



Faculté des sciences  
médicales et paramédicales  
Aix-Marseille Université

**Divergences et erreurs de prescription chez les patients souffrant d'un  
trouble psychiatrique admis en service médicochirurgical**

**T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 12 Octobre 2020**

**Par Madame Marine CARRERE**

**Née le 25 avril 1991 à Paris 12eme (75)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de PSYCHIATRIE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

<b>Monsieur le Professeur LANÇON Christophe</b>	<b>Président</b>
<b>Monsieur le Professeur AUQUIER Pascal</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Monsieur le Docteur (MCU-PH) CERMOLACCE Michel</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Madame le Docteur TINLAND Aurélie</b>	<b>Directeur</b>
<b>Monsieur le Docteur MARCIANO Vincent</b>	<b>Assesseur</b>





Faculté des sciences  
médicales et paramédicales  
Aix-Marseille Université

**Divergences et erreurs de prescription chez les patients souffrant d'un  
trouble psychiatrique admis en service médicochirurgical**

**T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 12 Octobre 2020**

**Par Madame Marine CARRERE**

**Née le 25 avril 1991 à Paris 12eme (75)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de PSYCHIATRIE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

<b>Monsieur le Professeur LANÇON Christophe</b>	<b>Président</b>
<b>Monsieur le Professeur AUQUIER Pascal</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Monsieur le Docteur (MCU-PH) CERMOLACCE Michel</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Madame le Docteur TINLAND Aurélie</b>	<b>Directeur</b>
<b>Monsieur le Docteur MARCIANO Vincent</b>	<b>Assesseur</b>

## FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

**Doyen** : **Pr. Georges LEONETTI**

Vice-Doyen aux affaires générales : Pr. Patrick

DESSI Vice-Doyen aux professions paramédicales : Pr. Philippe

BERBIS Conseiller : Pr. Patrick

VILLANI

### **Asseseurs :**

- aux études : Pr. Kathia CHAUMOITRE
- à la recherche : Pr. Jean-Louis MEGE
- à l'unité mixte de formation continue en santé : Pr. Justin MICHEL
- pour le secteur NORD : Pr. Stéphane BERDAH
- Groupements Hospitaliers de territoire : Pr. Jean-Noël ARGENSON
- aux masters : Pr. Pascal ADALIAN

### **Chargés de mission :**

- sciences humaines et sociales : Pr. Pierre LE COZ
- relations internationales : Pr. Stéphane RANQUE
- DU/DIU : Pr. Véronique VITTON
- DPC, disciplines médicales & biologiques : Pr. Frédéric CASTINETTI
- DPC, disciplines chirurgicales : Dr. Thomas GRAILLON

## ÉCOLE DE MEDECINE

**Directeur** : **Pr. Jean-Michel VITON**

### **Chargés de mission**

- PACES – Post-PACES : Pr. Régis GUIEU
- DFGSM : Pr. Anne-Laure PELISSIER
- DFASM : Pr. Marie-Aleth RICHARD
- DFASM : Pr. Marc BARTHET
- Préparation aux ECN : Dr Aurélie DAUMAS
- DES spécialités : Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
- DES stages hospitaliers : Pr. Benjamin BLONDEL
- DES MG : Pr. Christophe BARTOLI
- Démographie médicale : Dr. Noémie RESSEGUIER
- Etudiant : Elise DOMINJON

## ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

**Directrice** : **Madame Carole ZAKARIAN**

**Chargés de mission**

- 1<sup>er</sup> cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Cécile NINA

## ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

**Directeur** : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

**Chargés de mission**

- Masso-kinésithérapie 1<sup>er</sup> cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

## ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

**Directeur** : **Monsieur Sébastien COLSON**

**Chargés de mission**

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN  
RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

## PROFESSEURS HONORAIRES

<p>MM AGOSTINI Serge            ALDIGHERI René            ALESSANDRINI Pierre            ALLIEZ Bernard            AQUARON Robert            ARGEME Maxime            ASSADOURIAN Robert            AUFRAY Jean-Pierre            AUTILLO-TOUATI Amapola            AZORIN Jean-Michel            BAILLE Yves            BARDOT Jacques            BARDOT André            BERARD Pierre            BERGOIN Maurice            BERLAND Yvon            BERNARD Dominique            BERNARD Jean-Louis            BERNARD Pierre-Marie            BERTRAND Edmond            BISSET Jean-Pierre            BLANC Bernard            BLANC Jean-Louis            BOLLINI Gérard            BONGRAND Pierre            BONNEAU Henri            BONNOIT Jean            BORY Michel            BOTTA Alain            BOURGEADE Augustin            BOUVENOT Gilles            BOUYALA Jean-Marie            BREMOND Georges            BRICOT René            BRUNET Christian            BUREAU Henri            CAMBOULIVES Jean            CANNONI Maurice            CARTOUZOU Guy            CAU Pierre            CHABOT Jean-Michel            CHAMLIAN Albert            CHARPIN Denis            CHARREL Michel            CHAUVEL Patrick            CHOUX Maurice            CIANFARANI François            CLAVERIE Jean-Michel            CLEMENT Robert            COMBALBERT André            CONTE-DEVOLX Bernard            CORRIOL Jacques            COULANGE Christian            DALMAS Henri            DE MICO Philippe            DESSEIN Alain            DELARQUE Alain            DEVIN Robert            DEVRED Philippe            DJIANE Pierre            DONNET Vincent            DUCASSOU Jacques</p>	<p>MM DUFOUR Michel            DUMON Henri            ENJALBERT Alain            FAVRE Roger            FIECHI Marius            FARNARIER Georges            FIGARELLA Jacques            FONTES Michel            FRANCES Yves            FRANCOIS Georges            FUENTES Pierre            GABRIEL Bernard            GALINIER Louis            GALLAIS Hervé            GAMERRE Marc            GARCIN Michel            GARNIER Jean-Marc            GAUTHIER André            GERARD Raymond            GEROLAMI-SANTANDREA André            GIUDICELLI Roger            GIUDICELLI Sébastien            GOUDARD Alain            GOUIN François            GRILLO Jean-Marie            GRISOLI François            GROULIER Pierre            HADIDA/SAYAG Jacqueline            HASSOUN Jacques            HEIM Marc            HOUEL Jean            HUGUET Jean-François            JAQUET Philippe            JAMMES Yves            JOUVE Paulette            JUHAN Claude            JUIN Pierre            KAPHAN Gérard            KASBARIAN Michel            KLEISBAUER Jean-Pierre            LACHARD Jean            LAFFARGUE Pierre            LAUGIER René            LE TREUT Yves            LEVY Samuel            LOUCHET Edmond            LOUIS René            LUCIANI Jean-Marie            MAGALON Guy            MAGNAN Jacques            MALLAN- MANCINI Josette            MALMEJAC Claude            MARANINCHI Dominique            MARTIN Claude            MATTEI Jean François            MERCIER Claude            METGE Paul            MICHOTEY Georges            MIRANDA François            MONFORT Gérard            MONGES André            MONGIN Maurice</p>
--	---

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM MONTIES Jean-Raoul  
NAZARIAN Serge  
NICOLI René  
NOIRCLERC Michel  
OLMER Michel  
OREHEK Jean  
PAPY Jean-Jacques  
PAULIN Raymond  
PELOUX Yves  
PENAUD Antony  
PENE Pierre  
PIANA Lucien  
PICAUD Robert  
PIGNOL Fernand  
POGGI Louis  
POITOUT Dominique  
PONCET Michel  
POUGET Jean  
PRIVAT Yvan  
QUILICHINI Francis  
RANQUE Jacques  
RANQUE Philippe  
RICHAUD Christian  
RIDINGS Bernard  
ROCHAT Hervé  
ROHNER Jean-Jacques  
ROUX Hubert  
ROUX Michel  
RUFO Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SARLES Jacques  
SASTRE Bernard  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SERMENT Gérard  
SOULAYROL René  
STAHL André  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN Colette  
THOMASSIN Jean-Marc  
UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène  
VANUXEM Paul  
VERVLOET Daniel  
VIALETTES Bernard  
WEILLER Pierre-Jean



## EMERITAT

### 2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

### 2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

### 2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

### 2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

### 2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

### 2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

### 2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

### 2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016



## EMERITAT

### 2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

### 2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

### 2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

### 2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUEDJ Eric
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	<i>GUY'S Jean-Michel Surnombre</i>
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
ASTOUL Philippe	<i>CURVALE Georges Surnombre</i>	HARDWIGSEN Jean
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUDOUIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTHET Marc	<i>DELPERO Jean-Robert Surnombre</i>	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTOLI Christophe	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLI Jean-Michel	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Michel	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
<i>BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019</i>	EBBO Mikael	LECHEVALLIER Eric
BEROUD Christophe	EUSEBIO Alexandre	LEGRE Régis
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas	LEUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLAISE Didier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEONE Marc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	LEONETTI Georges
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	LEPIDI Hubert
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEVY Nicolas
BONELLO Laurent	FLECHER Xavier	MACE Loïc
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MAGNAN Pierre-Edouard
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MANCINI Julien
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FUENTES Stéphane	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOUFI Mourad	GABERT Jean	MEGE Jean-Louis
BOYER Laurent	GABORIT Bénédicte	MERROT Thierry
BREGEON Fabienne	GAINNIER Marc	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRETELLE Florence	GARCIA Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BROUQUI Philippe	GARIBOLDI Vlad	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUDER Nicolas	GAUDART Jean	MICHEL Fabrice
BRUE Thierry	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Gérard
BRUNET Philippe	GENTILE Stéphanie	MICHEL Justin
BURTEY Stéphane	GERBEAUX Patrick	MICHELET Pierre
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GEROLAMI/SANTANDREA René	MILH Mathieu
CASANOVA Dominique	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILLION Matthieu
CASTINETTI Frédéric	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GIOVANNI Antoine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAGNAUD Christophe	GIRARD Nadine	MOULIN Guy
CHAMBOST Hervé	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOUTARDIER Vincent
CHAMPSAUR Pierre	GONCALVES Anthony	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHANEZ Pascal	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHARREL Rémi	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRIMAUD Jean-Charles	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques	OUAFIK L'Houcine
CHINOT Olivier		OVAERT-REGGIO Caroline



## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCH Antoine	TRIGLIA Jean-Michel
PANUEL Michel	ROCHWERGER Richard	TROPIANO Patrick
PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	TSIMARATOS Michel
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	TURRINI Olivier
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Pascal	VALERO René
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROUDIER Jean	VAROQUAUX Arthur Damien
PELLETIER Jean	SALAS Sébastien	VELLY Lionel
PERRIN Jeanne	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VEY Norbert
PETIT Philippe	SARLES/PHILIP Nicole	VIDAL Vincent
PHAM Thao	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PIQUET Philippe	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIRRO Nicolas	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
POINSO François	SEITZ Jean-François	VIEHWEGER Heide Elke
RACCAH Denis	SIELEZNEFF Igor	VIVIER Eric
RANQUE Stéphane	SIMON Nicolas	XERRI Luc
RAOULT Didier	STEIN Andréas	
REGIS Jean	TAIEB David	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THIRION Xavier	
REYNAUD Rachel	THOMAS Pascal	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THUNY Franck	
ROCHE Pierre-Hugues	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	

---

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal  
AGHABABIAN Valérie  
BELIN Pascal  
CHABANNON Christian  
CHABRIERE Eric  
FERON François  
LE COZ Pierre  
LEVASSEUR Anthony  
RANJEVA Jean-Philippe  
SOBOL Hagay

### PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

### PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

### PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien  
GUIDA Pierre

### PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil ( <i>disponibilité</i> )	FABRE Alexandre	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	FAURE Alice	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	FOUILLOUX Virginie	PESENTI Sébastien
BELIARD Sophie	FRANKEL Diane	RADULESCO Thomas
BENYAMINE Audrey	FROMNOT Julien	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GASTALDI Marguerite	ROBERT Philippe
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique ( <i>disponibilité</i> )
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGIER Aude ( <i>disponibilité</i> )	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric ( <i>disponibilité</i> )	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUBOURG Grégory	NGUYEN PHONG Karine	
DUCONSEIL Pauline		
DUFOUR Jean-Charles		



## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques  
BONNET Pierre-André  
CALVET-MONTREDON Céline  
JANCZEWSKI Aurélie  
NUSSLI Nicolas  
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle  
THERY Didier (nomination au 1/10/2019)

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS**

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

REVIS Joana

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure



**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS  
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

<b>ANATOMIE 4201</b>	<b>ANTHROPOLOGIE 20</b>
----------------------	-------------------------

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
PIRRO Nicolas (PU-PH)

ADALIAN Pascal (PR)  
  
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)  
POUGET Benoît (MCF)  
VERNA Emeline (MCF)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)  
*LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité*

<b>BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501</b>
--

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
LA SCOLA Bernard (PU-PH)  
RAOULT Didier (PU-PH)

<b>ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203</b>
---

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)  
DANIEL Laurent (PU-PH)  
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)  
GARCIA Stéphane (PU-PH)  
XERRI Luc (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)  
*ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité*  
DUBOURG Grégory (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)  
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)  
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)  
*SECQ Véronique (MCU-PH) disponibilité*

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)  
  
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)  
DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

<b>ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801</b>
--

<b>BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401</b>
---

ALBANESE Jacques (PU-PH)  
BRUDER Nicolas (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)  
GABERT Jean (PU-PH)  
GUIEU Régis (PU-PH)  
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)  
GUIDON Catherine (MCU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
FROMNOT Julien (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
ROMANET Pauline (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

<b>ANGLAIS 11</b>	<b>BIOLOGIE CELLULAIRE 4403</b>
-------------------	---------------------------------

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

ROLL Patrice (PU-PH)

<b>BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405</b>
--

FRANKEL Diane (MCU-PH)  
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)  
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)  
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)  
PERRIN Jeanne (PU-PH)  
DRH Campus Timone

GUEDJ Eric (PU-PH)  
 GUYE Maxime (PU-PH)  
 MUNDLER Olivier (PU-PH) *Surnombre*  
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)  
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)  
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)  
 BONELLO Laurent (PU-PH)  
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)  
 CUISSET Thomas (PU-PH)  
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)  
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)  
 HABIB Gilbert (PU-PH)  
 PAGANELLI Franck (PU-PH)  
 THUNY Franck (PU-PH)

BARBACARU/PERLES Teodora Adriana (MCF) (69ème section)

#### CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

#### BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604

GAUDART Jean (PU-PH)  
 GIORGI Roch (PU-PH)  
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)  
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)  
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)  
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
 DELPERO Jean-Robert (PU-PH) *Surnombre*  
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
 SEBAG Frédéric (PU-PH)  
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)  
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
 BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)  
 BIRNBAUM David (MCU-PH)  
 DUONSEIL Pauline (MCU-PH)  
 GUERIN Carole (MCU-PH)

#### CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
 CURVALE Georges (PU-PH) *Surnombre*  
 FLECHER Xavier (PU-PH)  
 PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*  
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

#### CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)  
 CHINOT Olivier (PU-PH)  
 COWEN Didier (PU-PH)  
 DUFFAUD Florence (PU-PH)  
 GONCALVES Anthony (PU-PH)  
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)  
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
 SALAS Sébastien (PU-PH)  
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)  
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

#### CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYSS Jean-Michel (PU-PH) *Surnombre*  
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
 LAUNAY Franck (PU-PH)  
 MERROT Thierry (PU-PH)  
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)  
 FAURE Alice (MCU-PH)  
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

#### CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)



**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
 DODDOLI Christophe (PU-PH)  
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
 MACE Loïc (PU-PH)  
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)  
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,  
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)  
 LEGRE Régis (PU-PH)  
 BERTRAND Baptiste (MCU-PH)  
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
 AMABILE Philippe (PU-PH)  
 BARTOLI Michel (PU-PH)  
 BOUFI Mourad (PU-PH)  
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
 PIQUET Philippe (PU-PH)  
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)  
 LEPIDI Hubert (PU-PH)  
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH) *retraite au 25/11/2019*  
 BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) *Surnombre*  
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)  
 SEITZ Jean-François (PU-PH)  
 VITTON Véronique (PU-PH)  
 GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)  
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)  
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)  
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)  
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

**GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)  
 KRAHN Martin (PU-PH)  
 LEVY Nicolas (PU-PH)  
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)

NGYUEN Karine (MCU-PH)  
 TOGA Caroline (MCU-PH)  
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)  
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)  
 LUCAS Guillaume (MAST)  
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)  
 MELLINAS Marie (MAST)  
 ROMAN Christophe (MAST)  
 TRINQUET Laure (MAST)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
 BOUBLI Léon (PU-PH) *Surnombre*  
 BRETTELLE Florence (PU-PH)  
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)  
 COURBIERE Blandine (PU-PH)  
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)  
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;  
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)  
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)  
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
 BERBIS Julie (PU-PH)  
 BOYER Laurent (PU-PH)  
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)  
 SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*  
 THIRION Xavier (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)  
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)  
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

BLAISE Didier (PU-PH)  
 COSTELLO Régis (PU-PH)  
 CHIARONI Jacques (PU-PH)  
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)  
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)  
 VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)  
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)  
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

**IMMUNOLOGIE 4703**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
 OLIVE Daniel (PU-PH)  
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)  
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)  
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)  
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
 ROBERT Philippe (MCU-PH)  
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BROUQUI Philippe (PU-PH)  
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)  
 MILLION Matthieu (PU-PH)  
 PAROLA Philippe (PU-PH)  
 STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

**MEDECINE D'URGENCE 4805**

KERBAUL François (PU-PH) *détachement*  
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU  
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
 DISDIER Patrick (PU-PH)  
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
 ROSSI Pascal (PU-PH)  
 SCHLEINIZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)  
 EBBO Mike (MCU-PH)  
 DRH Campus Timone

**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

BARTOLI Christophe (PU-PH)  
 LEONETTI Georges (PU-PH)  
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)  
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

**MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)  
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

**MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)  
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

**NUTRITION 4404**

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

**ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

**OPHTALMOLOGIE 5502**

DENIS Danièle (PU-PH)

HOFFART Louis (PU-PH) Disponibilité

MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIELLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

**NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

**NEUROLOGIE 4901**

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

**PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904**

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -  
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

FAUGERE Gérard (PU-PH) *Sumombre*

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)



RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

## PHYSIOLOGIE 4402

## PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

FABRE Alexandre (MCU-PH)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

## PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

## PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

## PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

## RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

## RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

## THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

## REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

## UROLOGIE 5204

GAINNIER Marc (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)

GERBEAUX Patrick (PU-PH)

KARSENTY Gilles (PU-PH)

PAPAZIAN Laurent (PU-PH)

LECHEVALLIER Eric (PU-PH)

ROCH Antoine (PU-PH)

ROSSI Dominique (PU-PH)

HRAIECH ORH (Campus) Timone

MAJ 01.09.2019

## Remerciements

### **Merci aux membres du jury...**

**À Monsieur le Professeur Lançon**, vous me faites l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse, je tiens à vous assurer de ma profonde reconnaissance pour l'intérêt que vous portez à ce travail.

**Au Professeur Auquier et au Docteur Cermolacce**, vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie d'avoir accepté d'être dans ce jury.

**À ma directrice de thèse, Madame le Docteur Tinland**, merci d'avoir accepté de diriger ma thèse. Merci pour la liberté que tu m'as accordé dans le choix de mon sujet, pour ton aide pour l'analyse statistique et pour tes conseils qui m'ont permis de mener à bien ce travail.

**À Monsieur le Docteur Marciano**, merci d'avoir accepté de faire partie du jury. Tu as été d'un grand soutien et d'une grande disponibilité tout au long de ce travail et notamment dans l'élaboration initiale du sujet. Merci d'avoir pris le temps de relire mon travail et pour les conseils que tu m'as donné pour l'améliorer. Je suis heureuse de rejoindre bientôt l'équipe du CAP 48 d'Aix dans laquelle j'ai eu le plaisir de te rencontrer.

**À l'équipe de liaison du CAP d'Aix**, merci pour votre aide précieuse dans la réalisation du recueil, sans vous ce travail n'aurait pas été possible. Aux médecins et aux infirmiers de l'équipe, pour ce semestre d'urgence qui m'a donné envie de vous rejoindre à la fin de l'internat, merci pour votre bienveillance et pour cette ambiance qui permet de rester motivé même dans les situations difficiles.

**Merci aux cointernes** que j'ai eu l'occasion de rencontrer au cours de l'internat, pour le travail d'équipe et les moments de détente partagés pendant et hors des services qui rendent les stages mémorables. Mention spéciale à Audrey T, Elisa et Charles, mes premiers cointernes à Orion, aux M&M's qui nous ont permis de tenir bon ! Et à Mahé, ma cointerne pédiatre qui a rejoint nos rangs montperrinois, tu es une de ces rencontres incroyables de l'internat, j'espère avoir à nouveau l'occasion de travailler avec toi (et d'échanger des bébés plantes qui poussent de façon improbables).

**Merci à toutes les équipes médicales et paramédicales** qui m'ont accueillies tout au long de mon cursus depuis la première année jusqu'à la fin de l'internat. Merci à chacun pour les connaissances que vous m'avez transmises et qui m'ont permis de grandir et de progresser.

**Aux patients**, j'en apprend plus chaque jour grâce à vous.

## **Merci à ma famille...**

**À mes parents**, merci pour votre soutien sans faille tout au long de ma vie, pour vos encouragements dans les moments de doute, pour votre présence toujours bienveillante, pour tout ce que vous m'avez appris, pour m'avoir permis de devenir celle que je suis. Je vous aime.

**À mon frère Alexis**, à nos hauts et nos bas, nos prises de tête et notre complicité, je suis heureuse et fière de notre relation aujourd'hui et j'espère qu'elle continuera de grandir.

**À Nico**, mon mari, mon âme sœur, merci pour tout l'amour que tu m'apportes chaque jour, pour ta compréhension et ton soutien inconditionnel, ta gentillesse et ton humour, pour tous les moments de partages, les voyages, les découvertes. Je t'aime plus que tout.

**À Mell**, ma belle-sœur, ma prof de danse, mon amie, merci pour tout ce que tu m'apportes depuis toutes ces années. Je te connais depuis le début de mes études de médecine et cet univers que j'ai découvert grâce à toi m'a permis de traverser les moments difficiles. Merci pour ta douceur, ta confiance, ton soutien et pour cette double vie qui me donne un équilibre.

**À toute ma famille**, enrichissante et variée, merci pour votre amour et de m'apporter de nouvelles ouvertures sur le monde.

**À Nadia**, merci pour ton amour et ta gentillesse. Je suis heureuse d'avoir été accueillie dans ta famille.



**Merci à mes amis...**

**À celles présentes depuis le début : Hélène, Audrey, Marine, Fanny, Magali.**

C'était long mais on l'a fait ! Depuis le weekend d'intégration (voire la prérentrée du CCM pour Fanny) à aujourd'hui, on a tout traversé ensemble, les cours, les examens, les confs mais surtout les soirées, les confidences, les fou-rires, les voyages, les traditionnels resto U, les crêpes et les raclettes, les ruptures sentimentales et les nouveaux amours. Vous êtes des amies en or, j'espère que nous resterons aussi unies où que le vent nous mène.

**À Sarah et Damien,** à nos weekends à Paris et nos soirées en congrès, à cette conversation en ligne dans laquelle on trouve de tout et surtout n'importe quoi...

**À Barbara,** mon amie la plus ancienne, nos appels pendant les premières années ont été d'un grand soutien, je suis heureuse que tu fasses toujours partie de ma vie après toutes ces années.

**À Nouna, Bibi, Nak, Sandra, Fafou, Willou, Ali, Papam, Myriam, Val, Ghaalib, Medhi, Wanda, Yac, Nina, Min'z,** vous m'avez accueillie parmi vous depuis bientôt 5 ans... Merci pour toutes ces soirées de rire et ces quelques weekends d'escapades, je suis heureuse de vous avoir rencontré !

**À toutes les copines et copains de la danse, à la TribalBounce SuperTeam,** vous retrouver chaque semaine est une véritable bouffée d'oxygène. Mention spéciale à Coralie, merci d'avoir pris le temps de relire mon texte et pour tes corrections.

**À toute cette belle communauté** de danseuses et danseurs aux quatre coins du monde, chaque rencontre m'enrichit un peu plus, à tous ces weekends de festival et ces intensifs qui m'ont fait évoluer sur le plan personnel.

Merci à tous ceux qui ont fait partie de ma vie à un moment ou un autre et qui ont participé à faire de moi celle que je suis.

## Table des matières

1. Introduction .....	2
1.1. Pathologies psychiatriques : Généralités .....	2
1.2. Traitements en psychiatrie .....	6
1.3. Observance : Définitions .....	9
1.4. Déterminants de l'observance .....	10
1.5. Observance en psychiatrie (6).....	11
1.6. Espérance de vie et comorbidités .....	15
1.7. Prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiatriques par rapport à la population générale .....	17
1.8. Stigmatisation des patients avec un diagnostic psychiatrique en médecine somatique.....	23
1.9. La psychiatrie de liaison (56).....	27
1.10. Divergences et erreurs de prescription en population générale.....	29
1.11. Vignettes cliniques.....	33
2. Matériel et méthode.....	40
2.1. Population source et critères d'exclusion .....	40
2.2. Données : recueil et analyse .....	40
3. Résultats .....	42
3.1. Caractéristiques des demandes d'avis.....	42
3.2. Caractéristiques de la population étudiée .....	44
3.3. Objectif principal : Prévalence des divergences de prescription.....	45
3.4. Objectif secondaire : Caractéristiques des divergences de prescription.....	47
4. Discussion.....	51
4.1. Interprétation des résultats : Interventions de l'équipe de liaison .....	51
4.2. Interprétation des résultats : Prévalence des divergences .....	51
4.3. Interprétation des résultats : Caractéristiques des divergences .....	53
4.4. Limites de l'étude.....	54
4.5. Ouvertures .....	55
5. Conclusion .....	58
Bibliographie : .....	61

## 1. Introduction

Du fait de leur prévalence et de leurs conséquences sur l'espérance de vie des patients, les pathologies psychiatriques représentent un problème de santé publique. La littérature montrera qu'un traitement bien conduit permettrait d'améliorer la qualité et l'espérance de vie des patients. Cependant, l'observance en psychiatrie est variable et soumise à de nombreux déterminants dont l'organisation du système de soin.

La psychiatrie de liaison permet de veiller à une bonne continuité des soins psychiatriques chez les patients hospitalisés en services médicochirurgicaux et de lutter contre la stigmatisation de ces patients qui peut mettre à mal leur prise en charge physique.

Les vignettes cliniques développées dans cette introduction illustrent la réalité du terrain qui a motivé ce travail d'exploration des divergences de prescription chez les patients souffrant de troubles psychiatriques. De nombreuses études en population générale ont documenté les divergences de prescription des traitements habituels à l'admission à l'hôpital général mais aucune ne s'est intéressée à la population psychiatrique spécifiquement.

### 1.1. Pathologies psychiatriques : Généralités

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 2015, on estimait la prévalence des troubles mentaux dans la région européenne de l'OMS à 110 millions de cas, soit 12 % de l'ensemble de la population. Si l'on inclut les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, ce nombre atteint 127 millions de cas (soit 15 % de la population). Ils représenteraient la première cause d'invalidité et la troisième cause de la charge globale de morbidité (mesurée en années de vie corrigées du facteur d'invalidité), après les maladies cardiovasculaires et le cancer.(1)

La Classification Internationale des Maladies (CIM-10), publiée par l'OMS, détermine onze groupes pour classer les maladies mentales et troubles du comportement (2) :

1. **Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques** : troubles mentaux ayant en commun une étiologie organique démontrable, à type de maladie ou de lésion cérébrale, ou d'atteinte entraînant un dysfonctionnement du cerveau.
2. **Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives** : troubles liés à l'utilisation d'une ou de plusieurs substances psychoactives prescrites ou non par un médecin. Ce groupe inclut les intoxications aiguës, l'utilisation nocive pour la santé, le syndrome de dépendance, le syndrome de sevrage avec et sans *délirium*, les troubles psychotiques survenant durant ou immédiatement après la consommation d'une substance psychoactive, le syndrome amnésique et les troubles résiduels ou psychotiques de survenue tardive.
3. **Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants** : Les troubles schizophréniques se caractérisent habituellement par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés. La clarté de l'état de conscience et les capacités intellectuelles sont habituellement préservées, bien que certains déficits des fonctions cognitives puissent apparaître au cours de l'évolution. Le trouble schizotypique se caractérise par un comportement excentrique et des anomalies de la pensée et des affects, ressemblant à celles de la schizophrénie mais ne comportant aucune anomalie schizophrénique manifeste ou caractéristique à un moment quelconque de l'évolution.
4. **Troubles de l'humeur [affectifs]** : Ce groupe réunit les troubles dans lesquels la perturbation fondamentale est un changement des affects ou de l'humeur dans le sens d'une dépression (avec ou sans anxiété associée) ou d'une élation. Le changement de l'humeur est habituellement accompagné d'une modification du niveau global d'activité et la plupart des autres symptômes sont soit secondaires à ces changements de l'humeur et de l'activité, soit facilement compréhensibles dans leur contexte.
5. **Troubles névrotiques**, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes. On retrouve dans ce groupe :
  - Les troubles anxieux
  - Les troubles obsessionnel-compulsifs caractérisés essentiellement par des idées obsédantes ou des comportements compulsifs récurrents

- Les réactions à un facteur de stress sévère et les troubles de l'adaptation
- Les troubles dissociatifs [de conversion] qui ont en commun une perte partielle ou complète des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience de l'identité ou des sensations immédiates et du contrôle des mouvements corporels, et qui disparaissent après quelques semaines ou mois, en particulier quand leur survenue est associée à un événement traumatique
- Les troubles somatoformes qui se caractérisent par l'apparition de symptômes physiques associés à une quête médicale insistante, qui persistent en dépit de bilans négatifs répétés et de déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique.

6. **Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques** et à des facteurs physiques qui regroupent :

- Les troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie)
- Les troubles du sommeil non organiques
- Les troubles sexuels non organiques
- Les troubles mentaux et du comportement associés à la puerpéralité (dans les six premières semaines après l'accouchement), non classés ailleurs
- L'abus de substances n'entraînant pas de dépendance
- Les syndromes comportementaux non précisés associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques.

7. **Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte.** On y retrouve les comportements cliniquement significatifs qui ont tendance à persister et qui sont l'expression de la manière caractéristique de vivre de l'individu et de sa façon d'établir des rapports avec lui-même et avec autrui.

8. **Retard mental.** Il correspond à l'arrêt ou développement incomplet du fonctionnement mental, caractérisé essentiellement par une altération, durant la période du développement, des facultés qui déterminent le niveau global d'intelligence, c'est-à-dire des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des capacités sociales.

9. **Troubles du développement psychologique.** Les troubles classés dans ce groupe ont en commun : un début obligatoirement dans la première ou la seconde enfance, une altération ou un retard du développement de fonctions étroitement liées à la maturation biologique du système nerveux central, une évolution continue sans rémission ni rechute.

**10. Troubles du comportement et troubles émotionnels** apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence. Ceci comprend :

- Les troubles hyperkinétiques caractérisés par un début précoce (habituellement au cours des cinq premières années de la vie), un manque de persévérance dans les activités qui exigent une participation cognitive et une tendance à passer d'une activité à l'autre sans en finir aucune, associés à une activité globale désorganisée, incoordonnée et excessive
- Les troubles des conduites caractérisés par un ensemble de conduites dyssociales, agressives ou provocatrices, répétitives et persistantes, dans lesquelles sont bafouées les règles sociales correspondant à l'âge de l'enfant
- Les troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels caractérisés par la présence d'un comportement agressif, dyssocial ou provocateur, associé à des signes patents et marqués de dépression, d'anxiété ou d'autres troubles émotionnels
- Les troubles émotionnels apparaissant spécifiquement dans l'enfance qui sont l'exacerbation de tendances normales du développement plus que des phénomènes qualitativement anormaux en eux-mêmes
- Les troubles du fonctionnement social apparaissant spécifiquement durant l'enfance et l'adolescence caractérisés par la présence d'une perturbation du fonctionnement social survenant durant l'enfance, mais qui ne présentent pas les caractéristiques d'une difficulté ou d'une altération sociale, apparemment constitutionnelle, envahissant tous les domaines du fonctionnement (à l'encontre de troubles envahissants du développement)
- Les Tics qui sont des mouvements moteurs ou une vocalisation involontaire, rapides, récurrents et non rythmiques (impliquant habituellement des groupes musculaires déterminés), survenant brusquement et sans but apparent.

**11. Trouble mental, sans autre indication.**

La schizophrénie touche 1 à 2% des adultes en France en 2007, 19% des français entre 15 et 75 ans ont vécu un épisode dépressif au cours de leur vie en 2005, les troubles bipolaires concernent 1,2 à 5,5% de la population générale et on estime qu'une femme sur cinq et un homme sur dix souffrira un jour d'un trouble anxieux.(3)

Les pathologies mentales représentent donc un vrai problème de santé publique.

## 1.2. Traitements en psychiatrie

Les psychotropes sont des médicaments qui ont la propriété de modifier le psychisme soit par leurs propriétés sédatives soit au contraire par leurs propriétés stimulantes.(4)

Les principales classes de médicaments utilisés en psychiatrie :

- **Les antidépresseurs** sont utilisés, depuis les années 1960, dans le traitement de la dépression. Ils peuvent aussi être prescrits pour traiter les troubles anxieux, les douleurs chroniques et les phases dépressives dans les troubles bipolaires sous réserve d'une couverture thymorégulatrice pour prévenir le virage maniaque.

En 2010, 6 % des 18-75 ans déclarent avoir pris un antidépresseur. Entre 2000 et 2015, la consommation d'antidépresseurs a augmenté d'environ 20 % en France et a plus que doublé en Allemagne et au Royaume-Uni. En 2015, la France se situe au 18<sup>ème</sup> rang des pays de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économique) pour la consommation d'antidépresseurs.

Il existe plusieurs classes d'antidépresseurs avec chacune leurs contre-indications :

CLASSE	CONTRE-INDICATIONS
<b>ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine)</b>	Hypersensibilité connue Association aux IMAO
<b>IRSNA (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline)</b>	Hypersensibilité connue Association aux IMAO
<b>Imipraminiques, tricycliques ou non</b>	Glaucome à angle fermé Adénome de la prostate Infarctus récent ou coronaropathie non stabilisée Insuffisance cardiaque décompensée Troubles du rythme cardiaque Hypersensibilité connue Association aux IMAO
<b>IMAO (inhibiteurs de la monoamine oxydase sélectif ou non de la monoamine oxydase A)</b>	Hypersensibilité connue Non sélectifs : HTA, Phéochromocytome, AVC, Polynévrites
<b>Autres</b>	Hypersensibilité connue Association aux IMAO



Les effets indésirables les plus fréquents (troubles digestifs, tremblements...) sont majoritairement de survenue précoce et transitoire après l'introduction d'un traitement ou une augmentation de posologie.

Pour toutes les classes, il est important de surveiller le risque de levée d'inhibition suicidaire et de virage maniaque.

- **Les thymorégulateurs** sont utilisés dans les accès maniaques et dépressifs des troubles bipolaires et dans certains troubles dépressifs récurrents. Leur objectif est de stabiliser l'humeur.

Les molécules principalement utilisées sont le lithium (traitement de référence) et des thymorégulateurs anticonvulsivants, chaque traitement possédant ses propres contre-indications. En cas d'insuffisance rénale, la prescription de lithium est contre-indiquée, à moins de pouvoir exercer une surveillance très stricte et très régulière de la lithiémie. L'hyponatrémie, la déplétion hydrosodée et les régimes sans sel contre-indiquent également l'utilisation du lithium. Certains antipsychotiques atypiques ont aussi une indication dans les troubles de l'humeur.

- **Les antipsychotiques** ont été utilisés pour la première fois en psychiatrie dans les années 1950. En 2010, 0,9% des français de 18 à 75 ans ont déclaré avoir pris un neuroleptique. La France se situe dans la consommation moyenne des 6 pays européens étudiés (France, Italie, Allemagne, Pays-Bas, Belgique, Espagne).

L'objectif est de diminuer la souffrance de la personne, d'améliorer son fonctionnement psychique du point de vue affectif, relationnel et social, et de diminuer le risque suicidaire.

Ce sont des substances antidopaminergiques D2 associées selon les spécialités à d'autres potentialités (action sur d'autres récepteurs dopaminergiques, antisérotoninergiques, antihistaminiques, alpha-adrénolytiques et anticholinergiques).

En conséquence, ils peuvent occasionner des effets secondaires : symptômes neurologiques extrapyramidaux, hypotension orthostatique, troubles du rythme, effets anticholinergiques (sécheresse buccale, troubles visuels, troubles urinaires, glaucome, constipation), hyperprolactinémie, galactorrhée,

aménorrhée, impuissance, syndrome métabolique (obésité abdominale, hypertriglycéridémie, HDL-cholestérol bas, intolérance au glucose ou diabète de type 2, hypertension), prise de poids et des effets psychiques (indifférence, passivité, états confusionnels). Les antipsychotiques atypiques sont dans l'ensemble mieux tolérés et entraînent moins d'effets secondaires que les premières générations.

Il n'y a pas de contre-indication absolue commune à tous les antipsychotiques, hormis l'allergie connue au traitement et pour la plupart un allongement de l'espace QT, l'antécédent de syndrome malin des neuroleptiques à une molécule contre-indique son utilisation à vie par principe de précaution. Les insuffisances cardiaque, respiratoire, hépatique et rénale sont des contre-indications relatives. Chaque molécule comporte ses propres contre-indications mais elles sont relativement peu nombreuses.

- **Les anxiolytiques et hypnotiques** sont généralement utilisés pour soulager l'anxiété, les troubles anxieux, mais aussi les troubles du sommeil.

En 2015, environ 13,4 % de la population française a pris au moins une fois une benzodiazépine contre l'anxiété ou pour dormir. Cette utilisation est plus fréquente chez les femmes (16,6 %) que chez les hommes (9,7 %). Elle augmente avec l'âge et est maximale chez les femmes âgées de 80 ans et plus (38 %).

Ils peuvent occasionner de la somnolence, une asthénie, une baisse de la vigilance, une amnésie antérograde, des réactions paradoxales (agressivité, agitation, troubles du comportement...) et une dépendance physique et psychique qui justifie des prescriptions sur des durées limitées et un arrêt progressif.

Les benzodiazépines sont les plus utilisées, leurs contre-indications sont l'insuffisance respiratoire et hépatique sévère, le syndrome d'apnée du sommeil, la myasthénie et l'hypersensibilité connue à la molécule.

### 1.3. Observance : Définitions

L'observance thérapeutique (en anglais *adherence*) correspond à la mesure avec laquelle les patients suivent les instructions médicales (Sabate, 2001), c'est-à-dire l'adéquation entre prescription médicale et utilisation de la prescription. Appliquée aux maladies chroniques, l'Organisation Mondiale de la Santé (2003) propose la définition suivante : «la mesure avec laquelle les comportements d'une personne devant prendre un médicament, suivre un régime alimentaire et/ou changer de mode de vie correspondent aux recommandations convenues avec un professionnel de santé ».

(5)

Toutes disciplines confondues, on estime qu'un patient hospitalisé sur quatre et un patient ambulatoire sur deux ne prennent pas correctement leur traitement médicamenteux et que 75% des patients ne souhaitent pas ou ne sont pas capables de suivre des recommandations hygiéno-diététiques.

La non-observance se caractérise par l'absence totale de prise médicamenteuse.

La sous-observance, qui se traduit par des omissions de prises ou par une interruption prématurée du traitement, est la modalité la plus fréquente.

L'observance variable correspond aux patients qui adaptent chaque jour la posologie de leur traitement en fonction de leur état, tandis que la sur-observance désigne un respect excessivement strict des prescriptions médicales, et/ou une anticipation des prises, et/ou une majoration des doses (en dehors de toute conduite addictive).(6)

Les conséquences de la mal-observance sont majeures, notamment en termes de rechutes, de ré hospitalisations, de chronicisation, ou de baisse de productivité, tout cela se traduisant en coûts sociaux et humains importants pour la société. Elle peut également altérer la relation médecin-malade en suscitant un sentiment d'échec et de frustration chez le médecin, qui peut être à l'origine d'attitudes inadaptées et souvent inconscientes (rejet, reproches, menaces, désir de voir le malade rechuter à but pédagogique).

La mal-observance est donc en lien avec des excès de morbidité, de mortalité, l'altération du pronostic de l'affection traitée et des surcoûts importants.

## 1.4. Déterminants de l'observance

### **Facteurs liés au traitement (6)**

L'observance est corrélée au nombre de médicaments prescrits (elle diminue de façon notable au bout de 3 médicaments différents) et au nombre de prises quotidiennes (la meilleure observance au quotidien étant retrouvée avec 1 à 2 prises par jour, elle s'améliore encore avec les prises uniques hebdomadaires voire mensuelle).

En psychiatrie notamment, le risque de mal-observance augmente en cas d'effets indésirables et avec la durée de traitement, ainsi qu'avec l'ancienneté de la rémission.

### **Facteurs liés au patient (6)**

L'observance est positivement corrélée à l'âge et est plus élevée chez les patients vivant en concubinage ou mariés que chez les célibataires. Elle ne serait pas liée en revanche au sexe ni au niveau socioéducatif.

Un bon *insight* (conscience du trouble) améliorerait également l'observance notamment dans la schizophrénie.

Certains travaux ont montré que l'existence d'une souffrance psychique (ne relevant pas nécessairement d'un trouble psychiatrique) est un facteur de mauvaise observance des traitements. La dépression est un facteur bien connu de non-observance du traitement dans les pathologies somatiques, ainsi que les conduites addictives ou les troubles de la personnalité.

### **Facteurs liés au médecin et à la relation médecin-malade (6)**

Le temps d'attente du patient à la consultation, ainsi que la durée de la consultation sont des facteurs qui interviennent dans l'observance : plus l'attente est prolongée, et plus la consultation est brève, moins l'observance est satisfaisante.

Les facteurs qui pourraient favoriser l'observance sont l'empathie, l'information quant au diagnostic de la maladie et à ses traitements (effets recherchés et indésirables), la satisfaction du patient à propos de la consultation, du médecin et de l'institution

(caractère agréable du lieu, temps d'attente notamment), ainsi que la croyance du patient dans l'utilité des recommandations de son médecin.

### **Facteurs liés à l'entourage du patient (6)**

On sait que l'observance est d'autant meilleure que l'entourage est perçu comme soutenant, que les conflits familiaux sont peu importants et que les membres de la famille acceptent d'adapter leur vie aux changements nécessités par la maladie.

### **Facteurs liés au système de soin (7)**

Il apparaît de plus en plus que le manque de coordination entre les différents partenaires de santé représente un obstacle majeur à la bonne observance des mesures thérapeutiques de la part des soignés. Ceci est particulièrement évident chez les patients présentant plusieurs pathologies co-existantes avec des médicaments prescrits par différents médecins.

#### **1.5. Observance en psychiatrie (6)**

Les représentations sociales et individuelles des traitements psychotropes et de la maladie mentale, déterminent également l'observance. Les troubles mentaux gardent en effet, malgré de récents progrès, une image négative auprès du grand public.

L'idée qu'un traitement médicamenteux puisse les améliorer n'est pas immédiate pour la plupart des patients, la maladie étant souvent considérée comme le témoin d'une « faiblesse », d'un « manque de volonté ». De plus, les craintes liées à la « camisole chimique », au fait « de ne plus être soi-même » et à la « dépendance » aux psychotropes, relayées parfois par des campagnes médiatiques sont bien ancrées dans les représentations populaires et desservent souvent l'intérêt des patients, augmentant ainsi le risque de stigmatisation.

## Antidépresseurs

L'état dépressif et ses représentations empêchent de nombreux patients de croire en l'effet thérapeutique des antidépresseurs, notamment lorsque les troubles paraissent liés à des événements de vie. Les cognitions dépressives négatives (auto-dévalorisation, pessimisme, idées d'incurabilité) peuvent ainsi constituer d'importants obstacles à la demande d'aide extérieure et à l'acceptation du traitement. Par ailleurs, le délai d'action des antidépresseurs sur l'humeur, qui est de l'ordre de 10 à 20 jours, est un facteur limitant supplémentaire de l'observance, car le patient ne peut pas constater d'emblée les effets positifs du traitement sur l'humeur.

Maddox *et al.* (8) ont ainsi montré que, pour les patients traités par antidépresseurs, le pourcentage de patients interrompant leur traitement est corrélé positivement à la durée de ce traitement : 11% au cours de la première semaine de traitement, 32% après 6 semaines de traitement et 52% après 12 semaines de traitement. Une étude de Demyttenaere *et al.* (9) évaluant l'observance à 6 mois chez des patients prenant un antidépresseur a montré que 53% des patients avaient interrompu leur traitement et 24% n'avaient pas informé leur médecin.

## Thymorégulateurs

La mal-observance est la cause la plus fréquente d'inefficacité du lithium, son délai d'action prolongé limitant la perception de son efficacité ce qui semble être un obstacle à une bonne observance.

Certains facteurs de risque ont été identifiés : sujet jeune, sexe masculin, faible nombre d'épisodes antérieurs, première année de traitement par lithium, antécédents de faible observance, antécédents d'épisodes maniaques avec euphorie et idées de grandeur, nostalgie des phases maniaques, plaintes à propos d'une éventuelle prise de poids, de difficultés cognitives, de tremblement, de sensation de soif et sédation.

Les raisons avancées par les patients pour la non-observance sont, par ordre de fréquence décroissante : les effets indésirables, la nécessité de prendre le traitement au long cours, voire à vie, le sentiment d'être moins créatif et moins productif sous traitement, le sentiment de ne pas avoir besoin de traitement.

L'observance des thymorégulateurs autres que le lithium demeure peu étudiée aujourd'hui.

## Antipsychotiques

La mal-observance concerne un tiers des schizophrènes au décours d'une première hospitalisation, la moitié des schizophrènes 1 an après l'hospitalisation initiale et les deux tiers ou les trois quarts 2 ans après l'hospitalisation initiale. La mauvaise observance du traitement serait responsable de 40 % des rechutes survenant dans l'année qui suit une hospitalisation et l'instauration d'un traitement.

Gilmer *et al.* (10) ont évalué l'observance des patients schizophrènes traités par antipsychotiques sur une durée de 2 ans et ont retrouvé une bonne observance chez 41% des patients, 24% étaient non-observants, 16% étaient sous observants et 19% étaient sur-observants. Le taux d'hospitalisation était inférieur chez les patients observants que chez les non et sur-observants.

Chez les patients schizophrènes, les éléments cliniques qui favorisent la mal-observance sont : la désorganisation conceptuelle, l'hostilité, les idées de grandeur, le déni de la maladie, le syndrome déficitaire (avec les troubles cognitifs et le déficit motivationnel), les conduites addictives, les attentes non réalistes, l'hyperinvestissement ou au contraire l'absence d'investissement des proches.

Les éléments cliniques qui favorisent une bonne observance sont les symptômes anxieux et dépressifs et l'existence d'un *insight* de bonne qualité. Au cours du traitement, la survenue de rechutes malgré l'observance, l'existence de symptômes positifs et négatifs persistant sous traitement et les effets indésirables (en particulier neurologiques ou sexuels) sont des facteurs de risque de mauvaise observance des antipsychotiques. On retrouve également une moins bonne observance chez les patients ayant une longue durée de psychose non traitée, un mauvais *insight* sur l'intérêt de l'effet du médicament et une mauvaise alliance thérapeutique. La prescription d'antipsychotiques atypiques favoriserait l'observance par rapport à la prise de neuroleptiques classiques.(11)



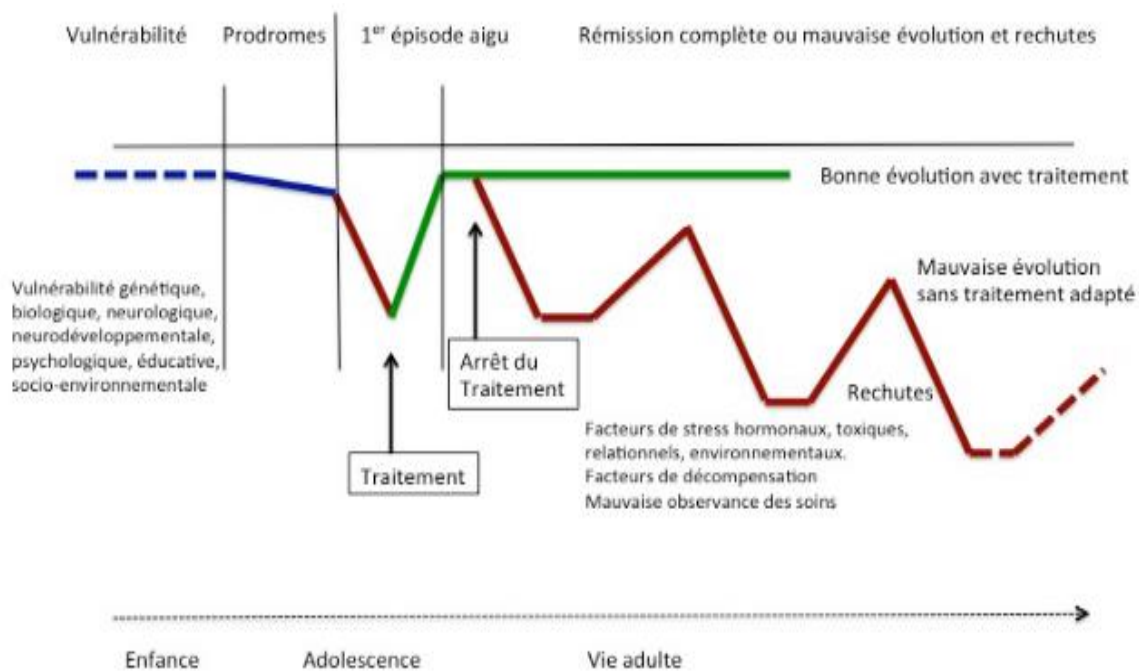
## Risques liés à la non-observance

Le risque principal est la rechute de la maladie dont les conséquences sont multiples, psychologiques, biologiques et sociales.

La non-observance entraîne un risque plus élevé d'hospitalisation en psychiatrie, de passage aux urgences, d'actes médico-légaux et de mauvaise qualité de vie. Il n'existe pas de corrélation cependant entre observance et chômage, nombre de jours d'hospitalisation, et handicap physique.(12)

Les études pharmaco-cliniques révèlent que la réponse au traitement diminue au fil des rechutes, cela dès la première rechute. Les rechutes vont contribuer à aggraver le cours évolutif de la maladie et diminuer les capacités du fonctionnement global. (13)

Evolution de la schizophrénie avec et sans traitement adapté et efficace :



*Infographie programme de psychoéducation « Programme Psycho-éducatif Initial Court intra-hospitalier » (PPIC) T. Bottai, R. Dassa, P Raymondet*

## 1.6. Espérance de vie et comorbidités

Les patients atteints de troubles psychiatriques souffrent également de maladies somatiques qui sont souvent diagnostiquées tardivement engendrant une surmortalité par rapport à la population générale.

La revue de littérature de 2015 de Walker *et al.* (14) met en évidence un risque relatif de mortalité environ deux fois plus élevé chez les personnes souffrant de troubles mentaux toutes causes de mortalité confondues. La médiane des années de vie potentiellement perdues est de 10 ans. Cette mortalité prématurée n'est pas uniquement due à des causes non naturelles qui représentent 17,5% des décès contre 67,3% par causes naturelles et le reste de cause inconnue.

Lee *et al.* (15) ont montré dans une revue de littérature en 2017, une augmentation de 37% du ratio normalisé de mortalité (mesure du taux de mortalité<sup>1</sup> chez les patients atteints de schizophrénie par rapport à la population générale) depuis les années 70 alors que le taux de mortalité global a diminué dans les pays développés depuis le début de la même période, prolongeant la durée de vie moyenne de la population générale de près d'une décennie.

Thornicroft (16) évoque quatre dimensions pour expliquer ce taux de mortalité plus élevé :

- Une occurrence plus élevée de facteurs de risque de maladies chroniques et de certains cancers
- L'iatrogénie causée par les traitements psychotropes
- Un taux plus élevé de décès par suicide ou accident
- Un accès plus faible aux services de soins que la population générale.

---

<sup>1</sup> D'après l'Insee, le taux (brut) de mortalité est le rapport du nombre de décès de l'année à la population totale moyenne de l'année.

**Ratios de mortalité entre taux de mortalité des personnes suivies pour des troubles psychiatriques et taux de mortalité des bénéficiaires du Régime général et des Sections locales mutualistes (SLM) par cause, selon les groupes pathologiques traités**

	Taux standardisé de mortalité		Ratio de mortalité (toutes pathologies psychiatriques)
	Consommateurs régime général et SLM	Personnes suivies pour un trouble psychiatrique	
Causes externes (accidents, suicides, chutes...)	45,4	222,7	4,9
Maladies du système digestif	31,9	101,4	3,2
Etats morbides mal définis	59,7	177,5	3,0
Maladies neurodégénératives	40,9	115,6	2,8
Maladies du système respiratoire	45,8	129,0	2,8
Maladies infectieuses	14,3	39,9	2,8
Maladies endocriniennes	25,2	68,9	2,7
Tumeurs	235,3	499,1	2,1
Maladies hématologiques	2,7	5,6	2,1
Maladies cardiovasculaires	172,0	349,9	2,0
Mortalité générale (toutes causes confondues)	719,9	1 886,2	2,6
Mortalité prématurée (avant 65 ans)	143,9	629,3	4,4

**Ratios de mortalité (RM) pour les principales causes de décès, en 2014, des personnes suivies pour des troubles psychiatriques par rapport aux bénéficiaires du Régime général et des Sections locales mutualistes (SLM)**

	RM (toutes pathologies psychiatriques)	RM (troubles psychotiques)	RM (troubles bipolaires)	RM (troubles dépressifs et de l'humeur)	RM (troubles névrotiques)	RM (troubles addictifs)
Causes externes (suicides, chutes, accidents)	4,9	5,1	6,0	6,3	6,4	8,2
Maladies du système digestif	3,2	2,3	1,7	2,7	2,6	8,5
Etats morbides mal définis	3,0	3,5	2,7	3,0	3,0	4,0
Maladies neurodégénératives	2,8	2,4	1,4	2,4	2,9	2,0
Maladies du système respiratoire	2,8	3,0	2,3	2,6	3,1	2,7
Maladies infectieuses	2,8	2,6	1,7	2,7	2,8	2,9
Maladies endocriniennes	2,7	2,9	1,8	2,7	2,6	2,4
Tumeurs	2,1	1,3	1,2	2,1	3,2	1,9
Maladies cardiovasculaires	2,0	1,8	1,3	2,0	2,2	1,8

Sources : Système national des données de santé (SNDS), Insee Recensement de population 2014.

Extrait de Questions d'économie de la santé n° 237 intitulés : "Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée", Irdes, septembre 2018

L'article de 2007 de Leucht *et al.* (17) montre une plus haute prévalence d'infections VIH, d'hépatites, d'ostéoporose, de dysfonctionnements sexuels, de complications obstétriques, de maladies cardiovasculaires, d'obésité, de diabète, de problèmes dentaires et d'altération de la sensibilité à la douleur chez les patients atteints de schizophrénie que dans la population générale. On retrouve également une incidence plus importante de diabète, de syndrome métabolique, de maladies coronaires et de bronchopneumopathie obstructive chez les patients schizophrènes pris en charge en médecine générale ambulatoire par rapport à la population générale.(18)

La revue de littérature de Correll *et al.* de 2018 (19) sur les effets au long cours des traitements par antipsychotiques a montré un intérêt à court et moyen terme (1-3 ans) pour la prévention du risque de rechute. Les données sont plus mitigées à long terme mais il existe un intérêt au long cours pour la prévention du risque suicidaire. Il a été démontré dans une autre étude qu'un traitement par médicaments antipsychotiques ou antidépresseurs bien conduit corrigerait cet écart d'espérance de vie : l'amélioration de l'état mental facilite l'accès aux soins tout comme elle protège du risque suicidaire.(20)

Malgré les risques d'effets secondaires cardiologiques et métaboliques chez les patients traités sur de longues durées, ceux-ci auraient un taux de mortalité inférieur aux patients non traités y compris en termes de décès dus à des maladies cardiovasculaires. Le seul effet indésirable irréversible démontré dans les traitements au long cours est le risque de dyskinésie tardive. Certains patients ne souffriront d'aucune rechute malgré l'absence de traitement ce qui doit continuer à motiver la recherche dans le domaine et la réévaluation régulière des patients traités. (19)

### 1.7. Prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiatriques par rapport à la population générale

Des études ont montré que les patients souffrant de troubles de l'humeur ont plus de risque d'être hospitalisés en service de médecine somatique que les patients sans troubles de l'humeur (21), de même pour les patients souffrants de schizophrénie (22). Ce n'est pas pour autant qu'ils sont suffisamment hospitalisés. Une étude de Sullivan *et al.* (23) en 2006 montre par exemple que les patients se présentant aux urgences

pour des complications de diabète ont moins de chance d'être hospitalisés au décours de la consultation aux urgences s'ils présentent une comorbidité psychiatrique notamment en cas de dépression ou de troubles anxieux.

De plus, la littérature nous montre que la qualité des soins prodigués aux patients souffrant de troubles psychiatriques est parfois inférieure à la population générale.

### **Etat de santé générale**

Crawford *et al.* (24) ont étudié en 2014 en Angleterre, la qualité de l'évaluation et le traitement des pathologies physiques chez les patients schizophrènes. Sur 5091 patients, la totalité des paramètres d'évaluation étudiés étaient retrouvés dans moins d'un quart des dossiers. Sur l'échantillon total, le poids, l'Indice de Masse Corporelle, la tension artérielle, la glycémie et le taux de cholestérol étaient retrouvés chez à peu près la moitié des patients alors que la consommation de tabac, d'alcool et de toxiques étaient recherchés chez 60 à 90% des patients. Les antécédents familiaux étaient enregistrés pour la moitié d'entre eux. La présence d'antécédents augmentait les chances d'avoir un bilan de santé, pourtant près de la moitié des patients ayant un antécédent familial de maladie cardiovasculaire ou de diabète n'avait pas bénéficié de contrôle de glycémie ou de bilans lipidiques dans les 12 derniers mois. Parmi les patients nécessitant une prise en charge spécifique d'un problème somatique, celle-ci a été proposée à seulement un quart des patients présentant une hypertension, à la moitié de ceux présentant une hyperglycémie et à un cinquième de ceux présentant une dyslipidémie.

### **Prescriptions de médicaments**

Une méta-analyse menée par Mitchell *et al.* (25) en 2012 a analysé les différences de prescription entre les patients souffrant de maladie mentale et ceux ne présentant pas de trouble mental. Elle regroupe 61 études comparatives sur les prescriptions de douze classes de médicaments traitant les pathologies cardiaques (inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC), antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARAII), nitroglycérine, anti-coagulants, anti agrégants plaquettaires, bêtabloquants, hypolipémiants), le diabète (insuline), le cancer (chimiothérapies

cytotoxiques), l'arthrose (anti-inflammatoires), l'ostéoporose (traitements de substitution hormonale) et le VIH (traitement antirétroviraux).

L'équité de prescription a été considérée comme inadéquate dans le groupe des maladies mentales sévères, particulièrement dans le groupe schizophrénie seule et dans les troubles de l'humeur et adéquate dans les groupes « autre troubles psychiatriques ». Plus spécifiquement, les prescriptions d'IEC/ARAII, de bêtabloquants, de statines et de nouveaux anticoagulants étaient significativement inférieures contrairement à celles des hypolipémiants et des anticoagulants, des antiagrégants plaquettaires et des antirétroviraux.

Pourtant certaines études montrent que les patients atteints de schizophrénie et d'une comorbidité somatique (diabète et hypertension) auraient une meilleure adhésion aux traitements somatiques qu'à leur traitement antipsychotique (26) et une meilleure observance aux traitements somatiques que la population générale (27).

### **Maladies cardiovasculaires**

L'étude anglaise menée par Woodhead *et al.* (28) en 2016 a évalué les traitements et mesures de prévention mises en place parmi 4056 patients présentant une maladie mentale sévère (MMS) et 270 669 patients ne présentant pas de MMS en se basant sur les recommandations du Quality and Outcome Framework (QOF) (programmes incitatifs pour les médecins généralistes au Royaume Uni).

Au total, pour la plupart des recommandations du QOF, il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les deux groupes. Cependant pour les patients du groupe MMS, les bêtabloquants, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) et les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARAII) étaient significativement moins prescrits.

L'étude canadienne menée par Ritchie et Muldoon en 2017 (29) s'est intéressée à la prévention cardiovasculaire chez 106 patients atteints de MMS par rapport à 212 patients témoins sans MMS. Les résultats ont montré que les taux de dépistage étaient similaires dans les deux groupes et retrouve un plus haut taux de diabète, hypertension et dyslipidémie chez les patients atteints de MMS. Parmi les patients atteints de MMS, ceux bénéficiant d'un suivi par un psychiatre ou un travailleur social présentaient de meilleurs résultats de taux de dépistage.

Cependant cette étude ne s'intéresse pas au traitement de ces facteurs de risque cardiovasculaires.

L'étude australienne menée par Lawrence *et al.* (30) en 2003 s'est intéressée à l'évolution de la mortalité par cardiopathie ischémique des patients psychiatriques d'Australie Occidentale entre 1980 et 1998. Dans la population générale, la mortalité annuelle par cardiopathie ischémique a diminué de 1,9% chez les hommes et de 0,7% chez les femmes alors qu'elle a augmenté de 2,2% chez les femmes atteintes de troubles psychiatriques et n'a pas évolué de façon significative chez les hommes. Les taux d'hospitalisation étaient similaires dans les deux groupes. En revanche les taux de procédure de revascularisation étaient significativement inférieurs à ceux de la population générale pour les hommes souffrant de démence, schizophrénie, troubles de l'humeur et usagers de drogues et chez les femmes souffrant de schizophrénie.

### **Maladies endocriniennes**

Kurdyak *et al.* (31) se sont penchés en 2016 au Canada, sur la qualité des soins dans la prise en charge du diabète chez les personnes atteintes de schizophrénie par rapport aux patients ne souffrant pas de schizophrénie. L'échantillon étudié était composé de 1 131 375 individus atteints de diabète dont 25 628 (2,3%) souffrant de schizophrénie. La schizophrénie était associée à une évaluation de moins bonne qualité sur les trois variables recommandées (HBA1c, bilan lipidique et examen ophtalmologique) et une majoration du risque de passages aux urgences et d'hospitalisation en lien avec le diabète.

L'étude allemande menée en 2015 par Galler *et al.* (32) a exploré les facteurs de risque métaboliques et le contrôle de la glycémie chez des patients de moins de 25 ans atteints de diabète de type 1 traités par antipsychotiques par rapport à des patients sans traitement antipsychotique. Au total, dans le groupe de patients traités par antipsychotiques, l'IMC était plus élevé et les dyslipidémies, les hypoglycémies sévères et les acidocétoses plus fréquentes. En revanche, les prévalences d'hypertension, de microalbuminurie et de rétinopathies étaient comparables dans les deux groupes. Les contrôles de glycémie et les stratégies thérapeutiques (injections d'insuline et pompes à insuline) sont mis en place de manière équivalente. Malgré

cela, on retrouve des hémoglobines glyquées supérieures dans le groupe de patients traités par antipsychotiques.

## **Maladies rénales**

L'insuffisance rénale chronique (IRC) et les maladies mentales sévères (MMS) étant chacune associées à un risque d'hospitalisations répétées, l'étude américaine en 2013 par McPherson *et al.* (33) a essayé de déterminer si la présence d'une comorbidité psychiatrique était associée à une majoration du risque d'hospitalisation à la suite d'un passage dans un service d'urgences chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique. Au total, le risque d'hospitalisation était significativement majoré chez les patients atteints d'IRC associée à un trouble psychiatrique. En revanche le risque de décès à la suite d'une hospitalisation n'était pas significativement majoré.

De plus l'insuffisance rénale chronique (IRC) étant plus fréquente dans les populations atteintes de maladies mentales sévères (MMS) que dans la population générale, l'étude anglaise de 2014 d'Iwagami *et al.* (34) a montré une disparité des traitements proposés aux différentes populations. Chez les patients atteints de MMS, 50% étaient hémodialysés, 2% bénéficiaient de dialyse péritonéale et 48% de transplantation rénale contre respectivement, 26% pour l'hémodialyse, 7% pour la dialyse péritonéale et 66% pour la transplantation rénale dans la population sans MMS. La transplantation rénale étant pourtant associée à une meilleure qualité de vie.

En France, une pathologie psychiatrique non stabilisée est une contre-indication relative à la greffe rénale. (35)

## **Recommandations HAS pour la prise en charge somatique des patients avec un diagnostic psychiatrique**

En 2015, la Fédération Française de Psychiatrie et le Conseil National Professionnel de Psychiatrie ont élaboré une série de recommandations de bonne pratique afin d'améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. (36)



Il est recommandé :

- De dépister et surveiller les comorbidités somatiques des patients atteints de schizophrénie ou de troubles bipolaires dans la pratique psychiatrique.
- D'évaluer la balance bénéfice-risque au sein d'une collaboration étroite psychiatre / médecin généraliste (ou autre spécialiste).
- De promouvoir la coordination des soins avec tous les acteurs.
- D'être proactif pour dépister les comorbidités somatiques de ces patients.
- D'identifier clairement le soignant assurant le suivi somatique.
- De rechercher systématiquement les facteurs de risque cardiovasculaire :
  - Diabète
  - Hypertension artérielle
  - Dyslipidémie
  - Syndrome métabolique
  - Obésité
  - Tabagisme
- De mettre en place une évaluation systématique des bénéfices-risques du traitement psychotrope.
- D'évaluer le mode de vie du patient : sédentarité, habitude alimentaire, retrait social
- De mesurer l'Indice de Masse Corporel (IMC) et le périmètre abdominal.
- De pratiquer un électrocardiogramme initial de base et de le contrôler en fonction des facteurs de risque cardiovasculaire.
- D'effectuer systématiquement aux urgences et au cours de l'hospitalisation un examen somatique avec traçabilité dans le dossier.
- De rechercher systématiquement les addictions et de les prendre en charge.
- Aux psychiatres d'améliorer leur communication (courrier, compte-rendu) avec les autres spécialistes et le médecin traitant.
- Au médecin traitant d'adresser des courriers aux psychiatres sur son suivi somatique.
- De mettre en place des groupes de psychoéducation de suivi somatique pour les patients et leurs familles.

Ces recommandations ont reçu le label HAS.

La littérature montre donc que les patients souffrant de troubles psychiatriques hospitalisés en service médicochirurgicaux ont généralement une durée de séjour plus longue et les ressources utilisées (examens complémentaires, avis spécialisés) sont plus importantes que dans la population générale. Ils sont également plus à risque de complications et effets secondaires (infections et détresse respiratoire post opératoire, thrombose veineuse profonde, admissions en soins intensifs et décès) et de ré hospitalisation (37). Par ailleurs, comme décrit précédemment la qualité des traitements entrepris est parfois inégale avec la population générale.

Une des hypothèses pour expliquer cela est l'existence d'une stigmatisation dans le milieu médical et paramédical envers les patients souffrant de troubles psychiques.

## 1.8. Stigmatisation des patients avec un diagnostic psychiatrique en médecine somatique

### Définitions de la stigmatisation

Le terme stigmatisation vient du grec ancien *stizein* qui signifie tatouer, marquer au fer rouge et *stigma* qui renvoie à la marque physique d'identification que l'on imprimait sur la peau des esclaves de la Grèce antique pour rappeler leur statut inférieur aux autres membres de la société.

L'action de stigmatiser se définit par le fait de dénoncer, critiquer publiquement quelqu'un ou un acte que l'on juge moralement condamnable ou répréhensible (définition Larousse).

D'après Erving Goffman, le stigmate n'est pas un attribut en soi : il se définit dans le regard d'autrui. Il renvoie à l'écart à la norme : toute personne qui ne correspond pas à ce qu'on attend d'un individu considéré comme « normal » est susceptible d'être stigmatisée. Le stigmate s'analyse donc en termes relationnels.

La personne susceptible d'être stigmatisée s'attache au contrôle de l'information à l'égard de son stigmate (le cacher, le dire à certains, le révéler). La personne stigmatisée doit gérer la tension entre la norme sociale et la réalité personnelle (se voir confrontée aux réactions gênées de son entourage). Elle se trouve généralement

réduite à son stigmate : toutes ses actions sont interprétées à travers ce prisme. Dès lors, elle est mise à l'écart de ceux considérés comme étant dans la norme.(38)

La stigmatisation repose sur des préjugés négatifs qui ne s'appuient sur aucun fondement scientifique. Dans le champ de la maladie mentale, elle comporte trois types de représentations :

- Les notions de violence et de dangerosité qui peuvent être perçues par la population générale comme caractéristique de la maladie mentale.
- Le caractère « hors normes » du malade psychique qui est perçu comme incapable de se conformer à des conventions sociales, des règles de vie ou des lois. Il est considéré comme imprévisible et son incapacité de se soumettre aux contraintes et aux exigences de la société en fait un sujet irresponsable.
- Le malade est enfin perçu comme ayant une perception infantile du monde. (39)

Ces représentations ont pour conséquences trois types d'attitudes de la part du grand public :

- La peur et la crainte pouvant mener à l'exclusion sociale.
- La supposition d'irresponsabilité pouvant entraîner une attitude dirigiste et autoritaire de la part de l'entourage.
- Des attitudes de bienveillance et de protection envers des individus perçus comme infantiles et non autonomes.

### **Le personnel infirmier**

La revue de littérature menée par Zolnierek en 2009 (37) montre que la présence d'un diagnostic psychiatrique peut suffire à catégoriser les patients comme « difficiles ». Cette étiquette influence négativement la qualité des soins infirmiers impactant ainsi directement le pronostic du patient. Cette même revue de littérature recense des études montrant que dans le cas où les infirmiers étaient au courant d'un diagnostic psychiatriques sous-jacent, une réponse différente était planifiée pour répondre à un problème médical aigu. Enfin, les infirmiers en soins somatiques se sentent moins compétents pour s'occuper de ces patients. Ce sentiment peut être amélioré par des formations et une exposition à ce type de patients par le biais de stages.

Ces données sont également retrouvées dans la revue de littérature de Ross et Goldner en 2009 (40). La stigmatisation semble être un obstacle à l'accès aux soins même quand la plainte principale n'est pas psychiatrique, celle-ci pouvant être décrédibilisée voire reliée à la pathologie mentale. De nombreux infirmiers considèrent ne pas avoir les compétences nécessaires pour s'occuper de patients souffrant de trouble psychiatrique notamment en raison d'un manque de connaissances et d'un sentiment de peur. Il persiste dans le corps infirmier la croyance que les pathologies mentales sont dues à un manque de bonne volonté ou de discipline. Ces croyances engendrent des comportements d'hostilité envers les patients.

La notion de peur revient souvent dans la relation avec les patients schizophrènes et ceux présentant une toxicomanie qui sont considérés comme moins accessibles à la discussion, plus imprévisibles et plus dangereux (41).

Dans les maternités, on retrouve chez le personnel infirmier une vision négative de la parentalité chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques et particulièrement concernant leurs compétences parentales (42). En conséquence, les mères souffrant de troubles psychiques bénéficient de moins de soins et d'interventions et peuvent être confrontées à une attitude paternaliste plutôt qu'à une aide à l'autonomisation autour des soins de l'enfant.

Heureusement, d'autres études mettent en avant une attitude plutôt bienveillante à l'égard des patients et une partie des infirmiers considèrent la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques comme une part intégrale de leur pratique. Un des facteurs déterminants reste l'expérience et les formations complémentaires en psychiatrie, permettant de diminuer l'appréhension et la peur vis-à-vis de ces patients (43), (44).

### **Les médecins et étudiants en médecine**

Même si les études montrent que les médecins sont moins stigmatisants que la population générale, leur score à l'échelle CAMI montre tout de même la présence d'une stigmatisation (45). On observe un meilleur niveau d'empathie chez les femmes, les médecins et les étudiants ayant déjà eu une expérience personnelle (ou à travers un membre de leur famille ou amis) avec la maladie mentale envers les patients souffrant de pathologie psychiatrique ou présentant des symptômes somatiques

chroniques inexplicables (46). Il est intéressant de noter que chez les étudiants, le cas le plus stigmatisé correspondait aux symptômes somatiques inexplicables et ce niveau de stigmatisation augmentait avec l'avancée dans les études.

D'après une étude japonaise de 2011 conduite via des questionnaires en ligne, les psychiatres et équipes soignantes psychiatriques seraient moins stigmatisantes et sous estimerait moins les compétences des patients schizophrènes que les somaticiens et la population générale. Cependant, les 4 groupes ont le même niveau de scepticisme concernant la possibilité de soigner la schizophrénie (47).

Les pathologies les plus touchées par la stigmatisation sont dans l'ordre la schizophrénie, les addictions et la dépression. Les troubles anxieux et les démences semblent moins touchées (48–50).

Les raisons principalement évoquées pour expliquer cette stigmatisation sont basées sur un sentiment de peur et des connaissances insuffisantes sur la schizophrénie. Ces données sont similaires à celles retrouvées pour le personnel infirmier (51). Cette même étude retrouve des données assez positives chez les étudiants concernant les possibilités de réhabilitation et de resocialisation de ces patients.

La revue de littérature de Zolnierek (37) montre que la présence d'une équipe psychiatrique de liaison permettrait une amélioration de la qualité de vie et des relations sociales entre l'équipe soignante, le patient et sa famille, mais n'apporterait pas de bénéfice sur l'évolution du patient.

### **Stigmatisation vécue par les patients**

Thornicroft *et al.* évoquent le concept de « *diagnostic overshadowing* » dont de nombreux patients souffrant de troubles psychiatriques seraient victimes. Il s'agit de l'attribution d'un symptôme physique à une maladie psychique existante, entraînant un retard diagnostique et un mauvais traitement des troubles physiques (52,53).

L'étude menée à travers 27 pays en 2013 par Harangozo *et al.* montre que plus de 17% des patients souffrant de troubles psychiatriques disent avoir ressenti de la discrimination dans le cadre de soins pour un problème physique. Ceci peut contribuer à l'évitement du système de soins par les patients atteints de schizophrénie (54).

Une petite étude qualitative néozélandaise datant de 2005 (55) a montré que la présence ou la suspicion de pathologie mentale chez un patient avait un impact négatif sur le patient et le personnel du service. L'étiquette « psychiatrique » n'est pas souhaitée par les patients qui ont l'impression qu'elle impacte la manière dont les soignants vont leur répondre et la manière dont ils se perçoivent. Ils évoquent leur sentiment d'être quelquefois jugés par le personnel médical et se sentent parfois ignorés ou pensent être traités différemment à cause de cette étiquette. Il existe une réelle problématique autour de la communication entre le patient et son médecin, l'un ne sachant pas comment sa plainte va être reçue et l'autre ayant peur d'une réaction potentiellement violente et imprévisible. Le manque de connaissance a été identifié autant par les médecins que par les patients comme pouvant contribuer à ce sentiment de peur et d'incertitude.

C'est en partie pour lutter contre cette stigmatisation et accompagner les équipes soignantes dans les soins et la prise en charge de ces patients qu'il existe un système de psychiatrie de liaison.

### 1.9. La psychiatrie de liaison (56)

La psychiatrie de liaison émerge dans les pays francophones à partir de 1960, dans un premier temps en Suisse, puis en Belgique. C'est à partir de 1970 qu'elle se développe en France d'abord via les urgences psychiatriques, puis sous forme de consultations dans les services de soins somatiques à Paris. Au fil des années, des unités de psychiatrie de liaison se créent à travers la France sous différentes formes en fonction des conditions locales, financières et humaines disponibles.

On retrouve des modèles d'organisations « éclatés » qui reposent sur des vacations de psychiatres et/ou psychologues attachés à un service de médecine et les modèles « centralisés » qui correspondent à des unités de psychiatrie de liaison regroupant l'ensemble des moyens d'interventions psychiatriques ou psychologiques d'un hôpital général. Ces dernières peuvent être sectorielles ou intersectorielles et assurer une activité exclusive de psychiatrie de liaison ou également d'autres activités (urgences psychiatriques, consultations sectorisées ou non, activités universitaires).

## **Missions de la psychiatrie de liaison**

- Les soins psychiatriques de patients hospitalisés en services de soins somatiques et présentant un trouble psychiatrique intercurrent, soit préalable soit secondaire aux troubles somatiques ou à leurs traitements.
- Le soutien aux équipes de soins somatiques fréquemment mises en difficultés par les troubles psychiques des patients.
- La formation des équipes de soins somatiques à la reconnaissance et la prise en charges des pathologies mentales par l'enseignement clinique des notions de base en psychiatrie.

## **Qualités et compétences du psychiatre de liaison**

Le développement d'une activité de liaison de qualité suppose une collaboration étroite avec les unités de soins somatiques ce qui implique un socle de connaissances communes et une reconnaissance des compétences de chacun.

Le psychiatre de liaison doit maîtriser l'ensemble des connaissances théoriques psychiatriques, mais également développer et mettre à jour ses connaissances médicales notamment la connaissance des interactions somato-psychiatriques des médicaments (effets psychotropes des traitements somatiques, effets somatiques des traitements psychotropes, interactions médicamenteuses). Une expertise spécifique peut s'avérer intéressante si le psychiatre est amené à travailler dans des unités particulières (chirurgie bariatrique, service mère-enfant, chirurgie plastique et réparatrice, oncohématologie...).

Il doit être inséré à la fois dans l'institution somatique et psychiatrique ce qui suppose de bien connaître le fonctionnement des différentes institutions. Des qualités relationnelles sont également nécessaires : sens du contact avec des intervenants multiples et de cultures professionnelles diverses, curiosité pour les autres cultures, savoir-faire relationnel, adaptabilité aux multiples fonctionnements rencontrés, capacités de désamorçage des conflits lors de tensions ou de difficultés au sein des équipes, capacité à corriger les dysfonctionnements systémiques rencontrés.

## Adhésion des équipes de soins aux recommandations des psychiatres de liaison

Une revue de littérature effectuée en 2010 par Leentjens *et al.* (57) montre que l'adhésion ne serait globalement pas liée aux caractéristiques du patient notamment au diagnostic psychiatrique ou somatique. Cependant, elle serait meilleure si le consultant de liaison est un senior, s'il existe une structure de liaison intégrée au fonctionnement de l'hôpital, si le patient a été vu plusieurs fois au cours de son séjour hospitalier et si une prescription a été faite par le consultant en psychiatrie lui-même plutôt que simplement suggérée par ce dernier.

Elle dépendrait également du type de service demandeur (les services de chirurgie seraient moins adhérents que les internistes ou gynécologues) et du type de suggestion (meilleure adhésion aux propositions thérapeutiques qu'aux suggestions diagnostiques). La recommandation concernant la prescription de psychotropes chez un patient n'en prenant pas serait moins suivie que le conseil de changer ou d'arrêter un produit. Les recommandations sur la prise en charge après la sortie seraient mieux suivies si elles sont données tôt.

### 1.10. Divergences et erreurs de prescription en population générale

Nous avons vu précédemment que l'organisation du système de soin faisait partie des facteurs de risque de mal-observance en raison du possible manque de coordination entre les différents partenaires de santé (7). C'est en partie pour cette raison qu'a été développée la conciliation médicamenteuse.

La conciliation des traitements médicamenteux est une démarche de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses visant à garantir la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient dans son parcours de soins. Elle repose sur la transmission et le partage des informations complètes et exactes des traitements du patient entre les professionnels de santé et le patient, tout au long de son parcours (58). Elle est généralement réalisée par les pharmaciens hospitaliers.



## Prévalence et types de divergences de prescription

La revue de littérature menée en 2005 par Tam *et al.* (59) regroupe 22 études parues entre 1966 et 2005 qui totalisent 3755 patients. Cette revue montre une moyenne de 67% de divergence de prescription (oubli ou ajout de traitement) à l'admission des patients à l'hôpital. Parmi ces données, cinq études distinguent les divergences intentionnelles et non intentionnelles et montrent 27-54% d'erreurs de prescription et 19-75% de divergences non intentionnelles.

D'autres études se sont intéressées plus précisément à la nature des divergences qu'elles soient intentionnelles ou non.

Sur 117 divergences étudiées par Lombardi *et al.* (60) en 2016 dans un service de cardiologie d'Amérique Latine, 71,8% des erreurs correspondaient à des omissions dont 42% non intentionnelles, 18% à des erreurs de dosage dont la moitié non intentionnelle, 9,4% à des erreurs de moment d'administration toutes non intentionnelles et 0,8% à des erreurs de voie d'administration toutes non intentionnelles.

Breuker *et al.* (61) a mené une étude similaire entre 2013 et 2015 dans un service d'endocrinologie français et retrouve 29,4% de divergences de prescription à l'admission ou à la sortie sur un total de 905 patients dont 59,3% d'omissions sur 385 divergences étudiées.

Ces données sont également confirmées par des études de Van Der Luit *et al.* (62) aux Pays-Bas en 2015 et Hellström *et al.* en Suisse en 2012 (63) portant sur les patients admis en hôpital général. Celles-ci montrent que les divergences les plus fréquentes seraient les erreurs de dosage et les omissions de traitement. Elles mettent en avant un risque majoré en cas de polymédication.

Pippins *et al.* (64) retrouve dans son étude américaine en 2008 que 72% des divergences non intentionnelles seraient dues à une erreur de recueil de données à l'admission.

Ces données montrent l'intérêt d'un programme de conciliation médicamenteuse à l'hôpital comme confirmé par la revue de littérature de Mekonnen *et al.* (65) en 2016 portant sur 19 études totalisant 15 525 patients. La conciliation médicamenteuse réduit globalement le risque de divergence de prescription. Cette réduction est significative

dans les études s'intéressant à la conciliation réalisée à l'admission ou à la sortie. Dans les études s'intéressant aux conciliations réalisées à chaque transition de service de soin, on ne retrouve pas de plus-value significative.

## **Facteurs de risque**

Plusieurs facteurs prédictifs de divergences de prescription sont retrouvés dans la littérature.

Une étude réalisée en service de cardiologie français en 2016 (66) sur un mois met en avant la barrière de langue, le faible niveau d'éducation, la présence d'au moins 2 comorbidités et la prise d'au moins 8 médicaments comme facteurs de risque. Le nombre élevé de comorbidités est également identifié comme facteur de risque dans une étude s'intéressant aux patients hospitalisés via les urgences avec une maladie chronique utilisant au moins 2 traitements de fond (67).

La revue de littérature de Hias *et al.* en 2017 portant sur 35 études (68) identifie quant à elle les facteurs prédictifs suivant : nombre de médicaments avant admission, âge, entrée via le service d'urgence (versus une entrée programmée), l'accessibilité à l'ordonnance via un dossier informatisé, la compréhension du patient de ses traitements, le nombre de traitements à risque, le service d'admission (une étude montrant plus de divergences en chirurgie qu'en cardiologie), l'expérience du médecin s'occupant de l'admission, le nombre de consultations externes au cours de la dernière année et l'utilisation d'un système de prescription électronique.

## **Impact des divergences**

Les divergences de prescription, si elles ne sont pas corrigées, peuvent avoir des conséquences sur l'évolution clinique des patients.

Gleason *et al.* (69) se sont intéressés en 2004 aux admissions directes de 204 patients à l'hôpital général en excluant les patients ayant des difficultés de communication et ont retrouvé 55% de divergences de prescriptions dont 22% qui auraient pu nuire au patient au cours de l'hospitalisation et 59% qui auraient pu lui nuire si les prescriptions avaient été poursuivies à la sortie.

Vira *et al.* (70) rapportent parmi 60 patients admis à l'hôpital général au Canada en 2006, 60% de divergences non intentionnelles dont 18% avec un impact clinique potentiellement important. Aucune n'ayant été détectée par les cliniciens avant l'intervention des pharmaciens en charge de la conciliation médicamenteuse.

En prenant en compte le risque majoré de divergence chez les patients âgés, l'étude de Quélenec *et al.* (71) s'est intéressée aux patients de plus de 65 ans admis en service de médecine interne français en 2012 et a mis en évidence 33,2% de divergences de prescription dont 6,4% qui auraient pu entraîner une détérioration clinique et 20,8% la nécessité d'un monitoring ou d'une intervention.

### **Divergences en psychiatrie**

Évidemment, les hôpitaux psychiatriques sont également pourvoyeur d'erreurs de prescription.

Soerensen *et al.* (72) ont mis en évidence à travers l'analyse de 1291 prescriptions d'un service de psychiatrie danois en 2015, 349 prescriptions potentiellement inappropriées : 36% avec un risque d'interactions médicamenteuses, 16% de dosage excessif. Parmi ces prescriptions, 12% étaient potentiellement mortelles. Les facteurs de risques identifiés sont la polymédication et association avec une pathologie somatique.

Plusieurs études se sont intéressées aux populations présentant plusieurs comorbidités, prenant plusieurs traitements, aux personnes âgées, mais aucune étude n'a été retrouvée sur la population souffrant de troubles psychiatriques admises à l'hôpital général en service médicochirurgical.

## 1.11. Vignettes cliniques

Afin d'illustrer la réflexion, voici quelques situations cliniques rencontrées au cours d'un semestre en psychiatrie de liaison.

### **Mr P**

Mr P est un patient dépressif chronique de 79 ans vivant en EHPAD, peu autonome, il bénéficie d'une mesure de tutelle.

Il est veuf, a une fille et une petite fille. Il est actuellement retraité et travaillait auparavant comme commercial dans la vente de voiture. Il est assez isolé, ne reçoit quasiment aucune visite familiale.

Il a plusieurs antécédents d'hospitalisations en clinique psychiatrique pour des épisodes dépressifs, mais ne serait pas suivi régulièrement par un psychiatre actuellement. Ses traitements psychotropes sont renouvelés et gérés par son médecin généraliste qu'il voit régulièrement.

Au niveau somatique dans ses antécédents on retrouve :

- Infarctus du myocarde avec angioplastie, mise en place d'un stent nu, puis d'un stent actif
- Dermatose bulleuse et prurigineuse
- Polyarthrose
- Hémorroïdes
- Prolapsus rectal
- Hypertrophie bénigne de prostate
- Appendicectomie

Au niveau psychiatrique on retrouve un syndrome dépressif chronique sans notion de passage à l'acte qui a motivé plusieurs hospitalisations, il n'y a pas de notion d'épisode maniaque ou délirant antérieur.

Son traitement médicamenteux somatique en institution était le suivant :

- AVODART® (Dutasteride) 0.5 mg
- CETIRIZINE 10 mg

- CORDARONE® (Amiodarone Chlorhydrate) 200 mg
- XATRAL® (Alfuzosine) LP 10 mg 1/j
- ELIQUIS® (Apixaban) 2.5 mg 1-0-1
- CARDENSIEL® (Bisoprolol) 1.25 mg

Son traitement psychotrope initial comprend :

- Deux antidépresseurs (VENLAFAXINE 37.5 mg 3/j et MIRTAZAPINE 15 mg 1/j)
- Deux benzodiazépines
- Un hypnotique (ZOPICLONE 7,5 mg).

Il ne consomme pas de toxiques.

Il est amené aux urgences en septembre 2019 à la suite de l'apparition brutale d'hallucinations visuelles avec désorientation temporo-spatiale évoluant depuis trois jours. L'imagerie cérébrale (scanner cérébral sans injection réalisé aux urgences) ne retrouve aucune étiologie, le bilan sanguin montre un déséquilibre ionique motivant une hospitalisation en service de Gériatrie. Il ne rencontre pas de psychiatre aux urgences.

La réhydratation débutée aux urgences et poursuivie en service de gériatrie permet une amélioration partielle de la confusion.

L'équipe de liaison psychiatrique est sollicitée deux jours après l'admission devant la persistance d'hallucinations, des propos incohérents avec notamment des éléments de persécution et une humeur triste associée à une symptomatologie anxieuse importante. L'équipe du service présente le patient comme « délirant ».

Dans le service, le traitement prescrit ne comprend plus qu'un antidépresseur (VENLAFAXINE) et un anxiolytique (OXAZEPAM). La diminution des benzodiazépines est justifiée, la prescription de celles-ci chez le sujet âgé n'étant pas recommandée sauf de façon transitoire en cas de troubles du sommeil ou d'anxiété sévère. Le motif d'arrêt des autres traitements est peu clair, sans réel lien avec la présentation clinique. L'équipe médicale aurait estimé que le traitement était « trop lourd » tout en notant que le tableau anxiodépressif n'était pas pris en charge de façon optimale et qu'un traitement par antidépresseur par voie intraveineuse était envisagé.

A l'examen psychiatrique, le patient a une présentation négligée probablement en lien avec son manque d'autonomie pour les gestes du quotidien. Le contact est sans méfiance, le faciès est peu expressif.

Il présente un état confusionnel au premier plan avec une désorientation spatiotemporelle importante, il pense toujours être dans sa maison de retraite et n'est pas capable de se situer dans le temps.

Le discours est assez pauvre et discordant. La composante anxieuse est importante, l'humeur assez basse sans idées noires, il existe un ralentissement psychomoteur, un apragmatisme et une apathie.

Quelques éléments de persécution sont retrouvés avec notamment des idées de préjudice et de ruine financière « *on m'a volé mes meubles, j'ai tout perdu* », certains éléments de son discours se révèlent faire partie de l'histoire de vie de son voisin de chambre en EPHAD, notamment les cambriolages évoqués. Il n'existe pas de troubles des conduites instinctuelles. Il évoque spontanément des hallucinations visuelles d'animaux qui seraient dans sa chambre « *il y a un lapin dans le coin de la chambre et hier j'ai vu passer un chien* ». L'adhésion aux phénomènes hallucinatoires est faible.

La généraliste du patient n'ayant pas été informée de l'hospitalisation du patient, l'équipe de liaison se met en lien avec elle. Elle décrit un patient dépressif chronique avec un état clinique plutôt stable depuis plusieurs mois et un tempérament mélancolique. Le patient n'étant pas suivi par un psychiatre, le traitement avait été réévalué 8 mois plus tôt par le psychiatre qui l'avait reçu lors de sa dernière hospitalisation en clinique plus d'un an avant l'hospitalisation actuelle.

L'ajout de la MIRTAZAPINE au traitement en place depuis plusieurs années par Venlafaxine aurait permis une amélioration partielle de l'humeur du patient même si celle-ci restait basse avec une apathie. Il a depuis quelques mois un voisin de chambre en EPHAD qui aurait également améliorer son humeur en diminuant son isolement permettant ainsi une légère amélioration des interactions sociales.

Le médecin nous informe avoir reçu le patient en consultation 48h avant l'admission aux urgences, à ce moment-là l'état clinique était inchangé, il ne présentait pas d'hallucinations. Par ailleurs, elle ne rapporte pas de troubles cognitifs importants connus. Il s'agirait donc d'une rupture brutale avec l'état antérieur.

Au vu de ces éléments, nous conseillons la réintroduction de la MIRTAZAPINE qui avait été arrêtée à l'entrée, une adaptation de l'anxiolyse sur la journée, la prise d'un avis neuropsychologique et la réalisation d'examen complémentaires afin d'explorer les causes de rupture brutale avec l'état antérieur et une possible entrée dans une démence.

La neurologue contactée pour le bilan neuropsychologique évoque une suspicion de démence à Corps de Lewy devant l'association de fluctuations des performances cognitives et d'hallucinations visuelles et indique la réalisation d'un DAT scan.

Lorsque nous réévaluons le patient quelques jours après, nous notons une disparition des éléments de persécution. Cependant le patient reste très confus et l'humeur ne s'est pas améliorée, les hallucinations visuelles persistent à bas bruit. On remarque que la MIRTAZAPINE n'a finalement pas été prescrite par les gériatres sans justification de leur part sur ce choix. En revanche, à la suite d'une recrudescence anxieuse avec agitation psychomotrice, de la RISPERIDONE 1 mg 2/j a été introduite entre temps par l'équipe gériatrique.

Le patient retourne finalement en EPHAD avant d'avoir bénéficié des explorations supplémentaires pour les troubles neuropsychologiques qui sont organisées en externe. Le tableau hallucinatoire a régressé entièrement mais aucune amélioration de l'humeur n'est notée et la désorientation spatiotemporelle reste importante.

Sur le plan thérapeutique il sort sous VENLAFAXINE 37.5 mg trois fois par jour, RISPERIDONE 1 mg deux fois par jour et de l'OXAZEPAM 10 mg à la demande en cas de recrudescence anxieuse, aucun suivi psychiatrique ambulatoire n'a pu être organisé avant la sortie du patient. Il sera donc revu par son médecin généraliste.

Le séjour relativement court en unité n'a pas permis une adaptation optimale du traitement antidépresseur et anxiolytique. Le traitement antipsychotique était bien toléré et aurait permis une amélioration de l'état clinique cependant, dans ce contexte de suspicion de démence à Corps de Lewy, la prescription d'antipsychotique doit se faire à faible dose et sur une courte période en raison du risque de majoration du syndrome extrapyramidal.

L'hypothèse diagnostique est une entrée dans une démence à Corps de Lewy chez un patient dépressif chronique mal stabilisé par les traitements antidépresseurs. Il n'existait pas d'élément de mélancolie délirante (pas de notions de culpabilité, d'indignité, d'incurabilité et de ruine ou de faute personnelle retrouvée) et les éléments de persécutions présents font partie des tableaux fréquents de dépression du sujet âgé. Les troubles cognitifs qui évoluaient probablement à bas bruits depuis plusieurs mois et les hallucinations visuelles font suspecter une entrée dans la démence. Le diagnostic n'a ici pas pu être confirmé et ne remet pas en question la nécessité d'un accompagnement psychiatrique pour ce patient. Cependant, celui-ci devra se faire en parallèle d'une prise en charge plus spécifique neurologique à travers un travail coordonné entre les différents médecins impliqués.

### **Remarques et difficultés rencontrées**

Les difficultés principalement rencontrées ici sont en lien avec la position du psychiatre de liaison qui n'a qu'un rôle de consultant. Les propositions thérapeutiques ne sont parfois pas suivies et les décisions de prescription ne se font pas systématiquement en lien avec lui. De plus, il arrive que les patients vus en liaison sortent d'hospitalisation médicochirurgicale avant d'avoir pu être réévalué ou qu'une prise en charge ambulatoire soit organisée. Par ailleurs, la différence entre confusion et délire est parfois mal évaluée par les équipes, la frontière entre les tableaux pouvant être difficile à percevoir. Ceci conduit le psychiatre de liaison à intervenir dans des situations dans lesquelles le tableau clinique aigu n'est pas psychiatrique. Enfin, probablement du fait d'un manque de connaissances et de formation autour de la prescription de psychotropes, ceux-ci sont fréquemment « triés » car estimés trop « lourds » parfois sans prendre l'avis du psychiatre en charge du patient.

### **Autres situations cliniques : Mme M., M. R., M. S**

Mme M, 45 ans, est une patiente schizophrène admise en soins intensifs pour une occlusion intestinale sous CLOZAPINE. Sur les conseils de l'équipe psychiatrique, le traitement est arrêté à l'admission ce qui permet une amélioration du syndrome occlusif. Elle est transférée en service de gastro-entérologie pour la suite de sa prise en charge, mais le syndrome occlusif récidive en cours d'hospitalisation car la



CLOZAPINE a été réintroduite au moment du changement de service malgré l'indication d'arrêt du traitement. La CLOZAPINE est à nouveau interrompue au profit de l'introduction d'un autre traitement antipsychotique. L'état somatique s'améliore permettant un transfert en service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). L'équipe du SSR contacte l'équipe de liaison à l'arrivée de la patiente car la CLOZAPINE est indiquée dans les traitements de sortie et demande s'il faut la reprendre. La patiente a ici été victime d'un manque de communication entre les services de soins la prenant en charge.

M. R, 55 ans, est un patient schizophrène stabilisé par ARIPIPRAZOLE per os, hospitalisé en neurologie. L'équipe de liaison est sollicitée un mois après le début de l'hospitalisation devant l'apparition d'éléments hallucinatoires. Le traitement antipsychotique n'avait pas été reconduit à l'admission du patient, il est donc en rupture de traitement depuis l'entrée. Sa réintroduction permet une amélioration des symptômes. Quelques semaines après, le service sollicite l'équipe psychiatrique à nouveau pour une recrudescence hallucinoïde, à l'examen du dossier il apparaît que le traitement n'avait pas été prescrit pour la durée totale du séjour et qu'il s'est arrêté automatiquement et n'a pas été reconduit quelques jours avant. La prescription est à nouveau reconduite permettant une stabilisation de l'état psychiatrique du patient.

M. S est un patient de 38 ans admis aux urgences pour des douleurs abdominales. Il s'agit d'un patient toxicomane sous traitement substitutif aux opiacés par METHADONE. Afin de permettre une exploration de ses symptômes, il est admis en service d'hospitalisation de courte durée. Le lendemain de l'admission, l'équipe de liaison addictologique est sollicitée en raison d'un état d'agitation aigu du patient. L'analyse du dossier met en évidence l'oubli de prescription du traitement par METHADONE engendrant chez le patient une situation de manque avec agitation et majoration des douleurs abdominales. La réintroduction du traitement permet une diminution de l'agitation et la poursuite de la prise en charge dans de meilleures conditions.

La littérature nous montre donc que les divergences et erreurs de prescriptions à l'admission dans un service médicochirurgical sont fréquentes en population générale. Nous avons pu également remarquer que les patients souffrant de troubles psychiatriques se voient parfois proposer une prise en charge médicale différente de la population générale. De plus, les conséquences d'un traitement psychotrope mal conduit peuvent s'avérer très délétères pour les patients souffrant de pathologies psychiatriques et l'organisation du système de soin à été identifiée comme un déterminant de l'observance.

Les vignettes cliniques et les données précédemment présentées nous ont conduits à vouloir explorer les risques d'erreur de prescription à l'admission dans un service médicochirurgical chez les patients présentant un trouble psychiatrique.

## 2. Matériel et méthode

### 2.1. Population source et critères d'exclusion

La population étudiée correspond aux patients hospitalisés dans les services médicochirurgicaux de l'hôpital général d'Aix en Provence pour lesquels une demande d'évaluation psychiatrique a été envoyée à l'équipe de liaison psychiatrique et addictologique du centre hospitalier. Cette équipe est constituée de quatre infirmiers, deux affiliés à la psychiatrie générale et deux à l'addictologie. L'équipe médicale psychiatrique du Centre d'Accueil Permanent est également amenée à intervenir dans cette équipe.

Les patients n'ayant pas de diagnostic psychiatrique préexistant à la consultation de psychiatrie de liaison ont été exclus de l'analyse, ces derniers n'ayant pas de traitement psychotrope avant la prise en charge.

### 2.2. Données : recueil et analyse

Les données de l'étude ont été recueillies par le biais d'une fiche anonymisée (Annexe 1) par les infirmiers de l'équipe de liaison pour chaque nouvelle demande. L'objectif de ce recueil était d'évaluer la prévalence des divergences de prescription à l'admission et de s'intéresser à la nature de ces divergences.

Le questionnaire évaluait tout d'abord le contexte de la demande d'avis psychiatrique, demandant de préciser le service demandeur, l'écart entre les dates d'entrée et de demande d'avis, le motif de la demande ainsi que l'existence d'un diagnostic psychiatrique préexistant à la prise en charge par l'équipe de liaison. Nous avons ensuite fait préciser la source du traitement psychiatrique habituel du patient : dossier informatisé, patient, psychiatre traitant et/ou médecin traitant. Puis nous avons comparé les traitements prescrits dans le service et noté s'il existait une divergence entre ce traitement et le traitement habituel du patient.

En cas de divergence, nous avons établi, pour chaque molécule concernée, la nature de la divergence : traitement arrêté ou prescrit de façon différente par le médecin (arrêt

en lien avec le motif d'admission somatique, attente de l'avis de l'équipe de liaison, différence de posologie), traitement non prescrit par le médecin (non connaissance de l'existence d'une prescription psychiatrique, traitement non disponible sur le centre hospitalier) ou traitement arrêté par le patient avant son admission en soins somatiques. Enfin, nous avons recueilli l'existence et la nature d'une proposition d'adaptation thérapeutique et si celle-ci a été suivie.

Les données ont été recueillies entre Novembre 2019 et Mars 2020. Elles ont ensuite été transcrites dans le logiciel WEPI afin de créer deux bases de données. La première regroupe les caractéristiques des patients pris en charge (âge, sexe, diagnostic, service de prise en charge, date d'entrée, date de demande et motif de la demande de consultation), l'existence de divergences de prescription et leur nombre. La seconde recense les divergences de prescription, identifiant ainsi pour chaque traitement le motif de divergence et la proposition d'adaptation thérapeutique correspondante.

L'analyse des données a été faite à partir des deux bases de données exportées sur EXCEL, avec création de tableaux croisés dynamiques. Des analyses univariées ont été réalisées : test du Chi2, par défaut test de Fisher lorsque certains effectifs étaient inférieurs à 5.

Cette étude a pour objectif principal d'évaluer la prévalence des divergences de prescription chez les patients souffrant d'une pathologie psychiatrique admis en service médicochirurgical.

L'objectif secondaire est de caractériser ces divergences de prescription pour chaque traitement prescrit de façon différente du traitement habituel.

### 3. Résultats

#### 3.1. Caractéristiques des demandes d'avis

Pendant la durée de l'étude, les données de 146 patients ont pu être recueillies. Parmi eux, 46 patients ont été exclus des analyses devant l'absence d'antécédent psychiatrique préalable à la demande d'avis psychiatrique. Les patients présentant une addiction isolée ont été gardés dans l'effectif. Parmi les 100 patients étudiés, 37 présentaient des divergences de prescription, avec au total 64 divergences puisque pour un même patient plusieurs divergences pouvaient être observées (figure 1).

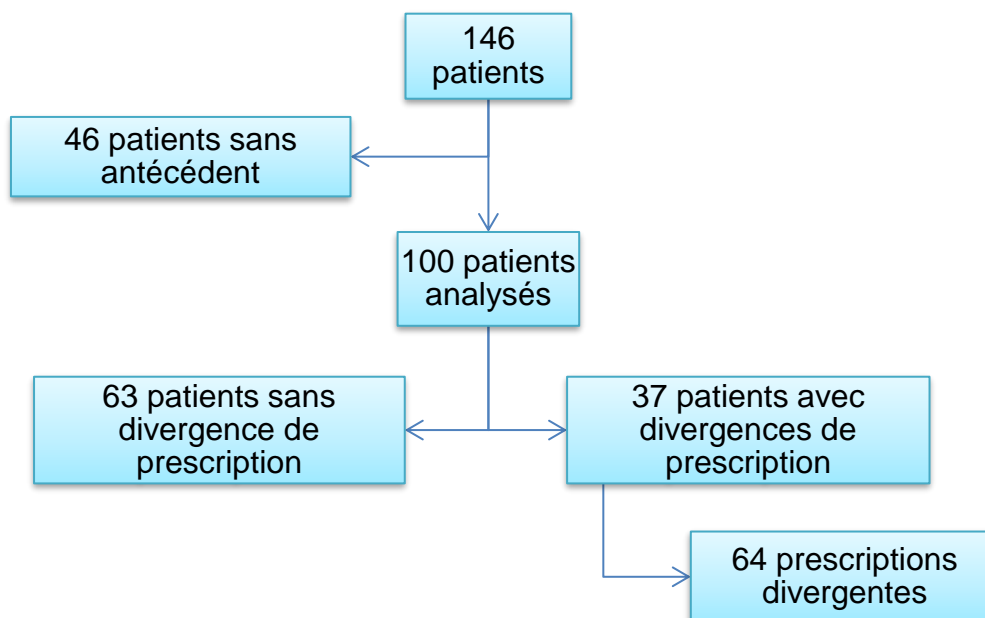


Figure 1 : Flow chart

Les patients étaient répartis dans 17 services de l'hôpital général d'Aix en Provence. Nous avons ensuite rassemblé les services afin de créer 5 groupes : Soins intensifs/Réanimation (16%), Chirurgie (10%), Médecine (Gastroentérologie, Endocrinologie, Néphrologie, Rhumatologie, Pneumologie, Gynécologie, Médecine Physique et de Réadaptation, Cardiologie, Hémodialyse, Médecine interne, Hématologie, Neurologie) (64%), Court séjour gériatrique (5%) et Maternité (5%) (figure 2).

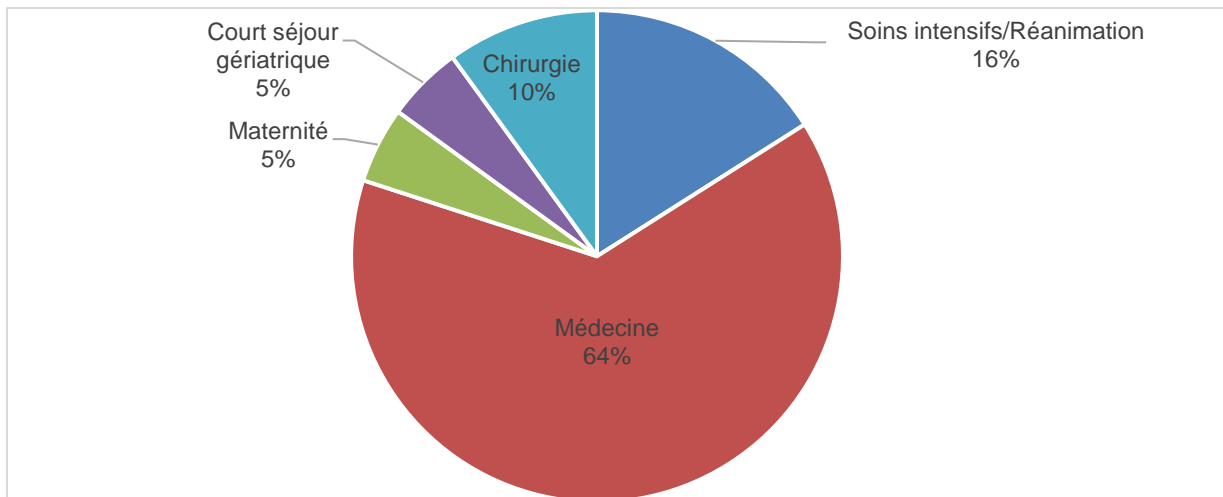


Figure 2 : Répartition des patients après regroupement des services.

L'équipe de liaison intervient à la demande de l'équipe médicale somatique en charge du patient, le délai entre la date d'entrée et la date de demande varie de 0 à 31 jours avec une médiane à 2 jours et une moyenne à 3,86 jours (IC 95% [2,70-5,01]).

Les motifs de demande d'avis ont été regroupés en 3 situations : une demande d'adaptation du traitement (21%), un avis concernant l'apparition d'un symptôme psychiatrique (57%) ou la présence d'un antécédent psychiatrique connu chez le patient (22%) (figure 3).

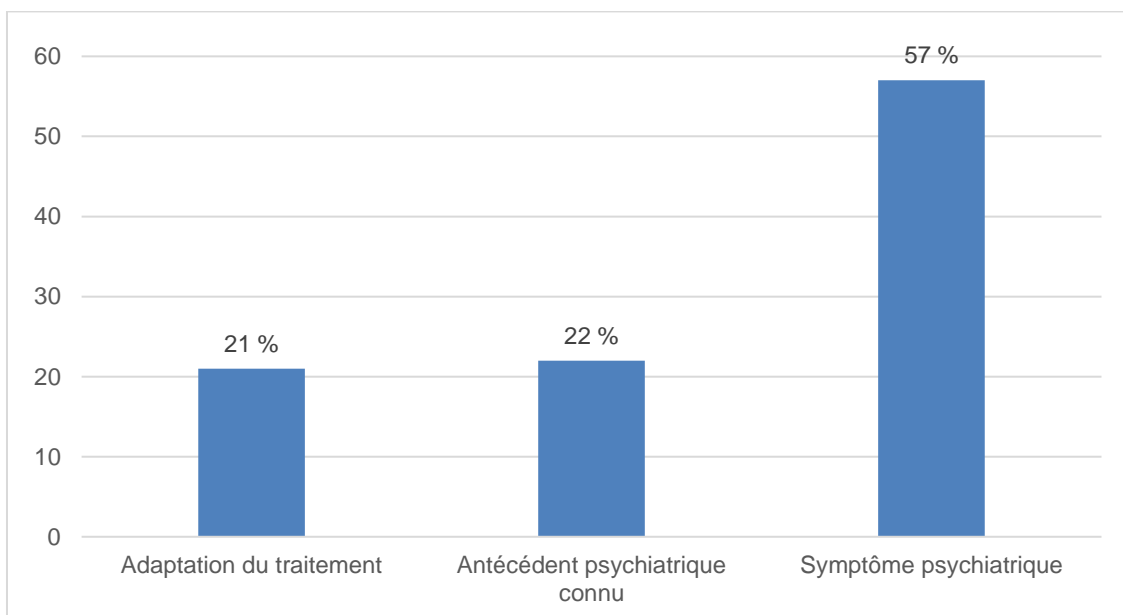


Figure 3 : Répartition des motifs de demande d'avis dans les services.



### 3.2. Caractéristiques de la population étudiée

Les 100 patients étaient à 55% des femmes et 45% des hommes, l'âge variait de 17 à 93 ans avec une moyenne de 57 ans et une médiane à 59 ans, une répartition par tranche d'âge est également présentée dans le tableau 2.

Parmi les pathologies psychiatriques (figure 4), on retrouve essentiellement des patients présentant un trouble dépressif (43%) dont 2,3% avec comorbidité addictive, suivent ceux souffrant de troubles bipolaires (19%) dont 16% avec comorbidité addictive et de schizophrénie (14%) dont 14% avec comorbidité addictive, les troubles de la personnalité représentent 9% des patients dont 22% avec comorbidité addictive et les troubles anxieux 7% de l'effectif, seulement 1% présentait une psychose hallucinatoire chronique, 7% ne présentaient qu'une addiction isolée. Au total 8% des patients présentaient une pathologie duelle (diagnostic psychiatrique et addictologique).

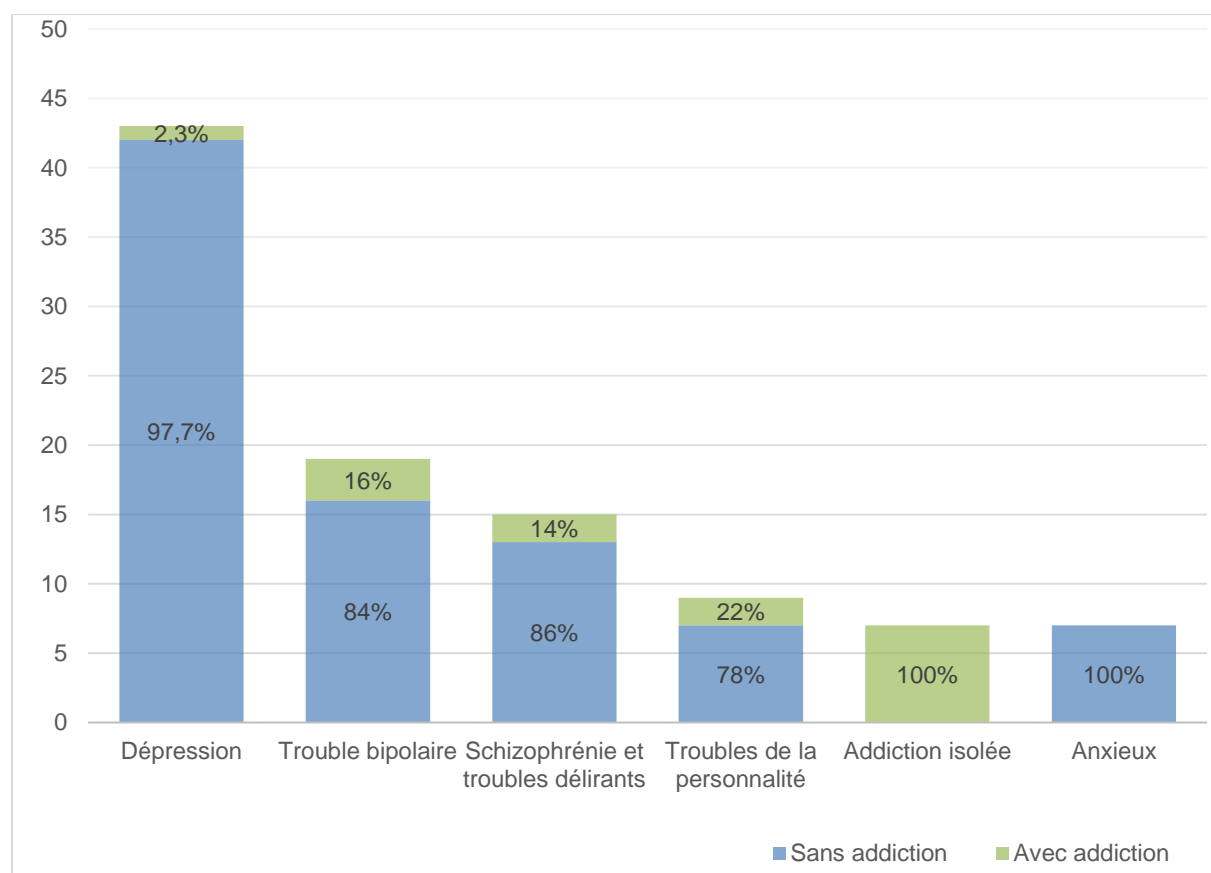


Figure 4 : Répartition des pathologies psychiatriques dans la population de patients avec la proportion de comorbidités addictives.

### 3.3. Objectif principal : Prévalence des divergences de prescription

Les questionnaires ont permis de recenser 37% de prescriptions divergentes, le nombre moyen de divergences était de 1,7 divergences par patient.

La source utilisée par l'équipe de liaison pour vérifier le traitement d'origine était le Dossier Patient Informatisé dans 42% des cas, 39% des patients ont renseigné eux-mêmes leur traitement, dans 13% des cas, la source était le psychiatre traitant et le médecin généraliste pour 6% des patients. La figure 5 montre la répartition des sources en fonction de la présence d'une divergence ou non, on peut remarquer que la proportion de patients ayant renseigné leur traitement est significativement ( $p=0,03$ ) plus importante dans le groupe dont le traitement a été correctement prescrit. Pour les autres sources il n'y a pas de différence significative.

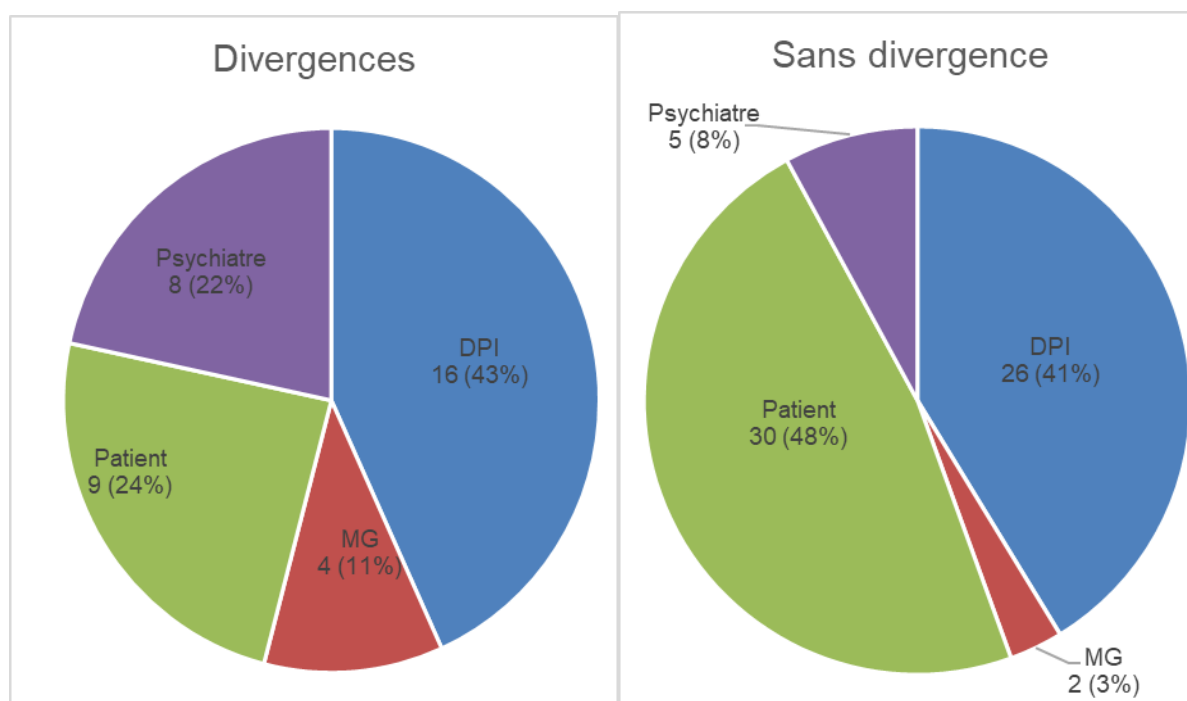


Figure 5 : Source des prescriptions (DPI= Dossier Patient informatisé, MG= Médecin Généraliste)

Le tableau 1 montre la répartition des divergences en fonction des services, on remarque que les services de soins intensifs/réanimation sont statistiquement plus pourvoyeurs de divergences de prescription.

Service	n	Divergence n (% de la colonne)		p
		Non (n=63)	Oui (n=37)	
Médecine	64	43 (68,2%)	21 (56,8%)	0,045
Soins intensifs/Réanimation	16	6 (9,5%)	10 (27%)	
Chirurgie	10	9 (14,3%)	1 (2,7%)	
Court séjour gériatrique	5	3 (4,8%)	2 (5,4%)	
Maternité	5	2 (3,2%)	3 (8,1%)	

Tableau 1 : Répartition des divergences en fonctions des services.

Le tableau 2 montre la répartition des patients en fonction de leur statut divergence de prescription ou non. Le sexe et l'âge ne semblent pas impacter la présence d'une divergence de prescription ou non. En revanche, en s'intéressant aux pathologies, on remarque que les patients schizophrènes seraient plus à risque de divergence de prescription, les troubles de la personnalité et les troubles bipolaires semblent également plus à risque. Les patients souffrant de dépression semblent être moins impactés par le risque de divergence mais les effectifs ne sont pas significativement différents.

		Effectif	Divergence n (% de la colonne)		p
			Non (n=63)	Oui (n=37)	
<b>Sexe</b>	Féminin	55	34 (54%)	21 (57%)	0,787
	Masculin	45	29 (46%)	16 (43%)	
<b>Age</b>	Moins de 40	22	14 (22,2%)	8 (21,6%)	0,368
	Entre 40 et 50	13	5 (7,9%)	8 (21,6%)	
	Entre 50 et 60	16	11 (17,5%)	5 (13,5%)	
	Entre 60 et 70	18	11 (17,5%)	7 (18,9%)	
	Plus de 70	31	22 (34,9%)	9 (24,4%)	
<b>Pathologie</b>	Dépression	43	32 (50,7%)	11 (29,8%)	0.003
	Trouble bipolaire	19	9 (14,3%)	10 (27%)	
	Schizophrénie et troubles délirants	14	5 (7,9%)	10 (27%)	
	Trouble de la personnalité	9	4 (6,4%)	5 (13,5%)	
	Addiction isolée	7	6 (9,6%)	1 (2,7%)	
	Anxieux	7	7 (11,0%)	0 (0,0%)	

Tableau 2 : Caractéristiques des patients en fonction de la présence ou l'absence de divergence

Afin d'évaluer l'impact de la comorbidité addictive, nous avons regroupé les patients en fonction du groupe diagnostic (psychiatrique, addictologique, pathologie duelle c'est-à-dire association d'un diagnostic psychiatrique et addictologique), nous avons pu ainsi mettre en évidence que les patients présentant une pathologie duelle semblent sur-représentés dans le groupe présentant une divergence. (Tableau 3)

Groupe diagnostic		n	Divergence n (% de la colonne)		p
			Non (n=63)	Oui (n=37)	
Psychiatrique		85	56 (88,9%)	29 (78,4%)	0.004
	Pathologie duelle	8	1 (1,6%)	7 (18,9%)	
	Addictologique	7	6 (9,5%)	1 (2,7%)	

Tableau 3 : Répartition des divergences de prescription en fonction du groupe diagnostic global des patients.

### 3.4. Objectif secondaire : Caractéristiques des divergences de prescription

Au total, pour les 37 patients, 64 divergences ont pu être répertoriées (Fig 6).

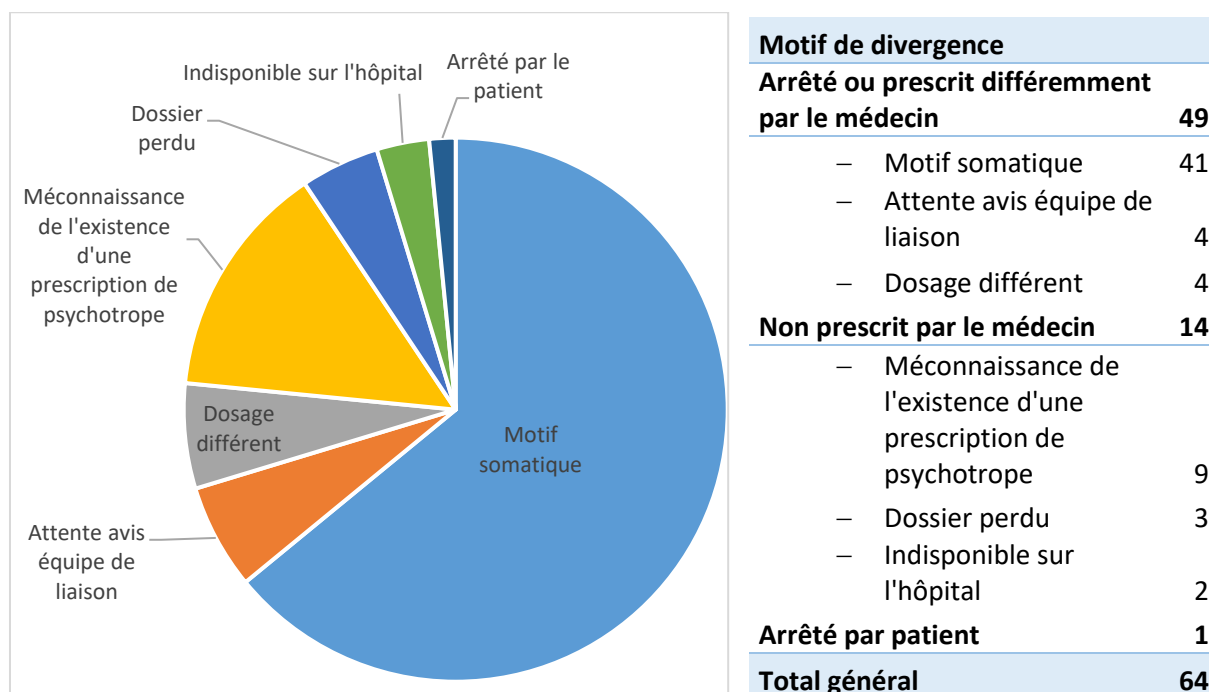


Figure 6 : Répartition des motifs de divergence

Le tableau 4 représente la répartition des motifs de divergence et les traitements impliqués.

Motif	Traitements						Total
	Anxiolytique	Antidépresseur	Antipsychotique	Thymorégulateur	Hypnotique	TSO	
<b>Arrêté ou prescrit différemment par le médecin</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>49 (76,5%)</b>
Lien avec le motif d'admission somatique	13	8	11	6	2	1	41 (84%)
Attente avis équipe de liaison	1	2	1	-	-	-	4 (8%)
Dosage différent	1	3	-	-	-	-	4 (8%)
<b>Non prescrit par le médecin</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>14 (22%)</b>
Méconnaissance de l'existence d'une prescription de psychotrope	2	2	3	-	1	1	9 (64%)
Dossier perdu	1	1	-	1	-	-	3 (22%)
Indisponible sur l'hôpital	2	-	-	-	-	-	2 (14%)
<b>Arrêté par patient</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>1 (1,5%)</b>
<b>Total</b>	<b>20 (31,3%)</b>	<b>17 (26,6%)</b>	<b>15 (23,4%)</b>	<b>7 (11%)</b>	<b>3(4,7%)</b>	<b>2 (3%)</b>	<b>64 (100%)</b>

Tableau 4 : Répartition des motifs de divergences en fonction des traitements (TSO = Traitement de substitution aux opiacés)

% du total / % du sous total

On remarque que dans 76,5% des cas, le traitement a été arrêté ou prescrit de façon différente par le médecin en charge du patient. Le motif allégué était dans la grande majorité des situations (84%) en lien avec le motif d'admission somatique du patient. Dans les situations où l'avis de l'équipe de liaison était attendu, le questionnaire permettant de préciser les raisons, nous avons pu recueillir 3 situations : une demande de réévaluation devant une prescription ancienne, une demande de réévaluation devant une polymédication et une demande d'information car le patient ne connaissait pas son traitement et n'avait pas d'ordonnance.

L'absence de prescription par le somaticien en charge était principalement liée à l'ignorance de l'existence d'une prescription de psychotrope.

Les traitements les plus touchés par les divergences de prescription sont les anxiolytiques puis les antidépresseurs, les antipsychotiques, les thymorégulateurs, les hypnotiques et les traitements de substitution aux opiacés.

Dans 91% (58 cas) des situations, l'équipe de liaison a proposé une adaptation thérapeutique. La reprise du traitement habituel a été indiquée pour 41 divergences (71%), un changement de molécule dans 11 cas (19%) et l'introduction d'un nouveau traitement pour 6 situations (10%). (Figure 7)

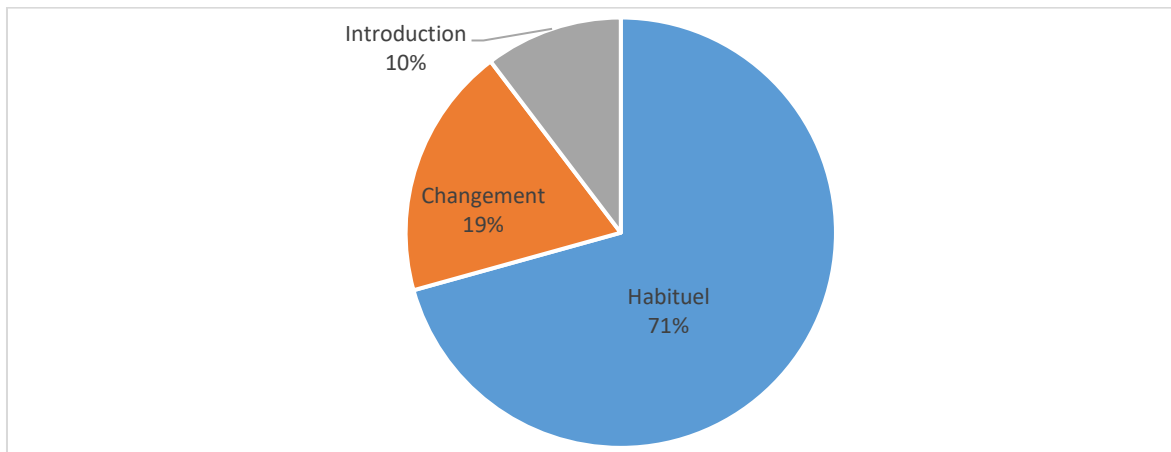


Figure 7 : Répartition des propositions thérapeutiques.

Le tableau 5 montre la répartition des propositions en fonction des motifs de divergences initiaux pour les 58 divergences pour lesquelles a été proposée une adaptation thérapeutique. On peut remarquer que dans 69,5% des situations où le traitement aurait été interrompu pour motif somatique, la reprise du traitement habituel a été indiquée.



Motif de divergence	Proposition adaptation			Total général
	Habituel	Changement	Introduction	
<b>Arrêté ou prescrit différemment par le médecin</b>	<b>32 (74,4%)</b>	<b>9 (20,9%)</b>	<b>2 (4,7%)</b>	<b>43</b>
Motif somatique	25 (69,5%)	9 (25%)	2 (5,5%)	36
Attente avis équipe de liaison	3			3
Dosage différent	4			4
<b>Non prescrit par le médecin</b>	<b>9 (64,3%)</b>	<b>2 (14,3%)</b>	<b>3 (21,4%)</b>	<b>14</b>
Méconnaissance de l'existence d'une prescription de psychotrope	6	1	2	9
Dossier perdu	3			3
Indisponible sur l'hôpital		1	1	2
<b>Arrêté par patient</b>			<b>1 (100%)</b>	<b>1</b>
<b>Total général</b>	<b>41 (71%)</b>	<b>11 (19%)</b>	<b>6 (10%)</b>	<b>58</b>

Tableau 5 : Répartition des propositions thérapeutiques en fonction des motifs de divergences (% de la ligne)

Dans 98% des situations, la proposition thérapeutique a été appliquée par les équipes en charge du patient.

## 4. Discussion

### 4.1. Interprétation des résultats : Interventions de l'équipe de liaison

Les données mettent en évidence que la demande d'intervention de l'équipe de liaison est généralement précoce (moyenne 3,86 jours, médiane à 2 jours) après l'entrée du patient en service. On remarque que presque un quart des demandes est justifiée par la présence seule d'un antécédent psychiatrique ce qui, compte tenu des études précédemment citées, peut nous amener à questionner la pertinence de ces demandes pour des patients qui ne sont a priori pas décompensés, la notion de peur et les idées reçues sur l'inaccessibilité des patients souffrant de troubles psychiatriques pouvant être à l'origine de ces demandes.

La littérature montre que la stigmatisation est une réalité. Malgré cela, l'intervention des équipes de liaison dans les demandes de réévaluation des traitements peut être considérée également comme le reflet d'une volonté d'implication des médecins somaticiens dans la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques. La réévaluation régulière du traitement médicamenteux permet une meilleure prise en charge notamment en évaluant la tolérance du patient favorisant ainsi une bonne observance.

La littérature montre une adhésion variable selon les services. Notre étude retrouve quant à elle une très bonne adhésion des services aux propositions thérapeutiques de l'équipe de liaison pour les patients présentant une divergence de prescription.

### 4.2. Interprétation des résultats : Prévalence des divergences

Notre étude retrouve des divergences de prescription chez 37% des patients. Or si ce chiffre paraît élevé, il reste similaire voire inférieur à ce qui est retrouvé dans la littérature portant sur la population générale, certaines revues retrouvant un taux très élevé de l'ordre de plus de 60 % (59), d'autres études retrouvent des taux entre 30 et 50% (61,69,71). Cependant, aucune étude portant spécifiquement sur la population

psychiatrique en milieu hospitalier n'a été retrouvée, nous ne pouvons donc pas comparer à des données précédemment étudiées.

Les patients souffrant de schizophrénie semblent plus à risque que les autres pathologies alors que les patients souffrant de dépression ou de troubles anxieux semblent les moins touchés. Une comorbidité addictologique majorerait le risque de divergence de prescription. Ces observations pourraient s'expliquer par un niveau de stigmatisation plus haut envers les patients schizophrènes ou souffrant de toxicomanie (48–50), mais également par une moins bonne connaissance de leurs traitements dans cette catégorie de patients, ceux-ci étant particulièrement à risque de mauvaise observance du fait de leur symptomatologie (6).

La littérature évoquée précédemment identifie en facteur de risque les nombreuses comorbidités, la polymédication, l'âge élevé, la barrière de la langue, l'absence de soins à domicile et l'entrée via le service des urgences.

Certains de ces facteurs de risque touchent les patients souffrant de troubles psychiatriques notamment les comorbidités somatiques multiples comme évoqué précédemment et la polymédication fréquente en psychiatrie. De plus, le délai d'accès aux soins entraîne plus fréquemment des hospitalisations via les services d'urgence. La présence d'une pathologie psychiatrique et éventuellement d'une comorbidité addictologique augmente de fait le nombre de comorbidités chez un patient admis en service somatique, puisque celles-ci se surajoutent à la problématique médicale aiguë.

Le fait que les services de soins intensifs/réanimation soient plus pourvoyeurs de divergences peut s'expliquer par l'état somatique des patients admis dans ces unités qui n'est parfois pas compatible, dans un premier temps, avec la prise de traitement oraux et l'absence d'alternative intraveineuse.

Parmi les facteurs prédictifs protecteurs retrouvés dans la littérature, l'accessibilité à l'ordonnance via un dossier informatisé et la compréhension du patient de ses traitements ont été identifiés. En effet, notre étude montre que la proportion de patients ayant renseigné leur traitement est plus importante dans le groupe sans divergence de prescription. De plus, le dossier patient informatisé est la source privilégiée pour retrouver et vérifier le traitement de fond d'un patient. A l'hôpital d'Aix en Provence et dans plusieurs hôpitaux de la région, les dossiers somatique et psychiatrique sont

informatisés dans des logiciels distincts ce qui ne facilite pas le transfert d'informations entre les professionnels de santé. Ceci peut être pourvoyeur d'erreurs aussi bien pour la prescription des traitements psychotropes en service somatique que celle des traitements somatiques en service psychiatrique.

#### 4.3. Interprétation des résultats : Caractéristiques des divergences

La principale cause de divergence de prescription retrouvée dans notre étude semble être un lien avec le motif d'admission somatique, pourtant la réintroduction du traitement habituel a été préconisée dans presque 70% des situations. On a pu évoquer précédemment les différentes contre-indications des traitements utilisés en psychiatrie et on remarque que les contre-indications aiguës restent relativement rares ou sont relatives. On peut donc se questionner sur la pertinence de ces arrêts de traitement. Ils semblent justifiés dans environ 30% des cas puisqu'une modification du traitement a été proposée. Dans le reste des situations, il conviendrait d'explorer de façon plus précise ce qui a motivé les somaticiens à ne pas remettre le traitement en place.

Les situations de non-prescription par méconnaissance de l'existence d'un traitement psychotrope représentent moins d'un quart des divergences. Ces situations pourraient être facilement compensées par un dossier informatisé commun permettant d'accéder à l'ensemble de la prise en charge du patient ainsi qu'une bonne communication entre les médecins en charge du patient.

On met ici en évidence la place du système de santé dans la mauvaise observance médicamenteuse avec les risques qu'elle implique à savoir symptômes de manque notamment dans l'arrêt brutal des anxiolytiques (les plus touchés par les divergences de prescription d'après notre étude) et traitements substitutifs des opiacés ou les rechutes avec réapparition des symptômes à type de délire, symptômes dépressifs et anxieux ou encore agitation qui risquent de mettre en difficulté les équipes soignantes favorisant ainsi le risque de stigmatisation et l'altération de la prise en charge médicale.

La mauvaise observance liée au patient illustrée ici par les situations d'arrêt antérieur du traitement par le patient lui-même, est ici anecdotique mais probablement biaisée par le faible effectif de l'étude.

#### 4.4. Limites de l'étude

Cette étude présente de nombreuses limites.

L'effectif sur lequel ont été réalisées les analyses est relativement faible et les données ne sont probablement pas exhaustives. En effet, l'équipe de liaison psychiatrique n'est pas systématiquement contactée quand un patient présentant un antécédent psychiatrique est admis dans un service. Un recueil sur une durée plus longue permettrait d'avoir un meilleur aperçu de la prévalence des divergences de prescription.

De plus, cette étude est unicentrique. Un recueil étendu sur d'autres centres hospitaliers permettrait d'augmenter l'effectif étudié et d'obtenir ainsi des résultats plus pertinents et représentatifs.

Concernant l'impact des comorbidités addictologiques, des analyses sur un effectif plus grand permettraient de préciser si celles-ci majorent réellement le risque de divergence et lesquelles sont les plus à risque (alcool, cannabis, opiacés...).

Le recueil de données a ici été réalisé par l'équipe infirmière. Dans les situations de divergences, une double vérification par l'équipe médicale permettrait une précision plus fine des caractéristiques de divergence notamment dans les situations d'arrêt du traitement pour motif somatique avec l'évaluation des contre-indications réelles au médicament. De plus, la réalité du terrain fait que les médecins en charge des patients ne sont pas systématiquement disponibles au moment de l'évaluation par l'équipe de liaison ce qui peut rendre difficile la compréhension des raisons de non-prescription, celles-ci n'étant pas systématiquement documentées dans les dossiers médicaux.

Enfin, notre recueil portait uniquement sur la prescription des traitements psychotropes et ne documentait pas les prescriptions de traitements somatiques. Un recueil plus exhaustif permettrait d'avoir une idée plus précise de la prise en charge somatique des patients suivis pour trouble psychiatrique.

## 4.5. Ouvertures

La prévalence élevée de divergences de prescription retrouvée dans notre étude permet de réfléchir aux possibilités d'amélioration de la prise en charge des patients. La littérature montrant une forte prévalence en population générale, ces pistes de réflexion pourraient être étendues hors de la population souffrant de troubles psychiatriques.

Le dossier patient informatisé semble être une source privilégiée d'information, il pourrait donc être intéressant d'harmoniser les logiciels utilisés afin d'accéder à toute la prise en charge d'un patient.

Cependant, la littérature montre l'existence d'une stigmatisation perçue par les patients souffrant de troubles psychiatriques de la part des soignants, le risque d'un dossier médical unique est l'accès aux données d'hospitalisation en psychiatrie qui peuvent nourrir des préjugés et a priori sur le patient.

L'utilisation du Dossier Médical Partagé créé par l'Assurance Maladie semble être un bon outil de compromis, ce dossier permet de centraliser les antécédents médicaux (pathologie, allergies...), l'historique de soins des 24 derniers mois automatiquement alimenté par l'Assurance Maladie, les résultats d'examens (radios, analyses biologiques...), les comptes rendus d'hospitalisations, les coordonnées des proches à prévenir en cas d'urgence et les directives anticipées de fin de vie. Ce dossier permet donc de visualiser les informations principales nécessaires à la prise en charge d'un patient. Malheureusement, celui-ci est encore trop peu développé et utilisé et les hôpitaux ne sont pas forcément équipés du matériel permettant d'accéder à ce dossier.

Dans l'intérêt du patient, il convient également de lutter contre le clivage entre la psychiatrie et le reste des spécialités médicales et chirurgicales. Les équipes de psychiatrie de liaison jouent un rôle important de lien entre les spécialités et d'information auprès des équipes soignantes.

Le médecin généraliste a lui aussi un rôle à jouer. Une étude centrée sur une population de patients suivis par un CMP (Centre Médicopsychologique) à Paris (73) a mis en évidence que :

- Seuls 65% des patients pris en charge déclaraient avoir un médecin somaticien (médecin généraliste dans 99% des cas).

- Seuls 33% des patients avaient réellement un médecin traitant (défini comme ayant vu le patient au moins deux fois, dont une au cours de l'année précédente).
- Le nom du médecin somaticien et/ou traitant n'était répertorié que dans 13 dossiers sur 143.
- Parmi les patients souffrant d'un problème somatique (85% des patients ayant un médecin traitant), ce problème n'était précisément renseigné dans les dossiers du CMP que pour 39% des patients et en était totalement absent pour 27% d'entre eux.
- Lorsqu'un traitement somatique au long cours était prescrit, il n'était pas répertorié dans les dossiers du CMP pour 48% des patients et l'était de façon partielle dans 16% des cas.

Le médecin traitant connaissait l'existence d'une prise en charge au CMP pour 89 % des patients, mais le diagnostic psychiatrique exact seulement pour 44 % d'entre eux et les noms de tous les médicaments prescrits pour 29 %. Enfin, les médecins traitants ont fait état de prescriptions croisées de psychotropes pour 35 % des patients.

En parallèle, seuls 26 % des médecins généralistes disaient adresser un courrier au psychiatre traitant quand le patient était également suivi par un/des professionnel(s) spécialisé(s) pour le(les) tenir informé(s) des éventuels diagnostics et traitements somatiques prescrits (74).

Dans une étude menée sur une population de patients hospitalisés pour un premier épisode psychotique (75) :

- Le taux de patients ayant déclaré être suivis par un médecin généraliste était identique à celui rapporté dans l'étude de Bohn *et al.* (65 %) (73)
- Dans le cas d'hospitalisations de courte durée ( $\leq$  35 jours), entre 50 et 60 % des médecins généralistes se disaient informés sur la date de sortie d'hospitalisation, sur les symptômes et diagnostics du patient et connaissaient le nom du psychiatre en charge du suivi. Ces taux d'information passaient à 20% dans le cas de séjours de plus longue durée.

Il y a donc un vrai effort de lien à faire de la part des différents médecins prenant en charge un même patient et il est important d'encourager les patients à avoir un médecin traitant, ce qui permet ainsi d'avoir un partenaire privilégié pour centraliser les différentes prises en charge médicales.



Notre étude a également montré que les patients capables de renseigner leur traitement étaient moins à risque de divergence de prescription. La psychoéducation a pour objectif de réduire l'impact des troubles de l'*insight* et d'améliorer l'acceptation de la maladie, des symptômes, des troubles associés et du traitement. Elle augmente l'adhésion au traitement et réduit significativement le taux de rechute (76). L'éducation thérapeutique du patient à la connaissance de sa maladie et ses traitements est donc primordiale à la fois pour favoriser une bonne observance (6) et protéger le patient d'erreurs de prescription.

Enfin, la conciliation médicamenteuse a fait ses preuves (65) en réduisant significativement les divergences de prescription et gagnerait à être étendue dans les établissements de santé.

## 5. Conclusion

La littérature identifie une mauvaise organisation du système de soin comme un facteur de risque de mauvaise observance thérapeutique avec une fréquence élevée de divergences de prescription à l'admission à l'hôpital en population générale. De plus, nous avons retrouvé l'existence d'inégalités de prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiatriques par rapport à la population générale ainsi que l'existence d'une stigmatisation de la part des soignants envers la population psychiatrique.

Malgré ses limites, cette étude a documenté une proportion de divergences relativement haute dans la population psychiatrique, les patients souffrant de schizophrénie ou présentant une comorbidité addictologique semblant être les plus touchés. Ces populations de patients sont identifiées dans la littérature comme plus à risque de mauvaise observance du fait de leur symptomatologie. Cependant le cadre de l'hospitalisation devrait favoriser une prise correcte des traitements de fond. Les conséquences d'une mauvaise observance en psychiatrie avec notamment la réapparition de symptômes à type d'agitation, d'idées délirantes, de symptômes de manque peuvent mettre à mal les équipes en charge du patient et majorer le risque de stigmatisation, mais également occasionner de la souffrance psychique chez ces patients.

L'incompatibilité entre la prescription de traitement psychotrope et le motif d'hospitalisation somatique a été retrouvée comme cause principale de divergence, pourtant une grande majorité des traitements habituels ont été repris sur indication de l'équipe de psychiatrie de liaison. Une meilleure information des médecins sur les traitements psychotropes pourrait également éviter des arrêts non justifiés.

Si cette étude met en évidence une prévalence de divergences assez proches voire inférieures à celles retrouvées dans les revues de littérature en population générale, celle-ci reste en elle-même élevée et doit faire réfléchir à des moyens de favoriser une bonne continuité des soins.

Les programmes de conciliation médicamenteuse ont fait leurs preuves et la place de la psychiatrie de liaison est indéniable, mais celle-ci n'intervenant pas auprès de tous les patients, d'autres solutions sont à développer. Par exemple, des programmes de psychoéducation favorisant l'implication directe du patient dans la connaissance de ses traitements et de ses pathologies pourraient être développés. L'utilisation d'un dossier médical partagé commun aux services de psychiatrie et médicochirurgicaux et un médecin généraliste ayant un rôle central de coordination des soins du patient permettraient également une meilleure prise en charge du patient dans sa globalité. Il appartient donc à chaque acteur de la prise en charge des patients de lutter contre le clivage entre la médecine somatique et la psychiatrie.

# ANNEXE 1

# Fiche de recueil

Date d'entrée :.....
Age : .....
Sexe :     H     F

Date de demande liaison : .....  
Service : .....

### Motif de la demande :

- Symptôme psychiatrique
- Adaptation du traitement
- Présence d'un antécédent psychiatrique
- Autre :.....

### Diagnostic psychiatrique existant (plusieurs choix possibles si addiction associée à un diagnostic) :

- Aucun
- Schizophrénie
- Trouble bipolaire
- Dépression
- Trouble anxieux
- Trouble grave de la personnalité
- Autre : .....
- Addiction :
  - Alcool
  - Tabac
  - Cannabis
  - Opiacés
  - Autres : .....

### Source du traitement habituel :

- Dossier patient informatisé
- Psychiatre traitant
- Médecin généraliste
- Patient

### Traitement d'entrée identique au traitement de fond habituel :

- Oui
- Non

#### Si non : (plusieurs choix possibles)

- Traitement arrêté ou prescrit de façon différente par le médecin :
  - (1) Arrêt en lien avec motif d'admission somatique
  - (2) Attente de l'avis de l'équipe de liaison, pourquoi : .....
  - (3) Dosage différent, pourquoi : .....
  - (4) Autre : .....
- Traitement non prescrit par le médecin :
  - (5) Non-connaissance de l'existence d'une prescription psychiatrique
  - (6) Traitement non disponible sur le centre hospitalier
  - (7) Autre.....
- (8) Traitement arrêté par le patient avant l'admission
- (9) Autre : .....

### Nature du traitement arrêté ou mal prescrit : (si plusieurs traitements numérotés en fonction de la liste au-dessus)

- |                                       |                          |  |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| <input type="radio"/> Antipsychotique | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> Traitement de substitution aux opiacés (Préciser lequel :.....)      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Thymorégulateur | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> Traitement de substitution nicotinique                               | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Antidépresseur  | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> Traitement pour le maintien de l'abstinence dans l'alcoolodépendance | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Anxiolytique    | <input type="checkbox"/> |  |                          |
| <input type="radio"/> Hypnotique      | <input type="checkbox"/> |  |                          |

### Proposition adaptation traitement :

- Oui
- Non

#### Si oui traitement proposé :

- Reprise traitement habituel
- Introduction traitement
- Changement de molécule

#### Prescription mise en place ?

- Oui
- Non
- Patient sorti avant réévaluation : traitement mis en place sur la prescription de sortie :
  - Oui
  - Non

## Bibliographie :

1. MNH\_FactSheet\_FR.pdf [Internet]. [cité 19 juin 2020]. Disponible sur: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/404852/MNH\\_FactSheet\\_FR.pdf?ua=1](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/404852/MNH_FactSheet_FR.pdf?ua=1)
2. CIM-10 Version:2008 [Internet]. [cité 11 sept 2019]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/V>
3. 2017-064R-Tome\_II\_annexes.pdf [Internet]. [cité 24 janv 2020]. Disponible sur: [http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-064R-Tome\\_II\\_annexes.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-064R-Tome_II_annexes.pdf)
4. Inovagora. Médicaments psychotropes - Psycom [Internet]. [cité 17 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.psycom.org/Medicaments-psychotropes>
5. Ninot G. Définir la notion d'observance thérapeutique [Internet]. Blog en santé. 2013 [cité 17 janv 2020]. Disponible sur: <http://blogensante.fr/2013/09/24/definir-la-notion-dobservance-therapeutique/>
6. Corruble E, Hardy P. Observance du traitement en psychiatrie. EMC - Psychiatri. janv 2004;1(1):1-6.
7. Scheen A, Giet D. Non-observance thérapeutique: causes, conséquences, solutions. Rev Médicale Liège [Internet]. 2010 [cité 17 janv 2020];65(5-6). Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/70194>
8. Maddox JC, Levi M, Thompson C. The compliance with antidepressants in general practice. J Psychopharmacol (Oxf). janv 1994;8(1):48-52.
9. Demyttenaere K, Enzlin P, Dewé W, Boulanger B, De Bie J, De Troyer W, et al. Compliance with antidepressants in a primary care setting, 1: Beyond lack of efficacy and adverse events. J Clin Psychiatry. 2001;62 Suppl 22:30-3.
10. Gilmer TP, Dolder CR, Lacro JP, Folsom DP, Lindamer L, Garcia P, et al. Adherence to Treatment With Antipsychotic Medication and Health Care Costs Among Medicaid Beneficiaries With Schizophrenia. Am J Psychiatry. 1 avr 2004;161(4):692-9.
11. Dassa D, Boyer L, Benoit M, Bourcet S, Raymondet P, Bottai T. Factors Associated with Medication Non-Adherence in Patients Suffering from Schizophrenia: A Cross-Sectional Study in a Universal Coverage Health-Care System. Aust N Z J Psychiatry. oct 2010;44(10):921-8.
12. Vandel P. Observance. L'Encéphale. 1 juin 2007;33(3, Part 3):S399-401.
13. Thomas P. Les rechutes: causes et conséquences. L'Encéphale. 1 sept 2013;39:S79-82.
14. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry. avr 2015;72(4):334.

15. Lee EE, Liu J, Tu X, Palmer BW, Eyer LT, Jeste DV. A widening longevity gap between people with schizophrenia and general population: A literature review and call for action. *Schizophr Res.* juin 2018;196:9-13.
16. Thornicroft G. Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *Br J Psychiatry.* déc 2011;199(6):441-2.
17. Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand.* 2007;116(5):317-33.
18. Oud MJ, Meyboom-de Jong B. Somatic diseases in patients with schizophrenia in general practice: their prevalence and health care. *BMC Fam Pract.* 9 mai 2009;10:32.
19. Correll CU, Rubio JM, Kane JM. What is the risk-benefit ratio of long-term antipsychotic treatment in people with schizophrenia? *World Psychiatry.* juin 2018;17(2):149-60.
20. Björkenstam E, Ljung R, Burström B, Mittendorfer-Rutz E, Hallqvist J, Weitoft GR. Quality of medical care and excess mortality in psychiatric patients—a nationwide register-based study in Sweden. *BMJ Open.* 2012;2(1):e000778.
21. Daratha KB, Barbosa-Leiker C, H. Burley M, Short R, Layton ME, McPherson S, et al. Co-occurring mood disorders among hospitalized patients and risk for subsequent medical hospitalization. *Gen Hosp Psychiatry.* 1 sept 2012;34(5):500-5.
22. Bresee LC, Majumdar SR, Patten SB, Johnson JA. Diabetes, cardiovascular disease, and health care use in people with and without schizophrenia. *Eur Psychiatry.* 1 juill 2011;26(5):327-32.
23. Sullivan G, Han X, Moore S, Ed M, Kotrla K. Disparities in Hospitalization for Diabetes Among Persons With and Without Co-occurring Mental Disorders. *Psychiatr Serv.* 2006;57(8):6.
24. Crawford MJ, Jayakumar S, Lemmey SJ, Zalewska K, Patel MX, Cooper SJ, et al. Assessment and treatment of physical health problems among people with schizophrenia: national cross-sectional study. *Br J Psychiatry.* déc 2014;205(06):473-7.
25. Mitchell AJ, Lord O, Malone D. Differences in the prescribing of medication for physical disorders in individuals with v. without mental illness: meta-analysis. *Br J Psychiatry.* déc 2012;201(06):435-43.
26. Piette JD, Heisler M, Ganoczy D, McCarthy JF, Valenstein M. Differential Medication Adherence Among Patients With Schizophrenia and Comorbid Diabetes and Hypertension. *Psychiatr Serv.* 2007;58(2):6.
27. Kreyenbuhl J, Dixon LB, McCarthy JF, Soliman S, Ignacio RV, Valenstein M. Does Adherence to Medications for Type 2 Diabetes Differ Between Individuals With Vs Without Schizophrenia? *Schizophr Bull.* 1 mars 2010;36(2):428-35.

28. Woodhead C, Ashworth M, Broadbent M, Callard F, Hotopf M, Schofield P, et al. Cardiovascular disease treatment among patients with severe mental illness: a data linkage study between primary and secondary care. *Br J Gen Pract.* juin 2016;66(647):e374-81.
29. Ritchie S, Muldoon L. Cardiovascular preventive care for patients with serious mental illness. *Can Fam Physician Med Fam Can.* nov 2017;63(11):e483-7.
30. Lawrence DM, D'Arcy C, Holman J, Jablensky AV, Hobbs MST. Death rate from ischaemic heart disease in Western Australian psychiatric patients 1980–1998. *Br J Psychiatry.* janv 2003;182(1):31-6.
31. Kurdyak P, Vigod S, Duchon R, Jacob B, Stukel T, Kiran T. Diabetes quality of care and outcomes: Comparison of individuals with and without schizophrenia. *Gen Hosp Psychiatry.* 2017;46:7-13.
32. Galler A, Bollow E, Meusers M, Bartus B, Näke A, Haberland H, et al. Comparison of Glycemic and Metabolic Control in Youth With Type 1 Diabetes With and Without Antipsychotic Medication: Analysis From the Nationwide German/Austrian Diabetes Survey (DPV). *Diabetes Care.* 1 juin 2015;38(6):1051-7.
33. McPherson S, Barbosa-Leiker C, Daratha K, Short R, McDonnell MG, Alicic R, et al. Association of Co-Occurring Serious Mental Illness with Emergency Hospitalization in People with Chronic Kidney Disease. *Am J Nephrol.* 2014;39(3):260-7.
34. Iwagami M, Mansfield KE, Hayes JF, Walters K, Osborn DP, Smeeth L, et al. Severe mental illness and chronic kidney disease: a cross-sectional study in the United Kingdom. *Clin Epidemiol.* 16 avr 2018;10:421-9.
35. rbp\_greffe\_renal\_fiche\_synthese\_criteres\_v1\_pao.pdf [Internet]. [cité 19 juin 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-11/rbp\\_greffe\\_renal\\_fiche\\_synthese\\_criteres\\_v1\\_pao.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-11/rbp_greffe_renal_fiche_synthese_criteres_v1_pao.pdf)
36. Reco\_Soins\_Soma\_Psy.pdf [Internet]. [cité 27 août 2019]. Disponible sur: [http://www.psydoc-france.fr/conf&rm/rpc/Reco\\_Soins\\_Soma\\_Psy.pdf](http://www.psydoc-france.fr/conf&rm/rpc/Reco_Soins_Soma_Psy.pdf)
37. Zolnierek CD. Non-psychiatric hospitalization of people with mental illness: systematic review. *J Adv Nurs.* 2009;65(8):1570-83.
38. Rostaing C. Stigmate. *Sociologie* [Internet]. 1 févr 2015 [cité 25 janv 2020]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/sociologie/2572>
39. Giordana J-Y. La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Masson. 2010. 241 p. (Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française).
40. Ross CA, Goldner EM. Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2009;16(6):558-67.



41. Björkman T, Angelman T, Jönsson M. Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scand J Caring Sci.* juin 2008;22(2):170-7.
42. Ordan R, Shor R, Liebergall-Wischnitzer M, Noble L, Noble A. Nurses' professional stigma and attitudes towards postpartum women with severe mental illness. *J Clin Nurs.* avr 2018;27(7-8):1543-51.
43. Ihalainen-Tamlander N, Vähäniemi A, Löyttyniemi E, Suominen T, Välimäki M. Stigmatizing attitudes in nurses towards people with mental illness: a cross-sectional study in primary settings in Finland. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2016;23(6-7):427-37.
44. Reed F, Fitzgerald L. The mixed attitudes of nurse's to caring for people with mental illness in a rural general hospital. *Int J Ment Health Nurs.* 2005;14(4):249-57.
45. Winkler P, Mladá K, Janoušková M, Weissová A, Tušková E, Csémy L, et al. Attitudes towards the people with mental illness: comparison between Czech medical doctors and general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2016;51(9):1265-73.
46. Korszun A, Dinos S, Ahmed K, Bhui K. Medical student attitudes about mental illness: does medical-school education reduce stigma? *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry.* 1 mai 2012;36(3):197-204.
47. Hori H, Richards M, Kawamoto Y, Kunugi H. Attitudes toward schizophrenia in the general population, psychiatric staff, physicians, and psychiatrists: a web-based survey in Japan. *Psychiatry Res.* 30 avr 2011;186(2-3):183-9.
48. James BO, Omoaregba JO, Okogbenin EO. Stigmatising attitudes towards persons with mental illness: a survey of medical students and interns from Southern Nigeria. *Ment Illn.* 30 janv 2012;4(1):32-4.
49. Arbanas G. Adolescents' attitudes toward schizophrenia, depression and PTSD. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* mars 2008;46(3):45-51.
50. Fernando SM, Deane FP, McLeod HJ. Sri Lankan doctors' and medical undergraduates' attitudes towards mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* juill 2010;45(7):733-9.
51. Filipčić I, Pavčić D, Filipčić A, Hotujac L, Begić D, Grubisin J, et al. Attitudes of medical staff towards the psychiatric label « schizophrenic patient » tested by an anti-stigma questionnaire. *Coll Antropol.* juin 2003;27(1):301-7.
52. Thornicroft G, Rose D, Kassam A. Discrimination in health care against people with mental illness. *Int Rev Psychiatry.* 1 janv 2007;19(2):113-22.
53. Jones S, Howard L, Thornicroft G. 'Diagnostic overshadowing': worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatr Scand.* 2008;118(3):169-71.

54. Harangozo J, Reneses B, Brohan E, Sebes J, Csukly G, López-Ibor J, et al. Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services. *Int J Soc Psychiatry*. 1 juin 2014;60(4):359-66.
55. Liggins J, Hatcher S. Stigma toward the mentally ill in the general hospital: a qualitative study. *Gen Hosp Psychiatry*. 1 sept 2005;27(5):359-64.
56. Lemogne C, Cole P, Consoli S, Limosin F. *Psychiatrie de liaison*. 2018. (Lavoisier Médecine Science).
57. Leentjens AFG, Boenink AD, van der Feltz-Cornelis CM. Can we increase adherence to treatment recommendations of the consultation psychiatrist working in a general hospital? A systematic review. *J Psychosom Res*. 1 mars 2010;68(3):303-9.
58. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 11 mars 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante)
59. Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, Etchells EE. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. *CMAJ Can Med Assoc J*. 30 août 2005;173(5):510-5.
60. Lombardi NF, Mendes AEM, Lucchetta RC, Reis WCT, Fávero MLD, Correr CJ. Analysis of the discrepancies identified during medication reconciliation on patient admission in cardiology units: a descriptive study. *Rev Lat Am Enfermagem*. 15 août 2016;24:e2760.
61. Breuker C, Macioce V, Mura T, Castet-Nicolas A, Audurier Y, Boegner C, et al. Medication Errors at Hospital Admission and Discharge: Risk Factors and Impact of Medication Reconciliation Process to Improve Healthcare. *J Patient Saf*. 4 sept 2017;
62. Van Der Luit CD, De Jong IR, Ebbens MM, Euser S, Verweij SL, Van Den Bemt PM, et al. Frequency of occurrence of medication discrepancies and associated risk factors in cases of acute hospital admission. *Pharm Pract*. déc 2018;16(4):1301.
63. Hellström LM, Bondesson Å, Höglund P, Eriksson T. Errors in medication history at hospital admission: prevalence and predicting factors. *BMC Clin Pharmacol*. 3 avr 2012;12:9.
64. Pippins JR, Gandhi TK, Hamann C, Ndumele CD, Labonville SA, Diedrichsen EK, et al. Classifying and Predicting Errors of Inpatient Medication Reconciliation. *J Gen Intern Med*. 1 sept 2008;23(9):1414-22.
65. Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien J-AE. Pharmacy-led medication reconciliation programmes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Pharm Ther*. avr 2016;41(2):128-44.

66. Chung C, Gauthier V, Marques-Tavares F, Hindlet P, Cohen A, Fernandez C, et al. Medication reconciliation: Predictors of risk of unintentional medication discrepancies in the cardiology department. *Arch Cardiovasc Dis.* févr 2019;112(2):104-12.
67. Zarif-Yeganeh M, Rastegarpanah M, Garmaroudi G, Hadjibabaie M, Sheikh Motahar Vahedi H. Incidence of Medication Discrepancies and Its Predicting Factors in Emergency Department. *Iran J Public Health.* août 2017;46(8):1086-94.
68. Hias J, Van der Linden L, Spriet I, Vanbrabant P, Willems L, Tournoy J, et al. Predictors for unintentional medication reconciliation discrepancies in preadmission medication: a systematic review. *Eur J Clin Pharmacol.* nov 2017;73(11):1355-77.
69. Gleason KM, Groszek JM, Sullivan C, Rooney D, Barnard C, Noskin GA. Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients. *Am J Health Syst Pharm.* 15 août 2004;61(16):1689-95.
70. Vira T, Colquhoun M, Etchells E. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *BMJ Qual Saf.* 1 avr 2006;15(2):122-6.
71. Quélenec B, Beretz L, Paya D, Blicklé JF, Gourieux B, Andrès E, et al. Potential clinical impact of medication discrepancies at hospital admission. *Eur J Intern Med.* sept 2013;24(6):530-5.
72. Soerensen AL, Nielsen LP, Poulsen BK, Lisby M, Mainz J. Potentially inappropriate prescriptions in patients admitted to a psychiatric hospital. *Nord J Psychiatry.* 3 juill 2016;70(5):365-73.
73. Bohn I, Denis U, Guegan M. Patients psychiatriques ambulatoires. Quelle coordination des soins? *Rev Prat MÉDECINE GÉNÉRALE.* 9 mai 2007;21(N°770/771):511-4.
74. Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt J-L. États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». *Inf Psychiatr.* 12 juin 2014;Volume 90(5):311-7.
75. Norton JL, Rivoiron-Besset E, David M, Jaussent I, Prudhomme C, Boulenger J-P, et al. Role of the General Practitioner in the Care of Patients Recently Discharged From the Hospital After a First Psychotic Episode: Influence of Length of Stay. *Prim Care Companion CNS Disord [Internet].* 2011 [cité 3 juill 2020];13(5). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3267513/>
76. Franck N. Psychoéducation et troubles de l'insight dans la schizophrénie. *Presse Médicale.* 1 sept 2016;45(9):742-8.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.