créer des liens, de partager des expériences et d'ouvrir des portes pour une future collaboration romande.

4.2. Questionnaire destiné aux collaborateurs et synthèse :

L'équipe infirmière a analysé en groupe de travail ses préoccupations liées à la salle de traitement. Ce groupe a élaboré un questionnaire destiné à tous les collaborateurs pour faire ressortir leurs représentations, leurs vécus ainsi que des propositions de solutions.

Résultat des questionnaires

- 1) La récolte des données a démontré de manière évidente que le problème lié à la dispensation des traitements ne pouvait être dissocié de l'ambiance dans la salle d'attente.
- 2) La majorité (toute profession confondue) propose d'assurer une présence dans la salle d'attente pendant les dispensations de traitements.

Démarche interdisciplinaire

Un groupe de travail constitué de 2 infirmières et de 2 éducatrices s'est formé afin d'élaborer un questionnaire destiné aux patients pour créer un projet de protocole, en tenant compte de la synthèse des questionnaires aux collaborateurs.

4.3. Questionnaire destiné aux patients et synthèse :

Pour la création du protocole, il est important de connaître les points de vue et les propositions de changements des patients concernant la remise des traitements et l'ambiance à la salle d'attente durant cette activité.

Par discrétion, chaque questionnaire était rempli individuellement dans un bureau. A tour de rôle, un membre du groupe de travail était présent pour un complément d'information ou de clarification. Les 2/3 des patients venant

journallement ont accepté d'y répondre. La récolte finale des données sur l'ensemble de la clientèle a représenté 60%.

Analyse des réponses au questionnaire de « patient »

- a) Points forts de la dispensation : la majorité des patients fait état d'une grande disponibilité et d'une ouverture d'esprit de la part du personnel dispensataire
- b) Points faibles de la dispensation : presque la moitié des patients n'a signalé aucun problème et l'autre moitié a donné une multitude de petites raisons diverses.
- c) Vécu de la salle d'attente : plus des 3/4 des patients ont déploré un malaise certain lié au trafic, aux tensions.
- d) Propositions de changements : plus du tiers des patients a demandé la présence d'un membre de l'équipe soignante dans la salle d'attente durant les heures de dispensations. Ils ont réclamé davantage de respect de l'autre et des règles.

5. Réunion des cadres

5.1 Synthèse de la journée

Suite à la présentation de synthèses citées ci-dessus, une journée de réflexion a été planifiée. Durant cette journée, nous avons décidé de mieux structurer nos interventions. Chaque cadre doit créer un programme différencié de soins et de règles pour les patients, complété de fiches techniques.

5.2 Programmes différenciés

Les nouveaux programmes chercheront à offrir une prise en charge tenant compte de la situation globale du patient.

Chaque cadre (médical, psychologue, social et infirmier), en fonction de ses compétences spécifiques et de ses sensibilités, sera le superviseur du programme qu'il a élaboré. Le médecin chef du centre coordonnera l'ensemble.

- 1) Programme « soutien » : concerne la population la plus marginalisée et démunie. Le but principal est d'essayer de maintenir ces patients dans le réseau de soins.



- 2) Programme « développement des ressources » : s'adresse aux patients ne relevant plus de critères de suivis « contraints » par l'état de santé psychique, physique ou de désaffectation psychosociale majeure, mais qui peinent à développer des étayages extérieurs suffisants ou à s'ancrer dans une dynamique progressive.
- 3) Programme « motivationnel » : s'adresse à la majorité des patients du Centre, polytoxicodependants, peu motivés à entrer dans un processus de changement et qui souffrent d'une fragilité psychique et sociale.
- 4) Programme « autonomie » : est destiné à des patients avancés dans leur traitement, ayant une bonne stabilisation sur le plan psychosocial et visant la consolidation de l'abstinence en prévision d'une autonomie.

5.3. Fiche technique « gestion de la salle d'attente »

Cette prestation a 3 buts :

- a) gestion des conflits et prévention du trafic de substances psychoactives,
- b) liaison avec la salle de traitement,
- c) liaison avec le(s) référent(s).

6. Information et règlement aux patients

Une information pour les patients sur le produit de substitution (méthadone) est présentée au recto du document. Au verso, nous trouvons un règlement concernant la salle de traitement et les dispensations avec notamment un rappel des règles à ne pas transgresser. Ce document a été élaboré par le groupe interdisciplinaire.

7. Guides aux professionnels

Les deux guides sont le fruit d'une concertation de l'équipe infirmière pour mieux résoudre certaines tensions et stress liés à la salle de traitement. Ils ont pour but d'harmoniser les interventions lors des dispensations des traitements et d'ériger des règles communes pour chacun des collaborateurs du Centre. Ces guides répondent notamment aux demandes de plusieurs collaborateurs.

8. Conclusion

Les programmes et les documents destinés aux patients et aux collaborateurs ont été approuvés par l'ensemble du personnel soignant après quelques modifications de détails.

La fiche « gestion de la salle d'attente » a suscité une discussion importante. En effet, la plupart des collaborateurs sont déjà très occupés. Cette nouvelle tâche demande une réorganisation de leurs activités. Cependant, tous sont d'avis qu'il est primordial d'assumer une présence dans la salle d'attente lors de la dispensation des traitements. Finalement, l'organisation pratique de cette présence dans la salle d'attente a été confiée à l'équipe socio-éducative. Cette activité a débuté le 1^{er} décembre.

Les guides proposés aux patients ont été corrigés et améliorés selon les remarques formulées par les collaborateurs et distribués à tous les patients.

Une évaluation sera planifiée dans 3 mois auprès des collaborateurs et des patients.

Bibliographie

Livre

JUNET C., *Traitement à la méthadone*, directeur de groupe de traduction, Genève, Edition Médecine et Hygiène, 1992

Articles

Les infirmières face à l'abus de substances. *Revue de ICN-OMS*, décennies des nations unies pour la lutte contre la toxicomanie, 1991-2000

Traitements de substitution de l'héroïne nomane.

Revue du moniteur des pharmacies et des laboratoires, cahier 2358, 2000

Travaux

Méthadone, ligne directrice européenne, Euro-Methwork Nedeland, 2001

Rapport sur la méthadone, Commission fédérale des stupéfiants, groupe de travail Méthadone de la sous-commission drogue, OFSP, 1995

Références aux cours H+Formation

AUGUSTE C., Technique de travail

BRUNNER M., Technique de sondage et création de questionnaire

CHENEVARD P., Introduction et méthodologie
COTI P., Interdisciplinarité.

Danièle Romanens

Les effets des réformes des systèmes de santé européens : perspectives des infirmières, des patients et des décideurs politiques

En janvier 2000, un Mercredi Infirmier a traité de la recherche dans les soins infirmiers. A cette occasion, Ada Spitzer, Docteur en Soins Infirmiers, Directrice de l'unité de recherche de la FORESO, avait présenté les enjeux et la place de la recherche en soins infirmiers. Cécile Desaulles, membre de l'unité, avait de son côté, présenté le projet de recherche en cours. Nous reprendrons ici les éléments importants de sa présentation¹ avant de décrire plus précisément l'avancée des travaux.

Quelques rappels

Le titre : *Les effets des réformes des systèmes de santé européens : perspectives des infirmières, des patients et des décideurs politiques.*

Tous les pays occidentaux ont mis sur pied ces 20 dernières années des réformes au niveau de leur système de santé. Elles ont comme objectif de contenir les coûts croissants de la santé tout en garantissant aux consommateurs un accroissement de la qualité des soins prodigués.

Imposées par les gouvernements plus qu'élaborées à partir des lieux de pratique clinique, ces réformes nécessitent une importante élaboration et accumulation de connaissances, mais ces dernières ont été peu diffusées auprès des prestataires de soins et des infirmières en particulier.

D'autre part, les infirmières, dont le rôle de soutien et de médiateur auprès du patient est majeur, sont peu impliquées dans les débats concernant l'orientation, le type et l'ampleur des changements exigés. Cela a des effets négatifs sur leur responsabilité à l'égard des changements et sur leur motivation à actualiser

leur savoir et leur information. La Déclaration de Munich² nous rappelle l'importance pour les infirmières de participer aux décisions à tous les niveaux de la politique de santé.

En Suisse, si les réformes du système de santé sont récentes (LAMa³ et NOPS⁴ pour le canton de Vaud), des indices suggèrent que les infirmières sont déjà confrontées à des difficultés croissantes et à une dégradation rapide et continue de leur environnement professionnel (conditions de travail, stress élevé, burn out).

Notre étude a pour but de faire une analyse approfondie des systèmes de santé de plusieurs pays européens et de leurs processus d'implantation des réformes. Elle cherche également à produire une base de données empiriques représentant les points de vue des infirmières, des décideurs politiques et des patients et à délivrer des recommandations concernant l'élaboration et la mise en place des réformes dans ces systèmes de santé comme au niveau européen.

Concernant les infirmières, les objectifs spécifiques sont : - (1) décrire le point de vue des infirmières à propos des réformes (connaissances, attitudes, perceptions et expériences) ainsi que de leurs effets sur les pratiques soignantes, sur leur vie au travail et sur leur profession. - (2) modéliser les facteurs déterminant la mise en œuvre des réformes des systèmes de santé en analysant les convergences et divergences des perceptions infirmières, des patients et des décideurs politiques sur les réformes, leur mise en œuvre

² Cette déclaration a été élaborée à Munich en juin 2000 par les Ministres de la santé des Etats membres de la Région européenne de l'OMS lors de sa deuxième conférence ministérielle sur les soins infirmiers et obstétricaux. Elle estime que les infirmières et sages-femmes ont un rôle clé de plus en plus important à jouer dans les efforts mis en œuvre pour faire face aux problèmes de santé publique ainsi que dans l'offre de service de santé. Elle invite les autorités concernées à intensifier leur action afin de renforcer les soins infirmiers et obstétricaux, en garantissant leur participation à la prise de décision à tous les niveaux de l'élaboration et dans la mise en œuvre des politiques.

³ Loi sur l'Assurance Maladie

⁴ Nouvelles Orientations de la Politique Sanitaire

¹ Voir « L'Ecrit » n° 28 d'Avril 2000 : Recherche et Soins Infirmiers

et leurs effets en élaborant une synthèse des facteurs communs et spécifiques déterminant la mise en œuvre des réformes du système de santé.

Les populations concernées

Ce projet touche :

- Les infirmières, diplômées, ayant une activité professionnelle dans le canton ou le pays concerné, travaillant au moins à 50% en milieu hospitalier (médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique, pédiatrie et urgences), en santé communautaire ou dans les centres de formation.
- Les patients en traitement à l'hôpital ou à domicile, à l'exception de la pédiatrie et des urgences.
- Les décideurs politiques, à savoir les professionnels impliqués dans l'élaboration des politiques de santé.

Les outils :

Pour ce faire plusieurs outils sont développés :

Les questionnaires

Cette recherche/étude nécessite l'utilisation de 10 questionnaires (certains déjà construits, d'autres, comme le questionnaire de connaissance, élaborés spécifiquement pour cette recherche).

- Questionnaires sur les perceptions, attitudes et expériences des infirmières.
- Questionnaire d'évaluation de la qualité des soins.
- Questionnaire sur la qualité de vie au travail.
- Questionnaires sur l'investissement au travail (1) et (2).
- Questionnaire sur la satisfaction au travail.
- Questionnaire sur l'autonomie au travail.
- Questionnaire de connaissance.
- Questionnaire sur la perception des patients.
- Questionnaire sur les politiques de santé (en cours d'élaboration).

Pour limiter le rôle du hasard, pour chacune des réponses, les personnes interrogées indiquaient dans quelle mesure elles étaient sûres ou non de leurs réponses. Ces niveaux de certitude ont été analysés pour les réponses concernant la LAMal et les NOPS et selon l'exactitude ou l'inexactitude des réponses obtenues

L'étude de cas

L'enquête par questionnaire est complétée par une étude de cas qui consiste à (1) des entretiens semi-structurés des décideurs politiques (politiciens, légistes, mais aussi représentants d'associations professionnelles et d'assurances, de cadres hospitaliers, de directeurs de centre de formation ou d'institution) et (2) d'une recherche documentaire (statistiques, revue de littérature, etc...).

Le groupe de pilotage

Dans chaque pays, un groupe de pilotage est mis en place. Il est constitué de décideurs politiques, d'infirmières, de représentants d'associations de patients et de chercheur. Son rôle est d'exercer une activité de conseil, de participer à l'interprétation de données empiriques pour faciliter l'élaboration de modèle et de scénarii et, enfin, de se constituer en structure *favorisant les changements requis dans la pratique au niveau local, national et international*.

Un protocole pour l'Union Européenne

Le projet initial touchait six sites européens (Belgique, Pays Bas, Italie, Israël, le Royaume Uni et la Suisse). Dans chaque site, une équipe de recherche était constituée. Une première fois proposé à l'Union Européenne en novembre 1999, dans le cinquième programme-cadre (1998-2002), ce projet fut refusé en Avril 2000 pour des raisons budgétaires, cela malgré la bonne appréciation du contenu scientifique.

Dans le 2^{me} projet, seul cinq sites européens ont été inclus au projet, les Pays-Bas ne pouvant plus se joindre à nous. Réadressé en octobre 2000, en tenant compte des critiques formulées, ce deuxième projet a été refusé cette fois-ci en raison de problème lié au contenu scientifique.

Le projet a été présenté une 3^{me} fois courant 2001. On attend la réponse...

Si l'Union Européenne devait refuser ce projet, l'étude se réaliserait néanmoins au niveau du Canton de Vaud.

L'étude pilote

En attendant d'avoir la réponse de l'Union Européenne, une étude pilote a été menée auprès des infirmières dans le canton de Vaud. Elle avait comme objectif d'évaluer les connaissances concernant les réformes du système de santé en Suisse et de savoir s'il existait des différences selon le type d'activité (à l'hôpital, en soins à domicile ou dans un centre de formation), la fonction et le niveau d'étude. Elle partait de l'hypothèse *que le niveau de connaissance des infirmières influence le rôle qu'elles jouent dans l'implantation de ces réformes.*

• Méthode

- 30 infirmières ont été contactées pour chaque type d'activité.
 - 74 infirmières (soit 82%) ont accepté d'y participer : 30 dans l'hospitalier, 20 en soins à domicile, 24 infirmières enseignantes. Le recrutement des infirmières enseignantes présentait un problème du fait de l'effectif limité de cette population (230 enseignantes dans le Canton). Pour éviter de recourir aux mêmes personnes dans l'étude pilote et dans l'étude finale, les enseignants ont été recrutés en dehors du Canton de Vaud, à savoir dans les cantons de Fribourg et de Neuchâtel.
 - Un questionnaire de connaissances a été élaboré afin d'évaluer les connaissances et l'information des infirmières au sujet des principes et des implications pratiques de la LAMal (version 1998) et des NOPS. Il est constitué de 40 affirmations (25 LAMal, 15 NOPS) qui abordent le système de soins, le patient et la profession infirmière.
 - A partir des 40 affirmations, 4 mesures ont été élaborées :
 - évaluation de la connaissance totale en pourcentage de réponses exactes calculé sur l'ensemble des 40 affirmations.
 - pourcentage de réponses correctes parmi les 25 questions LAMal.
 - pourcentage de réponses correctes concernant les grands principes des NOPS.
- Le degré de certitude des réponses aux 40 affirmations.
- ces mesures ont été ensuite ventilées selon le type d'activité, le domaine (système,

patient, profession), la position hiérarchique et le niveau de formation.

• Procédures

- Les questionnaires ont été administrés individuellement, sur le lieu et durant les heures de travail
- La confidentialité a été assurée, en précisant que les réponses ne seront utilisées qu'à des fins de recherche.
- 69 questionnaires/74 ont fait l'objet d'un traitement statistique. Ce sont tous les questionnaires qui ont au minimum 24 réponses sur 25 au questionnaire LAMal et 14 sur 15 au questionnaire NOPS.
 - Des tests de Kruskal-Wallis⁵ ont permis de faire des comparaisons entre les groupes.

Quelques résultats

En raison de l'exclusivité de la publication demandée par certains journaux spécialisés, nous ne pouvons détailler ici les résultats et les commentaires de cette étude pilote. Pourtant, quelques axes de résultats peuvent néanmoins être évoqués.

Le **niveau de connaissance général** est de 71,5% (LAMal = 72%, NOPS = 71%), c'est-à-dire un niveau considéré comme modéré à élevé. Le niveau de connaissances est remarquablement plus élevé chez les infirmières en santé communautaire, tant vis à vis de la LAMal que des NOPS.

Concernant la **LAMal**, le niveau de connaissances varie de 63,5% à 86,7%, les infirmières en santé communautaire ayant un niveau de connaissances remarquablement plus élevé.

Concernant les **NOPS**, le niveau de connaissances des infirmières varie de 57,1% à 88,2%. Là encore, le niveau de connaissances

⁵ Le test de Kruskal-Wallis permet de détecter si l'amplitude de la relation entre deux variables n'est due qu'au hasard. Si les tests sont significatifs à $p < 0,05$, cela signifie que le risque que ces résultats et différences ne soient dues qu'au hasard de la sélection est plus faible que 5%, seuil de signification généralement admis.

des infirmières en santé communautaire est encore remarquablement plus élevé.

Vis-à-vis de la **position hiérarchique**, l'analyse des résultats montre un niveau de connaissance significativement plus élevé pour les cadres infirmiers que pour les infirmières sans position hiérarchique.

Vis-à-vis du **niveau d'éducation**, les infirmières ayant uniquement un diplôme de base démontre un niveau de connaissances plus élevé (71% des réponses correctes) que celles disposant d'un titre universitaire. Des explications en termes de formation universitaire en dehors du canton ou du pays semble permettre d'expliquer ce résultat si surprenant.

De manière générale, **les niveaux de certitude** sont significativement plus élevés pour la LAMal (50%) que pour les NOPS (35%). De la même manière, certains niveaux de certitude sont significativement plus élevés pour les réponses exactes (LAMal, 53% et NOPS 40%) que pour les réponses inexactes (LAMal, 37% et NOPS, 30%).

Les résultats de cette étude méritent d'être examinés avec réserve. Ainsi, nous devons être prudent vis-à-vis de l'interprétation des résultats car :

- l'échantillon choisi était de taille relativement limitée.
- certains résultats sont surprenant car les études précédentes auprès des infirmières montraient un niveau de connaissance bas à modéré avec comme hypothèse la théorie du changement⁶. Pourtant, le faible score des infirmières hospitalières, très touchées par les réformes, semble en contradiction avec cette théorie. Une explication pourrait être trouvée autour des responsabilités diffuses à l'hôpital. Ainsi, à l'hôpital, la responsabilité de coordonner les besoins du patient avec le système de soins n'est pas

⁶ En période de phase aiguë de changement, les individus cherchent de l'information pour réduire l'incertitude et accroître leur contrôle de la situation. Cette recherche d'informations devient moins vitale et moins apparente lorsque l'intensité du changement diminue.

seulement du ressort des infirmières mais est confiée à différents professionnels de la santé.

- les infirmières en soins à domicile ont un niveau de connaissance remarquablement plus élevé que les deux autres groupes. Ces différences de connaissances ne sont pourtant significatives que pour la LAMal ($p = 0,008$) et la connaissance totale ($p = 0,002$), pas pour les NOPS ($p = 0,12$).

Les projets

- Recherche cantonale ou internationale suivant la réponse de l'U.E.
- Publication des résultats de l'étude pilote dans le *Journal of Advanced Nursing* puis dans la revue soins (ASI).
- Publication de cinq articles dans une revue spécialisée sur la politique de santé.
- Participation à la XIe conférence biennale du groupe européen pour la recherche en soins infirmiers qui aura lieu à Genève du 2 au 4 septembre 2001.
- Organisation d'une table ronde en septembre à Lausanne autour de cette thématique.

Didier Camus

Enquête en alcoologie à l'AOC

Introduction

Confrontée à de nombreux patients présentant une co-morbidité alcoolique lors de leur première admission à Cery, l'équipe pluridisciplinaire a décidé d'améliorer le dépistage et le soin pour ces troubles.

Un groupe de travail s'est constitué fin 1999 pour élaborer une approche nouvelle auprès de ces patients souvent peu diserts sur cet aspect de leurs difficultés et confrontés, de surcroît, à des contre-attitudes des soignants. Il a réuni une cheffe de clinique et quatre infirmières (ers).

Un programme unifié de sevrage

Le groupe, associé à des experts en pharmacologie (particulièrement le Dr Yersin), et en liaison avec les réseaux de soins aux

patients alcooliques, a mis en place un programme de sevrage utilisé dans toutes les unités du DUPA. Parallèlement, nous avons sensibilisé l'équipe à une meilleure évaluation des symptômes de sevrage et à la connaissance des réseaux qui entourent ces patients (fondation des Oliviers, FVA, UMA, Tamaris).

Les interventions précoces

En collaboration avec la division d'alcoologie, Tamaris, une première information à toute l'équipe a pu être faite sur l'importance de l'intervention précoce auprès de ces patients.

Un membre du groupe a participé à un symposium international sur ce sujet en septembre 2000, animé par le Dr Jean Bernard Daepfen (Chef de clinique à l'unité multidisciplinaire d'alcoologie de Lausanne), sous l'égide de la fondation Auguste Widmer. L'intervention précoce étant définie comme une rencontre sur le sujet de la consommation d'alcool du patient dans un climat empathique, chaleureux, marqué de respect et de compréhension.

Ce colloque a mis en évidence les expériences déjà tentées et les résultats obtenus. C'est ainsi que les résultats de 12 études (randomisées et contrôlées) ont montré que 6 à 12 mois après une ou deux séances d'information et de conseils personnalisés, les patients avaient diminué leur consommation de 20% et étaient revenus à une consommation à bas risque deux fois plus souvent que les sujets du groupe de contrôle. L'efficacité des interventions brèves a été démontrée aussi bien chez les hommes que chez les femmes et aussi bien pour des patients hospitalisés que des patients ambulatoires. Un des effets majeurs de cette diminution de consommation est la diminution de 80% de l'absentéisme professionnel.

Dans une analyse coût-efficacité comparant 392 patients bénéficiant d'une intervention brève avec 382 patients du groupe contrôle, il a été démontré qu'une intervention brève de 205\$ engendrait une économie en frais médicaux, délits et accidents de 1151\$ par patient.

Enfin une étude montre une diminution de moitié des décès dans les six ans qui ont succédé ces interventions brèves.

Si la Suisse fait figure de leader puisque ce programme national d'intervention brève bénéficie d'un budget pour la formation des médecins internistes, présenté par le Dr Beatstoll de Genève, l'OMS par la voix du Professeur Nick Heather, marque ses réserves sur la possibilité de son extension à cause des coûts engagés pour les formations en regard des ressources très faibles de certains pays sous-développés.

La Professeure Judith Ockene (université de Massachussets) relève l'efficacité des services de premiers secours pour ces approches, dans leurs dimensions médicale et infirmière. La place de l'AOC en première ligne lors des premières hospitalisations correspond tout à fait à ce profil. De plus, dans les cinq fonctions infirmières, définies par la Croix Rouge, celle de la prévention correspond tout à fait à ce challenge.

Quel outil ?

Nous avons décidé de tester un outil, l'AUDIT (Alcohol use disorder identification test) auprès de tous nos patients pendant un mois, janvier 2001. (voir annexe)

Cela nous a permis de mettre une rubrique *Recherche* dans tous les karex afin de n'oublier personne ; toutefois cet exercice s'est révélé délicat pour les raisons communes, telles que : surplus de travail, motivation relative, etc. Les résultats dépouillés par un médecin-assistant de la section d'alcoologie ne nous sont pas encore connus.

Il nous reste à redéfinir quelles seraient les conditions les plus favorables pour inscrire dans notre pratique quotidienne ces interventions brèves, c'est-à-dire dépasser le seul groupe de travail responsable de l'étude pour que chaque soignant de l'équipe participe à cette initiative dont on sait les effets positifs. «Comme on prend une tension artérielle, on prend un certain temps pour parler d'alcool» (Judith Ockene).

Le chantier est ouvert.

Alain Pradet.

La cellule infirmière de recherche de la section «E. Minkowski»

Créé en septembre 2000, son but était de maintenir la dynamique de la section dans toute

ses dimensions autour de projets de recherche. L'objectif était de faire le lien entre la pratique et la théorie, d'ouvrir les soins à la dimension universitaire du département, avec la volonté de développer des projets transverses hospitalo-ambulatoires. La nécessité d'améliorer nos prestations auprès de notre clientèle s'imposait, et pour mieux répondre à ses demandes, il nous fallait du recul vis-à-vis de la pratique et un quotidien ardu. Nous avions besoin de rencontrer d'autres chercheurs infirmiers pour confronter nos recherches.

Après un tour de table, des souhaits concernant son fonctionnement ont été émis, pour déterminer certains facteurs favorisant l'aboutissement des projets.

Il était nécessaire d'informer les équipes hospitalo-ambulatoires des projets de la cellule par le biais de compte rendus écrits. Il paraissait essentiel que les ICUS de la section participent et contribuent à son développement. Pour maintenir et soutenir la dynamique des différentes pistes investies, la présence de membres permanents a été souhaitée, des membres temporaires ont été, eux, associés à des projets précis.

Il y avait le besoin d'évaluer la pertinence des pistes proposées avant de nous engager dans une recherche, de réfléchir sur les choix les plus porteurs en tenant compte des aspects financiers, des contraintes (articulation des pistes de recherche avec les axes de développement de la section), et des exigences, (dégagement de temps pour les soignants investis dans un projet de recherche, financement de la recherche).

Les différents axes de recherche :

Ils ont d'abord été définis à partir des désirs des soignants plutôt qu'à partir d'une politique conçue et pensée par la direction de la section. Cela les a rendus à la fois plus intéressants, plus motivants et en même temps plus fragiles pour certains car portés par les seules bonnes volontés.

Projet de recherche-action autour des troubles addictifs:

Confrontés dans notre pratique à la question de l'usage de substances (particulièrement le cannabis) par notre clientèle, un groupe a décidé de réfléchir au développement de

perspectives de soins possibles, en termes de contrats spécifiques passés avec la clientèle et en terme de conduite à tenir. L'idée était de mettre sur pied une journée de formation et d'informations adressées à l'ensemble du personnel du DUPA au cours de laquelle les diverses expériences vécues par les institutions chargées de ce problème seraient confrontées. Quelques mois plus tard une nouvelle orientation s'est profilée avec le partage de la journée en une session consacrée aux apports théoriques intégrant la participation de médecins, et une autre livrée au partage d'outils et d'expériences.

Des soucis d'ordre logistiques pour faire aboutir ces rencontres se sont profilés et suite au départ d'un membre moteur du groupe, les synergies se sont étiolées, d'où une mise en sommeil de ce projet.

Toutefois, une participation de certains membres à un congrès à Genève dont le thème portait sur les rapports entre le cannabis et la schizophrénie nous permet de penser que le projet peut être réactivé.

Projet d'évaluation des pathologies

Dans le souhait d'aboutir à une professionnalisation plus étoffée de nos pratiques, il nous était essentiel d'avoir des outils réactualisés d'évaluation des pathologies. Suite à un contact avec les laboratoires Janssen-Cilag, il nous était proposé de rentrer dans un programme d'évaluation des patients psychotiques. Le programme PECC (Psychosis evaluation tool for common use by caregivers) est employé entre autres en Belgique. Pour comprendre la dimension clinique de ce programme, il nous était nécessaire d'organiser une visite en Belgique pour janvier 2001 avec un financement du voyage à trouver. Janssen nous a refusé ce financement et nous a proposé une démonstration du programme avec pour soutien une adresse e-mail d'un correspondant belge.

Les questions étaient de situer quelles contraintes nous imposait Janssen et quelles modifications pouvions-nous apporter à ce programme en tenant compte de notre spécificité et de nos pratiques cliniques ?

Après une visite à la clinique de Préfargier, dans le cadre d'une demi-journée de sensibilisation, qui s'est révélée peu fructueuse

en matière d'éléments rapportés, nous avons fait le constat que ce programme était grand consommateur de temps en terme de travail informatique ; l'ayant expérimenté auprès des patients de la consultation ambulatoire, nous avons pu souligner aussi sa faible capacité à dynamiser la relation. Les membres de la cellule se sont alors tournés vers la perspective d'élaborer un outil d'évaluation en collaboration avec les clients, leurs proches et le GRAAP. Les contacts ont été pris et un groupe de travail est en cours de constitution.

Projet qualité, normes et critères

A la base existait, au sein du personnel infirmier, la volonté de définir les soins dispensés au sein de la section. Un groupe de travail avait élaboré une série de normes de soins avec des critères et une description des engagements vis-à-vis de notre clientèle, sous la forme d'un document pouvant constituer un outil utile de référence. En parallèle, suite à l'auto évaluation des activités cliniques de la section, un désir très prononcé a été formulé pour faire évaluer les instruments par un tiers extérieur à la section.

Outre l'aspect normatif du sujet, il était intéressant de faire resurgir la face pluridisciplinaire de ce projet.

Les étapes sont les suivantes :

-faire une évaluation après trois années d'utilisation du contrat de chambre de soins intensifs (CSI).

-créer un référentiel de normes et de critères.

-implanter le référentiel.

Le sujet retenu est la prise en charge pluridisciplinaire des patients bénéficiant d'une CSI : dans les unités hospitalières de la section «E. Minkowski».

Un groupe de travail s'est constitué avec l'ICS, une infirmière, le clinicien de la section, un médecin associé d'une autre section pour ses connaissances des évaluations, et deux médecins de la section pour leur regard distancié.

Après le choix du sujet, un recensement des documents liés à la CSI dans diverses revues s'effectuera, puis après un choix des thèmes, une réflexion sera menée à travers des groupes pluridisciplinaires en impliquant des soignants. L'équipe du projet se charge de ce travail.

Ces sous groupes de travail réfléchiront sur un thème ou deux dans le but d'élaborer les normes et les critères recherchés en lien avec les concepts théoriques.

Cette élaboration alimentera un référentiel distribué dans les unités hospitalières de la section, et la qualité obtenue sera mesurée objectivement à l'aide d'un auditeur externe à travers la réalisation d'un audit.

Ce projet s'étendra sur une année (fin du projet prévu pour octobre 2002).

-Projet de prise en soins de jeunes patients qui présentent des symptômes psychotiques.

Les observations qui suivent la 1^{ère} hospitalisation d'un jeune patient montrent qu'il a plus de chances d'être réinscrit dans le réseau existant si le séjour hospitalier est de courte durée. Le projet, à l'initiative du service infirmier de la section «E. Minkowski» et à travers sa cellule, a pour but de répondre au mieux à cette 1^{ère} décompensation chez le jeune.

L'idée générale est de limiter l'effet iatrogène de la prise en soins (ambulatoire ou hospitalière) en favorisant l'alliance et la compliance du jeune client. A ceci, s'ajoute l'envie de privilégier le lien avec la famille et les proches de façon plus systématique au moyen de l'information et du soutien.

Les premières dispositions du projet définissaient un contrat passé avec le patient pour une durée de six mois, avec une seule équipe pluridisciplinaire ambulatoire ou hospitalière, pour la durée du contrat; une évaluation collective mensuelle pour étudier l'évolution du contrat de soins et la définition des conditions d'évaluation diagnostique et des choix médicamenteux identiques quelque soit le lieu.

Au cours de l'évolution de ce projet, un rapprochement s'est réalisé avec la section de l'AOC qui a nourri d'une part, une étude comparative dans les deux sections, menée par le Docteur T. Pfister décrivant les 1^{ers} séjours des jeunes clients et leur cheminement dans le réseau de soins et la communauté, et d'autre part un projet mené par les Docteurs F.Seywert et C.Bonsack sur un protocole de

traitement médicamenteux commun aux deux sections .

En parallèle, le Docteur Bovet et le psychologue du laboratoire des neurosciences M^r Vianin conduisent un projet qualité sur la réhabilitation cognitive des jeunes patients psychotiques.

De plus, un groupe pluridisciplinaire a visité la clinique de Giessen près de Francfort (D) pour se confronter à leur pratique vis à vis de cette jeune clientèle dans le but d'exploiter quelques pistes et tirer quelques leçons de ce voyage.

A l'heure actuelle, la collaboration entre l'AOC et la section «E. Minkowski» se concrétise par un travail portant sur l'animation d'un groupe de patients concernant l'information sur la maladie et les traitements, commun aux deux sections et destiné à cette catégorie de population.

Nous nous orientons vers une meilleure évaluation diagnostique de ces premiers épisodes et vers la publication d'une brochure à destination des patients et des proches afin qu'ils aient une meilleure information sur l'offre en soins qui les concerne dans les différentes unités du DUPA.

Bilan et perspectives

La liste n'est pas exhaustive. D'autres idées de recherche ont émergé, cependant les membres de la cellule se sont limités et ont privilégié certains projet pour les mener à bien, tout en essayant de les inscrire dans le temps. Il aurait été vain de soutenir l'ensemble des programmes, au risque de perdre en route des énergies et par effet, de carencer les futures initiatives, mettant en danger l'existence et la pérennité de la cellule de recherche «E. Minkowski». Toutefois, d'autres projets, en raison de leurs niveaux d'exigences, leur complexité, et leurs articulations financières trop élevés ont dû être abandonnés.

Reste à souligner, dans cet état des lieux, que les projets démarrés ont été alimentés par d'autres expériences et qu'ils ont suscité des débats. Par la suite, ils se sont transformés au gré des collaborations, qui ont contribué à leur extension, sans mettre en péril le champ d'actions visé, bien au contraire.

L'existence de cette cellule , alimentée par les différents programmes de recherche, peut

ressembler à une gageure, confirmée par les difficultés nées du départ d'un des membres porteur de cette cellule et par l'étalement de la durée des projets. Cependant, elle reste fondamentale aux praticiens infirmiers dans ce qu'elle peut apporter. Elle solidifie le pont entre le champ de la pratique clinique et le champ théorique nécessaire à la réflexion, et rapprochera ces deux entités à travers les débats qui l'alimenteront et les collaborations sollicitées, pour donner naissance à un espace de partenariat où l'action commune nourrira chacune par la réalité de l'autre ; les confrontations d'idées et d'expériences, lui permettra de s'élargir par les articulations amorcées et créera des pratiques nouvelles, de nouveaux paradigmes.

Elle est une des garanties face au challenge que nous soumettent les nouvelles mutations sociales, éthiques, scientifiques et politiques issues du post-modernisme. Par sa perméabilité, sa capacité de mutation et de transformation, elle est une des réponses possible en matière de soins aux exigences et aux interrogations du monde actuel.

Eric Girard

« Classeur patient » un instrument de motivation et d'évaluation pour les patients toxicodépendants

Objectif

Evaluation de la motivation du patient en matière de sevrage et amélioration de la qualité de nos prises en charge .

Hypothèses

L'information au patient sur le contenu de la prise en charge et les rôles des intervenants lors d'un séjour hospitalier, peut avoir un effet positif sur sa motivation et le degré de la réussite du sevrage.

La motivation du patient pourrait avoir un effet sur la réussite de son sevrage.

Les patients les plus motivés à utiliser le classeur réussissent mieux leur sevrage.

Le renforcement positif de la motivation du patient augmente les chances de réussite du sevrage.

Les patients qui utilisent le classeur sont-ils les plus motivés pour le sevrage ?

Modèle thérapeutique

L'approche cognitivo-comportementale a démontré son efficacité dans le domaine de la toxicodépendance. L'importance de l'information au patient et l'évaluation de ses motivations ainsi que l'évaluation des tâches thérapeutiques accomplies par le patient sont les axes principaux de cette méthode utilisée dans ce travail. Les interventions thérapeutiques ainsi que leurs effets thérapeutiques sont mesurables.

Le « classeur patient » est utilisé pour renforcer les motivations du patient et lui permettre d'avoir un rôle actif dans son projet.

Les principes théoriques et les techniques des thérapies cognitivo-comportementales sont utilisés dans une relation thérapeutique interactive également pour renforcer positivement le patient dans ses démarches vers l'abstinence et une réinsertion sociale.

Contenu du « classeur patient »

Il est composé de trois parties essentielles qui sont les suivantes:

- information au patient sur le contenu et l'utilité des groupes thérapeutiques auxquels il va participer durant son séjour à la Calypso.
- renforcement et évaluation de la motivation du patient pour son sevrage.
 - informations complémentaires (pouvant servir le patient en cas de fugue ou rupture de contrat).

I: information au patient

Les intervenants et leurs rôles sont expliqués de manière assez claire, ainsi le patient est informé et sensibilisé à ce sujet.

Programme hebdomadaire avec explications détaillées sur tous les groupes thérapeutiques pratiqués à la Calypso.

Les règles de fonctionnement et de vie de groupe à la Calypso.

Le patient est informé sur le fait qu'il peut s'adresser aux soignants pour poser ses questions ou avoir un entretien pour les informations complémentaires.

II: Evaluation de la motivation du patient pour le sevrage

Elle contient plusieurs pages avec des questions posées au patient sur son état somatique et psychique, en répondant à ces

questions il peut décrire et prendre conscience de ses ressources, ses difficultés et son évolution durant le séjour. Il pourra décrire ses moyens pour son projet.

Nous avons essayé de renforcer la motivation du patient et vérifier par la suite le lien avec le degré de réussite (condition de sortie) du sevrage.

III: Informations complémentaires (pouvant servir le patient en cas de fugue ou rupture de contrat).

Le classeur contient des informations utiles pour les patients qui arrêteraient leurs sevrages brusquement (cas de fugue) dans le but de contribuer à prévenir la péjoration de leur état de santé de base et leur permettre de rester dans le réseaux de soins.

Protocole

Lors de l'entretien de préadmission (avant le séjour hospitalier), nous informons le patient qu'il recevra ce classeur le jour de son admission à la Calypso.

À l'admission le patient reçoit le classeur. S'il est d'accord il est pris en photo une fois à l'admission et une fois à la sortie, et il les collent sur la première page de son classeur. Pendant le groupe accueil une explication sur les trois parties du contenu du classeur est donnée par un membre de l'équipe (toujours la même personne sauf exception). Le patient est également informé de la possibilité de s'adresser à l'équipe pour ses questions et pour des informations supplémentaires.

Un tableau d'utilisation du classeur figure dans le classeur, dans ce dernier il est recommandé au patient de consacrer au moins 10 minutes par jour à son classeur.

À la fin du séjour, le soignant évalue le classeur avec le patient selon un protocole d'évaluation.

Résultats

À ce jour, il y a environ 250 patients qui sont rentrés dans cette étude.

Les statistiques en cours ne sont pas tout à fait terminées, toutefois en attendant les résultats finaux qui seront publiés prochainement, les résultats actuels nous conduisent vers la conclusion suivante.

Conclusion

L'évaluation de la motivation du patient pour la prise en charge proposée permet de mieux



adapter les soins aux besoins du patient et augmente le degré de réussite du traitement.

L'information au patient sur les prestations de soin est un facteur déterminant pour sa motivation.

L'utilisation du classeur par le patient est un facteur indicateur de sa motivation pour le sevrage et un signe de bon pronostic pour sa sortie.

Le classeur patient est un instrument de motivation. Il prend au maximum deux heures pour le patient durant son séjour, et une heure pour le soignant. Son utilisation favorise un sevrage dans de meilleures conditions.

Il existe une corrélation positive entre la durée de séjour, le degré d'utilisation du classeur et le degré de réussite du sevrage.

Bibliographie

Bouvard M. et Cottraux J. : *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie* -Masson, 1996

Cottraux J. : *Les thérapies comportementales et cognitives* - 3eme édition - Masson, Paris, 1998

Cottraux J. : *Les thérapies cognitives* - Retz, 1992

Ladouceur R., Fontain O et Cottraux J : *Abrégé de thérapie comportementale et cognitive* - Masson, Paris, 1992

Cungi C. : *Savoir s'affirmer* - Edition Retz 1996.

Cungy C. *Faire face aux dépendances*- Edition Retz 2000

Javad Nazery.