

**THÈSE**  
**pour le**  
**DIPLÔME D'ÉTAT**  
**DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**par**

***Florence DELCHER***

*Présentée et soutenue publiquement le 10 Décembre 2010*

**Place du pharmacien dans la prise en charge globale des patients recevant un traitement psychotrope à partir d'une expérience en Psychiatrie de liaison**

**Président :**

Madame Nicole GRIMAUD, Maître de Conférences de Pharmacologie

**Membres du jury :**

Monsieur Jean Marie VANELLE, Professeur de Psychiatrie

Monsieur Yannick PENEAU, Pharmacien d'officine

# Sommaire

Sommaire.....	2
Liste des abréviations .....	5
Introduction.....	6
PARTIE I.....	8
La Psychiatrie de Liaison .....	8
1. La psychiatrie de liaison : définition et présentation .....	9
1.1 Définition.....	9
1.2 Présentation de la psychiatrie de liaison au CHU de NANTES [4].....	11
2. La psychiatrie de liaison : en pratique .....	14
Introduction.....	14
2.1 Evaluation téléphonique.....	14
2.2 Dans le service .....	15
Conclusion .....	20
PARTIE 2.....	21
Le bon usage des psychotropes :.....	21
1. Evaluation du « bon usage » des psychotropes au CHU de Nantes.....	22
Introduction.....	22
1.1 Présentation de la méthode .....	23
1.2 Principaux résultats concernant l'usage des psychotropes au CHU de Nantes .....	24
Conclusion .....	52
2. L'usage des psychotropes en France [8] .....	54
2.1 La France au niveau Européen .....	54
2.2 La consommation française des psychotropes.....	55
2.3 La prescription .....	62
2.4 Les alternatives thérapeutiques.....	75
Conclusion .....	75
PARTIE 3.....	79
Introduction .....	80
1. Le pharmacien un acteur légitime dans la prise en charge globale du patient..	83

Introduction .....	83
1.1 Le pharmacien : un professionnel de santé accessible et de proximité.....	83
1.2 Etude IPSOS .....	84
Conclusion .....	89
2. Comment le pharmacien peut-il favoriser le bon usage des psychotropes et participer à l'optimisation des soins?.....	90
Introduction .....	90
2.1 Un pharmacien référent dans chaque service de médecine somatique .....	90
2.2 Contrôler les interactions médicamenteuses .....	90
2.3 Suivre un patient suite à la prescription d'un nouveau médicament : .....	92
2.4 Renforcer le rôle du pharmacien dans la pharmacovigilance systématique (par déclaration informatisée) .....	95
2.5 Proposer des formations aux personnels soignants .....	97
2.6 Conseiller la molécule la plus adaptée .....	101
2.7 Préparer la sortie du patient.....	102
2.8 Améliorer la sortie du patient en ambulatoire .....	104
2.9 Suivre la biologie d'un médicament .....	104
2.10 Réaliser des enquêtes épidémiologiques .....	107
Conclusion .....	108
3. L'avenir de la pharmacie .....	109
Introduction .....	109
3.1 La loi Hôpital Patient Santé Territoire [33] .....	109
3.2 Le rapport Rioli [34] .....	110
3.3 La pharmacie clinique [35] [36].....	112
CONCLUSION .....	114
Fiches MEMO.....	117
Les antidépresseurs.....	118
Les neuroleptiques.....	125
Les anxiolytiques .....	130
Les hypnotiques .....	133
Tables des matières.....	135
Liste des tableaux.....	141
Liste des figures.....	143

Bibliographie.....	145
Annexes .....	150

# Liste des abréviations

AH1 : anti histaminique de type 1

AHU : année hospitalo-universitaire

AMM : autorisation de mise sur le marché

ATD : antidépresseur

BZD : benzodiazépine

CANAM : caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes

CHU : centre hospitalier universitaire

CIM : classification internationale des maladies

CMP : centre médico-psychologique

CNAM-TS : caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

CTCV : chirurgie thoracique et cardiovasculaire

ESEMeD : european study of the epidemiology of mental disorders

GTNDO : groupe technique national de définition des objectifs de santé publique

IDE : infirmière diplômé d'état

IMAO : inhibiteur de mono amine oxydase

INPES : institut national de prévention et d'éducation pour la santé

IRS : Inhibiteur de la recapture de la sérotonine

LP : libération prolongée

MAG : médecine aigue gériatrique

NFS : numération formule sanguine

NL : neuroleptiques

OMS : organisation mondiale de la santé

OPEPS : office parlementaire d'évaluation des politiques de santé

PH : praticien hospitalier

PL : psychiatrie de liaison

PUPH : professeur d'université praticien hospitalier

RMO : référence médicales opposables

TS : tentative de suicide

UTT : unité de transplantation thoracique

# Introduction

La découverte des médicaments psychotropes dans la deuxième moitié du XXème siècle a révolutionné la prise en charge des troubles psychiatriques, permettant de réduire considérablement les conséquences psycho-sociales qui leur sont associées.

Initialement limitées au traitement hospitalier des manifestations les plus sévères, les indications de ces médicaments ont rapidement été élargies à des troubles de moindre gravité ; leur usage s'est donc peu à peu banalisé.

La prise en charge de la santé mentale s'est beaucoup développée ces dernières années au sein des services de médecine somatique. On ne considère plus (ou moins) un patient dans un service, comme une pathologie ou un organe malade, mais comme un être à part entière avec son environnement, son histoire, sa sensibilité...afin d'optimiser sa prise en charge et de la rendre la plus efficiente possible.

Au CHU de Nantes, une équipe mobile de psychiatrie de liaison à été mise en place il y a une dizaine d'années. Elle a une double activité : une activité de consultation, centrée sur le patient, et qui consiste à donner aux somaticiens un avis de spécialiste, et une activité de liaison, centrée sur l'équipe soignante, et qui consiste en la formation et en la sensibilisation du personnel de soins généraux, aux aspects psychiatriques et psychologiques de leur activité. Son objectif est de pouvoir former les équipes soignantes à mieux prendre en charge la souffrance morale des patients, suite aux difficultés physiques de ces derniers et de favoriser le bon usage des psychotropes.

La prise en charge de la santé mentale n'étant plus réservée aux psychiatres, la prescription de psychotrope semble s'être banalisée au détriment des bonnes pratiques de prescription et d'utilisation.

Cette banalisation est particulièrement marquée en France, où une personne adulte sur 4 fait usage de médicaments psychotropes au moins une fois par an. La consommation de ces médicaments, notamment celle des anxiolytiques et hypnotiques, est en moyenne deux fois plus élevée en France que dans les autres pays européens.

Dans un premier temps nous allons voir ce qu'est la psychiatrie de liaison, quelle est son principe, son organisation, son activité, son intérêt ...

Dans une seconde partie nous allons faire une évaluation du bon usage des psychotropes au sein du CHU de Nantes et comparer avec la tendance nationale.

Dans une dernière partie, nous allons réfléchir à la place du pharmacien dans la prise en charge globale des patients sous psychotropes, et comment peut-il en favoriser le bon usage ?

# PARTIE I

## La Psychiatrie de Liaison

# 1. La psychiatrie de liaison : définition et présentation

## 1.1 Définition

Zumbrunnen [1] donne une définition de la psychiatrie de liaison (PL), selon lui elle met au service de la médecine «somatique» les compétences de la psychiatrie. «La psychiatrie de liaison peut être définie comme la partie de la psychiatrie qui s'occupe des troubles psychiatriques, se manifestant chez des patients des autres disciplines médicales». La PL a donc pour mission principale de prendre en charge des troubles psychopathologiques qui émergent au sein de l'hôpital général. En effet, la PL est composée d'une équipe qui intervient dans les différents services de l'hôpital, suite à la demande de l'équipe soignante du service en question. Dans la majorité des cas, il s'agit plus de difficultés psychologiques, secondaires à une affection organique, que de véritables troubles psychiatriques [2]. Il y a donc un partage de connaissances entre l'équipe soignante et la PL.

Toute intervention en psychiatrie de liaison a une double activité :

- Une activité de consultation centrée **sur le patient** et qui consiste à donner aux somaticiens un avis de spécialiste.
- Une activité de liaison centrée **sur l'équipe soignante** et qui consiste en la formation et en la sensibilisation du personnel de soins généraux aux aspects psychiatriques et psychologiques de leur activité. Son objectif est de pouvoir former les équipes soignantes à mieux prendre en charge la souffrance morale des patients suite aux difficultés physiques de ces derniers. L'objectif de cette activité étant d'avoir une cohérence multidisciplinaire et ainsi promouvoir une prise en charge globale du patient.

Pour S.M.CONSOI, l'objectif de la PL est de « transmettre un savoir et un savoir faire, afin de permettre à tous les non-spécialistes d'assurer, par leurs propres moyens, une prise en charge globale et optimale de leurs patients ».

Ainsi la PL permet une approche transversale, où les différents professionnels échangent autour de la situation rencontrée sur un pied d'égalité, ne se référant pas à un organe malade mais privilégiant l'approche globale de la personne dans son environnement.

La PL est une unité d'intervention mobile, composée de psychiatres, psychologues, infirmières, qui exercent aux chevets des patients adultes hospitalisés suite à une demande du service médical ou du patient lui-même. La PL intervient pour des patients, présentant des troubles psychiques ou psychiatriques connus ou supposés en lien ou non avec leur pathologie somatique ou pour faire un diagnostic différentiel avec une pathologie organique / surdosage. Elle participe aussi à la formation des équipes soignantes, à détecter des troubles psychiatriques ou psychologiques chez leurs patients. En effet, la PL a un rôle pédagogique auprès des équipes médicales et soignantes, dans le but que ces dernières formalisent au mieux leurs demandes, et intègrent progressivement la dimension psychologique dans leur prise en charge médicale et non uniquement celle de l'organe malade.

La PL «a pour ambition d'améliorer les relations soignants-soignés et de remettre l'usager de l'hôpital au cœur des préoccupations institutionnelles malgré l'hyper technicité de la médecine moderne et la brutalité d'une société trop productiviste » [3]

**La PL contribue donc à la prise en charge globale du patient**

## 1.2 Présentation de la psychiatrie de liaison au CHU de NANTES [4]

### 1.2.1 Composition

Elle comporte trois domaines

- La psychiatrie de liaison adulte et l'électroconvulsothérapie
- L'addictologie de liaison qui dépend du service d'addictologie
- La pédopsychiatrie de liaison dirigée par le Professeur Monsieur Amar

L'ensemble de ces trois composantes sont réunies sous le pôle universitaire de Psychiatrie, dirigé par le Professeur Venisse.

### 1.2.2 L'équipe

En 2009 l'équipe de psychiatrie de liaison adulte (où j'ai effectué mon stage) est sous la responsabilité du Professeur Vanelle et se compose :

- D'un PU PH,
- De deux PH,
- D'un chef de clinique,
- D'un ou deux internes en psychiatrie selon les semestres,
- D'un cadre infirmier à 50%,
- D'un cadre supérieur,
- De deux psychologues réalisant au total un 80%,
- De deux infirmières,
- D'une secrétaire à 50%

### 1.2.3 Lieux d'intervention

L'unité mobile de PL adulte intervient sur 3 sites

- Hôtel Dieu
- Hôpital Saint Jacques
- Hôpital général régional Laennec

### 1.2.4 Organisation

L'organisation est la suivante :

- Hôtel Dieu : PUPH + PH + interne + IDE
- Hôpital Saint Jacques : PUPH + psychologues cadres + secrétaire
- HGRL : PUPH + chef de clinique + IDE + interne

### 1.2.5 Domaines de spécificités

L'équipe de PL a également d'autres domaines de spécificités en plus du travail de liaison :

- Consultations externes
- Dons de reins
- Recherche en fibromyalgie
- Groupe de parole
- Education thérapeutique (dermatologie + endocrinologie)
- Accompagnements des équipes
- Pneumologie : mucoviscidose

- Evaluation thérapeutique et mise en place de protocole concernant la maladie de Parkinson au centre d'investigation clinique en neurologie
- Unité de transplantation thoracique
- Consultation conjointe génétique

### 1.2.6 Rapport d'activité

<b>Année</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
Nombre total de consultation	495	866	1220	989	1269
<b>Année</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Nombre total de consultation	1523	1728	2326	3592	3767

**Tableau 1 : Rapport d'activité de la PL de 2000 à 2009**

Le tableau ci-dessus nous montre l'augmentation très significative de l'activité de PL sur ces neuf dernières années.

La diminution en 2003 correspond à la différenciation des activités en deux pôles : la psychiatrie de liaison et l'addictologie de liaison.

## 2. La psychiatrie de liaison : en pratique

### Introduction

Les interventions dans les différents services demandeurs sont assurées par l'ensemble des psychiatres, l'interne en psychiatrie, le chef de clinique, les psychologues, et les infirmières dans un délai de un à trois jours maximum suivant l'urgence de la demande.

### 2.1 Evaluation téléphonique

Une permanence de la psychiatrie de liaison est assurée du lundi au vendredi dans la journée. La PL dispose d'un numéro d'appel téléphonique géré par les deux infirmières. Elles répondent aux demandes de 8h30 à 16h. Pour faciliter l'organisation, améliorer et continuer de développer le lien entre les services, chaque infirmière est référente d'un site.

L'évaluation téléphonique est assurée par les infirmières de l'équipe de PL. Au cours de cet entretien l'infirmière s'informe, au sujet du patient, du motif de son hospitalisation (diagnostics somatiques, investigations en cours, antécédents somatiques principaux, alimentation, sommeil, hydratation...), du motif de la demande (éléments cliniques observés et relevés) qui est à l'origine de la demande (l'équipe médicale, le patient lui-même, sa famille...).

Toutes ces informations sont notées dans une fiche récapitulative (annexe 1). L'infirmière propose alors un intervenant (psychiatre, chef de clinique, interne en psychiatrie, psychologue, infirmier) et une date de consultation. Si la demande ne correspond pas aux compétences de l'équipe de la PL, les infirmières redirigent vers le service le plus approprié (addictologie de liaison, pédiatrie de liaison...)

## 2.2 Dans le service

### 2.2.1 Entretien avec l'équipe médicale

L'équipe mobile arrive dans le service demandeur, et fait le point avec l'équipe médicale au sujet du patient, pour lequel une demande de consultation a été formulée. Cet échange permet de créer un premier temps d'écoute et de contact avec le service. Cela permet aussi de mieux cerner le motif de l'hospitalisation, le motif de la consultation, les antécédents du patient, le contexte familial et social, les médicaments psychotropes déjà mis en place, de consulter le cardex, et d'évaluer le ressenti, le vécu de l'équipe vis-à-vis du patient et la dimension psychologique dans leur prise en charge médicale. L'équipe de la PL s'assure que le patient est bien prévenu de leur arrivée.

### 2.2.2 Entretien avec le patient

Le psychiatre a un entretien avec le patient dans sa chambre ou dans une salle pour plus de confidentialité si le patient peut marcher. L'entretien peut être également réalisé par le médecin psychiatre accompagné de l'interne ou d'une infirmière. L'examen en psychiatrie repose essentiellement sur l'entretien. Il est destiné à recueillir un certain nombre de données concernant les troubles du patient, sa personnalité, son histoire personnelle et familiale mais vise également à établir une relation thérapeutique. De la qualité de l'entretien dépend en grande partie, la validité du diagnostic comme la nature de la prise en charge thérapeutique ultérieure. Il est important d'informer le patient, dès le début de l'entretien, sur le lien entre l'intervenant psy et l'équipe somaticienne, et quel sera le type de transmissions effectuées ensuite auprès des soignants. Il faut également assurer au patient que la confidentialité et l'intimité seront garanties. Consoli nous dit : « rassurer si besoin le patient sur le devoir de discrétion auquel est astreint le psychiatre » [2].

Le but premier de l'entretien est d'écarter toute cause organique ou surdosage, puis éventuellement de poser un diagnostic. La durée de l'échange est extrêmement

variable (patient dépendant) et se déroule sous forme d'entretien direct c'est-à-dire que le patient répond aux questions posées.

### 2.2.3 Aspect du patient à prendre en compte : le dit et le non dit

Durant l'entretien, l'équipe va recueillir des signes cliniques à la fois en observant et en questionnant le patient (dit et non-dit). Les fonctions psychiques de base observées sont : l'activité psychomotrice, le langage et les fonctions intellectuelles cognitives. Elle va également évaluer au sein de l'activité psychomotrice : les mimiques, la gestualité, une parakinésie, des impulsions, des tics...

On distingue deux types d'activités psychomotrices majeures : la **réduction**, où l'on constate une inhibition, un ralentissement, de la stupeur, une suspension partielle ou totale de l'activité (apragmatisme), une perte de l'initiative et une grande passivité chez le patient. A l'inverse on peut observer une agitation, une excitation motrice et psychique, une **hyper activité**, voir un état maniaque.

Il faut également observer le dit : là aussi on distingue deux grands types de situations, soit une **logorrhée** (flux de parole continu et incoercible), soit un **mutisme** total, partiel, électif (volontaire). Il faut réussir à évaluer le raisonnement, le jugement, la mémoire et la consommation éventuelle de toxiques lors de l'entretien.

La distinction du normal et du pathologique repose sur la durée des symptômes ou leur répétition, leur intensité, l'accumulation de plusieurs symptômes (qui forme alors un syndrome). Il est important de faire une évaluation du retentissement fonctionnel, affectif, social et professionnel de la maladie sur le patient.

Le premier entretien peut se schématiser en 10 points [5]:

- 1. Mettre en confiance, le plus précocement possible au cours de l'entretien,*
- 2. Chercher à déterminer la plainte ou le trouble principal « je suis triste », « j'entends des voix », ...*
- 3. Penser aux diagnostics différentiels qui peuvent être évoqués à partir de la plainte principale et poser des questions pour tenter d'étayer l'une ou l'autre hypothèse.*
- 4. Poser des questions précises au patient sur la qualité et la sévérité des symptômes pour s'assurer de leur présence. Veiller à ne pas suggérer les réponses et laisser parler le patient, ce qui permet d'évaluer la cohérence de son discours.*
- 5. Evaluer le risque suicidaire.*
- 6. Apprécier l'existence des conséquences possibles du trouble psychiatrique afin de les prévenir.*
- 7. Situer le niveau de fonctionnement socioprofessionnel, familial, social et son éventuelle dégradation du fait des troubles actuels.*
- 8. Connaître le support social du patient (relation familiale, amicale, loisirs...) et les capacités adaptatives du sujets face aux événements stressants et aux difficultés de vie.*
- 9. Inviter le patient à poser des questions à la fin de l'entretien. Cet échange approfondit la relation de confiance, tout en fournissant une occasion supplémentaire d'analyser ce que le patient pense de son trouble.*
- 10. Conclure l'entretien en exprimant au patient qu'il a été entendu et en lui expliquant ce qu'il est possible de faire pour lui.*

#### 2.2.4 La transmission

D'après Consoli [2], la PL « doit avoir le souci de transmettre aux équipes soignantes de médecine les informations nécessaires pour une meilleure compréhension de la pathologie, de la souffrance morale, mais aussi du contexte de vie et des conditions sociales du patient. Elle doit toujours compléter les échanges oraux par un compte-rendu écrit, rédigé dans le dossier médical et/ou le dossier de soins infirmiers » car « il ne faut pas oublier qu'à coté de la souffrance du patient, la maladie ou le comportement de ce dernier peuvent être à l'origine d'une souffrance de l'entourage familial ou relationnel , mais aussi d'un embarras et d'une souffrance des équipe soignantes [...] Il faut promouvoir la mise en place d'une alliance entre le patient, son entourage (ou du moins certains de ses membres), et l'équipe soignante , autour du projet de soin »

##### 2.2.4.1 Ecrite

(Annexe 2)

Il est très important de réaliser une évaluation écrite récapitulant un certains nombre de données qui seront précieuses pour l'équipe médicale, mais aussi pour la PL si celle-ci est amenée à rencontrer de nouveau le patient.

Une fiche de synthèse bien remplie reprend les éléments suivants :

- Les antécédents et l'anamnèse psychiatrique (antécédents personnels de TS ou familial de suicide, de toxiques, de troubles caractérisés ...)
- Les antécédents de prise de psychotropes en précisant les molécules et la posologie.
- Le traitement psychotrope actuel (existant au moment de la consultation psychiatrique, en précisant la/les molécule(s) et la posologie).

- La situation personnelle (la qualité de l'entourage affectif, le soutien social perçu, l'insertion sociale du patient).
- La symptomatologie et le diagnostic psychiatrique présentés lors de l'évaluation
- Le vécu affectif, les défenses psychiques, les croyances et la représentation de la maladie.
- La proposition de traitement psychotrope (si besoin) à intégrer dans la prise en charge globale.
- La proposition de surveillance de la tolérance, du comportement, la prise en charge psychiatrique (entretiens, suivi, hospitalisation...), investigation et avis complémentaire.

Suite à l'entretien le médecin psychiatre propose une démarche avec parfois mise en place d'un traitement médicamenteux ou une confirmation du traitement déjà en cours (poursuite à l'identique ou modification de la posologie). L'équipe peut aussi faire une proposition de suivi psychiatrique/psychologique. Il est important de noter que le psychiatre ne fait qu'une proposition de prise en charge, c'est le médecin référent au service somatique qui reste seul décisionnaire de l'application ou non de cette démarche.

La fiche de synthèse rédigée suite à l'entretien est un élément du dossier du patient, il faut donc être vigilant dans ses propos, car il est accessible à tout soignant ayant le patient en charge et consultable par le patient lui-même si ce dernier fait une procédure de demande. Aussi il faut prendre garde à ne pas utiliser des termes ayant une connotation péjorative ou des descriptions à caractère purement anecdotique , pouvant desservir le patient, voire à certains soignants non formés ou peu scrupuleux de tourner en dérision ou de rejeter le patient. [2]

#### 2.2.4.2 Orale

La transmission orale est une étape indispensable dans le travail de la PL et doit se faire en adaptant au mieux la communication et le langage au contexte et à l'interlocuteur. Le but est d'inciter et de renforcer l'investissement et l'intérêt des soignants pour leurs patients, tenter de prévenir les réactions de rejet à l'égard d'un patient, transmettre des informations utiles à la compréhension et à la prise en charge du patient. L'équipe de PL a donc un travail de pédagogie auprès des équipes médicales.

Il est essentiel de prendre en charge la composante individuelle du soignant à qui on s'adresse : statut professionnel, proximité avec le patient, disponibilité (psychique, temps) pour que la compréhension du message soit optimum.

## Conclusion

La psychiatrie de liaison est un concept original et ambitieux. Original car c'est le personnel médical qui se déplace au lit du patient, dans le but d'optimiser les soins reçus au sein de l'hôpital et de favoriser la prise en charge globale du patient. Ambitieux car elle a pour mission de créer un lien fort avec les équipes médicales et de les aider à mieux prendre en charge la souffrance morale des patients, en favorisant le bon usage des psychotropes et la détection des symptômes psychiatriques.

# PARTIE 2

## Le bon usage des psychotropes :

Évaluation au CHU de Nantes et comparaison  
avec la tendance nationale

# 1. Evaluation du « bon usage » des psychotropes au CHU de Nantes

## Introduction

Toute intervention en psychiatrie de liaison a une double activité. Une activité de consultation, centrée **sur le patient**, qui consiste à donner aux somaticiens un avis de spécialiste, et une activité de liaison, centrée **sur l'équipe soignante**, qui consiste en la formation et en la sensibilisation du personnel, aux aspects psychiatriques et psychologiques de leur activité. L'objectif de la PL est de pouvoir former les équipes soignantes à mieux prendre en charge la souffrance morale des patients, en favorisant le bon usage des psychotropes et la détection des symptômes psychiatriques.

A l'heure actuelle, on constate que bien souvent, quand la PL intervient dans les services, le patient pour lequel elle a été mobilisée, est déjà sous traitement psychotrope. Son traitement a été prescrit par l'équipe somaticienne elle-même ou par son médecin de ville. Le passage de la PL effectué, une grande majorité des prescriptions en psychotropes vont faire l'objet d'une modification (arrêt, modification de la posologie, nouvelle classe proposée...).

Faisons une évaluation de la prescription des psychotropes au sein des différents services de médecine somatique dans lequel la PL intervient, et comparons cette étude avec la tendance nationale.

## 1.1 Présentation de la méthode

- Groupe étudié : patients sélectionnés au hasard et vus en psychiatrie de liaison en 2009 (n=288) par l'équipe intervenant au CHU Hôtel Dieu majoritairement.
- Sélection uniquement des patients vus pour la première fois en 2009 (n=200) pour pouvoir évaluer l'intervention de la PL sur les prescriptions initiales de psychotropes mis en place par le service de médecine somatique lors de la première consultation par le médecin psychiatre .
- Tableau complété uniquement à partir des fiches de synthèse remplies par l'équipe de PL au cours de la première consultation.
- Cette activité concerne les demandes de consultations formulées aux heures ouvrables dans les services de médecine somatique au sein du CHU de Nantes.
- Le recueil est rétrospectif
- Données recueillies :
  - Nom du patient
  - Diagnostic principal (critères CIM 10)
  - La PL propose-t-elle un traitement médicamenteux ? OUI /NON
  - Si OUI : type de traitement proposé (classe + DCI)
  - Un traitement a t-il déjà été initié par l'équipe du service ou par un médecin de ville ? (c'est à dire : le patient a t-il déjà un traitement par psychotropes au moment de l'entretien avec le psychiatre ?) OUI / NON
  - Si OUI: nature du traitement initié
  - Service concerné
  - L'équipe de la PL modifie-t-elle le traitement déjà en place ? (OUI / NON)

- Si OUI : quelle type de modifications (arrêt? ajustement de posologie? Quelle classe de psychotropes est concernée?)
- Proposition de suivi psychiatrique/psychologique (à l'hôpital ou hors de l'hôpital)

## 1.2 Principaux résultats concernant l'usage des psychotropes au CHU de Nantes

### 1.2.1 Caractéristique générale de l'échantillon étudié

#### 1.2.1.1 Résultats

N=288

Patients vus pour la 1<sup>ère</sup> fois en 2009 N=200

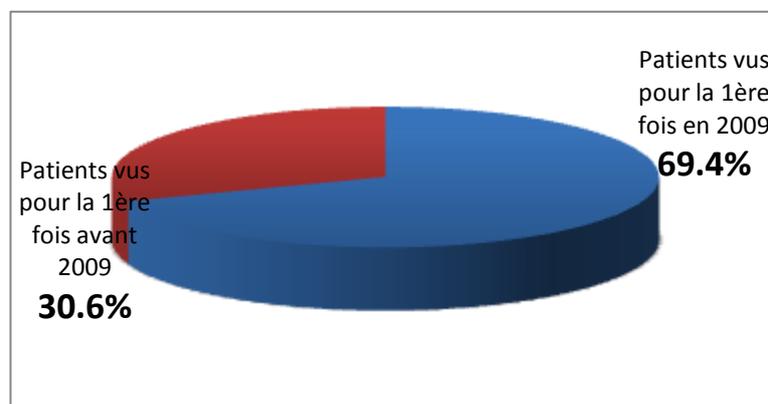


Figure 1 : Caractéristique générale de l'échantillon

#### 1.2.1.2 Commentaires

La PL n'a pas pour but premier un suivi à long terme (plusieurs années) de ses patients. **69.4%** des patients sont vus pour la première fois dans l'année en cours.

## 1.2.2 Sexe ratio

### 1.2.2.1 Résultats

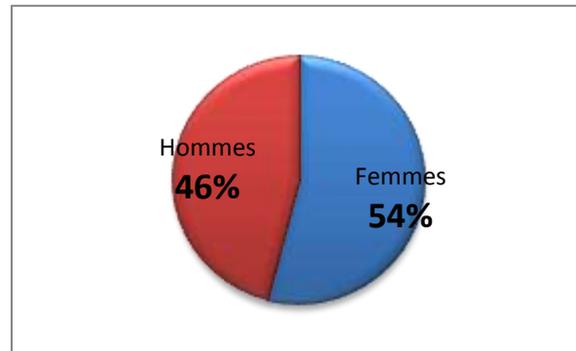


Figure 2 : Sexe ratio

### 1.2.2.2 Commentaires

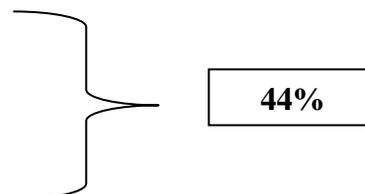
Le ratio homme/femme est à peu près équilibré. Les demandes formulées par les équipes médicales concernent une légère majorité de femmes.

## 1.2.3 Origine de la demande

### 1.2.3.1 Résultats

Classement par ordre décroissant :

- **Endocrinologie = 17%**
- **Dermatologie /oncodermatologie = 15%**
- **Medecine interne = 12%**
- Traumatologie/ neurotraumatologie = 9%
- Brules = 7.5%
- Rhumatologie = 7.5%
- Nephrologie/ transplantation rénale = 7.5%
- CCDE = 6%



- Hématologie /Hématologie stérile = 5.5%
- Gastroentérologie = 3%
- Soins palliatifs = 2.5%
- Orthopédie = 2%
- CTCV = 1.5%
- Pneumologie UTT (Hôpital Laennec) = 1.5%
- Dialyse = 1%
- Autres: MAG+Urologie+Psychiatrie 3) = 1.5%

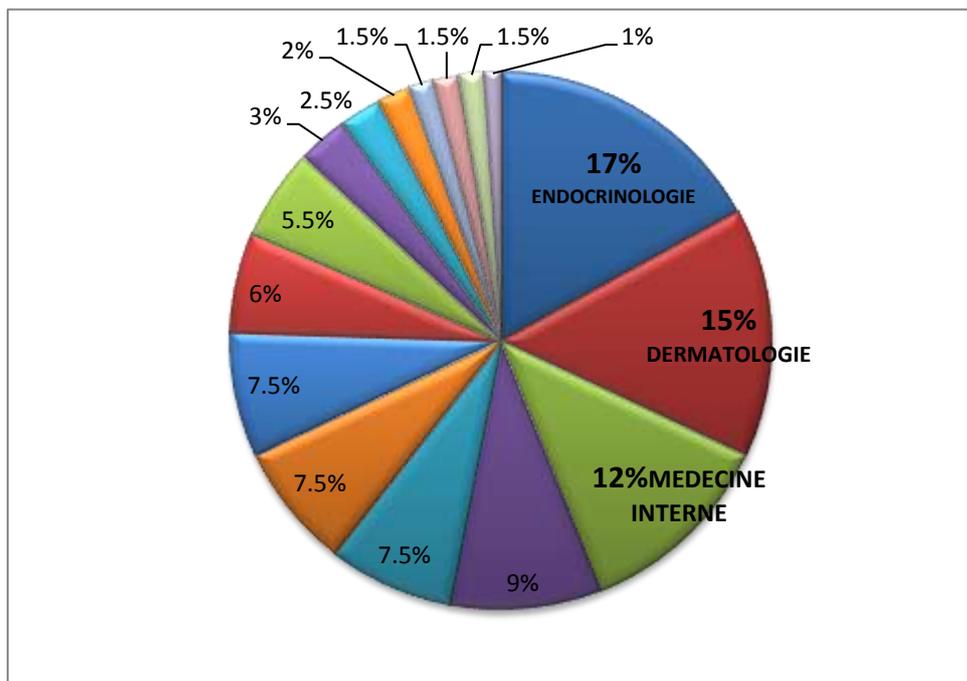


Figure 3 : Origine de la demande

### 1.2.3.2 Commentaires

La PL intervient majoritairement dans les services de médecine interne, dermatologie /oncodermatologie et endocrinologie.

Attention, l'étude est réalisée sur les patients vus par l'équipe de PL qui consulte majoritairement sur le site de l'Hôtel Dieu, c'est pourquoi certains services

n'apparaissent pas ou en très faibles proportions comme la pneumologie, l'UTT, la MAG qui sont pourtant des services demandeurs, mais qui se situent sur le site de l'hôpital Laennec.

### 1.2.3.3 Pourquoi certains services sont demandeurs et d'autres sont en retrait ?

Cela dépend de :

- ✓ La pathologie soignée dans le service somatique.
- ✓ La sensibilisation des équipes médicales vis-à-vis de la prise en charge psychologique ou psychiatrique du patient et de sa capacité à détecter des troubles chez ce dernier.
- ✓ La connaissance ou la méconnaissance du travail de la PL.
- ✓ L'histoire de la psychiatrie avec le service en question et les projets de travail commun. Par exemple la PL a mis en place un lien très fort avec le service d'endocrinologie. Il y a d'ailleurs deux jours fixes dans la semaine (mardi et jeudi) où le passage de la PL est programmé.
- ✓ L'autonomie plus ou moins importante des services.
- ✓ L'adaptation possible des créneaux horaires.
- ✓ L'institutionnel.
- ✓ L'équipe médicale en face.
- ✓ Du turn-over dans les services. Par exemple en orthopédie, traumatologie, urologie et ophtalmologie le turn-over est très important. Il est donc difficile de mettre en place un lien durable avec les équipes.

Néanmoins il est constaté que les services de médecine ont de plus en plus le réflexe d'appeler l'équipe de PL en cas de soucis avec un patient ou de doute sur d'éventuelles difficultés psychologiques (voir le rapport d'activité partie I). D'après la PL elle-même, la détection des troubles psychiatriques par les équipes médicales est meilleure. Elle semble avoir une sensibilisation accrue à la prise en charge globale des patients ces dernières années.

#### 1.2.4 Orientation /proposition de suivi

Dans **98.5%** des cas, la PL propose un suivi suite à l'entretien. Soit par la PL elle-même durant l'hospitalisation du patient, soit au cours d'une nouvelle visite (HDJ). Elle redirige vers différents intervenants en ville :

- le centre médicopsychologique le plus proche (CMP),
- le psychiatre ou le psychologue de ville,
- le médecin traitant (relais très précieux pour la PL car c'est un des acteurs de santé qui connaît le mieux le patient),
- la sophrologie.

Toutes ces propositions de prise en charge et de suivi sont organisées par la PL avant la sortie du patient.

#### 1.2.5 Les principaux diagnostics

##### 1.2.5.1 Présentation de la CIM 10

On utilise la classification internationale des maladies (CIM 10) publiée par l'OMS pour coder un diagnostic. La CIM permet le codage des maladies, des traumatismes et de l'ensemble des motifs de recours aux services de santé.

Elle a été conçue pour permettre l'analyse systématique, l'interprétation et la comparaison des données de mortalité et de morbidité recueillies dans différents pays ou régions à des époques différentes.

En PL, on utilise majoritairement la section CIM 10 (F00 à F99) correspondant aux troubles mentaux et du comportement.

## 1.2.5.2 Résultats

### 1.2.5.2.1 Résultats généraux

F00-F09 : Troubles mentaux organiques y compris les troubles symptomatiques : **13.5%**

F10-F19 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives : **5%**

F20-F29 : Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants : **7%**

F30-F39 : troubles de l'humeur (affectifs) : **37%**

F40-F48 : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes : **32%**

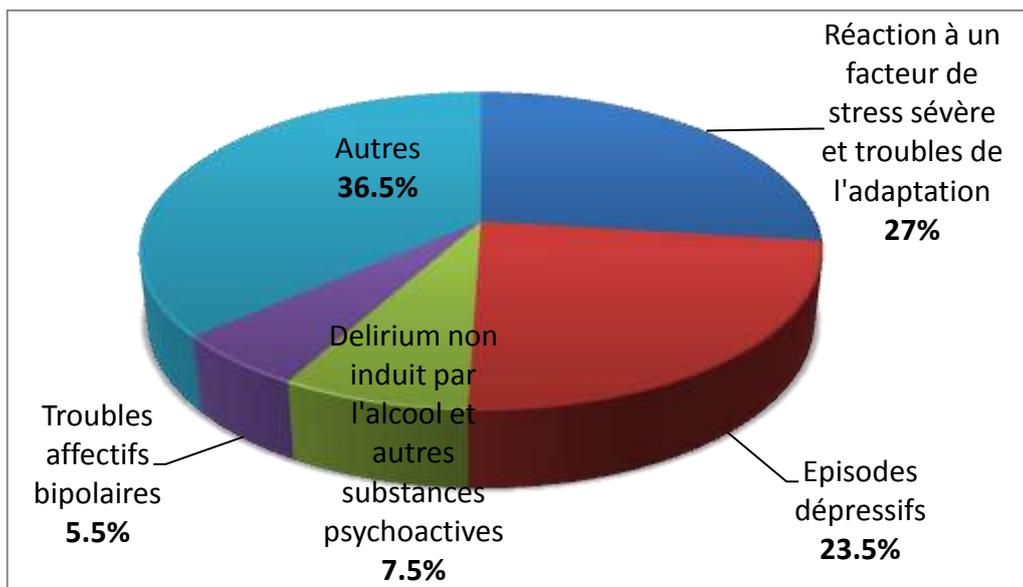
F60-F69 : Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte : **2.5%**

Et **3%** autres

### 1.2.5.2.2 Résultats spécifiques

On peut distinguer plus particulièrement quatre diagnostics principaux (représentant 63.5% de l'ensemble des diagnostics) :

- F43 = **27.0%** Réaction à un facteur de stress sévère et troubles de l'adaptation
- F32 = **23.5%** Episodes dépressifs
- F05 = **7.5%** Delirium non induit par l'alcool et autres substances psychoactives
- F31 = **5.5%** Troubles affectifs bipolaires



**Figure 4 : Diagnostics majoritaires**

### 1.2.5.2.3 Présentation des deux diagnostics majoritaires

#### 1.2.5.2.3.1 L'épisode dépressif

« Dans les épisodes typiques de chacun des trois degrés de dépression (léger/moyen/sévère), le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité.

Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime.

On observe habituellement des troubles du sommeil, et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi, et fréquemment des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères.

L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances et peut s'accompagner de symptômes dits somatiques, par exemple : une perte d'intérêt ou de plaisir, un réveil matinal précoce plusieurs heures avant l'heure habituelle, une aggravation matinale de la dépression, un ralentissement

psychomoteur important, une agitation, une perte d'appétit, une perte de poids et une perte de la libido.

Le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer trois degrés de sévérité d'un épisode dépressif : léger, moyen, sévère. » [7]

Plusieurs échelles permettent d'aider à l'évaluation et au diagnostic de la dépression. Par exemple, la M.A.D.R.S qui reprend les différents symptômes rencontrés dans la dépression (annexe 5), permet d'évaluer les dix éléments majeurs dans la dépression :

1. **La tristesse apparente** qui correspond au découragement, à la dépression et au désespoir (plus qu'un simple cafard passager) et qui est reflétée par la parole, la mimique et la posture.
2. **La tristesse exprimée** qui correspond à l'expression d'une humeur dépressive, que celle-ci soit apparente ou non et incluant le cafard, le découragement ou le sentiment de détresse sans espoir.
3. **La tension intérieure** qui correspond au sentiment de malaise mal défini, d'irritabilité , d'agitation intérieure, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effort ou l'angoisse.
4. **La réduction du sommeil** qui correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade.
5. **Réduction de l'appétit** qui correspond au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel.
6. **La difficulté de concentration** qui correspond aux difficultés à rassembler ses pensées, allant jusqu'à l'incapacité de se concentrer.
7. **La lassitude** qui correspond à la difficulté à se mettre en train ou une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.

**8. L'incapacité à ressentir** qui correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant ou les activités qui donnent normalement du plaisir. Le patient est dans l'incapacité de réagir avec une émotion appropriée aux circonstances ou aux gens.

**9. Les pensées pessimistes** qui correspondent aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto accusation, de péchés, de remords et de ruine.

**10. Les idées de suicide** avec une impression que la vie ne vaut pas d'être vécue, qu'une mort naturelle serait bienvenue, des idées suicidaires et des préparatifs de suicide.

#### 1.2.5.2.3.2 Réaction à un facteur de stress sévère et troubles de l'adaptation

« Lié à un événement particulièrement stressant, entraînant une réaction aigüe à un facteur de stress, ou un changement particulièrement marquant dans la vie du sujet, comportant des conséquences désagréables et durables et aboutissant à un trouble de l'adaptation ; des facteurs de stress psychosociaux relativement peu sévères parmi des événements de la vie peuvent précipiter la survenue ou influencer le tableau clinique d'un grand nombre de troubles.

Il faut également prendre en considération des facteurs de vulnérabilité souvent idiosyncrasiques, propres à chaque individu. En d'autres termes, ces événements de la vie ne sont ni nécessaires, ni suffisants pour expliquer la survenue et la nature du trouble observé, mais les troubles rencontrés sont toujours la conséquence directe d'un facteur de stress aigu important et d'un traumatisme persistant.

Les événements stressants ou les troubles réunis peuvent ainsi être considérés comme des réponses inadaptées à un facteur de stress sévère ou persistant dans la mesure où ils interfèrent avec des mécanismes adaptatifs efficaces. [7] »

### 1.2.6 Constat de la prescription des psychotropes avant le passage de la PL

Dans **68.5%** des cas, les patients sont déjà sous traitement psychotrope avant même le passage de la PL. Le traitement a été mis en place par l'équipe du service de médecine, ou un médecin de ville (médecin généraliste, psychiatre).

Je n'ai malheureusement pas pu évaluer le pourcentage des différents prescripteurs possibles (information non renseignée dans les fiches de compte rendu de la PL).

### 1.2.7 Constat avant le passage de la PL

#### 1.2.7.1 Types de molécules mises en place par les équipes médicales

##### 1.2.7.1.1 Résultats

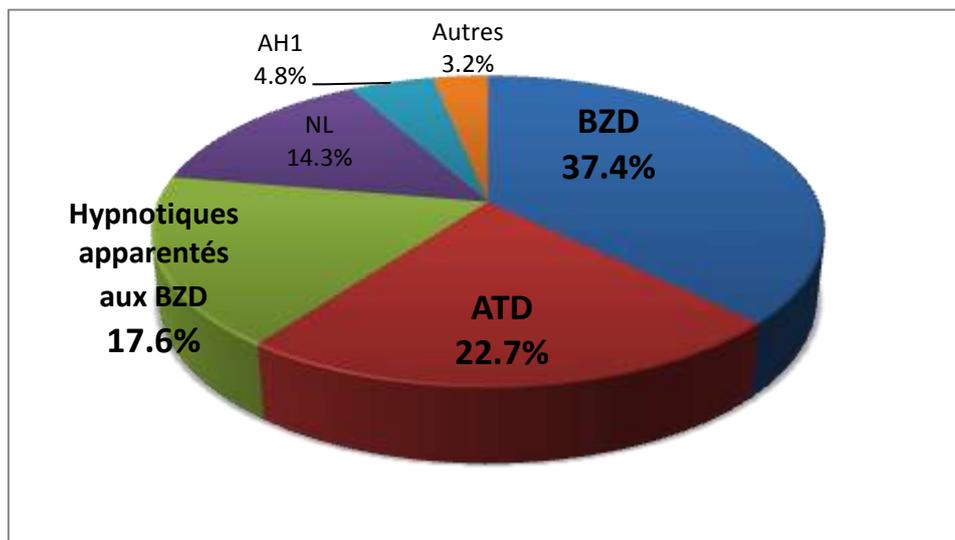


Figure 5 : Types de molécules mises en place par les équipes médicales (tout diagnostic confondu).

##### 1.2.7.1.2 Commentaires

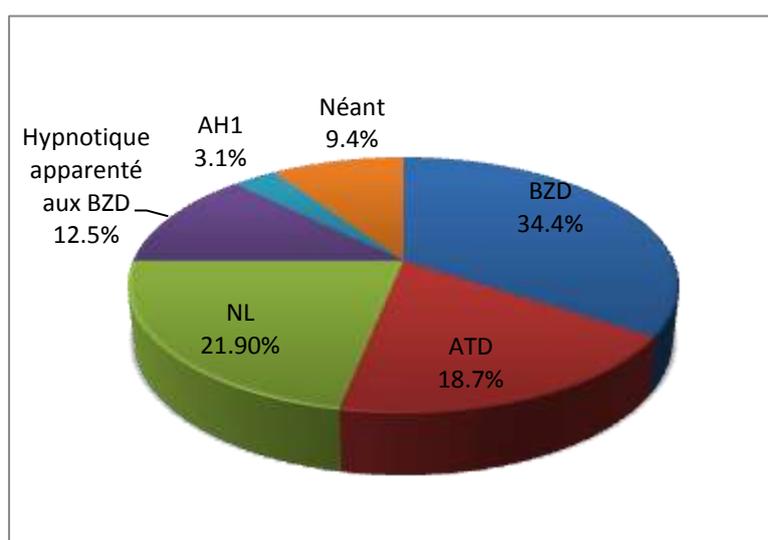
On constate que les principales molécules prescrites sont les **BZD (37.4%)** loin devant les **ATD (22.7%)** et les **NL (14.3%)**. La part des hypnotiques est élevée : **22.4%** (apparentés aux BZD + AH1).

1.2.7.2 Types de molécules mises en place par les équipes médicales en fonction des quatre diagnostics majoritaires :

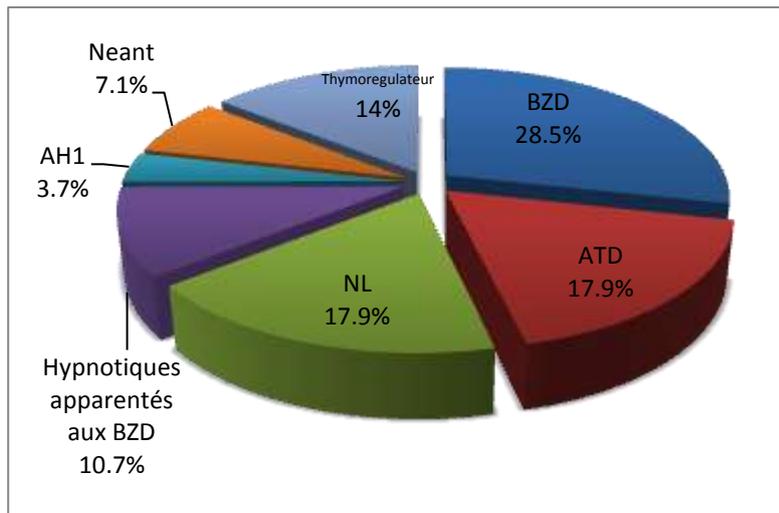
1.2.7.2.1 Résultats

diagnostics	BZD	ATD	NL	Hyp. ap.bzd	AH1	NEANT	Autres
F 05 (n=15)	<b>34,40%</b>	18,70%	21,90%	12,50%	3,10%	9,40%	0%
F31 (n=11)	<b>28,5%</b>	17,9%	17,9%	10,7%	3,7%	7,1%	14,3%
F32 (n=47)	<b>29,2%</b>	25%	8,3%	13,9%	1,4%	22,2%	0%
F43 (n=54)	<b>34,3%</b>	15,2%	0%	15,2%	10,1%	24,1%	1,3%

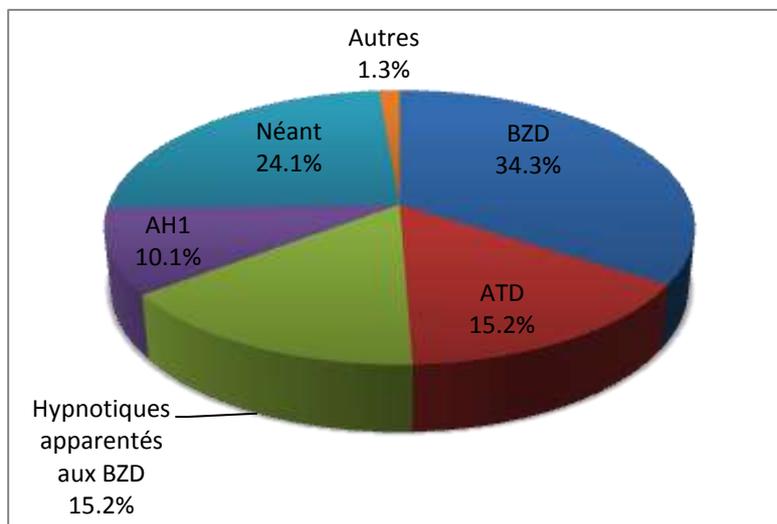
**Tableau 2 : Pourcentages des différents psychotropes prescrits par les équipes médicales en fonction du diagnostic.**



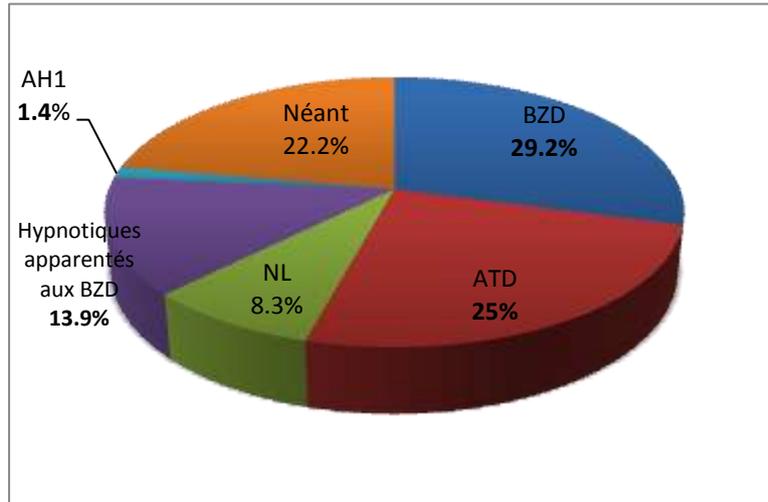
**Figure 6 : Pourcentages des différents psychotropes prescrits par les équipes médicales et dont les patients ont été diagnostiqués F05 (délirium non induit par l'alcool ou autres substances psycho actives).**



**Figure 7 : Pourcentages des différents psychotropes prescrits par les équipes médicales et dont les patients ont été diagnostiqués F31 (troubles affectifs bipolaires)**



**Figure 8 : Pourcentages des différents psychotropes prescrits par les équipes médicales et dont les patients ont été diagnostiqués F43 (réaction à un facteur de stress sévère et troubles de l'adaptation)**



**Figure 9 : Pourcentages des différents psychotropes prescrits par les équipes médicales et dont les patients ont été diagnostiqués F32 (épisodes dépressifs)**

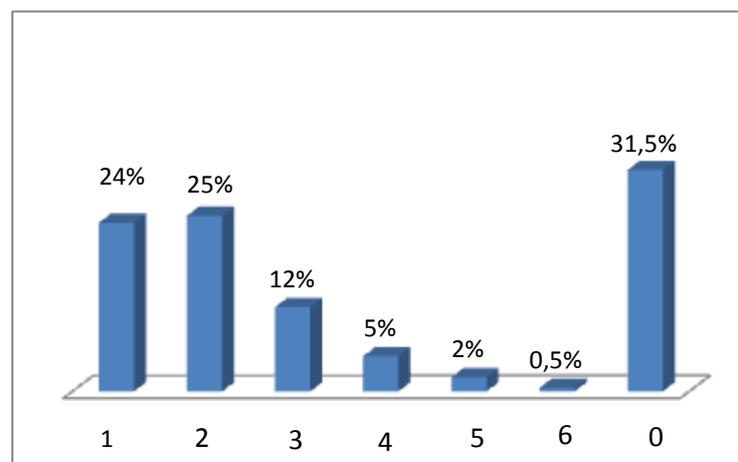
#### **1.2.7.2.2 Commentaires**

- Dans les quatre cas, les BZD sont les molécules les plus prescrites. Dans le cas de F43 cela peut se justifier, car l'indication première des BZD est la prise en charge des troubles anxieux. Mais dans le cas des autres diagnostics ce pourcentage si élevé ne l'est pas.
- Pour les diagnostics F32 et F43, plus de 20% des patients ne sont pas sous traitement. Les équipes ne sont pas très à l'aise dans le choix des prescriptions vis-à-vis de ces pathologies. Or ce sont les pathologies psychiatriques majoritairement rencontrées au sein du CHU. La formation des équipes vis-à-vis de la détection de ces pathologies et de leur prise en charge (notamment médicamenteuse) est plus qu'importante.
- Il est peu rassurant de constater que les ATD ne sont qu'en 2<sup>ème</sup> position dans la catégorie épisodes dépressifs. En effet seulement  $\frac{1}{4}$  des patients diagnostiqués dépressifs par la PL étaient sous ATD avant son passage.
- Les hypnotiques (apparentés aux BZD et AH1) sont également prescrits de façon importante : entre 15 et 25% des patients sont sous hypnotiques suivant les diagnostics.

- Encore plus étonnant : seulement 14% des patients ayant un trouble bipolaire diagnostiqués par la PL étaient sous thymorégulateur avant son passage.

### 1.2.7.3 Nombre de molécules par patient avant le passage de la PL

#### 1.2.7.3.1 Résultats



**Figure 10 : Nombre de molécules par patient avant le passage de la PL**

#### 1.2.7.3.2 Commentaires

Quasiment 45% des patients ont 2 molécules psychotropes ou plus avant le passage de la PL, dont 20% plus de 2.

31.5% des patients souffrant d'un trouble psychiatrique ne sont pas sous traitement psychotropes.

#### 1.2.7.3.3 Pour aller plus loin

Dans la catégorie «patients ayant plusieurs molécules psychotropes prescrites » **24.7%** ont des associations impliquant des molécules de la même classe dont

- ✓ 3.4% = 3 NL associés
- ✓ 2.2% = 3 BZD associées
- ✓ 10.1% = 2 BZD associées
- ✓ 3.4% = 2 ATD associés
- ✓ 1.1% = 2 AH1 Associés
- ✓ 2.2% = 2 Hypnotiques
- ✓ 2.2% = 2 NL associés

#### 1.2.7.3.4 Commentaires

Quasiment 1/4 des patients ayant plusieurs psychotropes ont des molécules de même classe.

Pourtant les RMO sont formelles [8] :

-Il n'y a pas lieu d'associer deux neuroleptiques (encore moins trois), même s'ils sont à polarité distincte, sauf si leur prescription est argumentée et périodiquement réévaluée.

-Il n'y a pas lieu d'associer deux hypnotiques.

-Il n'y a pas lieu d'associer deux anxiolytiques.

-Il n'y a pas lieu d'associer systématiquement en début de traitement à un antidépresseur : un anxiolytique, un hypnotique, un thymorégulateur ou un neuroleptique.

-Si l'importance de l'anxiété, de l'insomnie, de l'agitation, du risque de levée de l'inhibition justifie une coprescription, celle-ci doit être brève et rapidement réévaluée.

-Il n'y a pas lieu de prescrire plus d'un antidépresseur à dose antidépressive lors de la mise en route du traitement d'un état dépressif.

### 1.2.8 Constat après le passage de la PL

#### 1.2.8.1 Modification de la prescription initiale

##### 1.2.8.1.1 En général (tout diagnostic confondu)

Chez **57.9%** des patients, la PL propose la mise en place d'une nouvelle molécule.

Cela concerne :

- 50% des patients diagnostiqués F05
- 63.6% des patients diagnostiqués F31
- 72.3% des patients diagnostiqués F 32
- 43.4% des patients F43

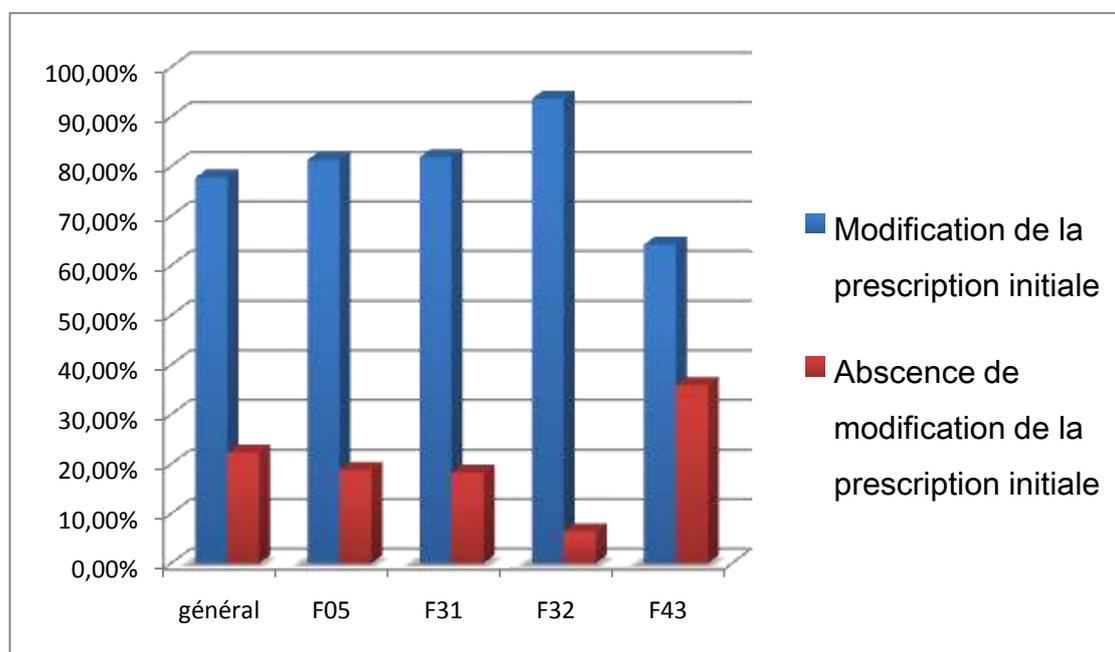
Chez les 42.1% de patients pour qui, il n'y a pas eu de proposition de nouveau traitement

- 47% ont vu leur prescription être modifiée, soit 19.8% sur l'ensemble des patients.
- 25.9% n'avaient pas de traitement en place, soit 10.9% sur l'ensemble des patients.
- 27.1% ont gardé leur prescription initiale, soit 11.4% sur l'ensemble des patients.

### 1.2.8.1.2 En fonction du diagnostic

	Général	F 05	F31	F32	F43
Proposition de nouvelle molécule	57,90%	50,00%	63,60%	72,30%	43,40%
Modification prescription en cours	19,80%	31,25%	18,20%	21,30%	20,80%
<b><u>TOTAL (ACTION SUR LA PRESCRIPTION INITIALE)</u></b>	<b><u>77,70%</u></b>	<b><u>81,25%</u></b>	<b><u>81,80%</u></b>	<b><u>93,60%</u></b>	<b><u>64,20%</u></b>
Absence de traitement	10,90%	12,50%	0%	4,30%	18,90%
Absence de modification du traitement en cours	11,40%	6,25%	18,20%	2,10%	16,90%
<b><u>TOTAL (ABSCENCE D'ACTION SUR LA PRESCRIPTION INITIALE)</u></b>	<b><u>22,30%</u></b>	<b><u>18,75%</u></b>	<b><u>18,20%</u></b>	<b><u>6,40%</u></b>	<b><u>35,90%</u></b>

**Tableau 3 : Action de la PL en pourcentage sur les molécules déjà prescrites par le service (en général et en fonction des 4 diagnostics majoritaires).**



**Figure 11 : Visualisation de l'action de la PL sur les prescriptions initiales**

## Rappel

F05 Delirium non induit par l'alcool et autres substances psycho-actives

F31 Troubles affectifs bipolaires

F32 Episodes dépressifs

F43 Réaction à un facteur de stress sévère et troubles de l'adaptation

### 1.2.8.1.3 Commentaire :

- La PL intervient sur quasiment 80% des prescriptions initiales. Jusqu'à même 93% pour les patients diagnostiqués F32.

### 1.2.8.2 Les différentes modifications

Il existe plusieurs types de modifications de la prescription initiale :

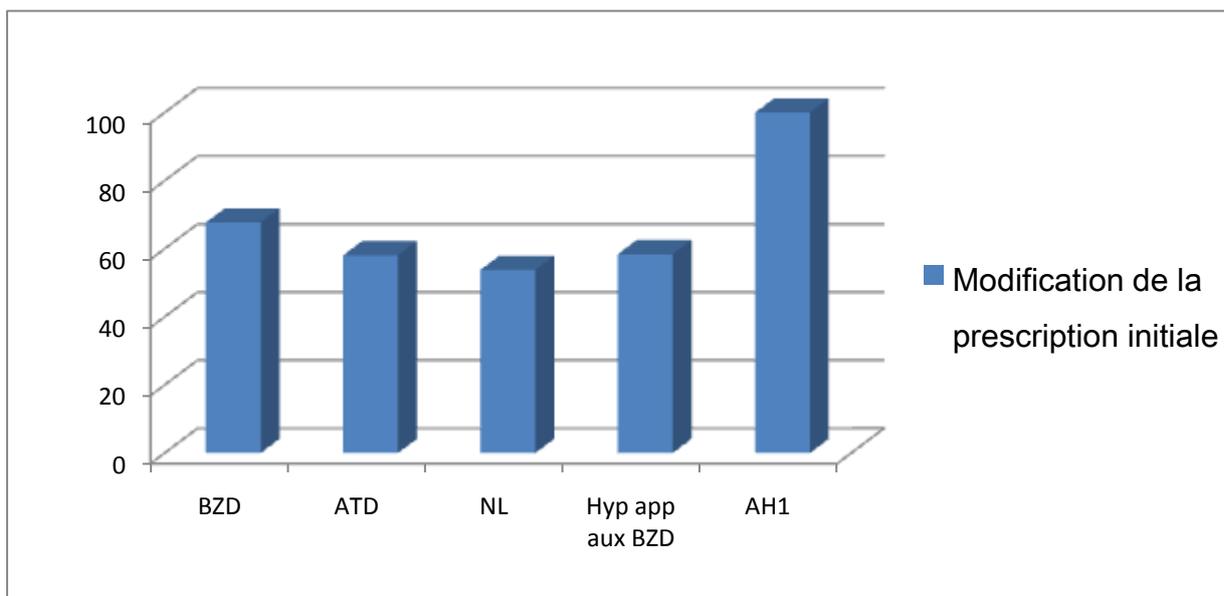
- Proposition de nouvelle molécule
- Arrêt
- Ajustage de la posologie

Intéressons nous à l'arrêt et à l'ajustage posologique par la PL des molécules déjà mises en place par les services de médecine somatique.

### 1.2.8.2.1 En général

ACTION (%)	BZD (N=102)	ATD (N=62)	NL (N=39)	Hyp app aux BZD (N=48)	AH1 (N=13)
Arrêt	31,4	24,2	20,5	39,6	69,2
Ajustage posologique	36,3	33,9	33,3	18,8	30,8
<b>TOTAL (modification sur prescription initiale)</b>	<b>67,7</b>	<b>58,1</b>	<b>53,8</b>	<b>58,4</b>	<b>100</b>

**Tableau 4 : Pourcentages des différentes modifications en fonction des familles de psychotropes**



**Figure 12: Pourcentages des différentes modifications en fonction des familles de psychotropes**

### 1.2.8.2.2 Commentaires

La famille de psychotropes qui a subi le plus de modifications par la PL est celle des AH1 (100%)

Plus de 30% des BZD et des hypnotiques apparentés aux BZD ont été arrêtés par la PL.

L'action de la PL est donc qualitative (ajustage posologique) et quantitative (arrêt de molécules).

### 1.8.2.3 Action de la PL sur les différentes familles de psychotropes en fonction du diagnostic

F31	ARRET	AJUSTAGE POSOLOGIQUE	TOTAL
BZD	37,50%	12,50%	50%
ATD	0%	20%	20%
NL	20%	20%	40%
Hyp.ap.BZD	33,30%	0%	33,30%
AH1	100%	0%	100%

Tableau 5: Action de la PL sur les différentes familles de psychotropes en fonction du diagnostic F31

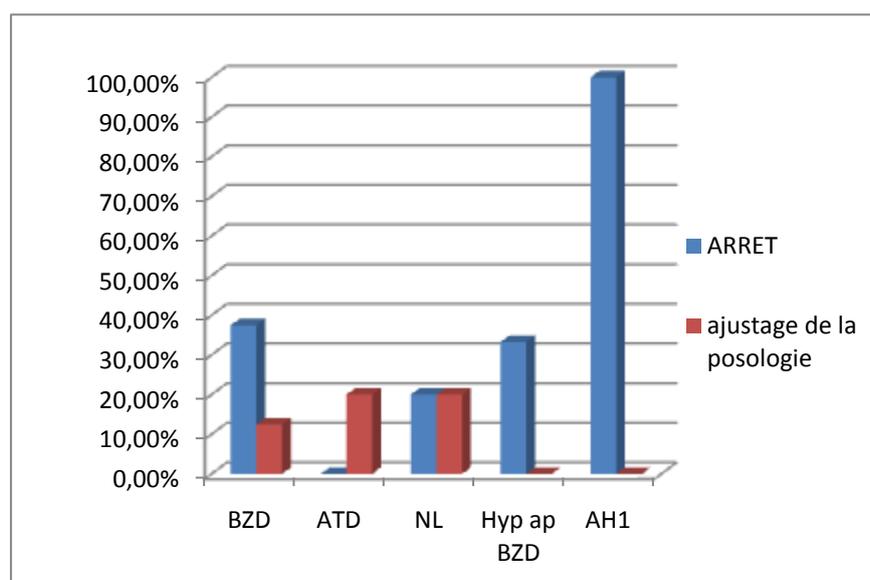


Figure 13 : Action de la PL sur les différentes familles de psychotropes en fonction du diagnostic

F05	ARRET	AJUSTAGE POSOLOGIQUE	TOTAL
BZD	45,50%	55,50%	100%
ATD	16,70%	33,30%	50%
NL	42,90%	28,60%	71,50%
Hyp.ap.BZD	75%	25%	100%
AH1	100%	0%	100%

Tableau 6: Action de la PL sur les différentes familles de psychotropes en fonction du diagnostic F05

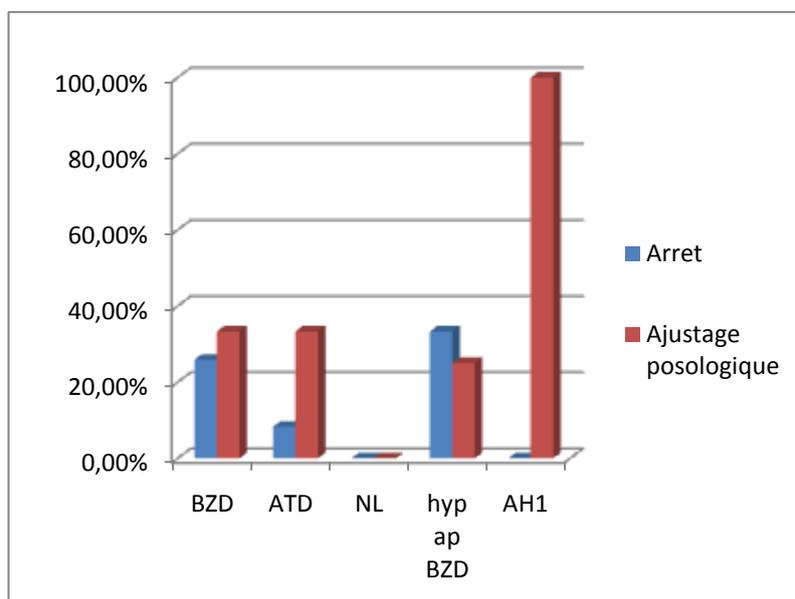


Figure 14 : Action de la PL sur les différentes familles de psychotropes en fonction de diagnostic F05

F43	ARRET	AJUSTAGE POSOLOGIQUE	TOTAL
BZD	25,90%	33,30%	59,20%
ATD	8,30%	33,30%	41,60%
NL	0%	0%	0%
Hyp.ap.BZD	33,30%	25%	58,30%
AH1	0%	100%	100%

Tableau 7 : Action de la PL sur les différentes familles de psychotropes en fonction du diagnostic F43

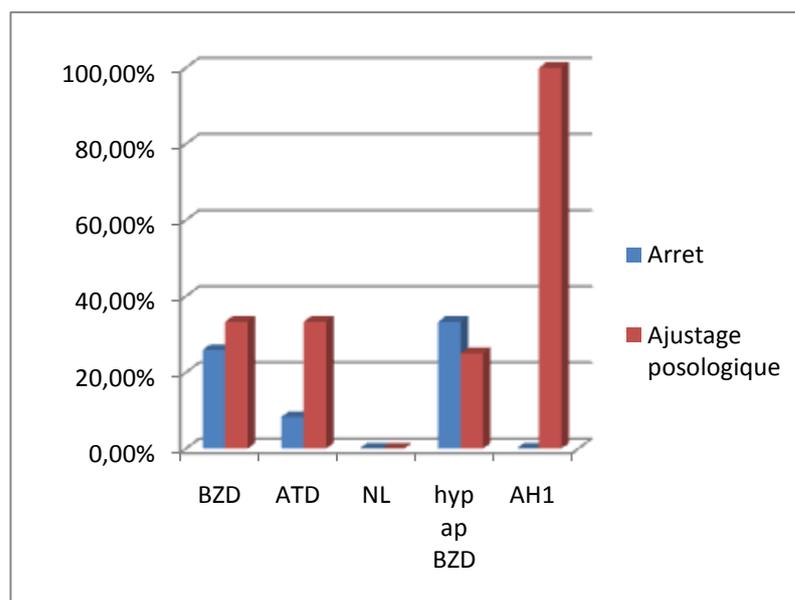


Figure 15 : Action de la PL sur les différentes familles de psychotropes en fonction du diagnostic F43

F32	ARRET	AJUSTAGE POSOLOGIQUE	TOTAL
BZD	14,30%	52,40%	66,70%
ATD	22,20%	61,10%	83,30%
NL	16,70%	66,70%	83,40%
Hyp.ap.BZD	30%	20%	50%
AH1	100%	0%	100%

Tableau 8 : Action de la PL sur les différentes prescriptions de psychotropes en fonction du diagnostic F32

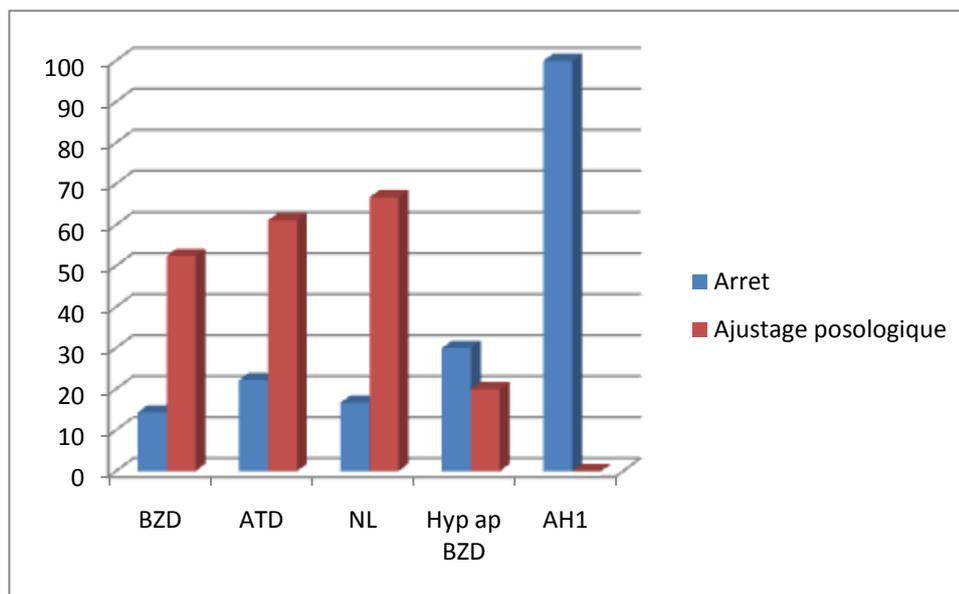


Figure 16 : Action de la PL sur les différentes familles de psychotropes en fonction du diagnostic F 32

## 1.2.9 Constat des prescriptions après le passage de la PL

### 1.2.9.1 Résultats

diagnostics	BZD	ATD	NL	Hyp	AH1	NEANT	Autres
F 05 (n=15)	32,10%	17,60%	33,30%	3,60%	0,00%	7,40%	0%
F31 (n=11)	27,60%	17,20%	37,90%	3,40%	0%	0%	13,90%
F32 (n=47)	29,10%	48%	10,40%	8,10%	2,20%	2,20%	0%
F43 (n=54)	36,00%	22,10%	8,10%	12,80%	4,70%	15,20%	1,10%

Tableau 9 : Pourcentages des différents psychotropes suite au passage de la PL en fonction du diagnostic

### 1.2.9.2 Pour F05

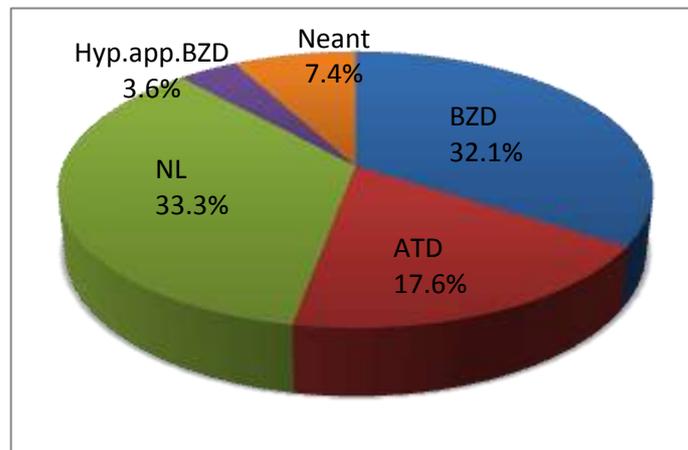
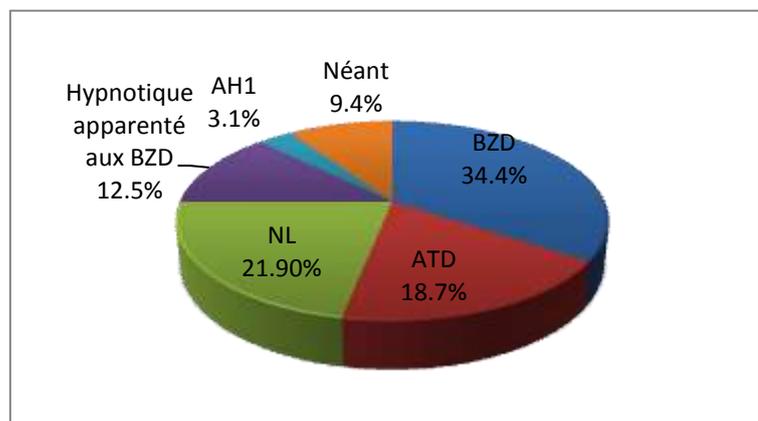
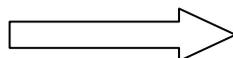


Figure 17 : Pourcentages des différents psychotropes prescrits suite au passage de la PL et dont les patients ont été diagnostiqués F05

Comparaison avec la prescription initiale

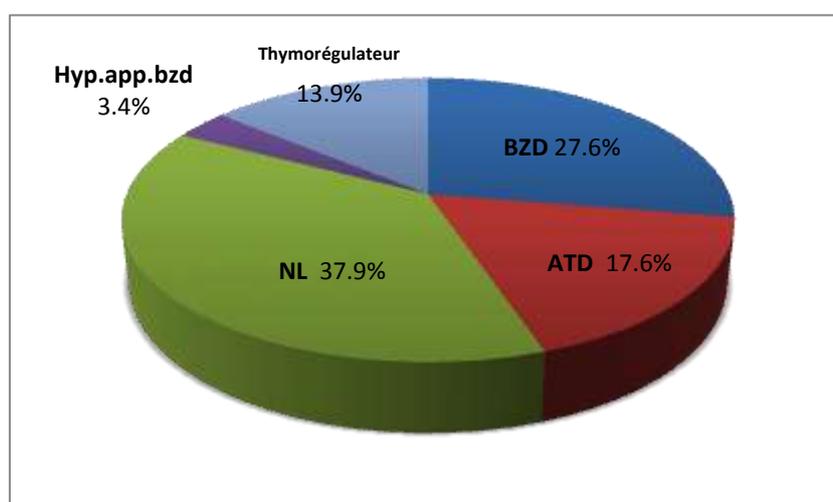


### 1.2.9.3 Commentaires

On note :

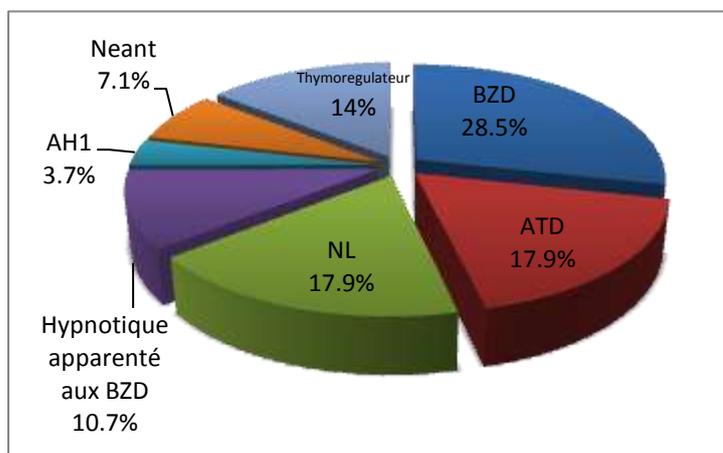
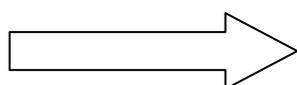
- Une augmentation de 11.5% de NL prescrits
- Une légère diminution de la part des ATD et des BZD
- Une forte diminution des hypnotiques de 12%

### 1.2.9.4 Pour F31



**Figure 18 : Pourcentages des différents psychotropes prescrits suite au passage de la PL et dont les patients ont été diagnostiqués F31**

Comparaison avec la prescription initiale

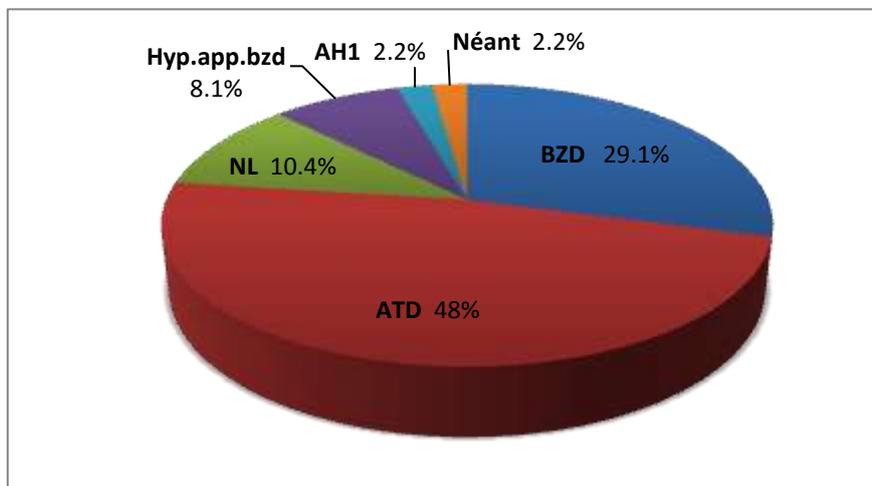


### 1.2.9.5 Commentaires

On note :

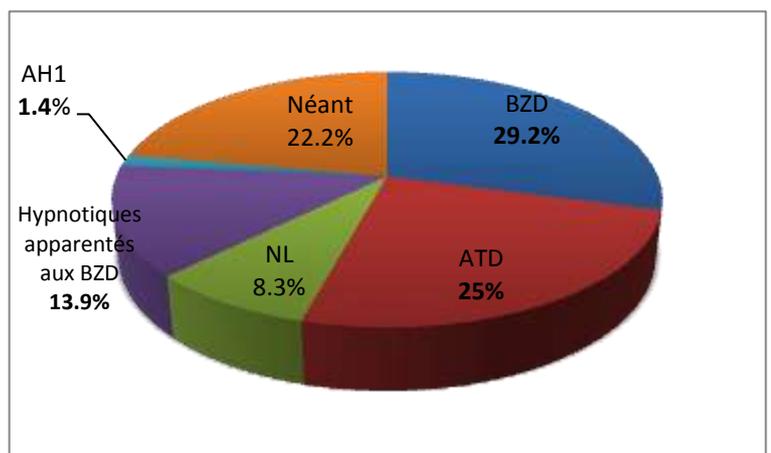
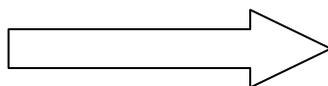
- Une forte progression des NL de +20%
- Une légère diminution des BZD
- Une diminution importante des hypnotiques de -11%

### 1.2.9.6 Pour F32



**Figure 19 : pourcentages des différents psychotropes prescrits suite au passage de la PL et dont les patients ont été diagnostiqués F 32**

Comparaison avec la prescription initiale

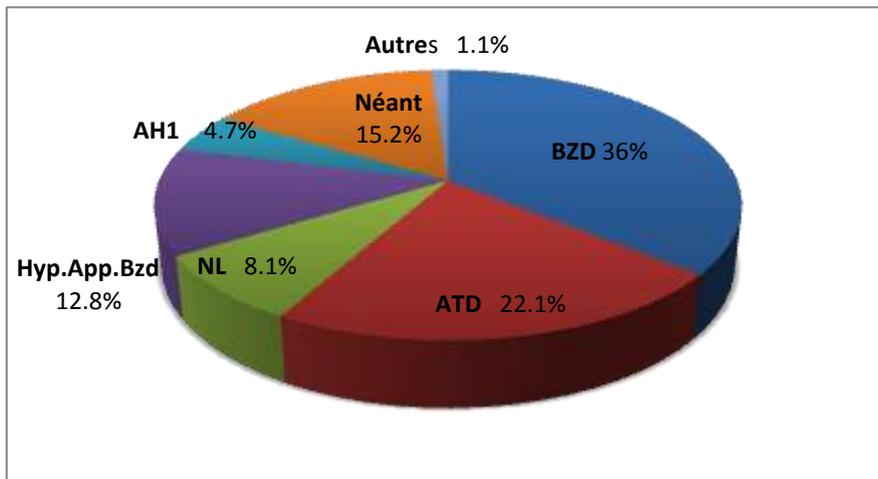


### 1.2.9.7 Commentaires

On note :

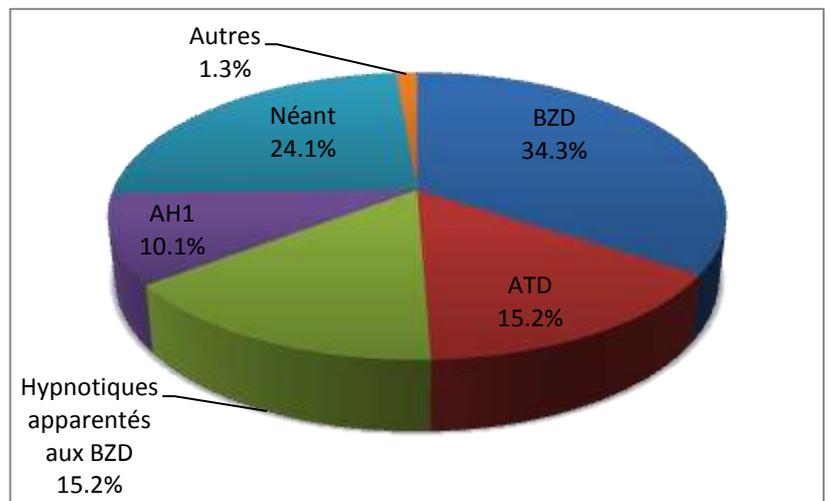
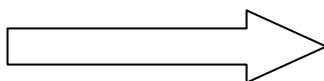
- Un doublement des prescriptions en ATD (on passe de 25 à 50% de patients sous cette molécule)
- Une diminution des hypnotiques

### 1.2.9.8 Pour F43



**Figure 20 : Pourcentages des différents psychotropes suite au passage de la PL et dont les patients ont été diagnostiqués F43**

Comparaison avec la prescription initiale

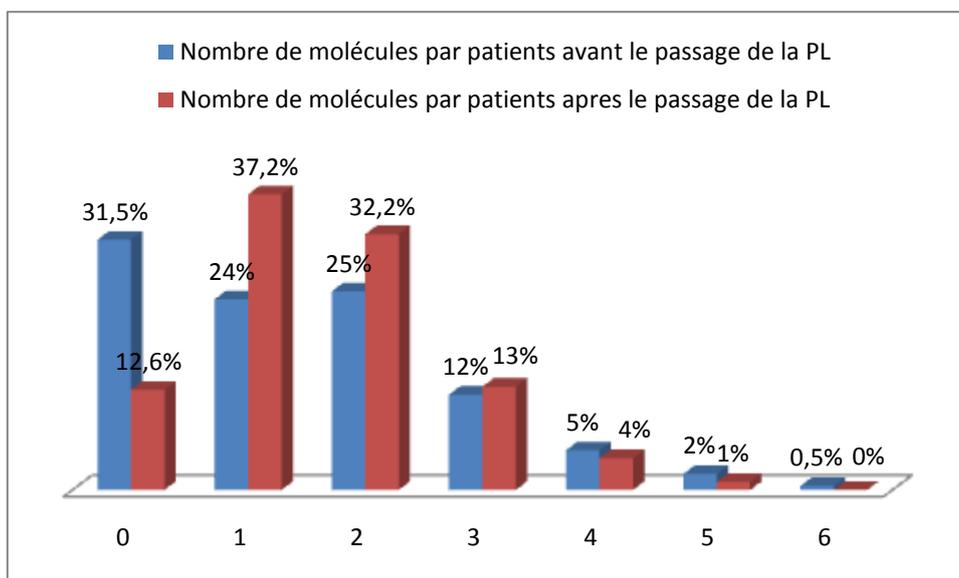


### 1.2.9.9 Commentaires

On note :

- Une mise en place des NL à hauteur de +8%
- Une augmentation de la part des ATD de +7%
- Une diminution des hypnotiques de - 8%

### 1.2.9.10 Comparaison du nombre de molécules par patient avant et après le passage de la PL



**Figure 21: Comparaison du nombre de molécules par patient avant et après le passage de la PL**

### 1.2.9.11 Commentaires

On note qu'après le passage de la PL les personnes ont majoritairement 1 à 2 molécules.

Les patients nécessitant un traitement ont été mis sous psychotropes (20%)

### 1.2.9.12 Pour aller plus loin

Dans la catégorie «patients ayant plusieurs molécules psychotropes prescrites » **16%** ont des associations impliquant des molécules de la même classe contre 24.7% avant le passage de la PL.

On note:

- 9% = 2 NL
- 4% = 2 BZD
- 3% = 2 ATD

Remarque : Cette étude est une « photographie » de la modification des prescriptions lors de la première consultation. Or il n'est pas toujours possible d'arrêter certains médicaments sans diminution de la posologie au préalable. C'est pourquoi même après le passage de la PL certains patients ont encore un nombre important de psychotropes prescrits.

### Conclusion

Cette étude montre que les prescriptions de psychotropes, au sein des différents services de médecine somatique, sont, pour une large part, non adaptées aux diagnostics psychiatriques majoritairement rencontrés à l'hôpital (épisodes dépressifs, réaction à un facteur de stress et trouble de l'adaptation). Les RMO sont peu respectées. Les anxiolytiques et hypnotiques sont sur-prescrits. A l'inverse les ATD sont sous-prescrits, seulement  $\frac{1}{4}$  des patients diagnostiqués dépressifs sont sous ATD.

Le rôle de la PL au sein du CHU de Nantes est très largement justifié. On peut dire que son action est **qualitative et quantitative**. Qualitative car elle modifie les prescriptions en cours qui sont très souvent inadaptées au diagnostic du patient. Plus de 80% des prescriptions psychotropes réalisées par les équipes de médecine somatique sont modifiées par la PL, jusqu'à même 90% pour les patients qui sont

diagnostiqués dépressifs. Pourtant l'épisode dépressif est une des pathologies psychiatriques le plus rencontrée au sein de l'hôpital général.

L'action de la PL est aussi quantitative car beaucoup de molécules vont être arrêtées ou diminuées. Un certain nombre de patients cumule plusieurs psychotropes sur une même ordonnance, voir plusieurs fois la même classe de molécule malgré les RMO.

Il reste encore beaucoup de travail à faire pour former les équipes médicales à mieux prescrire les psychotropes. Néanmoins l'intérêt pour les questions de santé mentale est réel par les services de médecine somatique, qui sont souvent demandeuses d'informations sur le sujet.

NB : Une étude quasiment identique est actuellement en cours de réalisation au CHU de Caen, prenant en compte les mêmes critères de sélection. Il serait très intéressant de pouvoir comparer les résultats des deux CHU. [6]

## 2. L'usage des psychotropes en France [8]

### 2.1 La France au niveau Européen

Une étude comparative de l'usage des médicaments psychotropes dans 4 pays européens [9] nous montre que la France occupe la première position concernant l'usage des hypnotiques et anxiolytiques.

	Quatre pays	France (1993)	Allemagne (1996)	Italie (1997)	Royaume-Uni (1994)
	%	%	%	%	%
Hypnotiques	1,5	2,5	0,7	0,7	1,6
Anxiolytiques	4,3	9,0	0,7	5,8	0,6
Antidépresseurs	1,0		Pas de variation significative entre les pays		
Neuroleptiques	0,3		Pas de variation significative entre les pays		

**Tableau 10 : Prévalence d'usage des hypnotiques, anxiolytiques, antidépresseurs et neuroleptiques dans quatre pays européens entre 1993 et 1997 [8]**

Les autres résultats sont rapportés globalement pour les 4 pays étudiés.

Les prescriptions sont essentiellement le fait de médecins généralistes, 82 % pour les hypnotiques, 79 % pour les anxiolytiques, 56 % pour les antidépresseurs, mais seulement 32 % pour les neuroleptiques.

Les durées d'utilisation montrent que la plupart des usagers sont des **utilisateurs chroniques**, avec une durée d'usage supérieure à 5 ans dans plus d'un tiers des cas pour les anxiolytiques et hypnotiques.

	< 1 mois	1 mois-1 an	1-5 ans	> 5 ans
		%	%	%
Hypnotiques	8,8	19,7	35,4	36,1
Anxiolytiques	8,4	22,2	31,1	38,4
Antidépresseurs	-	42,4	25	21,2

**Tableau 11 : Durée d'utilisation des hypnotiques, anxiolytiques et antidépresseurs dans les quatre pays européens entre 1993 et 1997 [8]**

Cette étude confirme la prévalence élevée d'usage des anxiolytiques et hypnotiques en France par rapport aux autres pays européens.

## 2.2 La consommation française des psychotropes

### 2.2.1 Un niveau élevé de consommation de psychotropes

En France, le niveau élevé de la consommation française des psychotropes est un sujet d'inquiétude. Le recours aux médicaments psychotropes s'est banalisé. La population française recourt plus facilement aux psychotropes que celles des autres pays européens, et la consommation croît avec l'âge.

La synthèse des résultats des enquêtes épidémiologiques sur la consommation de médicaments psychotropes fait apparaître :

- qu'un français sur quatre a consommé au moins un médicament psychotrope au cours des douze derniers mois,
- qu'un français sur trois en a déjà consommé au cours de sa vie.

Le premier constat tiré des études pharmaco-épidémiologiques relatives aux psychotropes est donc celui d'une **banalisation du recours à ces médicaments au sein de la population française.**

### 2.2.2 Synthèse des études disponibles sur le bon usage des psychotropes [10]

Des résultats relativement convergents sont obtenus sur l'usage des médicaments psychotropes en France, quelle que soit la source de données.

A partir des données disponibles, on peut ainsi estimer :

- qu'une personne sur 4 résidant en France fait usage au moins une fois par an des médicaments psychotropes,
- qu'environ une personne sur 10 en a un usage régulier (> 3 mois),
- que plus d'une personne sur 3 fait usage de médicaments psychotropes au moins une fois au cours de sa vie.

Les anxiolytiques et hypnotiques sont parmi les médicaments les plus consommés en France. Environ 15 % à 20 % de ses habitants ont un usage au moins ponctuel de ces traitements, et 10 % un usage régulier.

Les antidépresseurs arrivent en seconde position des psychotropes, environ une personne sur 10 en fait usage dans l'année, et 5 % en a un usage régulier.

Les coprescriptions sont fréquentes, notamment celles associant anxiolytiques-hypnotiques et anxiolytiques-antidépresseurs.

L'usage d'antipsychotiques concerne actuellement un pourcentage nettement plus réduit de personnes (autour de 1 %) mais cette fréquence d'usage doit être surveillée avec attention du fait de la tendance actuelle à l'élargissement, voire au dérapage, des indications de ces molécules.

Les durées de prescription indiquent qu'en France, celles-ci sont souvent prolongées pour les anxiolytiques-hypnotiques, la durée d'usage pouvant être estimée à plus de 6 mois pour les trois quarts des usagers de benzodiazépines, soit très au-delà des recommandations actuelles.

En revanche, un nombre important de sujets utilisent les antidépresseurs sur des courtes périodes, inférieures à celles recommandées pour obtenir et maintenir un effet thérapeutique.

Selon la synthèse réalisée par l'OFDT [11], l'usage pendant au moins un an concernerait 2,7 % de la population, tout âge confondu pour les anxiolytiques, 1,5 % de la population pour les hypnotiques, et 3 % de la population pour les antidépresseurs.

En simplifiant, on peut dire que les prescriptions d'anxiolytiques, hypnotiques et antidépresseurs sont particulièrement nombreuses dans notre pays mais peu conformes aux recommandations, au moins en ce qui concerne la durée : ce qui devrait être court (anxiolytiques/hypnotiques) est long, et ce qui devrait être long (antidépresseurs) est court.

L'évaluation de l'impact des durées inadaptées de traitement doit prendre en compte la prolongation excessive des prescriptions, mais aussi les problèmes d'observance et d'arrêt prématuré des traitements.

Les profils des usagers sont globalement similaires d'une étude à l'autre. Notamment pour les anxiolytiques-hypnotiques et les antidépresseurs, l'usage est plus fréquent chez les femmes, les personnes âgées, les personnes vivant seules et celles présentant une ou plusieurs pathologies somatiques chroniques.

L'âge est le facteur socio-démographique qui paraît le plus fortement associé à l'usage anxiolytiques-hypnotiques, et à l'usage prolongé en particulier : plus d'une personne sur trois de plus de 60 ans fait usage de ces médicaments, voire une personne sur deux pour les tranches d'âge plus élevées. D'où un risque majoré d'événements indésirables liés aux soins, par exemple chute chez la PA à cause d'une diminution de la vigilance due aux psychotropes.

Les données disponibles suggèrent que la consommation d'anxiolytiques et d'hypnotiques, qui était déjà à un niveau élevé au début des années 90 [12], est restée stable, voire légèrement augmentée. L'arrivée des nouveaux antidépresseurs peut avoir favorisé l'usage d'anxiolytiques-hypnotiques chez des personnes qui n'étaient pas jusqu'alors consommatrices.

Ceci contraste avec la tendance observée dans plusieurs pays européens allant plutôt vers la baisse des consommations d'anxiolytiques-hypnotiques au cours de cette période, avec une probable substitution anxiolytique-antidépresseur.

Cette substitution a pu être favorisée par les campagnes d'éducation sur le traitement adéquat de la dépression tel que le programme « *Defeat Depression* » mis en place au Royaume-Uni dans les années 90, mais aussi par le fait que plusieurs antidépresseurs ont obtenu une AMM pour le traitement des troubles anxieux.

En France, les modifications induites par l'arrivée des ISRS pourraient avoir pris la forme d'une addition (antidépresseurs + anxiolytiques-hypnotiques) plus que d'une substitution.

Les comptes de santé par pathologie indiquent que les « troubles mentaux » représentent en France le 2ème poste de dépenses avec 9,4 % des « consommations de soins et biens médicaux » et le 4ème poste pour les dépenses liées aux médicaments (5,5 %). Les médicaments psychotropes se situent au 2ème rang derrière les antalgiques concernant le nombre d'unités prescrites.

On ne dispose pas à ce jour de données issues d'une étude pharmaco-épidémiologique dont l'objectif principal serait d'évaluer de manière détaillée l'usage de psychotropes dans la population française et les caractéristiques des consommateurs. L'absence d'une telle étude est particulièrement regrettable, car seul ce type d'étude permettrait d'évaluer l'évolution des consommations, et donc éventuellement l'impact de mesures visant à modifier l'usage des psychotropes en France.

## 2.2.3 Analyse de trois études relatives à l'usage des psychotropes

### 2.2.3.1 Étude CNAM-TS sur la consommation et les pratiques de prescription en France métropolitaine [13]

Au cours de l'année 2000, près d'un assuré sur quatre a eu au moins un remboursement de médicament psychotrope.

L'analyse des prescriptions répétées (au moins 4 remboursements) montre que celles-ci concernent la moitié des sujets. L'étude ne fournit des indications que sur les remboursements, et non sur la durée du traitement. Si l'on considère que les prescriptions sont généralement faites pour un mois, ce pourcentage de renouvellement est trop élevé au regard des durées recommandées pour les hypnotiques (un mois) et les anxiolytiques (trois mois), et trop bas au regard des recommandations concernant les antidépresseurs (6 à 8 mois de traitement après la rémission des symptômes).

	Echantillon total	Au moins 4 remboursements de la même classe thérapeutique
Au moins un psychotrope	24,5 %	11,2 %
Anxiolytiques	17,4 %	7 %
Antidépresseurs	9,7 %	4,9 %
Hypnotiques	8,8 %	3,7 %
Neuroleptiques	2,7 %	1,4 %
Médicaments sevrage alcool	0,5 %	0,2 %
Lithium	0,1 %	0,1 %

**Tableau 12 : Fréquence annuelle de remboursement des psychotropes en 2000 –ETUDE CNAM-TS [13]**

L'étude des prescriptions en fonction de l'âge et du sexe montre que les femmes ont plus souvent bénéficié d'un remboursement que les hommes, et que le pourcentage d'utilisateurs augmente avec l'âge (Tableau 13). Une femme sur deux dans les classes d'âge 50-79 a eu au moins un remboursement de psychotrope au cours de l'année 2000.

Dans 90 % des cas les prescriptions étaient faites par un médecin généraliste.

Les limites de cette étude sont inhérentes au fait que l'existence d'un remboursement ne préjuge pas d'une consommation réelle, et la durée du traitement prescrit n'étant pas connue, ne permet que des approximations par rapport aux durées de traitement.

	Antidépresseurs		Anxiolytiques		Hypnotiques		Neuroleptiques		Sevrage alcool <sup>1</sup>		Lithium		Ensemble psychotropes	
	H <sup>2</sup>	F <sup>2</sup>	H <sup>2</sup>	F <sup>2</sup>	H <sup>2</sup>	F <sup>2</sup>	H <sup>2</sup>	F <sup>2</sup>	H <sup>2</sup>	F <sup>2</sup>	H <sup>2</sup>	F <sup>2</sup>	H <sup>2</sup>	F <sup>2</sup>
0-9 ans	0,4	0,2	2,9	2,5	0,8	0,7	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2	3,5
10-19 ans	0,9	1,6	2,1	3,9	0,5	0,8	0,6	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3	5,4
20-29 ans	3,5	8,1	6,7	14,4	2,9	4,9	2,0	1,5	0,3	0,1	0,0	0,0	9,9	19,3
30-39 ans	6,9	15,7	12,6	24,2	6,1	9,6	3,3	2,9	1,1	0,4	0,1	0,1	18,0	32,4
40-49 ans	8,5	19,9	15,5	29,8	8,3	13,7	3,5	3,7	1,7	0,8	0,2	0,2	22,2	39,6
50-59 ans	10,2	22,4	19,0	35,2	11,0	18,0	3,6	4,4	1,4	0,7	0,2	0,3	27,9	47,2
60-69 ans	8,0	18,9	19,4	35,7	12,1	19,0	3,3	4,6	0,8	0,4	0,2	0,3	29,3	48,5
70-79 ans	9,0	20,0	21,2	39,5	14,4	22,3	3,4	5,4	0,4	0,3	0,1	0,2	32,9	54,8
>80 ans	10,4	20,5	20,3	35,2	15,6	22,6	5,0	8,3	0,3	0,3	0,0	0,1	34,5	35,7
Total	5,7	13,4	11,6	22,9	6,4	11,1	2,5	3,0	0,7	0,3	0,1	0,2	17,3	31,3

1. Médicaments utilisés dans le sevrage alcoolique ; 2. H : hommes, F : femmes

**Tableau 13 : Taux annuel de consommateurs de psychotropes selon la classe thérapeutique, l'âge, et le sexe ETUDE CNAM-TS [13].**

### 2.2.3.2 Enquête nationale sur la prescription de psychotropes réalisée par la CANAM

Les données présentées ici sont issues d'une enquête de grande envergure réalisée en 1996 sur la prescription de psychotropes par la CANAM [14-16].

Cette enquête montre qu'un jour donné, plus d'une prescription sur 10 aux adhérents du régime d'assurance maladie des professions indépendantes incluait un psychotrope. Un résultat intéressant est à noter, si les prescriptions de psychotropes sont d'autant plus fréquentes que le bénéficiaire est âgé, la poly thérapie par contre est plus fréquente chez les sujets jeunes.

Cette étude met en avant le fait qu'il s'agit le plus souvent de prescriptions de longue durée, que le prescripteur envisage rarement d'interrompre, d'autant plus que le patient est âgé. De plus cette étude démontre que toute tentative de modification

est souvent estimée par le médecin comme trop coûteuse en temps, ou considérée *a priori* comme vouée à l'échec, ou refusée par le patient.

### 2.2.3.3 L'enquête nationale Baromètre Santé 2000 de L'INPES [17-19]

Parmi les 18-75 ans, 4,6 % des personnes interrogées ont déclaré avoir consulté un psychiatre/psychanalyste/psychologue au cours des 12 derniers mois. Près d'une personne sur 5 de 18-75 ans (16,1 %) déclarait avoir fait usage de tranquillisants/somnifères au cours des 12 derniers mois, et 9,3 % déclaraient avoir fait usage d'antidépresseurs.

	18-25 ans	26-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-75 ans
<b>Usage de psychotropes au cours des 12 derniers mois</b>					
Hommes	8,3	8,8	14,5	15,4	19,5
Femmes	18,2	16,7	23,7	28,7	33,6
<b>Usage de tranquillisants somnifères au cours de la semaine passée</b>					
Hommes	1,5	2,9	5,1	6,5	11,3
Femmes	3,0	5,0	9,4	14,5	21,6

**Tableau 14 : Fréquence de l'usage déclarée de médicaments psychotropes parmi les 18-75 ans en 2000 [17]**

Des analyses complémentaires ont été réalisées pour le rapport OFDT sur les psychotropes [11]. Il en ressort que la consommation de tranquillisants/somnifères est deux fois plus fréquente en cas de maladie chronique ou de handicap physique (surconsommation de 60 % pour les maladies chroniques et de 40 % pour un handicap physique). Concernant les antidépresseurs, l'influence des maladies chroniques est plus importante avec une surconsommation de 90 % (20 % pour le handicap physique).

## 2.3 La prescription

### 2.3.1 La prescription des médecins généralistes occupe un rôle central

L'analyse des prescriptions montre qu'il n'est actuellement pas fait un bon usage des médicaments psychotropes en France. Les médicaments psychotropes ne peuvent être obtenus que sur prescription médicale. L'analyse des comportements concernant l'usage des médicaments psychotropes s'inscrit donc clairement dans un cadre médical, où **la prescription occupe un rôle central**.

Une des données importantes mise en évidence par le rapport scientifique [8] est la prépondérance de la médecine générale dans la prescription de médicaments psychotropes : plus de 80 % des prescriptions sont le fait de médecins généralistes.

En effet, hors usage spécifique, les psychotropes ont pour seule indication le traitement symptomatique des troubles mentaux. Les enquêtes relatives aux pratiques de prescriptions montrent par ailleurs que les médecins généralistes sont amenés à établir cette prise en charge dans le cadre du traitement de maladies organiques : dans 80 % des ordonnances, la prescription de psychotropes est en effet associée à la prescription de médicaments appartenant à d'autres spécialités médicales relevant souvent du traitement de maladies chroniques.

Cette situation témoigne d'une ouverture des médecins généralistes aux questions de santé mentale, mais comporte un certain nombre de risques :

- Risques liés au défaut de diagnostic spécialisé, face à des pathologies dont l'identification est parfois difficile à faire. Pour les sujets répondant aux critères de troubles dépressifs, seul un quart a bénéficié du traitement de référence (antidépresseur) ; valeur que l'on retrouve dans l'étude du CHU de Nantes.
- Risques liés aux modalités d'emploi de médicaments. L'initiation d'un traitement antipsychotique paraît s'être banalisée en médecine générale, alors que les conditions d'utilisation définies par les autorisations de mise sur marché sont relativement restreintes. Par ailleurs, 43 % des assurés sociaux ayant bénéficié

d'un remboursement pour un médicament psychotrope en 2000, ont reçu une ordonnance prescrivant plusieurs types de psychotropes. Cette proportion est manifestement trop élevée au regard des recommandations actuelles qui visent à éviter la superposition de différentes molécules,

- Risques d'installation d'un traitement chronique, faute de pouvoir traiter les causes des troubles. Les médicaments psychotropes n'ont en effet pas de pouvoir curatif spécifique : ils ne font que réduire l'importance des symptômes pendant la durée du traitement, sans action sur les causes des troubles psychiques.

On peut donc craindre que la chronicité de certains traitements, résulte d'une inadéquation de la prescription par rapport à l'état de santé mentale réelle des personnes, tel que l'apprécierait un spécialiste.

Les critiques portent surtout sur le non-respect par les médecins des indications thérapeutiques présentes dans les autorisations de mise sur le marché (AMM) ou des recommandations professionnelles : inadéquation du traitement aux troubles psychiques constatés, mais surtout **dépassement fréquent des limites de durée de traitement préconisées, par le jeu du renouvellement des prescriptions.**

Une enquête nationale a été réalisée en 1993 sur le comportement des médecins et des pharmaciens face à la limitation réglementaire de la durée de prescription des anxiolytiques et des hypnotiques [12]. Il en ressort que :

- Près de 15 % des ordonnances analysées comportaient au moins la prescription d'un anxiolytique ou hypnotique.
- Les associations de plus de 2 anxiolytiques et/ou hypnotiques représentaient au moins 3,5 % des ordonnances (6,4 % d'association de deux anxiolytiques et 0,62 % d'association de 2 hypnotiques)

- Plus d'une ordonnance sur 5 (21,5 %) ne respectait pas les durées de prescription (12 semaines pour les anxiolytiques et 4 semaines pour les hypnotiques).

Certes cette étude commence à dater, mais la consommation de psychotropes ne faisant qu'augmenter on peut imaginer que les chiffres n'ont dû que progresser.

### 2.3.2 Comment les différentes classes de psychotropes sont-elles prescrites et quelle évolution dénote-t-on dans ce domaine depuis ces vingt dernières années ?

Jusqu'au début des années 1990, les anxiolytiques et les hypnotiques représentaient l'essentiel des prescriptions de psychotropes, soit 80 % des ordonnances, même si les antidépresseurs renforçaient leur position dès cette date.

L'apparition des nouveaux antidépresseurs, notamment des IRS, a modifié la répartition entre les classes de psychotropes, les antidépresseurs prenant un poids de plus en plus important parmi les psychotropes prescrits. Actuellement, on tend à un équilibre entre prescription d'anxiolytiques, d'hypnotiques et d'antidépresseurs.

Selon l'enquête de Le Moigne [20], les anxiolytiques continuaient en 2001 de dominer les prescriptions de psychotropes (33,7 %), suivis de près par les hypnotiques (32,6 %) mais la prescription d'antidépresseurs avait pratiquement doublé en dix ans pour atteindre 27,6 % des prescriptions de psychotropes.

Si l'on reprend l'étude réalisée au CHU de Nantes et que l'on compare les prescriptions de psychotropes dans les différents services de médecine somatique avant le passage de la PL :

- les anxiolytiques dominent aussi les prescriptions de psychotropes (37.4%)
- suivis par les antidépresseurs (22.7%)
- et les hypnotiques (22.4%)

On retrouve donc à peu près la même distribution que l'enquête de Le Moigne et collaborateurs [20].

### 2.3.3 La prescription des médicaments psychotropes s'intègre pour une large part à une polythérapie pharmaceutique

La prescription des psychotropes s'inscrit dans celle, plus large, des prescriptions de produits pharmaceutiques en général [21]. Elle est souvent associée à celle de médicaments relevant d'autres spécialités : 80 % des ordonnances contenant des psychotropes comportent d'autres gammes de produits [20]. Les trois principales classes concernées sont :

- les thérapeutiques cardio-vasculaires (49 % des ordonnances incluant un médicament psychotrope),
- les voies digestives et du métabolisme (41 %)
- le système nerveux central, psychotropes exceptés (40 %).

	Spécialités co-prescrites avec un médicament psychotrope	Nombre d'ordonnances concernées	Distribution des associations de spécialités	% des ordonnances de psychotropes concernées
A	Voies digestives et métabolisme	41 823	18,1	41,3
B	Sang et organes hématopoïétiques	12 381	5,3	12,2
C	Système cardio-vasculaire	50 317	21,7	49,7
D	Médicaments dermatologiques	10 937	4,7	10,8
G	Système génito-urinaire et hormones sexuelles	11 222	4,9	11,1
H	Préparations hormonales systémiques	5 772	2,5	5,7
J	Anti-infectieux généraux systémiques	8 274	3,6	8,2
L	Antinéoplasiques et immunomodulateurs	1 663	0,7	1,6
M	Système musculaire et squelette	21 713	9,4	21,4
N	Système nerveux central	41 001	17,7	40,5
P	Parasitologie	129	0,1	0,1
R	Système respiratoire	21 143	9,1	20,9
S	Organes des sens	3 933	1,7	3,9
V	Divers	1 114	0,5	1,1
	<b>TOTAL</b>	<b>231 432</b>	<b>100,0</b>	

Ces données s'appliquent à l'ensemble des prescriptions d'un échantillon aléatoire de 10 295 patients de la CPAM de Rouen ayant adressé au moins une demande de remboursement à la Caisse pour des médicaments psychotropes entre 2000 et 2002.

**Tableau 15 : Association des médicaments psychotropes aux autres spécialités pharmaceutiques (unité=ordonnance) [20]**

La prescription des médicaments psychotropes s'intègre pour une large part à une polythérapie pharmaceutique, pouvant expliquer, la chronicité de certains traitements. En effet, on observe dans la durée, une corrélation entre le nombre de psychotropes prescrits et le nombre total d'ordonnances délivrées en pharmacie aux patients. Ceci suggère que la prescription de psychotropes accompagne la morbidité organique et que les prescriptions de médicaments psychotropes tendent elles-mêmes à devenir chroniques.

L'étude précise des ordonnances permet d'observer combien la délivrance des médicaments psychotropes par les généralistes, principaux prescripteurs des produits, demeure associée à une médecine organique.

Seules 18 % des ordonnances comprenant des médicaments psychotropes n'incluent que ce type de produit. Les pratiques de prescription des médecins généralistes s'écartent souvent des recommandations thérapeutiques. Un défaut de cible entraîne un défaut de prescription. L'affirmation selon laquelle les médecins généralistes prescrivent avec excès doit donc être complétée par le fait qu'ils sous-prescrivent également.

Parallèlement, il existe une réelle ouverture de la pratique des médecins généralistes aux questions de santé mentale ; question qui n'a pas encore fait en France l'objet d'études approfondies.

#### 2.3.4 Adéquation entre usage des psychotropes et diagnostic psychiatrique

##### 2.3.4.1 Définition

Il n'existe pas de définition d'une prescription adéquate ou inadéquate de psychotropes. La définition légale repose sur le critère « pas d'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) dans cette indication ». Cette définition est très restrictive.

Des molécules commercialisées depuis plusieurs années, voire décennies, peuvent ne pas avoir d'AMM dans une indication car cette demande ne présente aucun intérêt commercial pour le laboratoire, alors qu'elles ont les mêmes propriétés que des molécules de la même classe possédant une AMM. Pour des médicaments plus récents, des prescriptions hors AMM peuvent être justifiées sur un plan médical, en particulier si elles sont étayées par les données d'études rigoureuses montrant l'intérêt de ce traitement dans cette indication.

#### 2.3.4.2 Intérêt

S'il est important de connaître l'impact en terme de bénéfice et de risque de tout médicament mis sur le marché, ceci est particulièrement crucial pour les médicaments psychotropes, du fait que, leur cible thérapeutique porte sur les fonctions les plus spécifiquement humaines, de par leur capacité à modifier les émotions, les activités intellectuelles et relationnelles des sujets qui en font usage.

Il est indispensable d'évaluer l'impact des psychotropes en conditions réelles d'utilisation à l'échelon de la population traitée, car du fait de l'importance de la population exposée à ces médicaments (plus du quart de la population française de plus de 65 ans, par exemple), l'impact en santé publique d'un effet adverse, même rare ou de poids modeste, peut être considérable.

Or, on ne dispose actuellement en France que de très peu de données de ce type. Par exemple, on ne connaît pas à l'échelon de la population française le nombre de cas d'accidents de la voie publique, de chutes ou d'altération des fonctions intellectuelles chez la personne âgée, de diabètes ou de suicides induits par ces médicaments, et donc potentiellement évitables par une utilisation plus rationnelle.

Il est donc indispensable de promouvoir la réalisation d'études pharmaco-épidémiologiques évaluant le rapport bénéfice/risque des médicaments psychotropes dans la population française.

Néanmoins, quelques études qui ont évalué l'adéquation entre traitement psychotrope et trouble psychiatrique ont été réalisées.

### 2.3.4.2.1 Etude ESEMeD (European study of the Epidemiology of Mental disorders) [22]

	France n=2 894			Six pays n=21 425			
	Anxiolytique /Hypnotique %	Anti- dépresseur %	Au moins un psychotrope <sup>1</sup> %	Anxiolytique /Hypnotique %	Anti- dépresseur %	Anti- psychotrope %	Au moins un psychotrope <sup>1</sup> %
Trouble dépressif <sup>2</sup>	43,4	28,5	51,9	35,3	24,0	4,8	45,6
Episode dépressif majeur isolé				32,5	21,2	2,8	42,7
Trouble de l'humeur isolé				32,7	19,8	3,9	41,9
Trouble anxieux <sup>3</sup>	42,5	16,4	49,0	25,3	14,5	3,2	32,4
Trouble anxieux isolé				20,1	8,6	2,1	25,5
Abus /dépendance à l'alcool	63,0	9,3	63,0	5,7	3,3	1,4	25,5
Au moins un trouble <sup>4</sup>	41,9	18,2	49,0	25,5	14,9	3,2	32,6
Aucun trouble	14,7	3,9	16,7	8,1	2,5	1,0	10,1

1. Anxiolytique, hypnotique, antidépresseur, antipsychotique ou thymorégulateur.

2. Episode dépressif majeur ou dysthymie.

3. Agoraphobie, trouble anxieux généralisé, trouble panique, état de stress post-traumatique, phobie sociale ou phobie spécifique.

4. Trouble de l'humeur, anxieux ou abus/dépendance à l'alcool.

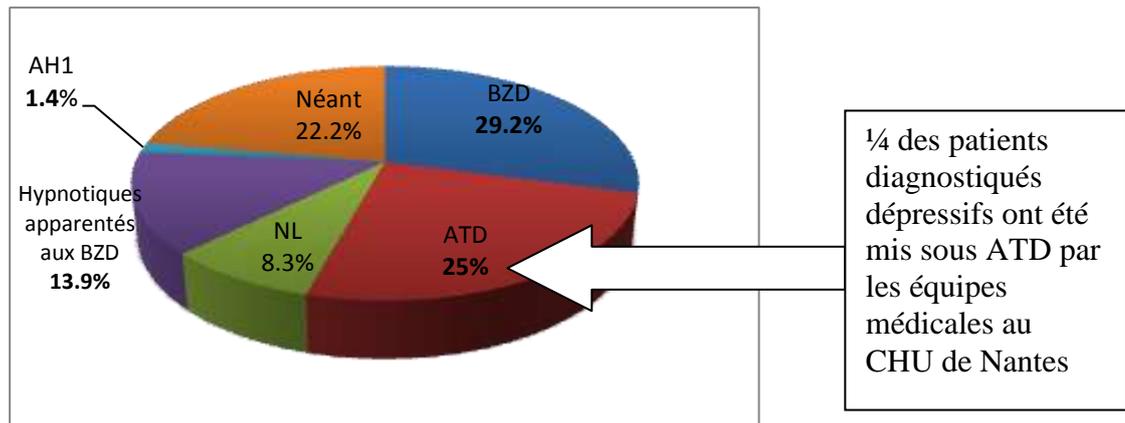
Cellules grisées : données non disponibles pour la France.

**Tableau 16 : Prévalence d'usage des psychotropes dans les 12 derniers mois en fonction des diagnostics majoritaires DSM, étude ESEMED [22]**

Le Tableau montre les proportions de sujets présentant différents diagnostics de troubles psychiatriques au cours de l'année écoulée, ayant pris au moins une fois durant cette période un psychotrope, quelle que soit sa classe thérapeutique.

La moitié des sujets français présentant un trouble psychiatrique n'ont pris aucun traitement psychotrope au cours de l'année écoulée.

Si l'on considère les sujets répondant aux critères de troubles dépressifs, seul un quart des sujets ont été traités par le traitement de référence (antidépresseur) en France. Valeur que l'on retrouve dans l'étude réalisée au CHU de Nantes.



**Figure 22 : Pourcentage des différents psychotropes prescrits par les équipes médicales et dont les patients ont été diagnostiqués F32 (épisodes dépressifs)**

En France, près de la moitié de ces sujets ont été traités par anxiolytiques, bien qu'ils n'aient pas d'efficacité thérapeutique sur ces troubles, s'ils ne sont pas associés à un antidépresseur.

En revanche près d'une personne sur 5 (16,7 %) ne présentant aucun trouble psychiatrique a fait usage de psychotropes en France (essentiellement des anxiolytiques).

La concordance entre prescription de psychotrope et diagnostic psychiatrique a été évaluée sur l'échantillon français en estimant la proportion de personnes souffrant ou non d'un trouble psychiatrique chez les usagers de psychotropes [23].

	Usage dans les 12 derniers mois d'anxiolytique /hypnotique		Usage dans les 12 derniers mois d'antidépresseur	
	Diagnostic dans les 12 derniers mois	Diagnostic vie entière	Diagnostic dans les 12 derniers mois	Diagnostic vie entière
	%	%	%	%
Trouble dépressif <sup>1</sup>	15,7	64,1	30,8	38,6
Trouble anxieux <sup>2</sup>	22,2	50,1	27,2	36,7
Abus ou dépendance à l'alcool	2,5	7,8	1,1	6,6
Au moins un trouble <sup>3</sup>	32,4	20,3	44,0	45,6
Aucun trouble	67,6	79,7	56,0	54,4

1. Episode dépressif majeur ou dysthymie

2. Agoraphobie, trouble anxieux généralisé, trouble panique, état de stress post-traumatique, phobie sociale ou phobie spécifique

3. Trouble de l'humeur, anxieux ou abus/dépendance à l'alcool

**Tableau 17 : Prévalence des troubles psychiatriques chez les usagers d'anxiolytiques, hypnotiques et d'antidépresseurs au cours des 12 derniers mois dans l'échantillon français ESEMED [23]**

Ces estimations montrent que plus des deux tiers des sujets usagers d'anxiolytiques et d'hypnotiques au cours des 12 derniers mois ne présentaient pendant cette période aucun trouble psychiatrique identifiable par la procédure d'évaluation utilisée. Cette proportion était de plus de la moitié chez les usagers d'antidépresseurs. Les proportions sont globalement comparables pour les diagnostics vie entière.

Les résultats de cette étude doivent être interprétés en prenant en compte de ses limites méthodologiques :

- Les durées de traitement ne sont pas précisées,
- La prise d'un seul comprimé d'hypnotique sur 12 mois (par exemple pour un voyage avec décalage horaire, ou tout autre événement ponctuel) peut faire passer une personne dans la catégorie « usage de psychotrope en l'absence de trouble identifié ».
- La prise d'un antidépresseur pendant une semaine (alors que la durée recommandée est de plusieurs mois) peut faire passer une personne souffrant de trouble dépressif dans la catégorie « traitement psychotrope adéquat ».
- Les données concernent l'usage, et non la prescription
- Les facteurs explicatifs ne peuvent être déterminés :

- le non usage d'un psychotrope en présence d'un trouble avéré peut être lié à plusieurs processus (absence de demande de soins, refus d'un traitement médicamenteux par le patient, prise en charge non médicamenteuse, non identification du trouble par le médecin, etc..).

- l'usage en l'absence de trouble avéré peut être lié à plusieurs processus (automédication à partir de la pharmacie familiale, prescription indépendante du cadre nosographique, traitement efficace sous antidépresseurs d'où une absence de symptôme).

### 2.3.5 Epidémiologie des troubles psychiatriques et adéquation diagnostic-traitement

Les études épidémiologiques conduites en France montrent que la prévalence des troubles psychiatriques est très élevée : plus d'une personne résidant en France sur trois répond aux critères de diagnostics d'un trouble psychiatrique avéré au cours de sa vie.

Les troubles les plus fréquents sont les troubles de l'humeur (5 à 10% au cours d'une année) et les troubles anxieux (10% au cours de l'année). Cette prévalence augmente avec l'âge (25% des personnes âgées présente un trouble anxieux et/ou dépressif).

Les données de l'étude ESEMeD montrent toutefois que la fréquence des troubles psychiatriques dans la population est un critère peu pertinent pour expliquer le niveau de consommation de psychotropes. Ainsi, la prévalence des troubles psychiatriques aux Pays-Bas est proche de celle de la France, alors que la consommation de psychotropes dans ce pays est l'une des plus faibles d'Europe.

Les études ayant évalué l'adéquation entre diagnostic psychiatrique et traitement psychotrope suggèrent que l'inadéquation existe aussi bien dans le sens « absence d'usage en présence d'un trouble avéré » que dans celui « usage en l'absence de trouble avéré ».

L'inadéquation dans le sens « absence d'usage en présence d'un trouble avéré » est particulièrement marquée pour les traitements antidépresseurs (constat que l'on fait également dans l'étude réalisée à Nantes)

L'inadéquation entre usage de benzodiazépines et diagnostic psychiatrique paraît plus marquée dans la direction « usage en l'absence de trouble avéré ».

Cette inadéquation concerne surtout la catégorie des personnes âgées. Même si les études épidémiologiques montrent que la prévalence des troubles psychiatriques avérés est importante dans cette population, la fréquence des prescriptions de médicaments à visée hypnotique excède largement la fréquence des troubles relevant d'une telle prescription.

### 2.3.6 Impact populationnel de l'utilisation inappropriée des psychotropes (évaluation bénéfice/risque)

L'efficacité des médicaments psychotropes, et leur apport inestimable dans la prise en charge médicale des troubles psychiatriques sévères (par exemple, schizophrénie, trouble bipolaire, dépression sévère), sont incontestables.

Dans ce cas, les bénéfices des traitements psychotropes sont largement supérieurs aux risques liés à la prise d'un traitement, même prolongé.

L'évaluation du rapport bénéfice/risque se pose essentiellement dans les autres conditions. Les complications des traitements par psychotropes sont nombreux par exemple, syndrome malin des neuroleptiques, diabète induit par certains antipsychotiques atypiques et doivent être pris en compte lors de l'instauration d'un traitement. Ils ne seront pas détaillés ici ainsi que les bonnes pratiques d'utilisation. (Se reporter aux fiches MEMO).

La question « les médicaments psychotropes sont-ils utilisés de manière inappropriée en France? » est indissociable de la question « quelles sont les

conséquences de cette utilisation inappropriée sur la santé de la population française ? ».

Ainsi, faire le constat qu'une large proportion de personnes résidant en France consomme régulièrement et pendant des durées prolongées des anxiolytiques ou hypnotiques ne suffit pas pour établir que cet usage est problématique, et que des moyens doivent être mis en œuvre pour le réduire.

Les benzodiazépines sont des médicaments rapidement efficaces sur leur cible symptomatique, globalement bien tolérées à court terme, et la stratégie consistant à poursuivre la prescription est effectivement le moyen le plus efficace d'éviter les complications liées au sevrage.

Certains professionnels de santé pensent que c'est l'arrêt de la consommation des BZD qui peut poser problème, et se demandent s'il faut alors diaboliser ces médicaments, et stigmatiser leurs usagers, si ceux-ci ont une meilleure qualité de vie grâce à ces molécules ? Prétendre limiter l'accès à des substances sous le seul prétexte qu'elles modifient le fonctionnement psychique, relève d'une prise de position morale, qui condamne l'accès à un mieux être, *via* des molécules chimiques non secrétées par l'organisme.

Il est ici essentiel de différencier ce qui relève d'opinions, de ce qui relève d'un point de vue de santé publique. Celui-ci doit exclusivement se fonder sur l'évaluation de l'impact populationnel des psychotropes, c'est à dire de leur rapport bénéfice/risque à l'échelon de la population.

Or, comme le souligne le rapport du GTNDO (Groupe Technique National de Définition des Objectifs de santé publique) [24], on ne dispose pas actuellement de données sur l'impact populationnel des psychotropes en France.

A ce jour, aucune étude clinique ou pharmaco-épidémiologique n'a mis en évidence d'excès de suicide imputable à la prise d'antidépresseurs, même si les données issues de quelques essais thérapeutiques suggèrent que ces médicaments

pourraient augmenter la fréquence des conduites suicidaires (mais pas des décès par suicide).

En revanche, le risque suicidaire lié à une dépression non traitée est très bien documenté par des études épidémiologiques. Une modélisation de l'impact des antidépresseurs sur le risque de suicide dans la population française, montre que l'instauration d'un traitement antidépresseur, permet de réduire de moitié le nombre de suicide dans toutes les tranches d'âge considérées, si les sujets prennent ce traitement pendant une durée adéquate.

Ces résultats sont importants à prendre en considération dans le débat sur l'impact des antidépresseurs et le risque suicidaire, car des campagnes médiatiques disqualifiant ces médicaments, ou des mesures visant à restreindre leur usage dans les dépressions caractérisées pourraient contribuer à augmenter la mortalité par suicide en France.

Même si des études suggèrent que l'usage de psychotropes augmente le risque d'accident, aucune donnée n'est disponible sur le nombre de décès attribuables en France aux médicaments psychotropes, tels que ceux liés aux accidents de la circulation ou aux chutes, en particulier chez la personne âgée.

On dispose également de peu de données sur la morbidité attribuable aux médicaments psychotropes (par exemple, accidents de la circulation et chutes non mortelles, survenue de troubles cognitifs de type démentiel induits par les benzodiazépines).

D'autres risques potentiels doivent également faire l'objet d'une surveillance, tel que le risque de survenue de troubles métaboliques (diabète, dyslipidémie) liés à l'augmentation des indications des antipsychotiques.

Il est essentiel de promouvoir la réalisation d'études pharmaco-épidémiologiques évaluant l'usage des psychotropes chez des sujets représentatifs de la population française, et son évolution dans le temps. Ces informations sont indispensables pour évaluer l'impact de mesures visant à modifier l'usage des psychotropes en France.

La mise en place d'une étude d'envergure, centrée sur ce problème, paraît prioritaire.

## 2.4 Les alternatives thérapeutiques

Les médicaments psychotropes ne sont pas la seule réponse aux troubles psychiatrique. Les alternatives thérapeutiques aux médicaments psychotropes sont représentées par :

- Les autres techniques biologiques non médicamenteuses (électroconvulsivothérapie, stimulation magnétique transcrânienne), qui concernent une faible proportion d'utilisateurs,
- Les méthodes thérapeutiques non allopathiques (phytothérapie, homéopathie, oligothérapie, acupuncture), qui sont utilisées par une proportion plus importante de la population, mais pour lesquelles on dispose d'un nombre extrêmement limité d'études scientifiques valides évaluant leur efficacité ;
- les méthodes psychothérapeutiques,
- les règles hygiéno-diététiques.

## Conclusion

A ce jour, aucun programme de prévention, ni aucune campagne d'information abordant le thème des psychotropes n'a été menée en France au niveau national. L'information du grand public joue un rôle important vis à vis de l'adéquation des traitements prescrits, mais il ne faut pas négliger le rôle majeur de la formation initiale des prescripteurs.

Actuellement, le nombre d'heures consacrées à la prescription des psychotropes est plus que restreint au cours des études de médecine. L'enseignement théorique portant sur les pathologies psychiatriques et leurs traitements, se résume à une trentaine d'heures dans le cursus médical, ce qui revient à dire que dans le meilleur des cas, moins d'une dizaine d'heures sont consacrées aux règles de prescription des

psychotropes, alors qu'un tiers de la patientèle des médecins généralistes présentera des symptômes et plaintes dans le champ psychique et comportemental.

Des mesures favorisant la formation théorique et pratique initiale en psychiatrie et psychopharmacologie des futurs médecins ne peuvent que favoriser l'optimisation des prescriptions de psychotropes.

Si les recommandations de bonnes pratiques existantes, étaient respectées par les prescripteurs, le nombre de prescriptions inappropriées de médicaments psychotropes serait notablement réduit. Il est donc essentiel d'optimiser la diffusion de ces recommandations auprès des prescripteurs et de renforcer les formations initiales et continues.

L'OPEPS (Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé) propose déjà un certain nombre d'idées pour favoriser le bon usage des médicaments psychotropes et améliorer la prise en charge de soins en santé mentale. Ces propositions impliquent également les pharmaciens. [10]

#### FAVORISER LE BON USAGE DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

1. Adapter le contenu de la formation initiale et continue des médecins afin d'assurer un meilleur respect des recommandations de bonnes pratiques en matière de prescription des médicaments ;
2. Confier la coordination et la validation des enseignements de formation médicale continue à un organisme public dont la compétence scientifique est reconnue ;
3. Améliorer la diffusion des recommandations de bonnes pratiques, en la plaçant sous la responsabilité de la Haute autorité de santé (HAS) ;

4. Affirmer la compétence et la responsabilité de l'Afssaps pour les études à finalité sanitaire réalisées après autorisation de mise sur le marché, en complément des études à finalité économique entreprises par les autres autorités sanitaires ;
5. Evaluer systématiquement l'impact des mesures destinées à maîtriser la consommation de médicaments psychotropes ;

#### AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES SOINS EN SANTÉ MENTALE

1. Publier un bilan de la mise en œuvre du Plan gouvernemental pour la psychiatrie et la santé mentale 2005-2008 ;
2. Développer les connaissances en psychiatrie des étudiants en médecine et des autres professions de santé ;
3. Favoriser la coordination des médecins généralistes et des médecins psychiatres dans la prise en charge des troubles psychiatriques ;

#### MESURES SPÉCIFIQUES AUX MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

1. Développer un suivi pharmaco-épidémiologique des populations les plus exposées aux risques, ainsi qu'une meilleure analyse des pratiques de prescription. Le champ de surveillance doit inclure notamment les personnes âgées, avec un suivi différencié des personnes âgées en institutions, les jeunes enfants et les adolescents ;
2. Systématiser les études d'évaluation bénéfices/risques en situation réelle pour les médicaments psychotropes, afin d'établir des recommandations pour des prescriptions plus adaptées ;
3. Mieux associer la délivrance de psychotropes et la prise en charge psychologique des patients souffrant de troubles psychiques ;

4. Informer les prescripteurs sur les syndromes de sevrage et les former aux protocoles existants ;
5. Mettre en œuvre des campagnes d'information sur le bon usage des médicaments psychotropes, rappelant en particulier la distinction entre les usages thérapeutiques et les usages toxicomaniaques de ces médicaments;
6. Mettre en œuvre des campagnes de promotion des règles d'hygiène de vie, en particulier en ce qui concerne la qualité du sommeil.

# PARTIE 3

Place du pharmacien dans la prise en charge  
globale des patients

# Introduction

A l'heure des grandes réformes politiques dans le domaine de la santé qui recentre **le patient au centre de sa prise en charge** et non sa pathologie, la psychiatrie de liaison est un exemple de réussite de prise en charge du patient au sein de son environnement médical. En effet **la consultation de psychiatrie de liaison est un moment stratégique privilégié dans la prise en charge globale des patients**, offrant l'occasion d'assurer diverses prestations (diagnostic, projet thérapeutique, orientation, établissement d'une relation de confiance) en faisant l'économie d'une hospitalisation en psychiatrie (expérience traumatisante, coût financier...) et qui permet aussi d'établir une alliance avec les collègues d'autres spécialités [6]. **Le bénéfice est indiscutable sur les prescriptions médicamenteuses** grâce à des échanges souvent fructueux avec les confrères.

Le pharmacien a sa place dans ce type de structure. A l'hôpital, il pourrait aider à la prescription (choix du médicament le plus adapté), éviter les interactions médicamenteuses entre les médicaments prescrits par l'équipe de psychiatrie de liaison et ceux déjà mis en place par le service somatique. Il devrait pouvoir mettre son savoir à disposition du corps médical en tant que spécialiste du médicament et trouver sa place dans le domaine de l'éducation thérapeutique vis-à-vis des équipes médicales ou du patient lui-même au cours « d'entretien pharmaceutique ». L'objectif est d'obtenir une meilleure observance du patient, un suivi de la tolérance du traitement dans le but d'optimiser et de rendre la plus efficiente possible la prise en charge du patient au sein du système de soins. Au niveau ambulatoire le pharmacien d'officine, proche de son patient, pourrait lui aussi s'investir en organisant la sortie de ce dernier, son retour à domicile ou dans une structure adéquate, en coordonnant la suite de la prise en charge par les différents acteurs de ville.

On remarque que les laboratoires pharmaceutiques s'intéressent eux aussi de plus en plus à la notion d'efficacité d'un traitement et non plus uniquement à la prescription et délivrance dans leur stratégie commerciale. «Le concept de prise en charge globale d'un patient basé sur l'efficacité du traitement prend de plus en plus d'importance. Il s'appuie ainsi sur la qualité de la rémission, la récupération fonctionnelle, la réhabilitation sociale et le bien être du patient. Pour définir clairement «l'efficacité clinique», une table ronde d'experts psychiatres appelée « towards identifying criteria for clinical effectiveness», s'est tenue en 2002 et a défini qu'un traitement est cliniquement efficace lorsque celui-ci entraîne l'adhésion du patient au schéma thérapeutique, une diminution durable à long terme des signes de la maladie, une absence ou une limitation du retentissement des effets secondaires du traitement et de la maladie, une absence ou une limitation durable dans le temps des signes de la maladie, une absence ou une limitation du retentissement des effets secondaires du traitement et de la maladie sur le patient et son environnement social, et la restauration d'un comportement sain et du sentiment de bien être». [25]

**La pharmacie est en plein changement. Voyons comment, en valorisant nos compétences et en élargissant notre champ d'action, le pharmacien participe au bon usage des psychotropes et quelle est sa place dans la prise en charge globale des patients déprimés?**

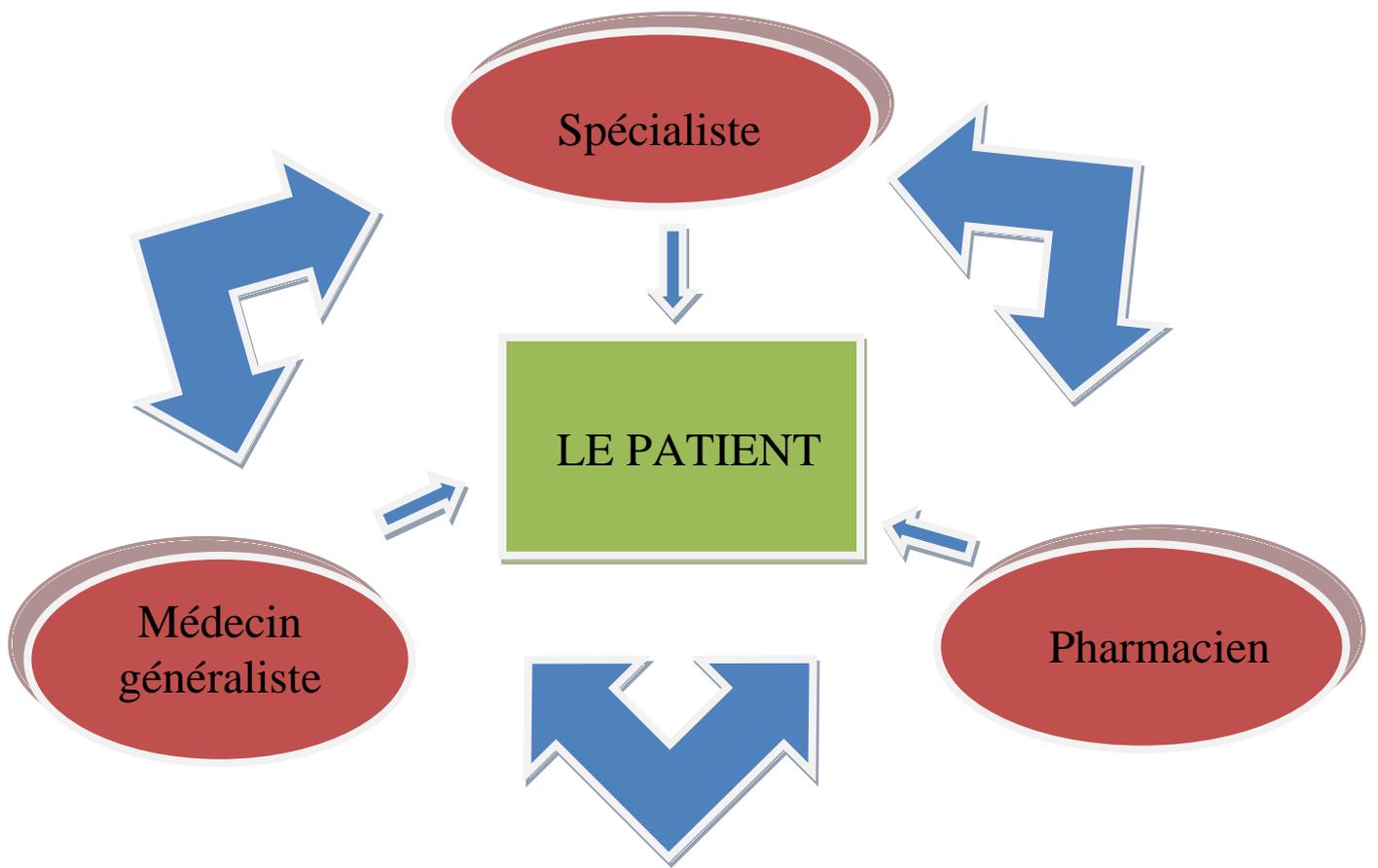


Figure 23 : Pharmacien, acteur dans la prise en charge globale des patients

# 1. Le pharmacien un acteur légitime dans la prise en charge globale du patient

## Introduction

Comme le précise le code de la déontologie des pharmaciens (article R4235-48 du code de la santé publique), la dispensation ne se limite pas à la simple délivrance «le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance une analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale (si elle existe), la préparation éventuelle des doses à administrer, la mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage des médicaments » [26].

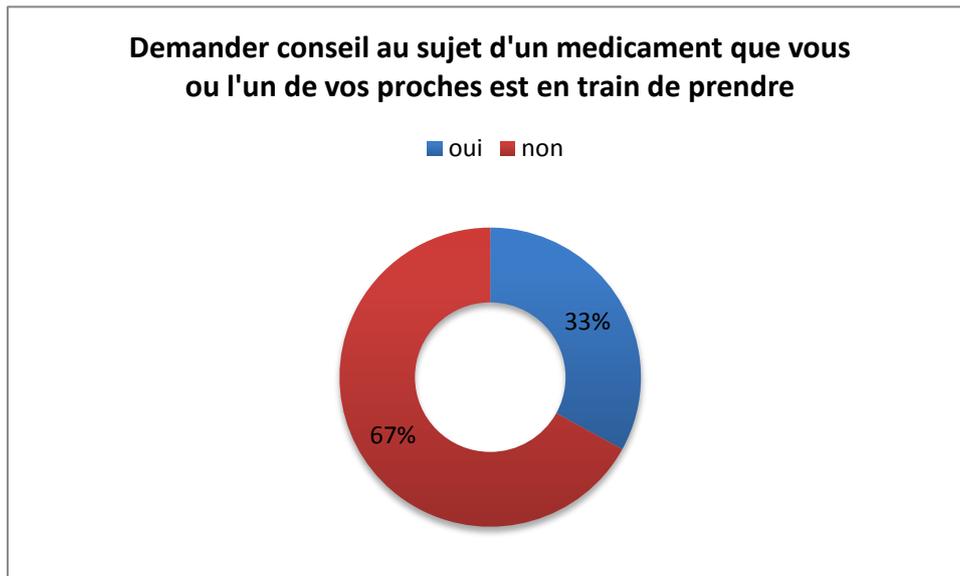
### 1.1 Le pharmacien : un professionnel de santé accessible et de proximité

Mr Xavier Bertrand (à l'époque ministre de la Santé) a dit en parlant des pharmaciens d'officine : « Vous êtes au contact quotidien avec nos concitoyens : vous êtes donc en avant poste de l'évolution des comportements dans le domaine de la santé ».

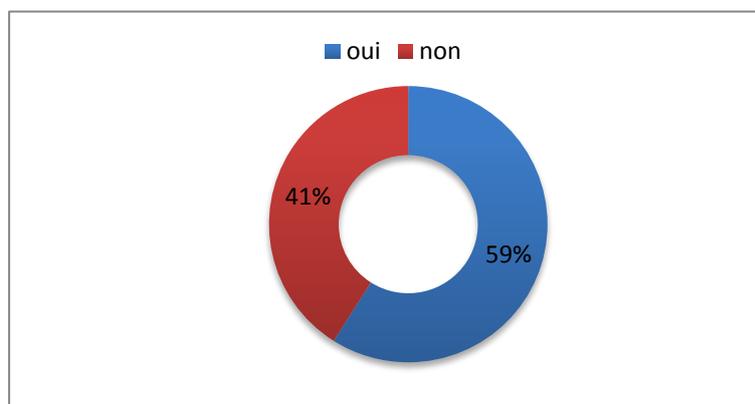
La manière dont la patientèle perçoit le pharmacien est une question importante, en effet l'impression du patient vis-à-vis du pharmacien est primordiale dans l'établissement d'une relation de confiance et de proximité. L'étude IPSOS réalisée en 2008 sur le thème «le français et son pharmacien » met en avant l'état actuel de la relation Pharmacien/patient. [27]

## 1.2 Etude IPSOS

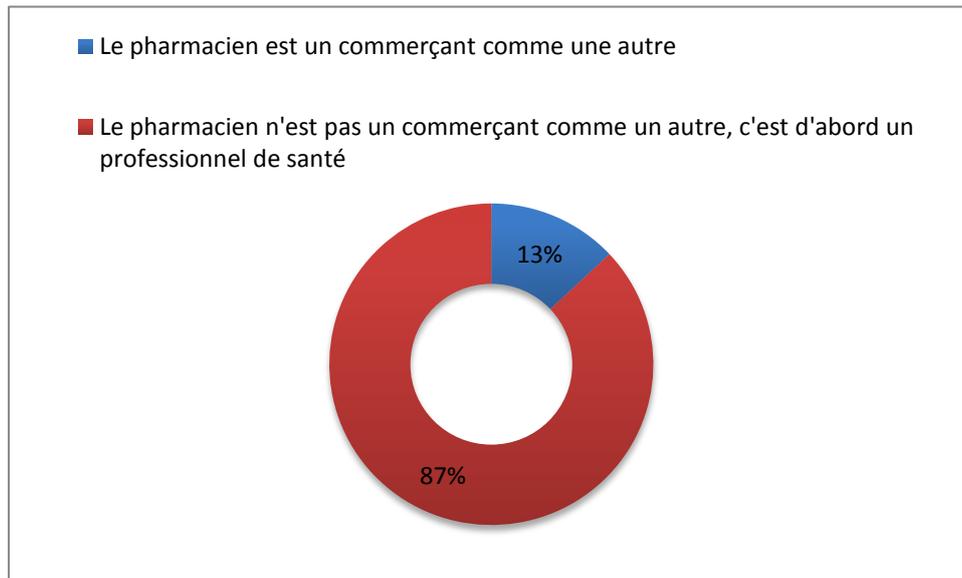
- Vous arrive t-il de vous rendre dans une pharmacie sans vouloir acheter de médicaments mais pour ... ?



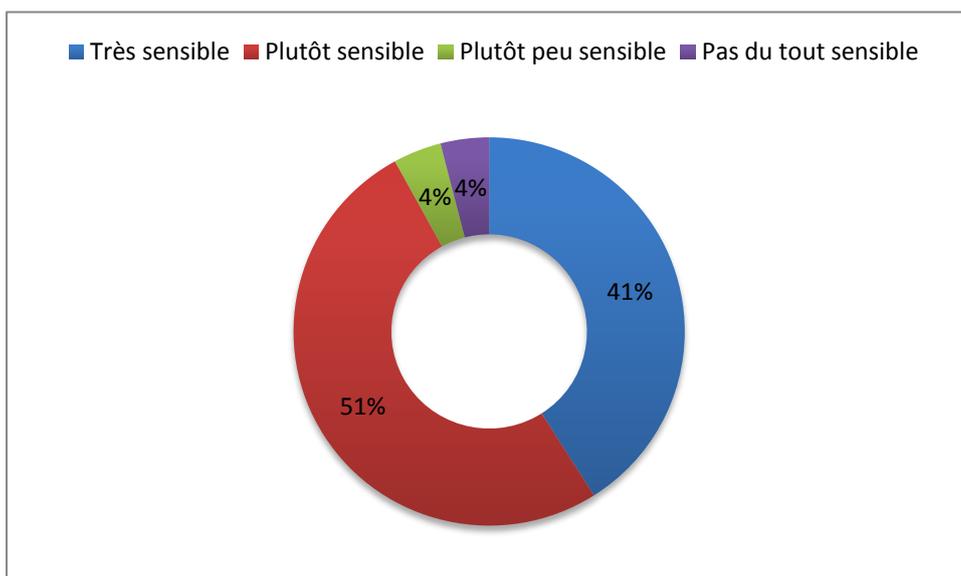
- Est-ce qu'il vous arrive de ressortir de votre pharmacie sans avoir acheté de médicament ?



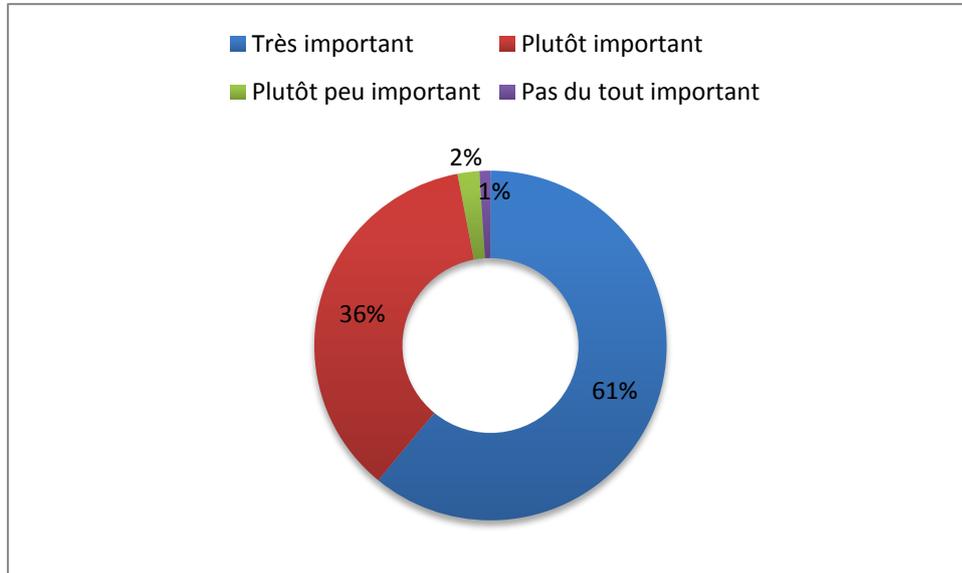
- Avec laquelle de ces deux opinions êtes-vous d'accord ?



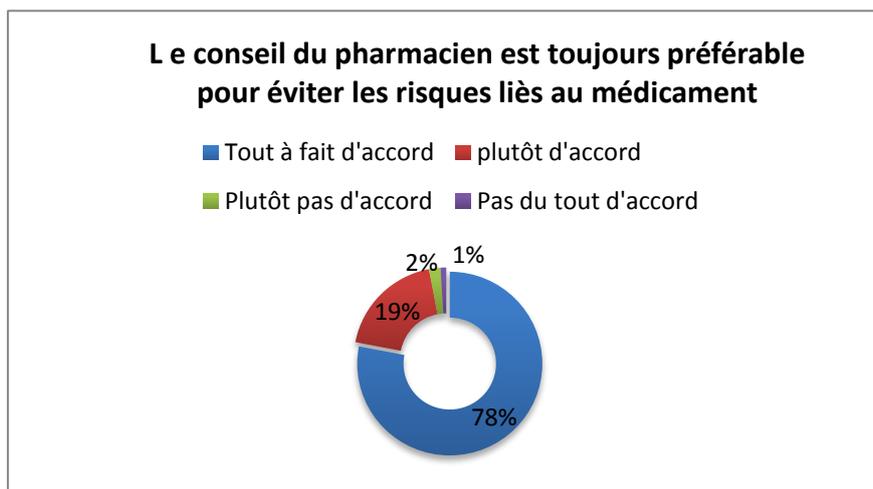
- Diriez-vous que vous êtes très sensible, plutôt sensible, plutôt peu sensible ou pas du tout sensible au fait que votre pharmacien puisse vous fournir des conseils quand il vous délivre des médicaments ?



- Est-ce pour vous très important, plutôt important, plutôt peu important ou pas important du tout d'avoir une pharmacie près de chez vous ?

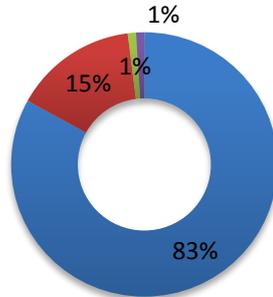


- Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec les opinions suivantes concernant les médicaments ?



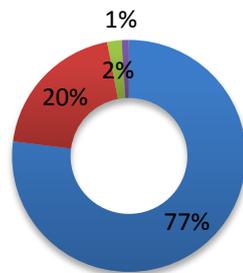
**Même si il s'agit de médicaments vendus sans ordonnance, il est essentiel de connaître les précautions d'usage**

- Tout a fait d'accord
- Plutôt d'accord
- plutôt pas d'accord
- Pas su tout d'accord

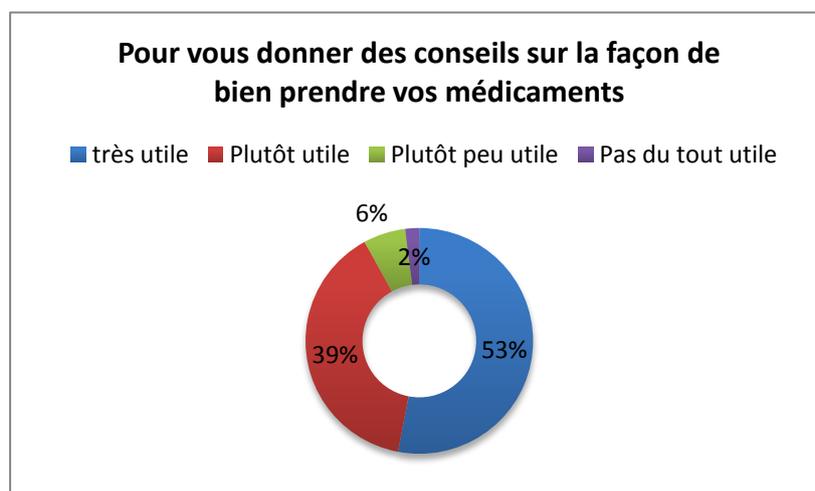
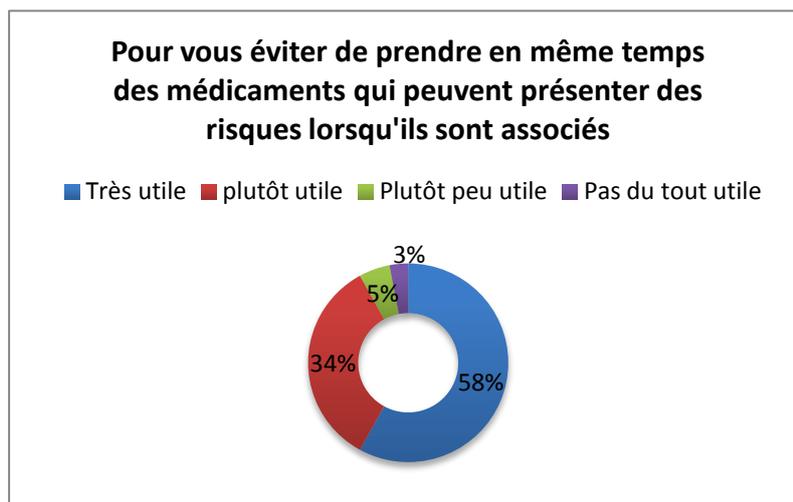
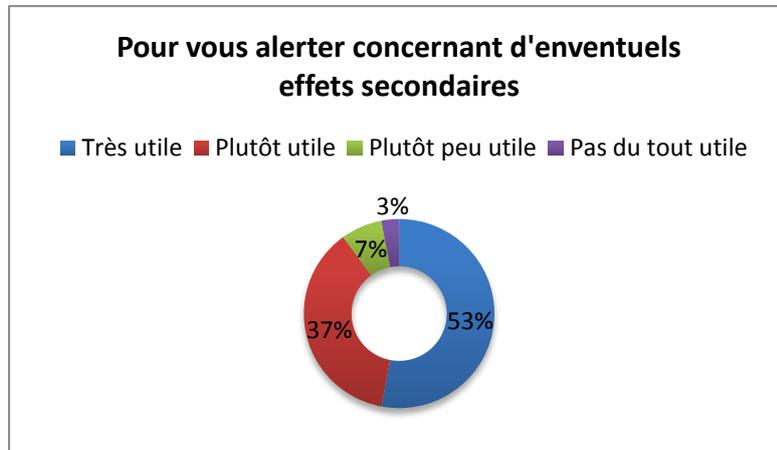


**Les médicaments sont des produits actifs qui représentent certains risques**

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord



- Dans chacun des domaines suivants, diriez-vous que votre pharmacien a pour vous un rôle très utile, plutôt utile, plutôt peu utile ou pas du tout utile ?



Il ressort de cette étude que le pharmacien est perçu comme un professionnel de santé dont l'activité principale est son rôle de conseil sur les pathologies ou les médicaments. Les patients se sentent rassurés par les conseils ou précautions d'emploi, préconisées lors de la délivrance de médicaments.

Le maillage officinal représente un point fort de la profession qui rend le pharmacien proche et accessible. On estime en moyenne qu'un français peut trouver une pharmacie dans les six kilomètres autour du lieu de son domicile.

On peut donc dire suite à l'étude IPSOS que **le pharmacien est un professionnel de santé accessible, de confiance et de proximité.**

## Conclusion

Le rôle du pharmacien est au cœur des préoccupations actuelles puisque l'HAS estime entre 10 et 15% le coût humain économique de la non qualité (infections nosocomiales, les événements indésirables, les hospitalisations inappropriées et les sous utilisations des ressources) pour notre système de santé.

De même les chiffres concernant la iatrogénie sont éloquentes. On en distingue deux types : la iatrogénie « inévitable » (50%) directement imputable au médicament et la iatrogénie « évitable » (50%) due aux mauvaises indications, au non respect d'une contre indication, une posologie excessive, une durée trop longue du traitement.

En France on estime à 128000 le nombre annuel moyen d'hospitalisations dues à un effet indésirable médicamenteux. Ces hospitalisations correspondant à 1 146000 journées de prise en charge [28]. La profession prend déjà conscience de son rôle pour palier à ces risques liés à un mésusage des médicaments.

**Réfléchissons comment aller plus loin!**

## 2. Comment le pharmacien peut-il favoriser le bon usage des psychotropes et participer à l'optimisation des soins?

### Introduction

A travers dix propositions pratiques voyons quelle place, en valorisant nos compétences et en élargissant notre champ d'action, le pharmacien peut prendre pour favoriser le bon usage des psychotropes et la prise en charge globale des patients.

### 2.1 Un pharmacien référent dans chaque service de médecine somatique

Chaque service peut se voir affilier un pharmacien référent. Ce dernier doit pour chaque patient, faire l'anamnèse médicamenteuse et allergique à l'admission, afin d'identifier clairement les médicaments pris par le patient, et déjà détecter d'éventuels problèmes de compliance; analyser le traitement prescrit et collaborer avec le prescripteur pour optimiser le traitement à court, moyen, et long terme.

### 2.2 Contrôler les interactions médicamenteuses

#### 2.2.1 Contrôler les interactions médicamenteuses avec les prescriptions déjà en cours dans le service

Lorsque la PL propose un traitement psychotrope pour un patient, elle doit s'assurer qu'il n'existe aucune contre-indication avec le traitement déjà mis en place dans le service somatique.

En général la PL connaît les médicaments déjà prescrits au patient par le service. Il peut arriver que le médecin psychiatre ne connaisse pas un des médicaments déjà prescrit, dans ce cas, le pharmacien hospitalier affilié au service somatique peut être contacté pour donner un avis pharmaceutique quant à l'association en question.

Beaucoup de services contactent déjà la pharmacie hospitalière en cas de doute sur une association médicamenteuse. Cette démarche serait grandement facilitée et clarifiée s'il y avait un **pharmacien référent** au service qui pourrait répondre directement à l'ensemble des questions posées par les professionnels de santé.

De plus il arrive que l'anamnèse médicamenteuse soit incomplète dans le cardex. Dans le cadre de la PL (équipe mobile qui n'appartient pas à un service en particulier et qui découvre tous les jours des nouveaux patients), si l'anamnèse est mal renseignée, le risque que l'équipe prescrive un médicament contre-indiqué est majoré.

Si le pharmacien référent a pour mission de faire une anamnèse médicamenteuse et allergique rigoureuse pour chaque patient entrant dans le service, on peut facilement imaginer que le nombre d'accidents devrait être considérablement réduit. La PL gagnerait un temps précieux car le pharmacien, connaissant bien les patients de son service, pourrait faire la synthèse complète de son traitement en cours et de ses antécédents, au lieu que l'équipe mobile rassemble elle-même les données concernant le patient, sachant que chaque service a sa façon de faire (infos dans le cardex, informatisées, dossiers des patients pas toujours accessibles au bon moment...).

### 2.2.2 Etre responsable de la surveillance médicamenteuse

Il peut arriver que le patient ait un traitement où sont associées deux molécules contre-indiquées ou à associer avec grande précaution car la pathologie du patient ne laisse pas d'autre alternative possible. Le patient nécessite alors une surveillance accrue vis-à-vis des effets indésirables (cliniques ou biologiques) qui pourraient survenir.

Ces patients peuvent être pris en charge par le pharmacien référent du service qui a la charge de s'assurer régulièrement, lors de rendez-vous pharmaceutiques, au lit du patient, que le traitement instauré est bien toléré et surveillé.

### 2.3 Suivre un patient suite à la prescription d'un nouveau médicament :

*(Exemple : le Valdoxan® agomelatine)*

Au cours de mon stage AHU en PL, le Docteur G que je suivais a prescrit pour la première fois du Valdoxan® (agomélatine) pour monsieur M dans le cadre de la prise en charge de son syndrome dépressif, suite à un mélanome de la jambe avec métastases diffuses et projet d'amputation.

Le Valdoxan® (agoniste mélatoninergique) est un nouvel antidépresseur. Il agit sur la dépression en régulant le système du sommeil souvent dérégulé dans cette pathologie. Ce médicament est très récent. N'ayant pas trop de recul pratique sur son efficacité et ses effets indésirables à grande échelle, il m'a été demandé de suivre le patient, pour évaluer la tolérance du traitement. J'ai donc, à la demande de l'équipe de PL, réalisé une **fiche technique de suivi** à partir des informations récoltées sur cette nouvelle spécialité

J'ai suivi monsieur M lors de rendez-vous pharmaceutiques (accompagné d'une infirmière de liaison) quand le patient revenait en hôpital de jour dans le service d'oncodermatologie. Cet échange privilégié entre le patient et l'externe en pharmacie a été très fructueux. J'ai pu prendre vraiment le temps de lui expliquer son traitement, discuter avec lui de la prise du Valdoxan® dans son quotidien, en profiter pour lui donner des conseils hygiéno-diététiques car ce patient avait beaucoup maigri ces derniers mois, et lui conseiller d'aller voir son pharmacien de ville, si jamais il avait d'autres questions ou inquiétudes sur son traitement. Dans le service, j'ai contrôlé que les examens biologiques étaient bien réalisés et que les valeurs obtenues étaient normales. Plus que la tolérance, j'ai pu évaluer l'efficacité du traitement chez ce patient.

# Fiche technique de suivi de prescription de la spécialité VALDOXAN®

Nom : ..... Prénom : .....

Date : .....

Posologie : .....

Durée du traitement : .....



Rappel du mode d'emploi : UNE PRISE UNIQUE AU COUCHER

1. Le patient se plaint-il d'effets indésirables ?      oui                      non

2. De quels types sont ces effets indésirables ? (entourer les effets décrits)

✓ Céphalées / Sensation vertigineuse / Somnolence / Insomnie /

✓ Nausée / Diarrhée / Constipation

✓ Hyperhydrose

✓ Douleur dorsale

✓ Fatigue

✓ Anxiété

✓ Autres : .....

3. Ces effets sont-ils supportables: (à évaluer sur une échelle de 1 à 10) :              /10

*Rq : Tout effet indésirable grave ou inattendu susceptible d'être lié à la prise de Valdoxan\**

*doit être déclaré à la pharmaco vigilance ou sur le site de l'Afssaps (www. affsaps.santé.fr)*

4. Suivi de la fonction hépatique :    Contrôle ASAT / ALAT

Valeur dosage à l'instauration :

.....

Valeur dosage à 6 semaines :

.....

Valeur dosage à 12 semaines :

.....

Valeur dosage à 24 semaines :

.....

Conduite à tenir :

En cas d'élévation des transaminases sériques :

- Répéter le dosage des Transaminases sériques dans les 48 h
- Si l'élévation des transaminases sériques dépasse 3 fois la valeur limite supérieure des valeurs normales :
  - \* le traitement doit être arrêté
  - \* le dosage doit être répété régulièrement jusqu'à un retour aux valeurs normales

En cas de symptômes cliniques suggérant une atteinte fonctionnelle hépatique :

- Contrôle des transaminases sériques
- Dans l'attente des résultats biologiques, la décision de continuer le traitement avec VALDOXAN\* dépendra de l'appréciation clinique
- En cas d'ictère : arrêt du traitement

5. Contre indication :

Le patient est il hypersensible à la substance active ou à l'un des excipients ?

.....

Le patient présente- il une insuffisance hépatique ?.....

Le patient prend- il des médicaments inhibiteurs puissants du CYP1A2 ?

(ex Fluvoxamine / ciprofloxacine) .....

*Si au moins une des réponses aux 3 questions posées ci-dessus est positive : **arrêt du traitement***

*Cette fiche est à conserver dans le dossier du patient.*

## 2.4 Renforcer le rôle du pharmacien dans la pharmacovigilance systématique (par déclaration informatisée)

Suite à l'exemple du Valdoxan®, le pharmacien peut également avoir un rôle renforcé dans la pharmacovigilance systématique. En effet avec sa nouvelle fonction d'évaluateur de la tolérance des médicaments au chevet du patient, il est le plus à même de détecter et de déclarer les effets indésirables liés aux médicaments. Il peut aussi promouvoir et aider à la déclaration d'effets indésirables au sein de son service à l'aide de ce type d'affiche (que j'ai réalisé) qui serait disponible et visible dans le service.

# PHARMACOVIGILANCE [29]



La **pharmacovigilance** a pour objet la surveillance du risque d'effet indésirable résultant de l'utilisation des médicaments et produits à usage humain (article R5121-150 du code la santé publique)

Qui déclare ? Tous les professionnels de santé.

Que déclarer ?

- Déclarer un effet indésirable susceptible d'être dû à un médicament en précisant ses caractéristiques, sa fréquence, sa gravité.
- Discuter de l'étiologie médicamenteuse d'un symptôme clinique ou biologique, possible effet indésirable.

Quand déclarer ?

- De suite, quand un effet indésirable est susceptible d'être dû à un médicament.
- Ne pas attendre d'être sûr que le médicament soit responsable pour déclarer s'il s'agit d'un effet grave ou inattendu

Comment déclarer ?

Les déclarations de pharmacovigilance sont réalisées sur les fiches CERFA réglementaires (annexe 3).

Où déclarer ?

Les déclarations sont à adresser **au pharmacien référent** du service qui se chargera de le transmettre au centre de pharmaco vigilance.

Pourquoi déclarer ?

La déclaration participe à une action de santé publique. Son analyse épidémiologique permet de mener des actions pratiques : modification des mentions du dictionnaire Vidal, suspension de l'AMM, mise en place d'enquêtes et de campagnes du bon usage du médicament.

## 2.5 Proposer des formations aux personnels soignants

Le pharmacien peut également proposer des formations courtes au sein de son service, en coopération avec des spécialistes.

Exemple : suite à mon étude (partie 2), on remarque que dans beaucoup de services du CHU de Nantes les médicaments psychotropes sont mal prescrits. Un dosage infra thérapeutique, un traitement inadapté au diagnostic, une accumulation de nombreuses molécules psychotropes... sont des erreurs trop souvent constatées. Ces erreurs sont principalement dues à une méconnaissance des traitements psychotropes et des pathologies psychiatriques dans les services de médecine somatique.

Le pharmacien référent du service et la PL peuvent proposer conjointement des formations courtes, de façon régulière, ciblées sur un médicament ou une pathologie précise, au sein même du service.

Prenons un exemple : **proposition d'une formation conjointe (pharmacien référent et équipe de PL) dans le service de gériatrie.**

Thème : la dépression chez le sujet âgé

Population concernée : l'ensemble du personnel soignant : les médecins car ce sont eux qui prescrivent, mais aussi les infirmiers et aide-soignants car ils sont très souvent en contact avec les patients, ils sont les premiers à pouvoir détecter les signes d'appel.

Durée : 30 minutes

Support : un dossier papier récapitulant l'ensemble de ce qui a été dit est remis à chacun des membres du personnel du service.

Documents annexes :

- Les fiches mémo sur les antidépresseurs, les anxiolytiques, et les hypnotiques
- L'échelle d'évaluation de la dépression M.A.D.R.S. (annexe 4)

## Formation pratique 1 (Service de gériatrie)

### La dépression chez le sujet âgé [30] *(D'après les recommandations de l'HAS)*

La dépression est fréquente chez le sujet âgé et fortement liée à la présence d'affections somatiques, à l'isolement social ou géographique (environnement) et aux événements de la vie (deuil, entrée en institution).

Cette maladie est insuffisamment diagnostiquée notamment chez les personnes âgées. La présence de signes anxieux fréquents conduit à une **sur-prescription de benzodiazépines, médicaments qui ne sont pas efficaces pour traiter la dépression.**

La priorité pour l'amélioration de la pratique est de ne pas confondre déprime et dépression afin que ce soit bien les malades souffrant de dépression caractérisée qui bénéficient du traitement adapté.

#### Nos objectifs

- 1-Améliorer le diagnostic et la prise en charge de la dépression.
- 2-Traiter la dépression caractérisée du sujet âgé par antidépresseur.

#### Objectifs prioritaires de l'arbre décisionnel selon l'HAS

- Penser à rechercher une dépression devant des signes d'appel variés et peu spécifiques.
- Évaluer les différents risques associés à la dépression.
- Prendre en compte l'impact de la dépression sur les co-morbidités et leurs traitements.

# Dépression caractérisée chez un sujet très âgé [31]

Signes d'appel du malade et/ou de son entourage

Plainte somatique (douleurs++), plainte anxieuse, plainte mnésique, insomnie, anorexie, asthénie, amaigrissement, désintérêt pour les activités habituelles, irritabilités, changement de comportement, difficultés de concentration.



**Ancienneté** des symptômes  
**ATCD** personnels et familiaux de dépression

## DIAGNOSTIC DE DEPRESSION

(Aide critère DSMV)

Asthénie, tristesse, souffrance morale, perte d'intérêt, ralentissement, anhédonie, troubles du sommeil et de l'appétit, perte de poids, idées noires et suicidaires

**Contexte de vie**  
(Décès, isolement, entrée récente dans une structure d'accueil pour les personnes âgées)

**Comorbidité**  
(Douleur, AVC, handicapé, cancer, insuffisance cardiaque, diabète, Alzheimer)



RISQUE SUICIDAIRE  
RISQUE NUTRITIONNEL

## DIAGNOSTIC DE GRAVITE

SYMPTOMES PSYCHOTIQUES

Retentissement sur l'AUTONOMIE et d'autres pathologies



Avis spécialisé +/- hospitalisation  
Soutien psychologique – renforcer l'environnement  
**ATD – pas d'anxiolytique systématique**  
Adapter le traitement – observance - surveillance des comorbidités



Posologie et durée de traitement  
Suivi, réévaluation clinique  
Evaluation cognitive simple

## **Chez les personnes âgées déprimées, la prescription d'anxiolytique n'est pas automatique ! [32]**

*(Mémo rédigé par le Docteur Olivier DRUNAT, psychogériatre à l'Hôpital Bretonneau / Paris)*

« Les symptomatologies dépressives et anxieuses sont souvent associées chez les personnes âgées. Cette co-morbidité ne conduit pas le plus souvent à une co-prescription d'un antidépresseur et d'un anxiolytique.

**La prescription d'un anxiolytique de type benzodiazépine, dans l'abord médicamenteux de la dépression des personnes âgées, n'est pas recommandée.**

En tout premier lieu, les bénéfices potentiels sont largement contrebalancés par de nombreux effets indésirables. Le premier d'entre eux est la dépendance, ce d'autant que les anxiolytiques très rapidement efficaces rassurent faussement le patient. Dans de plus rares cas, des réactions paradoxales sont observées. Enfin, en cas d'association médicamenteuse, il est discuté une moins bonne efficacité antidépressive.

Ensuite, les antidépresseurs, outre leurs propriétés à proprement parler antidépressives, présentent des propriétés sédatives ou stimulantes. Elles se manifestent dans les tous premiers jours du traitement et sont d'une très grande variabilité interindividuelle. Actuellement, les référentiels préconisent, en première intention, l'utilisation d'un Inhibiteur Spécifique de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) dans la dépression du sujet âgé. Les doses efficaces des antidépresseurs chez les sujets âgés sont identiques à celles publiées chez les sujets jeunes. Chez la personne âgée, il est préférable de commencer à de plus petites doses pour atteindre progressivement mais sûrement les doses habituelles de l'adulte jeune.

Une prudence est de rigueur pour les patients âgés avec troubles cognitifs et/ou dénutris (syndrome sérotoninergique dans les huit premiers jours de traitement).

En cas d'insomnie et/ou d'une anxiété sévères, la co-prescription d'une benzodiazépine peut être justifiée.

Pour éviter le risque de dépendance, il est alors recommandé d'utiliser la dose minimale efficace et d'interrompre le traitement dès que l'anxiété et/ou l'insomnie se sont amendées du fait de l'antidépresseur (quinze jours en moyenne).

L'abord thérapeutique de la dépression et de l'anxiété de la personne âgée ne se cantonne pas à une prescription médicamenteuse (même double). Des approches psychothérapeutiques (comme la psychothérapie de soutien) comportementales, environnementales et/ou éducatives ont fait leurs preuves. »

## 2.6 Conseiller la molécule la plus adaptée

### 2.6.1 Conseiller la molécule la plus adaptée au vu des contre-indications idiosyncrasiques.

Le pharmacien peut, au vu des contre-indications idiosyncrasiques du patient, de ses constantes biologiques, de ses allergies et de ses antécédents, aider dans le choix de la molécule prescrite, si jamais la PL souhaite avoir l'avis d'un spécialiste du médicament. Par exemple dans les services de dialyse, les patients ont une cinétique médicamenteuse totalement différente, les risques de sur ou sous dosage sont majorés.

### 2.6.2 Conseiller la molécule la plus adaptée en fonction de la galénique du médicament.

Le pharmacien, connaissant les formes galéniques, peut apporter son aide dans le choix de la forme la plus judicieuse. Combien de médicaments prescrits ne sont pas pris de façon correcte pour diverses raisons: comprimé trop gros (préférer deux petits comprimés de 500mg au lieu d'un gros de 1gramme), impossibilité d'avaler un comprimé (forme sachet préférable), ¼ de comprimé alors que celui-ci n'est pas

sécable, impossible de pouvoir compter les gouttes de Rivotril® à cause d'un problème de vue ou de tremblements...

L'observance du traitement est primordiale dans la réussite d'un traitement mais encore faut il que celui-ci soit le mieux adapté d'un point de vue galénique et facilité d'emploi!

## 2.7 Préparer la sortie du patient

Avant chaque sortie d'un patient pluri-médicamenté, le pharmacien peut passer au lit du patient pour coordonner l'ensemble des prescriptions médicamenteuses qui lui ont été prescrites durant son hospitalisation. Il vérifie une nouvelle fois qu'il n'y a pas d'interactions médicamenteuses graves, ou de CI formelles.

Le pharmacien doit prendre le temps d'expliquer au patient comment prendre son traitement (heure de prise, précaution d'emploi...) car dans la majorité des cas les médicaments donnés à l'hôpital sont délivrés par le personnel infirmier. Le patient ne sait même pas ce qu'il prend ou du moins quel médicament correspond à quel traitement puisque ceux-ci sont déconditionnés à l'avance et délivrés dans un gobelet.

Cette intervention au lit du patient permet de faire un lien et d'assurer le relais par la suite avec la pharmacie de ville. **Un patient qui comprend bien son traitement, et qui y adhère est un patient observant: la clef de la réussite vers la guérison !**

Reprenons l'exemple du Valdoxan® :

A la sortie du patient, le pharmacien peut préparer une fiche d'éducation thérapeutique spécifique au traitement de celui ci. Voici un exemple de fiche que le pharmacien pourrait remettre à son patient sous Valdoxan®.



## 2.8 Améliorer la sortie du patient en ambulatoire

Le pharmacien peut améliorer la prise en charge en transférant l'information au médecin généraliste sur les changements de traitements opérés et le suivi proposé lors de l'hospitalisation de son patient pour s'assurer que le lien hôpital-ville est correct (à l'heure actuelle, point critique dans la continuité des soins).

## 2.9 Suivre la biologie d'un médicament

### Exemple le lithium

Le lithium est un médicament efficace chez les patients bipolaires mais qui entraîne de nombreux effets indésirables. 75% des patients sous lithium rapportent des effets indésirables de gravité variable. De plus, c'est un médicament dit à marge thérapeutique étroite. La lithiémie doit toujours être entre 0.5 et 0.8mmol/L (0.8 et 1.2mmol/L pour la forme LP). En dessous de ces valeurs le traitement n'est pas curatif, au delà il existe un risque toxique. C'est donc un traitement qui nécessite une grande observance. Impliquer son patient et le rendre acteur de son traitement est primordial.

Avant l'instauration il faut s'assurer que toutes les précautions ont été prise avant le début du traitement : bilan rénal /bilan thyroïdien / NFS / test de grossesse. La surveillance consiste en un dosage de la lithiémie à jeun 12h après la dernière prise, puis tous les jours pendant cinq jours pour atteindre une concentration efficace. La lithiémie doit être stable durant trois dosages consécutifs, puis faite une fois par mois et enfin tous les deux à six mois.

Combien de patients n'ont pas de surveillance régulière ? Le médecin généraliste pense que le psychiatre s'en charge et inversement. Le pharmacien qui délivre le lithium tous les mois peut assurer la surveillance du traitement en vérifiant les lithiémies de son patient avant la délivrance de l'ordonnance.

Il ne s'agit absolument pas d'empiéter sur le travail des autres professionnels. Au contraire cette activité est tout à fait complémentaire au travail des médecins. Elle s'inscrit dans le cadre d'une volonté d'amélioration de la qualité d'utilisation des médicaments. Elle constitue donc, pour le patient, une valeur ajoutée.

Le pharmacien peut remettre un carnet de suivi (voir modèle ci-dessous) au patient où il lui sera expliqué son traitement, l'importance du suivi biologique, les résultats de ses lithiémies et la date des prochains contrôles.



Pharmacie CERAT  
3 rue de Galien  
30 000 Le Mortier

## Mon traitement : LITHIUM

Coordonnées de mon médecin :.....  
.....

Posologie :.....

Heure de prise :.....

Pourquoi doit-on faire des prises de sang régulièrement ? Le lithium est un médicament très efficace s'il est pris correctement. Il a un inconvénient : sa concentration dans le sang pour être efficace est dite « étroite ». C'est-à-dire qu'il peut facilement devenir toxique s'il est en excès dans le sang ou inefficace si la concentration n'est pas suffisante. Or la concentration efficace varie pour chaque individu, c'est pourquoi il est très important de faire régulièrement des prises de sang pour surveiller la concentration du médicament dans l'organisme et donc son efficacité.

Schéma : prise de sang à faire tous les jours pendant 5 jours, puis si la lithiémie est stable pendant 3 dosages consécutifs, prise de sang à faire tous les mois puis tous les deux à 6 mois.



Prise de sang à faire à jeun 12h après la dernière prise :  
Ce carnet est à emmener à chaque renouvellement  
d'ordonnance de lithium.

Surveillance de la lithiémie (à faire remplir par le médecin ou le pharmacien)

Date de ma prochaine prise de sang	Résultats

## 2.10 Réaliser des enquêtes épidémiologiques

A l'aide d'un questionnaire succinct, le pharmacien d'officine peut appréhender au mieux le profil de sa patientèle et identifier les patients à qui sont prescrits des psychotropes en grand nombre et/ou depuis longtemps. Cette petite enquête épidémiologique au sein de son officine permet au pharmacien de cibler ses patients avec qui une discussion ouverte et une alliance thérapeutique pourrait être créées.



### Evaluation de la prescription des psychotropes dans mon officine

1) Age du patient :

2) Présence de psychotropes sur l'ordonnance :                    OUI                    NON

Si OUI compléter la suite du questionnaire :

3) Nombre de molécules psychotropes sur l'ordonnance :

4) Noter le(s) nom(s) de(s) la molécule(s) :

5) Depuis combien de temps ce patient prend il ce médicament ? (entourer)

- **Moins d'un mois**
- **Plus d'un mois**
- **Moins d'un an**
- **Plus d'un an**

6) Statut du médecin prescripteur :

- **Médecin généraliste**
- **Psychiatre**
- **Autres :**

## Conclusion

Toutes ces propositions semblent largement applicables. Beaucoup de pharmaciens (notamment d'officine) appliquent déjà depuis longtemps, dans leur exercice professionnel quotidien, certaines de ces propositions. Par exemple suivre la biologie des médicaments à marge thérapeutique étroite ou tenir un discours de prévention quant à l'utilisation prolongée des psychotropes est déjà fait quotidiennement par bon nombre de pharmaciens. Nous pourrions aller plus loin !

Néanmoins tant qu'aucune rémunération fixe ne sera prévue pour ce genre de tâches, il semble difficile de mettre en application ces propositions et de valoriser et d'élargir dans de bonnes conditions nos compétences de pharmacien.

Pourtant il est certain que la mise en place d'une prise en charge globale des patients et des mesures visant à optimiser le parcours de soins pourrait largement contribuer à faire diminuer les événements indésirables médicamenteux à long terme et par conséquent le déficit de la sécurité sociale.

## 3. L'avenir de la pharmacie

### Introduction

Le métier de pharmacien est en plein changement. Les nouvelles directives de l'Etat redéfinissent et élargissent les fonctions du pharmacien. La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) proposée par le ministre de la Santé Madame Bachelot et votée à l'Assemblée Nationale donne les nouvelles directives en matière de santé et notamment les nouvelles missions du pharmacien.

En même temps le rapport RIOLI, qui s'inscrit dans la réflexion sur le rôle du pharmacien, entamée avec le vote de la loi HPST, formule un certain nombre de propositions pour faire évoluer les missions du pharmacien officinal, articulées autour d'un projet à la fois professionnel et économique.

De plus, au niveau hospitalier, la pharmacie clinique est une discipline qui fait de plus en plus parler d'elle au sein de l'hôpital.

Quelles sont les perspectives d'avenir dans l'évolution du métier de pharmacien ?

### 3.1 La loi Hôpital Patient Santé Territoire [33]

L'année 2009/2010 est une année importante pour les professionnels de santé. Madame Roselyne Bachelot (actuelle ministre de la Santé et des Sports) a proposé et fait voter par l'Assemblée Nationale une loi pour moderniser le système de santé français. L'article 38 de la loi HPST concerne directement la profession pharmaceutique. Cet article (re)définit la pratique du pharmacien d'officine. Il s'agit pour partie d'une reconnaissance des tâches courantes de la profession, tâches accomplies qui ont dorénavant une assise légale. De nouvelles y sont évoquées : voici les nouvelles directives des pharmaciens d'officine :

1° Contribuer aux soins de premier recours.

2° Participer à la coopération entre professionnels de santé.

3° Participer à la mission de service public de la permanence des soins.

4° Concourir aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé.

5° Pouvoir participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients.

6° Les pharmaciens peuvent assurer la fonction de pharmacien référent au sein d'un établissement public d'hébergement de personnes âgées dépendantes ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur. Si n'étant pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une PUI, dans le cadre des coopérations, le pharmacien peut être désigné comme correspondant au sein de l'équipe de soins par le patient.

A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médicaments destinés à en optimiser les effets,

8° Pouvoir proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

La loi HPST a été votée il y a un an. Malheureusement, à l'heure actuelle, seul un décret sur l'éducation thérapeutique est paru et les remaniements ministériels éventuellement possibles risquent de ralentir la mise en place de la loi.

### 3.2 Le rapport Rioli [34]

Le rapport RIOLI est un rapport qui formule des propositions pour faire évoluer le métier de pharmacien d'officine suite au vote de la loi HPST. Son grand intérêt est qu'il est à la fois articulé autour d'un projet professionnel et économique. Ce dernier point n'étant pas encore mis en place dans la loi HPST qui certes propose beaucoup de missions très intéressantes pour le pharmacien, mais qui pour le moment ne sont pas applicables car il n'y a pas de réelles et concrètes propositions de financement.

Voici les propositions qui concernent le rôle du pharmacien en tant qu'acteur de la prise en charge globale des soins.

1. **Créer un rendez-vous santé à l'officine** afin de permettre la mise en oeuvre de mesures individuelles spécifiques à chacun, d'éviter des retards au diagnostic par défaut de dépistage des pathologies lourdes. Ce parcours de prévention devra être solvabilisé par les régimes obligatoires et complémentaires pour une plus large accessibilité sociale.
2. **Créer un «entretien pharmaceutique»** pour la gestion du premier risque pathologique, avec une prise en charge possible par classe thérapeutique par les mutuelles du régime complémentaire.
3. **Mise en place en coordination** avec les autres professionnels de santé d'une démarche éducative complète dans le cadre du suivi pharmaceutique de l'article 38 de la Loi HPST.
4. **Améliorer la prise en charge** du patient dans la continuité des soins de ville-hôpital en travaillant sur les points critiques que sont l'entrée à l'hôpital et le retour à domicile.
5. **Implication du pharmacien** dans le processus du retour du patient à son domicile, lors du maintien à son domicile et également dans la prise en charge des pathologies chroniques.
6. **Renforcer le rôle du pharmacien** dans la pharmacovigilance systématique (par déclaration informatisée).
7. **L'acte de premier secours** réalisé à l'officine doit être identifié, quantifié, centralisé et valorisé par la prise en charge du régime obligatoire afin d'éviter des visites inutiles aux urgences de la part de patients avant tout soucieux d'éviter de faire l'avance de frais en s'orientant vers les urgences hospitalières.

8. **Compenser la désertification médicale** dans certaines zones par l'aménagement d'un local multimédia « poste avancé de garde » dans les pharmacies.
9. **Le Dossier Pharmaceutique** doit servir de support au suivi thérapeutique des patients, à la coordination des soins ville-hôpital, aux actes de pharmacovigilance et procédures d'alerte sanitaire.

### 3.3 La pharmacie clinique [35] [36]

#### 3.3.1 Définition

La pharmacie clinique, aussi appelée « soins pharmaceutiques », se définit comme l'ensemble des activités par lesquelles un pharmacien (appelé pharmacien clinicien) travaille en collaboration avec les autres professionnels de la santé et les patients pour établir un plan de traitement, le mettre en œuvre, et en assurer le suivi.

#### 3.3.2 Origine

Le concept de pharmacie clinique et son développement sont principalement d'origine nord-américaine (Etats-Unis, Canada) et anglaise. Cette pratique pharmaceutique s'est développée en grande partie suite à la publication d'études ayant mis en évidence un besoin urgent d'optimisation de la qualité d'utilisation des médicaments (que ce soit en terme de prescription, d'administration, ou de suivi), et ce afin d'améliorer l'efficacité et la sécurité des traitements, ainsi que d'en diminuer les coûts.

Au cours des 30 dernières années, des services de pharmacie clinique se sont développés dans les pays anglo-saxons. Ces derniers ciblaient dans un premier temps des patients hospitalisés, mais se sont ensuite étendus à des patients en ambulatoire. Aujourd'hui, et à titre d'exemple, 94% des hôpitaux canadiens disposent de services de pharmacie clinique, et des pharmaciens cliniciens participent aux tours de salle dans 80% des gros hôpitaux américains). De quoi faire pâlir les

pharmaciens hospitaliers européens, qui passent encore la majorité de leur temps de travail à des tâches de distribution et de préparation des médicaments.

### 3.3.3 Fonctionnement et intérêt

Le pharmacien clinicien réalise des « soins pharmaceutiques ». Le pharmacien va intervenir dans l'optimisation du traitement de patients hospitalisés (en priorité des patients considérés comme ayant un risque non négligeable d'événements iatrogènes) dans un ou plusieurs services hospitaliers particuliers (par exemple médecine interne, chirurgie, soins intensifs, gériatrie, ...). Le pharmacien y consacre une partie ou la totalité de son temps de travail. Il réalise l'anamnèse médicamenteuse à l'admission, afin de clairement identifier les médicaments pris par le patient, il analyse le traitement prescrit et intervient auprès du prescripteur afin d'optimiser le traitement à court, moyen, et long terme. Il conseille sur le traitement de sortie, et transfère les informations au médecin généraliste sur les changements de traitements opérés et le suivi proposé. Le pharmacien répond également à l'ensemble des questions posées par les autres professionnels, en rapport avec les médicaments. Il s'agit donc bien d'une approche centrée sur le patient, en collaboration proche avec le prescripteur et les autres membres de l'équipe soignante.

Ensuite, le pharmacien peut aussi intervenir dans l'optimisation de l'utilisation d'un (groupe de) médicament(s) particulier(s). Cela se fait couramment pour les antibiotiques, les anticoagulants, les médicaments du diabète, de l'insuffisance cardiaque, etc. L'objectif est de cibler des médicaments connus pour être fréquemment à l'origine d'événements iatrogènes, ou étant coûteux pour la société.

L'apport au patient et à la société n'est plus à démontrer. L'amélioration de l'efficacité des traitements, la réduction des risques et des coûts ainsi que les bénéfices de qualité de vie pour les patients sont indiscutables.

# CONCLUSION

La prise en charge de la santé mentale s'est beaucoup développée ces dernières années au sein des services de médecine somatique. On ne considère plus (ou moins) un patient dans un service comme une pathologie ou un organe malade mais comme un être à part entière avec son environnement, son histoire, sa sensibilité... L'objectif est d'optimiser sa prise en charge et de la rendre la plus efficiente possible. Ceci est le témoin d'une ouverture plus manifeste aux questions de santé mentale par l'ensemble des professionnels de santé et la remise du patient au centre des préoccupations.

Néanmoins la prise en charge de la santé mentale n'étant plus réservée aux psychiatres, la prescription de psychotropes semble s'être banalisée au détriment des bonnes pratiques de prescriptions et d'utilisation.

A Nantes une équipe mobile de Psychiatrie de Liaison a été créée il y a une dizaine d'années selon un concept original et ambitieux. Cette équipe a une double activité : une activité de consultation, centrée sur le patient, et qui consiste à donner aux somaticiens un avis de spécialiste, et une activité de liaison, centrée sur l'équipe soignante, et qui consiste en la formation et en la sensibilisation du personnel de soins généraux, aux aspects psychiatriques et psychologiques de leur activité. Son objectif est de pouvoir former les équipes soignantes à mieux prendre en charge la souffrance morale des patients, suite aux difficultés physiques de ces derniers et de favoriser le bon usage des psychotropes.

L'étude réalisée au CHU de Nantes, sur le bon usage de ces molécules, nous montre que les prescriptions de psychotropes, au sein des différents services de médecine somatique, sont, pour une large part, non adaptées aux diagnostics psychiatriques majoritairement rencontrés à l'hôpital. Les RMO sont peu respectées.

Les anxiolytiques et hypnotiques sont sur-prescrits et à l'inverse les ATD sont sous-prescrits, seulement  $\frac{1}{4}$  des patients diagnostiqués dépressifs sont sous ATD. Les études réalisées au niveau national arrivent à la même conclusion : il est fait un mauvais usage des psychotropes en France.

Le rôle de la PL au sein du CHU de Nantes est donc très largement justifié. On peut dire que son action est **qualitative et quantitative**. Qualitative car elle modifie les prescriptions en cours qui sont très souvent inadaptées au diagnostic du patient. Plus de 80% des prescriptions psychotropes réalisées par les équipes de médecine somatique sont modifiées par la PL, jusqu'à même 90% pour les patients diagnostiqués dépressifs. Pourtant l'épisode dépressif est une des pathologies psychiatriques la plus rencontrée au sein de l'hôpital général. L'action de la PL est aussi quantitative, car beaucoup de molécules vont être arrêtées ou diminuées suite à son passage. En effet, un certain nombre de patients cumule plusieurs psychotropes sur une même ordonnance, voir plusieurs fois la même classe de molécule malgré les RMO. Il reste encore beaucoup de travail à faire pour former les équipes médicales à mieux prescrire les psychotropes. Néanmoins l'intérêt pour les questions de santé mentale est réel par les services de médecine somatique du CHU de Nantes, qui sont souvent demandeuses d'informations sur le sujet.

Le pharmacien a toutes les compétences, en coopération avec les médecins et les autres professionnels de santé, pour favoriser le bon usage des psychotropes et la prise en charge globale des patients. Les dix propositions pratiques, développées en troisième partie, illustrent cette idée. Beaucoup de pharmaciens (notamment d'officine) appliquent déjà depuis longtemps, dans leur exercice professionnel quotidien, certaines de ces propositions. Par exemple suivre la biologie des médicaments à marge thérapeutique étroite ou tenir un discours de prévention quant à l'utilisation prolongée des psychotropes est déjà fait quotidiennement par bon nombre de confrères.

Malheureusement tant qu'aucune rémunération fixe ne sera prévue pour ce genre de tâches, il semble difficile de mettre en application ces propositions. Pourtant il est certain que la mise en place d'une prise en charge globale des patients et des mesures visant à optimiser le parcours de soins pourrait largement contribuer à faire diminuer les événements indésirables médicamenteux à long terme.

Le métier de pharmacien est en plein changement. Les nouvelles directives de l'Etat redéfinissent et élargissent les fonctions du pharmacien. La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) proposée par le ministre de la Santé Madame Bachelot et votée à l'Assemblée Nationale donne les nouvelles directives en matière de santé et notamment les nouvelles missions du pharmacien. En même temps le rapport RIOLI, qui s'inscrit dans la réflexion sur le rôle du pharmacien, entamée avec le vote de la loi HPST, formule un certain nombre de propositions pour faire évoluer les missions du pharmacien officinal, articulées autour d'un projet à la fois professionnel et économique. De plus, au niveau hospitalier, la pharmacie clinique est une discipline qui fait de plus en plus parler d'elle au sein de l'hôpital.

Il reste beaucoup de travail à faire, mais je suis persuadée que l'avenir est dans la coopération entre professionnels de santé pour optimiser au mieux la prise en charge globale du patient et le bon usage des psychotropes. A nous, pharmaciens de prendre notre place dans le système de soins et de ne pas manquer le virage qui s'annonce au vue des nouvelles politiques de santé pour ainsi pouvoir retrouver l'essence de notre métier : « **La prise en charge thérapeutique globale** ».

# Fiches MEMO

Pour [37] [38] :

- connaître les indications et les principales contre-indications des psychotropes,
- savoir l'utilisation pertinente des différents produits en connaissant les risques et les effets secondaires inhérents à chacun d'eux,
- être au courant des RMO les concernant,
- connaître les limites d'efficacité des médicaments et proposer soit conjointement, soit en alternative d'autres modalités de prise en charge,
- savoir expliquer le traitement et ses buts, et savoir aider le patient à être observant.

# Les antidépresseurs

## Pharmacodynamie

**Spécificité d'action au niveau des neuromédiateurs centraux** : sérotonine, noradrénaline, dopamine. Les mécanismes d'action restent encore mal connus.

On distingue :

- les IMAO (*ex : Iproniazide/Moclobemide*)
- les imipraminiques ou antidépresseurs tricycliques (*ex : Clomipramine*)
- les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) (*ex : Citalopram*)
- les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) (*ex : Venlafaxine*)
- les antidépresseurs spécifiques de la sérotonine et noradrénaline (NaSSA),
- autres antidépresseurs (*ex : Mianserine, Tianeptine, Agomélatine*)

## Pharmacocinétique et métabolisme

-Administration per os

-Biodisponibilité variable selon les produits (30 à 80%).

-Métabolisation au niveau hépatique.

-Élimination par voie biliaire et urinaire.

-Interactions médicamenteuses nombreuses (en particulier au niveau métabolique).

### Indications (variables selon les molécules)

-Dans le traitement des épisodes dépressifs majeurs, d'intensité modérée à sévère, (traitement pendant au moins 6 mois à partir de la résolution symptomatique).

-Dans la prévention des rechutes dépressives (traitement antidépresseur pendant 3 à 5 ans chez les sujets qui ont présenté au moins trois épisodes dépressifs en 3 ans, voire à vie lors de récurrences fréquentes et invalidantes).

-Dans les troubles anxieux :

- ✓ Troubles obsessionnels compulsifs
- ✓ Anxiété généralisée
- ✓ Troubles paniques avec ou sans agoraphobie
- ✓ Phobies sociales
- ✓ Certains troubles du sommeil (insomnie, énurésie et narcolepsie)

-Dans les douleurs : chroniques, maladies cancéreuses, post-zostériennes, migraines et névralgies.

-Dans l'akinésie et l'état dépressif chez le parkinsonien.

**Remarque : L'association « chimiothérapie antidépressive et psychothérapie » a fait la preuve de son efficacité.**

### Principes de prescription, choix d'un traitement antidépresseur

- Traitement efficace dans le traitement de 60 à 70% des épisodes dépressifs majeurs.

- Les imipraminiques sont préférés dans les épisodes dépressifs majeurs avec caractéristiques mélancoliques.

- Les IRS sont utilisés dans le traitement des épisodes dépressifs en ambulatoire (meilleure tolérance et sécurité d'emploi).

- Les antidépresseurs sédatifs sont utilisés dans les dépressions anxieuses.
- Les antidépresseurs stimulants sont utilisés dans les dépressions avec ralentissement psychomoteur, asthénie, hypersomnie (malheureusement très peu de molécules disponibles sur le marché).
- Chez les sujets présentant des antécédents dépressifs, le choix porte sur le traitement antidépresseur efficace et bien toléré lors de l'épisode précédent.
- Le choix d'un traitement antidépresseur s'articule autour de la connaissance de l'activité thérapeutique et des effets indésirables de la molécule, des antécédents du patient, de la sémiologie de l'épisode dépressif, des contre indications et précautions d'emploi, du rapport bénéfice/risque.
- **Il est indispensable d'informer le patient sur les effets attendus du traitement qui sont retardés par rapport à l'initiation du traitement (délai d'action de 15 à 21 jours), des effets indésirables possibles, de la nécessité de poursuivre le traitement pendant une durée suffisante qui dépasse la résolution symptomatique. L'ensemble de ces précautions favorise l'observance thérapeutique.**
- L'initiation du traitement antidépresseur s'effectue à dose progressivement croissante en fonction de la clinique et de la tolérance jusqu'à une posologie efficace. Le facteur principal d'échec à un traitement antidépresseur est la prescription à des posologies insuffisantes. En ambulatoire, il est nécessaire de revoir régulièrement le patient (une fois par semaine les 3 premières semaines) afin d'évaluer la tolérance, l'évolution de la symptomatologie, la nécessité d'ajustement posologique ou des coprescriptions (anxiolytiques, hypnotiques).
- Un traitement sédatif peut être associé à un antidépresseur (benzodiazépines, neuroleptiques sédatifs).
- L'inefficacité d'un traitement antidépresseur n'est envisagée qu'après vérification du diagnostic (recherche de co-morbidités), de l'observance, de la posologie et de la durée de prescription (au moins 4 semaines).

-L'alternative consiste à changer de classe d'antidépresseur, voire à l'électroconvulsivothérapie. Néanmoins le changement de classe est encore très discuté. Par exemple il est très courant que le médecin prescrive un deuxième ATD de la classe des IRS si le premier prescrit ne s'est pas révélé être efficace.

### Surveillance

- Surveillance de l'efficacité, de la tolérance et de l'observance thérapeutique.
- Durée du traitement à dose efficace : jusqu'à six mois à partir de la guérison symptomatique de l'épisode.
- L'arrêt s'effectue par paliers successifs sur plusieurs semaines voir plusieurs mois afin d'éviter un syndrome de sevrage.

### Effets indésirables (aux doses thérapeutiques)

#### **Effets liés à la nature de la maladie :**

- Risque suicidaire (maximum quelques jours après le traitement – desinhibition motrice plus précoce que la disparition du syndrome dépressif, d'où passage à l'acte facilité. On associe en début de traitement une BZD ou Tercian® (NL sédatif),
- Virage hypomaniaque voir maniaque,

#### **Effets liés à l'action centrale :**

- Troubles neurologiques (tremblements des extrémités),
- Abaissement du seuil epileptogène,
- Trouble de la vigilance et du sommeil,

#### **Effets liés à l'action sur la SNA :**

- Dus au blocage des récepteurs cholinergiques muscariniques (bouche sèche, tachycardie, trouble de l'accommodation, constipation, sueur, rétention urinaire,
- Dus au blocage des récepteurs adrénergiques alpha1: trouble cardiovasculaire, hypotension, trouble de la conduction, somnolence,
- Dus au blocage des récepteurs histaminiques : sédation, prise de poids

**Troubles divers** : sexuel, perturbation hépatique

## Contre-indications

<b>Contre indication</b>	<b>Absolue</b>	<b>Relative</b>
<b>ATD Tricyclique</b>	glaucome à angle fermé, adénome de la prostate, coronaropathie, trouble du rythme, infarctus du myocarde récent, insuffisance cardiaque décompensée, association aux IMAO.	Epilepsie, Insuffisance rénale et hépatique, sujet âgé
<b>IRS</b>	IMAO non sélectif et B, triptans, Enfant de moins de 15 ans (sauf la sertraline)	méthadone, IMAO A, tous les ATD, lithium, l'alcool
<b>IMAO A</b>	IMAO non sélectifs, triptans, pethidine, dextrométorphane états délirants, accès maniaques, enfants de moins de 15 ans	morphiniques, sympathomimétiques, IRS, grossesse et allaitement

## RMO

-Il n'y a pas lieu d'associer systématiquement en début de traitement à un antidépresseur, un anxiolytique, un hypnotique, un thymorégulateur ou un neuroleptique.

-Si l'importance de l'anxiété, de l'insomnie, de l'agitation, du risque de levée de l'inhibition, justifie une coprescription, celle-ci doit être brève et rapidement réévaluée.

-Il n'y a pas lieu de prescrire en première intention plus d'un antidépresseur à dose antidépressive, lors de la mise en route du traitement d'un état dépressif.

-Il n'y a pas lieu de poursuivre un traitement antidépresseur plus de six mois après l'obtention de la rémission complète (période durant laquelle est observée une amélioration d'une qualité suffisante pour que le patient soit considéré comme asymptomatique) de l'épisode dépressif, sauf en cas d'antécédents d'épisodes dépressifs majeurs, caractérisés récurrents et rapprochés.

# Les neuroleptiques

Deux types : Neuroleptiques typiques (1<sup>ère</sup> génération).

Antipsychotiques (2<sup>ème</sup> génération)

## Pharmacodynamie

Action anti-dopaminergique par blocage des récepteurs dopaminergiques (en particulier récepteurs D2). Ce dernier joue un rôle dans la régulation de la vie émotionnelle, le contrôle de la motivation, la modulation de la perception ainsi que dans l'organisation des comportements adaptatifs. Ces domaines sont perturbés dans la psychose. Le système dopaminergique joue aussi un rôle dans le contrôle de la motricité et dans l'inhibition de la sécrétion de prolactine, à l'origine des effets secondaires de certains neuroleptiques.

A côté des effets sur les récepteurs de type D2, chaque neuroleptique possède un profil d'action spécifique sur d'autres types de récepteurs par exemple sérotoninergiques (qui pourrait contribuer à améliorer les symptômes négatifs et d'autres troubles cognitifs associés à la schizophrénie) ou encore cholinergiques, histaminergiques et alpha1adrenergiques, à l'origine des effets secondaires.

## Pharmacocinétique et métabolisme

- Administration per os
- Résorption digestive variable
- Effet de premier passage important
- Métabolisation hépatique (cytochrome P450)

-Élimination par voie urinaire et biliaire

### Indications

-Troubles psychotiques de l'adulte.

- Troubles comportementaux associés à la démence, le trouble obsessionnel compulsif résistant aux thérapeutiques habituelles.

-Troubles comportementaux sévères associés aux psychoses de l'enfant.

-Comme anxiolytique sur de courtes durées, en cas d'inefficacité des thérapeutiques habituelles.

-Syndrome Gilles de la Tourette.

Le choix du neuroleptique repose sur les effets thérapeutiques et indésirables, des neuroleptiques précédemment pris par le patient, sur les co-morbidités somatiques associées contre-indiquant certains neuroleptiques et enfin, sur le risque d'interactions avec d'autres traitements prescrits. Les posologies sont progressivement croissantes.

### Bilan pré thérapeutique,

-Examen clinique complet

-Conseillé : NFS –plaquette (obligatoire pour le Leponex®), ionogramme sanguin, fonction rénale, bilan lipidique, glycémie à jeun, bilan hépatique, BetaHCG si femme en âge de procréer.

## Surveillance

-clinique : température, poids, glycémie, tension artérielle, transit, mouvements anormaux (tolérance neurologique).

-NFS toutes les semaines pendant 18 semaines puis tous les mois pendant toute la durée du traitement pour le Leponex®.

-ECG réguliers.

## Effets secondaires

- ✓ Psychique: indifférence psychomotrice, dépression.
- ✓ Neurologique (NL classiques +++): syndrome pseudo-parkinsonien, dyskinésies aiguës et tardives, syndromes hyperkinétique, épilepsie.
- ✓ Cardiologique : allongement espace QT avec risque de torsade de pointe et de mort subite.
- ✓ Endocrinien : hyperprolactinémie, prise de poids, bouche sèche, hypotension artérielle, tachycardie, constipation.
- ✓ Syndrome malin des neuroleptiques, rare mais grave, associe une hyperthermie à 40°C, une déshydratation, une tachycardie, une hypotension une tachypnée, une hypersudation, un syndrome extra pyramidal, une rhabdomyolyse, des troubles de la conscience et des convulsions.
- ✓ Leponex® : agranulocytose, abaissement du seuil épileptogène, diabète.
- ✓ Pour les NL de 2ème génération, on note particulièrement:
  - une prise de poids, hyperglycémie, dyslipidémie (Zyprexa®, Leponex®)
  - un syndrome parkinsonien (Risperdal®)
  - une hyperprolactinémie (Solian®, Risperdal®)

## Contre-indications

- ✓ phéochromocytome (benzamides),
- ✓ glaucome à angle ferme (neuroleptiques anticholinergiques),
- ✓ risque de rétention aiguë d'urine (neuroleptiques anticholinergiques),
- ✓ hypersensibilité,
- ✓ antécédent d'agranulocytose toxique (phenothiazines, clozapine),
- ✓ porphyrie (phenothiazines),
- ✓ allongement de l'espace QT (sultopride, pimozide),
- ✓ bradycardie < 65/minute et d'une hypokaliémie (sultopride).

Les antécédents de syndrome malin doivent rendre très prudent.

Les contre-indications relatives sont nombreuses :

- ✓ épilepsie,
- ✓ insuffisance cardiaque,
- ✓ arythmies,
- ✓ angor,
- ✓ hypotension orthostatique,
- ✓ maladie de parkinson,
- ✓ insuffisance hépatique et rénale,
- ✓ insuffisance respiratoire,
- ✓ grossesse et allaitement,
- ✓ diabète,
- ✓ sevrage à l'alcool, aux barbituriques et aux benzodiazépines.

## Associations médicamenteuses

- ✓ Déconseillée : alcool, antiémétique dopaminergique, antiparkinsonien dopaminergique, lithium.
- ✓ Précaution d'emploi : antiacide, anticholinergique, anticonvulsivant, antidépresseur, antihypertenseur, inducteur de torsade de pointe.

## RMO

Il n'y a pas lieu dans le traitement d'entretien de la psychose d'associer deux neuroleptiques, même s'ils sont à polarité distincte, sauf si leur prescription est argumentée et périodiquement réévaluée.

# Les anxiolytiques

**Les anxiolytiques** sont des substances qui appartiennent à des classes chimiques distinctes, et sont représentés majoritairement par les benzodiazépines mais aussi par les carbamates (Equanil®), les antihistaminiques (Atarax®), les azapirones (Buspar®), l'etifoxine (Stresam®) et le captodiamine (Covatine®).

## Pharmacodynamie

Les benzodiazépines sont des agonistes gabaergiques. Elles présentent les propriétés suivantes : **une action anxiolytique, sédatrice, myorelaxante, anticonvulsivant, et hypnotique**. De ces propriétés pharmaco-cliniques découlent les indications et les précautions d'emploi.

## Pharmacocinétique et métabolisme

- bonne biodisponibilité
- métabolisme hépatique
- élimination par voie urinaire
- absorption quasi totale,

## Indications :

- Troubles anxieux : anxiété généralisée, attaques de panique, trouble panique, anxiété phobique, troubles de l'adaptation,
- Sevrage alcoolique,
- Syndrome douloureux chronique (clonazépam, Rivotril®),
- Syndrome extrapyramidal iatrogène,
- Dystonies musculaires,
- Etat de mal épileptique,
- Convulsions fébriles de l'enfant,

- Prémédication opératoire,
- Anesthésie générale.

## Benzodiazépine

- Contre-indications absolues : insuffisance respiratoire, myasthénie, insuffisance hépatique sévère, hypersensibilité aux BZD
- Contre-indications relatives : grossesse et allaitement, toxicomanie.
- Interaction médicamenteuse : pas de CI, utiliser avec prudence avec l'alcool, la clozapine, les dépresseurs du SNC.
- Effets indésirables: somnolence, hypotonie, confusion, troubles mnésiques, réaction paradoxale (irritabilité, confusion, excitation), modification de la libido, pharmacodépendance, syndrome de sevrage ou rebond à l'arrêt.

## RMO

-Il n'y a pas lieu dans le traitement de l'anxiété d'associer deux anxiolytiques.

-Il n'y a pas lieu de prescrire des anxiolytiques sans tenir compte des durées de prescriptions maximales réglementaires (incluant la période de sevrage) et sans réévaluation régulière. Les durées de prescriptions doivent être courtes et ne pas excéder 4 à 12 semaines pour les anxiolytiques.

-Il n'y a pas lieu de prescrire un anxiolytique sans débuter par la posologie la plus faible, sans rechercher la posologie minimale efficace pour chaque patient. Ne pas dépasser les posologies maximales recommandées.

-Il n'y a pas lieu de reconduire systématiquement un traitement anxiolytique sans réévaluation.

## Principe de prescription

La prescription doit être systématiquement réévaluée. Elle ne doit pas être isolée et doit s'accompagner d'une prise en charge psychothérapique. L'effet du traitement s'évalue sur deux semaines. En l'absence de résolution symptomatique, il est nécessaire de réviser le diagnostic (rechercher une dépression masquée...). Les risques majeurs en cas de traitement prolongé sont l'accoutumance, la dépendance physique et psychique, l'usage toxicomaniaque. L'arrêt doit s'effectuer progressivement, par paliers successifs, afin d'éviter un effet rebond de l'anxiété et un syndrome de sevrage.

# Les hypnotiques

**Les hypnotiques** représentent une classe pharmacologique proche des anxiolytiques, dont les propriétés sédatives sont privilégiées. Il s'agit essentiellement de benzodiazépines ou d'apparentés ainsi que les AH1 (alimémazine, doxylamine).

Le choix est fonction du type d'insomnie (d'endormissement, par réveils multiples, par réveil précoce).

Indication : trouble du sommeil

## Zopiclone

- Contre-indications : hypersensibilité au produit, insuffisance respiratoire sévère, grossesse, enfant de moins de 15 ans.
- Effets indésirables : somnolence diurne, bouche sèche, céphalée, dépendance, syndrome de sevrage possible si arrêt brutal

## Zolpidem

- Contre-indications : grossesse et allaitement, enfant de moins de 15 ans
- Effets indésirables : vertiges, somnolence diurne, céphalées, nausée, vomissement, asthénie.

## AH1

- Contre-indications : glaucome à angle fermé, rétention urinaire par obstacle
- Effets indésirables :
  - \*Effets centraux fréquents : somnolence diurne
  - \*Effets anticholinergiques : sécheresse buccale, constipation, tachycardie...
- Associations déconseillées : alcool et bétahistine

Zopiclone et zolpidem à la différence des benzodiazépines respectent l'architecture du sommeil.

Les conduites de dépendance à l'égard des hypnotiques ne sont pas négligeables.

En raison des potentialités toxicomaniaques du flunitrazepam (Rohypnol®), la prescription est limitée à 14 jours avec dispensation fractionnée pour 7 jours.

## RMO

-Il n'y a pas lieu d'associer deux hypnotiques.

-Il n'y a pas lieu de prescrire des hypnotiques sans tenir compte des durées de prescriptions maximales réglementaires (incluant la période de sevrage) et sans réévaluation régulière. Les durées de prescriptions doivent être courtes et ne pas excéder 2 à 4 semaines pour les hypnotiques.

-Il n'y a pas lieu de prescrire un hypnotique sans débiter par la posologie la plus faible, sans rechercher la posologie minimale efficace pour chaque patient. Ne pas dépasser les posologies maximales recommandées.

-Il n'y a pas lieu de reconduire systématiquement un traitement hypnotique sans réévaluation.

# Tables des matières

Sommaire.....	2
Liste des abréviations .....	5
Introduction.....	6
PARTIE I .....	8
La Psychiatrie de Liaison .....	8
1. La psychiatrie de liaison : définition et présentation .....	9
1.1 Définition.....	9
1.2 Présentation de la psychiatrie de liaison au CHU de NANTES [4].....	11
1.2.1 Composition.....	11
1.2.2 L'équipe.....	11
1.2.3 Lieux d'intervention .....	12
1.2.4 Organisation .....	12
1.2.5 Domaines de spécificités.....	12
1.2.6 Rapport d'activité .....	13
2. La psychiatrie de liaison : en pratique .....	14
Introduction .....	14
2.1 Evaluation téléphonique.....	14
2.2 Dans le service.....	15
2.2.1 Entretien avec l'équipe médicale .....	15
2.2.2 Entretien avec le patient .....	15
2.2.3 Aspect du patient à prendre en compte : le dit et le non dit.....	16
2.2.4 La transmission.....	18
2.2.4.1 Ecrite .....	18
2.2.4.2 Orale.....	20
Conclusion .....	20
PARTIE 2.....	21
Le bon usage des psychotropes : .....	21
1. Evaluation du « bon usage » des psychotropes au CHU de Nantes.....	22
Introduction .....	22
1.1 Présentation de la méthode .....	23

1.2 Principaux résultats concernant l'usage des psychotropes au CHU de Nantes .....	24
1.2.1 Caractéristique générale de l'échantillon étudié.....	24
1.2.1.1 Résultats.....	24
1.2.1.2 Commentaires .....	24
1.2.2 Sexe ratio.....	25
1.2.2.1 Résultats.....	25
1.2.2.2 Commentaires.....	25
1.2.3 Origine de la demande .....	25
1.2.3.1 Résultats.....	25
1.2.3.2 Commentaires.....	26
1.2.3.3 Pourquoi certains services sont demandeurs et d'autres sont en retrait ? .....	27
1.2.4 Orientation /proposition de suivi.....	28
1.2.5 Les principaux diagnostics .....	28
1.2.5.1 Présentation de la CIM 10 .....	28
1.2.5.2 Résultats.....	29
1.2.5.2.1 Résultats généraux.....	29
1.2.5.2.2 Résultats spécifiques .....	29
1.2.5.2.3 Présentation des deux diagnostics majoritaires.....	30
1.2.5.2.3.1 L'épisode dépressif .....	30
1.2.5.2.3.2 Réaction à un facteur de stress sévère et troubles de l'adaptation .....	32
1.2.6 Constat de la prescription des psychotropes avant le passage de la PL33	
1.2.7 Constat avant le passage de la PL.....	33
1.2.7.1 Types de molécules mises en place par les équipes médicales....	33
1.2.7.1.1 Résultats.....	33
1.2.7.1.2 Commentaires .....	33
1.2.7.2 Types de molécules mises en place par les équipes médicales en fonction des quatre diagnostics majoritaires :.....	34
1.2.7.2.1 Résultats.....	34
1.2.7.2.2 Commentaires .....	36
1.2.7.3 Nombre de molécules par patient avant le passage de la PL.....	37

1.2.7.3.1 Résultats.....	37
1.2.7.3.2 Commentaires .....	37
1.2.7.3.3 Pour aller plus loin .....	38
1.2.7.3.4 Commentaires .....	38
1.2.8 Constat après le passage de la PL.....	39
1.2.8.1 Modification de la prescription initiale .....	39
1.2.8.1.1 En général (tout diagnostic confondu).....	39
1.2.8.1.2 En fonction du diagnostic.....	40
1.2.8.1.3 Commentaire :.....	41
1.2.8.2 Les différentes modifications.....	41
1.2.8.2.1 En général.....	42
1.2.8.2.2 Commentaires .....	42
1.2.8.3 Action de la PL sur les différentes familles de psychotropes en fonction du diagnostic .....	43
1.2.9 Constat des prescriptions après le passage de la PL .....	47
1.2.9.1 Résultats.....	47
1.2.9.2 Pour F05.....	47
1.2.9.3 Commentaires.....	48
1.2.9.4 Pour F31 .....	48
1.2.9.5 Commentaires.....	49
1.2.9.6 Pour F32 .....	49
1.2.9.7 Commentaires.....	50
1.2.9.8 Pour F43 .....	50
1.2.9.9 Commentaires.....	51
1.2.9.10 Comparaison du nombre de molécules par patient avant et après le passage de la PL .....	51
1.2.9.11 Commentaires .....	51
1.2.9.12 Pour aller plus loin .....	52
Conclusion .....	52
2. L'usage des psychotropes en France [8] .....	54
2.1 La France au niveau Européen .....	54
2.2 La consommation française des psychotropes.....	55
2.2.1 Un niveau élevé de consommation de psychotropes .....	55

2.2.2 Synthèse des études disponibles sur le bon usage des psychotropes [10] .....	56
2.2.3 Analyse de trois études relatives à l'usage des psychotropes.....	59
2.2.3.1 Étude CNAM-TS sur la consommation et les pratiques de prescription en France métropolitaine [13] .....	59
2.2.3.2 Enquête nationale sur la prescription de psychotropes réalisée par la CANAM .....	60
2.2.3.3 L'enquête nationale Baromètre Santé 2000 de L'INPES [17-19].....	61
2.3 La prescription .....	62
2.3.1 La prescription des médecins généralistes occupe un rôle central.....	62
2.3.2 Comment les différentes classes de psychotropes sont-elles prescrites et quelle évolution dénote-t-on dans ce domaine depuis ces vingt dernières années ? .....	64
2.3.3 La prescription des médicaments psychotropes s'intègre pour une large part à une polythérapie pharmaceutique .....	65
2.3.4 Adéquation entre usage des psychotropes et diagnostic psychiatrique.	66
2.3.4.1 Définition.....	66
2.3.4.2 Intérêt .....	67
2.3.4.2.1 Etude ESEMeD (European study of the Epidemiology of Mental disorders) [22] .....	68
2.3.5 Epidémiologie des troubles psychiatriques et adéquation diagnostic-traitement .....	71
2.3.6 Impact populationnel de l'utilisation inappropriée des psychotropes (évaluation bénéfique/risque).....	72
2.4 Les alternatives thérapeutiques.....	75
Conclusion .....	75
PARTIE 3 .....	79
Introduction .....	80
1. Le pharmacien un acteur légitime dans la prise en charge globale du patient..	83
Introduction .....	83
1.1 Le pharmacien : un professionnel de santé accessible et de proximité.....	83
1.2 Etude IPSOS .....	84
Conclusion .....	89

2. Comment le pharmacien peut-il favoriser le bon usage des psychotropes et participer à l'optimisation des soins?.....	90
Introduction.....	90
2.1 Un pharmacien référent dans chaque service de médecine somatique.....	90
2.2 Contrôler les interactions médicamenteuses.....	90
2.2.1 Contrôler les interactions médicamenteuses avec les prescriptions déjà en cours dans le service.....	90
2.2.2 Etre responsable de la surveillance médicamenteuse.....	91
2.3 Suivre un patient suite à la prescription d'un nouveau médicament :.....	92
2.4 Renforcer le rôle du pharmacien dans la pharmacovigilance systématique (par déclaration informatisée).....	95
2.5 Proposer des formations aux personnels soignants.....	97
2.6 Conseiller la molécule la plus adaptée.....	101
2.6.1 Conseiller la molécule la plus adaptée au vu des contre-indications idiosyncrasiques.....	101
2.6.2 Conseiller la molécule la plus adaptée en fonction de la galénique du médicament.....	101
2.7 Préparer la sortie du patient.....	102
2.8 Améliorer la sortie du patient en ambulatoire.....	104
2.9 Suivre la biologie d'un médicament.....	104
2.10 Réaliser des enquêtes épidémiologiques.....	107
Conclusion.....	108
3. L'avenir de la pharmacie.....	109
Introduction.....	109
3.1 La loi Hôpital Patient Santé Territoire [33].....	109
3.2 Le rapport Rioli [34].....	110
3.3 La pharmacie clinique [35] [36].....	112
CONCLUSION.....	114
Fiches MEMO.....	117
Les antidépresseurs.....	118
Les neuroleptiques.....	125
Les anxiolytiques.....	130
Les hypnotiques.....	133

Tables des matières.....	135
Liste des tableaux.....	141
Liste des figures.....	143
Bibliographie.....	145
Annexes .....	150

# Liste des tableaux

Tableau 1 : Rapport d'activité de la PL de 2000 à 2009 .....	13
Tableau 2 : Pourcentages des différents psychotropes prescrits par les équipes médicales en fonction du diagnostic.....	34
Tableau 3 : Action de la PL en pourcentage sur les molécules déjà prescrites par le service .....	40
Tableau 4 : Pourcentages des différentes modifications en fonction des familles de psychotropes .....	42
Tableau 5: Action de la PL sur les différentes familles de psychotropes en fonction du diagnostic F31 .....	43
Tableau 6: Action de la PL sur les différentes familles de psychotropes en fonction du diagnostic F05 .....	44
Tableau 7 : Action de la PL sur les différentes familles de psychotropes en fonction du diagnostic F43 .....	45
Tableau 8 : Action de la PL sur les différentes prescriptions de psychotropes en fonction du diagnostic F32.....	46
Tableau 9 : Pourcentages des différents psychotropes suite au passage de la PL en fonction du diagnostic.....	47
Tableau 10 : Prévalence d'usage des hypnotiques, anxiolytiques, antidépresseurs et neuroleptiques dans quatre pays européens entre 1993 et 1997 [8].....	54
Tableau 11 : Durée d'utilisation des hypnotiques, anxiolytiques et antidépresseurs dans les quatre pays européens entre 1993 et 1997 [8].....	55
Tableau 12 : Fréquence annuelle de remboursement des psychotropes en 2000 – ETUDE CNAM-TS [13] .....	59
Tableau 13 : Taux annuel de consommateurs de psychotropes selon la classe thérapeutique, l'âge, et le sexe ETUDE CNAM-TS [13].....	60
Tableau 14 : Fréquence de l'usage déclarée de médicaments psychotropes parmi les 18-75 ans en 2000 [17].....	61
Tableau 15 : Association des médicaments psychotropes aux autres spécialités pharmaceutiques (unité=ordonnance) [20] .....	65

Tableau 16 : Prévalence d'usage des psychotropes dans les 12 derniers mois en fonction des diagnostics majoritaires DSM, étude ESEMED [22] .....	68
Tableau 17 : Prévalence des troubles psychiatriques chez les usagers d'anxiolytiques, hypnotiques et d'antidépresseurs au cours des 12 derniers mois dans l'échantillon français ESEMED [23].....	70

# Liste des figures

Figure 1 : Caractéristique générale de l'échantillon .....	24
Figure 2 : Sexe ratio .....	25
Figure 3 : Origine de la demande .....	26
Figure 4 : Diagnostics majoritaires .....	30
Figure 5 : Types de molécules mises en place par les équipes médicales (tout diagnostic confondu). .....	33
Figure 6 : Pourcentages des différents psychotropes prescrits par les équipes médicales et dont les patients ont été diagnostiqués F05 (délirium non induit par l'alcool ou autres substances psycho actives). .....	34
Figure 7 : Pourcentages des différents psychotropes prescrits par les équipes médicales et dont les patients ont été diagnostiqués F31 (troubles affectifs bipolaires) .....	35
Figure 8 : Pourcentages des différents psychotropes prescrits par les équipes médicales et dont les patients ont été diagnostiqués F43 (réaction à un facteur de stress sévère et troubles de l'adaptation) .....	35
Figure 9 : Pourcentages des différents psychotropes prescrits par les équipes médicales et dont les patients ont été diagnostiqués F32 (épisodes dépressifs) .....	36
Figure 10 : Nombre de molécules par patient avant le passage de la PL.....	37
Figure 11 : Visualisation de l'action de la PL sur les prescriptions initiales.....	40
Figure 12: Pourcentages des différentes modifications en fonction des familles de psychotropes .....	42
Figure 13 : Action de la PL sur les différentes familles de psychotropes en fonction du diagnostic .....	43
Figure 14 : Action de la PL sur les différentes familles de psychotropes en fonction de diagnostic F05 .....	44
Figure 15 : Action de la PL sur les différentes familles de psychotropes en fonction du diagnostic F43 .....	45
Figure 16 : Action de la PL sur les différentes familles de psychotropes en fonction du diagnostic F 32 .....	46

Figure 17 : Pourcentages des différents psychotropes prescrits suite au passage de la PL et dont les patients ont été diagnostiqués F05 .....	47
Figure 18 : Pourcentages des différents psychotropes prescrits suite au passage de la PL et dont les patients ont été diagnostiqués F31 .....	48
Figure 19 : pourcentages des différents psychotropes prescrits suite au passage de la PL et dont les patients ont été diagnostiqués F 32 .....	49
Figure 20 : Pourcentages des différents psychotropes suite au passage de la PL et dont les patients ont été diagnostiqués F43 .....	50
Figure 21: Comparaison du nombre de molécules par patient avant et après le passage de la PL.....	51
Figure 22 : Pourcentage des différents psychotropes prescrits par les équipes médicales et dont les patients ont été diagnostiqués F32 (épisodes dépressifs) .....	69
Figure 23 : Pharmacien, acteur dans la prise en charge globale des patients.....	82

# Bibliographie

[1] ZUMBRUNNEN R. Psychiatrie de liaison. Consultation psychiatrique à l'hôpital général, Masson (collection médecine et psychothérapie), Paris (1992) : 230p.

[2] CONSOLI S.M. Psychiatrie à l'hôpital général. Encycl. Méd. Chir. (Elsevier.)Paris, Psychiatrie, (1998) 37-958 -A-10 :11p.

[3] Site internet « Centre hospitalier Charcot »

<http://www.ch-charcot56.fr/archives/2006/10/psyliaison-mi156.htm>

Consulté le 24/09/10

[4] BOSSIS M.L. L'infirmière de psychiatrie de liaison garante du lien et de la collaboration entre le service d'endocrinologie et l'équipe de psychiatrie de liaison. (2009) DIU de Psychiatrie

[5] ROUILLON F. Guide pratique de psychiatrie, Masson, Paris (2005) : p 9-10.

[6] CHABOT B. Prescription de psychotropes en Psychiatrie de liaison, Expérience du CHU de Caen. (2009)

[7] CIM 10 (F00-F99) Troubles mentaux et du comportement.

[8] Etude réalisée dans le cadre de l'unité INSERM U 657. Pharmaco-épidémiologie et évaluation de l'impact des produits de santé sur les populations. Institut Fédératif de Recherche (IFR) en Santé Publique 99, Université Victor Segalen Bordeaux 2. (2006)

[9] OHAYON M.M., LADER M.H. Use of psychotropic medication in the general population of France, Germany, Italy, and the United Kingdom. J Clin Psychiatry; (2003) 63:817-25.

[10] BRIOT M. pour l'Office Parlementaire d'évaluation des politiques de santé. Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes. (2006) 500p

[11] CADET-TAÏROU A., CANARELLI T. Consommation des médicaments psychotropes, état des lieux. OFDT (2006).

[12] ZARIFIAN E. Mission générale concernant la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes en France. Paris: Odile Jacob (1996).

[13] LECADET J., VIDAL P., BARIS B., VALLIER N., FENDER P., ALLEMAND H. Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. I. Données nationales (2000), Revue Médicale de l'Assurance Maladie ;(2003) : 34: p75-84.

[14] Caisse Nationale d'Assurance Maladie des professions indépendantes (CANAM). Etude sur la prescription des psychotropes dans le régime des professions indépendantes. Etude de phase I. CANAM, (1997) : 62.

[15] Caisse Nationale d'Assurance Maladie des professions indépendantes (CANAM). La prescription de psychotropes en ambulatoire. Etude réalisée par six services médicaux régionaux du régime d'assurance maladie des professions indépendantes en 1996. CANAM, (1997):7.

[16] Caisse Nationale d'Assurance Maladie des professions indépendantes (CANAM). Etude sur la prescription des psychotropes dans le régime des professions indépendantes. Etude de phase II. CANAM, (1999) : 43.

[17] GUILBERT P., BAUDIER F., Gautier A., GOUBERT A.C., ARWIDSON P., JANVRIN M.P. Baromètre santé 2000 : Méthodes. INPES, (2001):144.

[18] GUILBERT P, BAUDIER F., GAUTIER A., (sous la direction). Baromètre santé 2000: Résultats. INPES,( 2001) : 480.

[19] GUILBERT P., GAUTIER A., BAUDIER F., TRUGEON A., (sous la direction). Baromètre santé 2000: Les comportements des 12-25 ans: Synthèse des résultats nationaux et régionaux. INPES, (2004) : 216.

[20] Le MOIGNE P., FERNANDER I., De BIASIO V., LEGRAND E., TOPPANI A., TOUSSAIN J.M. La dépendance aux médicaments psychotropes. Enquête auprès des usagers et des prescripteurs. MILDT, (2004).

[21] BAUMANN M., ALLA F., EMPEREUR F., Psychotropes et dépendances. Profils des consommateurs et trajectoires de leurs comportements. OFDT, (2001).

[22] ALONSO J., ANGERMEYER M.C., BERNET S., BRUFFAERTS R., BRUGHA T.S., and BRYSON H., Psychotropic drug, utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project Acta Psychiatr Scand Suppl (2004):p55-64.

[23] GASQUET I., NEGRE-PAGES L., FOURRIER A., NACHBAUR G., EI-HASNAOUI A., KOVESS V, Psychotropic drug use and mental psychiatric disorders

in France; results of the general population ESEMeD/MHEDEA 2000 epidemiological study. *Encephale* (2005); 31:p195-206.

[24] Groupe Technique National de Définition des Objectifs de santé publique. Analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique. Définition d'objectifs. Direction Générale de la Santé en collaboration avec l'INSERM, (2003).

[25] Protocole DM4 20089 108-Valdoxan®- Laboratoire SERVIER.

[26] Code de la santé publique 21<sup>ème</sup> édition 2007 Ed Dalloz.

[27] IPSOS santé. Etude : les français et leur pharmacien rapport d'étude ; (2008) 20p.

[28] Site internet : [www.santé-jeunesse-sport.gouv.fr](http://www.santé-jeunesse-sport.gouv.fr). Rapport du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie ; présidé par FRAGONARD B.; (2007) : 150 p.

[29] Site internet : [http://adiph.org/protocole\\_PVG.pdf](http://adiph.org/protocole_PVG.pdf), consulté le 29/09/10

[30] site internet de l'HAS, [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_937773/psycho-sa-depression](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_937773/psycho-sa-depression), consulté le 27/09/10

[31] Site internet de l'HAS,

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/arbre\\_decisionnel\\_\\_depression\\_caracterisee\\_.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/arbre_decisionnel__depression_caracterisee_.pdf),

Consulté le 27/09/10

[32] Site internet de l'HAS,

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo\\_\\_anxiolytique\\_depression.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo__anxiolytique_depression.pdf),

Consulté le 27/09/10

[33] Site internet « LegiFrance », <http://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 30/09/10

[34] RIOLI M. Le pharmacien d'officine dans son parcours de soins. Rapport. (2008)  
41p

[35] Site internet « pharmacie clinique et soins pharmaceutique », [http://groupechercheactionsante.com/pharmacie\\_clinique.htm](http://groupechercheactionsante.com/pharmacie_clinique.htm)

Consulté le 24/09/10

[36] AMPE E., SPINEWINE A., WILMOTTE L., HECQ J.D., TULKENS P.M. ; La Pharmacie clinique: un développement récent de l'activité des pharmaciens pour une prise en charge optimisée des patients du point de vue médicamenteux. Louvain Médical (2006) 125: p275-290.

[37] HAFFEN E., VANDEL P., THIBAUT F., SECHTER D. Prescription et surveillance des psychotropes. Université de Rouen (p1-15).

[38] PASQUIER de FRANCLIEUS ; Prescription et surveillance des psychotropes. MED LINE EDITIONS (2006) p63-67 et p71-73.

# Annexes

**Annexe 1 : Fiche nécessaire à l'évaluation téléphonique**

**Annexe 2 : Fiche de synthèse**

**Annexe 3 : Feuille déclaration pharmacovigilance CERFA**

**Annexe 4 : Echelle d'évaluation de la dépression (M.A.D.R.S)**

## Annexe 1 : Fiche nécessaire à l'évaluation téléphonique

### Psychiatrie de liaison

Nom du service : .....

ETAGE/AILE....

UNITE:

Site: HD  HGRL  JM  TELEPHONE

Nom/Catégorie Professionnelle de la personne au téléphone:

MEDECIN  PSYCHOLOGUE  IDE  AUTRE

Nom du Patient : ..... Vit : .....

Age : ..... date d'hospitalisation : .....

Motif d'hospitalisation : .....

ATCD Psychiatrique : OUI NON

Suivi par un psychiatre : OUI NON

Propos éventuel de la famille : .....

Traitement en place.....

Probleme relevé : .....

Signes cliniques observés : .....

BILAN BIO : ..... BILAN NEURO : .....

Demande faite par :

Patient  Famille  Equipe

Quelle aide pour le patient ? .....

Patient prévenu : OUI NON A FAIRE

Qui est attendu ? : Psychiatre  Psychologue  IDE

Secteur Psy de référence..... Rendez vous le : .....

**Annexe 2** Fiche de synthèse

**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES**

**PÔLE UNIVERSITAIRE ADDICTOLOGIE ET PSYCHIATRIE**  
**PSYCHIATRIE DE LIAISON**  
Pr J.M. VANELLE - Dr M. GUITTENY  
Coordination : Tél. 46391 - Bip 26606 HGRL Bip 261097 HD/JM

Etiquette  
Sigma

Nantes, le

- MOTIF D'HOSPITALISATION :		- MÉDECIN DU SERVICE DEMANDEUR :
- MOTIF DE LA CONSULTATION :		
- ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES :	- CONTEXTE FAMILIAL ET SOCIAL :	

- DONNÉES DE L'EXAMEN PSYCHIATRIQUE CIM 10 :

- CONCLUSION :

- DÉMARCHE PROPOSÉE :

- **PSYCHIATRE**  
(Nom et Signature)

## DÉCLARATION D'EFFET INDÉSIRABLE SUSCEPTIBLE D'ÊTRE DÛ À UN MÉDICAMENT OU PRODUIT MENTIONNÉ À L'ART. R.5144-1



PHARMACOVIGILANCE

Les informations recueillies servent, dans le respect du secret médical, informatives et communiquées au centre régional de pharmacovigilance et à l'Agence du Médicament. Le droit d'accès du patient s'exerce auprès du centre régional de pharmacovigilance auquel a été notifié l'effet indésirable, par l'intermédiaire du praticien déclarant ou de tout médecin désigné par lui. Le droit d'accès du praticien déclarant s'exerce auprès du centre régional de pharmacovigilance auquel a été notifié l'effet indésirable, conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978.

DÉCLARATION À ADRESSER AU  
Centre de Pharmacovigilance :

<b>Patient traité</b> Nom (3 premières lettres) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Prénoms (première lettre) <input type="text"/> Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Département de résidence <input type="text"/> <input type="text"/>	Date de naissance <input type="text"/> ou Age <input type="text"/> Poids <input type="text"/> Taille <input type="text"/>	Si il s'agit d'un nouveau-né, les produits ont été pris : <input type="checkbox"/> par le nouveau-né <input type="checkbox"/> lors de l'allaitement par le mère durant sa grossesse : <input type="checkbox"/> Trimestre de grossesse : trimestre 1, 2, ou 3	Cachet du Praticien déclarant    du Médecin désigné par le patient
Associations / Partenaire(s) <input type="text"/>			

Produits						
Nom	Voie	Posologie	Début	Fin	Indication	
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Un ou des produits ont-ils été arrêtés ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Un ou des produits ont-ils été réintroduits ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Département de la réaction après arrêt d'un ou des produits ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Réapparition de la réaction après réintroduction ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

En cas d'administration de : médicament dérivé du sang Indiquer son N°	
Nom du prescripteur Service hospitalier dans lequel le produit a été administré	Numéro de lot du produit Pharmacie qui a délivré le produit

En cas d'administration de : produits sanguins labiles ↳ préciser leur Dénomination, ainsi que leur Numéro de lot

<b>Effet</b> Département de survenue <input type="text"/> <input type="text"/> Date de survenue <input type="text"/> Durée de l'effet <input type="text"/> Nature et description de l'effet : utiliser le cadre AU VERSO	<b>Gravité</b> <input type="checkbox"/> Hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation <input type="checkbox"/> Incapacité ou invalidité permanente <input type="checkbox"/> Mise en jeu du pronostic vital <input type="checkbox"/> Décès	<b>Evolution</b> <input type="checkbox"/> Guérison sans séquelle <input type="checkbox"/> Décès dû à l'effet <input type="checkbox"/> Décès sans rapport avec l'effet <input type="checkbox"/> Sujet non encore rétabli <input type="checkbox"/> Guérison avec séquelle <input type="checkbox"/> Décès auquel l'effet a pu contribuer <input type="checkbox"/> Inconnue
---	---	--

Description de l'effet indésirable :

### **Les obligations de signalement.**

Article R.5144-19  
du Code de la Santé publique :

Tout médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme ayant constaté un effet indésirable grave ou inattendu susceptible d'être dû à un médicament ou produit mentionné à l'article R.5144-1, qu'il l'ait ou non prescrit, doit en faire la déclaration immédiate au centre régional de pharmacovigilance.

De même, tout pharmacien ayant eu connaissance d'un effet indésirable grave ou inattendu susceptible d'être dû à un médicament ou produit mentionné à l'article R.5144-1 qu'il a délivré doit également le déclarer aussitôt au centre régional de pharmacovigilance.

Tout membre d'une profession de santé ayant fait la même constatation peut également en informer le centre régional de pharmacovigilance.

### **Les médicaments dérivés du sang.**

Article R.5144-35  
du Code de la Santé publique :

Tous les professionnels de santé ayant constaté un effet indésirable susceptible d'être dû à un médicament dérivé du sang doivent en faire la déclaration immédiate dans les conditions prévues à l'article R.5144-19 :

-au centre régional de pharmacovigilance lorsque le médicament a été dispensé dans un établissement de santé au sein duquel est implanté un centre régional de pharmacovigilance ;

-au correspondant local du centre régional de pharmacovigilance lorsque le médicament a été dispensé dans un autre établissement de santé ;

-au centre régional de pharmacovigilance dans les autres cas.

### **Le rôle des professionnels de santé en matière de pharmacovigilance**

1. Notifier au centre de pharmacovigilance du lieu d'exercice du praticien déclarant, le plus rapidement possible :

-toute présomption d'effets indésirables graves ou inattendus, en rapport avec l'utilisation d'un ou plusieurs médicaments,

-toute observation d'effet indésirable lié à un mésusage,

-tout autre effet qu'il juge pertinent de déclarer.

2. Répondre aux demandes du destinataire de la notification en confirmant et complétant celle-ci par écrit, notamment si elle a été transmise oralement ou par téléphone, afin de documenter l'observation initiale.

3. Informer les patients en application de la loi du 6 janvier 1978 des déclarations les concernant adressées au centre de pharmacovigilance et à l'Agence du Médicament, et des modalités d'exercice de leur droit d'accès.

4. Conserver les documents concernant l'effet indésirable présumé afin de permettre, en cas de nécessité, de compléter les informations précédemment transmises.

5. Coopérer avec les structures de pharmacovigilance, notamment dans le cadre d'enquêtes particulières.

6. Se tenir informés et tenir compte dans sa pratique professionnelle des données de tolérance des médicaments qu'il prescrit, dispense ou administre.

## Annexe 4 Echelle d'évaluation de la dépression (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale MADRS)

**1) Tristesse apparente** : correspond au découragement, à la dépression et au désespoir (plus qu'un simple cafard passager) reflétés par la parole, la mimique et la posture. Coter selon la profondeur et l'incapacité à se dérider.

0 Pas de tristesse.

1

2 Semble découragé mais peut se dérider sans difficulté.

3

4 Paraît triste et malheureux la plupart du temps.

5

6 Semble malheureux tout le temps. Extrêmement découragé.

**2) Tristesse exprimée** : correspond à l'expression d'une humeur dépressive, que celle-ci soit apparente ou non. Inclut le cafard, le découragement ou le sentiment de détresse sans espoir. Coter selon l'intensité, la durée et le degré auquel l'humeur est dite être influencée par les événements.

0 Tristesse occasionnelle en rapport avec les circonstances.

1

2 Triste ou cafardeux, mais se dérider sans difficulté.

3

4 Sentiment envahissant de tristesse ou de dépression.

5

6 Tristesse, désespoir ou découragement permanents ou sans fluctuation.

**3) Tension intérieure** : correspond aux sentiments de malaise mal défini, d'irritabilité, d'agitation intérieure, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse. Coter selon l'intensité, la fréquence, la durée, le degré de réassurance nécessaire.

0 Calme. Tension intérieure seulement passagère.

1

2 Sentiments occasionnels d'irritabilité et de malaise mal défini.

3

4 Sentiments continus de tension intérieure ou panique intermittente que le malade ne peut maîtriser qu'avec difficulté.

5

6 Effroi ou angoisse sans relâche. Panique envahissante.

**4) Réduction du sommeil** : correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade.

0 Dort comme d'habitude.

1

2 Légères difficultés à s'endormir ou sommeil légèrement réduit. Léger ou agité.

3

4 Sommeil réduit ou interrompu au moins deux heures.

5

6 Moins de deux ou trois heures de sommeil.

**5) Réduction de l'appétit** : Correspond au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel. Coter l'absence de désir de nourriture ou le besoin de se forcer pour manger.

0 Appétit normal ou augmenté.

1

2 Appétit légèrement réduit.

3

4 Pas d'appétit. Nourriture sans goût.

5

6 Ne mange que si on le persuade.

**6) Difficultés de concentration :** correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer. Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.

0 Pas de difficulté de concentration.

1

2 Difficultés occasionnelles à rassembler ses pensées.

3

4 Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir une conversation.

5

6 Incapacité de lire ou de converser sans grande difficulté.

**7) Lassitude :** Correspond à une difficulté à se mettre en train ou une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.

0 Guère de difficultés à se mettre en route ; pas de lenteur.

1

2 Difficultés à commencer des activités.

3

4 Difficultés à commencer des activités routinières qui sont poursuivies avec effort.

5

6 Grandes lassitudes. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

**8) Incapacité à ressentir :** Correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant, ou les activités qui donnent normalement du plaisir. La capacité à réagir avec une émotion appropriée aux circonstances ou aux gens est réduite.

0 Intérêt normal pour le monde environnant et pour les gens.

1

2 Capacité réduite à prendre plaisir à ses intérêts habituels.

3

4 Perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les connaissances.

5

6 Sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir, et impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les proches, parents et amis.

**9) Pensées pessimistes :** Correspond aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché ou de ruine.

0 Pas de pensées pessimistes.

1

2 Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation et d'autodépréciation.

3

4 Auto-accusations persistantes ou idées de culpabilité ou péché précises, mais encore rationnelles. Pessimisme croissant à propos du futur.

5

6 Idées délirantes de ruine, de remords ou péché inexpiable. Auto-accusations absurdes et inébranlables.

**10) Idées de suicide :** Correspond au sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, idées de suicide et préparatifs au suicide. Les tentatives de suicide ne doivent pas, en elles-mêmes, influencer la cotation.

0 Jouit de la vie ou la prend comme elle vient.

1

2 Fatigué de la vie, idées de suicide seulement passagères.

3

4 Il vaudrait mieux être mort. Les idées de suicide sont courantes et le suicide est considéré comme une solution possible, mais sans projet ou intention précis.

5

6 Projets explicites de suicide si l'occasion se présente. Préparatifs de suicide.

#### Résultats :

Chaque item est coté de 0 à 6, seules les valeurs paires sont définies.

Le médecin doit décider si l'évaluation doit reposer sur les points de l'échelle bien définis (0, 2, 4, 6) ou sur des points intermédiaires (1, 3, 5).

Score maximal de 60.

**Le seuil de dépression est fixé à 15. Echelle assez rapide et sensible à l'efficacité thérapeutique.**

**Nom – Prénom** : DELCHER Florence

**Titre de la thèse** : Place du pharmacien dans la prise en charge globale des patients recevant un traitement psychotrope à partir d'une expérience en Psychiatrie de liaison

---

**Résumé de la thèse** :

La prise en charge de la santé mentale s'est beaucoup développée ces dernières années au sein des services de médecine somatique. On ne considère plus (ou moins) un patient dans un service comme une pathologie ou un organe malade mais comme un être à part entière avec son environnement, son histoire, sa sensibilité... dans le but d'optimiser sa prise en charge et de la rendre la plus efficiente possible.

Néanmoins la prise en charge de la santé mentale n'étant plus réservée aux psychiatres, la prescription de psychotropes s'est banalisée au détriment des bonnes pratiques de prescriptions et d'utilisation.

A Nantes une équipe mobile de Psychiatrie de Liaison a été créée il y a une dizaine d'années dont le but consiste notamment à former les équipes soignantes à mieux prendre en charge la souffrance morale des patients suite aux difficultés physiques de ces derniers et de favoriser le bon usage des psychotropes trop souvent mal utilisés.

Le pharmacien a toutes les compétences, en coopération avec les médecins et les autres professionnels de santé, pour favoriser le bon usage des psychotropes et la prise en charge globale des patients. L'essence de son métier n'est il pas : « **La prise en charge thérapeutique globale ?** ».

---

**MOTS CLÉS** : PSYCHIATRIE DE LIAISON, PRISE EN CHARGE GLOBALE, ROLE DU PHARMACIEN, COOPERATION MULTIDISCIPLINAIRE, BON USAGE, PSYCHOTROPES

---

**JURY** :

**PRÉSIDENT** : Mme Nicole GRIMAUD, Maître de conférences en pharmacologie  
UFR de Pharmacie de Nantes

**ASSESEURS** : Mr Jean Marie VANELLE, Professeur de Psychiatrie  
UFR de Médecine de Nantes

Monsieur Yannick PENEAU, Docteur en Pharmacie  
Coueron la Chabossière

---