

La qualité des soins en hôpital psychiatrique : revue de la littérature et perspectives

*The quality of care in psychiatric hospitals
review of literature and perspectives*

G. Borgès Da Silva ⁽¹⁾

Résumé : Dans les établissements hospitaliers, 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. Nos études constatent le non respect fréquent des règles d'utilisation des psychotropes et l'importance de l'exposition aux risques iatrogènes des patients.

Il existe un hiatus entre la richesse des référentiels et leur faible utilisation, par les établissements, dans les plans d'amélioration de la qualité et donc 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.

Summary : *Within hospitals, a plan for quality improvement consists of numerous steps to be taken by an inclusive management team, implicating all of the actors involved. The establishment of an instrument panel of indicators is the outcome of such a participatory process. The existence of best practice referentials allows for the construction of a coherent plan to improve the quality of care. A query of the francophone bibliographic databases reveals very few publications from internal audits on the relevance of care. Nevertheless, external audits demonstrate the significance of evaluation of the quality of care in psychiatric hospitals. The authors are therefore surprised to note the existing hiatus between the wealth of references and their lack of being used in the publications of the professionals concerned. The analysis of the relevance of the medical decision is not widely accepted. Clinical practice is still considered as an art form even though it has become a technique which now calls on the collective experience of peers.*

Mots clés : qualité des soins - pertinence des soins - psychiatrie - hôpital psychiatrique - référentiels de pratique clinique.

Key words : quality of care - relevance of care - psychiatry - psychiatric hospitals - practice guidelines.

(1) Président de l'Association nationale des praticiens conseils pour la promotion de l'analyse du système de santé (Anasys), Anasys, BP 2072, 83062 Toulon cedex.

Selon l'AFNOR, la démarche qualité « a pour objet, à partir de la définition d'une politique et d'objectifs, de gérer et assurer le développement de la qualité en s'appuyant sur un système qualité mis en place et en utilisant divers outils propres à faciliter l'obtention des objectifs fixés ». « L'assurance qualité est un ensemble d'actions préétablies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée en ce qu'un produit ou service satisfera aux exigences données relatives à la qualité » [1].

Dans les établissements hospitaliers, le plan d'amélioration de la qualité comporte plusieurs étapes qui sont à réaliser par un management participatif impliquant l'ensemble des acteurs :

- L'élaboration des objectifs stratégiques portant sur le sens directeur de la conduite du changement vis-à-vis de certaines composantes de la qualité des soins. Pour la Joint commission on accreditation of healthcare organizations (JCAHO), chargée de l'accréditation des établissements aux USA, les composantes de la qualité des soins sont : l'accessibilité, l'acceptabilité, le caractère approprié (pertinence), la continuité, la délivrance au bon moment, l'efficacité, l'efficience, la sécurité [3] ;

- La mise en œuvre d'objectifs opérationnels intervenant sur des paramètres du système de soins sur lesquels l'établissement a choisi d'agir pour atteindre ses objectifs stratégiques. Par exemple, si l'accessibilité des soins est un objectif stratégique, l'accès aux soins des patients schizophrènes dans les secteurs psychiatriques peut être un objectif opérationnel. La cohérence de l'action est assurée s'il existe des référentiels de bonne pratique dans le champ de ce paramètre ;

- La détermination d'indicateurs permet de suivre le changement attendu et de vérifier l'atteinte des objectifs. Une analyse métrologique vérifiera si l'indicateur mesure bien ce qu'il est censé mesurer, c'est-à-dire l'atteinte de l'objectif opérationnel. Michel P *et coll* ont publié des critères d'analyse d'un indicateur de qualité des soins auxquels il est utile de se référer [24].

Selon Y. Matillon *et coll*, la qualité en médecine « passe par le respect d'exigences préétablies et de conformité à des référentiels, ce qui implique que le ou les référentiels soient acceptés par ceux qui vont avoir à les mettre en œuvre, que l'on se donne les moyens pour qu'ils le soient, qu'on vérifie (contrôle qualité), que l'on corrige les écarts éventuels et qu'un processus dynamique d'amélioration de la qualité soit mis en place » [23].

Les choix stratégiques de l'hôpital sont déterminants lorsqu'il s'agit de définir les paramètres du système de soins sur lesquels agir. Cependant, l'existence de référentiels de pratique permet d'agir de manière pertinente sur les paramètres du système de soins.

La constitution d'un tableau de bord d'indicateurs est l'aboutissement du processus participatif d'amélioration de la qualité des soins. L'existence de référentiels de bonne pratique permet de construire un plan d'action cohérent.

Le premier objectif de cet article est de préciser, en pratique de soins psychiatriques à l'hôpital, quels sont les référentiels de bonne pratique médicale disponibles en France.

Le deuxième objectif est de regarder si les travaux d'audit interne francophones publiés sur la qualité des

soins en hôpital psychiatrique portent logiquement sur les paramètres du système de soins couverts par ces référentiels.

Enfin nous étudierons l'apport de l'audit externe.

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) [2]. Ceux-ci portent principalement sur la pertinence des soins. Les champs couverts peuvent être regroupés en cinq rubriques :

1) 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.

2) L'usage des médicaments :

- prescription des antidépresseurs, neuroleptiques, hypnotiques et anxiolytiques ;
- prescription pluri-médicamenteuse chez la personne âgée.

3) Les méthodes thérapeutiques spécifiques :

- les indications et modalités de l'électroconvulsivothérapie ;
- l'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement.

4) Les suivis thérapeutiques spécifiques :

- stratégie à long terme dans les psychoses schizophréniques ;

- modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendant des opiacés ;

- suivi des psychotiques ;

- limiter les risques de la contention physique de la personne âgée ;

- prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide ;

- évaluation 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.

5) La circulation de l'information :

- évaluation de la tenue du dossier du malade ;

- information des patients - recommandations destinées aux médecins.

Composantes de la qualité des soins et paramètres du système de soins pour lesquels on trouve des publications francophones

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, les professionnels de la psychiatrie ont su se déployer hors des murs de l'hôpital. Leur réflexion sur la sectorisation et la psychiatrie de liaison s'exprime dans les revues médicales [27]. 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 [13].

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 [17]. 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 [29]. 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 [30]. Un article porte sur les questions posées par le consentement et l'information avant l'électrothérapie [14]. Des auteurs relatent leur expérience d'une gestion d'un programme d'amélioration de la qualité relatif à l'accueil du patient [15]. 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 [34].

La continuité : Le dossier médical, outil majeur de la continuité des soins, est sujet de quelques publications [12, 18].

La sécurité : Le taux de comorbidités des malades mentaux [9] et les risques de la vie en collectivité à l'hôpital conduisent à une attention particulière vis-à-vis de la sécurité [19, 35].

L'optimisation de la dispensation des médicaments attribue un rôle majeur au pharmacien [16, 20].

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 [28].

Une enquête a précisé les modalités des mesures d'isolement et de contention [25]. Une autre étude s'intéresse à la perception qu'ont les soignants de l'application des procédures d'isolement [26].

Une évaluation de l'utilisation des chambres d'isolement a été conduite dans 26 établissements avec le soutien du Service Evaluation 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 [31].

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 [33].

La variabilité des pratiques médicales est relevée dans une étude sur les prescriptions de benzodiazépines [21].

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 [22].

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 [6].

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.

Utilité du questionnaire sur la qualité des soins en hôpital psychiatrique

Notre 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-nto-psychiatrique de Haute Vienne [7]. 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 audit médical a été réalisé sur un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie, en 1996 [8]. Il a porté sur trois pavillons de gérontopsychiatrie. 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 cardio-vasculaires, 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 asso-

ciations 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 second audit, portant sur le management des soins pour les patients adultes hospitalisés (hormis les personnes âgées), a été réalisé dans le même établissement [10, 11].

Nous avons 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 a été groupée 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 donc 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 mono thérapie. 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 [5] ;
- on ne doit pas associer deux anxiolytiques ou deux hypnotiques. L'association d'un anxiolytique et d'un hypnotique doit faire l'objet d'une évaluation rigoureuse et donc devrait être exceptionnelle [4].

Dans cette étude, l'alimémazine (Théralène®) n'est classé, ni dans les neuroleptiques, ni dans les hypnotiques et n'a donc pas été comptabilisé dans le tableau ci-dessous. Cependant, l'association d'un hypnotique avec de l'alimémazine est relevée dans un tiers des prescriptions d'hypnotiques.

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 quotidienne, en psychiatrie, est un thème de réflexion

Tableau 1: 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	Type 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	Associations d'hypnotiques avec 1 (ou +) anxiolytique	32 (56 %)

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 ($P < 10^{-3}$) :

- opposant, agressif, auto agressif : 58 % d'associations de neuroleptiques ;

- coopérant, démissionnaire : 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. Les pavillons ayant un recrutement par secteur géographique, c'est donc l'égalité d'accès à des soins de qualité selon le lieu de résidence qui est posé.

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 œuvre 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 donc 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 n'est 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 [31].

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.

BIBLIOGRAPHIE

1. AFNOR. Gérer et assurer la qualité. Tome 1 : Concepts et terminologie. Paris : AFNOR ; 1992.
2. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). URL : <http://www.anaes.fr>.
3. Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM). L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. L'audit clinique. Paris : ANDEM, 1994.
4. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. Prescription des hypnotiques et anxiolytiques. In: Recommandations et références médicales. Tome 2. Paris : ANDEM, 1995.
5. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. La prescription des neuroleptiques. In: Recommandations et références médicales. Tome 2. Paris : ANDEM, 1995.
6. Belkacem K, Lepaux DJ, Oligier R. Taux d'erreurs de médication en milieu hospitalier. Étude pilote au centre hospitalier de Jury-lès-Metz. *Presse Med* 2001 ; 30 : 785-9.
7. Borgès Da Silva G, De Queiroz P, Fessel G. Audit des hôpitaux de jour psychogériatriques en Haute-Vienne. Communication à la XVIII^e réunion scientifique de l'Association des épidémiologistes de langue française, Beaune (France), 4 septembre 1992.
8. 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.
9. 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.
10. Borgès Da Silva G, Borgès Da Silva G, Gazano-Jouanon F, Kulling G, Mabriez JC. Analyse de l'opportunité, de l'équité et des résultats des soins d'un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie au regard des références médicales. Actes du congrès européen de santé publique de l'EUPHA-SFSP. Paris, 14-16 décembre 2000. *Santé Publique* 2001.
11. 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.
12. Caria A, Olivier JC, Aube G, Ochonisky A, Saragoussi S. Comment améliorer la tenue du dossier du patient en psychiatrie ? *Inf Psychiatr* 2000 ; 1166-74.
13. 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.
14. Castelain A, Garrabe P, Loo P. Electroconvulsivothérapie et éthique. *Ann Med Psychol* 2000 ; 158 : 413-8.
15. Chatel C, Bouet R. La qualité de l'accueil à l'hôpital psychiatrique. *Inf Psychiatr* 1999 ; 75 : 1031-5.
16. Courrage C, Bernabeu B. Prescription et dispensation des médicaments en hôpital psychiatrique. *Pharm Hosp Fr* 1997 ; 121 : 112-7.
17. Dazard 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.
18. Dufeutrel L, Jakubiak L, Hollemaert P, Duthoit D, Gomber C, Deprince J. Évaluation de la qualité de la tenue des dossiers patients en psychiatrie générale. *Gestions hospitalières* 2002 ; 412 : 29-37.
19. Éveillard M, Manuel C, Gabastou JM, Caer M, Mounier M, Bourlioux P. Bactéries multi-résistantes en milieu psychiatrique. *Pathol Biol* 1999 ; 47 : 1075-9.

20. Fourcade C, Fossard F, Felice MP, Fabre C. Analyse pharmaceutique des prescriptions dans un centre hospitalier de psychiatrie. *Pharm Hosp Fr* 1995; 113: 149-53.
 21. Levy M, Molto J, Tremine T. Étude des motifs de prescription de benzodiazépines chez des patients schizophrènes hospitalisés. *Inf Psychiatr* 1995; 71: 963-6.
 22. 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.
 23. Matillon Y, Durieux P. De l'évaluation à la qualité en médecine. In: Matillon Y, Durieux P. L'évaluation médicale. 2^e éd. Paris: Flammarion Médecine-Sciences, 2000.
 24. Michel P, Amouretti M, Juge C, et al. Lecture critique des indicateurs de qualité des soins. *Rev Med Assurance Maladie*; 32: 201-9.
 25. Palazzolo J, Chinon JM, Chabannes JP. Utilisation de l'isolement thérapeutique et des contentions en psychiatrie. *Enquête prospective. Encephale* 1999; 25: 477-84.
 26. Palazzolo J, Favre P, Halim V, Bougerol T. À propos de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie: le témoignage des soignants. *Encéphale* 2000; 26: 84-92.
 27. Paugain M, Courtial B, Colas M, Dupont JL, Picquart JM, Cablan A. Obligation de soins et psychiatrie de liaison. *Actual Psychiatr* 1995; 25: 3-6.
 28. 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.
 29. Saoud M, Dalery J. Compliance au neuroleptiques et effets extrapyramidaux dans la pratique psychiatrique. *Inf Psychiatr* 1998; 74: 704-10.
 30. Tempier R, Vabre D. Le séjour en hôpital psychiatrique: Comment les patients perçoivent-ils leur hospitalisation? *Inf Psychiatr* 2001; 77: 387-93.
 31. 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.
 32. Terra JL, Erbault M, Maguerez G. Amélioration de la qualité en établissement de santé et évaluation du changement induit. In: Matillon Y, Durieux P. L'évaluation médicale. 2^e éd. Paris: Flammarion Médecine-Sciences, 2000.
 33. Verpeaux M, Laboutiere JJ. Qualité des pratiques médicales en psychiatrie et accréditation. *Inf Psychiatr* 1997; 73: 654-9.
 34. Vittori F, Pousset P. Réflexions sur la médecine somatique en hôpital psychiatrique et compliance aux soins. *Sem Hop Paris* 1997; 73: 582-8.
 35. Weyd B, Bellouma P, Boidin L, Juvin D, Harry P. Intoxication par les fumées d'incendie en hôpital psychiatrique. *Urgences Médicales* 1996; 15: 204-6.
-