

UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE



Année 2014

Thèse N° 019/2014

# APPLICATION DE LA DEMARCHE QUALITE EN PSYCHIATRIE : REDUCTION DES RECHUTES SCHIZOPHRENIQUES

THESE  
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 14/03/2014  
PAR

**Mme. MERYEM EI ASSIL**

Née le 09/01/1987 à FES

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS CLES :

Démarche qualité –Psychiatrie– Rechutes schizophréniques

JURY

M. NEJJARI CHAKIB.....	Président
Professeur agrégé d'épidémiologie	
M. AALOUANE RACHID.....	Rapporteur
Professeur agrégé de psychiatrie	
M. RAMMOUZ ISMAIL.....	Juge
Professeur agrégé de psychiatrie	
M. SQALLI HOUSAINI TARIK.....	Juge
Professeur agrégé de néphrologie	



# *Sommaire*

<b>Introduction</b> .....	1
---------------------------	---

## **Première partie : Revue de la littérature**

### **Section 1 : Démarche qualité**

#### **I. Définitions et concepts**

1. La qualité.....	4
2. La qualité en santé.....	6
3. La qualité en psychiatrie.....	10
4. Autres concepts.....	12
4-1. L'assurance qualité.....	12
4-2. Le management par la qualité.....	13
4-3. L'audit clinique.....	13
4-4. La certification.....	14
4-5. L'accréditation.....	14

#### **II. Historique**

1. Histoire de la qualité.....	15
2. Histoire de qualité en santé.....	19
2-1. La santé et ses évolutions.....	20
2-2. La qualité : une réponse à ces évolutions.....	21
2-3. De nouvelles demandes sociales à l'égard du système de santé.....	22
3. Histoire de la qualité dans le système sanitaire marocain.....	23
3-1. Analyse du système de l'offre de soins marocain.....	23
3-2. Développement de l'assurance qualité au Maroc.....	28
3-3. Repères clés de la qualité de santé au Maroc.....	29

#### **III. Démarche Qualité en santé publique**

1. Concept démarche qualité.....	30
2. DQ et promotion de la santé.....	31
3. Les objectifs de la DQ.....	33
4. Les principes fondamentaux de la DQ.....	35
4-1. Le leadership.....	36
a. Le leader.....	36
b. Rôle de leader dans le management de l'équipe.....	37
4-2. Orientation vers le client.....	38
4-3. Utilisation des données.....	39
4-4. Encourager le travail en équipe.....	39
4-5. Analyse des systèmes et des processus.....	40

5. Les étapes de la DQ.....	41
5-1. La préparation.....	41
5-2. Etat des lieux.....	42
5-3. Les plans d'action.....	42
5-4. Evaluation et bilan.....	43
5-5. Processus d'amélioration continue.....	43
6. Cycle d'amélioration continue de la qualité.....	44
6-1. Définition.....	44
6-2. Le cycle d'amélioration de la qualité.....	46
6-2-1. Première étape : L'identification des problèmes.....	46
a. Les éléments qui peuvent poser un problème.....	47
b. Identification du problème en équipe par Brainstorming.....	47
c. Matrice de critères pour la priorisation des problèmes.....	49
6-2-2. Deuxième étape : Définition de problème de façon Opérationnelle.....	52
6-2-3. Troisième étape : Identification du groupe de travail.....	53
6-2-4. Quatrième étape : Analyse de problème et identification des causes premières.....	54
6-2-5. Cinquième étape : Proposition et choix des solutions.....	54
6-2-6. Sixième étape : Mise en œuvre et évaluation des solutions.....	54
7. Les indicateurs de qualité.....	55
7-1. Les différents types d'indicateurs.....	56
7-2. Intérêt des indicateurs.....	57
7-3. Caractéristiques d'un bon indicateur.....	59
7-4. Projet COMPAQH.....	59
7-5. Indicateur et recommandations des bonnes pratiques.....	61
8. L'évaluation des pratiques professionnelles et le développement professionnel Continu.....	62
8-1. Concept d'évaluation des pratiques professionnelles.....	62
8-2. Concept de développement professionnel continu.....	64
9. Recommandations et démarche d'amélioration de la qualité.....	67
9-1. Recommandations professionnelles : synthèse des connaissances scientifiques.....	67

9-2. Les écarts avec la pratique souhaitée.....	68
9-3. Compréhension du problème et du système de soins.....	69
9-4. Recherche des solutions .....	70
9-5. Mise en oeuvre des solutions envisagées .....	71
9-6. Conduite de projet d'amélioration en équipe.....	71

## **IV. Démarche Qualité en psychiatrie**

1. Concept de la démarche qualité en psychiatrie.....	73
2. Modalités du développement de la qualité en psychiatrie.....	75
2-1. Les bonnes pratiques professionnelles.....	75
2-1-1. L'élaboration des bonnes pratiques.....	75
2-1-2. Le bon usage du médicament.....	76
2-2. Amélioration de l'information.....	79
2-2-1. Le recueil généralisé d'information Médicoéconomique.....	79
2-2-2. Consolidation du système d'information sur l'activité en psychiatrie.....	80
2-3. Une recherche développée.....	81
2-3-1. Promotion de la recherche clinique.....	81
2-3-2. Développement de l'épidémiologie en santé mentale.....	82
3. L'évaluation des pratiques professionnelles en psychiatrie.....	84
3-1. Place des « référentiels » dans la structuration de l'offre de soins.....	87
3-2. Un exemple d'élaboration de référentiels adaptés à la psychiatrie: le projet Prat Psy.....	89
3-3. Méthodes d'évaluation des systèmes de soins en psychiatrie..	92
3-4. Modèles de l'évaluation.....	93
a. Évaluation des besoins.....	94
b. Évaluation des résultats cliniques .....	96
4. Obstacles et difficultés de la DQ en psychiatrie.....	98
4-1. Les Obstacles pour constituer un savoir thérapeutique unifié .....	99
4-2. Le scepticisme des professionnels sur la possibilité d'évaluer leurs pratiques.....	103
a. La discipline psychiatrique favorise l'autonomie et accentue le manque de coordination et d'échange sur les pratiques.....	104

b. La difficulté à standardiser les pratiques.....	106
c. La tolérance.....	107
5. L'amélioration de la qualité des soins au malade mental.....	108
5-1. La participation du malade aux soins.....	110
5-2. La psychoéducation.....	110
5-3. Amélioration des structures et des méthodes.....	111
5-4. Lutte contre la stigmatisation de la maladie mentale.....	113
6. Les enjeux de la DQ en psychiatrie.....	114
6-1. Les éléments utiles à développer chez le clinicien.....	115
6-2. Evaluation de la qualité des pratiques professionnelles.....	116
6-3. Propositions pour améliorer la qualité des soins en psychiatrie.....	118
7. La qualité des soin en hôpital psychiatrique: revue de la littérature et perspectives.....	120
7-1. Les référentiels disponibles en France.....	121
7-2. Composantes et paramètres de la qualité des soins.....	123
7-3. Utilité du questionnement sur la qualité des soins en hôpital psychiatrique.....	127
8. Elaboration d'indicateurs de la qualité de soin dans un centre hospitalier psychiatrique.....	136

## **Section 2 : La schizophrénie et les rechutes schizophréniques**

### **I. La schizophrénie**

1. Définition.....	144
2. Epidémiologie.....	144
3. Critères diagnostiques.....	146
3-1. Symptômes caractéristiques .....	147
3-2. Dysfonctionnement social ou professionnel.....	148
3-3. Durée importante .....	148
4. Classification.....	149
5. Etiologies.....	150
5-1. Génétique.....	151
5-2. Environnement.....	151
5-3. Développement précoce.....	153
5-4. Infection virale et parasitaire.....	154
5-5. Grossesse et infection prénatale.....	154

5-6. Substances toxiques et drogues.....	155
6. Evolution.....	157
7. Traitement.....	158
7-1. Traitement médicamenteux.....	158
7-2. Traitement non médicamenteux.....	161
a. Remédiation cognitive.....	161
b. Réadaptation psychosociale.....	162
c. Prise en charge des addictions.....	163
d. La thérapie familiale.....	164
e. La psychoéducation.....	165

## **II. Les rechutes schizophréniques**

1. Définition.....	166
2. Les prodromes des rechutes schizophréniques.....	167
2-1. Signes spécifiques.....	168
2-2. Signes non spécifiques.....	168
3. Causes des rechutes.....	170
4. Prévention des rechutes.....	171

## **Deuxième partie : Notre étude**

### **I. Objectifs de l'étude.....**

### **II. Méthodologie de travail.....**

A. Organisation pratique de l'étude.....	177
B. Etapes de déroulement de l'étude.....	178
1. Identification du problème .....	178
1-1. Suggestion des problèmes.....	178
1-2. Priorisation des problèmes.....	180
2. Définition et énoncé de problème.....	183
3. Identification de l'équipe qui travaillera au problème.....	184
4. Analyse du problème.....	185
4-1. Recueil des données.....	186
a. Recrutement des patients .....	186
b. Critères d'inclusion.....	186
c. Type de l'étude.....	186
d. Mode de recueil des données.....	186
e. Résultats.....	187
4-2. Les outils d'analyse .....	193
4-2-1. Organigramme de processus.....	193

a. Organigramme de premier niveau .....	194
b. Organigramme de 2ème niveau.....	194
4-2-2. Diagramme cause–effet.....	195
4-2-3. Les hypothèses soulevées par l'équipe.....	196
a. Les hypothèses de causes en rapport avec les médicaments.....	197
b. Les hypothèses de causes en rapport avec le personnel.....	197
c. Les hypothèses de causes en rapport avec l'organisation et la structure.....	197
d. Les hypothèses de causes en rapport avec la perception de la maladie par l'entourage.....	198
5. Proposition et choix des solutions .....	199
5-1. Pour la rubrique des médicaments .....	199
5-2. Pour la rubrique de personnel .....	200
5-3. Pour la rubrique d'organisation .....	200
5-4. Pour la rubrique perception de la maladie et du malade par l'entourage .....	200
5-5. Sélection des solutions proposées .....	200
6. Mise en œuvre des solutions.....	201
6-1. Solutions à court terme.....	201
6-2. Solutions à moyen et long terme.....	203
7. Evaluation .....	203
7-1. Contrôle et mesure des résultats.....	203
7-2. Prise des décisions d'actions, modification, et choix d'une autre solution.....	204
<b>Discussion.....</b>	<b>205</b>
<b>Recommandations .....</b>	<b>211</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>213</b>
<b>Résumés.....</b>	<b>214</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>220</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>232</b>



# *Introduction*

Le concept de qualité s'est imposé dans l'organisation et la gestion de la santé publique depuis une vingtaine d'années. Il fait intervenir des normes, des référentiels et une logistique qui a pour objectif l'amélioration de la qualité des soins.

Dans le domaine de la santé, le concept qualité a beaucoup évolué : initialement centré sur le résultat, il concerne désormais quasi-exclusivement les procédures des soins, tout en passant de l'obligation de résultat à l'obligation de moyens.

La qualité des soins de santé est devenue l'un des principaux axes des efforts visant à améliorer les systèmes de santé. La mesure de la qualité est la première étape vers l'amélioration de la performance des soins de santé. C'est là un défi de portée non seulement internationale mais aussi nationale.

Actuellement, une forte pression est exercée pour introduire la qualité dans les établissements sanitaires afin de les rendre plus efficaces et de répondre aux besoins de la population et des médias, qui deviennent de plus en plus exigeants en matière de la qualité de sécurité des soins. A cet égard, et dans le cadre de la réforme hospitalière, une mise à niveau des hôpitaux publics a été lancée afin d'améliorer la gestion nécessaire pour une meilleure prise en charge des patients, à même d'améliorer l'image de marque de secteur hospitalier public et de le rendre plus compétitif.

Dans le domaine de la psychiatrie, le niveau général, de la qualité des soins prodigués au malade mental, demeure, dans la plupart des pays, un problème préoccupant de santé publique.

La maladie mentale est souvent associée à une morbidité et une mortalité élevées, des soins insuffisants et peu conformes aux recommandations

basées sur des preuves et des consensus. Il s'agit des maladies les plus fréquentes: comme les états anxieux, la dépression, et les plus graves : comme la schizophrénie.

Dans ce cadre, l'Hôpital psychiatrique Ibn AL Hassan de Fès a implanté une démarche qualité avec la mise en place d'une méthode d'évaluation de la qualité de soin.

Pour tenter d'approcher cette intervention et d'aborder la problématique concernant les stratégies et les modalités de mise en œuvre de cette démarche dans le cadre de la réforme hospitalière, on a instauré cette démarche pour la résolution des problèmes rencontrés au sein de la formation. De ce fait, on a constitué un groupe de travail formé par les personnels de l'hôpital, et on s'est mis d'accord de donner la priorité au problème de rechutes schizophréniques vu son impact et sa fréquence.



*Première partie :  
revue de la littérature*

# *Section 1 : Démarche qualité*

## **I. Définitions et concepts**

### **1. La qualité**

Le terme qualité a subi, depuis son apparition en 1119, toute une série de changements de sens qui rendent difficile d'en donner une définition univoque et non contradictoire (1).

C'est une notion multidimensionnelle et dynamique, qui évolue selon les changements survenant dans les savoirs, les techniques, le contexte politique, économique et sociale (2).

La définition de la qualité a été précisée au niveau de l'Organisation Internationale de Normalisation (ISO) : « L'ensemble des caractéristiques intrinsèques d'une entité qui lui confère l'aptitude à satisfaire des exigences » (3). Les exigences, renvoient à l'idée d'attente ou de besoin, aussi bien exprimée qu'implicite.

Par ailleurs, la qualité peut se définir selon le contexte socio-économique : « Aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire, au moindre coût et dans les moindres délais les besoins des utilisateurs » (4). Pour un consommateur, la qualité désigne l'aptitude d'un produit à satisfaire ses besoins, qu'ils soient exprimés ou non. Pour le producteur, la notion de qualité renvoie à l'aptitude à produire au moindre coût et dans un délai donné des produits satisfaisant les besoins des clients (5). Pour le manager, elle est davantage considérée comme la mise en oeuvre d'une politique qui tend à la mobilisation permanente de tous les personnels dans le but d'améliorer le fonctionnement d'une organisation et la cohérence de ses objectifs.

Enfin, la collectivité a tendance à envisager la qualité comme la capacité d'une organisation à créer de la valeur ajoutée et à la partager au mieux entre les parties prenantes en respectant l'environnement.

Il ressort de ces définitions que :

- L'objet de la qualité est de fournir une offre adaptée, avec des processus maîtrisés, en vue de répondre aux besoins de client.
- La qualité consiste à offrir en permanence à nos clients, nos partenaires, nos réseaux des produits et des services conformes à leurs besoins et à leurs attentes au moindre coût dans les meilleurs délais.

Les définitions ci-dessus ont des caractères communs : la qualité se réfère à des normes qu'on peut les définir pour chacune des dimensions, et l'importance de connaître les perspectives des clients pour satisfaire leurs attentes en les intégrant dans les normes.

On distingue Quatre points de vue de la qualité :

- Qualité attendue : la qualité attendue par le client correspond au niveau de la qualité souhaitée par celui-ci (tel que formulée dans les aspects du cycle de qualité).
- Qualité voulue : la qualité voulue par la structure correspond au niveau de la qualité que celle-ci souhaite atteindre. Elle est définie à partir de la qualité attendue. (ce qui est perçu comme faisable par la structure, compte tenu de ses contraintes).

- Qualité réalisée : la qualité réalisée correspond au niveau de la qualité obtenue, au jour le jour, dans des conditions de fonctionnement réelles (résultats de l'évaluation).
- Qualité perçue : la qualité perçue correspond au niveau de la qualité vécue de façon plus ou moins subjective par les clients (niveau de satisfaction).

## 2. La qualité en santé

La qualité se définit en 1987 par l'OMS comme « la démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction, en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins. » (6).

En outre, la qualité en santé est définie en 1990 par l'Institut of Medicine comme : « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances du moment » (7).

Pour Avedis Donabedian la qualité est définie comme : «Fournir des soins de qualité consiste à appliquer la science médicale de manière à maximiser les résultats qu'on en tire sans pour cela augmenter les risques».

La qualité des soins, lorsqu'elle est envisagée par les organismes payeurs et les pouvoirs publics, intègre l'idée d'efficience du système. Il s'agit de répondre du mieux possible aux besoins des patients en fonction des

ressources disponibles. Ainsi, les projets d'amélioration de la qualité des soins ont souvent pour objectif la maîtrise des dépenses, et sont donc fondés sur l'hypothèse que les coûts liés à la qualité sont inférieurs aux coûts du résultat de la non-qualité. Cette hypothèse, avancée par les pouvoirs publics et démontrée par l'ANDEM (l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale), n'est pas souvent partagée par les professionnels de santé, qui considèrent qu'une plus grande qualité nécessite plus de moyens (8). C'est ainsi que la qualité renvoie aux biens et aux services autant qu'aux systèmes qui les produisent, à l'efficacité des organisations autant qu'à leur efficacité, aux bénéfices individuels autant que collectifs.

Afin de rendre la définition de la qualité des soins et des services opérationnelle, il est utile de se référer à ses différentes composantes proposées par la « Joint Commission on Accreditation of Healthcare » (9) : accessibilité, délivrance au bon moment, acceptabilité, efficacité, caractère approprié, efficacité, continuité et sécurité. L'examen de ces composantes est utile pour définir avec précision le niveau de qualité voulu pour chaque processus au sein d'un établissement de santé. Leur mise en oeuvre représente en général un compromis entre les exigences du patient, celles des professionnels de santé et les contraintes de l'environnement. De ce fait, la qualité voulue par les professionnels est exprimée par un niveau de qualité et non en valeur absolue.

La qualité peut être aussi abordée par ses aspects négatifs c'est-à-dire, la non-qualité. Cette non-qualité peut faire l'objet de nombreuses appellations : accident, défaillance, difficulté, dysfonctionnement, erreur, gaspillage, incident, problème...etc. A

titre d'exemple, la norme internationale ISO propose les termes de non-conformité quand il y a « non-satisfaction à une exigence spécifiée », et de défaut quand il y a « non-satisfaction à une exigence ou à une attente raisonnable liées à une utilisation prévue, y compris celles qui ont trait à la sécurité » (10).

Cette définition synthétique s'adapte au champ de la santé dans la mesure où la notion d'entité peut s'appliquer aussi bien à des produits qu'à des services. Cependant, elle n'est applicable qu'à condition que les besoins et les attentes des patients soient définis et que la qualité des soins et des services fasse l'objet de critères explicites. Si ces étapes ne sont pas franchies, il est impossible de savoir dans quelle mesure les traitements ont été aptes à répondre aux besoins des patients.

La place croissante de la prise en compte des procédures dans l'évaluation de la qualité a conduit à sa segmentation en qualité interne et qualité externe :

- La qualité **interne**, correspond à l'amélioration du fonctionnement interne de la structure de soins. L'objet de la qualité interne est de mettre en oeuvre des moyens permettant de décrire au mieux l'organisation, de repérer et de limiter les dysfonctionnements et de soigner au meilleur coût. Les bénéficiaires de la qualité interne sont la direction et les personnels de la structure, ainsi que ses financeurs. Le destinataire final du soin, qui est le patient, est le plus souvent exclu de la démarche.

- La qualité **externe**, correspond à l'amélioration du sort des patients, individuellement ou en tant que groupe. C'est la qualité fondée sur des critères extérieurs au soin lui-même. Il s'agit de fournir des services conformes aux attentes des patients. Ce type de démarche passe ainsi par une écoute des patients, mais doit permettre également de prendre en compte des besoins implicites, non exprimés par les bénéficiaires.

### 3. La qualité en psychiatrie

La notion de « qualité en santé mentale », a quant à elle été définie par Donabedian en 1988, comme la conformité entre le soin effectivement prodigué et une série de critères pré-définis (11).

Ainsi, la notion de « qualité » implique nécessairement l'évaluation des pratiques de soins. En médecine, la notion de qualité des soins est quasi inhérente à l'identité médicale, et par référence à la dimension sacrée de la médecine, l'idée même que l'on puisse évaluer la qualité des soins est parfois vécue comme incongrue.

Concernant la psychiatrie, il s'agit là d'un point épineux puisqu'un nombre de psychiatres considèrent toujours que la pratique de la psychiatrie, de par son objet principal qu'est le psychisme, est incompatible avec l'évaluation (12). Il s'agit là d'une position de principe, qui est toutefois de plus en plus minoritaire. En effet, dans un monde moderne, les soignants en psychiatrie doivent, comme tout le monde, rendre des comptes à la société.

D'ailleurs, il est fondamental de rappeler que la prise en compte de la singularité de l'individu n'est pas incompatible avec l'évaluation de la qualité des soins : il s'agit là de deux niveaux différents et complémentaires. Et, ce

qui est essentiel, c'est que les critères de qualité des soins soient définis par les soignants eux-mêmes, sur la base des données de la science, mais également sur la base des pratiques de soins actuelles.

Le concept de « qualité » génère souvent une première réaction souvent aversive. Au-delà de ces premières impressions, comment appréhender le concept de « qualité » ?.

La notion de qualité est définie comme le degré avec lequel une série de caractéristiques est conforme à des pré-requis, des standards, des normes.

Il s'agit donc d'une notion normative, qui implique nécessairement l'évaluation des pratiques de soins. Cette évaluation est une variable incontournable pour la psychiatrie moderne. Elle n'est, bien entendu, pas incompatible avec l'abord individualisé de la pratique médicale et psychiatrique, qui constitue notre coeur de métier.

Ainsi, de la « démarche qualité » ou la « politique qualité », les soignants ont pour mission de développer une vision complémentaire et incontournable qui est la qualité des soins, qui tient compte des données de la science, des pratiques de terrain, ainsi que de la dimension humaine dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale. C'est un des objectifs du Conseil National Professionnel de Psychiatrie Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie

## **4. Autres concepts**

### **4-1. L'assurance qualité**

L'assurance qualité est l'ensemble des activités entreprises pour mettre en place des normes et un processus de suivi, et d'améliorer la performance afin

que les soins fournis soient aussi effectifs et sains que possibles. Elle constitue l'ensemble des actions préétablies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriées qu'un produit ou service satisfera aux exigences données relatives à la qualité (13).

Selon cette définition, la détermination des normes permet à l'établissement de dépister et de réduire la non qualité des produits ou des services, en vue de rendre la confiance au client.

#### **4-2. Le management par la qualité**

C'est l'ensemble des activités coordonnées pour orienter et contrôler un organisme en matière de qualité (14).

Le management de la qualité est de la responsabilité de tous les niveaux de la direction, mais il doit être conduit par la direction au plus haut niveau. Sa mise en œuvre implique tous les membres de l'organisme.

#### **4-3. L'audit clinique**

L'audit clinique est une méthode d'évaluation des pratiques, qui mesure les écarts entre la pratique réelle observée et la pratique attendue ou recommandée à partir d'indicateurs (critères d'évaluation).

En fonction des résultats de cette première évaluation, les professionnels mettent en place des actions d'amélioration de la qualité des soins. Ces actions peuvent comporter une activité d'acquisition, d'approfondissement des connaissances ou des compétences. L'impact de ces actions est évalué par une nouvelle mesure des écarts entre la pratique réelle observée et la pratique attendue ou recommandée selon les mêmes indicateurs. Parmi les Variantes de l'audit cliniques : l'audit clinique ciblé (ACC), l'audit médical, l'audit infirmier.

#### **4-4. La certification**

La certification est une procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle. Des professionnels de santé mandatés par la HAS réalisent les visites de certification sur la base d'un manuel. Ce référentiel permet d'évaluer le fonctionnement global de l'établissement de santé (15).

#### **4-5. L'accréditation**

L'accréditation des médecins est un dispositif volontaire de gestion des risques médicaux en établissement de santé. L'accréditation fait partie d'un dispositif global de qualité, de sécurité des soins et d'amélioration des pratiques. Elle constitue ainsi une modalité de satisfaction de l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles (16).

## **II. Historique**

### **1. Histoire de la qualité**

La recherche du toujours mieux est présente avant Jésus-Christ, avec notamment le code d'Hammourabi : 1792-1750 avant J- C, qui avait élaboré un «référentiel» de gestion des soins, recensant les règles édictées par le pouvoir étatique ou promues par les professionnels eux-mêmes, visant à contrôler la qualité des produits fournis.

La qualité est née avec les premières activités de production. En Egypte (1450 avant JC) : mesure et contrôle de la construction des pyramides, standardisation des arcs des flèches.

Au début du XXème siècle, la qualité se développe par la production de masse, la chaîne industrielle, les pièces standard et interchangeables. Dans les années 30, les premières contraintes techniques généralisées qui sont imposées aux fournisseurs.

C'est la guerre qui accélère l'histoire de la qualité et qui la développe sous l'impulsion de l'armée Américaine en 1940. Des procédures appelées « MS : Military standard », formalisent une méthode de contrôle du processus de production qui se diffuse, y compris en Europe. C'est la période de la « maîtrise statistique des processus ».

En 1950, le développement des matériels électroniques utilisés par l'armée et l'agence spatiale fait apparaître la notion de « coût de la non qualité ». Ce concept est introduit au Japon par William DEMING dans un contexte de management des entreprises. Les principes de la qualité totale sont posés par JURAN, selon trois principes : la planification, le contrôle, et l'amélioration continue de la qualité.

Dans les années 1960, K. ISHIKAWA développe le concept de qualité pour toutes les strates de l'entreprise, il a développé notamment les idées suivantes en qualité : omniprésence de la qualité à chaque processus, et l'implication de tous les acteurs (services, employés) de l'entreprise dans la qualité. Puis la production industrielle met en avant la notion de conformité à des références, la notion d'aptitude à l'usage et la notion de qualité de l'offre qui inclut tous les besoins justifiés du client.

En résumé, on peut dire que depuis 1920, la notion de qualité a évolué de « l'âge du tri » des produits contrôlés, bons ou mauvais en fin de processus avec un coût très élevé, à « l'âge du contrôle » en cours de fabrication avec des actions correctives continues et une diminution des coûts, puis à « l'âge de la prévention et de l'anticipation » par la stratégie d'entreprise et le management qualité qui ambitionne de « bien faire du premier coup ».

En France, l'Association Française de Normalisation (AFNOR) fut créée en 1926 et l'Association Française de Contrôle Industriel et Qualité (AFCIQ) en 1957. Ces deux organisations enseignent la gestion de la qualité depuis les années 70. Les premières normes ISO sont publiées en 1987, leur but est de limiter la prolifération des normes nationales. Elles sont révisées en 1994 et en 2000.

L'Association Française de l'Assurance Qualité (AFAQ) créée en 1988, a pour but d'auditer les systèmes qualité. Elle utilise pour cela les normes ISO. Ces normes apportent un langage commun à toutes les entreprises et permettent l'obtention de certificats de conformité délivrés par une tierce partie.

La famille des normes « ISO 9000 » correspond à un ensemble de référentiels de bonnes pratiques de management en matière de qualité, portés par l'organisme international de standardisation. Les normes ISO 9000 ont été originellement écrites en 1987, puis elles ont été révisées en 1994 et à nouveau en 2000 en vue d'une simplification d'application.

Voici une présentation synthétique des différentes normes de la famille ISO 9000 :

- La norme « ISO 9000 » décrit les principes d'un système de management de la qualité et en définit la terminologie.
- La norme ISO 9001 décrit les exigences relatives à un système de management de la qualité pour une utilisation soit interne, soit à des fins contractuelles ou de certification. Il s'agit ainsi d'un ensemble d'obligations que l'entreprise doit suivre.
- ISO 9004 : "Systèmes de management de la qualité – lignes directrices pour l'amélioration des performances". Cette norme, prévue pour un usage en interne et non à des fins contractuelles, porte notamment sur l'amélioration continue des performances.
- ISO 10011 : "Lignes directrices pour l'audit des systèmes de management de la qualité et/ou de management environnemental".

## 2. Histoire de la qualité en santé

Le concept de qualité s'est imposé dans l'organisation et la gestion de la santé publique depuis une vingtaine d'années. La qualité s'appelle accréditation, recommandation thérapeutique ou encore évaluation des pratiques professionnelles. Elle fait intervenir des normes, des référentiels et une logistique dans un objectif d'améliorer la qualité des soins. Ce concept a subi une profonde évolution : initialement centré sur le résultat, il concerne désormais les procédures de soin, aboutissant à leur normalisation.

L'histoire de la qualité en santé remonte depuis plus de quarante siècles dans le royaume de Babylone. Le roi de Babylone Hammourabi (1792–1750 avant J.-C.) fut graver un code de 300 articles dans une stèle faite d'un énorme bloc de diorite. La notion de responsabilité médicale (article 218)

prévoyait que : « si un médecin opère un homme pour blessure grave avec une lancette de bronze et cause la mort de l'homme ou s'il ouvre un abcès à l'œil d'un homme avec une lancette de bronze et détruit l'œil de l'homme, il aura les doigts coupés » (17).

## **2-1. La santé et ses évolutions**

Au XXème siècle, l'amélioration constante de la santé de la population a été la conséquence de trois évolutions: le progrès scientifique et thérapeutique, le développement de la prise en charge sociale et solidaire, et le progrès social et culturel.

Sous l'influence de telles évolutions, ce sont les logiques des différents acteurs du système de santé qui se sont également transformées. Ainsi, le progrès thérapeutique a, à l'évidence, considérablement changé la pratique clinique quotidienne et, par là même, la perception que les professionnels de santé ont de leur métier.

De même, les progrès de la solidarité sociale se sont accompagnés d'une hausse constante des dépenses collectives de santé qui, sans pouvoir être déplorée pour elle-même, justifie néanmoins aujourd'hui la préoccupation des responsables politiques et, au-delà, des citoyens eux-mêmes. Enfin, le progrès social et culturel, l'amélioration des conditions de vie et de l'hygiène, ont peu à peu modifié les représentations de la santé et engendré de nouvelles demandes sociales à l'égard du système de santé.

## **2-2. La qualité : une réponse à ces évolutions**

Alors que professionnels, patients, citoyens et décideurs ont vu leur rapport au système de santé évoluer, un concept a paru capable de fédérer

les attentes nouvelles que ces évolutions avaient favorisées : le concept de qualité.

D'une exigence déontologique fondamentale de la pratique médicale, la qualité est devenue un enjeu collectif, fortement investi par l'ensemble des acteurs de la santé. La qualité des soins et, plus largement, du système de santé, constitue désormais un axe majeur de l'action publique dans le domaine de la santé, en réponse aux demandes nouvelles des professionnels, des citoyens et des acteurs de la décision publique.

Depuis le début des années 1990, les initiatives des acteurs de terrain rejoignent les initiatives publiques pour améliorer la qualité en santé. Elles convergent pour définir la qualité comme un impératif médical, une exigence sociale, une nécessité économique et politique.

### **2-3. Nouvelles demandes sociales à l'égard du système de santé**

Les représentations sociales de la santé et de la maladie évoluent. La demande sociale de santé ne concerne, non seulement les soins prodigués aux malades, elle englobe la promotion de la santé au sens le plus large.

Les nouveaux droits des malades consacrent les principes de transparence et de sécurité en santé, qui témoignent de l'évolution du système de santé en réponse aux nouvelles demandes sociales et impose que le patient soit informé des soins qu'il reçoit, mais aussi de la qualité des pratiques des équipes et établissements auxquels il confie sa santé.

La notion de « qualité » des soins et du système de santé, n'est plus seulement une exigence déontologique individuelle pour les soignants, mais

qui devient, en réponse à la demande citoyenne, une exigence politique collective de transparence et de sécurité des soins.

En 1895, l'assurance qualité fut introduite dans la médecine par l'infirmière Florence Nightingale, qui avait évalué la qualité des soins dans les hôpitaux militaires de l'Angleterre à travers un « référentiel ».

En France et dans les années 80, les pouvoirs publics développent le cadre législatif et réglementaire concernant la qualité de la prise en charge des usagers des établissements de santé. En 1990, le projet assurance qualité (PAQ) qui vise à améliorer la qualité des soins de santé dans le monde entier a été lancé (18).

### **3. Histoire de la qualité dans le système de santé Marocain**

#### **3-1. Analyse du système de l'offre de soins marocain**

Depuis l'indépendance jusqu'à nos jours, le Maroc n'a cessé de déployer des efforts incontestables pour assurer la finalité escomptée, celle surtout d'aboutir au développement de la santé tout en réconciliant le citoyen avec son système sanitaire. Cela est bien illustré par les indicateurs sanitaires du Maroc, qui témoignent d'une progression notable en matière d'extension de la couverture sanitaire, d'un recul des mortalités maternelle infantile et juvénile, avec une nette augmentation de l'espérance de vie à la naissance, ainsi qu'une diminution d'un certain nombre de maladies cibles de la vaccination. Cependant, cela ne saurait cacher les revers de la médaille, vu qu'il existe au sein de la population marocaine d'importantes différences, au niveau de l'état de santé et du statut de morbidité, qui sont liées à des

inégalités socio-économiques et au milieu de résidence (urbain/rural) et même beaucoup d'insuffisances en matière de qualité des soins.

Pendant de nombreuses années, le domaine de la santé au Maroc était peu concerné par les systèmes d'assurance qualité. Ce n'est qu'avec l'avènement des réformes politiques, institutionnelles, économiques et sociales engagées depuis l'années 90 que le contexte est devenu plus favorable pour la mise en place d'une approche qualité au ministère de la santé, à travers le projet de la Gestion Intégrale de la Qualité (GIQUA), en passant par des cercles de la qualité et le programme national d'assurance qualité (19).

En effet, dès la fin des années 90, le ministère de la santé a inscrit la composante « Amélioration de la qualité des soins et des services », parmi les principales actions stratégiques du plan de développement économique et social 2000-2004. Cette volonté s'est concrétisée par le développement en 1999 d'un plan National d'Assurance Qualité (PNAQ). Ce plan a été élaboré dans le cadre d'un travail de consensus, auquel ont participé des représentants du ministère de la santé, du conseil national de l'ordre des médecins, des sociétés savantes, des associations professionnelles et du secteur privé.

La vision tracée dans ce plan vise la promotion de soins humanisés, efficaces, accessibles, exempts d'erreurs et de complications, dispensés par un personnel qualifié, motivé et responsable dans un environnement approprié.

Dans la réforme hospitalière, la qualité constitue également un pôle d'intervention important qui a permis de développer une méthodologie et des outils de prise en charge des pathologies hospitalières dominantes (20).

L'analyse de l'évolution du système de santé marocain permet de dévoiler trois grandes périodes dans son développement, depuis sa mise en place au lendemain de l'indépendance.

### **a. Première période (1959–1981) : Mise en place et développement du système national de santé**

La naissance du système national de santé au Maroc remonte à la première conférence nationale sur la santé organisée en avril 1959 sous la présidence effective de feu S.M. Mohamed V qui a énoncé les principes qui constituent les pierres angulaires de la politique sanitaire au Maroc.

Cinq plans de développement sont venus mettre en œuvre cette orientation avec comme grands soucis : nationaliser, développer l'offre de soins et lutter contre les grands fléaux épidémiques. C'est ainsi que le système de santé a connu d'une part la fondation des premières facultés de médecines, des écoles de formation professionnelle, et d'autre part le développement des premières stratégies de couvertures sanitaires (Groupes sanitaires mobiles ; SPU/SPR, SIAAP).

Au fur et à mesure de l'extension des infrastructures, un effort a été consenti pour organiser la couverture sanitaire, renforcer les structures centrales et définir l'organisation et les attributions des services extérieurs (Arrêté de 1980).

La Charte communale (1976) était une occasion pour responsabiliser les collectivités locales sur certains aspects de santé (hygiène et assainissement).

### **b. Deuxième période (1981–1995) : Développement de l'offre et des programmes sanitaires**

Cette période vient après la souscription du Maroc à la déclaration d'Alma-Ata en 1978. L'engagement du Maroc en faveur de cette déclaration et de la politique des soins de santé primaires fût décliné à travers le plan quinquennal : 1981-1985. Durant cette période, on assiste à un grand renforcement des structures sanitaires de base et au développement des programmes sanitaires.

En 1989, a été réalisée la première étude sur le financement des soins, ce qui annonce le souci des autorités sanitaires marocaines pour le financement des soins.

### **c. Troisième période (1995-2000) : Quête de changement et annonce de la réforme**

La restructuration des services centraux du ministère de la santé, traduit une tendance annonciatrice de la réforme :

- La consolidation de la continuité pour certaines directions : Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies (DELM ),direction de la population (DP), qui exprime une volonté d'achever les succès réalisés dans les programmes sanitaires.
- La valorisation de certaines structures comme celles des médicaments et de la pharmacie qui passe d'un statut de divisions à celui de directions centrales;
- La création de la direction des hôpitaux et des soins ambulatoires et du service de l'économie de la santé au sein de la direction de la planification et des ressources financières (DPRF).

Depuis l'année 2000 le Maroc a conduit un vaste chantier de réforme pour un développement sociale en générale, et du système de santé en particulier

afin de répondre au mieux aux besoins de la population. L'initiative nationale pour le développement humain (INDH) lancée en 2005, qui constitue une approche de développement social intégrée a ciblé la santé comme domaine d'action prioritaire.

Notre système actuel, a fait l'objet tout au long de ces cinquante dernières années, d'adaptation aussi bien des structures que des programmes, ce qui a contribué à l'amélioration notable de la santé des populations.

Toutefois, malgré tous les efforts consentis, des écarts entre les milieux urbain et rural et entre les régions persistent. De plus, les évolutions contemporaines que traverse le Maroc vont induire de façon insidieuse mais impérieuse de nouvelles demandes de soins dont le coût ira crescendo, notamment les transitions démographique et épidémiologique, le changement des modes de vie, l'urbanisation rapide, la détérioration de l'environnement ainsi que l'essor extraordinaire de la technologie médicale (21).

### **3-2. Le développement de l'assurance qualité au Maroc**

Le succès de la réforme hospitalière ne se mesure pas au rythme des investissements réalisés, ni à l'importance de la réorganisation mise en place, mais plutôt à la capacité des hôpitaux de répondre, de façon continue, aux besoins attendus des citoyens marocains par la fourniture de soins adaptés, sécurisés et de qualité. Conscient de cet enjeu, le Ministère de la santé a engagé avant même l'extension de la réforme hospitalière, un programme d'assurance qualité qui repose sur quatre leviers :

- Le concours qualité dont la première édition vient d'être lancée le 10 janvier 2007 pour près de 190 structures de santé, en vue de créer une compétition positive et organisée à l'intérieur du secteur de la santé. Ce concours sera annuel et constitue une innovation au Maroc, puisqu'il permettra d'avoir le premier prix qualité dans le secteur public.
- L'accréditation hospitalière dont les normes et les procédures ont été élaborées et validées. L'année 2007 a été l'année de formation des auditeurs, et 2008 a connu l'accréditation des premiers hôpitaux publics.
- L'évaluation des pratiques professionnelles à travers la mise en place dans une vingtaine d'hôpitaux de l'audit clinique, qui correspond à une auto-évaluation interne des pratiques cliniques.
- La lutte contre les infections nosocomiales pour laquelle une stratégie nationale est en cours de finalisation. En France, par exemple, les hôpitaux sont classés par rapport à cette lutte et le classement est public pour créer de la pression sur les hôpitaux.

### **3-3. Repères clés de la qualité dans la santé au Maroc**

- 1996 : Première appropriation nationale: projet GIQua (gestion intégrale de la qualité).
- 2002 : Première conférence nationale sur la qualité et la santé à Marrakech, du 30 Octobre au 02 Novembre 2002 pour la formation des cadres gestionnaires de la santé.
- 2007: premier concours qualité organisé par le ministère de la Santé qui a

concerné 188 structures de santé (Délégations, Centre de santé et hôpitaux).

- 2008 : Accréditation des hôpitaux.
- 2011: Première Certification ISO 9001 de deux laboratoires et de deux pharmacies hospitaliers au CHIS.

### **III. Démarche qualité en santé publique**

#### **1. Concept de la démarche qualité**

La démarche qualité est une approche organisationnelle permettant un progrès permanent dans la résolution des non-qualités. Il s'agit d'une démarche participative, c'est-à-dire à laquelle doit nécessairement participer l'ensemble de l'entreprise et par conséquent nécessairement portée au plus haut niveau hiérarchique (22). C'est le processus pour implanter un système de qualité et s'engager dans une démarche d'amélioration continue, impliquant tout l'organisme et s'appuyant sur un engagement fort des responsables.

La démarche qualité a pour objet de gérer et d'assurer le développement de la qualité, en s'appuyant sur un système de qualité mis en place et en utilisant divers outils propres à faciliter l'obtention des objectifs fixés (23). Elle a pour objectifs d'améliorer l'organisation, de diminuer les dysfonctionnements, d'augmenter le degré de formation et de compétence des personnels, et d'améliorer la motivation des personnels.

La démarche qualité est un processus global, systématique et continu qui permet d'accroître la confiance dans la qualité du service rendu. Ce processus consiste à examiner régulièrement des points clefs du fonctionnement de l'organisation et des actions pour anticiper les dysfonctionnements. Il conduit à se questionner et à discuter en équipe sur les pratiques et l'organisation pour :

- Définir et mettre en oeuvre des mesures concrètes pour améliorer la qualité.
- Analyser les points forts / les points faibles, conforter les acquis, comprendre les dysfonctionnements.
- S'assurer que ces mesures sont effectives et efficaces.

## **2. DQ et promotion de la santé**

En promotion de la santé, s'assurer de la qualité c'est mettre en place une démarche systématique pour identifier les composantes clefs de l'action et pour repérer toutes les possibilités d'amélioration (24). Ainsi, il faut se questionner sur :

- La cohérence entre les valeurs, la démarche de l'association qui porte l'action et les principes de promotion de la santé, définis notamment dans la Charte d'Ottawa.
- La conformité de l'action elle-même à ces principes.
- Le respect des principes méthodologiques dans le cycle de projet (analyse de situation, planification, animation et gestion de l'action).

Le terme générique de promotion de la santé a été retenu car il renvoie à des valeurs communes, définies notamment par la Charte d'Ottawa en 1986,

sur lesquelles s'appuient les associations pour développer leurs actions ; même si, en France, beaucoup d'entre elles n'utilisent pas ce terme pour se définir et parlent plutôt de prévention, de lutte contre une pathologie, de santé communautaire ou d'éducation pour la santé,...etc.

Les actions en promotion de la santé s'inscrivent dans divers axes d'intervention :

- Contribuer à construire une politique publique qui vise à inscrire des mesures respectueuses de la santé dans divers secteurs (législation, fiscalité, organisation des services ...etc.).
- Créer des milieux favorables à la santé (environnement, conditions de vie et de travail).
- Renforcer l'action collective/communautaire, en donnant la possibilité aux différents groupes de participer à la prise de décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé.
- Développer des aptitudes individuelles en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les compétences psychosociales.
- Réorienter les services de santé pour qu'ils ne délivrent pas seulement des soins médicaux, mais qu'ils facilitent l'expression des personnes et des groupes, qu'ils participent à l'éducation pour la santé et qu'ils travaillent en partenariat.

### **3. Les objectifs de la DQ**

La démarche qualité vise à améliorer en permanence la qualité du service rendu aux personnes et aux populations concernées par les actions mises en oeuvre par les associations.

Elle contribue également à :

- Favoriser un meilleur travail d'équipe et de communication interne
- Mettre en évidence les compétences acquises et les développer
- Renforcer les capacités de négociation pour favoriser la reconnaissance par les différents partenaires.

La démarche qualité s'emploie alors à éliminer le gaspillage pour maîtriser les processus, imposer la communication interne, encourager la réflexion permanente, et responsabiliser les professionnels.

La DQ est un outil stratégique qui vise l'amélioration des performances, elle est destinée à atteindre des objectifs internes et/ou externes :

#### **a. Les objectifs internes :**

- Réduire les dysfonctionnements.
- Réduire les coûts de la non qualité.
- Fiabiliser les contrôles et les processus.
- Améliorer les méthodes de travail.
- Pérenniser le savoir faire.
- Faciliter l'intégration de nouveaux collaborateurs.
- Définir les méthodes de travail communes.
- Mettre en place une organisation efficace orientée des résultats.
- Motiver le personnel autour d'un projet.
- Piloter les processus et responsabiliser les équipes.
- Disposer d'une base solide pour une DQ.

## **b. Les objectifs externes :**

- Améliorer la qualité des produits et des services
- Identifier et anticiper les besoins des patients
- Améliorer et valoriser le savoir faire
- Instaurer un climat de confiance avec le patient
- Obtenir une reconnaissance externe : certification iso, accréditation iso...etc.

## **4. Les principes fondamentaux de la DQ**

Ce chapitre donne une perspective générale sur les principes de management de la qualité et montre comment constituer une base pour l'amélioration de la performance et l'excellence organisationnelle.

Les principes de la DQ ont été établis sur la base de l'expérience et des connaissances collectives des experts internationaux qui participent au Comité technique ISO de management de la qualité et d'assurance qualité. Ce comité est responsable de l'élaboration et de la mise à jour des normes ISO 9000 (25).

Ces principes peuvent être utilisés pour servir à l'amélioration des performances de l'organisme.

Les cinq principes fondamentaux pour instaurer une DQ :

- Le leadership.
- L'orientation vers le client
- L'utilisation de données
- Le Travail en équipe

- L'analyse de systèmes/des processus

## **4-1. Le leadership**

Le leadership est un processus de communication interpersonnelles par lesquelles un supérieur hiérarchique influence le comportement de ses collaborateurs en les orientent vers la réalisation volontaire des objectifs du groupe et de l'organisation (26).

C'est un processus par lequel on amène les autres, grâce à l'influence qu'on exerce sur eux à consentir de grands efforts pour atteindre un objectif (27).

### **4-1-1. Le leader**

Toute personne qui a une influence marquante sur les membres de son équipe, qui contribue à la cohésion et à la satisfaction des besoins de ses membres et à la réalisation des objectifs communs.

Il se distingue dans un groupe par le fait que les autres l'acceptent et établissent avec lui des relations telles qu'une fonction de meneur lui est attribuée et que les autres suivent.

Il permet au groupe, de résoudre son ou ses besoins dominants. Le leader est donc une production du groupe.

### **4-1-2. Rôle de leader dans le management de l'équipe**

- Etablir des communications efficaces et de bonnes relations de travail.
- Prendre des décisions après avoir, autant que possible, écouter les collaborateurs.
- Déléguer des responsabilités et non pas seulement des tâches d'exécution.

- Vivre avec son équipe en employant le langage du groupe pour être compris.
- Ne rien compromettre avant de s'assurer des possibilités réelles.
- amener les autres à participer au choix de leurs tâches et à la sélection des méthodes de travail.
- Etablir un climat de coopération, d'échange, de l'information, de discussion et de responsabilité commune à l'égard des objectifs.
- Inviter les autres à prendre des initiatives et des décisions, de même qu'à utiliser leurs connaissances.

#### **4-2. Orientation vers le client**

Les organismes dépendent de leurs clients, il convient donc de commencer par leurs attentes, leurs besoins, leur point de vue, et l'impliquer dans toutes les décisions.

Le client est le lien entre l'échec et le succès, de ce fait, il faut s'efforcer à garder toujours un bon contact avec eux, de leur offrir l'écoute et respect, et leur montrer l'entière disponibilité. Cette relation de confiance est ce qui nous maintiendra sur la route du succès.

On distingue différents types de clients :

- Les clients externes : sont les individus ou les groupes qui se trouvent en dehors de l'organisation, mais qui reçoivent directement les produits et les services. Exemple: des patients.
- Les clients internes : sont les individus ou les groupes au sein de l'organisation qui dépendent de leurs collègues, pour recevoir des produits et des services qui les aident à assumer leur rôle dans la

prestation de soins de santé de qualité aux clients externes. Exemple : des médecins.

- Les partenaires : sont les individus ou les groupes qui, même s'ils n'utilisent pas directement les produits ou les services, sont partenaires de la qualité de ce qu'on fait. Exemple : familles des patients

### **4-3. Utilisation des données**

L'organisme doit déterminer, recueillir et analyser les données appropriées pour démontrer la pertinence et l'efficacité du système de management de la qualité et pour évaluer les possibilités d'amélioration de son efficacité. Cela doit inclure les données résultant des activités de surveillance et de mesure ainsi que d'autres sources pertinentes.

L'importance d'utilisation des données s'avère surtout pour prendre des décisions, orienter les interventions, et pour chercher les ressources.

### **4-4. Encouragement du travail en équipe**

Une équipe est un ensemble de personnes travaillant pour la réalisation des objectifs communs.

Le travail en équipe permet une compréhension plus complète du processus, et favorise le soutien moral et l'énergie pour résoudre le problème en coopération avec les personnels impliqués, ce qui va faciliter la communication et le fonctionnement d'équipe.

Les avantages de travailler en équipe :

- Plus de connaissances /d'information.
- Plus d'idées pour résoudre un problème.

- Meilleure acceptation de la solution.
- Esprit d'équipe.

#### **4-5. Analyse des systèmes et des processus**

Le processus qualité est toute conjonction d'activités qui utilise des ressources (humaines, matérielles, informationnelles...etc.) pour convertir des éléments d'entrée en éléments de sortie avec une valeur ajoutée.

Un résultat escompté est atteint de façon plus efficiente lorsque les ressources et activités afférentes sont gérées comme un processus.

L'identification et la gestion des processus, contribuent à l'efficacité et l'efficience de l'organisme à atteindre ses objectifs.

Les cinq « M » d'un processus qualité :

- *Main d'œuvre* : le personnel, la hiérarchie, toutes les personnes qui concourent à la marche de l'organisme ainsi que tout ce qui est relatif à l'action humaine : compétence, comportement, formation, communication, motivation, etc.
- *Matériel* : tout ce qui nécessite un investissement et qui est donc sujet à un amortissement.
- *Méthode* : c'est la façon de faire, ce qui est lié à l'organisation : procédures, spécifications, modes opératoires, procédés, gammes, modes d'emploi, consignes, notices, instructions.
- *Matière* : tout ce qui est consommable, donc non investi.
- *Milieu* : ce qui est lié à l'environnement.

### **5. Les étapes de la démarche qualité**

Pour réussir la mise en place d'une démarche qualité, il faut suivre les étapes suivantes :

### **5-1. Préparation**

Phase de réflexion sur ce que veut faire l'établissement ou le service en termes :

- D'accompagnement (définition de la place des personnes accueillies et de leur projet de vie)
- D'engagement des acteurs dans la démarche (personnel et direction)
- D'information des acteurs sur la démarche.
- De formation à la démarche de l'ensemble des acteurs et de choix des responsables qualité.

### **5-2. État des lieux**

C'est-à-dire l'état des lieux des dispositions existantes. Ce diagnostic permet d'identifier les dispositions manquantes ou incomplètes en regard des exigences normatives. Il se passe généralement en trois étapes :

- Le choix d'un référentiel ou élaborer son propre référentiel
- Évaluer la situation à partir du référentiel choisi
- Dégager les points forts et les points à améliorer, les freins ou les éléments moteurs.

### **5-3. Plans d'actions**

Ce sont les décisions prises pour améliorer la situation, l'ensemble des protocoles ou des processus permettant d'améliorer a priori la situation :

- Écriture des processus, procédures et des fiches d'actions (avec des critères d'évaluation et un calendrier).

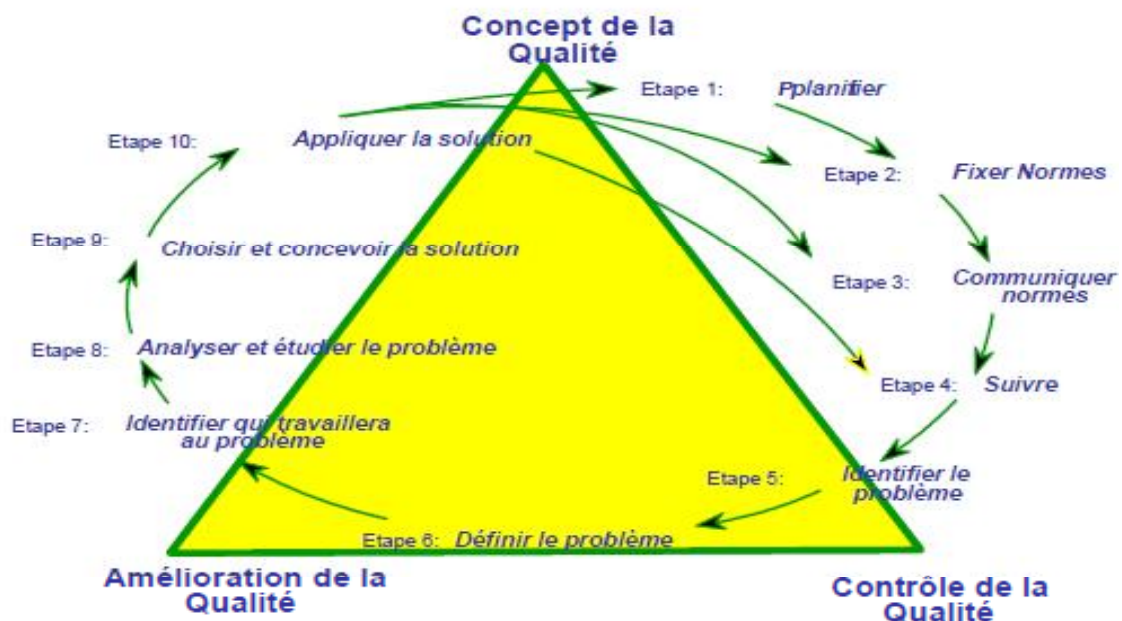
- Information des partenaires et autres acteurs, évoluant dans ou hors de l'organisme, à propos des plans d'actions et de leurs calendriers de mise en œuvre.
- Mise en œuvre des plans d'actions.

#### 5-4. Évaluation et bilan

- Évaluation interne et externe
- Reconnaissance d'un niveau de qualité
- Réajustement en faisant attention à conserver le sens du projet de l'établissement (projet de vie + projet de soins).

#### 5-5. Processus d'amélioration continue

Évaluation et ajustement permanent du système qualité.



Procédure de l'approche démarche qualité référence

### 6. Cycle d'amélioration continue de la qualité

## 6-1. Définition

L'amélioration continue est une activité régulière permettant d'accroître la capacité à satisfaire aux exigences (28).

La roue de Deming est la méthode de référence de l'amélioration continue de la qualité. La roue de Deming ou encore PDCA est composée de 4 étapes :

- **P** pour « **Plan** » : Planification du projet, on dit ce qu'on va faire;
- **D** pour « **Do** » : Développement du projet, on fait ce qu'on a dit ;
- **C** pour « **Check** » : Contrôle de ce qu'on a fait, on vérifie ce qui a été fait est conforme aux exigences;
- **A** pour « **Act** » : Ajustement de ce qu'on a fait, on apporte des corrections en fonction des résultats du contrôle, en vue d'améliorer la qualité du produit ou du service obtenu.

La réussite de cette démarche dépendra de la mobilisation de chacun pour une recherche permanente d'amélioration, et des moyens mis en œuvre par les instances de décision pour l'application de la démarche.

La roue de Deming pour l'amélioration de la qualité

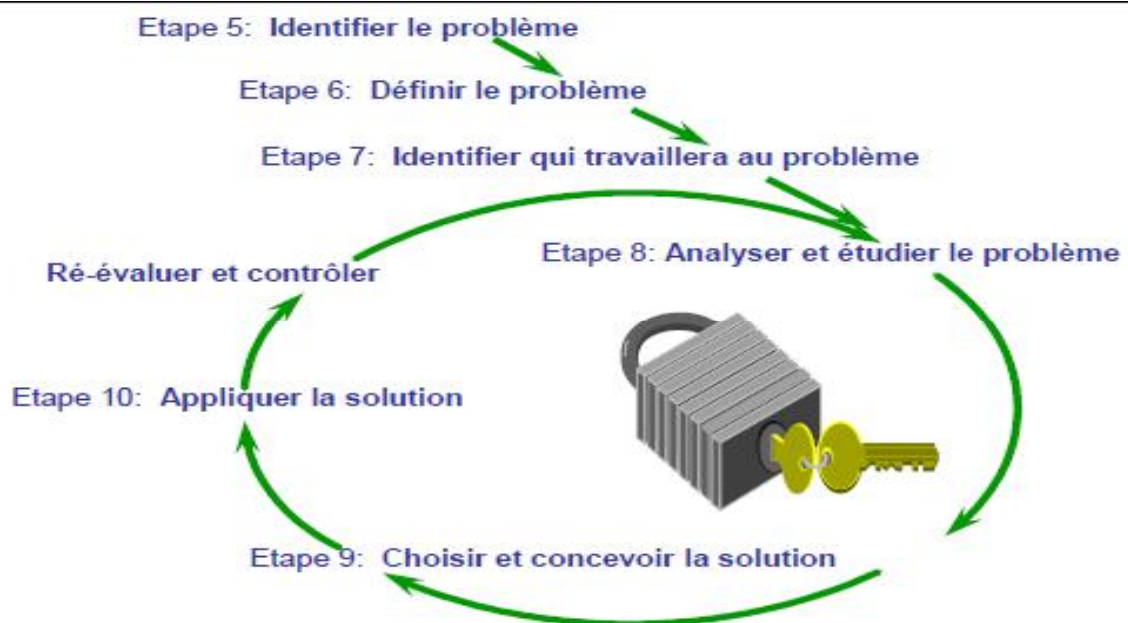


Comme indique le schéma ci-dessus, une cale est placée sous la roue pour ne pas qu'elle recule. Lorsque nous sommes dans une démarche d'amélioration continue, nous ne pouvons pas régresser. Ainsi la roue ne peut que monter la pente et non la descendre.

L'amélioration continue est un cycle sans fin tout au long de la vie de notre processus, service ou projet. Un cycle sans fin signifie qu'après la phase « Act »/ »Ajuster », la phase « Plan »/ »Planifier » s'enchaîne et ainsi de suite. Nous sommes donc reparti pour un tour de roue et par conséquent un pas de plus vers le haut. Bien que très simple à comprendre, le concept de la roue de Deming est d'une efficacité incontestable pour nos projets.

## 6-2. Le cycle d'amélioration de la qualité

Comme montre le schéma ci-dessous, le cycle d'amélioration de la qualité se constitue de six étapes :



### 6-2-1. Première étape : l'identification des problèmes

Un problème est un état actuel non satisfaisant d'une communauté et les difficultés qu'il y a à améliorer.

Un problème de santé est la conséquence d'un processus perturbant l'état de santé de base et provoquant un mal-être individuel et/ou collectif.

Le concept de problème de santé prend en compte les souffrances individuelles et les conséquences sociales pour la communauté (le coût social autant en termes d'arrêt d'activités que des perturbations familiales), que ces souffrances soient actuelles ou potentielles.

#### a. Les éléments qui peuvent poser un problème

Un problème peut être en rapport avec :

- Les personnes : médecins, infirmiers, techniciens, patients..., etc.
- Les machines : équipement, base de données...
- Le matériel : fournitures, ressources...

- Les méthodes : procédures, protocoles, techniques...
- Les mesures : biais, inexactitude des données elles mêmes...
- L'environnement : trop froid, vague, très actif...

### **b. Identification des problèmes en équipe par «brainstorming»**

Le «brainstorming » ou remue-méninges est une technique de recherche d'idées en groupe, afin d'identifier ou de résoudre un problème. Il aide une équipe à générer autant d'idées possible en très peu de temps, en faisant appel à l'énergie du groupe et à la créativité individuelle.

Le « brainstorming » est particulièrement utile quand on essaie de générer des idées sur des problèmes, des domaines d'amélioration, des causes possibles, d'autres solutions et des résistances au changement (29).

En pratique il faut :

- Ecrire la question ou le sujet à explorer par brainstorming au tableau où tout le monde peut voir.
- Passer en revue les principes du « brainstorming ».
- Se mettre d'accord sur la façon d'apprécier les idées et d'utiliser la collecte des données, le vote, la matrice de sélection afin de choisir les options.

Les principes de Brainstorming se projettent sur différents éléments:

- Ne pas discuter des idées durant le « brainstorming ».
- Pas de jugement ni critique sur l'idée de l'autre.
- Toutes les idées sont à priori bonnes.
- Générer une idée à partir d'une autre.
- Le maximum d'idées doit être produit.
- Ecrire toutes les idées émises au tableau.

- Revoir les idées une à une pour la clarification et le regroupement des idées similaires.

Les Précautions de Brainstorming :

- Le « brainstorming » est une technique pour générer des idées, mais chaque idée nécessitera plus tard une argumentation.
- Discuter ou porter un jugement pendant l'exercice le ralentira et limitera le flux des idées créatrices.
- Economisez le temps de la discussion pour la fin de l'exercice
- Si un ou certains individus dominent la discussion, le chef d'équipe peut opter de changer vers un brainstorming structuré.

### **c. Matrice de critère pour la priorisation des problèmes**

Après avoir générer les idées sur les problèmes par l'équipe, on aura recours à sélectionner et prioriser un seul problème sur lequel on va travailler.

Les critères de priorisation et de sélection des problèmes et/ou des opportunités d'amélioration peuvent être en rapport avec :

- Le risque, la gravité, l'impact
- L'urgence
- La fréquence du problème
- L'ampleur / volume
- La vulnérabilité, c'est-à-dire la capacité de l'équipe à résoudre ou à améliorer la situation problématique.

La matrice des critères est un outil pour l'évaluation des problèmes, basé sur un ensemble de critères explicites déterminés par l'équipe. Il permet de prendre des décisions collégiales, acceptables et appropriées

Les étapes à suivre pour utiliser la matrice de critère :

- Établir une liste des problèmes/ options à évaluer.
- Définir chaque option et chaque critère.
- Déterminer s'il existe des critères qui doivent être réunis par toutes les options et utiliser ces critères en premier lieu (liste courte).
- Sélectionner le critère pour la prise de décision :
  - Établir une liste par brainstorming.
  - Réduire cette liste à trois ou quatre critères en votant.
- Dessiner la matrice et y inscrire les options et les critères.
- Déterminer l'échelle à utiliser pour classer les problèmes vis-à-vis de chaque critère :
  - Oui = 1 et Non = 0
  - De bas en haut sur une échelle de 1 à 3, de 1 à 5, de 1 à 10
- Examiner chaque critère, une option à la fois, et déterminer son classement approprié individuel ou pour chaque groupe.
- Établir le total de la valeur pour chaque option.
- Évaluer les résultats en demandant:
  - Est-ce qu'une option réunit clairement tous les critères ?
  - Peut-on éliminer certaines options ?
  - Si une option réunit certains critères mais pas tous, vaut-elle la peine d'être encore prise en considération ?

Matrice de prise de décision

Problèmes Critères	Problème 1	Problème 2	Problème 3	Problème 4	Problème 5	Problème N
-----------------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------

Critère 1						
Critère 2						
Critère 3						
Critère 4						
Score						
Priorité						

Le problème qui aura le plus grand score sera considéré comme prioritaire, et donc on va sortir de la première étape avec un problème déterminé.

### **6-2-2. Deuxième étape : Définition de problème de façon opérationnelle**

Décrire le problème, est la façon dont nous savons que c'est bien un problème.

C'est aussi déterminer ses limites et vérifier "l'exactitude" de la déclaration.

L'énoncé du problème devrait répondre aux questions suivantes:

- Quel est le problème ?
- Comment sait-on ?
- Est-il fréquent ?
- Comment peut-on savoir qu'il est résolu ?
- Où commence et où termine-t-il le processus?

Et ne devrait jamais indiquer la solution, suggérer la cause, ou jeter des blâmes.

### Exemple d'énoncé de problème

Il y a une opportunité pour améliorer le \_\_\_\_\_, le problème c'est que

-----

Nous savons que c'est un problème car\_\_\_\_\_ (données, durée du problème, ses effets) Le processus commence \_\_\_\_\_ et se termine avec \_\_\_\_\_.

Le problème sera résolu (ou processus amélioré) quand \_\_\_\_\_.

### **6-2-3. Troisième Etape : Identification du groupe de travail**

Identifier les membres qui doivent travailler sur le problème, et en quelle capacité. Et puis, assembler l'équipe en impliquant les personnels dans le projet, et en définissant les procédures et les normes de travail de l'équipe.

### **6-2-4. Quatrième étape : Analyse du problème et identification des causes premières**

Cette étape consiste à clarifier ce qui est connu sur le problème, comprendre le processus, développer des hypothèses sur les causes, et enfin identifier la ou les causes premières.

### **6-2-5. Cinquième étape : Proposition et choix des solutions**

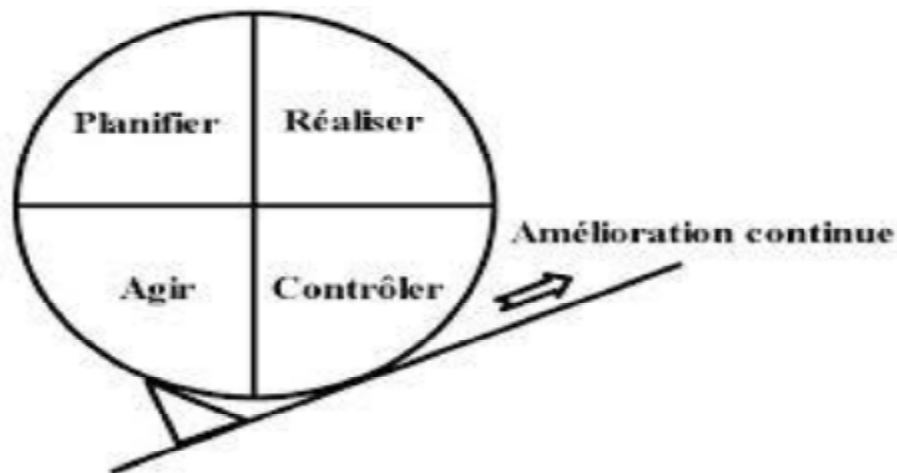
Par la technique de brainstorming, l'équipe va lister une variété de solutions potentielles, sélectionner des critères pour évaluer les solutions proposées, ensuite va choisir une solution ou plusieurs en votant. Et enfin, formuler la ou les solutions choisies et sur lesquelles l'équipe peut agir efficacement.

### **6-2-6. Sixième étape : mise en œuvre et évaluation des solutions**

Dans cette étape, on utilise la Roue de Deming avec ses différentes quatre phases, pour la mise en œuvre des solutions :

- Planifier pour la solution (Planifier).
- Mettre en œuvre la solution (Faire).
- Mesurer les résultats (Contrôler).
- Prendre des décisions d'actions : étendre, modifier, choisir une autre solution (Agir).

#### La roue de Deming



## 7. Indicateurs de qualité

Afin de mesurer l'évolution de la qualité d'un processus, il est nécessaire d'établir des éléments de mesure. C'est l'évolution des indicateurs ou leur comparaison avec d'autres qui permettent la mise en œuvre d'actions correctrices.

Les indicateurs ont pour objet de donner des informations sur les paramètres liés aux processus mis en œuvre. C'est un outil simple, un instrument de mesure qui permet d'observer périodiquement les évolutions d'un phénomène, en le positionnant par rapport à des objectifs fixés (30).

### 7-1. Les différents types d'indicateurs

Un indicateur peut être associé à une structure, à des processus ou à des résultats (31). On distingue différents types d'indicateurs :

- Indicateurs de structure : ces indicateurs permettent d'analyser les ressources matérielles, humaines et financières nécessaires à la prise en charge des patients.
- Indicateur de processus (ce que l'on fait aux patients) : ces indicateurs renseignent sur les pratiques professionnelles appliquées lors des différents étapes de prise en charge, ainsi que sur des modalités de fonctionnement et de coordination des secteurs d'activité.
- Indicateurs de résultats (ce qui arrive aux patients) : ces indicateurs permettent d'analyser les effets d'une intervention médicale en terme d'efficacité, de sécurité et d'efficience. Ils nécessitent souvent un nombre important de patients pour être interprétés.
- Indicateurs de satisfaction des patients qui mesurent la qualité perçue par les patients.
- Indicateurs sentinelles qui signalent un événement particulier déclenchant une analyse systématique. Ces indicateurs sont à rapprocher des événements (indésirables) sentinelles issus de la gestion des risques.

D'autres types existent dans la littérature: indicateurs de mortalité, de morbidité, de sécurité...etc.

## **7-2. Intérêt des indicateurs**

Les indicateurs de qualité des soins, recueillis et diffusés publiquement, reposent sur des objectifs prioritaires de santé publique et d'organisation des soins. Ils permettent un suivi dans le temps et des comparaisons entre

les établissements, véritables facteurs d'amélioration de la prise en charge des patients. Cette implication collective des pouvoirs publics et des acteurs de terrain contribue indéniablement à assurer la confiance des patients et des usagers dans le système de soins hospitaliers, signe tangible de la culture de la transparence. L'utilisation des indicateurs de qualité vise trois objectifs :

- Fournir aux établissements de santé de nouveaux outils et méthodes de pilotage et de gestion de la qualité. Concrètement, il s'agit pour les établissements de mettre en place leurs programmes d'actions de sensibilisation et de formation des professionnels de santé et de permettre des comparaisons entre les établissements.
- Répondre à l'exigence de transparence portée par les usagers. Les données des établissements sont diffusées sur internet – avec des comparaisons en vue de faciliter leur compréhension – et mises à la disposition du public par les établissements. Les résultats des indicateurs font l'objet de procédures de contrôle en vue de mesurer leur fiabilité.
- Aider à la décision et au pilotage des politiques d'intervention à l'échelon régional et national. Pour ce faire, les indicateurs de qualité des soins sont intégrés aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Ce principe de mesure d'indicateurs de qualité, généralisé à tous les établissements de santé, s'articule avec la procédure de certification de la haute autorité de santé (HAS) qui vise les mêmes objectifs.

### **7-3. Caractéristiques d'un bon indicateur**

Tel que mentionné précédemment, un indicateur est une mesure quantitative qui se traduit par un chiffre ou une statistique. La littérature sur les caractéristiques d'un indicateur « idéal » nous permet d'identifier trois grands critères :

- Fondé sur les meilleures données scientifiques disponibles, qui confirment que la structure, le processus ou le résultat mesuré sont associés à un état de santé souhaité.
- Reconnu pertinent et représentant les pratiques exemplaires par ceux qui les utilisent.
- Mesurable, c'est-à-dire accessible à partir des informations générées par les activités cliniques et administratives, et produisant une information précise et valide, et idéalement sensible au changement (32).

### **7-4. Projet COMPAQH**

L'objectif général du programme « Coordination de la mesure de la performance pour l'amélioration de la qualité hospitalière (COMPAQH) » (33), est d'apporter aux pouvoirs publics et aux professionnels travaillant au sein des établissements de santé des outils de pilotage (indicateurs) et un

éclairage sur de nouvelles formes de régulation de la qualité des soins fondées sur la mesure (34).

Les objectifs consistent à développer des indicateurs de qualité des soins dans une perspective de comparaison entre les établissements de santé.

Quatre objectifs spécifiques en ont découlé:

- Sélectionner une batterie d'indicateurs de qualité hospitalière.
- Tester la qualité métrologique de ces indicateurs.
- Etablir une comparaison inter-hospitalière.
- Définir les modalités d'utilisation des indicateurs comme aide à l'amélioration de la qualité au sein d'un établissement.

Les résultats attendus se projettent sur divers axes :

- Développer des indicateurs aptes à la généralisation pour le pilotage de l'offre de soins (Etablissement de santé, filière de soins).
- Accompagner les professionnels dans leur amélioration de la qualité (méthode d'analyse, outils opérationnels).
- Produire des connaissances opérationnelles sur l'intégration efficace des indicateurs dans les systèmes d'information.

### **7-5. Indicateurs et recommandations de bonnes pratiques**

Il est important de comprendre la différence entre ce que sont des indicateurs de qualité et des recommandations issues de lignes directrices de pratique clinique. Bien que les indicateurs découlent généralement des lignes directrices de pratique clinique, qui synthétisent l'état des connaissances sur une problématique donnée et définissent les « pratiques exemplaires » (best practices), les différences entre les deux sont importantes (35).

Les indicateurs sont des outils quantitatifs qui se résument en un chiffre ou une statistique alors que les recommandations sont des énoncés conçus pour guider les décisions, et donc flexibles et soumises à l'application du jugement clinique au cas par cas.

Certaines recommandations ne se prêtent pas à l'élaboration d'indicateurs, tant qu'elles sont trop complexes ou non mesurables. Elles n'en sont cependant pas moins pertinentes cliniquement. Un professionnel ne doit donc pas se limiter aux seuls indicateurs de qualité comme définition de ce que sont des pratiques exemplaires. Et l'inverse est vrai : l'objectif n'est pas de traduire en indicateur chacune des recommandations d'un guide de pratique.

## **8. Evaluation des pratiques professionnelles et développement professionnel continu**

### **8-1. Concept d'évaluation des pratiques professionnelles**

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), est une analyse de la pratique professionnelle suivant des recommandations de bonnes pratiques et des méthodes en provenance de la Haute Autorité de santé (HAS) (36).

Toutes les professions de santé sont concernées par la mise en place de l'évaluation des pratiques professionnelles à travers l'obligation de la formation continue. Seuls les médecins ont une obligation d'EPP. Les autres (chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens) ont, comme tout professionnel de santé, une obligation de formation continue et les textes

précisent que l'on peut accomplir son obligation de formation en réalisant une EPP.

Les instances qui seront chargées de l'organisation de l'EPP ne sont pas connues à ce jour. Il y a un mouvement national et international qui pousse l'ensemble des professionnels de santé à s'inscrire dans une démarche qualité pour améliorer les soins dispensés à la personne soignée. Cela se traduira, peut-être un jour, par une loi généralisée à l'ensemble des professions de santé à l'instar de la formation continue.

Les médecins doivent évaluer leurs pratiques professionnelles, une démarche coordonnée avec la formation médicale continue (FMC). Tous les médecins sont concernés, quels que soient leur activité et leur statut : libéral ou salarié, militaire, médecin conseil de caisse, médecin du travail, médecin du sport, médecin collaborateur des laboratoires pharmaceutiques.

L'évaluation des pratiques professionnelles doit permettre à tout médecin de déceler ses points faibles, tandis que la formation médicale continue (FMC) doit lui permettre de s'améliorer là où des faiblesses sont apparues. L'amélioration des pratiques passe par un accompagnement de l'exercice individuel qui doit se rapprocher le plus possible des règles établies de manière consensuelle sur des bases reconnues, et validées par les sociétés savantes et les organismes reconnus les plus compétents dans chaque spécialité.

L'EPP est basée sur certains critères. Ainsi, elle doit être :

- **Pertinente** : ce qu'on va mesurer doit être utile. Il s'agit d'analyser les points qui vont renforcer la capacité du médecin à se regarder travailler, à s'auto-analyser pour s'améliorer.
- **Equitable** : tous les médecins doivent avoir la même obligation face à l'EPP.
- **Supportable** : le médecin s'engage dans l'évaluation en sachant que ce n'est pas au-dessus de ses moyens ou de ses possibilités.

## **8-2. Concept de développement professionnel continu**

Le développement professionnel continu (DPC) est un dispositif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, associant la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles. Le DPC a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Le DPC s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé (37). Il comporte l'analyse, par les professionnels, de leurs pratiques ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement des connaissances ou des compétences. Il constitue une obligation individuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente d'amélioration de la qualité des soins.

Historiquement, la HAS a mis en œuvre l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), consistant à analyser l'activité clinique réalisée par

rapport à des recommandations professionnelles actualisées. La formation continue (FC) était organisée et mise en œuvre par divers organismes selon la profession. L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et la formation continue (FC) sont désormais intégrées dans un dispositif unique : le développement professionnel continu (DPC).

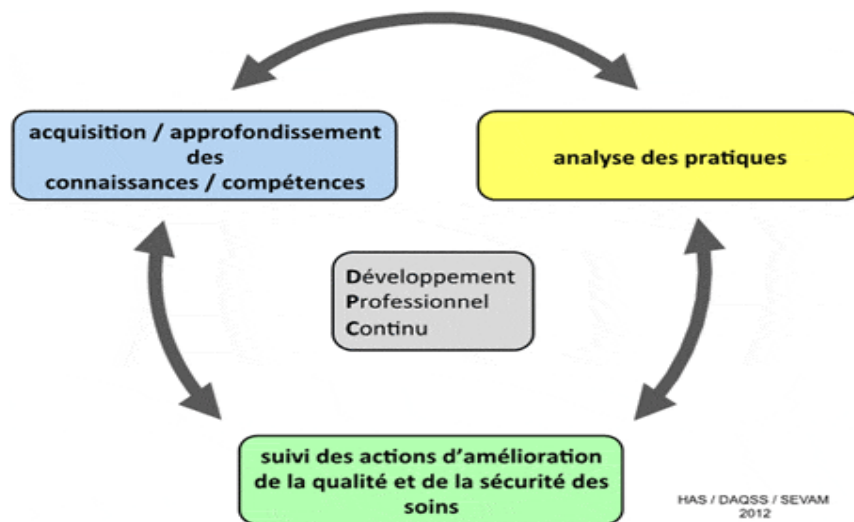
Le DPC est un dispositif pour améliorer constamment la qualité des pratiques professionnelles. L'enjeu est de garantir la qualité et la sécurité des pratiques de l'ensemble des professionnels de santé. Il va aussi permettre le développement de coopérations interprofessionnelles et contribuera également à décloisonner les différents modes d'exercice.

Le professionnel de santé qui est convaincu à son obligation de DPC, doit participer, au cours de chaque année civile à un programme de DPC collectif annuel ou pluriannuel. Ce programme de DPC doit être :

- Conforme à une orientation nationale ou régionale.
- Comporter une des méthodes et des modalités validées par la HAS après avis de la CSI.
- Mis en œuvre par un organisme de DPC (O-DPC) qui est enregistré et évalué favorablement par la commission scientifique compétente.

La perspective est de développer des programmes intégrés, adaptés aux pratiques des professionnels, ces programmes doivent comporter des activités/actions de formation continue, d'EPP et de suivi.

Le schéma ci – dessous illustre les principes fondamentaux du DPC :



Le DPC permet ainsi d'adopter une posture réflexive afin d'établir une liaison entre les savoirs et les actions, et donc d'intégrer les savoirs dans la pratique professionnelle. La " pratique réflexive " amène le professionnel à réfléchir sur sa pratique de manière critique et constructive, tout en créant des liens avec les connaissances (scientifiques ou autres) pour analyser l'action pendant qu'elle se déroule ou après qu'elle se soit déroulée.

## 9. Recommandations et démarche d'amélioration de la qualité

Les recommandations sont un pilier de la démarche d'amélioration de la qualité des soins.

### 9-1. Recommandations professionnelles : synthèse des connaissances scientifiques

Les recommandations professionnelles sont écrites à partir d'une étude exhaustive de la littérature et de la réglementation, avec une méthode d'élaboration rigoureuse et explicite : recommandations pour la pratique

clinique, conférences de consensus et méta analyses. Leur validité est vérifiée et le grade des recommandations est précisé (38).

En absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel. Un CD-Rom, édité par la HAS sur l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) dans les établissements de santé, propose un diaporama sur les données validées, avec des liens Internet vers les sources de recommandations professionnelles. Ce CD-Rom est distribué sur demande électronique à « évaluation des pratiques@has-sante.fr » ; ce contact est proposé sur le site Internet de la HAS : <http://has-sante.fr>.

La mise en oeuvre des recommandations passe par quatre étapes : connaître l'existence d'une nouvelle recommandation, la lire, être d'accord avec les conclusions, et enfin l'appliquer. La formation continue diffuse les nouvelles connaissances, la démarche qualité favorise leur mise en oeuvre auprès du patient.

## **9-2. Les écarts avec la pratique souhaitée**

Le choix d'un sujet porteur de potentialités d'amélioration nécessite l'analyse de l'organisation et des pratiques. La description du processus, c'est-à-dire la succession des étapes de la prise en charge d'une pathologie, permet de choisir une étape à améliorer, ou un problème à résoudre. Ceci en fonction de sa fréquence, de sa gravité, et des écarts constatés avec la pratique idéale décrite dans les recommandations :

- Sous-utilisation de ressources : manque de soins.
- Sur-utilisation de ressources : excès de soins.
- Défaut de réalisation d'un soin adéquat : effet indésirable évitable.

Le choix d'un objectif d'amélioration est un préalable indispensable à la démarche et nécessite l'observation de la pratique réelle, en référence aux recommandations professionnelles.

### **9-3. Compréhension du problème et du système de soins**

L'évaluation de la pratique se fait à partir du dossier du patient, par recueil d'événements indésirables, par observation ou par enquête auprès des patients et/ou des correspondants. Différentes méthodes d'évaluation, détaillées dans des documents téléchargeables sur le site de la HAS ([has-sante.fr](http://has.sante.fr)), sont utilisées :

- Méthode par comparaison : audit, audit clinique ciblé, revue de pertinence.
- Méthode par problème : méthode de résolution de problème, revue de mortalité -morbidity.
- Méthode par processus des soins autour du patient : chemin clinique, programme d'amélioration de la qualité.
- Méthode par indicateurs : expérience Compaqh (39).

L'écart entre la pratique constatée et la pratique souhaitée est analysé pour en rechercher des causes possibles. Ces causes sont hiérarchisées, pour choisir celle qui sera traitée en premier, en fonction de leur fréquence et de leur facilité de résolution (Fig. 1).

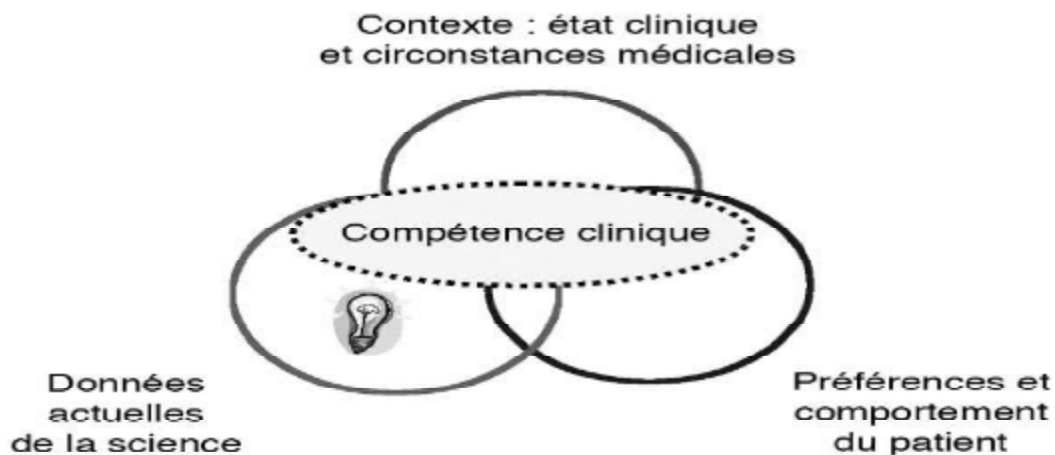


Fig. 1. L'Evidence based medicine (EBM), ou médecine basée sur des faits, permet de décrire les différents aspects de la décision médicale.

#### **9-4. Recherche des solutions**

Plusieurs solutions possibles sont recherchées, avant d'en choisir une à mettre en oeuvre en premier, en fonction de la faisabilité et de l'utilité présumée.

Les outils d'amélioration sont variés, par exemple : action de formation ciblée, achat et/ou utilisation de matériel, mise en place d'aide-mémoire, voire de logiciel d'aide à la décision, développement de protocole standardisé, document d'information des patients, chemin clinique de coordination entre différents professionnels autour d'une prise en charge standardisée.

#### **9-5. Mise en oeuvre des solutions envisagées**

L'impact des solutions envisagées est mesuré. En fonction des résultats, décider s'il faut abandonner, modifier ou mettre en oeuvre la solution. La mise en oeuvre se fait avec un projet concret qui précise le calendrier et les moyens.

Une action d'amélioration donne son sens à la démarche. Encore il faut vérifier que sa mise en oeuvre améliore effectivement la qualité des soins délivrés au patient (et n'a pas d'effets inattendus).

### **9-6. Conduite de projet d'amélioration en équipe**

Le développement de programme d'amélioration de la qualité est favorisé par une réflexion en groupe, que ce soit pour la recherche de références, la description du processus de soins autour du patient, le choix d'une méthode d'évaluation, la recherche des causes des écarts constatés et l'élaboration d'actions d'amélioration. Un regard extérieur est souhaitable pour faciliter la réflexion, chaque professionnel va regarder sa pratique et mettre en oeuvre les actions d'amélioration de son choix.

Le changement dans la coordination entre différents professionnels impliqués, nécessite la participation de tous les intervenants et leur consensus. Dans les établissements de santé, la direction doit être associée au choix d'axes d'amélioration. La mise en oeuvre des actions est planifiée dans le temps.

L'efficacité de chaque action est mesurée et suivie dans le temps, les résultats sont diffusés auprès des membres de l'équipe. Il est indispensable d'assurer une démarche pérenne, le changement est un élément clé de toute amélioration. Les facteurs de succès sont la focalisation sur le patient, la description du processus observé dans la réalité, le travail en équipe et la mise à l'essai des changements apportés aux processus.

L'amélioration des processus de soins engendre, non seulement de meilleurs résultats pour le patient, mais réduit aussi le coût de la prestation des services. Elle élimine le gaspillage, le travail inutile et le travail à refaire ;

et permet une meilleure utilisation des ressources. Des exemples concrets de projets d'assurance qualité dans le monde sont proposés dans « Un paradigme moderne de l'amélioration de la qualité des soins », téléchargeable sur Internet (40).

## **IV. La démarche qualité en psychiatrie**

### **1. Concept de la démarche qualité en psychiatrie**

La démarche qualité en psychiatrie ne diffère pas de celle des autres disciplines, elle garde les mêmes principes, les mêmes objectifs et les mêmes étapes.

La démarche qualité vise à développer le meilleur soin au meilleur coût et pour le meilleur résultat thérapeutique dans un environnement sanitaire, scientifique et socioéconomique donné. Seul un management participatif pluriprofessionnel et pluridisciplinaire, associé à une évaluation formative, permettra de faire face aux enjeux actuels. Les recommandations permettent d'établir des critères, des référentiels et des procédures optimales de soin, mais aussi de formation, d'information et de communication entre les différents partenaires.

Depuis la méthode des évaluations des pratiques professionnelles (EPP), de nombreuses innovations méthodologiques ont été élaborées par des collègues professionnels, tel que le Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP), sur la base des retours d'expérience du terrain et de la formation évaluative. Les indicateurs qualité permettent des mesures fines de performance, d'efficacité, d'amélioration, d'information, de maîtrise des

coûts, et bientôt de résultats thérapeutiques essentiels pour la satisfaction des usagers. La certification des établissements de santé doit inciter les professionnels à s'engager dans une démarche de développement continu de l'amélioration de la qualité des soins et de la gestion des risques. Ainsi, le développement professionnel continu (DPC) devient exigible pour tous les praticiens.

La pérennisation et la transmission des acquis dépendront de plus en plus de l'environnement professionnel pluridisciplinaire et pluriprofessionnel des psychiatres, de même que leurs compétences individuelles nourries et enrichies par la formation informelle apportée par Internet. Elles dépendront aussi de la prise en compte croissante des attentes et des représentations des patients et usagers. La mise à disposition généralisée d'un système d'information opérationnel fournissant des données ayant du « sens clinique » utilisable en routine, la valorisation économique et symbolique des efforts de chaque psychiatre ou soignant, doivent nécessairement compléter l'ensemble du dispositif de la démarche qualité souhaitée en santé mentale (41).

## **2. Modalités de développement de la qualité en psychiatrie**

Le développement de la qualité de soin en santé mentale repose sur plusieurs piliers :

### **2-1. Les bonnes pratiques professionnelles**

#### **2-1-1. L'élaboration des bonnes pratiques**

Parmi les orientations centrales de la politique de la psychiatrie et de la santé mentale, figure la nécessité d'améliorer les pratiques professionnelles pour favoriser le développement constant de la qualité des soins et des pratiques. Il apparaît indispensable d'avoir comme objectif général, l'amélioration de la qualité du service rendu en santé mentale, y compris par les médecins généralistes, en matière de la qualité du diagnostic et de la pertinence du choix et des modalités de prescriptions (médicaments, attitudes thérapeutiques, arrêts de travail...).

Dans le respect de la diversité des approches et des références théoriques existant dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie, il est essentiel d'inciter au développement de recommandations de bonnes pratiques et à leur diffusion auprès des équipes soignantes concernées. Il convient donc :

- D'inciter à la mise en oeuvre d'évaluation des différentes stratégies thérapeutiques, de leurs rapports bénéfice–risque, de leur efficacité et de leurs coûts.
- De valoriser la démarche de certification des établissements de santé.
- D'engager les professionnels à inscrire leurs pratiques dans le cadre d'une véritable formalisation des modes d'interventions.

### **2-1-2. Le bon usage du médicament**

La plupart des informations disponibles appellent l'attention sur la consommation des psychotropes en France, qui demeure l'un des pays en Europe où leur consommation est des plus importantes. L'étude réalisée à partir de l'enquête décennale santé 1991, indiquait déjà que 11,3 % de la population adulte avait consommé régulièrement un ou plusieurs

psychotropes sur une période d'au moins 6 mois, dont 7,3 % un anxiolytique, 3,6 % un hypnotique, 2 % un antidépresseur et 0,7 % un neuroleptique.

Dix ans plus tard, l'étude de la CNAMTS « Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine » publiée à partir des données nationales MEDICAM, indique qu'en 2000, près d'un quart de la population du régime général a bénéficié du remboursement d'au moins un médicament psychotrope (anxiolytiques 17,4 %, antidépresseurs 9,7 %, hypnotiques 8,8 %, neuroleptiques 2,7 %, lithium 0,1 %), et souligne une évolution croissante de la prescription avec l'âge. De plus, 150 millions de boîtes de médicaments psychotropes ont été remboursées par l'assurance maladie en 2002 pour les assurés du régime général (hors fonctionnaires et étudiants), en majorité prescrites par un médecin généraliste.

Ainsi, pour les psychotropes les plus couramment prescrits en pratique libérale, on constate que :

- Pour les anxiolytiques et les hypnotiques : les durées de prescriptions remboursées excèdent 4 à 12 semaines dans 40 % des cas au cours de l'année 2000, ce qui est en contradiction avec les recommandations médicales (ANAES 1995).
- Pour les antidépresseurs : les remboursements uniques concernent près d'un tiers des personnes traitées, en contradiction avec l'autorisation de la mise sur le marché ; le taux mesuré de consommateurs d'antidépresseurs (9,7 %) est bien supérieur au taux de prévalence de la dépression estimée en France à 4,7 % sur une

année, avec une nette augmentation de la consommation notée entre 2001 et 2002.

- Pour les antipsychotiques atypiques : une forte croissance a été constatée entre 2001 et 2002 (+13%) (42).

Plus qu'une surconsommation de psychotropes, on constate surtout une inadéquation entre les durées de prescription et les pathologies traitées, malgré les recommandations de bonnes pratiques et les outils conventionnels existants : Autorisations de Mise sur le Marché en vigueur et guide national des prescriptions Vidal (GNP), Recommandations de bonnes pratiques de l'ANAES et de l'AFSSAPS (actualisation en cours), Accords de bon usage des soins (AcBUS) et contrats de bonnes pratiques (CBP), Références internationales consensuelles (Practice guidelines of American psychiatric association, Expert consensus guidelines series).

Ces constatations résultent, en partie, d'une non-appropriation par les professionnels de santé des recommandations ou guides de bon usage des soins, conduisant à des prescriptions injustifiées ou inadéquates. En effet, les messages véhiculés par la promotion industrielle ne sont pas à ce jour équilibrés par une information indépendante du médecin prescripteur. Les médecins généralistes de premier recours représentent 70 à 75 % des prescripteurs d'antidépresseurs et d'anxiolytiques/hypnotiques ; tandis que pour le suivi spécialisé en libéral, les prescriptions d'antidépresseurs ne représentent que 17 % et celles d'anxiolytiques et hypnotiques respectivement 9,5 et 10,6 %.

L'objectif consiste à renforcer la qualité des pratiques des professionnels de santé et le bon usage des médicaments, en facilitant l'appropriation des recommandations en vigueur et en diffusant une information indépendante.

## **2-2. Amélioration de l'information**

Il consiste à consolider le système d'information sur l'activité en psychiatrie, et généraliser le recueil d'informations médico-économiques dans des conditions acceptables pour les établissements.

### **2-2-1. Le recueil généralisé d'information médico-économique**

Il n'existe pas encore, en psychiatrie, de recueil généralisé d'informations médico-économiques à vocation d'allocation budgétaire. Pour permettre une telle généralisation, une expérimentation doit être conduite au sein des établissements. Cette expérimentation va permettre de finaliser le contenu et la forme d'un recueil d'information médico-économique pertinent pour la psychiatrie. Ce recueil d'information est indispensable pour le financement des établissements par la valorisation de l'activité en psychiatrie.

### **2-2-2. Consolidation de système d'information sur l'activité en psychiatrie**

Des informations sur le système de soins et d'accompagnement médico-social en psychiatrie (activité et moyens), sont disponibles au travers de plusieurs sources d'information.

L'objectif est de permettre l'élaboration et le suivi des politiques de santé, en mettant à la disposition des décideurs des informations pertinentes sur la

répartition et l'évolution de l'offre de soins au regard des caractéristiques de la population.

Il s'agit des enquêtes réalisées au sein des établissements (SAE, rapports annuels de secteurs, enquête établissements sociaux...), des données sur les professionnels de santé hospitaliers et libéraux (à l'exclusion encore notable des psychologues libéraux), des données recueillies par l'assurance maladie pour le remboursement des prestations de soins, des données colligées dans les rapports d'activité annuels ou d'enquêtes, réalisées ponctuellement pour un objectif précis. Ces sources d'information sont hétérogènes et dispersées et ne permettent pas de bien mesurer les articulations des pratiques dans les champs sanitaire et médico-social.

Enfin, pour caractériser les patients suivis (pathologies, données socio-démographiques), le recueil de la valorisation de l'activité présentée ci-dessus, devrait, au prix d'améliorations techniques (chaînage des prises en charge notamment), être une source de données très attendue.

### **2-3. Une recherche développée**

Dans le domaine de la psychiatrie, la recherche clinique, l'épidémiologie et la recherche en sciences humaines et sociales ne sont pas suffisamment développées et doivent faire l'objet d'un soutien prioritaire. De plus, l'absence d'interfaces entre les domaines plus fondamentaux et ceux qui sont à développer est tout à fait dommageable, notamment dans la production conjointe de connaissances indispensables dans l'évolution du savoir en santé mentale.

#### **2-3-1. Promotion de la recherche clinique**

Les grands pays occidentaux disposent d'un institut de recherche spécifique en Psychiatrie, comme le Karolinska (S), le Max Planck(A), le London Institute of Psychiatry (UK) ou le NIMH (USA) où exercent de nombreux chercheurs. Par exemple, il y a deux fois plus de chercheurs et d'hospitalo-universitaires à l'Institut de Psychiatrie de Londres que de chercheurs et de PU-PH en psychiatrie dans toute la France, alors que la densité de psychiatres y est quatre fois plus importante (43).

C'est par la recherche clinique et psychopathologique que les progrès en neuro-biologie peuvent trouver leurs applications en psychiatrie. Ainsi, le nécessaire interface entre la pratique médicale et la recherche fondamentale. Si la recherche en sciences fondamentales nécessite de gros investissements matériels, la recherche clinique a surtout besoin de collaborateurs. Or il y a une désaffection des psychiatres en formation pour la recherche et un investissement modeste des psychologues pour cette activité en France; alors que, dans les pays anglo-saxons, les publications en psychiatrie résultent autant des MD que des PhD. Il y a donc des difficultés croissantes à trouver des professionnels impliqués et/ou formés à la recherche en psychiatrie pourtant très consommatrice de temps (plusieurs heures pour le moindre entretien semi-structuré).

### **2-3-2. Développement de l'épidémiologie en santé mentale**

L'épidémiologie en psychiatrie reste encore très peu représentée, puisque, hormis quelques membres d'équipes ou d'unités et chercheurs impliqués personnellement dans ce champ ainsi que des hospitalo-universitaires concernés, aucune structure spécifiquement dévolue à cet axe

n'existe. L'intérêt de développer l'épidémiologie en psychiatrie, se situe sur divers axes :

- Rompre l'isolement des professionnels concernés par la santé publique appliquée à la santé mentale : cliniciens pour les investigations, chercheurs psychiatres pour les spécificités de la discipline, chercheurs en sciences humaines pour les implications sociologiques ou psychologiques, méthodologistes et biostatisticiens spécialisés dans la mesure subjective, réseaux institutionnels habilités à produire des statistiques hospitalières ou à assumer la surveillance sanitaire, collaborations multicentriques nationales par le réseau des ORS,...etc.

- Coordonner les ressources en épidémiologie psychiatrique afin

- d'améliorer :

- La surveillance épidémiologique de l'évolution de la prévalence des troubles mentaux.

- La veille sanitaire sur les phénomènes psycho-pathologiques émergents, et l'évaluation des besoins pour la planification sanitaire.

- L'identification des facteurs de risque pour une action de prévention sur les déterminants de la santé.

- La formulation d'hypothèses pour la recherche fondamentale

- (génétique,

- neurobiologique).

- L'évaluation (y compris médico-économique) des stratégies thérapeutiques et des politiques de prévention.

- L'observation des consommations addictives (tabac, alcool, drogues...).

- L'identification des données psycho-pharmaco-épidémiologiques.

- La certification de méthodes de soin non médicamenteuses.
- Favoriser la complémentarité des expertises, autorisant une approche multidisciplinaire, sans pour autant que les partenaires se sentent en compétition compte tenu de l'immensité du champ allant de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'adulte et à la psychogériatrie, de l'épidémiologie analytique à l'épidémiologie descriptive, de la planification sanitaire à l'évaluation des stratégies thérapeutiques, du quantitatif au qualitatif, de la population générale aux populations spécifiques (exclus, détenus, victimes).

### ***3. Evaluation des pratiques professionnelles en psychiatrie***

L'évaluation des pratiques professionnelles ne pose problème en psychiatrie que dans la mesure où les référentiels, proposés par l'ANAES, ne sont pas reconnus comme une « norme » de comparaison acceptable par l'ensemble de la profession. L'enjeu est donc de faire de l'obligation législative d'évaluation des pratiques professionnelles une opportunité pour la discipline psychiatrique, en élaborant des « standards » de prise en charge dans lesquels les praticiens se reconnaîtraient.

L'élaboration de tels standards se heurte à l'absence, propre à la psychiatrie, d'une « épistémologie du soin » contrastant avec une épistémologie clinique d'une très grande richesse. La qualité des référentiels qui seront finalement retenus comme « norme » de comparaison, est désormais sous la responsabilité des praticiens. Sans leur engagement, ceux-ci pourraient se voir imposer des normes de qualité dont l'élaboration

se fera en dehors d'eux, sans doute, « faute de mieux », par l'application des données de la littérature la plus scientifique.

L'évaluation, selon les termes de la HAS (44), impose une comparaison de la pratique de chaque professionnel, de chaque structure ou dispositif, avec une pratique considérée comme une pratique de référence : « analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la HAS, incluant une mise en oeuvre et le suivi d'action d'amélioration des pratiques ». La question posée à la psychiatrie est celle du contenu de ce qui sera posé comme la pratique de référence et de la méthode de validation des propositions émises.

À ce jour, l'Evidence Based Medicine, qui a représenté la méthode pour élaborer le contenu des pratiques de référence, a montré ses limites. Les leçons à tirer de cette démarche reposent autant sur les limites rencontrées que sur les principes qui ont permis de poser l'évaluation dans un cadre méthodologique précis. L'application de propositions thérapeutiques issues de la recherche appliquée, en situation réelle, ne va pas de soi, mais il est nécessaire d'intégrer les données de la recherche appliquée pour élaborer des standards de prise en charge. Aussi, ni la justification d'une pratique par la seule théorie ni la notion « d'accord professionnel » ne constituent une « preuve » de la pertinence de cette pratique, ce qui est trop souvent la règle aujourd'hui. Pourtant la nécessité s'impose d'offrir une validation des stratégies thérapeutiques constituant « la norme », mais celle-ci ne peut se satisfaire d'une modalité de validation du type « situation de laboratoire ». Les référentiels de prise en charge qui seront posés, comme cadre thérapeutique de comparaison, sont l'enjeu de toute cette démarche

d'évaluation. Cependant, la psychiatrie, plus que toute autre discipline médicale, montre à ce jour d'importants obstacles à la constitution d'un savoir thérapeutique unifié, qui pourrait constituer ce cadre thérapeutique de comparaison. Ces obstacles ne pourront pas être levés sans une volonté et un engagement de tous les acteurs de la discipline.

Pour relever cet enjeu, il est important de ne pas diaboliser cette notion de

« pratique de référence », dont la principale vertu, est d'imposer au praticien d'explicitier ses choix thérapeutiques. Dans la démarche de qualité qui convient à l'EPP, l'essentiel est d'inviter les praticiens à argumenter leurs choix thérapeutiques et ainsi, de contribuer à améliorer les référentiels eux-mêmes. Cette proposition permet de poser le caractère évolutif que doit garder le référentiel, c'est-à-dire que si, dans une démarche de qualité, les pratiques professionnelles doivent être comparées à une « norme », les « référentiels » eux-mêmes doivent être validés par la pratique réelle, sous peine d'enfermer les pratiques professionnelles dans des cadres fixés contrevenant à la notion même de qualité.

### **3-1. Place des « référentiels » dans la structuration de l'offre de soins**

Dès aujourd'hui, la formation professionnelle (formation médicale continue) est réintégrée au sein de la HAS. Elle sera désormais structurée autour des référentiels de bonnes pratiques, et permettra de ce fait de diffuser ceux-ci auprès des praticiens.

L'information au grand public s'appuiera largement sur le contenu dit « scientifique » des référentiels. À ce titre, le public pourra apprécier la qualité

des prestations qui lui seront proposées et participer, comme acteur des soins, à sa propre prise en charge. Ainsi, la question n'est plus aujourd'hui d'être « pour ou contre » de l'existence de référentiels de prise en charge en psychiatrie. L'enjeu est de construire des référentiels qui soient adaptés à cette discipline et qui conservent un aspect évolutif.

La construction de référentiels doit être distinguée d'une démarche de recherche. J.-M. Daniel souligne bien cette différence dans un article paru dans le « Quotidien du Médecin » en date du 9 mai 2005. Dans cet article, il distingue « les recommandations qui visent à mettre en place des standards de pratiques définissant ce qu'il est approprié et inapproprié de faire dans une situation clinique donnée, et la critique des données scientifiques et médicales disponibles que se donne pour objectif les expertises collectives ». Nous déduisons de cette distinction essentielle que l'évaluation des pratiques professionnelles est à la pratique ce que la recherche appliquée est à la théorie.

### **3-2. Un exemple d'élaboration de référentiels adaptés à la psychiatrie : le projet Prat Psy**

Partant des constats suivants, le GIRP (Groupement d'intérêt pour la recherche en psychiatrie), association « la loi 1901 » créée par le service de psychiatrie du Centre hospitalier de Versailles, a décidé de créer un département spécifique « Évaluation des pratiques professionnelles », dénommé Prat Psy.

La mission du dispositif Prat Psy est d'élaborer des référentiels de prise en charge en s'appuyant sur les référentiels ou les recommandations de

pratiques cliniques disponibles, ou en les construisant de novo pour des situations cliniques que les praticiens souhaiteraient renseigner (conditions d'adressage par un médecin généraliste à un psychiatre, critères d'hospitalisation en psychiatrie en situation d'urgence...etc.). Dans tous les cas, une validation (retour sur décision) par la pratique (suivi coordonné des patients relevant de la thématique retenue) du rationnel proposé est réalisée.

Deux postulats sont à l'origine de notre démarche :

- Aucun patient ne peut se laisser réduire à notre regard clinique, aussi large et perspicace soit-il. Cette seule évidence devrait nous permettre d'accepter la réduction opérée par notre regard de soignant. En psychiatrie nous savons que le pouvoir de guérison n'appartient qu'au patient et que notre intervention sera thérapeutique si nous savons lui proposer le levier de changement dont il pourra se saisir pour « se guérir ». La représentation que nous nous faisons du patient repose donc sur nos références en matière de soin. La question à laquelle nous allons répondre ne peut donc trouver de réponse que dans la connaissance que nous avons des leviers de changement.
- La question est : Quel est le levier de changement le plus adapté à la situation clinique présentée, à ce moment de son évolution, par le patient ? Quels en sont les risques et les conséquences éventuelles ? Quels en sont les attendus ? Quelle en est la faisabilité ? Quels sont les « marqueurs » cliniques permettant d'orienter vers cette technique de soins, c'est-à-dire quelles sont les variables d'observation clinique qui signalent les processus sous-jacents sur lesquels le traitement va agir et que la théorie de cette pratique décrit ?.

Le projet Prat Psy repose sur deux principes méthodologiques :

- La nécessité d'une confrontation pluri-professionnelle large pour élaborer des référentiels de prise en charge adaptés aux patients relevant de la psychiatrie. Cette concertation permet, d'une part une lecture critique de la littérature (incluant non seulement les recommandations disponibles, qui reposent souvent sur les seules références biomédicales, mais également les articles et ouvrages en référence avec la thématique étudiée), d'autre part une prise en compte des acquis de l'expérience de chacun des métiers impliqués dans le suivi des patients psychiatriques.
- Une validation, par la pratique réelle, des propositions de prise en charge élaborée lors de la phase précédente par un suivi rigoureux des patients. Là encore, l'implication dans ce suivi de l'ensemble des acteurs y participant est importante. L'explicitation des soins effectivement apportés au patient comme le suivi d'indices cliniques, en lien avec les attendus de la prise en charge, doivent être renseignés.

Ainsi, ce projet se donne pour objet l'élaboration concertée entre plusieurs équipes françaises de référentiels de prise en charge sur des questions d'intérêt en matière de stratégies thérapeutiques.

### **3-3. Méthodes d'évaluation des systèmes de soins en psychiatrie**

L'évaluation des systèmes de soins en psychiatrie représente un véritable défi méthodologique quand on examine les dernières données de la littérature. Plusieurs courants de pensée existent et, plutôt que de s'affronter, vont dans des directions divergentes. On peut distinguer un axe épidémiologique, qui donne la primauté à une évaluation préalable des besoins de soins, se fondant sur la morbidité dans la population générale et l'évaluation des besoins de soins des patients utilisant le système de soins.

Cet axe peut être articulé avec les approches plus cliniques, voire clinimétriques, à la recherche des changements de santé induits par les actions thérapeutiques. Un autre courant est issu de l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins avec d'un côté, l'évaluation des pratiques professionnelles, et de l'autre l'évaluation des organisations avec les systèmes d'accréditation, dont la tendance est de mettre l'accent de plus en plus sur les indicateurs de résultat après avoir insisté pendant des décennies sur les indicateurs de structure et de processus (45).

En raison de pressions souvent externes aux courants précédents, essentiellement les payeurs et les consommateurs de soins, une forte évolution se fait en faveur d'une évaluation centrée sur le patient en lui donnant la parole pour apprécier la façon dont il a été soigné et jugée le résultat obtenu. Ces faits ne sont pas spécifiques à la psychiatrie, mais la psychiatrie est au coeur de cette évolution, la littérature de ces dernières années apportant de nombreuses preuves et exemples de cette évolution rapide des idées dans ce domaine.

### **3-4. Modèles de l'évaluation**

Évaluer revient à mesurer et à comparer. De ce fait, il est nécessaire de définir à la fois l'objet de la mesure, le référentiel de comparaison et la méthode de mesure. À ce jour, le manque paraît être plus présent pour définir l'objet de la mesure, alors que les référentiels sont de plus en plus nombreux, ainsi que les méthodes publiées ces dernières années dans des ouvrages de référence (45). Nous envisageons seulement quelques modèles d'évaluation, sans que leur cohérence sur le terrain ne soit toujours trouvée. En effet, évaluer ne se fait pas spontanément. Il faut en général des pressions internes et/ou externes au système dont la nature peut varier et conditionner un type plus particulier d'évaluation, sans que les étapes méthodologiques préalables aient été totalement franchies. Il semble ainsi difficile d'évaluer les résultats du soin sans connaître les besoins de soins.

#### **a. Évaluation des besoins**

Un large consensus existe à ce jour entre les cliniciens et les planificateurs pour que les services de santé mentale soient organisés en fonction des besoins de santé à couvrir, aussi bien au niveau individuel que collectif. En pratique, cette étape préalable est de réalisation difficile, nécessitant à la fois de définir les besoins auxquels il semble licite et possible de répondre et de disposer des méthodes adéquates.

Actuellement, il n'existe pas d'accord sur la façon dont les besoins doivent être évalués. De nombreuses définitions des besoins en santé et en santé mentale ont été proposées en fonction de l'état de santé lui-même, de l'existence de possibilités de traitement et aussi de la demande explicite de soins. Comme dans les autres disciplines, il peut exister des demandes sans besoin et des besoins sans demande. Une évaluation des systèmes de soins

en psychiatrie suppose que les besoins soient définis et mesurés pour apprécier les écarts entre la couverture des soins souhaitée et celle réalisée.

Des distinctions peuvent être faites entre la morbidité diagnosticable, la morbidité diagnostiquée, la morbidité ressentie. Aussi bien pour les besoins individuels que pour les besoins d'une communauté, de nombreuses étapes peuvent être identifiées entre le besoin et la réponse.

Si ces étapes montrent la complexité du processus de prise en charge, une simplification est souvent utilisée en retenant seulement trois éléments : le besoin, la demande et la réponse offerte. Le besoin est défini sur des critères établis par les professionnels, la demande est définie par les patients et la réponse correspond aux soins réellement délivrés. Les nombreuses possibilités de recouvrement ou non sont possibles entre les trois niveaux, telles que celle d'un besoin de soins alors que le patient refuse les soins ou encore celle d'une consommation de soins qui peut être sans demande ou sans besoin.

La difficulté réside dans le choix des seuils pour définir les besoins, et des moyens mis en oeuvre pour faire émerger la demande. De plus, un besoin de soins défini par un professionnel peut ne pas être rempli et remplacé par une réponse acceptable par le patient.

Dans le champ de la santé mentale, comme dans d'autres domaines, le besoin est défini comme l'écart entre les besoins de soins d'une population et les services de soins actuellement offerts. Pour Lehtinen et al en 1990, cités par Thornicroft (46), un besoin correspond à niveau inadéquat de soins pour la sévérité du trouble.

## **b. Évaluation des résultats cliniques**

Aussi bien pour les cliniciens que pour les épidémiologistes, l'évaluation des résultats est la seule évaluation qui présente un intérêt majeur. Ni l'évaluation des processus de soins, ni la description des caractéristiques des patients traités, ni la qualité de l'organisation ne pourraient remplacer l'évaluation des changements cliniques.

En raison des difficultés de l'implémentation des tels systèmes d'évaluation et de leur rareté, de nombreux auteurs et organisations en font la promotion, rappelant qu'il est impératif de se centrer sur la personne qui est le coeur de tous les efforts de soins (47). Cette demande des cliniciens est reprise par les organismes d'accréditation des établissements de santé tels que la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), qui en font un élément essentiel des programmes d'amélioration continue de la qualité des soins (48). En effet, quelle confiance peut-on accorder à un système d'évaluation qui ne se préoccuperait que d'améliorer la structure et son organisation sans vérifier que cela se fasse au profit des patients? Si cette volonté est reprise dans le système d'accréditation de plusieurs pays, c'est en grande partie dû à la pression exercée par les acheteurs de soins et les associations de consommateurs. De ce fait, l'évaluation du résultat clinique se fait dans une double perspective, celle des soignants et celle des patients.

Pour devancer cette évolution, un groupe de travail, sponsorisé par la Johns Hopkins University et la National Alliance for the Mentally Ill, a élaboré 12 principes pour l'évaluation du résultat en psychiatrie.

Parmi ces principes :

- Les outils d'évaluation des résultats doivent avoir une validité et une fiabilité démontrées, et doivent être sensibles à la survenue des changements cliniques importants.
- Les évaluations des résultats doivent inclure toujours le point de vue du patient, leur recueil auprès des soignants et des membres de la famille pourrait augmenter les informations.
- Les évaluations des résultats doivent inclure la santé globale et la santé mentale.
- Les outils d'évaluation des résultats doivent mentionner la nature des traitements, et dans quelle mesure ils ont été reçus afin de comprendre la relation entre les résultats et les traitements.
- Les outils d'évaluation des résultats doivent inclure une information générique et spécifique qui prédit les résultats attendus ; cette information pronostique doit inclure les caractéristiques de la sévérité, qui sont associées avec le choix ou la réussite du traitement.
- Les systèmes d'évaluation du résultat doivent entraîner une charge minimale pour les répondants et doivent être adaptés aux différents systèmes de soins.
- L'évaluation des résultats des patients qui arrêtent prématurément les soins est aussi importante que les résultats de ceux qui sont encore en traitement au moment de l'évaluation de suivi.

## **4. Difficultés et Obstacles de la démarche qualité en psychiatrie**

La psychiatrie présente un certain nombre de particularités concernant la nature des pathologies, l'origine des troubles, les processus et les modalités de la prise en charge, ce qui va présenter une difficulté à identifier et valoriser l'effet des démarches qualité.

### **4-1. Les obstacles pour constituer un savoir thérapeutique unifié**

Les théories en psychiatrie ont toujours privilégié une épistémologie clinique, théorie de l'homme malade, plutôt qu'une théorie des pratiques de soins, autrement dit une épistémologie du soin. Les tentatives de certains auteurs, comme H. Ey, d'élaborer une théorie générale de la psychiatrie, regroupant l'ensemble des données acquises de manière régionale pour les subsumer dans une théorie intégrative, ont certes offert une théorie de l'objet psychiatrique mais n'ont pas permis d'offrir à la pratique psychiatrique un modèle satisfaisant pour guider les pratiques (49).

Il se pourrait bien que l'enjeu de la psychiatrie, pour demain, réside dans sa capacité à poser le cadre d'une épistémologie du soin, fixant les conditions de possibilité d'un savoir thérapeutique unifié.

À ce jour, à chaque théorie du fait psychiatrique répond une clinique spécifique et une approche thérapeutique dont la seule visée est de s'étendre en se « montrant supérieure » aux autres. Malheureusement, beaucoup

d'études ne répondent pas à la pertinence clinique pour réellement démontrer l'efficacité des techniques étudiées.

Cependant, l'évaluation des pratiques professionnelles se situe en dehors du cadre strict de l'évaluation des techniques de soins (quelles soient médicamenteuses ou psychologiques) et des méthodes pour en confirmer l'efficacité, c'est-à-dire pour prétendre figurer dans l'arsenal thérapeutique de la psychiatrie.

L'EPP permet de répondre aux prises de décisions des professionnels et d'assurer à l'ensemble des patients une prise en charge que la discipline admet comme la norme, c'est-à-dire la stratégie de soins à ce jour la plus pertinente en regard du savoir mais également de l'expérience acquise (50).

Ce passage d'approches théoriques de la clinique à une clinique du soin imposera sans doute, aux différents savoirs constitués, une redéfinition des concepts de base d'une théorie de la psychiatrie orientée vers la prise de décision thérapeutique.

Toute discipline médicale pose son identité sur ses techniques de soins et son influence s'appuie sur l'importance de son arsenal thérapeutique et une bonne connaissance de l'usage qui doit en être fait. L'acte de naissance de la psychiatrie dans le champ de la médecine se confond ainsi avec ce qui l'inscrit dans sa mission, qui est celle de soigner.

Il est classique de dire que la psychiatrie, à l'inverse des autres disciplines, a accumulé des outils de traitement en l'absence de toute connaissance sur l'origine des troubles qu'elle avait à traiter. Mais la psychiatrie n'est pas la seule discipline médicale dans laquelle l'origine des troubles reste mystérieuse. Cette méconnaissance n'a pas empêché l'accumulation de

savoirs techniques, dans les autres disciplines, selon une approche pragmatique du soin.

À cette position pragmatique de la médecine visant à accumuler les savoirs thérapeutiques, la psychiatrie qui est souvent trop fascinée par une visée plus philosophique que praticienne, s'est éloignée d'une épistémologie du soin qui définit toute discipline médicale. Aujourd'hui encore, le traitement est plus souvent utilisé comme prétexte pour construire et étayer diverses théories du sujet plutôt que comme un levier thérapeutique.

Si les débats au sein de la psychiatrie ont fait en partie sa richesse, ils l'ont éloignée de son objet strictement médical, celui de la pratique des soins. Les risques sont pourtant majeurs, en l'absence d'un engagement plus radical des praticiens dans la construction de leurs références en matière de pratiques de soins, de se voir imposer des normes de qualité dont l'élaboration se ferait en dehors des praticiens, c'est-à-dire se réduirait à l'application des données de la littérature la plus scientifique. Nous retrouvons là la nécessaire distinction entre l'EPP, reposant sur l'élaboration de « normes évolutives » de pratiques, et la recherche clinique.

Il faut rappeler que l'Evidence Based Medicine a été, en son temps, la seule méthode visant à imposer un consensus là où les professionnels résistaient à le faire. S'appuyant sur des arguments scientifiques, donc non contestables, cette approche a permis d'imposer l'idée d'une norme, même si, du laboratoire à la situation réelle, l'écart a rapidement pu être souligné.

L'enjeu pour la psychiatrie ne se limite pas, à l'instar des autres disciplines médicales, à tenter de passer d'une Evidence Based Medicine à une « Practice Based Medicine ». L'enjeu est également de ne pas se laisser

aveugler par l'importance des données susceptibles d'être recueillies grâce à une approche biomédicale des troubles et de préserver, dans une approche globale du soin, l'ensemble des acquis de la discipline. Cela signifie qu'il importe tout autant de situer les données biomédicales dans la prise en charge psychiatrique que de situer l'apport des données issues de la théorie psychanalytique ou des autres courants théoriques. À cet égard, une position psychanalytico-centrée serait tout aussi incapable de résumer les pratiques en psychiatrie qu'une position neurobio-centrée.

Le risque est de retomber dans la constitution de standards de prise en charge sur des querelles de chapelle. La meilleure garantie pour échapper à ce risque est d'inscrire l'élaboration de référentiels dans une concertation pluri-professionnelle autour de prises en charge réelles de patients, et de se doter de mesures de validation des « standards » proposés dans un suivi de leur devenir intégrant l'ensemble des acteurs y participant.

L'évaluation des pratiques professionnelles doit avant tout se doter de rationnels de prise en charge adaptés à la pratique réelle, qui puissent constituer des « fondamentaux » du soin en psychiatrie. Dans une démarche de qualité, l'évaluation de pratiques impose aux professionnels de formaliser et d'argumenter leur prise en charge, d'en suivre plus rigoureusement les effets, et de s'ajuster aux données issues de la pratique réelle. L'élaboration de référentiels en psychiatrie, comprise comme l'application d'une démarche de qualité, doit se penser comme un « retour sur décision de soins ».

## **4-2. Le scepticisme des professionnels sur la possibilité d'évaluer leurs pratiques**

La diversité des prises en charge psychothérapeutiques et chimiothérapeutiques et la multiplicité des référentiels théoriques, entraînent une difficulté à standardiser les pratiques en psychiatrie, et de ce fait, modérer la possibilité de les évaluer.

### **a. La discipline psychiatrique favorise l'autonomie et accentue le manque de coordination et d'échange sur les pratiques**

A côté de l'utilisation croissante des psychotropes dont la découverte reste récente, le dialogue et l'écoute restent les outils de soins privilégiés. La diversité des prises en charge psychothérapeutiques et chimiothérapeutiques favorise un choix qui est fonction de l'orientation clinique du praticien. La spécialisation de chaque service est pérenne puisque le chef recrute ses élèves en fonction de son orientation.

L'abord psychanalytique prédominant dans la psychiatrie française jusqu'à l'avènement des premiers psychotropes, est par essence fondé sur la relation individuelle et n'est pas reproductible ni évaluable, ce qui n'est pas le cas d'autres thérapies ou des traitements pharmacologiques. Les psychothérapies analytiques prédominent dans les services de psychiatrie sectorisés. La pratique médicale y est plus autonome que dans les services hospitalo-universitaires. Dans ces derniers, l'enseignement des étudiants en médecine favorise la coordination des praticiens et l'évaluation des prises en charge (51).

De plus, l'imperfection des processus de classement des diagnostics et des traitements ainsi que les pathologies associées (problèmes neurologiques et psychiatriques par exemple), ne favorise pas le croisement des compétences dans le domaine de la recherche médicale : les pathologies au croisement de plusieurs spécialités (démence par exemple) ne sont étudiées que de manière mono-disciplinaire (52).

Par ailleurs, jusqu'en 1984, les psychiatres étaient issus de trois formations différentes : le certificat d'études spécialisés de psychiatrie, l'internat des hôpitaux psychiatriques et l'internat de Paris. Cette diversité ne favorisait pas l'homogénéité des pratiques de soins et des modes de prise en charge. Désormais, ils suivent une formation uniforme et passent un concours unique.

De même, la distinction entre infirmiers psychiatriques et infirmiers diplômés d'état suivant des cursus de formations différents, existait jusqu'en 1994. Les infirmiers avaient en effet une formation allégée sur les soins somatiques. Or ceux-ci font plus souvent l'objet d'une mise standardisation que les soins psychiques.

## **b. La difficulté à standardiser les pratiques**

Les standards ne valent que s'ils font l'objet d'une acceptation consensuelle. Or, en psychiatrie, les comportements et les connaissances sont sujets à discussion. (53)

Les options de soins, lorsqu'elles sont définies, diffèrent selon les écoles, notamment en ce qui concerne les psychothérapies.

Au cours du 20ème siècle, « les psychiatres, notamment français, ont construit nos connaissances concernant les grandes maladies mentales et leurs thérapeutiques. Beaucoup reste à faire, en particulier le démantèlement du groupe hétérogène des schizophrénies, des maladies dépressives et anxieuses, des détériorations intellectuelles» (54). Les apports de la biologie et de la génétique dans la compréhension des dysfonctionnements intrapsychiques sont prometteurs mais restent à développer. La planification des traitements et le contrôle ou l'évaluation des résultats est encore peu développée.

En outre, au plan paraclinique, l'établissement du diagnostic est rendu difficile par l'absence d'examen et l'importance de l'aspect relationnel. « L'absence d'examen confirmant ou infirmant le diagnostic (...), explique la difficulté à distinguer angoisse ordinaire et maladie de l'anxiété, réaction psychologique douloureuse et maladie dépressive, originalités et bizarrerie,..etc. » (55). L'orientation diagnostique repose souvent sur un facteur d'incertitude lié d'une part à la personnalité, à l'expérience du thérapeute et d'autre part au degré d'analyse, à l'émotivité, à l'expressivité du patient quant à ses symptômes (56).

L'importance de l'aspect relationnel limite donc les possibilités de standardisation des soins et de mesure des résultats.

Par conséquent, l'évaluation des pratiques existe peu dans certains services et revêt peu de crédibilité auprès de certains professionnels. Le contrôle réalisé par les tribunaux désignant des experts chargés de vérifier

que les pratiques ont été réalisées dans les « règles » de l'art est lui-même contestable au vu du nombre de contre-expertises réalisées.

### **c. La tolérance**

La tolérance des professionnels aux déviances et aux dysfonctionnements internes à l'organisation du service est accrue en raison de la diversité des comportements des patients pris en charge. La multiplicité des référentiels théoriques favorise également un certain flou dans l'approche du patient, et ce d'autant que beaucoup d'entre eux ne sont pas validés au plan scientifique. Par exemple, la plupart des hypothèses psychodynamiques ne peuvent pas être démontrées par des essais thérapeutiques.

Par ailleurs, la prise en charge de sujets présentant des troubles psychiques nécessite que les membres de l'équipe aient eux-mêmes résolus leurs propres difficultés éventuelles. Si tel n'est pas le cas, la projection de leurs problèmes dans ceux évoqués par les patients ne permet pas la distance nécessaire pour proposer des soins adaptés.

## **5. Amélioration de la qualité des soins en psychiatrie**

La maladie mentale est associée à une morbidité et une mortalité élevées. L'amélioration des soins au malade mental devient une priorité de santé publique. Le niveau général, plutôt médiocre, de la qualité des soins prodigués au malade mental, demeure, dans la plupart des pays, un problème préoccupant de santé publique (57).

Des soins peu conformes aux recommandations et directives, basées sur des preuves et des consensus, ont été documentés au cours de la prise en

charge de nombreuses pathologies psychiatriques. Il a été aussi rapporté que les soins médicaux physiques fournis aux malades psychiatriques sont, en général, d'une qualité inférieure à ceux délivrés aux malades indemnes de troubles mentaux. Ces disparités s'observent dans la plupart des spécialités médicales.

Le problème est d'autant plus préoccupant que les troubles somatiques chez les malades psychiatriques sont fréquents, et parfois graves. Plusieurs facteurs contribuent, en effet, à la vulnérabilité des malades : la mauvaise hygiène de vie, les troubles du comportement alimentaire, les dépendances tabagiques, alcooliques et la toxicomanie, les tentatives d'autolyse et l'auto-agressivité, et les effets secondaires des médicaments, parfois prescrits à de fortes doses et pendant une longue période. L'association, fréquente, à un terrain immunogénétique particulier, favorise l'éclosion de certaines affections, en particulier immunologiques, endocriniennes et neurologiques (diabète sucré, hypothyroïdie et hyperthyroïdie, épilepsie, débilité mentale).

L'une des conséquences de l'inégalité des soins est une augmentation de la morbidité et de la mortalité dans la population des malades mentaux, directement corrélée aux troubles psychiatriques, aigus ou chroniques, et leur sévérité, quelle que soit leur origine.

### ***5-1. La participation du malade aux soins***

Plusieurs actions ont été proposées dans le but d'améliorer la qualité des soins aux malades psychiatriques. Cette qualité ne peut être préservée sans le respect des principes d'une médecine centrée sur le malade.

La participation du patient à la décision médicale et le respect de ses choix et de ses préférences sont en effet deux conditions essentielles pour garantir son observance du traitement. Cependant, de nombreux médecins sous-estiment les capacités du malade mental à discuter les options et la stratégie thérapeutiques de sa maladie. Dans certains cas, où de telles capacités cognitives sont réellement diminuées au cours des démences, par exemple, le médecin se fera assister par une personne assez proche du malade qui l'informerait sur ses options et ses priorités.

### ***5-2. La psychoéducation***

Les médecins et les professionnels de la santé doivent également permettre au patient d'acquérir toutes les compétences nécessaires à une auto-prise en charge. Il s'agit d'une condition essentielle à une bonne qualité de soins. Ainsi, le patient doit être capable de surveiller et d'interpréter correctement les symptômes de sa maladie, d'utiliser ses médicaments avec discernement et d'en connaître les signes d'intolérance ou de surdosage, d'éviter les conduites susceptibles de menacer l'équilibre de sa condition mentale (manque de sommeil, surmenage, stress affectif). Ce but ne peut être atteint que si l'on offre au patient l'encadrement nécessaire. Le contact avec l'équipe soignante doit être aisé et rapide.

Le malade doit aussi pouvoir profiter des ressources communautaires disponibles qui l'aideront à éviter les dérives dangereuses du tabagisme, de l'alcoolisme et de la toxicomanie.

### ***5-3. Amélioration des structures et des méthodes***

Les retards accumulés dans le domaine de la pratique psychiatrique sont également à blâmer dans la qualité, non optimale des soins, actuellement proposés au malade mental. La médecine basée sur des preuves est restée peu développée en psychiatrie. Les consensus thérapeutiques et de prise en charge sont également peu nombreux. L'absence des conduites et attitudes standards, a contribué à gêner tout travail d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins.

L'intégration insuffisante des soins est aussi une des causes de la mauvaise qualité des prestations fournies aux patients psychiatriques. La communication entre la médecine somatique et la médecine psychiatrique est parfois inexistante ou très limitée. Le psychiatre n'ayant qu'une très vague idée des pathologies organiques de son malade, ou les ignorant complètement, et le médecin traitant, généraliste ou spécialiste, étant peu ou pas informé des troubles psychiatriques de son patient.

Le renforcement des liens entre les deux médecines est pourtant essentiel à une optimisation des soins. Il est bien connu que les troubles somatiques peuvent avoir une manifestation psychiatrique, et que les troubles mentaux peuvent se manifester, à leur tour, par une symptomatologie organique, qu'il faut savoir reconnaître. Il est important que les psychiatres aient une bonne

connaissance des manifestations psychiatriques possibles de certaines maladies générales organiques. Certaines études ont rapporté une performance moins bonne, par rapport aux médecins généralistes, des médecins psychiatres dans la reconnaissance de certaines pathologies somatiques à manifestations psychiatriques.

#### ***5-4. Lutte contre la stigmatisation de la maladie mentale***

La stigmatisation de la maladie psychiatrique reste cependant l'un des principaux obstacles à l'amélioration de la qualité des soins prodigués aux patients qui souffrent d'une pathologie psychiatrique isolée ou associée à une pathologie somatique. La stigmatisation est source d'un sentiment d'humiliation, de dépréciation et d'exclusion de la part du malade mental. Ce sentiment peut l'amener à renoncer à solliciter l'aide et les soins dont il a besoin. La stigmatisation s'étend parfois aux proches du malade, à ses amis et même à son médecin.

L'amélioration de la qualité des soins aux malades psychiatriques est une grande et actuelle priorité. Le trouble mental, dont les causes sont diverses, doit être démystifié. Il ne doit plus constituer un prétexte au paternalisme des professionnels de la santé mentale, une attitude en partie responsable de l'apathie, de la passivité et de la résignation de certains patients. Les progrès récents de la neuroscience et de la neuro-imagerie fonctionnelle aideront, sans doute, à abandonner les fausses idées sur la maladie mentale, dont le seul besoin spécifique est notre acceptation et notre bienveillance.

## 6. Les enjeux de la démarche qualité en psychiatrie

La démarche qualité vise à obtenir le meilleur soin possible, au meilleur coût et avec l'efficacité optimale pour le patient, dans un contexte sanitaire et socio-économique donné. Les recommandations pour la pratique clinique fournissent des critères, des référentiels et des procédures permettant d'aboutir au meilleur soin, mais aussi une méthode de formation professionnelle comportant une amélioration de la qualité des informations et de la communication entre praticiens (58).

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) que complète la formation médicale continue (FMC), sont les moyens de satisfaire aux obligations du développement professionnel continu (DPC). Seule une méthode participative pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle, nous permettra d'atteindre les objectifs d'amélioration des soins, prenant en compte les retours d'expérience du terrain, les données de l'EBM, et l'incontournable consensus professionnel.

Pour dynamiser l'évaluation et l'amélioration de la qualité des pratiques de soins, on doit déterminer tout d'abord quels sont les moteurs, et quels sont les freins :

- Les moteurs :

Les moteurs sont constitués par les patients eux-mêmes, les professionnels, les financeurs et les gestionnaires de la santé, qui ont chacun

à leur niveau un motif important de clarifier et de rationaliser les processus de soins.

- Les freins :

C'est d'abord la notion d'évaluation comme sanction qui est très fortement ancrée dans la mentalité depuis l'école primaire, et qui amène chaque praticien à douter de l'importance de ce contrôle. Nous avons par ailleurs un retard important dans l'utilisation des systèmes d'informations, dans la mesure où il n'y a pas encore de données qui ont un sens clinique dans ces systèmes d'informations.

Il résulte des deux points précédents un retard important de la profession médicale à s'approprier la démarche d'amélioration de la qualité des soins.

### **6-1. Les éléments utiles à développer chez le clinicien**

Il s'agit de développer le sens clinique et le savoir-faire diagnostique chez le clinicien, mais aussi sa capacité d'empathie et d'alliance. Il s'agit aussi d'améliorer ses connaissances scientifiques ainsi que son sens de l'auto-évaluation, aussi bien pour ce qui concerne les pratiques que les savoirs.

De plus, nous sommes tous conscients à l'heure actuelle de la nécessité de développer notre ouverture à la coopération et à la concertation pluridisciplinaire et pluri-professionnelle.

Il faut en effet améliorer la faisabilité pour le praticien des différentes démarches qualité en diversifiant les stratégies d'actions. Il s'agit effectivement de développer des méthodologies intégrées à l'exercice professionnel en conceptualisant et en mettant en place des outils et des démarches intégrés à l'exercice professionnel, autrement dit qui ne

s'éloignent pas trop des pratiques en cours, de façon à ne pas gêner l'action du praticien.

Enfin, il faudrait développer les mesures d'impacts versus les bénéfices thérapeutiques qui montreraient l'intérêt des nouvelles pratiques pour le patient et pour la qualité du résultat obtenu.

## **6-2. Evaluation de la qualité des pratiques professionnelles**

On peut considérer que les pratiques professionnelles sont encore extrêmement variables suivant le praticien, sa formation, sa personnalité, son état de santé, son mode d'exercice,...etc. Ces pratiques sont extrêmement variables aussi, selon le contexte sanitaire du territoire considéré.

Il existe encore une extrême variabilité des pratiques selon de très nombreux facteurs socioéconomiques, en particulier ceux qui concernent les populations à risques ou les populations objets des soins. Enfin, elles sont extrêmement variées selon les domaines scientifiques et cliniques, en fonction des données de la science encore extraordinairement fragmentées.

En résumé, les pratiques professionnelles peuvent être considérées comme essentiellement empiriques.

On peut citer quelques exemples d'outils et de démarches d'évaluation :

- Le suivi d'indicateurs avec aide-mémoire.
- L'audit clinique ciblé avec grilles.
- Les revues de pertinence.
- Les revues de morbi-mortalité ou RMM, et les chemins cliniques.
- Les staffs évaluation des EPP ou encore les groupes de pairs/ études de cas.

- Les revues de concertation pluridisciplinaire et pluri professionnelle
- Les recommandations pour la pratique clinique (RCP).

### **6-3. Propositions pour améliorer la qualité des soins en psychiatrie**

La qualité est l'affaire de la psychiatrie avant d'être celle des autorités de santé. Elle doit se développer grâce aux progrès de la recherche clinique et fondamentale, ainsi qu'à la formation participative par l'auto et l'hétéro-évaluation. C'est une nouvelle exigence éthique dans l'engagement et la responsabilité médicale. Elle requiert la participation personnelle de chacun appuyée sur le collectif, sous une forme pluri-professionnelle et pluridisciplinaire.

La démarche qualité redonne ses lettres de noblesse à l'engagement du psychiatre dans son défi contre la maladie. Dans ce cadre, des propositions sont soulevées pour améliorer la qualité des soins en psychiatrie :

- Il faut tout d'abord réaffirmer la volonté des professionnels de s'engager dans la démarche qualité, comme cela a été fait dès 2005 au sein du Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie, ou d'une manière plus théorique et moins pragmatique la Fédération Française de Psychiatrie.
- Il faut approfondir la réflexion stratégique et méthodologique sur la démarche qualité en psychiatrie en fixant collectivement des objectifs d'amélioration réalistes et en se fixant une stratégie claire pour la profession.

- Il faut fédérer et mobiliser les professionnels de tous les exercices (libéraux, salariés, hospitaliers et médicosociaux) dans le but d'établir et de promouvoir la qualité des soins en psychiatrie.
- Il faut respecter la diversité et la richesse des pratiques psychiatriques telles qu'elles s'exercent dans les différents lieux de soins, et reconnaître la complexité de la pensée clinique psychiatrique.
- Il faut redonner à la pratique clinique sa place centrale en se dégageant des seuls niveaux de preuves et des données de la littérature, de façon à mieux aider le praticien à s'approprier la démarche qualité et sa méthodologie.
- Il faut valoriser le savoir lié à l'expérience, autrement dit le savoir-faire, des praticiens en fonction de leur expérience.
- Il faut refuser le principe d'une adaptation systématique et aveugle à des normes et favoriser l'élaboration de critères de qualité, d'outils d'évaluation portables et simples pour la pratique.
- Il faut respecter l'identité propre de chacune des sociétés savantes et des représentations des différents syndicats professionnels, les unes pour leur rôle scientifique et de recherche, les autres pour leur évaluation de l'impact organisationnel et financier des actions qualité dans la pratique.
- Enfin, il faut permettre aux professionnels d'élaborer des propositions de bonnes pratiques cliniques pour ne pas se voir imposer une recherche pure et simple de l'efficacité.

## **7. La qualité des soins en hôpital psychiatrique: revue de**

## **la littérature et perspectives**

Dans les établissements hospitaliers psychiatriques, l'existence de référentiels de bonne pratique pourrait permettre de construire un plan cohérent d'amélioration de la qualité des soins.

Une requête sur les bases bibliographiques francophones, montre une faible fréquence de publications d'audit interne sur la pertinence des soins.

Pourtant notre expérience d'audit externe montre l'intérêt de l'évaluation de la qualité des soins en hôpital psychiatrique. Des études constatent le non respect fréquent des règles d'utilisation des psychotropes et l'importance de l'exposition aux risques iatrogènes des patients (59).

Il existe un hiatus entre la richesse des référentiels et leur faible utilisation, dans les plans d'amélioration de la qualité des soins des établissements, et aussi dans les publications des professionnels concernés.

L'analyse de la pertinence de la décision médicale est peu acceptée. La pratique clinique est encore considérée comme un art alors qu'elle est devenue une technique faisant appel à l'expérience collective des pairs.

### **7-1. Les référentiels disponibles en France**

De nombreux référentiels de pratiques cliniques, utilisables en hôpital psychiatrique, ont été élaborés ou validés par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) (60). Ceux-ci portent principalement sur la pertinence des soins. Les champs couverts peuvent être regroupés en cinq rubriques:

- Les méthodes diagnostiques ou de prise en charge :
  - La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge.
  - Recommandations pratiques pour le diagnostic de la maladie

- d'Alzheimer.
  - Conduites d'alcoolisation.
- L'usage des médicaments :
  - Prescription des antidépresseurs, neuroleptiques, hypnotiques et anxiolytiques.
  - Prescription pluri-médicamenteuse chez la personne âgée.
- Les méthodes thérapeutiques spécifiques:
  - Les indications et modalités de l'électroconvulsivothérapie.
  - L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement.
- Les suivis thérapeutiques spécifiques:
  - Stratégie à long terme dans les psychoses schizophréniques.
  - Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendant des opiacés.
  - Suivi des psychotiques.
  - Limitation des risques de la contention physique de la personne âgée.
  - Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide.
  - Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale.
  - Préparation de la sortie du patient hospitalisé.
- La circulation de l'information :
  - Evaluation de la tenue du dossier du malade.

- Information des patients.
- Recommandations destinées aux médecins.

## **7-2. Composantes et paramètres de la qualité des soins**

Les publications citées sont issues d'une requête sur la base catalographique de l'Institut de l'information scientifique et technique (INIST) et sur la base bibliographique de la banque de données de santé publique (BDSP). Le thème de requête était la qualité des soins en hôpital psychiatrique.

Seuls les articles parus depuis 1994 et émanant d'auteurs internes aux établissements hospitaliers ont été retenus. Il s'agit donc d'une expression de l'audit interne mené par les hôpitaux psychiatriques et ayant été publié.

Les articles ont été classés, selon la composante de la qualité des soins à laquelle ils se rapportaient principalement :

- L'accessibilité : Bien avant le concept de réseau ville-hôpital, la réflexion des professionnels de la psychiatrie sur la sectorisation et la psychiatrie de liaison s'exprime dans les revues médicales (61). Une étude sur 120 secteurs de psychiatrie générale volontaires, montre que l'accès aux soins somatiques est plus important pour les patients schizophrènes que pour la population générale (62).
- L'acceptabilité: La satisfaction des patients est un des paramètres majeurs de cette composante de la qualité des soins. Une étude propose un nouvel angle d'observation des effets iatrogènes à travers la satisfaction des patients, leur insatisfaction, leur motivation face au traitement, la relation entre patients et soignants (63).

Un article montre que la compliance peut être considérablement

améliorée par l'information adéquate du patient quant aux effets secondaires qu'il risque de présenter, par le dépistage et le traitement de ces effets, par l'évaluation de rapport bénéfice–risque dans le choix du neuroleptique (64). Selon les résultats d'un questionnaire appliqué à 100 patients sortant d'un hôpital psychiatrique public, la majorité des répondants est globalement satisfaite des services (65). Un article porte sur les questions posées par le consentement et l'information avant la sismothérapie (66). Des auteurs relatent leur expérience d'une gestion d'un programme d'amélioration de la qualité relatif à l'accueil du patient (67). Une étude défend l'intérêt d'une structure médico–chirurgicale autonome dans l'hôpital psychiatrique, pour une meilleure acceptation du soin somatique par le patient.

- La continuité : Le dossier médical, outil majeur de la continuité des soins, est sujet de quelques publications (68).
- La sécurité : Le taux de comorbidités des maladies mentales (69) et les risques de la vie en collectivité à l'hôpital conduisent à une attention particulière vis-à-vis de la sécurité. L'optimisation de la dispensation des médicaments attribue un rôle majeur au pharmacien (70).
- La pertinence : La pertinence peut se décomposer en une évaluation des besoins en soins et en une analyse des pratiques de soins. Des auteurs ont étudié les besoins en soins des personnes âgées (71).

Une évaluation de l'utilisation des chambres d'isolement a été conduite

dans 26 tablissements avec le soutien du service évaluation et établissement de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en

santé. Des critères qualité ont été proposés à partir de l'expérience des professionnels, complétés par l'analyse de la littérature et l'avis d'experts (72).

Un article veut susciter une réflexion de tous les psychiatres autour de l'évaluation de la qualité de leurs pratiques, dans des conditions qui garantissent le respect de l'éthique médicale et l'indépendance technique des praticiens (73).

La variabilité des pratiques médicales est relevée dans une étude sur les prescriptions de benzodiazépines (74).

Un article du Canada francophone avance que les benzodiazépines ont été approuvées à la suite d'essais cliniques inadéquats, entraînant la prescription de ces médicaments pour des états où ils s'avéreraient inefficaces et sans tenir compte de mesures de sécurité importantes (75).

Un établissement hospitalier a évalué la sécurité de son circuit du médicament.

Selon les indicateurs étudiés, les résultats sont les suivants :

- Taux d'erreurs de prescription : 1,9%.
- Taux d'erreurs de calcul, par la pharmacie, des quantités de médicaments nécessaires aux services : 2,7%.
- Taux de médicaments manquants au moment de l'administration : 6,9%.
- Taux d'erreurs commises par les infirmiers dans la préparation des médicaments : 5,9%.

Les auteurs souhaitent montrer que l'erreur de médication existe et qu'elle est loin d'être négligeable (76).

Nous avons vu plus haut que la pertinence des soins est la composante de la qualité des soins pour laquelle on trouve des référentiels de bonne pratique validés, utilisables en hôpital psychiatrique. Nous aurions donc pu attendre de nombreux travaux sur cette composante. Pourtant les publications émanant d'hôpitaux psychiatriques y faisant référence sont peu nombreuses.

Cette faible fréquence de publications est en contradiction avec le nombre important de référentiels disponibles. Il est donc légitime de s'interroger sur l'utilité d'un questionnaire sur la pertinence des soins en hôpital psychiatrique.

### **7-3. Utilité du questionnaire sur la qualité des soins en hôpital psychiatrique**

L'expérience d'audit externe montre que les pratiques de soins hospitaliers psychiatriques sont améliorables.

En 1991, un audit médical a été réalisé sur les cinq hôpitaux de jour géro-psycho-geriatrique de Haute Vienne (77). Sur les 79 traitements des patients présents le jour de l'étude, 53 comportaient des risques pharmacologiques susceptibles d'entraîner des phénomènes gênants ou graves. Sur ces traitements, nous relevons 84 risques pharmacologiques se répartissant en 16 traitements à risques multiples et 37 traitements à risque unique. Une meilleure coordination entre les prescriptions somatiques du généraliste et celles du praticien hospitalier psychiatre a été recommandée.

Un second audit médical a été réalisé sur un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie, en 1996 (78). Il a porté sur trois pavillons de géro-psycho-geriatrie. Nous avons recherché cliniquement, chez 50 patients, une hypotension orthostatique pouvant être d'origine iatrogène. Les pavillons comprenaient 63 patients, mais 13 d'entre eux ont été exclus car leur état ne leur permettait pas de suivre le protocole de l'étude. Les résultats montraient que la moitié des patients étaient hypotendus et près d'un patient sur cinq avait, en plus, une hypotension orthostatique. Les modalités d'utilisation des traitements psychotropes, associés ou non aux médications cardiovasculaires, apparaissent comme un des facteurs des troubles tensionnels constatés dans cette population de personnes âgées.

Lors de cet audit, l'étude des 63 traitements a montré que seuls 25 d'entre eux étaient strictement conformes aux recommandations de l'ANDEM. Les autres traitements étaient susceptibles d'être adaptés aux besoins des patients et comportaient des associations de neuroleptiques (31 cas), des associations d'anxiolytiques et d'hypnotiques (8 cas), des associations d'anxiolytiques ou d'hypnotiques (8 cas), de vasoactifs (1 cas), d'anticholinergiques (3 cas), de veinotoniques (1 cas), de deux médications de l'adénome prostatique (1 cas).

Cette étude a initié une réflexion collective sur les pratiques de soins, interne à l'établissement et associant le service médical de l'Assurance maladie.

En 1998, un autre audit, portant sur le management des soins pour les patients adultes hospitalisés (hormis les personnes âgées), a été réalisé dans le même établissement (79).

L'audit a examiné les modalités de prise en charge des 179 patients présents dans les services adultes, entre avril et juin 1998. Ces patients étaient traités dans quatre services de psychiatrie active adulte intra-muros ; un service de psychiatrie active à orientation alcoologique; trois services de psychotiques en hospitalisation prolongée dont l'analyse ont été groupés car ils n'avaient pas de spécificité les uns par rapport aux autres.

La présence de 42% des patients, en psychiatrie active intra-muros, était motivée par une raison administrative, et non par des besoins médicaux. Ce taux, très variable d'un service à l'autre, allait de 21% à 75%. Plus d'un patient sur cinq, en psychiatrie active intra-muros, étaient en attente d'une place pour sortir, l'attente pouvait durer depuis plusieurs mois. Plus d'un patient sur huit attendaient une clarification d'une situation administrative ou financière : dérogation d'âge pour maison de retraite, succession, expertise, possibilité de rentrer dans son pays, divorce, vente d'un immeuble,...etc. Le motif de la prolongation des séjours hospitaliers était sans rapport avec les besoins médicaux des patients.

La moitié des prescriptions de neuroleptiques et des prescriptions d'hypnotiques s'écartaient des recommandations de bonne pratique (tableau I).

Selon les recommandations de l'ANDEM :

- Les cures prolongées de neuroleptiques doivent être réalisées de préférence en monothérapie. La conférence de consensus de Paris, qu'elle cite, estime qu'en l'état actuel des connaissances, toute prescription comportant deux neuroleptiques doit être argumentée et périodiquement réévaluée (80).

- L'association d'un anxiolytique et d'un hypnotique doit faire l'objet d'une évaluation rigoureuse et donc devrait être exceptionnelle (81).
- La pertinence des prescriptions de neuroleptiques n'est pas toujours retrouvée. L'association de neuroleptiques est plus motivée par les besoins «défensifs» des soignants que par les besoins thérapeutiques du patient.

La violence en psychiatrie, est un thème de réflexion constant des équipes soignantes. Les conditions d'exercice difficiles d'une profession, qui se féminise, sont connues. Les constats que cette étude a pu faire n'ont aucune raison d'être spécifiques à un établissement particulier, ils peuvent permettre une réflexion sur la pratique de tous les soignants. L'objectif de cette étude n'est ni d'accuser, ni de culpabiliser mais d'aider à mieux appréhender la réalité pour permettre à tous les professionnels d'agir comme l'ont déjà fait ceux de l'établissement étudié.

Il n'a été trouvé aucune liaison discriminante entre les patients sous neuroleptiques isolés ou associés vis à- vis des critères suivants : amélioration, stabilité, ou aggravation du patient par rapport à l'état à l'entrée ; traitement intensif ou séjour pour motif administratif (attente de place, etc.) ; existence ou absence de trouble du comportement.

Par contre, une liaison significative a été trouvée entre les critères opposant, agressif et/ou auto agressif, et la prescription d'une association de neuroleptiques: opposant, agressif, auto agressif dans 58% d'associations de neuroleptiques; coopérant, démissionnaire dans 36 % d'associations de neuroleptiques. Ce sont là, les seuls critères concernant les patients qui

étaient suffisamment discriminants pour atteindre la signification statistique, compte tenu de la taille de l'échantillon.

Il apparaît que l'association de neuroleptiques semble liée plus au symptôme «d'opposition ou d'agressivité» qu'à l'indication nosologique (état psychotique) pour laquelle l'ANDEM reconnaît à cette classe thérapeutique sa plus grande efficacité.

Le taux d'adéquation des prescriptions aux références médicales était très variable d'un pavillon à l'autre.

Le législateur est intervenu pour donner une validité réglementaire à certains référentiels médicaux. Dans cette étude, nous constatons que la posologie maximale fixée par l'autorisation de mise sur le marché (AMM) du Rohypnol® est dépassée dans 14% des prescriptions de cet hypnotique, exposant ainsi les patients à un risque iatrogène. D'autre part, seulement 46% des prescriptions d'hypnotiques sont conformes à l'arrêté du 7 octobre 1991. Les prescriptions d'hypnotiques y sont limitées à 28 jours. Les patients devraient donc être revus par le psychiatre tous les 28 jours pour la réévaluation de la prescription.

Sur les trois derniers mois, et sur les 57 patients ayant au moins un hypnotique, nous avons relevé le rythme moyen de consultations psychiatriques:

- 26 patients ont été vus par un psychiatre avec une périodicité moyenne inférieure ou égale à 28 jours.
- 6 patients ont été vus par un psychiatre avec une périodicité allant de 29 jours à 3 mois.

- 25 patients n'ont pas été vus par un psychiatre dans les trois derniers mois.

Seulement 68% des prescriptions d'anxiolytiques sont conformes à l'arrêté du 7 octobre 1991. Les prescriptions d'anxiolytiques y sont limitées à 12 semaines. Les patients devraient donc être revus par le psychiatre dans les 3 derniers mois pour réévaluer leur prescription. Sur les trois derniers mois, et sur les 71 patients prenant au moins un anxiolytique, les auteurs ont relevé que 48 patients ont eu au moins une consultation psychiatrique.

Les sorties moyennes de certains médicaments de la pharmacie et la consommation relevée dans quelques pavillons ne concordent pas. L'étude a comparé les sorties moyennes de pharmacie en 1997 et les prescriptions au deuxième trimestre 1998. Sa validité est basée sur l'hypothèse d'une stabilité de la typologie des patients, des pathologies et des pratiques médicales à tout moment dans l'établissement.

Dans six services sur huit, certains hypnotiques sortent de la pharmacie dans des quantités moyennes pouvant atteindre le double des quantités moyennes prescrites. Les causes de ces déperditions ne sont pas définies mais leur prévention pourrait se fonder sur l'instauration de la prescription nominative des médicaments. Cette modalité de dispensation des médicaments n'était pas mise en oeuvre par l'établissement.

Ces constats montrent l'intérêt de l'évaluation de la qualité des soins en hôpital psychiatrique. Cette évaluation passe par des relevés de pratiques, analysées au regard de référentiels admis par les professionnels.

Nous sommes étonnés de constater le hiatus existant entre la richesse de ces référentiels et leur faible utilisation dans les publications dans ce

domaine : l'analyse de la pertinence de la décision médicale est peu acceptée, l'adhésion des professionnels à des référentiels médicaux n'est pas acquise, la validité de l'acte médical est souvent considérée comme un postulat. De ce fait, les causes de la variabilité de la décision médicale ne sont pas objet d'étude. La pratique clinique est considérée comme un art alors qu'elle est devenue une technique.

Pourtant combien de traitements ont été préconisés avant que l'on se rende compte de leur totale inefficacité?.

Depuis les années 1970, et notamment avec l'Evidence Based Medicine, le déterminant de la décision clinique est de moins en moins l'opinion du soignant isolé. La décision clinique se base de plus en plus sur les faits scientifiquement établis. Le professionnel doit faire appel à l'expérience collective de ses pairs. Depuis 1995, les nouvelles technologies d'information et de communication facilitent les échanges.

En France, dans les établissements de santé, la qualité des soins a été basée sur la compétence des professionnels, avant d'être complétée par la conformité des structures à des standards. Son approche se porte actuellement vers la satisfaction du patient et vers la validité des processus de prise en charge (82).

Cette évolution devrait conduire les soignants, en hôpital psychiatrique, à s'interroger sur la pertinence de leur pratique pour optimiser la qualité de ces processus de prise en charge.

Tableau I : Répartition des patients présentant une prescription s'écartant des recommandations de l'ANDEM, pour l'ensemble des services

Classe thérapeutique	Nombre de patients recevant la classe thérapeutique	Types d'écarts constatés	Nombre de patients concernés
Neuroleptique	132	Associations de plusieurs neuroleptiques	64 (48 %)
Anxiolytique	71	Associations de plusieurs anxiolytiques	19 (27 %)
Hypnotique	57	Association d'hypnotiques avec 1 (ou +) anxiolytique	32 (56%)

## 8. Élaboration d'indicateurs de qualité des soins dans un centre hospitalier psychiatrique

La démarche de l'évaluation interne (dans le cadre des audits cliniques, des démarches qualité et de la contractualisation interne) et externe (dans le cadre de l'accréditation et de l'évaluation des contrats d'objectifs et de moyens), est initialement fondée sur des recueils de données importantes parce que ses objectifs sont d'établir un état de l'existant et de définir des priorités (83).

L'évaluation a pour objectif de s'assurer de l'atteinte des objectifs fixés. Elle est alors souvent fondée sur des indicateurs de qualité des soins. Utilisés de façon itérative, les indicateurs doivent être en nombre restreint et d'un recueil simple (84). Ces contraintes déterminent les caractéristiques

nécessaires aux indicateurs : ils doivent être valides, fiables, pertinents et opérationnels.

Sous l'impulsion de ces démarches d'évaluation, les établissements sont amenés à élaborer des indicateurs (85). La construction de l'identification précise de chacun d'entre eux en est la première phase. Pour chaque indicateur, les objectifs de sa mesure, la construction de ses composantes (numérateur et dénominateur), et les méthodes de recueil et d'analyse, doivent être précisément définis. De plus, les caractéristiques des indicateurs, décrites dans la littérature ou étudiées localement, doivent être présentées (86).

Le centre hospitalier psychiatrique Camille Claudel a élaboré une batterie d'indicateurs, en utilisant une fiche descriptive et une grille de lecture critique récemment développés. Les objectifs sont d'étudier la validité de ces outils et les principales difficultés méthodologiques rencontrées par les professionnels de terrain dans la construction de leurs indicateurs. Un groupe pluriprofessionnel et multidisciplinaire de l'établissement a élaboré 43 indicateurs qui ont ensuite été analysés par des méthodologistes. La construction des indicateurs était incomplète pour 30 des 43 indicateurs, les modalités d'échantillonnage inappropriées pour cinq, les modalités de contrôle des données non définies pour 18 et les concepts de stratification et d'ajustement confondus pour six. De plus, 14 des 43 indicateurs ont été exclus par manque de pertinence ou de caractère opérationnel. Cette expérience montre la faisabilité d'une démarche d'établissement pour élaborer une batterie d'indicateurs alors qu'il n'existait pas de compétence épidémiologique ni métrologique interne. L'encadrement méthodologique,

fondé sur des outils jugés valides, semble essentiel pour former les professionnels aux indicateurs et pour les aider à choisir et à améliorer leurs indicateurs.

L'aide méthodologique a permis de corriger les composantes des indicateurs, de limiter le nombre d'indicateurs retenus et d'en simplifier le recueil. La construction inappropriée des indicateurs et la difficulté à définir une méthode de contrôle des données peuvent être à l'origine d'un manque de reproductibilité de leur recueil. La difficulté à distinguer les notions d'ajustement et de stratification, en particulier, peut conduire à un manque de validité.

Par ailleurs, la tendance à sous-estimer la charge de travail inhérente au calcul des indicateurs, accentuée par l'utilisation de plusieurs sources de données, peut mettre en défaut le caractère opérationnel de l'indicateur et créer des difficultés à sa mise en place et à son utilisation en routine. Ce travail a souligné une difficulté technique actuelle majeure dans les établissements : le système d'information, en constante évolution, nécessite une veille permanente pour ajuster les modalités de recueil et de calcul.

Cette expérience ne concerne qu'un seul établissement et les conclusions ne peuvent être appliquées à tous les établissements. D'autres observations, moins systématisées que dans cet établissement, nous permettent cependant de penser que les difficultés sont similaires dans la plupart des établissements de santé et que le résultat d'une telle démarche est conditionné par un soutien méthodologique important. Les demandes externes d'indicateurs émanant de l'ANAES dans le cadre de l'accréditation (87) et les institutions de tutelle dans le cadre des contrats d'objectifs et de

moyens, des schémas régionaux d'organisation sanitaire et des demandes de renouvellement d'autorisation d'activité, prennent-elles en compte ces difficultés ?.

Les professionnels sont de plus en plus sollicités pour réaliser de multiples recueils d'informations, à visée aussi bien interne qu'externe dont les objectifs ne sont pas toujours clairement perçus.

Nous sommes convaincus de la nécessité d'une démarche associant les professionnels de terrain, les spécialistes en évaluation et les structures externes visant à mettre en cohérence ces recueils d'information. La perception de cette cohérence par les professionnels des établissements est, en effet, un facteur important pour qu'ils s'approprient les indicateurs et les utilisent pour l'amélioration continue de la qualité (88).

Dans cette démarche, la coordination par un groupe pluriprofessionnel et multidisciplinaire a permis de répondre à un autre facteur de succès de l'utilisation des indicateurs. En revanche, le respect d'un troisième facteur de succès est plus problématique : quasiment aucun des indicateurs élaboré par l'établissement n'a fait l'objet, à notre connaissance, d'une analyse de sa validité et de sa fiabilité. Cette limite ne peut pas constituer un obstacle au démarrage du recueil, mais l'analyse devrait être menée dans les premiers temps de la mise en oeuvre des indicateurs. Il est en réalité peu envisageable que le Centre Hospitalier Camille Claudel mène ce travail à cause d'un manque de temps, de compétence et d'un volume de données insuffisant.

Ainsi, des travaux au niveau national et international sont nécessaires. Cette remarque n'est pas spécifique aux indicateurs en psychiatrie mais s'applique à toutes les activités médicales et à tous les types

d'établissements (89). Enfin, l'efficacité et l'efficience de la mise en œuvre en routine des tableaux de bord d'indicateurs restent à évaluer.

Ce travail a également montré la faisabilité et la pertinence de l'utilisation en routine des outils méthodologiques. Il a mis en évidence l'importance de définir l'objectif des indicateurs, élément dont le recueil n'était pas prévu par la fiche descriptive initiale et qui nous a souvent fait défaut lors de la relecture des indicateurs. Il est en particulier difficile de juger de la pertinence d'un indicateur sans connaître l'utilisation qui en sera faite.

En psychiatrie, des méthodes de sélection d'indicateurs de qualité ont été proposées et un nombre important de mesures de la qualité a été élaboré (90). La méthode de choix des indicateurs du centre hospitalier Camille Claudel, fondée sur l'identification préalable des actions d'amélioration menées dans l'établissement, est conforme à l'objectif interne de la mise en place de ces indicateurs. Cette batterie est en outre équilibrée car elle comporte des indicateurs de résultat et de processus.

Néanmoins, des absences peuvent être soulignées. Les indicateurs de résultats portent uniquement sur un des cinq domaines habituellement identifiés, la morbidité, et pas sur les autres (la mortalité, l'incapacité, l'inconfort et l'insatisfaction) (91). Pourtant en psychiatrie, il est possible d'évaluer la qualité des soins perçus par les patients. De même, il est probable que la prise en compte des aspects d'inconfort et d'incapacité soit pertinente pour l'évaluation de la qualité des soins en psychiatrie.

Parmi les indicateurs de processus, l'absence d'indicateur de la pratique psychiatrique souligne la nécessité de leur développement concomitamment à l'élaboration des recommandations de pratique. Les indicateurs concernant

la médecine somatique apparaissent cependant pertinents car l'association entre la bonne qualité des soins non psychiatriques et celle de la prise en charge psychiatrique a été montrée (92). À l'inverse, la part importante consacrée à l'évaluation des interfaces entre professionnels et entre structures reflète l'intérêt ancien que porte la discipline au travail en concertation.

L'initiative du Centre Hospitalier Camille Claudel est innovante et semble particulièrement opportune dans les établissements de psychiatrie. L'aide méthodologique dans l'élaboration d'indicateurs de qualité de soins nous a permis de mettre en évidence les difficultés les plus fréquemment rencontrées par les établissements lors de l'élaboration d'indicateurs. Pendant cette phase, la collaboration entre méthodologistes et professionnels de terrain a eu pour objectifs la formation des professionnels aux indicateurs et une aide pour choisir et pour améliorer leurs indicateurs.

Cet encadrement méthodologique, vraisemblablement important pour la mise en place et l'utilisation en routine des indicateurs de qualité de soins, est fondé sur des outils dont l'utilisation en routine a été jugée faisable et pertinente (93).

## ***Section 2 : La schizophrénie et les rechutes schizophréniques***

### **I. La schizophrénie :**

#### **1. Définition**

La schizophrénie est une psychose chronique se développant généralement au début de l'âge adulte. Elle est caractérisée par des difficultés à partager une interprétation du réel avec les autres, ce qui entraîne des comportements et des discours bizarres, parfois délirants.

Les facteurs connus pour être liés au développement d'une schizophrénie sont multiples : génétique, environnemental, psychologique, neurobiologique et social. Ils sont cependant encore incompris (94).

#### **2. Epidémiologie**

La prévalence moyenne de la schizophrénie, généralement située autour de 1% sur la vie entière, a plus précisément été estimée entre 2.5 et 5.3 pour mille en Europe avec de faibles variations entre les estimations ponctuelles, annuelles ou sur la vie entière.

L'incidence est habituellement calculée à partir des admissions hospitalières, ce qui ne permet pas d'évaluer les formes insidieuses ni les patients traités en ambulatoire. L'analyse de près de 900 études réalisées entre 1965 et 2001 et provenant de 33 pays a permis de conclure que la médiane de l'incidence annuelle est de 0.152 pour mille, avec des chiffres

plus élevés dans les pays développés (96). Ainsi, et selon des cohortes suivies depuis la naissance, l'incidence de la schizophrénie est plus élevée dans le milieu urbain par rapport au milieu rurale, cette incidence est progressivement décroissante dans les cohortes nées récemment.

Ces variations géographiques pourraient s'expliquer par des critères diagnostiques différentes, des problèmes d'accès aux soins et une approche sociale différente de la maladie mentale. Des variations des taux d'incidence ont également été observées entre les sexes ; toutefois, si la schizophrénie est généralement d'apparition plus tardive et de gravité moindre chez la femme, les taux d'incidence cumulés semblent identiques sur la vie entière (97).

### **3. Critères diagnostiques**

Les critères diagnostiques utilisés sont souvent ceux des classifications internationales : DSM-IV ou la classification internationale des maladies CIM-10 (98). Ces classifications ne prennent pas en compte les troubles cognitifs liés à cette maladie.

Ces critères contiennent des critères reportés par le patient de son expérience personnelle et des critères d'anormalité dans son comportement, et cela mesuré par un professionnel de la santé mentale. Les symptômes de la schizophrénie s'étendent sur un continuum dans la population, les

symptômes doivent atteindre une certaine sévérité avant que le diagnostic soit établi.

Les critères CIM-10 sont classiquement utilisés en Europe, tandis que les critères du DSM-IV-TR sont utilisés aux États-Unis et à différents degrés dans le monde, et sont majoritaires dans la recherche. Les critères CIM-10 mettent plus l'accent sur les symptômes de premier rang de Schneiderian. En pratique, la corrélation entre les deux systèmes est élevée.

Selon le DSM-IV-TR, pour être diagnostiqué schizophrène trois critères doivent être remplis :

### **3-1. Les symptômes caractéristiques**

Deux, ou plus, des symptômes suivants doivent être présents la plupart du temps durant une période d'un mois (ou moins, si les symptômes diminuent avec le traitement)

- Délires.
- Hallucinations.
- Discours désorganisé, qui est la manifestation d'un trouble de la pensée formelle.
- Comportement désorganisé de manière importante (ex: s'habiller de manière inappropriée, pleurer fréquemment) ou comportement catatonique.
- Symptômes négatifs : émoussement affectif (le manque ou la diminution dans la réponse émotionnelle, ex: rire lors d'un

enterrement), alogie (manque ou diminution du langage) ou avolition (manque ou diminution de la volonté).

Si le délire est jugé évident, ou si les hallucinations consistent à entendre des voix consistant en un commentaire constant des actions du patient ou si deux voix ou plus établissent une conversation l'une avec l'autre, les symptômes caractéristiques sont suffisants pour établir le diagnostic de schizophrénie. D'autre part, les critères de désorganisation sont établis s'ils sont suffisamment sévères pour nuire à la communication.

### **3-2. Dysfonctionnement social ou professionnel**

Pour une partie importante du temps depuis le début des troubles, une ou plusieurs des aires de fonctionnement telles que le travail, les relations interpersonnelles, les soins que l'on s'applique à soi-même, sont notablement en dessous de ce qu'ils étaient avant les symptômes.

### **3-3. Durée importante**

Les symptômes de la maladie persistent pour au minimum six mois. Cette période de six mois doit inclure aux minimum un mois de symptômes caractéristiques (ou moins si les symptômes diminuent avec le traitement).

Si les symptômes persistent plus d'un mois mais moins de six mois, le diagnostic de trouble schizophréniforme est établi. Des symptômes psychotiques durant moins d'un mois peuvent être diagnostiqués tel qu'un trouble psychotique bref, et différentes conditions peuvent faire partie des symptômes psychotiques non spécifiés.

La schizophrénie ne peut être diagnostiquée si les symptômes de troubles de l'humeur sont substantiellement présents (bien qu'un trouble schizo-

affectif puisse être diagnostiqué), ou si les symptômes de trouble envahissant du développement sont présents, à moins que les délires et les hallucinations soient présentes de manière importante, ou si les symptômes sont la résultante directe d'un autre affection problème médicale ou de l'usage d'une substance, telle qu'une drogue ou un médicament.

## 4. Classification

Le DSM-IV-TR propose, lui, une classification de la schizophrénie en cinq types :

- Type paranoïde : C'est la forme la plus fréquente de schizophrénie. Le délire et les hallucinations dominent le tableau clinique, et le sujet répond le plus souvent aux traitements antipsychotiques.
- Type catatonique : Le patient est comme figé physiquement et conserve les attitudes qui lui sont imposées, comme une poupée de cire. Il est enfermé dans un mutisme ou répète toujours les mêmes phrases. Cette forme, soumise à traitement, est rarement définitive.
- Type désorganisé : le discours désorganisé, les comportements désorganisés et l'affect inapproprié prennent toute la place du tableau clinique. Ce trouble a une grande incidence familiale et un pronostic peu favorable.
- Type indifférencié : les symptômes clés de la schizophrénie sont présents et les critères généraux sont atteints sans rentrer dans un type particulier (paranoïde, catatonie, désorganisée).

- *Type résiduel : l'absence de symptômes positifs actifs (hallucination, délire, comportement et discours désorganisé) est caractéristique, ainsi que la présence de certains éléments atténués (croyances étranges) ou de symptômes négatifs (apathie, isolement social, perte de plaisir et d'intérêt)*

## **5. Etiologie**

*Le risque initial de développer une schizophrénie (sans connaître aucun des facteurs de risque chez une personne) est d'environ 1 %. Des facteurs d'ordre génétique (gènes de susceptibilité) et d'ordre environnemental (infection, intoxication, etc.) influent sur ce risque 1,41 (99).*

## **5-1. Génétique**

*La part de l'hérédité varie selon les études et les patients, il est difficile de séparer les effets de la génétique et de l'environnement. Chez de vrais jumeaux, dans le cas d'une personne atteinte de schizophrénie, son jumeau a 40 % de risque de développer la maladie aussi. Ceci n'implique pas obligatoirement une cause génétique, car les jumeaux pourraient avoir été exposés in utero aux conséquences immunitaires d'une infection virale (ou d'un vaccin) de la mère ou à un facteur environnemental. Néanmoins, il est démontré que le risque d'être atteint est supérieur si un parent proche est également atteint (risque de 6,5 %). Il est avéré que certains gènes sont impliqués, chacun avec un effet faible à modéré sur le risque global. Certains gènes ont ainsi été identifiés comme marqueurs de risque, comme NOTCH445, NRG1 ou DTNBP141 (100).*

## **5-2. Environnement**

*Les facteurs environnementaux associés au développement d'une schizophrénie comprennent entre autres les conditions de vie, la prise de drogue et les stress prénataux. La façon dont les parents élèvent leur enfant ne semble pas avoir d'effet, néanmoins, les personnes qui ont le soutien de leurs parents s'en sortent mieux que ceux qui reçoivent majoritairement des critiques (101). Le risque de schizophrénie semble être plus élevé en vivant en milieu urbain durant l'enfance ou l'âge adulte. Cette différence se retrouve indépendamment de la prise de drogue, du groupe ethnique et de la taille du cercle social. L'immigration et l'isolement social jouent également un rôle prépondérant et peuvent être la conséquence de difficultés sociales, de*

*discriminations raciales, de dysfonctionnements familiaux, d'une absence d'emploi ou encore de basses conditions de vie ou d'hébergement. Enfin des expériences traumatisantes et des abus subis durant l'enfance sont des facteurs de risques d'un diagnostic de schizophrénie plus tard durant la vie de l'individu (102).*

---

De nouvelles études ont montré que des facteurs environnementaux pouvaient activer ou désactiver les gènes responsables de la schizophrénie (le gène ZNF659), pourraient être chimiquement modifiés (méthylation ou deméthylation) à cause de facteurs environnementaux comme le stress. Les gènes sont activés, ainsi la maladie se déclare (103).

### **5-3. Développement précoce**

---

Des processus liés au développement précoce du système nerveux sont considérés comme importants, en particulier au cours de la grossesse.

En outre, il existe à présent des indications claires qu'une exposition prénatale à des infections virales ou bactériennes augmente le risque d'apparition de la schizophrénie, confirmant l'existence d'un lien entre une pathologie développementale et le risque de développer la maladie (104).

Certains chercheurs suggèrent que c'est une interaction entre des facteurs environnementaux lors de l'enfance et des facteurs de risque neurobiologique

qui détermine la probabilité de développer la schizophrénie à un âge ultérieur.

Le développement neurologique de l'enfant est considéré comme sensible à des éléments caractéristiques d'un cadre social perturbé tels que le trauma, la violence, le manque de chaleur dans les contacts personnels ou l'hostilité. Chacun de ces éléments a été identifié comme un facteur de risque. Des recherches ont suggéré que les effets favorables ou défavorables de l'environnement de l'enfant interagissent avec les déterminants génétiques et les processus de développement du système nerveux, avec des conséquences à long terme pour le fonctionnement du cerveau. Cette combinaison de facteurs jouerait un rôle dans la vulnérabilité à la psychose qui se manifeste plus tard à l'âge adulte (105).

#### **5-4. infections virale et parasitaires**

---

Les infections virales sont souvent incriminées dans les causes possibles de la schizophrénie ou de certains symptômes. Les infections au virus de l'herpès de type 1 ou au bornavirus ont montré une certaine coïncidence avec la schizophrénie (106).

La schizophrénie peut être associée à une infection de la toxoplasmose (107).

#### **5-5. Grossesse et infections prénatales**

---

Durant le développement du fœtus, des problèmes dont peut souffrir la mère peuvent augmenter relativement le risque de schizophrénie : hypoxie, infections, stress malnutrition,...etc.

Plus de 200 études ont déjà suggéré que le risque de schizophrénie augmentait de 5 à 8 % chez les enfants nés en hiver ou au printemps (108).

Une explication possible est que le risque de schizophrénie augmente chez les adultes dont la mère a été infectée par un virus grippal lors de sa grossesse (idem pour le risque de trouble obsessionnel compulsif, d'autisme et d'autres maladies neurologiques). Jusqu'à un cinquième des cas de schizophrénie pourrait avoir pour cause une infection prénatale, ce qui laisse entrevoir une possibilité de prévention de ce type d'apparition de la schizophrénie (109).

Plusieurs études suggèrent que ce n'est pas le virus lui-même qui affecte le développement cérébral du fœtus, mais plutôt la réponse immunitaire causée par le virus. Les cytokines émises par le système immunitaire pourraient être en cause, car elles jouent aussi un rôle dans le développement du cerveau

## **5-6. Substances toxiques et drogues**

---

Le perchloroéthylène, substance toxique utilisée dans le nettoyage à sec, augmenterait de 3,5 fois le risque de développer des symptômes schizophréniques.

Beaucoup de drogues ont été associées au développement de la schizophrénie : notamment l'alcool, le cannabis, la cocaïne et les amphétamines. La moitié environ des personnes qui souffrent de schizophrénies ont recours à l'usage de drogue et/ou à la consommation excessive d'alcool (111). Le rôle du cannabis pourrait être déclencheur, mais les autres drogues pourraient principalement être utilisées pour apaiser la dépression, l'anxiété, l'ennui et la solitude que peuvent éprouver certains

schizophrènes. Elles ne seraient qu'une conséquence de la schizophrénie et de ses comorbidités, et pas une cause.

Les liens entre le cannabis et les troubles schizophréniques sont anciens. Le cannabis a des effets proches des axes symptomatiques de la schizophrénie. L'abus et la dépendance sont plus fréquents en population schizophrénique qu'en population générale. Cette consommation est un facteur de gravité en termes de pronostic. Il accélère les premières décompensations psychotiques. Les études de cohortes permettent d'affirmer que le cannabis est un facteur de risque des troubles schizophréniques avec un effet dose dépendant, surtout en cas de consommation avant l'âge de 15 ans.

En effet, on note une plus grande diffusion de récepteurs cannabinoïdes dans l'encéphale des sujets schizophrènes et de leur rôle dans la maturation cérébrale pubertaire (112).

Une consommation de cannabis antérieure aux épisodes schizophréniques pourrait favoriser leur apparition. L'augmentation du risque de trouble psychotique est dépendante de la dose consommée (113).

Le risque relatif est de l'ordre de 2 à 4, ce qui signifie qu'indépendamment du degré de vulnérabilité d'une personne, celle-ci a quatre fois plus de risque de présenter une schizophrénie que si elle ne consommait pas de cannabis de manière régulière. Néanmoins, d'autres études contradictoires sont relevées.

Dans l'état actuel des recherches, selon l'Inserm « l'usage de cannabis apparaît donc comme l'un des très nombreux facteurs de causalité (ni

nécessaire, ni suffisant) qui accompagnent la survenue de la schizophrénie, sans en affecter l'évolution de façon favorable, bien au contraire, ces produits aggravent certains symptômes. Toutes les personnes exposées au cannabis ne développeront pas la schizophrénie » (114).

## **6. Evolution**

La schizophrénie est une maladie chronique dont les symptômes s'améliorent généralement avec le traitement mais dont le risque de rechute reste élevé.

Le pronostic est variable d'un cas à l'autre. Il est largement amélioré par un traitement antipsychotique et peut l'être encore davantage si ce traitement est combiné avec des interventions psychosociales.

Sans traitement, de 60 à 80% des patients font une rechute moins d'un an ou deux ans après l'apparition de la maladie. Un traitement antipsychotique de longue durée permet de ramener ces chiffres à 15-20%.

La plupart des patients récupèrent bien de leur premier épisode de schizophrénie. Malheureusement un grand nombre d'entre eux rechutent après avoir cessé de prendre leur médication. Chaque rechute a des conséquences pénibles pour le patient et son entourage et nécessite la plupart du temps une hospitalisation. La récupération est plus longue et plus difficile à chaque rechute. Le risque de voir s'installer des symptômes résiduels et une incapacité permanente augmente également.

## **7. Traitement**

### **7-1. traitement médicamenteux**

Les neuroleptiques typiques et atypiques (également appelés antipsychotiques) sont les principaux médicaments utilisés dans le traitement des schizophrénies ou des troubles voisins. Ils présentent des effets secondaires dont certains sont corrigés par des traitements dits « correcteurs ». Ils peuvent être associés à d'autres psychotropes (par exemple : anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs). Les traitements médicamenteux sont un élément généralement indispensable mais jamais suffisant dans des soins complexes. Le traitement est un processus long et difficile.

Une deuxième génération de neuroleptiques a été développée, il s'agit des antagonistes à la dopamine et à la sérotonine ayant moins d'effets secondaires. Au niveau méso limbique, ils bloquent les récepteurs D2 (à dopamine, il y a donc une diminution des syndromes positifs). Au niveau méso cortical, ils empêchent la sérotonine de se lier au récepteur 5HT2A, ce qui déclenche la production de dopamine (déficiente à ce niveau), améliorant les symptômes négatifs. Cette deuxième génération de neuroleptiques existe sous forme de comprimés ou d'injections à effectuer à des intervalles précis (115).

Chez les patients qui suivent un traitement préventif à long terme, l'observance thérapeutique peut être améliorée par des injections intramusculaires de neuroleptiques dépôts (neuroleptiques à action prolongée NAP), puisque ceux-ci n'ont pas à être pris tous les jours.

Les neuroleptiques agissent de deux façons : premièrement ils traitent les symptômes positifs et améliorent certains des symptômes négatifs pendant la phase aiguë de la maladie. Deuxièmement ils contribuent à prévenir les

rechutes. Ils doivent dès lors être pris aussi longtemps que les symptômes positifs et négatifs sont présents, et même après la disparition de ces symptômes.

Après un premier épisode, il est préférable de poursuivre le traitement médicamenteux pendant un ou deux ans. A partir du second épisode, on continuera le traitement pendant au moins 5 ans. Le risque de rechute reste souvent élevé et il est possible que les antipsychotiques soient nécessaires pour une durée indéterminée, surtout si les rechutes ont été graves.

La durée du traitement dépend de l'analyse risques/avantages pour les patients.

Lorsque le traitement prophylactique des rechutes est interrompu trop tôt, pratiquement tous les patients récidivent (116).

Il est primordial pour l'efficacité du soin, que le patient ait une bonne observance thérapeutique. Le suivi du trouble schizophrénique se fait sur la durée, et suppose d'éviter la venue de réfraction.

## **7-2. Traitement non médicamenteux**

### **a. Remédiation cognitive**

La remédiation cognitive (117) est une technique qui s'apparente aux méthodes thérapeutiques rééducatives. Elle est de plus en plus employée dans le traitement de la schizophrénie, en complément de l'association des neuroleptiques et de la psycho-éducation.

L'utilisation de la remédiation cognitive dans le traitement de la schizophrénie est justifiée par l'efficacité partielle des autres traitements

employés. Les symptômes négatifs, la désorganisation, les troubles attentionnels et mnésiques et certains symptômes positifs résistent fréquemment à ces traitements. De plus, des troubles attentionnels, amnésiques et exécutifs persistent souvent, même lorsque les symptômes positifs et négatifs se sont amendés sous l'effet du traitement neuroleptique. Or ces troubles sont à l'origine d'un handicap résiduel, gênant pour le patient qui en souffre.

En pratique, toutes les formes de remédiation cognitive employées, visent à agir sur des processus altérés, de manière à rendre les patients plus efficaces dans la réalisation de certaines tâches. Cette intervention peut être réalisée de deux manières : soit en agissant directement sur les processus en question, soit en tentant de développer des compétences alternatives. L'objectif est de permettre au sujet de pouvoir traiter plus efficacement des situations élémentaires artificielles, ce qui pourra avoir un impact sur sa capacité à affronter les situations concrètes de sa vie quotidienne.

## **b. Réadaptation psychosociale**

Processus d'entraînement d'habiletés pour que la personne souffrant de la schizophrénie collabore à des méthodes d'apprentissage en vue de développer ses capacités, assumer ses responsabilités et fonctionner de façon aussi active et autonome que possible dans la vie quotidienne. Toutefois, la réhabilitation réfère plutôt à « rétablir dans ses droits dans l'estime publique, dans la considération d'autrui », ce qui est en fait l'objectif recherché par le processus de la réadaptation. C'est aussi qu'avec un travail

de réadaptation, le patient peut aspirer à la réhabilitation et au rétablissement.

La réadaptation psychosociale peut contribuer à réinsérer progressivement les patients dans une vie sociale et professionnelle aussi normale que possible. Les patients peuvent aussi avoir besoin d'aide pour trouver la situation de vie qui leur convient le mieux : retour dans la famille, vie dans un foyer, dans un appartement supervisé ou dans une habitation individuelle.

La réhabilitation peut aussi comprendre une formation professionnelle, la recherche d'une occupation, d'un travail adapté, d'activité de loisirs, une guidance au niveau des finances,...etc. Les centres de réadaptation fonctionnelle, les centres de jour, les clubs psychosociaux, les initiatives d'habitations protégées, sont autant de structures qui ont été conçues pour offrir aux personnes concernées et à leurs familles des services de réadaptation psychosociale.

### **c. Prise en charge des addictions**

Il peut y avoir une interaction entre l'alcool et les antipsychotiques. L'alcool peut agir de manière néfaste sur la guérison du patient, s'il est consommé de manière régulière. L'association des deux peut provoquer un effet, nommé effet antabuse. L'alcool intervient alors comme inhibiteur du métabolisme du médicament. Chaque médicament agit différemment avec l'alcool, du fait de la combinaison chimique différente de chaque substance.

Il est néanmoins prouvé que l'alcool et les médicaments peuvent provoquer chez le patient des troubles psychiatriques voire psychotiques du

fait de la combinaison des deux. Cela aggravant l'état du patient et sa stabilité dans le cadre de sa guérison. La dépendance au cannabis demeure difficile à traiter.

La combinaison des entretiens motivationnels, des thérapies cognitives et comportementales associés à un traitement efficace sur les signes de sevrage reste la seule alternative possible.

### **c. La thérapie familiale**

La participation de la famille au programme de traitement est toujours utile. Dans certains cas, des interventions familiales plus spécifiques seront nécessaires pour aborder des problèmes et des conflits que le système familial ne parvient plus à gérer.

Quoiqu'il en soit, les thérapeutes ne cherchent jamais à blâmer ou à culpabiliser les familles mais les invitent plutôt à devenir des collaborateurs éclairés pour la poursuite de l'ensemble des traitements.

Les facteurs sociaux ont une importance capitale pour le patient. Il est dès lors essentiel que la famille soit impliquée dans le traitement. Ses observations et sa connaissance du comportement du patient lorsqu'il est stabilisé et lorsqu'il est en phase de rechute peuvent, dans de nombreux cas, être cruciales pour lui garantir un traitement optimal. L'observation des modifications visibles du comportement du patient peut, en collaboration avec le médecin, contribuer à prévenir une rechute.

La famille doit être informée de tous les aspects de la schizophrénie, au même titre que le patient. En outre, elle doit se voir offrir l'aide de

professionnels de la santé mentale, sous forme d'un soutien et de conseils pratiques.

#### **d. La psychoéducation**

Les groupes psycho-éducatifs peuvent contribuer à une meilleure compréhension, de la part de toutes les personnes concernées par la maladie schizophrénique, de ses causes, de son traitement et de ses effets sur la famille. Dans ce processus, tous les aspects de la maladie sont expliqués de manière claire et détaillée afin que les patients et leurs familles comprennent la maladie et son traitement.

Des patients bien informés sont mieux motivés pour accepter un traitement à long terme. Un autre avantage de ce traitement de groupe est que les participants peuvent partager leur vécu émotionnel et s'entraider pour résoudre certains problèmes. Enfin, les groupes contribuent également à étendre les réseaux de soutien social (118).

## **II. Les rechutes schizophréniques**

### **1. Définition**

Une rechute est la réapparition des symptômes antérieurs de la maladie, nécessitant la plupart du temps une ré-hospitalisation. Les rechutes font partie intégrante de la schizophrénie et surviennent chez 60 à 80% des patients non traités.

La schizophrénie s'accompagne d'une vulnérabilité à développer des rechutes, dont l'importance varie d'une personne à l'autre. En suivant un traitement de longue durée à base d'antipsychotiques, il est possible de

réduire ce risque de 75% à 15%. Le risque de rechute ne disparaît pas souvent, même chez les patients qui ont une bonne observance thérapeutique.

Les rechutes peuvent être identifiées à un stade précoce, grâce à des signes avant-coureurs appelés signes d'alarme de rechute (prodromes). Il est utile pour les patients, leurs familles et leurs médecins de décider à l'avance des mesures à prendre en cas d'apparition de ces signes d'alarme. Le patient n'étant en général pas en position de prendre les mesures nécessaires lorsqu'une nouvelle rechute apparaît, il est primordial d'envisager, pendant les périodes de rémission, les mesures à prendre pour gérer la crise, avec le patient et sa famille et éventuellement de les consigner par écrit dans un plan d'action.

## **2. Les prodromes des rechutes schizophréniques**

Les rechutes sont souvent précédées de signes avant-coureurs. Il s'agit de symptômes comme de l'insomnie, de l'agitation, des changements d'humeur, un retrait social plus marqué, des préoccupations excessives et qui surviennent de quelques jours à quelques semaines avant la rechute. Chaque patient a souvent ses propres signes d'alarme qui réapparaissent avant chaque rechute. On trouvera ci-dessous une liste générale des signes d'alarme de rechute les plus fréquents.

Les signes d'une rechute sont semblables aux comportements observés au premier épisode de schizophrénie : insomnie, retrait des activités sociales, détérioration de l'hygiène personnelle, dérèglement de la pensée ou de la parole et hallucinations visuelles et auditives...etc.

Une rechute peut aussi coïncider avec des événements stressants ou « contrariants», à la maison ou au travail.

## **2-1. Signes spécifiques**

- Idées délirantes : impression qu'on parle et qu'on rit de lui, impression qu'on l'observe ou qu'on le surveille, syndrome d'influence, méfiance, pensées inhabituelles/idées bizarres, idées de grandeur et de persécution, idées d'ensorcellement, délire de possession.
- Hallucinations/troubles perceptuels : troubles de la perception auditive, proprioceptive, visuelle, tactile, olfactive, attitudes hallucinatoires.
- Désorganisation : comportement bizarre, soliloque, sourires immotivés, errances (119).

## **2-2. Signes non spécifique**

- Symptômes dépressifs : humeur dépressive, dévalorisation, culpabilité, idées suicidaires.
- Troubles de la volition : baisse de l'élan vital, asthénie, négligence de l'hygiène corporelle ou vestimentaire, réduction et lenteur du langage, baisse de la libido.
- Symptômes d'excitation/labilité thymique : humeur expansive, humeur labile, irritabilité/nervosité.

- Symptômes anxieux : anxiété/tension subjective, soucis pour des problèmes mineurs, préoccupation sur la santé, impression de devenir fou.
- Comportement obsessionnel : changement fréquent des habits, rituels de lavage ou de nettoyage, rituels de vérification.
- Modification du comportement social et professionnel : retrait social, baisse du besoin de contacts sociaux, fléchissement professionnel.
- Hétéroagressivité : agressivité verbale, agressivité physique.
- Autoagressivité : automutilations, tentatives de suicide.
- Modification du comportement alimentaire : perte/augmentation de l'appétit, amaigrissement, prise de poids, consommation excessive de tabac.
- Troubles de l'expression des émotions : hyper ou hypo réactivité émotionnelle.
- Troubles du sommeil : insomnie d'endormissement, réveils nocturnes, insomnie matinale, insomnie totale, hypersomnie, somnolence diurne, inversion du rythme nyctéméral, cauchemars.
- Troubles cognitifs : lenteur/accélération de la pensée, troubles de concentration et de mémoire.

### **3. Causes des rechutes**

La non-observance est l'une des principales causes de rechutes de schizophréniques (120). Le taux de rechute peut être jusqu'à quatre fois plus

élevé chez les patients qui n'observent pas leur traitement (121). De plus, la non-observance représente le plus important facteur du cercle vicieux de la réhospitalisation, On a estimé que la non-observance dans les cas de schizophrénie représente environ 40 % des coûts annuels de la réhospitalisation. Il est difficile d'obtenir des données précises; cependant, aux États-unis, on a estimé à 800 millions de dollars (en 1993) le coût annuel des réhospitalisations causées par la non-observance (122).

Des rechutes peuvent survenir pour diverses raisons, notamment l'absence de réponse à un médicament et la consommation d'alcool et/ou de drogues illicites, qui peuvent reproduire ou aggraver des symptômes. Mais les rechutes dues à la non-observance sont souvent plus graves et entraînent des taux plus élevés de tentatives de suicide (et d'autres actes de violence).

En outre, les patients qui font des rechutes prennent souvent plus d'un an pour retrouver leur fonctionnement normal au sein de la société.

Les coûts d'une rechute sont donc importants, durent parfois longtemps et peuvent être particulièrement lourds pour les patients qui ont des responsabilités professionnelles ou familiales.

L'abus de drogue et d'alcool qui augmente la vulnérabilité biologique est aussi une cause importante de rechutes.

Un niveau de stress trop élevé est également une cause de rechutes. Les facteurs stressants peuvent être chroniques comme vivre dans une famille avec un haut niveau d'émotion exprimé ou aigus comme des événements de vie stressants. Un patient peut rechuter même s'il prend un traitement antipsychotique si le niveau de stress auquel il est confronté est trop élevé.

#### **4. Prévention des rechutes**

La prévention des rechutes est l'un des défis les plus importants qu'on doit surmonter dans la prise en charge de la schizophrénie. Une bonne observance thérapeutique est le facteur le plus important de la prévention des rechutes. Une personne atteinte de schizophrénie qui arrête de prendre son traitement augmente le risque de rechute à 90 % en l'espace d'un an.

La prévention de ces rechutes est un objectif majeur de la prise en charge de cette pathologie. En effet, après une rechute, 17 % des patients gardent des symptômes résiduels qui étaient absents avant la rechute (123). De plus, des symptômes résistants aux traitements psychotropes apparaissent chez 35 % des patients après une rechute (124). Par ailleurs, chaque rechute accroît le risque de rechutes futures (125). Enfin, les dépenses liées au traitement chez les patients qui rechutent sont quatre fois plus importantes que chez ceux qui ne rechutent pas.

La prévention des rechutes schizophréniques est possible grâce au repérage des prodromes qui précèdent ces rechutes. En effet, des interventions appliquées précocement, lors de l'apparition des prodromes, pourraient prévenir une rechute (126). Une meilleure connaissance de la nature des prodromes, et de leur lien temporel avec les rechutes, s'avère ainsi intéressante.

Ainsi, une meilleure prise en charge des rechutes schizophréniques devrait se baser sur un dépistage plus précoce des prodromes de rechute d'autant plus que plusieurs travaux ont montré que les séquences des symptômes prodromaux se répètent d'une façon similaire d'une rechute à l'autre chez le même sujet. Le dépistage pourrait être effectué par le psychiatre, par la

famille, voire par le patient lui-même. L'intégration de la liste de prodromes que nous venons d'identifier dans des programmes de psychoéducation pourrait améliorer la capacité à reconnaître ces symptômes et à recourir à l'aide nécessaire (119).

Il est essentiel que toutes les personnes souffrant de schizophrénie élaborent un plan avec leur équipe de traitement en vue de réduire le risque de rechute.

L'une des façons les plus efficaces de prévenir une rechute est d'éviter toute non-observance totale ou partielle du traitement (128).

Pour certains patients, l'utilisation de distributeurs de comprimés ou de plaquettes peut être un moyen efficace d'éviter la non-observance; pour bien des gens, cependant, ces dispositifs ne suffisent pas. Pour cette raison, certains médicaments utilisés pour traiter la schizophrénie sont offerts en préparations à action prolongée qui sont administrées par injection intramusculaire. Cette façon de recevoir un médicament comporte plusieurs avantages : Premièrement, si la personne n'observe pas le traitement, l'équipe clinique le sait immédiatement (car l'injection n'a pas été donnée) et peut donc intervenir promptement (en appelant le patient ou un membre de sa famille). Comme les médicaments injectés ne sont pas éliminés de l'organisme aussi rapidement que cela se produit lorsqu'on arrête de prendre des comprimés, une intervention peut avoir lieu avant qu'une rechute ne survienne.

Comme ces injections sont données en moyenne une fois/3 semaines, il n'y a pas de rappels constants de la maladie, et la personne n'a pas à emporter un approvisionnement de comprimés lorsqu'elle doit s'absenter de

chez elle pendant un certain temps. Et, en plus, des études ont révélé qu'une majorité de patients qui reçoivent des injections préfèrent cette voie d'administration (129).

Un autre élément dans la prévention des rechutes, et qui demeure capital : rechercher les facteurs de la mauvaise observance thérapeutiques et les corriger, à savoir : les effets secondaires des antipsychotiques, le manque de moyen, l'insight négatif des patients schizophrènes,...etc.



*Deuxième partie :*  
*Notre étude*

## **I. Les objectifs**

Afin de promouvoir le management de la qualité dans le domaine de la santé mentale et de développer les compétences du personnel de l'hôpital Ibn Al Hassan, notre travail a consisté à l'instauration d'un cycle de démarche qualité pour la résolution des problèmes rencontrés au sein de la formation. L'objectif principal de ce travail est de présenter une synthèse de la démarche qualité qui est un outil stratégique destiné à atteindre des objectifs déterminés. Les objectifs poursuivis par cette démarche étaient :

- Mise en œuvre d'un programme de DQ à l'hôpital psychiatrique Ibn Al Hassan.
- Amélioration de la qualité de soins rendus aux patients schizophrènes.
- Réduction de taux d'hospitalisation pour des rechutes schizophréniques.

## **II. Méthodologie de travail**

Avant de se lancer dans une démarche qualité, il faut tout d'abord assurer une formation de l'équipe qui va participer à cette démarche, et par la suite l'engagement de l'hôpital dans une politique qualité.

Dans ce cadre, le CHU Hassan II de Fès a organisé une formation en 2012 autour du thème : « Démarche d'amélioration continue à travers les cercles de qualité ». Les ateliers ont été animés par deux qualitiens de Rabat, destinés aux équipes médicales et paramédicales du CHU.

Les personnels de psychiatrie qui ont profité de cette formation, ont décidé d'instaurer un cycle de démarche qualité au sein de l'hôpital psychiatrique pour améliorer ses performances et résoudre les problèmes rencontrés.

Le comité de travail initial a été composé par le directeur de l'hôpital, un médecin résident, un médecin généraliste, le chef de soin infirmier, les majors des deux services, quatre infirmiers, deux administrateurs, deux techniciens, et deux assistances sociales.

Le cycle est entamé en Mai 2012, et s'est clôturé en Février 2014, avec un rythme bimensuel des réunions, soit un nombre de 20 réunions en total, qui se sont déroulées le mercredi à 14h30 en salle de réunion de l'hôpital. À la fin de chaque réunion, une évaluation est effectuée, avec signature de PV pour une responsabilisation des membres.

À noter que l'équipe a été accompagnée par le délégué de la santé de la province de Khémisset durant tout ce cycle comme facilitateur.

## **A. Organisation pratique de l'étude**

Nous avons suivi la méthodologie proposée par l'ANAES dans le cadre des Programmes Assurance Qualité (PAQ) nationaux lancés en 1995 :

- Constitution d'un groupe projet, d'un comité de pilotage, de groupes de travail.
- Planification des réunions et utilisation des outils de la DQ.
- Construction du processus actuel.

- Identification des dysfonctionnements.
- Construction du nouveau processus.
- Proposition d'actions d'amélioration.
- Mise en place des actions.
- Propositions d'indicateurs de suivi de l'amélioration continue de la qualité.
- Mise en place des indicateurs.

Le projet a nécessité de nombreuses réunions, passé initialement par une phase de réflexion et de mise en place de la démarche.

Cette phase a permis de réunir la bibliographie pour mieux comprendre la DQ et d'organiser le groupe projet.

## **B. Etapes de déroulement de l'étude**

Les étapes à suivre pour procéder à l'amélioration de la qualité :

- Identification de problème.
- Définition de problème.
- Identification de l'équipe.
- Analyse du problème.
- Proposition et choix des solutions.
- Mise en œuvre les solutions.

- Evaluation.

## **1. Identification de problème**

### **1-1. suggestion des problèmes**

Le personnel impliqué a utilisé la méthode de brainstorming pour l'identification des problèmes.

Grâce à cette technique, le comité a suggéré un nombre de problèmes institutionnels:

- Suicide institutionnel.
- Rechute des patients schizophrènes.
- Non homogénéité de l'équipe soignante.
- Spécialisation des taches hospitalières.
- Effectif très élevé des patients dans les services hospitaliers.
- Problème de transfert des malades intra et extra service.
- Problème de Med station.
- Problème des SDF (sans domicile fixe).
- Difficulté de répartition des taches hospitalières.
- Problème de communication interpersonnelle.
- Problème de suivi et d'évaluation des sociétés des sous-traitances.
- Non respect de la hiérarchie.

- Marginalisation des familles des patients.
- Absence de salle d'examen.
- Problème de sécurité du personnel.
- Coordination insuffisante entre les services et la direction de l'hôpital.
- Agressivité des patients envers le personnel.
- Contention des patients agressifs.
- Retard des médecins au niveau des urgences.
- Le non respect des normes de la démarche qualité.
- Encombrement au niveau des urgences.
- Non observance thérapeutique.
- Rejet des patients par leurs familles.
- Qualité des repas du personnel.
- Stigmatisation de la maladie mentale par le personnel.
- Problème d'ouverture de l'institution sur la société civile.

## **1-2. Priorisation des problèmes**

Par consensus, l'équipe a réduit la liste des problèmes en votant, et s'est mise d'accord de maintenir les problèmes jugés urgents:

- Les rechutes schizophréniques.
- Le suicide institutionnel.

- L'évaluation et le suivi des travaux des sociétés des sous-traitances.
- Le problème de la communication interpersonnel et inter service.
- La répartition des taches dans les services de l'hôpital Ibn Al Hassan.

Pour l'identification du problème prioritaire, l'équipe à utilisé la matrice de critère. De ce fait, les membres ont fixé des critères de priorisation pour départager les problèmes :

- Gravité
- Impact
- Urgence
- Vulnérabilité

Par la suite, on a instauré une échelle pour classer les problèmes vis-à-vis de chaque critère, cette échelle est graduée de 1 à 5 afin de calculer le score de chaque problème, les membres de comité ont attribué une cotation variante de 1 à 5 en allant du plus important [5] au moins important [1].

*Problème 1* : Rechutes schizophréniques.

*Problème 2* : Évaluation et suivi des travaux des sociétés des sous-traitances.

*Problème 3* : Problème de communication interpersonnelle et inter-service.

*Problème 4* : Suicide institutionnel.

*Problème 5* : Répartition des taches dans les services.

	<i>Problème 1</i>	<i>Problème 2</i>	<i>Problème 3</i>	<i>Problème 4</i>	<i>Problème 5</i>
<b>Gravité</b>	5 5 5 4 4 4 4 4 2 5 2 1 4 4 5	2 1 1 1 2 1 3 3 2 3 5 2 1 1 1	3 4 3 3 5 3 2 5 4 2 4 3 3 3 4	4 2 5 5 3 5 5 1 3 4 1 4 5 5 3	1 2 3 2 1 2 1 4 1 1 3 5 2 2 2
<b>Impact</b>	4 5 4 4 5 5 3 2 3 1 2 5 4 4 4	2 3 2 1 2 1 5 3 2 5 4 4 1 1 1	3 1 3 3 4 3 2 5 5 4 3 3 3 5	5 4 3 5 3 4 4 1 4 2 1 2 5 5 3	1 2 2 1 2 1 4 1 3 5 1 2 2 2
<b>Urgence</b>	5 5 3 5 5 4 2 3 5 2 2 1 5 5 5	2 1 1 1 1 1 4 2 3 5 3 2 1 1 1	3 3 4 3 3 3 1 5 2 3 4 3 3 3 4	4 2 5 4 4 5 5 1 1 4 1 4 4 4 3	1 4 2 2 2 2 3 4 4 1 5 5 2 2 2
<b>Vulnérabilité</b>	5 1 3 5 1 5 5 3 2 2 5 2 2 1 2	3 2 4 1 1 4 1 1 2 5 5 4 4 4 4	5 4 3 5 4 3 5 2 2 4 3 3 5 5 5	4 2 5 4 2 3 4 3 1 3 1 2 1 1 2	1 3 2 2 3 3 4 4 5 1 4 1 3 3 3
<b>Score</b>	214	138	201	193	144
<b>Priorité</b>	I	V	II	III	IV

*Classement des problèmes selon le score de la matrice de prise des décisions :*

I : Rechutes schizophréniques [241]

II : Problème de communication interpersonnelle et inter-service [201]

III : Suicide institutionnel [193]

IV : Répartition des tâches dans les services [144]

V : Évaluation et suivi des travaux des sociétés des sous-traitances

[138]

Le problème de *rechutes schizophréniques* a eu le plus grand score, on a donc décidé de travailler sur ce problème épineux.

On a envisagé le recueil des données sur le problème de rechutes des schizophrènes en prenant 2010 comme année de référence, puis on a passé à l'étape de définition opérationnelle du problème.

## **2. Définition et énoncé de problème**

Il y a l'opportunité de diminuer le taux de rechute des malades schizophrènes hospitalisés à l'hôpital Ibn Al Hassan. Le problème réside dans l'encombrement des services par des patients qui sont admis pour rechutes schizophréniques, ce qui décourage l'équipe chargée des activités de soins. Ce taux élevé d'admissions des rechutes schizophréniques entraîne une insatisfaction de l'administration, perturbe la qualité de vie des patients et de leurs familles, retient sur la qualité de soins, retarde la prise en charge des malades schizophrènes nécessitant une hospitalisation. Le processus commence dès l'arrivée du malade au service jusqu'à sa sortie. Il sera amélioré quand le taux de rechute des patients schizophrènes diminuera de 20% après l'instauration de cycle.

## **3. Identification de l'équipe qui travaillera sur le problème**

Le comité de la qualité est formé par :

- Le directeur de l'hôpital.
- Un médecin résident comme animateur.
- Le délégué de la province de Khémisset comme facilitateur.
- Un infirmier de service hommes comme rapporteur.

- L'administrateur économe.
- Les infirmiers majors des deux services de l'hôpital.
- L'infirmier chef des soins infirmiers.
- Quatre infirmiers travaillant à l'hôpital Ibn al Hassan.

Au début, on s'est mis d'accord sur les normes de travail :

- Réunion tous les Mercredi de chaque semaine de 14h30 à 16h00.
- Les GSM doivent être éteints ou mis en silencieux.
- Toute absence d'un membre de l'équipe doit être justifiée.
- Avertir l'animateur 24h avant la date de la réunion.
- Les retards de 10min et plus seront pénalisés de 20Dh.
- Le dirigeant de la séance sera à tour de rôle.
- Affichage des normes de travail au niveau de la salle de réunion.
- Evaluation de la séance 10min avant la clôture.

#### **4. Analyse et étude de problème**

Dans cette étape, on va clarifier ce qui est connu sur le problème, comprendre le processus, développer des hypothèses sur les causes, et identifier les causes premières.

## **4-1. Recueil des données**

### **a. Recrutement des patients**

Le recrutement a eu lieu au niveau de l'hôpital psychiatrique Ibn Al Hassan. On a ciblé tous les patients schizophrènes réhospitalisés durant l'année 2010.

### **b. Critères d'inclusion**

Tous les patients connus schizophrènes et qui sont réhospitalisés pour une rechute durant l'année 2010.

### **c. Type de l'étude**

C'est une étude transversale descriptive faite à l'hôpital psychiatrique Ibn Al Hassan du CHU Hassan II de Fès.

### **d. Mode de recueil de données**

Les données personnelles de chaque patient sont recueillies à partir des dossiers médicaux à l'aide d'une fiche d'exploitation, en portant sur les données socio-démographiques, la forme clinique, l'antipsychotique prescrit, et le nombre d'hospitalisation (Annexe 1).

### **e. Résultats**

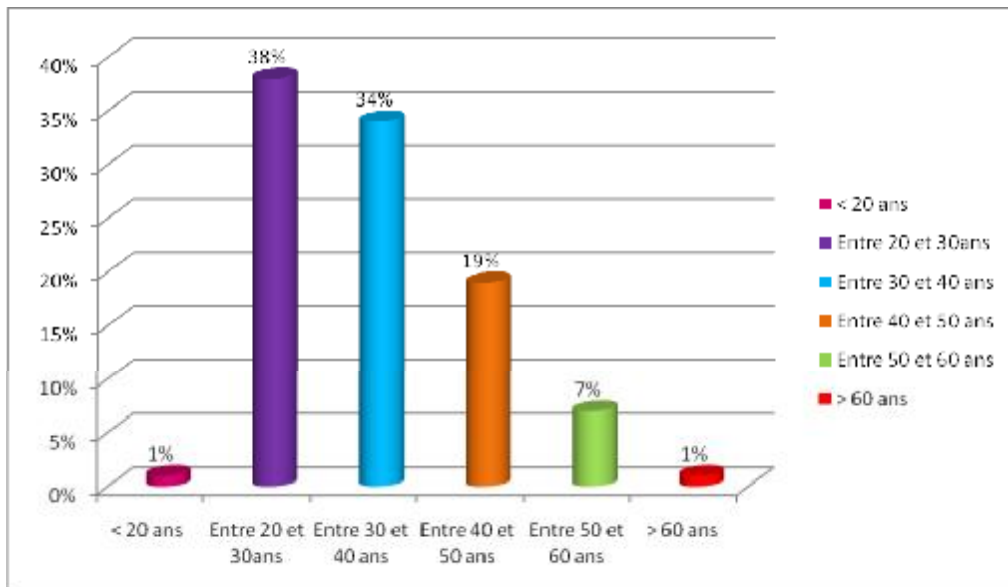
En 2010, sur 1448 malades hospitalisés, 954 étaient des rechutes schizophréniques, soit un taux de 65%. La population générale était surtout

représentée par des hommes (85%). L'âge moyen était de 30 +/- 10 ans. Le type dominant de la schizophrénie était la forme paranoïde (47%). La plupart des patients étaient sous neuroleptiques classiques (60%). Pour 954 patients hospitalisés pour rechute schizophréniques, 85 d'entre eux ont rechuté 3 fois durant l'année 2010, soit un taux de 30%.

## Répartition des patients selon l'âge

<i>L'âge</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
<b>&lt; 20 ans</b>	<b>11</b>	<b>1,02%</b>
<b>Entre 20 et 30 ans</b>	<b>361</b>	<b>38,01%</b>
<b>Entre 30 et 40 ans</b>	<b>322</b>	<b>34,24%</b>
<b>Entre 40 et 50 ans</b>	<b>177</b>	<b>18,49%</b>
<b>Entre 50 et 60 ans</b>	<b>72</b>	<b>7,22%</b>
<b>&gt; 60 ans</b>	<b>11</b>	<b>1,02%</b>
<b>Total</b>	<b>954</b>	<b>100%</b>

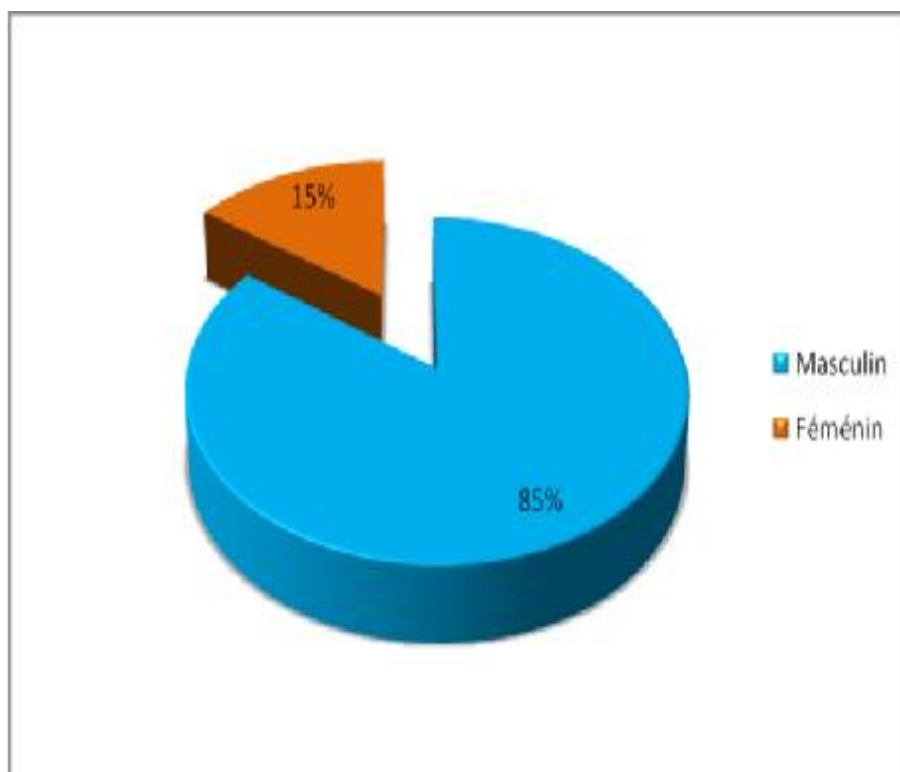
Graphique n° 1 : Le pourcentage des patients selon l'âge



### Répartition des patients selon le sexe

<i>Sexe</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
<b>Masculin</b>	<b>811</b>	<b>85%</b>
<b>Féminin</b>	<b>143</b>	<b>15%</b>
<b>Total</b>	<b>954</b>	<b>100%</b>

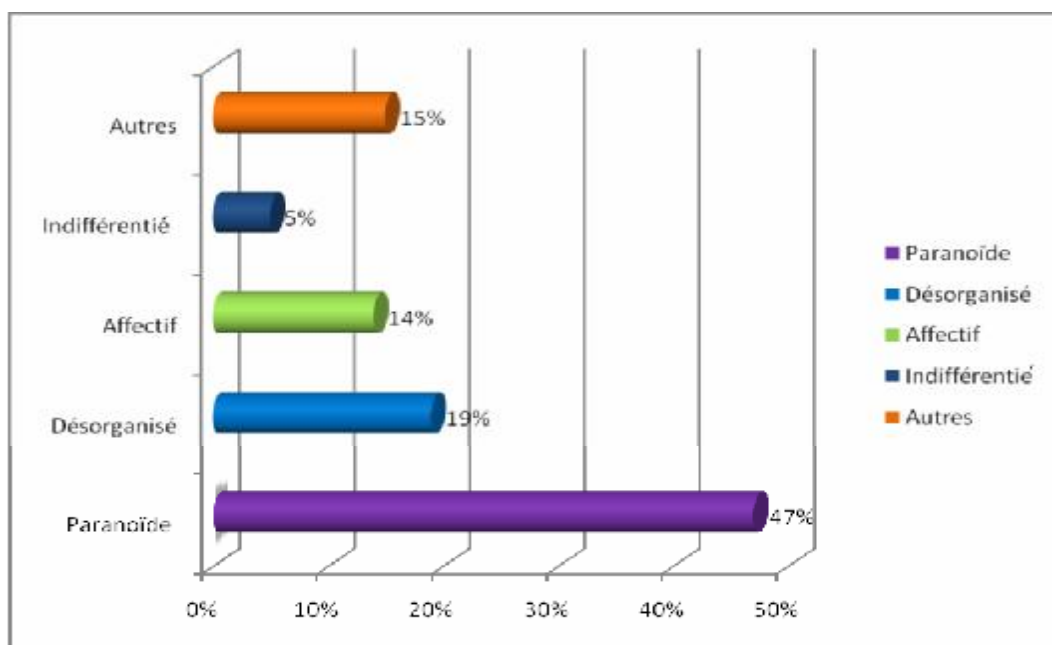
Graphique n° 2 : Le pourcentage des patients selon le sexe



## Répartition des patients selon le type de la schizophrénie

	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
<b>Paranoïde</b>	<b>448</b>	<b>47%</b>
<b>Désorganisé</b>	<b>182</b>	<b>19%</b>
<b>Affectif</b>	<b>133</b>	<b>14%</b>
<b>Indifférencié</b>	<b>48</b>	<b>5%</b>
<b>Autres</b>	<b>143</b>	<b>15%</b>
<b>Total</b>	<b>954</b>	<b>100%</b>

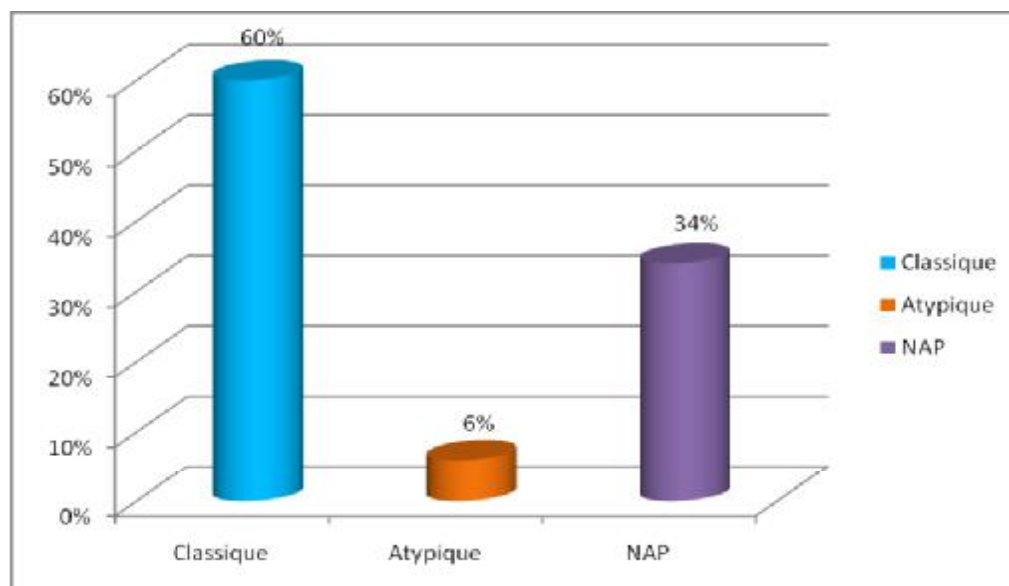
Graphique n° 3 : Le pourcentage des patients selon le type de la schizophrénie



Répartition des patients selon le type des neuroleptiques prescrits

	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
<b>Classique</b>	<b>572</b>	<b>60%</b>
<b>Atypique</b>	<b>58</b>	<b>6%</b>
<b>NAP</b>	<b>324</b>	<b>34%</b>
<b>Total</b>	<b>954</b>	<b>100%</b>

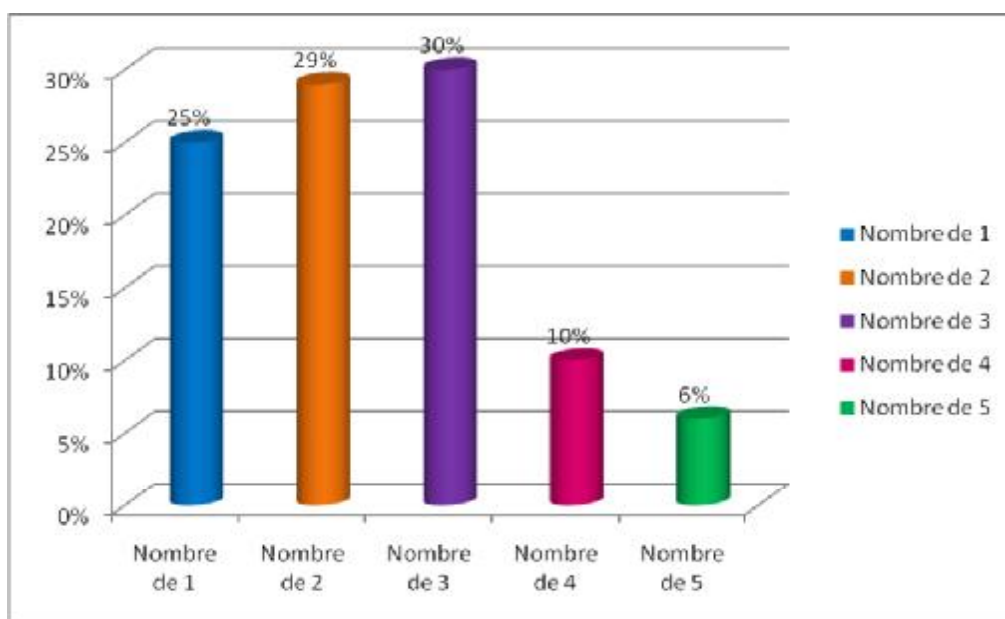
Graphique n° 4 : Le pourcentage des patients selon le type des neuroleptiques prescrits



## Répartition des patients selon le nombre d'hospitalisations

<i>Nombre d'hospitalisation</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
<b>1</b>	<b>238</b>	<b>25%</b>
<b>2</b>	<b>277</b>	<b>29%</b>
<b>3</b>	<b>286</b>	<b>30%</b>
<b>4</b>	<b>95</b>	<b>10%</b>
<b>5</b>	<b>58</b>	<b>6%</b>
<b>Total</b>	<b>954</b>	<b>100%</b>

Graphique n° 5: Le pourcentage des patients selon le nombre d'hospitalisation



Après l'exploitation des dossiers des malades et l'analyse statistique, on a eu recours aux outils d'analyse afin d'examiner en détail les aspects du processus, repérer le problème et déceler les différentes causes possibles.

## **4-2. Les outils d'analyse**

### **4-2-1. Organigramme de processus**

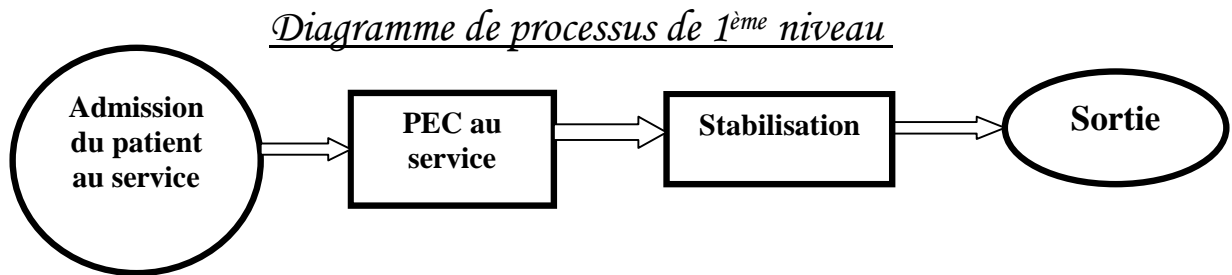
C'est un outil qui permet de visualiser les étapes principales d'un processus. Il illustre, au minimum, l'enchaînement des étapes. Il existe plusieurs types d'organigrammes : le plus général (premier niveau), une version détaillée (deuxième niveau), et un troisième qui énumère aussi les personnes impliquées dans les diverses étapes (organigramme de déploiement ou organigramme matriciel).

Les organigrammes sont utilisés pour :

- Comprendre les processus.
- Envisager des méthodes pour simplifier un processus.
- Reconnaître les étapes inutiles dans un processus.
- Déterminer les domaines pour le suivi et la collecte des données.
- Identifier les personnes qui sont impliquées dans le processus d'amélioration de la qualité ou qui sont affectées par celui-ci.
- Formuler des questions qui permettront de recherches plus poussées.

### a. Organigramme de premier niveau

Aussi appelé organigramme général, schématise les grandes étapes d'un processus. Il donne une vue d'ensemble d'un processus comme le montre ce schéma :

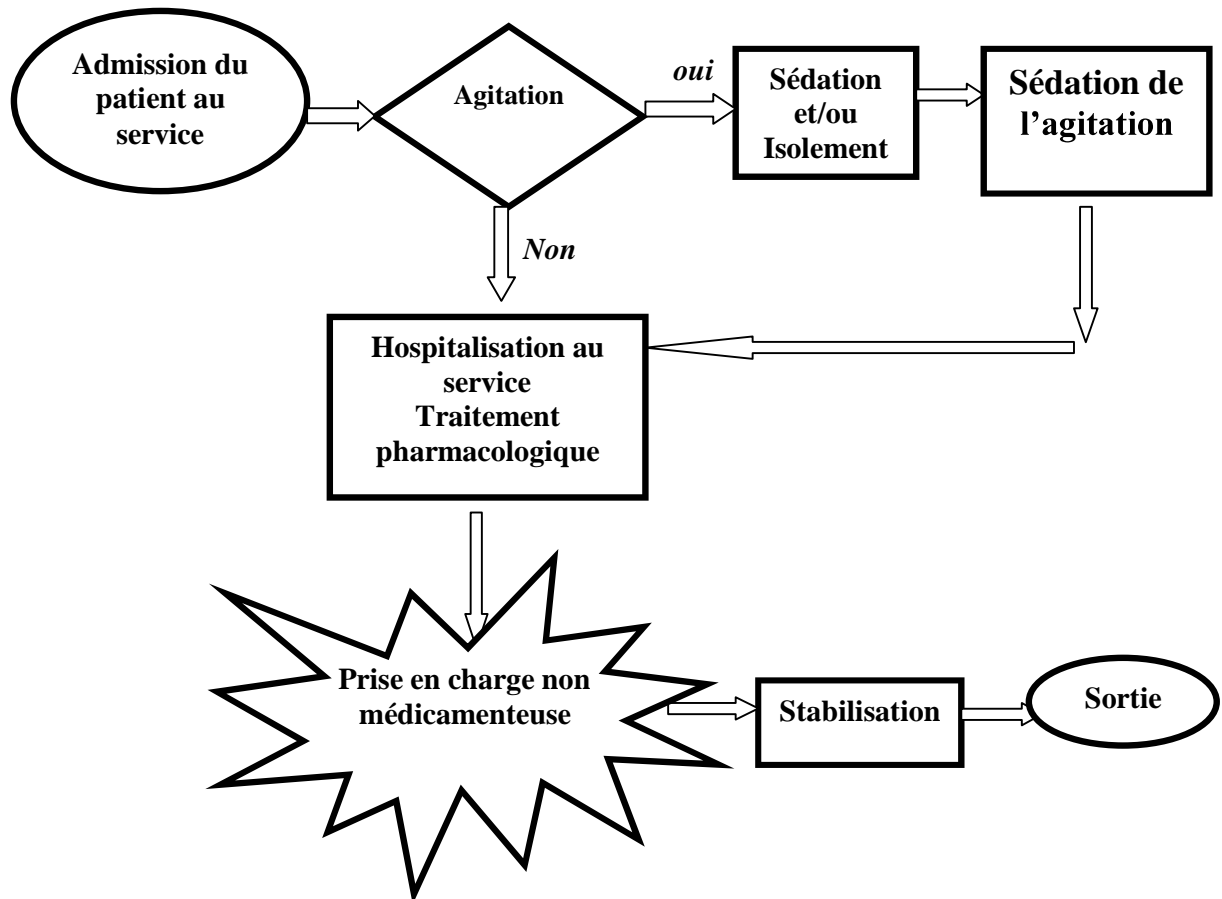


### b. Organigramme de 2ème niveau

Un organigramme détaillé qui illustre dans le détail un processus en représentant toutes les étapes et activités qui se produisent dans le processus. Ce type d'organigramme indique les étapes ou les activités d'un processus et comprend des éléments tels que les points de décision, les périodes d'attente, les tâches qui doivent souvent être refaites (reprises).

Ce type d'organigramme est utile pour examiner en détail les aspects du processus et pour repérer les problèmes.

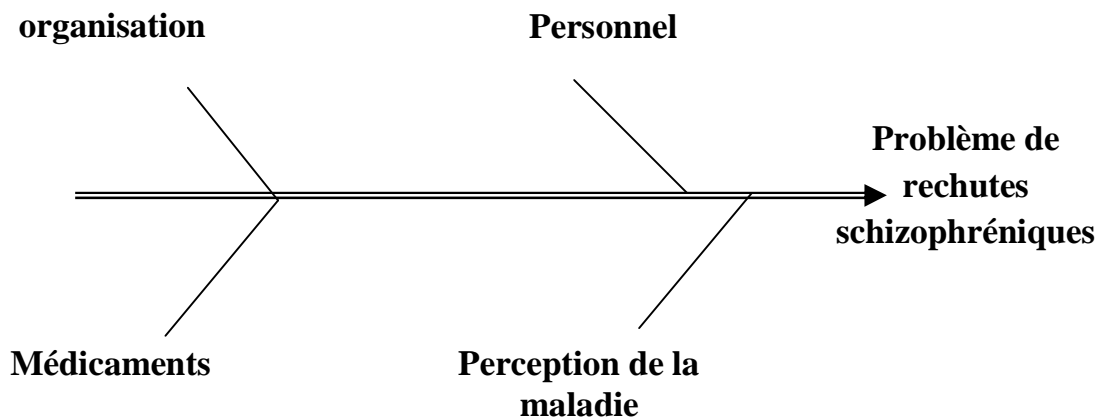
### Organigramme de processus de 2<sup>ème</sup> niveau



#### 4-2-2. Diagramme cause-effet

Le diagramme de cause-effet ou d'Ishikawa est un outil pour générer et classifier des idées ou des hypothèses concernant des causes possibles de problèmes à l'intérieur d'un processus. Il consiste à demander aux participants de faire une liste de toutes les causes et de tous les effets possibles du problème identifié (130).

### Diagramme cause-effet



#### **4-2-3. les hypothèses soulevées par l'équipe**

Les hypothèses de causes signalées par l'équipe par brainstorming peuvent être en rapport avec les quatre rubriques suivantes (Annexe 2) :

- Médicaments.
- Personnel.
- Organisation de travail.
- Perception de la maladie par l'entourage.

##### **a. Les hypothèses de causes en rapport avec les médicaments**

- Les effets secondaires du traitement.
- La difficulté d'accessibilité aux médicaments.
- La non disponibilité de certains médicaments.
- La perception erronée des psychotropes par la population.
- L'efficacité partielle des médicaments.

## **b. Les hypothèses de causes en rapport avec le personnel**

- Insuffisance du personnel pour garantir une prise en charge de qualité.
- Personnel déployé est mal réparti.
- Absence de formation continue.
- Problème de coordination entre le personnel soignant.
- Démotivation du personnel.

## **c. Les hypothèses de causes en rapport avec l'organisation et la structure**

- Capacité litière insuffisante.
- Encombrement et durée de séjour insuffisante.
- Circuit d'hospitalisation qui n'est pas codifié.
- Absence d'IEC (information /éducation/communication) structurée  
IEC : « le processus d'apprentissage par lequel des individus et des communautés adoptent volontairement et maintiennent des comportements bénéfiques à leur santé » (131).
  - Information : informer pour transmettre les connaissances nécessaires.
  - Education : éduquer pour assurer l'apprentissage des gestes à faire et permettre l'ancrage définitif du comportement recherché.
  - Communication : Communiquer pour convaincre et faire adopter les attitudes indispensables au changement du comportement.
- Insuffisance des activités ergothérapeutiques.

- Absence de structure spécifique aux patients schizophrènes.
- Dossier du malade non actualisé.

#### **d. Les hypothèses de causes en rapport avec la perception de la maladie par l'entourage**

- La méconnaissance de la nature de la maladie par l'entourage.
- Stigmatisation de la maladie mentale.
- Mauvaise coordination avec les associations qui travaillent dans le même domaine.
- Non implication de la société civile.
- Niveau socio-économique bas.
- Absence de communication et de coordination avec les différents intervenants dans ce domaine.
- Couverture médicale qui n'est pas généralisée.

Il a été convenu de choisir les causes sur lesquels l'équipe pourra agir efficacement afin de prévoir les solutions abordables :

- *Absence d'IEC.*
- *Perception erronée de la maladie mentale.*
- *Difficulté d'accessibilité au traitement.*
- *Démotivation du personnel.*

### **5. Proposition et choix des solutions**

Les membres de l'équipe ont proposé des solutions pour chaque cause de problème retenue :

### **5-1. Pour la rubrique des médicaments**

- coordination avec les centres de santé pour permettre une meilleure accessibilité au traitement.
- Création des associations qui ont comme but principal l'approvisionnement des médicaments aux patients démunis.

### **5-2. Pour la rubrique de personnel**

- Motivation du personnel.
- Diffusion de l'information entre le personnel.

### **5-3. Pour la rubrique d'organisation**

- Augmentation de la capacité litière pour éviter l'encombrement dans les services et les urgences.
- Information, éducation et communication structurée.

### **5-4. Pour la rubrique de la perception de la maladie par l'entourage**

- Amélioration de la perception de la maladie mentale et lutte contre sa stigmatisation par l'implication du patient et sa famille dans des séances d'IEC.
- Amélioration de la perception des médicaments chez les patients et leurs familles.

### **5-5. Sélection des solutions proposées**

Après avoir listé les différentes solutions, le comité a retenu des actions prioritaires et qu'on peut agir efficacement :

- Création et redynamisation des associations chargées de prise en charge des patients schizophrènes.
- Création d'une structure d'IEC.

- Motivation du personnel.

## **6. Mise en œuvre des solutions**

Dans cette étape, on va réaliser ce qu'on a proposé et choisi comme solutions. Pour cela, on a divisé les solutions en deux volets :

- A court terme.
- A moyen et long terme.

### **6-1. Solutions à court terme**

Pour les solutions à court terme, l'équipe s'est mise d'accord de maintenir les résolutions suivantes :

- Formation des personnels en matière d'IEC.
- Aménagement d'un local pour le déroulement des séances d'IEC.
- Collaboration avec la psychologue de l'hôpital pour des séances de psychoéducation destinées aux familles des malades, et diffusion de l'information auprès du personnel soignant de l'hôpital, afin d'avoir un langage unifié.
- Fondation d'une association des œuvres sociales pour les personnels de l'hôpital.
- Coordination avec la direction régionale pour adopter un centre de santé comme centre référent de psychiatrie, pour la livraison des médicaments aux patients.

**Plan de mise en œuvre des solutions**

méthodes solutions	Qui ?	Quand ?	Comment ?	Indicateur de suivi
formation en matière d'IEC	Un expert d'IEC	A partir du mois de Mars 2014	Assurer une formation pour les personnels de l'hôpital	Nombre de personnels bénéficiaires
Coordination avec la direction générale	L'administration de l'hôpital	Prévoir la fin de Février 2014	Formuler un écrit au directeur régional pour disposer les médicaments au niveau de C/S	Nombre des patients bénéficiaires/ trimestre
Coordination avec la psychologue	L'administration de l'hôpital	2 <sup>ème</sup> semaine de Mars 2014	Programmer une réunion avec tout le personnel soignant pour diffuser l'information	Nombre de familles bénéficiaires/ trimestre
Fondation de l'association des œuvres sociales	Tous les personnels de l'hôpital	Le 13/02/2014	Création de l'association	Nombre d'adhérents

## **6-2. Solutions à moyen et long terme**

Pour les solutions à moyen et long terme :

- Création de partenariat avec des hôpitaux psychiatriques à l'étranger pour favoriser l'échange expérimental.
- Fondation des associations chargées de prise en charge des patients psychotiques.

## **7. Evaluation**

On est arrivé à la dernière étape pour accomplir notre cycle d'amélioration de qualité. Dans cette étape, on doit déterminer les moyens pour le contrôle et l'évaluation des solutions appliquées.

### **7-1. Contrôle et mesure des résultats**

Consiste à contrôler l'aptitude de la solution mise en place pour résoudre le problème. De ce fait, on doit mesurer de façon continue et régulière les résultats et les contrôler par le suivi des indicateurs qu'on a fixé, ce qui est essentiel pour la pérennisation de notre projet de DQ.

Durant l'année 2014, les solutions vont être mise en place, et au bout de la fin d'année 2015, on va évaluer les résultats par le calcul de notre indicateur (taux de rechutes schizophréniques), afin de savoir si les solutions instaurées sont en mesure de résoudre le problème. Si le taux de rechutes n'est pas diminué, on aura recours à d'autres résolutions.

## **7-2. Prise des décisions d'actions, modification et choix d'une autre solution**

Consiste à l'ajustement de ce qu'on a fait, on apporte des corrections en fonction des résultats du contrôle, en vue d'améliorer la qualité de soins et d'obtenir les résultats attendus.

Pour accomplir notre étude, on doit mesurer les résultats par le suivi de taux de rechutes, après la mise en place des solutions ajustées.



*Discussion*

Ce travail s'avère le premier au Maroc en vue d'adopter une DQ dans un service de psychiatrie.

La qualité de soins prodiguée aux malades mentaux, plus particulièrement les patients schizophrènes, demeure médiocre et constitue un problème majeur de santé public. Ainsi les professionnels de la santé mentale se trouvent confrontés à exécuter une pratique thérapeutique non structurée, et parfois non-conforme aux critères de qualité reconnus à l'échelle mondiale.

Cette étude a permis d'identifier des dysfonctionnements dans le processus de prise en charge des patients schizophrènes qu'on a essayé de déceler ses points faibles et de les perfectionner.

Avant de s'impliquer dans une DQ, une formation des professionnels à ce niveau demeure nécessaire et primordiale. Dans ce cadre, les personnels de l'hôpital psychiatrique Ibn Al Hassan ont bénéficié d'une formation au CHU Hassan II de Fès, dans le but d'instaurer un cycle d'amélioration de la qualité pour résoudre les problèmes rencontrés à l'hôpital et promouvoir leurs compétences.

L'amélioration de la prise en charge des patients justifie une organisation de travail. De ce fait, un comité de pilotage a été constitué en collaboration avec les personnels de l'hôpital psychiatrique Ibn Al Hassan.

Les membres du comité ont été impliqués dans la démarche avec un engagement fort. Les réunions se sont déroulées avec une motivation et meilleure communication entre les personnels, qui ont appris à travailler ensemble, pour améliorer le fonctionnement d'équipe.

L'équipe a rencontré plusieurs difficultés pour la mise en œuvre et la conduite de la démarche, qui se situent surtout dans :

- Premier cycle et première expérience pour l'instauration d'une DQ dans un hôpital psychiatrique au Maroc. De ce fait les professionnels de l'hôpital étaient devant l'acquisition d'une nouvelle culture.
- Manque de références bibliographiques.
- La non disponibilité des personnels et du référent, vu la charge de travail et les responsabilités qu'ils assument.

En dépit de toutes ces difficultés, notre étude présente de nouveaux acquis en matière d'intégration et d'application de la DQ dans la pratique professionnelles, et la réalisation d'un modèle concret d'organisation de la DQ en milieu hospitalier.

Des études semblables à la notre ont été menées dans d'autres pays comme la France et les États-Unis. Cependant, aucune de ces études ne peut être directement comparée à la notre, la méthodologie adoptée et les suppositions faites sont différentes.

Une étude a été publiée en France en 2001 au CHU de Nancy intitulée : « Mise en place d'une démarche qualité au service d'accueil des urgences ». Les personnels de santé de CHU ont instauré une DQ pour améliorer la qualité de l'accueil et de l'information des usagers aux urgences. L'objectif fixé était de réduire le délai d'attente et de prise en charge. Après un an de mise en place des actions d'amélioration, ils ont constaté une diminution du temps de prise en charge de 60min (132).

Un projet d'implantation d'une démarche qualité dans les services médicaux de CHH de Grenoble en France a été instauré en 2008 (133).

L'objectif de ce projet était d'évaluer un programme d'implantation de la gestion de la qualité dans les services médicaux d'un hôpital universitaire et d'identifier les facteurs de pérennisation de la gestion de la qualité dans les services. L'étude concernait les 30 services médicaux du CHU qui ont intégré le programme de 1998 à 2002. Cinq ans après le début du programme, six structures avaient une démarche qualité active et 24 déclaraient avoir interrompu cette activité. Les difficultés extérieures aux services étaient dominées par le manque de ressources humaines et le manque de temps à consacrer à la démarche qualité. Le défaut d'engagement de la direction, l'absence de reconnaissance de leurs efforts et l'accréditation de l'établissement ont eu un effet négatif sur la motivation des équipes. Le principal facteur interne aux services était lié au leadership de démarche.

Une étude qualitative de l'offre de soins en psychiatrie est menée dans la région Rhône-Alpes en France en 2002. L'étude présente les travaux d'un groupe d'experts qui a inscrit sa mission dans une perspective de démarche qualité, à l'aide de questionnaires d'auto-évaluation remplis par les professionnels eux-mêmes, administratifs et médicaux. Les principaux résultats sont présentés notamment autour du concept de « lignes de soins et de prévention », développé par le groupe d'experts. Il permet une description fine et qualitative de l'activité, dans ses finalités, son organisation et ses cibles (134).

D'autre part, des études se sont acharnées à élaborer des indicateurs pour évaluer la qualité de soin en psychiatrie : une à New Haven aux États unis en 1999, qui a déterminé la satisfaction des patients et les mesures administratives comme indicateurs d'évaluation de la qualité de soin rendu

aux patients hospitalisés en psychiatrie (135). Et d'autre au centre hospitalier psychiatrique Camille Claudel à la couronne en France qui a élaboré une batterie d'indicateurs en utilisant une fiche descriptive et une grille de lecture critique récemment développés. Les objectifs de ce travail étaient d'étudier la validité de ces outils et les principales difficultés méthodologiques rencontrées par les professionnels de terrain dans la construction de leurs indicateurs (136).

Une DQ est menée à l'hôpital Mohammed V de Meknès en 2008 dans le cadre de la réforme hospitalière. L'objectif était de déterminer les facteurs ayant influencés la mise en œuvre de la DQ à l'hôpital ainsi les difficultés de pérennisation et l'extension de cette approche, et d'essayer d'apporter quelques réflexions pour contribuer à la réussite de la conduite d'une DQ au sein d'un établissement hospitalier. l'équipe a constaté qu'il y avait une insuffisance du suivi et de soutien des responsables de l'hôpital aux différentes équipes qualité, un manque d'adhésion des professionnels surtout médicaux à l'approche d'évaluation de la qualité des soins et une défaillance de coordination entre les structures qui auraient dû assurer la gestion de la DQ à l'hôpital (19).

Une autre démarche a été conduite au centre de santé Chahid Baha à Sefrou, les personnels de centre ont défini des critères pour prioriser les problèmes à étudier en se basant sur ceux à haut risque et à haut volume. L'utilisation de ces critères à travers une matrice de prise de décision a permis à l'équipe de retenir le problème de prise en charge des patients diabétiques.

Par notre étude, nous avons pu avoir une idée sur la procédure et les principes pour instaurer une DQ dans un service sanitaire, ce qui va permettre aux professionnels de santé de promouvoir leurs compétences et d'adopter une posture réflexive permettant d'établir une liaison entre les savoirs et les actions, et donc d'intégrer les savoirs dans la pratique professionnelle.

Ce projet a généré une prise de conscience de l'intérêt d'une DQ dans notre pratique de soins. Ainsi, à la vue de cette démarche, nous pouvons proposer un nouveau processus de prise en charge et la mise en œuvre d'actions d'amélioration au profil des patients, ceci va nous permettre de mener dans l'avenir une évaluation pour faire des ajustements, pouvant permettre le développement de la prise en charge thérapeutique, qui constitue une préoccupation majeure des professionnels de santé.

Les perspectives de ce travail se situent surtout dans :

- Elaboration d'un référentiel national de la mise en place d'une DQ en psychiatrie.
- Accréditation de l'hôpital psychiatrique Ibn Al Hassan en matière de la qualité.
- Participation au concours qualité à l'échelle nationale.
- Choix pour un management par la qualité.
- Instauration d'une culture de la qualité au sein des hôpitaux l'implanter au niveau national.

Bien qu'il reste beaucoup de chemin à parcourir, cette DQ a permis de formaliser les dysfonctionnements et les solutions à apporter pour les réduire comme la création d'une structure d'IEC, la motivation des personnels, et la redynamisation des associations chargées de prise en charge des malades mentaux. Certaines de ces solutions ont été mises en place, d'autres sont en cours de réalisation avec de nombreuses réformes dans la pratique professionnelle et de l'organisation du service.

Les solutions choisies permettraient de définir des critères de qualité et des axes d'amélioration. Différentes actions sont à poursuivre à ce niveau de réflexion, afin que le projet puisse entrer dans une phase de mise en oeuvre concrète avec des échéances précises et des moyens adaptés.

Enfin, cette démarche a permis d'inciter le personnel à poursuivre dans la voie de progrès et d'avoir un référentiel de bonne pratique dans la prise en charge des patients.

Le défi restera de pouvoir développer régulièrement les compétences et les connaissances des professionnels en matière de qualité, afin de les rendre pérennes.



*Recommandations*

A l'issue de ce travail, quelques recommandations et réflexions institutionnelles peuvent être formulées dans la perspective de l'amélioration de la qualité de soins, et l'incitation du personnel de santé à adopter une politique qualité, notamment :

- Introduire la mise en œuvre de la DQ et l'EPP dans le cursus de formation des médecins, des infirmiers et des gestionnaires administratifs.
- Institutionnaliser la FMC comme moyen de sensibilisation et d'information des professionnels hospitaliers sur l'évaluation de la qualité des soins et la gestion des projets d'amélioration.
- Prévoir au sein de l'hôpital des ressources humaines compétentes en matière de gestion de la qualité. Ces profils vont pouvoir exercer à temps plein la conduite de la DQ.
- Rendre obligatoire sur l'ensemble du royaume la mise en place de la DQ dans les établissements hospitaliers (politique nationale d'assurance qualité / politique nationale de certification).
- Développer un dispositif législatif faisant obligation à tous les professionnels d'entrer dans une démarche d'EPP à finalité formative et non pas sanctionnaire.
- Créer une direction nationale qualité.
- Approvisionner des subventions pour les établissements de santé ayant opté pour une DQ.
- Faire un suivi permanent de la mise en œuvre d'une politique qualité dans les établissements de santé.
- Accompagner toutes initiatives de la DQ dans les établissements de santé.

– Participer activement au développement de toute culture qualité dans les hôpitaux pour donner confiance aux patients, obtenir une meilleure performance des hôpitaux et participer à un mieux être de la population.



# *Conclusion*

La qualité ne s'improvise pas, elle se construit. L'implication du personnel à la démarche qualité est l'un des facteurs les plus importants pour la réussite de cette démarche. Il faut informer, sensibiliser, favoriser le travail en groupe, et choisir l'approche participative.

La DQ est une expérience très enrichissante, elle permet un changement dans la mentalité de l'individu et dans sa façon d'aborder les problèmes.

L'expérience menée à l'hôpital psychiatrique Ibn Al Hassan nous permet de conclure que la démarche qualité aura un apport considérable pour les hôpitaux du Maroc, puisque tous les pays en voie de développements sont à la recherche de moyens permettant de rendre leurs institutions de soins plus performantes au moins en terme de qualité de prestation. De plus partout à travers le monde, on constate un intérêt considérable qui ne cesse de croître à l'égard de la qualité des soins et des services de santé.

Notre étude a permis d'initier une DQ à l'Hôpital psychiatrique. Cette démarche a été longue et difficile à instaurer, mais avec le soutien institutionnel, le leadership et la formation médicale, elle va se pérenniser. Les bons résultats de ce travail reposent sur une prise de conscience du personnel soignant, du patient lui-même et de sa famille.

Ce modeste travail n'est qu'une ébauche d'exécution du projet, on laisse le soin à nous et à nos futurs confrères de l'accomplir.



# *Résumés*

## *Résumé*

La démarche qualité est toute disposition et activité dont le but est de sauvegarder, maintenir et développer la qualité de soins.

Afin de promouvoir le management de la qualité dans le domaine de la santé mentale et développer les compétences du personnel de l'hôpital Ibn Al Hassan, on a instauré un cycle de qualité pour la résolution des problèmes rencontrés au sein de la formation. Pour mener notre projet, on a constitué un groupe de travail (comité de qualité), formé par les personnels de l'hôpital.

Grâce à la technique de brainstorming, le comité s'est mis d'accord de donner la priorité au problème de rechutes schizophréniques et on a pris l'année 2010 comme indicateur, nous avons constaté que les rechutes schizophréniques constituent 65% des hospitalisations de cette année.

L'étape suivante était de définir clairement le problème, de fixer les objectifs à atteindre par la mise en œuvre d'une démarche qualité à l'hôpital, et d'améliorer ainsi la qualité de soins rendue aux patients schizophrènes en vue de diminuer le taux d'hospitalisation pour rechutes schizophréniques.

Après la discussion des différentes causes possibles des rechutes schizophréniques, l'équipe a décidé de se reposer sur celles qu'on pourra agir efficacement afin de prévoir les solutions abordables : Absence d'IEC, mauvaise perception de la maladie mentale, difficulté d'accessibilité du traitement, motivation et démotivation des personnels.

Les solutions proposées ont été discutées et validées par tous les acteurs du comité et puis on a retenu des actions prioritaires à mener : Création et

redynamisation des associations chargées de prise en charge des patients, création d'une structure d'IEC, motivation du personnel.

Certaines de ces solutions ont été mises en place, d'autres sont en cours de réalisation avec de nombreuses réformes dans la pratique professionnelle et de l'organisation du service de psychiatrie.

Pour accomplir notre étude, on doit mesurer les résultats et les contrôler par le suivi de notre indicateur (taux de rechutes) qui est essentiel pour la pérennisation de notre projet d'assurance qualité. De ce fait on aura recours à le contrôler de façon continue et régulière après la mise en place des solutions.

Mots clés : Démarche qualité, psychiatrie, rechutes schizophréniques.

## *Abstract*

The quality approach is any provision and activity whose purpose is to preserve, maintain and develop the quality of care.

In order to promote the quality management in the field of mental health and develop the skills of the hospital Ibn Al Hassan staff, it introduced a cycle of quality for the resolution of the problems encountered within the formation. To carry out our project, a working group (quality Committee), formed by the hospital personnel was established.

Thanks to the technique of brainstorming, the Committee put agree to give priority to the problem of schizophrenic relapses and was assumed by the year 2010 as an indicator, we noticed that schizophrenic relapse constitute 65% of the hospitalizations this year.

The following stage was to clearly define the problem, set the objectives to be achieved by implementing a quality approach to the hospital, and thus improve the quality of care given to patients with schizophrenia to reduce the rates of hospitalization for schizophrenia relapse.

After the discussion of the different possible causes of schizophrenia relapse, the team decided to rest on those that we can act effectively to provide affordable solutions: Absence of IEC, poor perception of mental illness, difficulty of access to treatment, demotivation of staff.

The proposed solutions were discussed and validated by all stakeholders (actors) in the Committee and then was selected for priority actions: Creation and reinvigoration of the loaded associations of support for patients, creating a structure of IEC, staff motivation.

Some of these solutions have been implemented; others are underway with many reforms in professional practice and the Organization of the Department of Psychiatry.

TO accomplish our study, we have to measure those results and to control them by tracking our indicator (rate of relapse) which is essential for the sustainability of our quality assurance project. Of This fact we shall have appeal to check it in a continuous and regular way after the implementation of solutions.

Key words : Quality approach, psychiatry, schizophrenia relapse.

## ملخص

نهج الجودة هـ و كل إجراء أو نشاط يهدف لحماية وتطوير جودة الرعاية الطبية.

بغية تعزيز إدارة الجودة في مجال الصحة النفسية, وتنمية مهارات الموظفين في مستشفى ابن الحسن تم إنشاء دورة للتوعية بالجودة من أجل مواجهة المشاكل التي يمكن مصادفتها أثناء التكوين. لهذا الغرض تم تشكيل فريق عمل (لجنة الجودة) مكون من موظفي المستشفى. بفضل تقنية " طرح الأفكار ", قررت اللجنة إعطاء الأولوية لمشكلة حالات الإنتكاس الفصامي, وتم اعتبار سنة 2010 كمؤشر. وجدنا أن نسبة الإنتكاس الفصامي وصلت 65 في المئة من مجموع الحالات التي أدخلت إلى المستشفى تلك السنة .

بعد ذلك, تأتي المرحلة الثانية وهي تعريف المشكل بوضوح والأهداف المتوخاة من إرساء مبدأ الجودة في المستشفى مما سيؤدي إلى تحسين نوعية الرعاية المقدمة للمرضى الذين يعانون من الفصام, مما سيخفض من نسبة معدل الإستشفاء بالنسبة لهذه الحالات.

بعد مناقشة مختلف الأسباب الممكنة وراء حالات الإنتكاس الفصامي, قرر الفريق اعتماد تلك التي يمكن تقديم حلول ناجعة لها: غياب التواصل والتربية والتكوين, سوء فهم المرض العقلي, صعوبة الحصول على العلاج, عدم اهتمام الموظفين.

تم اتخاذ الإجراءات الضرورية وتحليلها بعد مناقشة الحلول المقترحة من طرف أعضاء اللجنة مثل: إنشاء وتفعيل دور الجمعيات المكلفة بالمرضى النفسيين, إنشاء هيكلية للتواصل والتربية والتكوين, وتحفيز الموظفين. بعض هذه الحلول تم تنفيذها بالفعل, وأخرى في طور الإنجاز بالإضافة إلى العديد من الإصلاحات في الممارسة المهنية وتنظيم مصلحة الطب النفسي.

لإتمام دراستنا يجب قياس النتائج ومراقبتها عبر تتبع مؤشر معدل الإنتكاس, وهو أمر ضروري لاستمرارية مشروعنا (ضمان الجودة). لهذا سيتم مراقبته بشكل مستمر ومنتظم بعد تطبيق الحلول المقترحة. الكلمات الرئيسية: نهج الجودة, الطب النفسي, الفصام.



# *Références*

- 1- <http://fr.wikipedia.org/wiki/Qualit%C3%A9>.
- 2- Haddad. S, Roberge. D. Comprendre la qualité : en reconnaître la complexité. Ruptures, 4 (1), 1997.
- 3- AFNOR / ISO 9000 cité par Chantal version 2000.
- 4- ISO 9000 1982.
- 5- LECLET.H et VILCOT C. Qualité en santé, 150 questions pour agir, AFNOR, Editions Jouves, Paris 1999.
- 6- <http://www.atoute.org/n/article104.html>.
- 7- <http://bulletin.conseilnational.medecin.fr/Archives/html/006/006BOMN006P013A01.htm>.
- 8- CHARVET-PROTAT.S, JARLIER.A, PREAUBERT.N. Le coût de la non-qualité à l'hôpital, Septembre 1998,p.21 ANDEM.
- 9- ANAES. Les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français, avril 1999.
- 10- [http://www.cetu.equipement.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_inspection\\_fascicule](http://www.cetu.equipement.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_inspection_fascicule)
- 11- Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988;260: 1743–8.
- 12- Kilbourne AM, Keyser D, Pincus HA. Challenges and opportunities in measuring the quality of mental health care. Can J Psychiatry 2010;5:549
- 13- ISO cité par l'ANAES, 1999, p.14.
- 14- l'ANAES citée par Rouressoul, 2004, p.10.
- 15- [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_411173/fr/mieux-connaître-la-certification-des-etablissements-de-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_411173/fr/mieux-connaître-la-certification-des-etablissements-de-sante).
- 16- [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_428381/fr/mieux-connaître-laccreditation](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_428381/fr/mieux-connaître-laccreditation).
- 17- Article218 d'Hammourabi. <http://pagespersorange.fr/jdtr/Hamourabi.htm>
- 18- Extrait de la norme ISO : Le plan d'assurance qualité est un document énonçant les pratiques, les moyens et la séquence des activités liées à la

- qualité spécifiques à un produit, un projet ou un contrat particulier.  
8402:1994.
- 19- EL KOUHAIL.K. Evaluation de la mise en œuvre de la démarche qualité entreprise a l'hôpital Mohammed 5 de Meknes dans le cadre de la réforme hospitalière, INAS 2008.
  - 20- <http://www.sante.gov.ma/leministre/pdf/SanteQualite-Entretien.pdf>
  - 21- <http://www.youscribe.com/catalogue/tous/sante-et-bien-etre/analyse-du-systeme-de-l-offre-de-soins-marocain-1800940>
  - 22- AFAQ (l'Association française d'assurance qualité) 2009.
  - 23- L'AFNOR cité par L'ANAES, p13.1999.
  - 24- <http://www.inpes.fr/guide>. Guide d'autoévaluation. Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ?
  - 25- ISO. Principe de management de la qualité 2012/05.
  - 26- SEKIOU et autres GRH, édition 4L inc page 456.
  - 27- JOHN R. SCHERMERHORN. Principes de mangement page 250.
  - 28- La norme ISO 9000.
  - 29- <http://www.psychologytoday.com/blog/wired-success/201204/why-brainstorming-doesnt-improve-productivity-or-creativit>.
  - 30- Minvielle E, de Pouvourville G. La mesure de la qu alité des soins : un enjeu et un défi de santé publique.Rev Epidemiol Sante Publique 2001 ; 49
  - 31- [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/indicateurs\\_construction.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/indicateurs_construction.pdf).
  - 32- British Medical Association (BMA) et NHS Employers,2009; Mainz, 2003a Mainz, 2003b.
  - 33- [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/ipaqss\\_projet\\_scientifique\\_compaq-hpst.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/ipaqss_projet_scientifique_compaq-hpst.pdf).
  - 34- The COMPAQH project: Researches on quality ndicators in hospitals  
Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 56S (2008) S179–S188.

- 35- [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_711453/fr/evaluation-des-pratiques-professionnelles](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_711453/fr/evaluation-des-pratiques-professionnelles).
- 36- Chabot.J.M. L'évaluation des pratiques professionnelles mise en orbite, Le Bulletin de l'Ordre des médecins, avril 2006, n° 4, page 8.
- 37- [www.has-sante.fr/portail/evaluation-des-pratiques-professionnelles](http://www.has-sante.fr/portail/evaluation-des-pratiques-professionnelles).
- 38- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. Paris : ANAES ; 2000.
- 39- Inserm (Compaq). Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Haute Autorité de santé. Compaq, rapport final 2003 -2006.
- 40- Massoud R, Askov K, Reinke J, et al. Un paradigme moderne de l'amélioration de la qualité des soins de santé. Projet d'assurance de qualité. Bethesda (MD) : Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID) ; Projet d'Assurance de Qualité (PAQ) ; 2002.
- 41- <http://www.em-consulte.com/article/723134/demarche-qualite-en-psychiatrie-ameliorer-les-syst>.
- 42- [.http://www.cairn.info/revue-empan-2005-2-page-11.htm](http://www.cairn.info/revue-empan-2005-2-page-11.htm).
- 43- HARDY-BAYLÉ M-C. Pour une démarche de qualité en psychiatrie appliquée aux pratiques professionnelles et aux référentiels de prise en charge. L'information psychiatrique 2006 ; 82 : 29-37
- 44- Haute Autorité de Santé : <http://www.has-sante.fr>.
- 45- Jean.L.T. Méthodes d'évaluation des systèmes de soins en psychiatrie. 37-800-A-20. EMC. 2001.
- 46- Thornicroft G. Need assessment. In : Knudsen HC, Thornicroft G eds. Mental health. Services evaluation. Cambridge University Press, 1996 : 317-338.
- 47- Thornicroft G, Tansella M. The mental health matrix. A manual to improve services. Cambridge : Cambridge University Press, 1999 : 1-291.

- 48- Smith GR, Manderscheid RW, Flynn LM, Steinwachs DM. Principles for assessment of patient outcomes in mental health care. *Psychiatr Serv* 1997 ; 48 : 1033-1036.
- 49- O'Leary DS. Quality drivers for the millenium. *Joint Commission Perspectives*, 1996 : 2-3.
- 50- Marie-Christine Hardy-Baylé. Pour une démarche de qualité en psychiatrie appliquée aux pratiques professionnelles et aux référentiels de prise en charge. *L'Information psychiatrique* 2006 ; 82 : 29-37.
- 51- LAURET.T. Comment développer une démarche qualité sans exercer d'autorité dans un établissement psychiatrique? L'expérience du CH Sainte-Anne. Mémoire. DESS QUEOPS : Compiègne, Faculté de technologie. 2001.
- 52- Cf. recueil des thèmes de recherche cliniques au CH Sainte-Anne, DPAM et DR, 2001.
- 53- Chabran P, Nakia A. Promotion de la qualité et stratégies thérapeutiques. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, BP 92 – 84143. Novembre 2000.
- 54- Deniker. P, Olié.JP. Fou, moi ?. La psychiatrie hier et aujourd'hui, Editions Odile Jacob, 1998.
- 55- Deniker.P, Olié JP. Fou, moi ?. La psychiatrie hier et aujourd'hui, Editions Odile Jacob, 1998.
- 56- Duval S. Pour une psychiatrie de Qualité. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, Novembre 2000.
- 57- <http://suite101.fr/article/pour-lamelioration-de-la-qualite-des-soins-au-malade-mental-a18474>.
- 58- Allilaire J.F. Les enjeux de la démarche qualité en psychiatrie. 10.1016/j.amp.2012.11.006. Service de psychiatrie, hôpital de la Salpêtrière. Paris, France.

- 59- G. Borgès Da Silva. La qualité des soins en hôpital psychiatrique: revue de la littérature et perspectives. Santé publique 2003, volume 15, no 2, pp. 213-222.
- 60- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). URL <http://www.anaes.fr>.
- 61- Paugain M, Courtial B, Colas M, et al. Obligation de soins et psychiatrie de liaison. Actual Psychiatr 1995 ; 25.
- 62- Casadebaig F, Philippe A, Lecomte T, et al. État somatique et accès aux soins de patients schizophrènes en secteurs de psychiatrie générale. Inf Psychiatr 1995 ; 71 : 267-71.
- 63- Dazord A, Lambert PA. Apprécier la qualité de vie des patients, la relation thérapeutique, et divers éléments psychodynamiques: Une autre manière d'envisager les effets iatrogènes. Confront Psychiatr 1999 ; 40 : 59-74.
- 64- Saoud M, Dalery J. Compliance aux neuroleptiques et effets extrapyramidaux dans la pratique psychiatrique. Inf Psychiatr 1998.
- 65- Tempier R, Vabre D. Le séjour en hôpital psychiatrique: Comment les patients perçoivent-ils leur hospitalisation ? Inf Psychiatr 2001; 77 : 387.
- 66- Castelain A, Garrabe P, Loo P. Electroconvulsivothérapie et éthique. Ann Med Psychol 2000 ; 158 :413-8.
- 67- Chatel C, Bouet R. La qualité de l'accueil à l'hôpital psychiatrique. Inf Psychiatr 1999 ; 75 : 1031-5.
- 68- Caria A, Olivier JC, Aube G, et al. Comment améliorer la tenue du dossier du patient en psychiatrie ? Pages 1166- 1174, 14 réf., ISSN 0020-0204, FRA. Inf Psychiatr 2000.
- 69- Borgès Da Silva G, Borgès Da Silva G, Fender P, Mabriez JC. Co-morbidités d'affections somatiques avec les maladies mentales. Rev Med Assurance Maladie 2000 ; 1 : 45-52.
- 70- Courrege C, Bernabeu B. Prescription et dispensation des médicaments en hôpital psychiatrique. Pharm Hosp Fr 1997;121 : 112-7.

- 71- Perrin B, Terra JL, Clere D, Guillaud-Bataille JM. Les personnes hospitalisées en psychiatrie : étude des besoins en soins. *Psychol Méd* 1994 ; 26 : 441-7.
- 72- Palazzolo J, Chinon JM, Chabannes JP. Utilisation de l'isolement thérapeutique et des contentions en psychiatrie. Enquête prospective. *Encephale* 1999 ; 25 : 477-84.
- 73- Verpeaux M, Laboutiere JJ. Qualité des pratiques médicales en psychiatrie et accréditation. *Inf Psychr* 1997 ; 73 : 654-9.
- 74- Levy M, Molto J, Tremine T. Étude des motifs de prescription de benzodiazépines chez des patients schizophrènes hospitalisés . *Inf Psychiatr* 1995 ; 71 : 963-6.
- 75- Lexchin J. Réglementation pharmaceutique au Canada et prescription inadéquate de médicaments : le cas des psychotropes dans les années 60 et au début des années 70. *Santé Mentale Quebec* 1997 ; 22 : 283-300.
- 76- Belkacem K, Lepaux DJ, Oliger R. Taux d'erreurs de médication en milieu hospitalier. Étude pilote au centre hospitalier de Jury-lès-Metz. *Presse Med* 2001; 30 : 785-9.
- 77- Borgès Da Silva G, De Queiroz P, Fessel G. Audit des hôpitaux de jour psychogériatriques en Haute-Vienne. communication à la XVIIIe réunion scientifique de l'Association des épidémiologistes de langue française, Beaune (France), 4 septembre 1992.
- 78- Borges Da Silva G, Jouanon F, et al. Mesure des écarts entre des référentiels médicaux et la pratique hospitalière en CHS psychiatrique. *Rev Med Assurance Maladie* 1998 ; 1 : 85-91.
- 79- Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Hospitalisation en psychiatrie: un exemple d'amélioration des pratiques de prise en charge. *Faits marquants*. Paris: CNAMTS, 2002.

- 80- Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. La prescription des neuroleptiques In: Recommandations et références médicales. Tome 2. Paris: ANDEM, 1995.
- 81- Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. Prescription des hypnotiques et anxiolytiques. In: Recommandations et références médicales. Tome 2. Paris: ANDEM, 1995.
- 82- Terra JL, Cozon C, Favre P. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé: l'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie. Paris: ANAES, 1998.
- 83- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Principes de mise en oeuvre d'une démarche qualité en établissement de santé Paris : ANAES, 2002.
- 84- JCAHO. National Library of Healthcare Indicators. Oakbrook Terrace, Illinois : Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1997.
- 85- Agence Nationale de l'Evaluation et de l'Accréditation en Santé. Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé : principes généraux. Paris : ANAES, 2002.
- 86- Michel P, Amouretti M, Mathousin-Pelissier S, et al. Lecture critique des indicateurs de qualité de soins. Revue médicale de l'assurance maladie 2001 ; 32 : 201-9.
- 87- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Préparer et conduire votre démarche d'accréditation : un guide pratique. Paris: ANAES, 2002.
- 88- Ibrahim JE. Performance indicators from all perspectives (editorial). Int J Qual Health Care 2001 ; 13 : 431-2.
- 89- Kazadjian VA, Lied TR. Healthcare performance measurement: systems design and evaluation. Milwaukee American Society for Quality.

- 90- Hermann RC, Leff HS, Palmer RH, et al. Quality measures for mental health care: results from a national inventory. *Med Care Res Rev* 2000 57 (Suppl 2) : 136-54.
- 91- Lohr KN. Outcome measurement: concepts and questions. *Inquiry* 1988 ; 25 : 37-50.
- 92- Druss BG, Miller CL, Rosenheck RA, Shih SC, Bost JE. Mental health care quality under managed care in the United States : a view from the Health Employer Data and Information Set (HEDIS). *AmJ Psychiatry* 2002
- 93- Gory I. et al. Élaboration d'indicateurs de qualité de soins dans un centre hospitalier psychiatrique. *Santé Publique*, 2003/1 Vol. 15, p. 99-113. DOI : 10.3917/spub.031.0099.
- 94- <http://fr.wikipedia.org/wiki/Schizophr%C3%A9nie>.
- 96- McGrath.J, Saha.S et al. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med.* Apr 28;2:13. 2004.
- 97- Saoud.M. La schizophrénie de l'adulte. ISBN 2-294-01310-7. Masson,2006.
- 98- DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.
- 99- Van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet* 2009, 10.1016/S0140-6736(09)60995-8.
- 100- O'Donovan MC, Williams NM, Owen MJ. « Recent advances in the genetics of schizophrenia » *Hum Mol Genet.*2003 PMID 12952866.
- 101- Picchioni MM, Murray RM. Schizophrenia. 14;335(7610):91-5. *BMJ* 2007
- 102- Janssen I, Krabbendam L, Bak M. et al. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiat Scand.* 2004;109(1):38–45. PMID 14674957.
- 103- New scientist magazine.1er octobre 2011, p.16.
- 104- Brown, A. S. Prenatal infection as a risk factor for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2006 32 (2), 200-2.

- 105- Read J, Perry BD, Moskowitz A, Connolly J. The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients : a traumagenic neurodevelopmental model. *Psychiatry*, 1978.
- 106- Johns Hopkins et al., Cold Sore Virus May Contribute to Cognitive and Brain Abnormalities in Schizophrenia. *Science Daily*. 2010.
- 107- Jaroslav Flegr. Influence of latent Toxoplasma infection on human personality, physiology and morphology: pros and cons of the Toxoplasma–human model in studying the manipulation hypothesis. [10.1242/jeb.083162](https://doi.org/10.1242/jeb.083162). April 10, 2012.
- 108- Yolken R. Viruses and schizophrenia: a focus on herpes simplex virus. *Herpes* 2004; 11(Suppl 2):83A–88A.
- 109- Brown AS, Patterson PH. Maternal infection and schizophrenia: implications for prevention. *Schizophr Bull*. Mar 2011; 37(2): 284–290.
- 111- Gregg L, Barrowclough C, Haddock G. Reasons for increased substance use in psychosis. *Clin Psychol Rev*. 2007 May;27(4):494-510.
- 112- <http://www.em-consulte.com/article/224000/le-cannabis-est-il-un-facteur-de-vulnerabilite-des>.
- 113- Moore THM, Zammit S, Lingford-Hughes A et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*. 2007 Jul 28;370(9584):319-28.
- 114- Schiffman J, Nakamura B, Earleywine M, et al. Symptoms of schizotypy precede cannabis use. *Psychiatry Research*, 134, 37-42. 2005.
- 115- <http://fr.wikipedia.org/wiki/Schizophr%C3%A9nie>.
- 116- [http://www.espace-socrate.com/SocProAccueil/Document%5CRehabilitation%5Cg\\_vivre\\_avec\\_la\\_schizophrenie.pdf](http://www.espace-socrate.com/SocProAccueil/Document%5CRehabilitation%5Cg_vivre_avec_la_schizophrenie.pdf).
- 117- N. Franck. Remédiation cognitive chez les patients souffrant de Schizophrénie. *Annales médico-psychologiques* . 165-187–190.2007.
- 118- Gorczynski P, Faulkner G. Exercise therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*, 12;(5):CD004412. 2010.

- 119- Bouhlel S, et al. Les prodromes des rechutes schizophréniques : étude descriptive et comparative.0.1016/j.encep.2011.12.005. Encéphale,2012.
- 120- Haywood TW, Kravitz HM, Grossman LS, et al. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, affective disorders” Am J Psychiatry, 152, 856- 861.1995.
- 121- Fenton WS, Blyler CR,Heinssen RK. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. Schizophren Bull, 23, 637- 651 (1997).
- 122- Weiden PJ, Olfson M. Cost of relapse in schizophrenia. Schizophren Bull, 21, 419-429 (1995).
- 123- Shepherd M, Watt D, Falloon I, et al. The natural history of schizophrenia: a five-year follow-up study of outcome and prediction in a representative sample of schizophrenics. Psychol Med 1989;19:1 —46.
- 124- Herz MI, Melville C. Relapse in schizophrenia. Am J Psychiatry 1980;137:801—5.
- 125- Lieberman JA, Perkins D, Belger A, et al. The early stages of schizophrenia: speculations on pathogenesis, pathophysiology, and therapeutic approaches. Biol Psychiatry 2001;50:884—97.
- 126- Herz MI, Lamberti JS, Mintz J, et al. A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study. Arch Gen Psychiatry 2000;57:277
- 128- Kane JM “Strategies for improving compliance in treatment of schizophrenia using long-acting formulation of an antipsychotic” J Clin Psychiatry, 64(suppl 16), 34-40 (2003).
- 129- Rashad.M, Karen.A, Jolee.R, et al. Un Paradigme Moderne de l’Amélioration de la Qualité des Soins de Santé. Bethesda, MD 20814-4811. Décembre 2002.
- 130- [http://fr.wikipedia.org/wiki/Diagramme\\_d%27Ishikawa](http://fr.wikipedia.org/wiki/Diagramme_d%27Ishikawa).

- 131- [http://www.memoireonline.com/07/12/6033/m\\_Interts-de-IIEC-Information-Education-Communication-dans-la-prevention-des-complications13.html](http://www.memoireonline.com/07/12/6033/m_Interts-de-IIEC-Information-Education-Communication-dans-la-prevention-des-complications13.html).
- 132- FELTEN.E. Mise en place d'une démarche qualité au service d'accueil des urgences du CHU de Nancy. Mémoire , université Henri Poincaré. Mai 2001.
- 133- P. François a b, L. Boyer a, G. Weil. Implantation d'une démarche qualité dans les services médicaux d'un hôpital universitaire : facteurs d'accélération et de frein. 7e Journée recherche de la HAS L'évaluation de la performance du système de soins 2008.
- 134- GUILHOT J. ; LAURENT O. ; PELLET J. Étude qualitative de l'offre de soins en psychiatrie : propositions méthodologiques. Revue médicale de l'assurance maladie. 2002, vol. 33, n° 4, pp. 291-299.
- 135- Care Benjamin G. Druss, M.D., M.P.H. Robert, A. Rosenheck, M.D. Marilyn Stolar. Patient Satisfaction and Administrative Measures as Indicators of the Quality of Mental Health. August 1999 Vol. 50 No. 8.
- 136- Gory I. et al. Élaboration d'indicateurs de qualité de soins dans un centre hospitalier psychiatrique. Santé Publique, 2003/1 Vol. 15, p. 99-113.



# *Annexes*

## Annexe 1 : Fiche d'exploitation sur les rechutes de schizophrénie de l'année 2010

N d'entrée	N dossier	Age	Nom et prénom	Sexe		Paranoïde	Diagnostic Schizophrénie				Autres	Nombre d'hospitalisation	Traitement		N.A.P		
				M	F		Désorg anisé	Catatonique	Affectif	Indifférencié			Classique	Atypique			

## Annexe 2 : Diagramme cause-effet (d'ishikawa).

