



Plans de prise médicamenteux réalisés en psychiatrie : vers un accompagnement pharmaceutique personnalisé à la sortie du patient

Marion Boulanger

► To cite this version:

Marion Boulanger. Plans de prise médicamenteux réalisés en psychiatrie : vers un accompagnement pharmaceutique personnalisé à la sortie du patient. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03474413

HAL Id: dumas-03474413

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03474413>

Submitted on 10 Dec 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

U.F.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année 2022

Thèse n°13

THESE POUR L'OBTENTION DU
**DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN
PHARMACIE**

Présentée et soutenue publiquement

Par Marion BOULANGER

Née le 11 février 1996 à Troyes

Le 26 novembre 2021

**Plans de prise médicamenteux réalisés en
psychiatrie: vers un accompagnement
pharmaceutique personnalisé à la sortie du patient**

Sous la direction du Docteur Céline GAIHIER

Membres du jury :

Dr Alain DECENDIT
Dr Céline GAIHIER
Dr Anne-Laure DEBRUYNE
Dr Camille DEVOS-GERTOUX

Maitre de conférences, Président de thèse
Pharmacien PH hospitalier, Directeur de thèse
Pharmacien hospitalier
Pharmacien titulaire d'officine

REMERCIEMENTS

À Monsieur le professeur Alain Decendit,

Je vous remercie d'avoir accepté de présider mon jury. Merci pour l'enseignement au cours de ces années d'études, et merci de nous avoir donné envie d'aller chercher le *Boletus edulis* le dimanche matin!

À Madame Céline Gaihier,

Je te suis reconnaissante d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je te remercie de m'avoir accompagné, guidé et motivé tout au long de la rédaction, mais aussi pour ta patience et ta pédagogie lors des corrections.

À Madame Anne-Laure Debruyne,

Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites en acceptant de faire partie de mon jury et pour l'enseignement et l'accompagnement durant mes stages au CHCP.

À Madame Camille Devos-Gertoux,

Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Je te suis reconnaissante pour tous les conseils que tu m'as donné, pour le temps passé à me former, me rassurer et pour la sérénité que tu m'as apporté pour commencer ce métier.

À l'équipe du CHCP, Madame Queuille, internes, médecins des services concernés et co-externes,

Pour avoir accepté de participer à l'étude et de m'avoir aidé.

À ma famille, mes parents, ma sœur, Marie, mes demi-frères, ma belle-famille,

Je vous remercie de m'avoir soutenu durant ces années d'études et rassuré pendant les moments difficiles. Je remercie en particulier Marie pour les relectures et corrections de cette thèse. Merci pour votre patience et votre amour.

À Melvin,

Merci de m'avoir toujours soutenu au cours de ces dernières années, pour ta patience, notamment pour la rédaction de cette thèse qui n'a pas été facile. De belles années nous attendent ensemble. Je te remercie pour tout l'amour que tu m'apportes au quotidien.

À mes amis, Marjorie, Justine, Claire, Anne-Laure, Amandine, Lucie, Iveta, Vincent, Sandra, Kenji, Bryan, Gaël, Florian, Charlotte, Amandine, Pauline, Louise...

Petite pensée à ces nombreuses heures de cours et de TP passées ensemble et à ces folles journées et soirées que l'on n'oubliera jamais.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	3
TABLE DES MATIERES.....	4
LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX.....	6
ABREVIATIONS	7
INTRODUCTION.....	8
PREMIERE PARTIE : ETAT DES LIEUX.....	9
I- La pharmacie clinique.....	10
1- Définitions	10
2- En milieu hospitalier.....	11
2.1 Réglementation.....	11
2.2 Exemples d'activités de pharmacie clinique en milieu hospitalier.....	12
3- A l'officine.....	16
3.1 Réglementation.....	16
3.2 Exemples d'activités de pharmacie clinique à l'officine.....	16
II- Vers une meilleure adhésion thérapeutique	19
1- Définitions	19
2- Mesure de l'observance.....	21
3- Quelques chiffres	21
4- Déterminants de l'observance et impact	22
III- Le cas particulier de la population en psychiatrie.....	25
1- Définitions des pathologies retrouvées en psychiatrie.....	25
1.1 La dépression.....	25
1.2 La schizophrénie.....	26
1.3 Les troubles bipolaires.....	27
2- Les troubles cognitifs.....	28
2.1 Définitions	28
2.2 Causes.....	28
2.3 Mesure de la cognition	29
2.4 Conséquences	30
3- Accompagnement du patient en psychiatrie	30
3.1 La remédiation cognitive :.....	31
3.2 La psychoéducation	31
DEUXIEME PARTIE : ETUDE	32
I- Contexte de l'étude	33
1- Présentation de l'établissement	33
2- Naissance du projet	35
II- Objectifs	36
III- Matériel et méthode	36

1- Création d'un plan de prise médicamenteux adapté au niveau cognitif du patient	36
2- Mise en place de l'étude au centre hospitalier de Charles Perrens	39
3- Recueil des résultats et synthèse des informations	40
IV- Résultats	42
1- Répartition dans les services et nombre de patients conciliés inclus dans l'étude	42
2- Caractéristiques des patients inclus dans l'étude :	42
3- Suivi d'hospitalisation psychiatrique	43
4- Pathologies psychiatriques et niveau cognitif des patients.....	43
5- Traitements médicamenteux	44
6- Modifications de traitement réalisées au cours de l'hospitalisation.....	47
7- Sortie d'hospitalisation	49
8- Réponses recueillies	49
9- Contact avec les CMP	50
V- Discussion	52
CONCLUSION	60
ANNEXE N°1 : QUESTIONNAIRE DE GIRERD	62
ANNEXE N°2 : PLAN DE PRISE MEDICAMENTEUX	63
ANNEXE N°3 : REFERENTIEL D'INFORMATION SUR LES MEDICAMENTS PSYCHOTROPES.....	64
ANNEXE N°4 : QUESTIONNAIRE PATIENT.....	69
BIBLIOGRAPHIE	70

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

FIGURE 1 : LES PROCESSUS DE PHARMACIE CLINIQUE SELON LA SFPC.....	12
FIGURE 2 : DETERMINANT DE L'ADHESION DU PATIENT AU TRAITEMENT ET LEUR IMPACT	24
FIGURE 3 : CARTE DE TERRITORIALISATION DE LA PSYCHIATRIE ADULTE EN GIRONDE (53)	33
FIGURE 4 : SECTEURS DU CENTRE HOSPITALIER CHARLES PERRENS ET DIVISION PAR POLES (33)	33
FIGURE 5 : REPARTITION DES PATIENTS DANS LES SERVICES.....	42
FIGURE 6 : ÂGE ET SEXE DES PATIENTS DE L'ETUDE	42
FIGURE 7 : DUREES DES SEJOURS AU CHCP.....	43
FIGURE 8 : DIAGNOSTICS DES PATIENTS INCLUS DANS L'ETUDE	43
FIGURE 9 : TYPES DE MEDICAMENTS PRESENTS DANS LES PPM	44
FIGURE 10 : CLASSES DE MEDICAMENTS PSYCHIATRIQUES PRESENTS DANS LES PPM	45
FIGURE 11 : CLASSES DE MEDICAMENTS SOMATIQUES PRESENTS DANS LES PPM	46
FIGURE 12 : TYPE DE MODIFICATIONS DE TRAITEMENT REALISEES AU COURS DE L'HOSPITALISATION	47
FIGURE 13 : NOMBRE D'INSTAURATION PAR CLASSE DE MEDICAMENTS	48
FIGURE 14 : AGE DES PATIENTS CONCERNES PAR DES INSTAURATIONS DE TRAITEMENT.....	48
FIGURE 15 : COMPREHENSION DU TRAITEMENT APRES INTERVENTION PHARMACEUTIQUE	49
FIGURE 16 : SUIVI EN CMP POUR 24 PATIENTS DE L'ETUDE	51
 TABLEAU 1 : DIAGNOSTICS DES PATIENTS INCLUS DANS L'ETUDE.....	 44

ABREVIATIONS

DGOS : Direction générale de l'offre des soins
SFPC : Société française de pharmacie clinique
CSP : Code de la santé publique
HAS : Haute autorité de santé
EI : Effet indésirable
BMO : Bilan médicamenteux optimisé
OMA : Ordonnance médicamenteuse à l'admission
DID : Divergence intentionnelle documentée
DIND : Divergence intentionnelle non documentée
DNI : Divergence non intentionnelle
ETP : Education thérapeutique patient
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
HPST : Hôpital, patients, santé et territoire
ARS : Agence régionale de la santé
AVK : Anti-vitamine K
AOD : Anticoagulants oraux directs
BPM : Bilan partagé de médication
DSM-V : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine
INR : International normalized ratio
CHCP : Centre hospitalier de Charles Perrens
CMP : Centre Médicaux Psychologique
MAS : Maison d'accueil spécialisée
PUI : Pharmacie à usage intérieur
UTEP : Unité transversale d'éducation pour le patient
PPM : Plan de prise médicamenteux
AHU : Année hospitalo-universitaire
OMEDIT : Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique
DCI : Dénomination commune internationale
CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
EIM : Evénement iatrogène médicamenteux

INTRODUCTION

Au cours de ces dernières années, de nombreuses publications ont mis en avant l'importance de remettre le patient au centre de sa prise en charge. Des activités se sont donc développées dans ce sens. L'expansion de la pharmacie clinique donne au pharmacien un rôle important dans le parcours de santé du patient et notamment lors de la sortie d'hospitalisation. En effet, c'est un moment de transition sensible pour le patient qui se retrouve alors confronté avec son diagnostic et son traitement. Pour éviter une rechute ou des complications de sa pathologie, l'adhésion thérapeutique du patient est essentielle. Mais certains ont des difficultés avec leur traitement en raison d'un manque de compréhension, d'envie ou d'organisation. La présence de troubles cognitifs, souvent étendus dans les pathologies psychiatriques, peut augmenter ces difficultés.

Nous avons alors proposé, au Centre hospitalier de Charles Perrens à Bordeaux, de créer un nouvel outil d'aide à la prise du traitement : un plan de prise médicamenteux personnalisé en fonction du niveau cognitif du patient qui lui sera remis avant sa sortie d'hospitalisation au cours d'un entretien avec un pharmacien. Après création d'un référentiel d'information sur les médicaments psychotropes et deux niveaux de compréhension, nous avons commencé à remettre les plans de prise aux patients sortants de trois services du CHCP. La collecte des caractéristiques principales des patients rencontrés nous a permis de faire un état des lieux de notre échantillon. Puis un questionnaire à la fin de l'entretien nous donne les principaux résultats de cette étude.

Avant de présenter notre étude et de discuter les résultats obtenus en deuxième partie de cette thèse, nous traiterons premièrement du contexte de celle-ci. Par une revue bibliographique, nous étudierons tout d'abord ce que représente la pharmacie clinique et nous donnerons des exemples d'activités déjà mises en place en milieu hospitalier ou en ville. Puis nous définirons ce qu'est l'adhésion thérapeutique, quels facteurs la détermine et peuvent l'impacter. Enfin nous étudierons le cas particulier des patients en psychiatrie, les pathologies et les difficultés rencontrées dans la prise en charge de ce type de patient.

PREMIERE PARTIE : ETAT DES LIEUX

I- La pharmacie clinique

La pharmacie clinique est une discipline pharmaceutique qui a beaucoup évolué ces dernières années. Elle a permis de revaloriser le métier de pharmacien et d'entraîner des changements conséquents dans la façon d'exercer. Elle favorise l'accompagnement du patient aussi bien en milieu hospitalier qu'en officine. La pharmacie clinique est une activité centrée sur le patient qui a pour objectif de sécuriser et d'optimiser sa prise en charge. C'est une mission pluri-professionnelle essentielle confiée aux pharmaciens en collaboration avec l'ensemble de l'équipe de soins.

1- Définitions

Selon la direction générale de l'offre de soins (DGOS), « la pharmacie clinique doit être pensée comme un outil de dialogue et de gestion en interne. Elle recouvre des activités réalisées exclusivement ou non par le pharmacien. Notamment l'analyse pharmaceutique des thérapeutiques, la conciliation médicamenteuse, l'éducation thérapeutique du patient, le conseil aux patients et aux soignants, la surveillance du traitement, le suivi pharmaceutique des patients et l'évaluation des pratiques professionnelles. Ces activités concourent, dans les champs sanitaires, médico-sociaux et ambulatoires à :

- la maîtrise de l'iatrogénie médicamenteuse et du bon usage des produits de santé (arrêté du 6 avril 2011) ;
- l'évaluation et l'optimisation de la pertinence et l'efficacité des traitements ;
- la sécurisation du parcours du patient aux différents points de transition (intra-/extra-structures, ville-hôpital-ville). » (1)

En 2016, la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) a actualisé la définition: « il s'agit d'une discipline de santé centrée sur le patient dont l'exercice a pour objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique, à chaque étape du parcours de soins. Pour cela, les actes de pharmacie clinique contribuent à la sécurisation, la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé. Le pharmacien exerce en collaboration avec les autres professionnels impliqués, le patient et ses aidants.»

La pharmacie clinique est une spécialité en pleine expansion aussi bien en milieu hospitalier qu'en officine. Elle s'inscrit dans la transformation du système de santé en France. C'est dans le cadre des réformes engagées depuis quelques années, que les pouvoirs publics s'orientent vers un renforcement du rôle du pharmacien. L'objectif principal étant d'améliorer la prise en charge du patient qui se trouve au cœur de ce dispositif (2).

2- En milieu hospitalier

2.1 Réglementation

Des textes législatifs apportent un cadre aux missions de pharmacie clinique et renforcent le rôle du pharmacien. Ils permettent d'uniformiser les pratiques au niveau national.

Du côté hospitalier, cette activité est introduite réglementairement par l'ordonnance du 15 décembre 2016 dans l'article L. 5126-1 2° du code de la santé publique (CSP). Elle inscrit la pharmacie clinique dans les missions des pharmacies à usage intérieur. Le pharmacien hospitalier se doit « de mener toute action de pharmacie clinique, à savoir de contribuer à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé mentionnés au 1° et de concourir à la qualité des soins, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins mentionnée à l'article L.1110-12, et en y associant le patient ».

Le décret n°2019-489 du 21 mai 2019 vient en application de cette ordonnance du 15 décembre 2016 et définit les actions de pharmacie clinique qui sont :

- l'expertise pharmaceutique clinique des prescriptions ;
- la réalisation de bilans de médication ;
- l'élaboration de plans pharmaceutiques personnalisés ;
- les entretiens pharmaceutiques et les autres actions d'éducation thérapeutique auprès des patients ;
- l'élaboration de la stratégie thérapeutique permettant d'assurer la pertinence et l'efficacité des prescriptions, et d'améliorer l'administration des médicaments (3).

La SFPC a détaillé trois types d'actes réalisés par le pharmacien en milieu hospitalier (4) :

- La dispensation des produits de santé : le pharmacien mobilise l'ensemble de ses compétences pour apporter un conseil adapté au patient. Il analyse d'un point de vue pharmaceutique l'ordonnance, prépare les médicaments, informe et conseille le patient sur le bon usage des produits de santé.
- Le bilan de médication ou revue clinique de médication : analyse plus poussée de l'ensemble des traitements du patient qui permet une synthèse intégrant l'anamnèse clinique et pharmaceutique du patient. Il est demandé au pharmacien de faire une analyse critique et structurée des médicaments du patient et de ses traitements dans l'ensemble (automédication, phytothérapie).
- Le plan pharmaceutique personnalisé et l'expertise pharmaceutique clinique : lorsque le bilan de médication analyse des situations à risques, le pharmacien propose des actions ciblées à l'équipe de soin ou directement au patient pour les éviter.

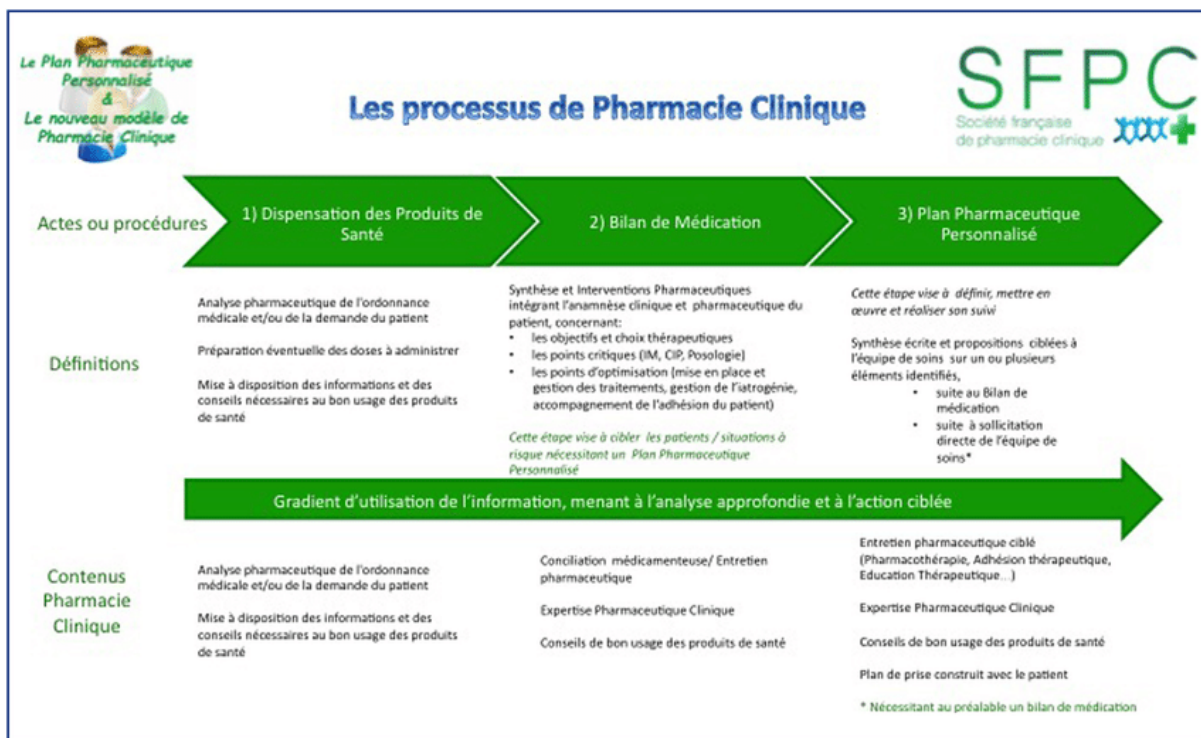


Figure 1 : Les processus de pharmacie clinique selon la SFPC

2.2 Exemples d'activités de pharmacie clinique en milieu hospitalier

Je vais décrire deux exemples d'activités de pharmacie clinique qui peuvent être mises en place dans le milieu hospitalier :

- la conciliation médicamenteuse,
- l'éducation thérapeutique du patient.

Chacune de ces activités se développe en collaboration avec l'équipe de soin, que ce soit des professionnels de santé hospitalier ou de ville. Elles permettent d'intégrer le pharmacien dans les services qui participent alors aux réunions quotidiennes pour répondre aux besoins du patient ou de l'équipe.

a) Conciliation médicamenteuse

Définition :

Selon la Haute autorité de la Santé (HAS), la conciliation est « un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses et favorise la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts. »

Objectifs :

La conciliation médicamenteuse a plusieurs objectifs. Son but principal est de sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient tout au long de son parcours de soins. Elle vise à garantir la continuité des soins en prévenant ou en corrigeant les erreurs médicamenteuses aux points de transition du patient (admission, transfert, sortie). Par conséquent elle permet une diminution du risque iatrogène et donc les répercussions des effets indésirables (EI) (diminution du coût de la prise en charge de ces EI). La HAS rappelle que 11% des erreurs médicamenteuses évitées par la conciliation auraient pu avoir des conséquences majeures, critiques ou catastrophiques pour les patients (5).

Conciliation à l'entrée :

Il existe deux types de conciliations à l'entrée du patient :

- Proactive, anticipe l'arrivée du patient : la conciliation se fait avant l'arrivée du patient dans le service hospitalier. Elle prévient alors la survenue d'erreurs médicamenteuses.
- Rétroactive, le patient est déjà hospitalisé : la conciliation se fait après l'arrivée du patient. On détecte et on corrige les divergences sur la prescription hospitalière déjà réalisée.

La conciliation se déroule en plusieurs étapes :

- Elaboration du bilan médicamenteux optimisé (BMO) : à partir d'au moins trois sources (entretien avec le patient, dossier pharmaceutique, ordonnances récupérées en officine de ville...) le pharmacien établit une liste, qui se veut exhaustive, de tous les traitements médicamenteux que prend le patient (y compris les compléments alimentaires ou produits d'automédication).
- Comparaison du BMO avec l'Ordonnance Médicamenteuse à l'Admission (OMA) : le but de cette comparaison est d'établir les divergences entre le BMO et l'OMA.
- Analyse des divergences : divergence intentionnelle documentée (DID), divergence intentionnelle non documentée (DIND) ou divergence non intentionnelle (DNI). La finalité de cette étape est de documenter ou modifier toutes les divergences. Ce sont souvent des oublis de médicaments ou des erreurs de posologie (6). Lors de l'admission, la conciliation médicamenteuse permet de trouver en moyenne 0,9 DNI par patient (7).
- Modification de la prescription : suite à l'entretien avec le médecin prescripteur, des modifications sont réalisées sur l'ordonnance pour rétablir les bons traitements médicamenteux ou pour documenter les divergences dans le logiciel hospitalier. Des interventions pharmaceutiques peuvent être proposées à ce moment pour optimiser la prescription.

Conciliation à la sortie :

La conciliation à la sortie du patient optimise son retour au domicile et son suivi. Elle a pour but de garantir la continuité de la prescription après l'hospitalisation. Elle est destinée au pharmacien d'officine et au médecin de ville pour anticiper la sortie du patient et tenir informé des modifications de traitement. Souvent la conciliation a conduit à renforcer les liens entre les professionnels de santé de ville et du milieu hospitalier (8,9).

La première étape consiste à comparer l'Ordonnance Médicamenteuse de Sortie (OMS) avec le BMO et les prescriptions réalisées au cours de l'hospitalisation. Le pharmacien s'assure que la prescription n'ait pas été modifiée involontairement (oubli de médicament ou changement de posologie). Ensuite, il réalise une fiche de liaison destinée aux professionnels de ville (médecin traitant et pharmacien d'officine) pour transmettre les modifications du traitement. Elle permet aux professionnels de ville de s'informer et de se préparer à la délivrance de traitements parfois très spécifiques. Avant la sortie, un entretien avec le patient est prévu pour lui remettre une fiche d'information concernant ses traitements.

Selon une étude réalisée en 2015 par la DGOS, 22% des établissements de santé avaient déjà mis en place la conciliation médicamenteuse. Selon la même étude, les établissements de santé citent de nombreux impacts positifs de la conciliation : une optimisation des prescriptions (94%), une baisse de la consommation de médicaments (85%), une diminution des réhospitalisations (71%), une collaboration pluridisciplinaire (95%), une amélioration de l'information patient (94%) (10).

Les bilans de la conciliation médicamenteuse sont positifs. Les résultats montrent la pertinence de cette démarche mais aussi la sécurisation et la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient.

b) Education thérapeutique du patient

Définition :

En 1996, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) est définie par l'organisation mondiale de la santé (OMS) : elle « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. » (11)

Depuis la loi Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST) de 2009, l'ETP est réglementée et sa pratique est homogénéisée. Elle doit être pratiquée par au moins deux professionnels formés différents dont un médecin et les programmes doivent être autorisés par l'Agence Régionale de la Santé (ARS).

Objectifs :

- Permettre au patient d'acquérir des compétences nécessaires pour la gestion de sa maladie chronique.
- Rendre le patient autonome avec son traitement.
- Améliorer l'adhésion thérapeutique du patient.
- Rendre le patient acteur de sa prise en charge.
- Favoriser l'acceptation de la maladie chronique et imaginer des projets de vie intégrant la maladie.

Organisation:

L'éducation thérapeutique est un processus continu inscrit dans le parcours de soin du patient. Tous les professionnels de santé sont impliqués y compris le pharmacien. Elle peut être proposée à différents moments de la prise en charge du patient : au cours d'une hospitalisation complète, une hospitalisation de jour, à domicile et même à l'officine.

Le programme d'ETP se déroule en quatre étapes (12) :

- Diagnostic éducatif : permet d'établir avec le patient ses réels besoins éducatifs et ses attentes. Entretien centré sur le patient, ses connaissances déjà acquises, ses facteurs limitant, ses représentations.
- Des objectifs sont formulés avec le patient : en fonction des éléments du premier entretien nous définissons les objectifs à atteindre avec le patient et créons un référentiel de compétences.
- Ateliers : individuels ou collectifs, avec des techniques d'animation ou des outils d'apprentissages spécifiques, les séances d'ETP s'adaptent au patient. Les séances se déroulent dans un environnement favorable à l'apprentissage et dans un climat de confiance.
- Evaluation des compétences acquises et du déroulement du programme : permet au patient de voir où il en est dans ses compétences, si les objectifs ont été atteints. Un questionnaire de satisfaction peut être proposé pour améliorer le programme d'ETP.

Selon l'étude réalisée en 2015 par la DGOS, 47% des établissements de santé pratiquent l'éducation thérapeutique du patient.

3- A l'officine

3.1 Réglementation

Du côté de l'officine, la loi HPST de 2009 introduit l'article L.5125-1-1-A dans le CSP qui définit de nouvelles missions pour le pharmacien. Le décret n°2018-841 du 3 octobre 2018 précise les missions de pharmacie clinique à l'officine comme par exemple:

- la réalisation de bilan partagé de médication,
- le suivi de certaines pathologies chroniques avec des entretiens pharmaceutiques,
- la possibilité pour le pharmacien d'officine d'être désigné, par le patient, comme correspondant au sein de protocole de coopération. A ce titre le pharmacien peut renouveler périodiquement des traitements chroniques ou ajuster des posologies avec accord du médecin (13)(14).

3.2 Exemples d'activités de pharmacie clinique à l'officine

a) Entretien pharmaceutique

Définition :

Selon la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officines, les entretiens pharmaceutiques sont « l'un des principaux moyens permettant aux pharmaciens d'assurer la prise en charge personnalisée et optimale du patient ».

Un entretien pharmaceutique, aussi appelé entretien thérapeutique ou consultation pharmaceutique, est un rendez-vous entre le pharmacien et son patient. Le but est de l'accompagner avec son traitement, de répondre à ses questions, de partager sur les différents problèmes rencontrés et de le conseiller pour mieux vivre avec sa maladie au quotidien.

Il peut être proposé au patient dans différents contextes : dans le cadre de la conciliation médicamenteuse, à domicile, en maison de santé ou à l'officine. Il varie en fonction des objectifs prédéfinis avec les patients.

Comme décrit dans le modèle intégratif de pharmacie clinique de la SFPC, l'entretien pharmaceutique est « un échange entre un patient et un pharmacien permettant de recueillir des informations et de renforcer les messages de conseil, de prévention et d'éducation » (4).

A l'officine, les entretiens pharmaceutiques visent quatre types de patients :

- les patients sous traitement long d'anticoagulant de la classe des anti-vitamines K (AVK),
- les patients sous anticoagulant oral par voie directe (AOD),
- les patients asthmatiques sous corticoïdes inhalés,
- les patients atteints de cancer et traités par une chimiothérapie orale à domicile.

Objectifs :

- Evaluer la connaissance par le patient de son traitement,
- agir en prévention des risques, contribués à la bonne observance des traitements,
- rechercher l'adhésion thérapeutique du patient et l'aider à s'approprier son traitement,
- Répondre à toutes les questions du patient sur sa maladie ou son traitement.

Organisation :

La première année, l'entretien d'évaluation estime les connaissances du patient et recueille les informations générales sur le patient. Le pharmacien évalue la compréhension du traitement par le patient, ce qu'il attend de ces entretiens et les thèmes qu'il aimerait aborder.

Par la suite, au minimum deux entretiens thématiques seront proposés au patient. Les entretiens thématiques sont très variés mais adaptés aux besoins du patient. Ils peuvent se centrer sur : les principes du traitement, les effets, l'observance, les facteurs déclenchant les crises (dans le cadre de l'asthme par exemple), la surveillance biologique, la vie quotidienne, l'alimentation...

Après chaque entretien, le pharmacien conclue sur l'évolution des acquis par le patient et un suivi d'observance peut être conseillé.

Les années suivantes deux entretiens thématiques ou suivi d'observance seront proposés.

b) Bilan partagé de médication

Définition :

La HAS définit le bilan partagé de médication (BPM) comme « une analyse critique structurée des médicaments du patient dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement, en ayant soin d'optimiser l'impact clinique des médicaments, de réduire le nombre de problèmes liés à la thérapeutique et de diminuer les surcoûts inutiles. Cette démarche impose de mettre en perspective le traitement du patient (issu du bilan médicamenteux) en regard de ses comorbidités, d'éventuels syndromes gériatriques, de ses souhaits, et d'outils d'évaluation pharmacologique comme ceux de détection de médicaments potentiellement inappropriés ».

Objectifs :

Le bilan partagé de médication a été créé pour accompagner les patients âgés de 65 ans et plus polymédiqués (5 molécules ou principes actifs prescrits pour une durée consécutive de traitement supérieure ou égale à 6 mois). La polymédication augmente le risque iatrogène et engendre chaque année 10 000 décès et 130 000 hospitalisations (2). Le BPM a pour objectifs :

- d'évaluer et améliorer l'observance et la tolérance des traitements,
- d'identifier les interactions médicamenteuses et prévenir l'iatrogénie médicamenteuse,

- d'accompagner le patient dans le bon usage des médicaments,
- de décharger les médecins et favoriser la coopération interprofessionnelle.

Organisation :

Le BPM se réalise en plusieurs étapes (15) :

- Recrutement du patient : directement au comptoir lors d'une délivrance ou sur demande du patient ou du médecin. Concerne les patients de plus de 65 ans polymédiqués (au moins 5 médicaments prescrits pour une durée minimale de 6 mois).
- Entretien de recueil d'informations : au cours du premier entretien avec le patient, le pharmacien recueille un ensemble d'information concernant le patient, ses pathologies et ses traitements. Le patient vient avec l'ensemble de ses ordonnances, ses derniers bilans biologiques et les boîtes de tous les médicaments ou produits d'automédication qu'il prend au quotidien (phytothérapie, complément alimentaire etc).
- Analyse des traitements : suite à cet entretien le pharmacien analyse toutes les données concernant les traitements du patient mais aussi les problèmes soulevés avec le patient au cours de l'entretien.
- Envoi du BPM au médecin traitant : dans une fiche synthèse, le pharmacien propose des interventions pharmaceutiques au médecin pour améliorer la prise en charge médicamenteuse du patient.
- Entretien conseil en présence du patient : au cours de cette entrevue, le pharmacien reprend les interventions pharmaceutiques validées avec le médecin. Il propose un plan de prise au patient en associant des conseils pour la prise des médicaments.
- Contrôle de l'observance : 6 mois après le dernier entretien, le pharmacien refait un contrôle de l'observance du patient avec le questionnaire de Girerd¹.

Au moyen de ces activités de pharmacie clinique, le pharmacien accompagne le patient tout au long de son parcours de soin. Les études réalisées montrent que la pharmacie clinique a un impact positif sur l'observance et les risques iatrogéniques (16). De plus, elle diminue le coût, les EI et réduit la mortalité hospitalière (17–19). Cette mission dans lequel le pharmacien s'investit de plus en plus, modifie la dynamique des relations entre patient et professionnels de santé. Le patient est au centre de sa prise en charge. C'est un élément actif des décisions pour créer une véritable alliance thérapeutique.

¹ Annexe 1

II- Vers une meilleure adhésion thérapeutique

En 2003, l'Organisation Mondiale de la Santé déclare que l'inobservance des traitements est une préoccupation majeure de santé publique. Le respect de la prescription par le patient permet d'éviter les rechutes de sa pathologie, la survenue de complications, l'apparition de résistance, d'échappement thérapeutique et diminue le risque de morbi-mortalité (20). L'observance du traitement devient alors un véritable enjeu de santé publique. Comment définir une bonne observance ? Quelle différence y a-t-il entre « observance » et « adhésion thérapeutique » ? Quel rôle le pharmacien peut-il jouer dans cette adhésion ?

1- Définitions

Dans cette partie nous allons être confrontés à plusieurs définitions du mot « observance ». Même si ce terme est encore beaucoup utilisé dans le langage courant des professionnels de santé, le terme d'adhésion thérapeutique est aujourd'hui plus adapté que celui d'observance (21). En effet, plusieurs termes peuvent être utilisés pour cibler l'action de « suivre un traitement de façon optimale ».

Observance :

L'observance est une traduction de « compliance » en anglais (22). Selon l'OMS, l'observance suppose de la part du patient une attitude d'obéissance par rapport au soignant qui a autorité sur lui, « to comply with » (23).

En 1979, Haynes propose sa définition (24) : « le degré de respect ou d'écart entre les prescriptions et les pratiques du patient en terme de santé ». Nous comprenons donc que l'observance est un élément de mesure « de la prise de médicament » et nous parlerons de « taux d'observance ».

L'Académie nationale de pharmacie propose quant à elle une autre définition : « observation fidèle, par un patient, des prescriptions concernant, par exemple, un régime et/ou un traitement. Est conditionnée par différents facteurs d'ordre émotionnel, cognitif, comportemental et social. Improprement désignée sous le nom de compliance. » (25).

Adhésion :

Le mot « adhésion » est utilisé depuis le début des années 2000 et nous pouvons retrouver plus d'une dizaine de définitions différentes dans la littérature.

Selon l'OMS, l'adhésion thérapeutique ou adhérence est une « appropriation réfléchie de la part du patient de la prise en charge de sa maladie et de ses traitements associés à la volonté de persister dans la mise en pratique d'un comportement prescrit » (23).

La notion d'adhésion fait référence à des processus intrinsèques comme les attitudes et la motivation des patients à prendre leur traitement. Nous nous intéressons alors au degré d'acceptation du patient à son traitement prescrit.

Même si ces deux termes n'ont pas la même signification, il ne faut pas pour autant les mettre en contradiction mais plutôt les concevoir comme complémentaire. On pourra alors imaginer que «l'observance est la traduction matérielle de l'adhésion au traitement» (26).

Par ailleurs, d'autres mots sont liés aux notions d'observance et d'adhésion, on retrouve notamment :

Persistance :

La persistance reflète quant à elle une mesure du temps. On fait référence alors à la durabilité du traitement dans le temps. C'est-à-dire la durée pendant laquelle, le patient va continuer de prendre son traitement (26).

C'est le quotient du nombre de patient restant sous traitement sur le nombre de patient ayant initié le traitement. C'est une notion qui peut se mesurer. Elle représente alors le nombre de patient restant sous traitement dans le temps. En général, une durée de 12 mois de surveillance est choisie (27).

Alliance :

Le terme d'alliance thérapeutique exprime un concept de coopération. C'est le concept avec la plus forte implication du médecin et du pharmacien et en même temps avec la plus grande autonomie du patient dans son traitement.

L'alliance thérapeutique reflète une relation égalitaire et une compréhension réciproque entre le soigné et ses soignants. « Le patient recherche, en coopération avec son médecin, les moyens qui lui sont utiles pour comprendre, mettre en œuvre et utiliser son traitement. Ce processus est celui de l'empowerment, littéralement de découverte de son pouvoir sur sa maladie ou son traitement. Il devient alors un acteur de son traitement. » (26).

Le mot empowerment peut être traduit comme « automatisation » ou « pouvoir d'agir ». Mais aucune traduction n'est vraiment recevable car elles sont incomplètes. Ce mot renvoie à deux notions : celle du pouvoir mais aussi celle du processus d'apprentissage pour y accéder (28).

Ce processus d'empowerment permet aux patients de devenir actif dans la prise en charge de leur pathologie et favorise une discussion bilatérale pour un accord sur leurs traitements.

2- Mesure de l'observance

Une fois la notion d'observance définie, on comprend qu'il s'agit d'un élément quantifiable. Mais comment mesurer l'observance ? Quels moyens nous permettent de quantifier le taux d'écart à une prescription ?

Il existe différentes méthodes pour évaluer l'observance. Certaines méthodes sont directes voire même invasives et d'autres sont indirectes mais ont tendance à surestimer l'observance.

Dans les méthodes directes on retrouve :

- La vérification de chaque prise devant un tiers. Mais cette méthode est peu applicable dans la vie quotidienne.
- L'utilisation de piluliers électroniques qui enregistre chaque prise et son horaire. Mais l'ouverture du boîtier ne permet pas de valider la prise du médicament. Le patient peut jeter le comprimé.
- La mesure des concentrations sanguines ou urinaires du produit administré ou d'un marqueur biologique spécifique. Exemple de la mesure de l'INR (International normalized ratio) dans le cadre d'un traitement anticoagulant de la famille des antagonistes de la vitamine K ou le dosage de la lithémie pour suivre le traitement par lithium (thymorégulateur).

Dans les méthodes indirectes on retrouve :

- L'interrogatoire du patient à l'aide de questionnaires : exemple du questionnaire de Girerd² ou méthode de Morisky. Mais ces questionnaires reposent sur la sincérité du patient.
- La vérification de la régularité des renouvellements de l'ordonnance à l'officine ou le décompte des comprimés restants. Mais comme pour le pilulier électronique, rien ne garantit que le patient prenne bien ses médicaments.
- Le niveau de réponse clinique avec l'amélioration ou l'aggravation des symptômes cliniques ou l'observation d'EI (29).

Nous comprenons qu'aucune méthode n'est optimale pour mesurer l'observance. Elles présentent chacune des avantages et des limites. Il est donc conseillé de croiser plusieurs de ces méthodes pour étudier l'observance et par conséquent pour évaluer l'adhésion thérapeutique du patient.

3- Quelques chiffres

Comme retrouvé dans la littérature, l'observance des traitements est primordiale à la bonne prise en charge thérapeutique du patient atteint de pathologie chronique mais la définition de bonne observance n'est pas claire. Dans certains textes il est convenu qu'un taux d'observance de 80% des doses

² Annexe 1

prescrites est optimal. Cependant dans certaines pathologies un taux de 50% de prise est satisfaisant (26).

Selon le dernier rapport de l'OMS seulement 50% des malades chroniques dans les pays développés sont observants donc un taux encore plus faible peut être suspecté dans les pays en voie de développement (20).

De plus l'observance varie selon le type de pathologie. Par exemple les patients séropositifs pour le VIH ont un taux d'observance compris entre 54.8 et 87.5%. Concernant les troubles psychiatriques ce taux est diminué à 50 % un an après l'instauration d'un traitement et à 25% deux ans après. Dix-huit mois après instauration, 74% des patients inclus dans l'étude ont arrêté leur médicament antipsychotique (30). Pour la dépression on retrouve un taux d'observance entre 40 et 70% (23).

Le taux d'observance attendu ne sera pas le même pour un traitement court, par exemple la prise d'un antibiotique sur 7 jours et un traitement long qui peut être pris à vie, par exemple les antihypertenseurs.

L'observance médicamenteuse représente un comportement dynamique, variable dans le temps et dans la forme. 20% des patients ne se rendront pas à la pharmacie suite à la prescription d'une ordonnance. Plus de la moitié des patients souffrant d'une maladie chronique auront arrêté leur traitement dans la première année (31).

4- Déterminants de l'observance et impact

L'observance dépend de plusieurs facteurs. Il est nécessaire de prendre en compte les différents déterminants qui ont des impacts négatifs ou positifs sur l'observance, en vue de l'optimiser.

L'OMS a défini cinq dimensions dans lesquelles on retrouve les déterminants du comportement d'observance (32) :

a) La maladie :

- La présence de symptômes favorise l'observance du patient comme par exemple les crises de polyarthrite. Au contraire d'une pathologie silencieuse qui n'entraîne pas de dérangement dans la vie quotidienne, c'est l'exemple de l'hypertension artérielle ou de l'hypercholestérolémie.
- Les troubles cognitifs diminuent la compréhension de la pathologie et des enjeux du traitement, exemple de la schizophrénie ou de la maladie d'Alzheimer.
- Les patients ayant une comorbidité addictive (alcool, cannabis...) forment un groupe à haut risque de non observance.
- Un patient dans un état dépressif aura un impact négatif sur l'observance.

b) Le traitement :

- La complexité du traitement avec le nombre de prise, les contraintes (pendant le repas, avant de dormir, vigilance au volant...) et la durée sont des éléments entraînant un impact négatif sur l'observance.
- La tolérance du traitement a un impact direct. L'apparition d'effets indésirables peut entraîner un arrêt immédiat du médicament par le patient. L'existence d'effets secondaires gênants des médicaments utilisés dans le traitement des psychoses est considérée comme la raison principale de mauvaise observance. Par exemple, pour la classe des antipsychotiques les effets indésirables les plus gênants sont des sensations de sédation, des symptômes extrapyramidaux, des difficultés d'attention, de concentration, de prise de poids et des troubles sexuels.
- L'efficacité du traitement influe également directement sur l'observance. Un patient asymptomatique qui n'a pas conscience de l'efficacité préventive du traitement ou un patient symptomatique qui ne voit pas d'effet positif assez rapidement sur ces symptômes risque de l'interrompre prématurément.

c) Le patient et son entourage :

- Les savoirs théoriques et pratiques du patient : ce point est fondamental. Les patients interprètent l'ensemble des informations qu'ils ont recueillies au cours d'entretiens ou de documents pharmaceutiques selon leur niveau, leur apprentissage et leurs capacités à interpréter et à synthétiser l'information. Il est donc capital de prendre en considération le niveau de connaissance et de compréhension du patient et d'adapter des stratégies d'apprentissage du traitement. La méta-analyse de Shrank a permis de montrer que les patients sont dans l'attente d'informations concernant leur traitement (indication, bénéfices, durée, effets indésirables) mais dans un format utilisant un langage simple, des pictogrammes ou des icônes et suivant une organisation plus logique pour améliorer la lisibilité et la compréhension (33). Un haut niveau de connaissances médicales entraîne une meilleure observance.
- Les expériences antérieures du patient, qui peuvent être négatives ou positives, vont influencer sur la confiance du patient envers le traitement et les soignants.
- Les représentations liées à la maladie et aux médicaments : l'absence de prise de conscience de la maladie et le déni posent un problème spécifique et fréquent qui va de pair avec la difficulté liée à la perception d'un bénéfice thérapeutique.
- L'environnement du patient : dans un milieu stigmatisant, le patient aura plus de mal à être coopérant. L'information de l'entourage est alors indispensable.

d) Le système de soins avec :

- La qualité de la relation patient-soignant, la disponibilité et la cohérence de la prise en charge du patient.
- L'organisation des soins comme le nombre de rendez-vous, le suivi et l'accessibilité.

e) Les facteurs démographiques et socio-économiques :

- ressources matérielles,
- précarité,
- stabilité familiale,
- appartenance ethnique ou culturelle.

Tableau 2. Déterminants de l'adhésion du patient au traitement et leur impact d'après [13].		
Dimension	Déterminants	Impact : N = Négatif/P = Positif
Maladie	M1 - Troubles cognitifs, visuels de la personnalité M2 - Absence de symptômes M3 - Addictions (drogue, alcool, tabac) M4 - État dépressif	M1 Présence = N M2 Pas de symptômes = N M3 Présence = N M4 Présence = N
Traitement	T1 - Complexité (nombre, co-traitements, contraintes de prises...) T2 - Temps quotidien dédié T3 - modalités d'administration T4 - Durée	T1 - Nb > 4 = N T1 - Prises > 2 = N T1 - Contraintes = N T2 - Interférences avec la vie quotidienne ou la qualité de vie = N T3 - Couper les comprimés, adaptations de doses = N Patchs > comprimés > injections = N T4 - Chronicité = N
Facteurs démographiques et socio-économiques	- Ressources matérielles - Précarité - Prise en charge - Appartenance ethnique - Appartenance culturelle	Niveau social bas = N Précarité sociale = N Stabilité familiale = P Coût = N
Patient Et/ou Entourage	P1 - Savoirs théoriques P2 - Savoirs pratiques P3 - Expériences antérieures P4 - Représentations liées à la maladie et aux médicaments P5 - Emotions (sentiment de peur de craintes de culpabilité d'échec personnel...) P6 - Ressources externes et internes du patient	Faible niveau de connaissance médicale = N Expériences négatives = N Perception de l'amélioration de son état de santé = P Dénier de la maladie = N Positionnement social donné de la maladie = P ou N selon la représentation Peur des effets indésirables = N Stabilité familiale = P Soutien des pairs = P Estime de soi = P Difficultés de projection dans l'avenir = N Sentiment d'efficacité personnelle = P
Système de soins	SS-1 Qualité de la relation patient-soignant SS2 - Organisation des soins (accessibilité, structuration, continuité...)	Confiance, empathie, niveau d'expertise = P Compétences relationnelles = P Informations claires et adaptées au patient = P Réseau organisé = P Disponibilité consultation > 10 minutes = P

Figure 2 : Déterminant de l'adhésion du patient au traitement et leur impact d'après (31)

L'adhésion thérapeutique est devenue une préoccupation majeure dans la prise en charge du patient. Les soignants, et en particulier les pharmaciens en tant que spécialistes du médicament, ont la responsabilité de l'accompagner dans un processus de compréhension, d'acceptation et d'adhésion au traitement. Mais selon le type de patient rencontré, les stratégies mises en œuvre pour la compréhension du traitement doivent s'adapter aux différents facteurs et déterminants de l'observance.

III- Le cas particulier de la population en psychiatrie

Selon l'OMS, 1 personne sur 4 sera touchée par des troubles psychiatriques à un moment dans sa vie. Mais comment définir un trouble psychiatrique ? De quelles pathologies parlons-nous exactement ? Et quelles conséquences ont ces maladies sur la vie du patient ?

1- Définitions des pathologies retrouvées en psychiatrie

Les maladies psychiatriques (troubles mentaux ou troubles psychiques) sont un ensemble de pathologies qui affectent le comportement du patient et se manifestent par des symptômes très variés.

Selon l'OMS : « il existe toute une gamme de troubles mentaux, qui se manifestent sous des formes différentes. Ils se caractérisent généralement par un ensemble anormal de pensées, de perceptions, d'émotions, de comportements et de relations avec autrui. » (34).

Les troubles psychiques peuvent se manifester à différents âges, mais les premiers signes apparaissent souvent au cours de l'enfance et de l'adolescence. En effet, 75 % des affections psychiatriques débutent avant 25 ans et la moitié avant 15 ans. L'entrée dans la vie active, entre 20 et 30 ans, est également un moment à risque de développer un trouble psychique qui vient alors bouleverser la vie de la personne (35).

Parmi les pathologies psychiatriques les plus courantes, on retrouve la dépression, la schizophrénie et les troubles bipolaires.

1.1 La dépression

Elle est la pathologie psychiatrique la plus courante dans le monde. En 2019, 280 millions de personnes dans le monde sont touchées par cette maladie, soit 5 % des adultes de plus de 20 ans. En France, c'est presque 3 millions de personnes qui souffrent de dépression (36).

Elle est définie par l'OMS comme suit : « la dépression se caractérise par de la tristesse, une perte d'intérêt ou de la notion de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de dévalorisation de soi, un sommeil ou un appétit perturbé, de la fatigue et des problèmes de concentration. Les personnes touchées peuvent aussi éprouver de multiples douleurs physiques sans cause apparente.

La dépression peut être durable ou récurrente, entraver sensiblement l'aptitude à travailler ou étudier et à faire face à la vie quotidienne. Au stade le plus grave, la dépression peut conduire au suicide. » (37).

Une dépression peut débuter à tout âge, mais la puberté représente le moment de la vie le plus à risque de développer cette pathologie. De plus, les femmes ont plus de risques de développer des troubles dépressifs que les hommes au cours de leur vie (38).

Dans le DSM-V (cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux publiée en 2013), la dépression n'est pas définie comme une pathologie unique. Elle regroupe un ensemble de troubles dépressifs. Quand on parle de dépression, il s'agit classiquement du trouble

dépressif caractérisé. L'ensemble des critères diagnostic et la liste des symptômes permettant le diagnostic se retrouve dans le DSM-V. Parmi les symptômes, on note par exemple : une humeur dépressive, une diminution de l'intérêt ou du plaisir pour toutes les activités, une diminution ou une augmentation de l'appétit, une insomnie ou une hypersomnie, une agitation ou un ralentissement psychomoteur, une fatigue, des idées suicidaires récurrentes...

« La caractéristique essentielle d'un épisode dépressif caractérisé est une période d'au moins 2 semaines pendant laquelle il existe soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités. » (39)

Les troubles dépressifs peuvent être isolés ou faire partie des critères diagnostics d'une autre pathologie psychiatrique, par exemple un trouble bipolaire.

1.2 La schizophrénie

La schizophrénie est une des pathologies psychiatriques les plus invalidantes. En 2019, 23 millions de personnes sont atteintes de schizophrénie dans le monde. En France, moins de 1 % de la population est concernée soit un peu plus de 200 000 personnes diagnostiquées (36).

L'OMS définit : « les psychoses, dont la schizophrénie, se caractérisent par une distorsion de la pensée, des perceptions, des émotions, du langage, du sentiment de soi et du comportement.

Les expériences délirantes courantes sont faites d'hallucinations (perceptions auditives, visuelles ou autres perceptions sensorielles sans objet) et de délires (convictions ou suspicions inébranlables malgré l'existence de preuves contraires). Les personnes touchées peuvent avoir des difficultés à travailler ou à étudier normalement. » (40)

La schizophrénie démarre en général à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Les comorbidités sont nombreuses (syndrome métabolique, maladies cardiovasculaires et pulmonaires) et la durée de vie est réduite de 20 ans par rapport à la moyenne. Les causes de ces comorbidités sont nombreuses, le style de vie (sédentarité), la consommation de tabac, l'hygiène alimentaire, mais aussi les médicaments, jouent un rôle dans l'apparition de maladies chroniques chez ce type de patient.

Dans le DSM V, la schizophrénie est définie dans le groupe des pathologies : « spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques ». Il existe donc beaucoup de psychoses différentes.

Dans la schizophrénie, on retrouve deux types de symptômes :

- Les symptômes positifs : idées délirantes, hallucinations, pensée désorganisée, trouble du langage, comportement moteur désorganisé ou catatonique.
- Les symptômes négatifs : diminution de l'expression émotionnelle, perte de volonté (aboulie).

1.3 Les troubles bipolaires

Deuxième pathologie psychiatrique la plus courante dans le monde, les chiffres ont malgré tout tendance à être sous-évalués en raison de la difficulté à diagnostiquer le trouble bipolaire.

En 2019, le trouble bipolaire touche plus de 39 millions de personnes dans le monde. En France c'est un peu plus de 1 % de la population tous âges confondus qui est diagnostiqué (36).

Le trouble bipolaire peut être défini comme suit : « le trouble bipolaire est une maladie psychiatrique chronique caractérisée par des troubles récurrents de l'humeur ; elle était appelée auparavant psychose maniaco-dépressive. Chez les personnes malades, l'humeur évolue typiquement selon deux phases (d'où le terme "bipolaire"), qui surviennent en alternance : épisode(s) maniaque(s) ou hypomaniaque(s) (exaltation de l'humeur, agitation psychomotrice) et épisode(s) dépressif(s) avec des intervalles de rémission. » (41)

Comme la schizophrénie, le trouble bipolaire est une pathologie qui se déclare souvent chez l'adolescent ou le jeune adulte. À l'image des deux autres maladies psychiatriques présentées ici, le trouble bipolaire ne correspond pas qu'à une seule pathologie. Dans le DSM-V, le chapitre s'appelle « troubles bipolaires et apparentés ». On distingue alors plusieurs pathologies, dont deux types de trouble bipolaire :

- Le trouble bipolaire de type I : se caractérise par un ou plusieurs épisodes maniaques (humeur élevée, irritable, augmentation de l'activité, du niveau d'énergie, euphorie) ou mixtes (symptômes simultanés de manie et de dépression) qui précède ou succède des épisodes hypomaniaques ou dépressifs caractérisés.
- Le trouble bipolaire de type II : se diagnostique par un épisode dépressif caractérisé actuel ou passé avec un épisode hypomaniaque actuel ou passé. Dans le type II, on ne retrouve jamais d'épisode maniaque.

La différence entre un épisode maniaque et hypomaniaque se joue dans l'intensité des symptômes et la durée de la crise. Dans un épisode maniaque, il y a une altération du fonctionnement professionnel ou social à la différence de l'épisode hypomaniaque.

Les pathologies retrouvées en psychiatrie sont des pathologies chroniques sévères, qui apparaissent tôt dans la vie du patient. Les traitements sont lourds et à vie. Les symptômes retrouvés en psychiatrie ont un retentissement important sur la vie du patient. Il existe plusieurs facteurs de risque de développer un trouble mental : génétique, personnel, social, économique et environnemental.

2- Les troubles cognitifs

2.1 Définitions

Un trouble cognitif peut être défini comme « un déficit touchant les fonctions mentales qui permettent l'acquisition et le traitement de l'information qui nous entoure. Il contribue de manière déterminante à des difficultés fonctionnelles. » (42). Il s'agit donc d'une altération d'une ou plusieurs fonctions cognitives.

Les fonctions cognitives sont les capacités de notre cerveau qui nous permettent d'être en interaction avec notre environnement : elles permettent de percevoir, se concentrer, acquérir des connaissances, raisonner, s'adapter et interagir avec les autres (43). Il est difficile de faire une liste exhaustive de ces fonctions, mais les plus importantes sont :

- L'attention : capacité à se concentrer pendant une certaine durée, à faire deux choses en même temps.
- La mémoire : capacité à retenir des informations visuelles, verbales à court et long terme.
- Lesgnosies : capacité à percevoir un objet grâce à nos différents sens puis à le reconnaître. On parle degnosie visuelle, auditive et tactile.
- Les praxies : capacité à exécuter des mouvements simples ou des séquences de mouvements de façon volontaire.
- Les fonctions visuo-spatiales : capacité à s'orienter et se repérer. Ces fonctions permettent de percevoir les objets dans l'espace en déterminant leur orientation, la distance à laquelle se trouve un objet ou la direction dans laquelle il se déplace.
- Le langage : capacité à communiquer, regroupe les activités d'expression (parler et écrire) et de réception (comprendre le langage parlé et écrit).
- Les fonctions exécutives : capacités à s'organiser, à mettre en place des stratégies pour faire face à des situations inhabituelles. Les fonctions exécutives entrent en jeu dans chaque action orientée vers un but. Elles servent à coordonner efficacement les autres fonctions cognitives.

On comprend alors que la diminution ou la perte, d'une ou plusieurs de ces fonctions, peut entraîner des conséquences graves sur notre vie.

2.2 Causes

Il existe une dégénérescence naturelle des fonctions cognitives liée à l'âge. En effet, le vieillissement provoque une perte fonctionnelle de certaines facultés, mais dans certains cas elle est plus importante que la normale ou commence très tôt dans la vie du patient. L'origine de ce déficit peut être :

- médicamenteuse, même si certains antipsychotiques tels que la clozapine permettent une amélioration des fonctions (attention, vigilance), ils sont susceptibles de générer des troubles cognitifs iatrogènes.

- neurologique avec des maladies neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer ou de Parkinson.
- accidentelle comme un traumatisme cérébral ou vasculaire.
- psychiatrique, alors considéré comme un des symptômes de la maladie.

Effectivement, les troubles cognitifs sont aussi retrouvés dans le domaine de la psychiatrie et notamment de façon sévère dans la schizophrénie : 90 % des patients atteints de schizophrénie ont un déficit dans au moins une fonction cognitive et 75 % dans au moins deux fonctions. De façon générale, même les sujets considérés comme à « haut fonctionnement », c'est-à-dire sans déficit cognitif, ont une perte du niveau intellectuel systématique.

L'expression et l'intensité des déficits cognitifs varient au cours de la pathologie. Certains sont présents avant le début de la maladie et d'autres apparaissent après le premier épisode. Ils peuvent varier en fonction de la symptomatologie, persister pendant les phases de rémission ou se stabiliser tout au long de la maladie (44).

D'autres pathologies psychiatriques influencent également le fonctionnement cognitif (surtout l'attention et le domaine exécutif) comme les troubles bipolaires ou un épisode dépressif (45).

Mais les études montrent qu'il existe une grande variabilité des profils cognitifs et donc il est important d'évaluer chaque patient au cas par cas (44).

2.3 Mesure de la cognition

L'évaluation clinique de référence des troubles neurocognitifs associe une consultation spécialisée et une évaluation neuropsychologique, réalisées respectivement par un médecin spécialiste de la cognition et un psychologue spécialisé en neuropsychologie (45).

Il existe différents examens des fonctions cognitives. Ils peuvent être quantitatifs, qualitatifs ou les deux à la fois. Tous les tests présentent des avantages et des limites, mais aucun n'est vraiment complet. On retrouve par exemple :

- Le test de l'horloge : un des tests le plus simple et le plus rapide à passer. Il est demandé au patient de dessiner une horloge indiquant une heure précise (souvent 11 h 10) sur une feuille blanche. Ce test permet d'évaluer plusieurs fonctions cognitives et est facilement reproductible, mais il n'existe pas de norme d'administration du test ni de cotation universelle reconnue. De plus, il ne permet pas de poser un diagnostic et doit être complété par un autre examen plus approfondi.
- Le Mini Mental State Examination (MMSE) est l'examen cognitif le plus courant en France. Il permet le diagnostic de démence (score < 24/30), mais n'explore pas toutes les fonctions cognitives, exécutives et comportementales. De plus il n'est pas libre de droits.

- Le Montreal Cognitive Assessment (MoCA) est un test libre de droits utilisé dans plusieurs pays du monde. Il permet de poser un diagnostic de troubles cognitifs (score < 26/30). Il est plus sensible pour les troubles légers et examine mieux les fonctions exécutives. De plus, c'est un des rares tests permettant d'identifier les domaines de difficultés du patient.
- Le questionnaire général Profinteg est un outil qui évalue les difficultés rencontrées par les patients dans leur vie quotidienne et détermine la sévérité et la nature cognitive de celles-ci. Ce questionnaire permet d'évaluer 98 activités du quotidien qui pourraient poser problème au patient avec des déficits cognitifs. Un autre des avantages de ce questionnaire est l'existence de la version pour les accompagnants permettant de comparer avec les résultats du patient.

2.4 Conséquences

Les déficits cognitifs sont responsables d'une dégradation de la qualité de vie et de l'autonomie du patient. Ils contribuent au handicap de la maladie en diminuant les capacités d'adaptation dans la vie sociale, mais aussi les capacités de compréhension et d'apprentissage du patient. En psychiatrie, ces troubles ont un caractère central dans le ressenti des patients et des aidants, car ils affectent la qualité de vie, mais diminuent aussi l'insertion sociale, familiale et professionnelle (44).

Les retentissements sur le suivi médical et l'observance médicamenteuse sont importants. Sans adaptation aux difficultés cognitives, il est plus difficile de faire participer le patient dans sa prise en charge (46). Communiquer avec ce type de patient peut paraître alors plus difficile, notamment avec l'évolution de la maladie (plus ou moins de symptômes, premier diagnostic, rechutes...). Il est important de prendre en compte plusieurs notions : ce que le patient sait déjà de sa maladie, de son traitement et ce qu'il en a compris. Il faut aussi faire la différence entre ce que le patient peut entendre et ce qu'il est capable de comprendre de sa maladie. Pour toutes ces raisons, le soignant doit adapter son langage et le vocabulaire engagé en fonction du patient. L'existence de déficits cognitifs implique la mise en place de stratégies et d'outils spécifiques pour faciliter l'apprentissage et la compréhension.

3- Accompagnement du patient en psychiatrie

Nous l'avons vu dans la partie précédente, de plus en plus d'activités spécialisées se mettent en place à l'hôpital ou en ville pour améliorer la prise en charge du patient. L'objectif reste le même : augmenter l'adhésion aux traitements pour diminuer la symptomatologie, éviter les rechutes et prolonger les phases de rémission de la maladie. Mais dans le cas de la psychiatrie, une difficulté est ajoutée, la présence de troubles cognitifs vient impacter encore plus l'autonomie du patient. C'est pourquoi, aux traitements médicamenteux, vient s'ajouter une prise en charge plus globale du patient.

3.1 La remédiation cognitive :

Elle comporte des programmes d'entraînement pour l'amélioration du fonctionnement neurocognitif. C'est une rééducation des fonctions cognitives avec un entraînement direct à des tâches cognitives simples, mais qui n'aura pas d'impact sur l'aspect fonctionnel de la maladie (47). Elle favorise la réinsertion sociale et/ou professionnelle avec le développement de compétences alternatives (ou compensatoires) ou en entraînant les fonctions déficitaires (48). Les résultats sont positifs, mais uniquement sur les troubles cognitifs ciblés durant les séances d'entraînement. L'action de la remédiation complète celle des médicaments et de la psychothérapie.

3.2 La psychoéducation

La psychoéducation est un concept thérapeutique comportemental qui informe le patient sur sa maladie et qui l'entraîne à la résolution de problèmes, à la communication et aux habilités sociales (49). La différence de la psychoéducation avec l'éducation thérapeutique c'est qu'elle est adaptée aux spécificités des troubles psychiatriques. Elle prend en compte les difficultés émotionnelles, cognitives et sociales souvent aggravées par des comorbidités addictives et somatiques.

Sur la forme, les deux activités se ressemblent. Il s'agit d'atelier ou de séances destinés à informer le patient ou ses proches. L'ETP est plus encadré et plus formel que la psychoéducation, car il est introduit par un texte légal et soumis à une autorisation des ARS.

De plus, les patients de psychiatrie sont stigmatisés et ont une faible estime de soi. Il est donc important d'adapter l'éducation thérapeutique proposée au patient. Souvent ils sont demandeurs de ce type de soins et souhaitent être considérés comme acteurs de leur prise en charge. Les proches souvent exclus du parcours thérapeutique souhaitent intégrer ce type de programme pour s'investir dans les soins de leur proche (50,51).

Ces programmes d'éducatons psychosociales ont fait leur preuve sur l'observance au traitement, les rechutes de la maladie et la fréquence des hospitalisations notamment dans les troubles bipolaires et la schizophrénie (52).

L'idéal serait de proposer au patient un programme d'éducation thérapeutique ou de psychoéducation en même temps qu'un programme de remédiation cognitif. Mais comme toutes les activités spécialisées, ce type de programme demande du personnel disponible et formé, des moyens humains et financiers que les hôpitaux n'ont pas toujours.

Pour conclure cette partie, la population en psychiatrie est une population souvent jeune et stigmatisée, ce qui rend plus difficile l'acceptation du diagnostic et par conséquent l'adhésion au traitement. Celui-ci est souvent composé de nombreux médicaments prescrits en association. L'enjeu du traitement est de trouver un équilibre pour diminuer les symptômes positifs et ne pas trop augmenter les symptômes négatifs (notamment les troubles cognitifs) tout en évitant les EI pouvant affecter la qualité de vie.

La rupture des soins est très redoutée par les psychiatres, car elle entraîne une rechute, une hospitalisation et une résistance au traitement.

DEUXIEME PARTIE : ETUDE

I- Contexte de l'étude

1- Présentation de l'établissement

En France, l'offre de soin psychiatrique publique est organisée par sectorisation. Ainsi, les agences régionales de la santé (ARS) répartissent la prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques selon leurs secteurs géographiques afin de favoriser l'accessibilité, proximité et la continuité de soins.

En Gironde, trois centres hospitaliers se partagent le territoire : le centre hospitalier de Cadillac répond aux besoins du sud-est du département, des villes de la métropole de la rive droite de la Garonne et le centre du département. Le centre hospitalier de Libourne couvre le territoire nord-est de la Gironde. Quant au centre hospitalier de Charles Perrens (CHCP), il couvre l'ouest du département, la ville de Bordeaux et les villes de la métropole situées sur la rive gauche de la Garonne.

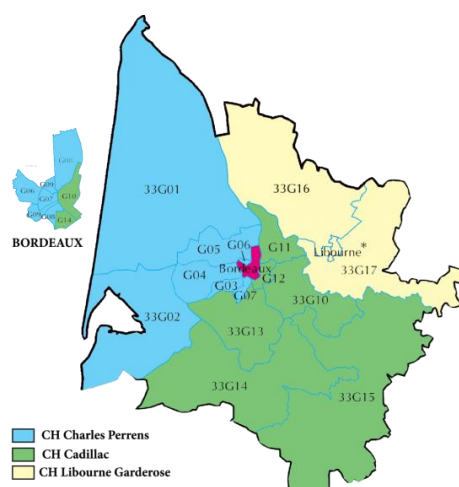
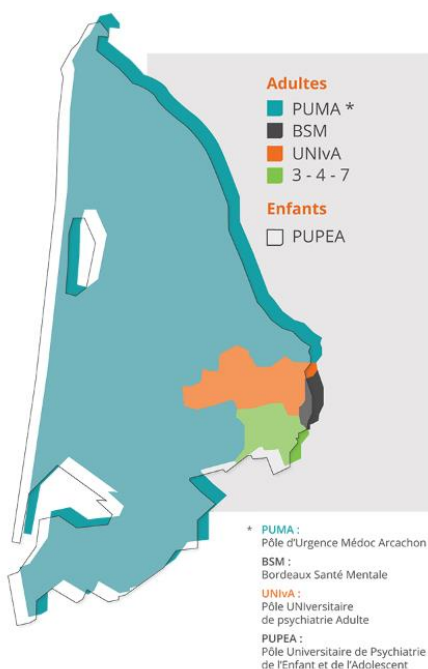


Figure 3 : carte de territorialisation de la psychiatrie adulte en Gironde (53)

Concernant le territoire du CHCP, neuf secteurs géographiques y sont définis afin de proposer aux 830 000 habitants une offre de soins proche de leur domicile. On retrouve sur ce territoire 18 centres médicaux psychologiques (CMP), 11 hôpitaux de jour et une maison d'accueil spécialisée (MAS).



Le centre hospitalier de Charles Perrens est un établissement psychiatrique public rattaché au centre hospitalier universitaire de la ville pour répondre à sa mission d'enseignement et de recherche. Il est divisé en pôles : quatre de psychiatrie adulte (PUMA, BSM, UNIVA et le pôle 3/4/7), un de pédopsychiatrie (PUEA), un d'urgence (SECOP) et un d'addictologie.

L'hôpital Charles Perrens compte 528 lits et 272 places (54).

Figure 4 : Secteurs du Centre Hospitalier Charles Perrens et division par pôles (53)

Afin de répondre aux besoins de santé publique, de nombreuses activités spécialisées se sont développées ces dernières années au CHCP. Parmi elles, les activités de pharmacie clinique se sont étendues au sein de la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI).

Par exemple, la conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie du patient est mise en place depuis novembre 2013 pour les patients de plus de 65 ans. Elle permet de diminuer l'iatrogénie médicamenteuse au cours de l'hospitalisation mais elle renforce aussi le lien ville-hôpital. En 2020, 432 patients de plus de 65 ans ont bénéficié de la conciliation médicamenteuse à l'entrée d'hospitalisation et 348 au moment de leur sortie.

D'autre part, les revues de prescription sont une activité développée par les pharmaciens hospitaliers depuis 2018. Elles permettent de sécuriser la prise en charge médicamenteuse au sein de l'hôpital et permet une réévaluation de la balance bénéfices/risques pour chaque médicament prescrit. Ainsi la prise en charge du patient est optimisée et sécurisée. Le pharmacien contrôle la pertinence, la durée, les posologies et les contre-indications des médicaments prescrits. Quand cela s'avère nécessaire, des interventions pharmaceutiques sont proposées au médecin prescripteur et une discussion sur le traitement est engagée. En 2020, 126 revues de prescription ont été réalisées et 63.7% des interventions pharmaceutiques proposées ont été acceptées.

Des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) sont proposés à l'hôpital Charles Perrens. L'unité Transversale d'Education pour le Patient (UTEP) du pôle UNIVA a été créée pour coordonner et superviser les onze programmes d'ETP proposés. Ils ciblent des pathologies différentes, des activités spécialisées ou un public précis (patient et/ou aidant).

Un programme d'éducation ciblée nommé « Atelier du médicament » a débuté en 2011 et est réalisé par les pharmaciens du CHCP. Ces séances de six personnes maximum abordent le médicament en général, les génériques, les psychotropes et les effets indésirables. Il a pour but de favoriser l'autonomie du patient avec son traitement médicamenteux. Il est destiné aux patients en hospitalisation complète ou de jour et se déroule en 5 séances. Cet atelier est aussi intégré au programme d'ETP « Agissons pour notre santé et développons notre bien-être » depuis 2019 sous la forme d'un entretien pharmaceutique individuel et d'une séance de groupe.

En 2020, 11 séances de l'Atelier du médicament ont été réalisées ainsi que 14 entretiens pharmaceutiques dans le cadre du programme d'ETP « Agissons pour notre santé ».

Par ailleurs, le CHCP est co-pilote du Groupe Expert ETP dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire « Alliance Gironde ».

Des entretiens pharmaceutiques individuels sont proposés aux patients depuis 2019. Ils sont destinés à tous les patients demandeurs ou sur sollicitation de l'équipe médicale. Ces entretiens ont pour objectifs d'apporter des connaissances au patient sur les médicaments, de favoriser la compréhension de leur traitement et de répondre à ses questions. C'est aussi un moment privilégié qui permet au patient d'échanger avec un professionnel de santé autre que le médecin psychiatre ou l'infirmier. En 2020, les pharmaciens seniors du CHCP ont rencontré 32 patients dans le cadre d'entretiens pharmaceutiques.

2- Naissance du projet

La pharmacie clinique a pour but d'optimiser la prise en charge du patient à chaque étape du parcours de soin y compris lors de la sortie d'hospitalisation. Cette sortie est un moment critique pour le patient surtout pour ceux atteints de troubles psychiatriques. Elle peut être vécue comme une rupture avec l'institution (55). Jusque-là, le patient est encadré par une équipe de soin. Il est accompagné au quotidien pour son traitement. Un retour au domicile signifie un retour à l'autonomie du patient. Cette autonomie est fragilisée par les troubles cognitifs liés aux pathologies psychiatriques. Il convient d'accompagner le patient au moment de la sortie.

Afin de faciliter cette sortie et d'accroître l'autonomie du patient avec son traitement, l'idée de réaliser un plan de prise médicamenteux (PPM) a été proposé. Il permettrait de réexpliquer le traitement au patient avec un support écrit. Pour certains praticiens, l'autonomie du patient passe par la délivrance d'informations sur sa pathologie et son traitement (56). La remise d'un plan de prise médicamenteux personnalisé (en fonction de sa pathologie et de son traitement) autour d'un échange avec un pharmacien permettrait une meilleure compréhension du patient.

Au CHCP, les plans de prise étaient déjà réalisés lors de la conciliation médicamenteuse de sortie chez les patients prioritaires de plus de 65 ans et dans les services où la conciliation médicamenteuse est mise en place.

Afin d'élargir le nombre de patients accompagnés lors de leur sortie, les médecins et pharmaciens ont discuté de la réalisation d'un plan de prise médicamenteux destiné à tous les patients sortant d'hospitalisation adapté à leur niveau de compréhension.

II- Objectifs

L'étude réalisée a pour objectif principal d'évaluer l'intérêt d'un document comprenant un plan de prise médicamenteux associé à des informations adaptées au niveau cognitif du patient.

Les objectifs secondaires sont :

- D'évaluer l'impact d'une intervention pharmaceutique à la sortie d'hospitalisation sur l'adhésion thérapeutique du patient.
- D'étudier la faisabilité de cette nouvelle activité au sein du CHCP.

III- Matériel et méthode

1- Création d'un plan de prise médicamenteux adapté au niveau cognitif du patient

1.1 Élaboration d'un modèle de plan de prise médicamenteux

L'étude a commencé avec la création d'un groupe de travail pluridisciplinaire. Il avait pour but de développer un nouvel outil qui facilite la compréhension et l'adhésion au traitement à la sortie d'hospitalisation.

Ce groupe comprend :

- Les pharmaciens de la PUI de Charles Perrens (sénior et internes)
- Un psychiatre de l'unité Morel
- Un psychiatre addictologue
- Des externes en pharmacie en stage hospitalier de cinquième année (5AHU) dont je fais partie.

Le groupe de travail a étudié la réalisation d'un plan de prise médicamenteux destiné au patient et complété avec son traitement lors de sa sortie d'hospitalisation. Ce PPM a pour mission d'apporter des informations précises sur la posologie, les modalités de prise du traitement et l'indication de chaque médicament.

Ce plan de prise médicamenteux est construit à partir du document élaboré par le groupe de travail « Outils conciliation médicamenteuse » de l'OMEDIT. Il s'agit de la version 2014³.

La date de réalisation de ce plan de prise est notée, pour informer le patient qu'après cette date si des modifications du traitement ont eu lieu le document ne sera plus valable.

Le document est composé d'un tableau de sept colonnes, de la gauche vers la droite : le nom des médicaments prescrits en dénomination commune internationale (DCI) et en nom de spécialité. Les quatre colonnes suivantes correspondent aux horaires de prise « matin, midi, soir, coucher » et sont remplis avec des chiffres pour indiquer le nombre d'unités à prendre pour chaque médicament. Ces

³ Annexe 2

colonnes sont modifiables en fonction du moment de prise. Par exemple une colonne « goûter » peut être ajoutée si nécessaire ou les colonnes peuvent être fusionnées en une, si un médicament est prescrit en « si besoin dans la journée ». Des images ont été rajoutées dans chaque colonne afin d'illustrer le moment de prise dans la journée. Ainsi la communication écrite et imagée est privilégiée pour faciliter la compréhension des patients, notamment pour ceux ne maîtrisant pas bien la langue française écrite. La sixième colonne correspond à l'indication. Une phrase explicative sur le médicament y est ajoutée permettant de répondre à la question « pour quelle utilisation ce médicament est-il prescrit ? ». Pour les psychotropes, ce sont des phrases rédigées dans nos référentiels⁴ d'informations qui y sont ajoutées en tenant compte du niveau de compréhension du patient. Pour les médicaments somatiques, une phrase courte et précise est rédigée par le soignant qui complète le PPM.

Dans la dernière colonne, on retrouve les informations sur le bon usage du médicament. Cette colonne précise les modalités de prises ou de surveillances à réaliser. Par exemple, pour la prescription de clozapine (Leponex®) on peut ajouter qu'une surveillance régulière par prise de sang est nécessaire et qu'en cas de constipation il faut prévenir le médecin. Pour le lithium (Téralithe®), il peut être ajouté que les comprimés se prennent au cours d'un repas et qu'une surveillance par prise de sang sera nécessaire tout au long du traitement.

En dessous de ce tableau, se retrouvent deux encadrés :

- Le premier explique la conduite à tenir en cas d'oubli de prise du traitement.
- Le deuxième indique les médicaments arrêtés au cours de l'hospitalisation et qui pourraient être encore en possession du patient.

En fin de page, le pharmacien et le médecin hospitalier référent cosignent le document.

1.2 Création de deux niveaux d'information

Dans notre étude, les patients destinés à utiliser ces plans de prise médicamenteux sont atteints de pathologies psychiatriques. Ces pathologies sont connues pour affecter le niveau cognitif des patients (57) et donc leur niveau de compréhension. Les troubles du langage font partis des symptômes possibles de certaines maladies psychiatriques.

Nous avons voulu pour nos PPM, adapter le vocabulaire utilisé en fonction du niveau de compréhension du patient et de ses connaissances de sa maladie et de son traitement.

Deux niveaux d'informations ont été développés :

- Un niveau 1 d'explication, adapté aux patients avec des difficultés de compréhension importantes, utilisant un vocabulaire simple, accessible pour tout le monde et peu médical. Les phrases explicatives insérées dans le PPM sont courtes et développent une idée à la fois. Ce niveau 1 pourrait aussi être utilisé pour un patient qui n'a pas encore accepté le diagnostic ou qui n'a pas encore saisi tous les symptômes associés à sa pathologie.

⁴ Annexe 3

- Un niveau 2 d'explication pour les patients ayant accès plus facilement au vocabulaire soutenu, utilisant un peu plus le langage médical. Citons en exemple l'utilisation des notions de « craving » dans les troubles de l'usage à des substances, ou encore de « traitement de fond », de « prise au long cours » et de « traitement de crise ». Les phrases utilisées sont plus élaborées et plus techniques. Ce niveau peut être utilisé pour un patient qui connaît déjà bien sa pathologie et/ou qui a accepté le diagnostic. Il est capable de nommer et de reconnaître les symptômes de sa maladie.

Exemple de phrases, inscrite dans les PPM :

Pour la classe des hypnotiques :

- niveau 1 : « aide à dormir »
- niveau 2 : « évite les réveils nocturnes » ou « facilite l'endormissement »

Pour la classe des thymorégulateurs :

- niveau 1 : « évite les fluctuations d'humeur »
- niveau 2 : « régule l'humeur et prévient les épisodes maniaques ou dépressifs »

Pour la classe des antipsychotiques :

- niveau 1 : « évite la réapparition de symptômes »
- niveau 2 : « traitement de fond de vos troubles et prévention des rechutes »

1.3 Création d'un référentiel d'informations sur les psychotropes

Nous avons créé un référentiel regroupant des phrases explicatives pour chaque psychotrope⁵. Ces phrases expliquent l'indication du traitement de façon simple. Elles sont élaborées en collaboration avec les psychiatres du groupe de travail.

Dans ce référentiel, nous avons listé les médicaments utilisés en psychiatrie et regroupés par classe médicamenteuse. Les externes en pharmacie se sont appuyés sur les outils Thériaque et Vidal pour construire des phrases types d'explications correspondant aux deux niveaux de compréhension.

Après vérification par les pharmaciens, ce référentiel a été validé par l'ensemble des psychiatres du groupe de travail.

Une fois le modèle de plan de prise et les tableaux de phrases explicatives rédigées nous avons pu mettre en place notre étude.

⁵ Annexe 3

2- Mise en place de l'étude au centre hospitalier de Charles Perrens

2.1 Période de l'étude

L'étude a été réalisée principalement durant mon deuxième stage d'externat, sur la période du 24 mai au 19 septembre 2019, à l'hôpital Charles Perrens à Bordeaux.

2.2 Patients concernés

Cette nouvelle activité a été mise en place dans trois unités d'admission du CHCP : les unités Morel, BSM 3 et Lescure 1 où des externes en pharmacie réalisaient déjà un stage clinique de cinquième année hospitalo-universitaire (5AHU). En effet, dans ces services les activités de pharmacie clinique (conciliation, visites médicales, participation aux staffs hebdomadaires) sont réalisées par les externes et coordonnées par un interne en pharmacie de façon quotidienne.

Après discussion avec les psychiatres responsables des services concernés, une réunion s'est tenue dans chaque unité avec l'ensemble du personnel soignant pour expliquer la mise en place de l'étude.

2.3 Type d'étude

L'étude menée est une étude prospective. Durant quatre mois, tous les patients en sortie d'hospitalisation des trois services BSM, Lescure et Morel ont été inclus dans notre étude.

Chaque jour, les externes en pharmacie présents dans les services s'informent des sorties d'hospitalisation prévues au cours de la semaine. En accord avec le psychiatre responsable du service, l'externe récupère l'ordonnance de sortie du patient et prévoit de le rencontrer avant sa sortie. Le psychiatre indique le niveau cognitif du patient. L'externe en pharmacie peut alors effectuer un plan de prise médicamenteux individuel adapté au niveau de compréhension du patient.

Le PPM est ensuite validé par un pharmacien senior ou un interne puis il est signé par un psychiatre responsable du service.

L'entrevue se déroule alors selon les bonnes conduites d'un entretien. Le patient et l'externe en pharmacie se placent dans un endroit isolé où la conversation peut rester confidentielle. L'externe commence par se présenter et expliquer l'utilité du plan de prise. Il prend le temps de revoir l'ensemble du traitement avec le patient en prenant soin de lire à voix haute les phrases explicatives inscrites en fonction du niveau cognitif. Après cet échange, un questionnaire est rempli avec le patient et le plan de prise médicamenteux lui est remis.

3- Recueil des résultats et synthèse des informations

3.1 Questionnaire patient

Au cours de la rencontre et après la présentation du PPM, l'externe en pharmacie remplit, avec le patient, un questionnaire composé de quatre questions⁶ :

– Question 1 : « Avez-vous compris votre traitement ? », cette question évalue la compréhension du traitement après la présentation du plan de prise. Le but étant de faire citer au patient son traitement et d'évaluer son état de compréhension. Pour cela nous avons établi une échelle de compréhension avec cinq échelons :

- L'échelon 1 correspond au patient qui ne peut citer aucun médicament, ni aucune posologie.
- L'échelon 2, le patient nous donne une notion d'un médicament ou d'une posologie.
- L'échelon 3, le patient est capable de nous citer son traitement, mais certains points restent incompris notamment l'indication des médicaments.
- L'échelon 4, presque la totalité du traitement est citée, un médicament ou une posologie est oublié.
- L'échelon 5, correspond au patient qui connaît parfaitement son traitement.

– Question 2 : « Avez-vous des difficultés avec certains mots employés ? » cette question vérifie que le vocabulaire utilisé dans la fiche est bien adapté au niveau cognitif du patient.

– Question 3 : « Trouvez-vous ce document utile ? », juge l'utilité du document pour le patient.

– Question 4 : « Avez-vous des questions ou des remarques ? ». Ce moment permet au patient de nous poser des questions sur son traitement ou de nous faire des remarques sur le plan de prise réalisé pour lui.

3.2 Sortie d'hospitalisation

Lors de la sortie d'hospitalisation, le patient peut retourner à domicile en bénéficiant d'un suivi dans un centre médical psychologique (CMP) ou il peut intégrer une clinique spécialisée. Les cliniques spécialisées permettent aux patients une réadaptation progressive à la vie sociale ou un accompagnement pour un trouble de l'usage à de substances toxiques.

Lors des retours à domicile, le suivi dans un centre médical psychologique (CMP) est préconisé. Il se réalise dans le centre le plus proche du domicile et les consultations sont souvent effectuées par le psychiatre responsable du secteur du CH Charles Perrens. Ce suivi permet de suivre l'évolution de la maladie et l'efficacité du traitement prescrit lors de l'hospitalisation dans le but d'éviter une rupture des soins. Le premier rendez-vous au CMP est fixé environ un mois après la sortie.

⁶ Annexe 3

Si le patient était suivi par un psychiatre libéral avant son hospitalisation, il peut faire le choix de poursuivre avec lui.

Concernant les patients avec des troubles de l'usage à des substances, l'accompagnement peut s'effectuer dans un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Ces centres permettent une prise en charge holistique du patient : médicale, sociale, psychologique et éducative. Ils proposent des soins ambulatoire ou résidentiel. Ils assurent un accompagnement du patient ainsi que de son entourage. Un suivi hebdomadaire est alors organisé au CSAPA avec un médecin addictologue. De plus, une délivrance fractionnée des traitements peut être organisée directement par les infirmiers du CSAPA. Ils peuvent délivrer les traitements à chaque venue du patient de façon quotidienne, hebdomadaire ou bihebdomadaire.

3.3 Contact des CMP

Nous avons contacté un mois plus tard les CMP par téléphone et recueilli les retours des soignants.

Nous avons interrogé les soignants, psychiatres ou infirmiers qui ont rencontré les patients inclus dans notre étude.

- « Le patient est-il venu au rendez-vous avec sa fiche de plan de prise ? »
- « Pensez-vous que le patient soit observant ? ».

3.4 Recueil d'information sur les patients concernés par l'étude

À la fin de l'étude, les réponses du questionnaire patient et des contacts aux CMP ont été anonymisées puis regroupées dans un tableau Excel®.

Nous avons recueilli pour chaque patient, à l'aide du dossier patient informatisé Hospital Manager du CHCP, les informations suivantes :

- caractéristiques du patient : sexe, âge, service d'hospitalisation.
- le diagnostic psychiatrique,
- le niveau cognitif évalué par le médecin,
- les caractéristiques d'hospitalisation : le nombre de séjours réalisés à Charles Perrens, la durée du dernier séjour, le type de sortie d'hospitalisation,
- les traitements à inclure dans le plan de prise, les modifications de traitement réalisées au cours de l'hospitalisation. Nous avons également quantifié le nombre de patients ayant bénéficié d'une conciliation médicamenteuse.

Ces données ont été regroupées sous forme de tableaux et de graphiques que je présente dans la partie suivante.

IV- Résultats

Durant quatre mois, nous avons pu réaliser trente plans de prise médicamenteux.

1- Répartition dans les services et nombre de patients conciliés inclus dans l'étude

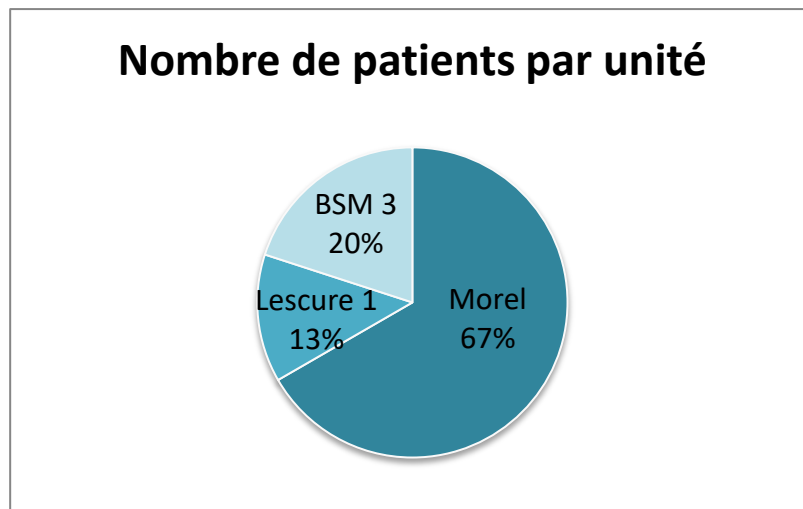


Figure 5 : Répartition des patients dans les services

L'étude s'est déroulée dans trois unités différentes de Charles Perrens. **Soixante-sept pourcent** des patients de l'étude étaient dans l'unité Morel, **20%** à BSM 3 et **13%** à Lescure 1. Sur les 30 patients, **26%** ont bénéficié de la conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation.

2- Caractéristiques des patients inclus dans l'étude :

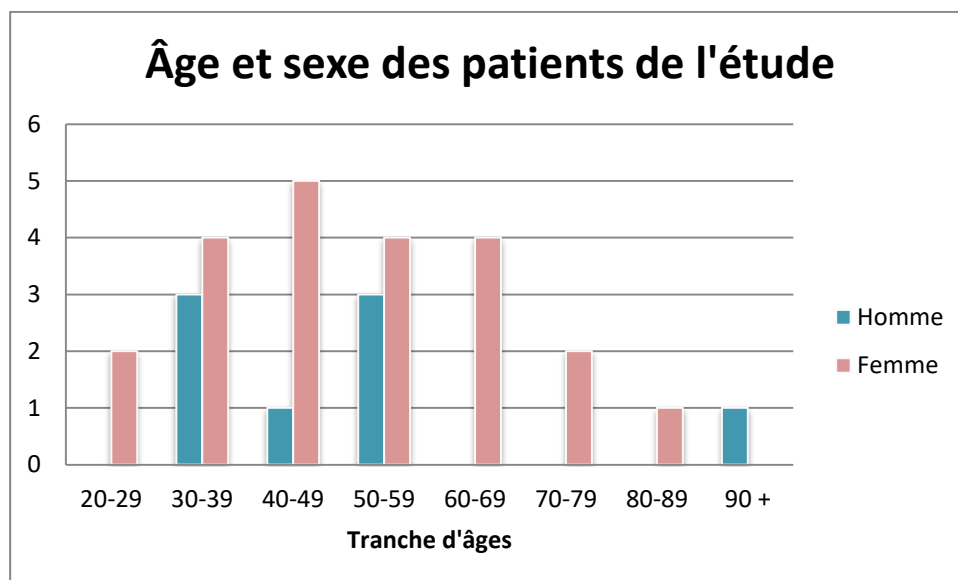


Figure 6 : Âge et sexe des patients de l'étude

Nous avons rencontré 22 femmes et 8 hommes soit un sex-ratio de **0.36**. Le plus jeune patient avait **28 ans** et le plus âgé avait **90 ans**. La moyenne d'âge dans notre échantillon de patient était de **51 ans**.

3- Suivi d'hospitalisation psychiatrique

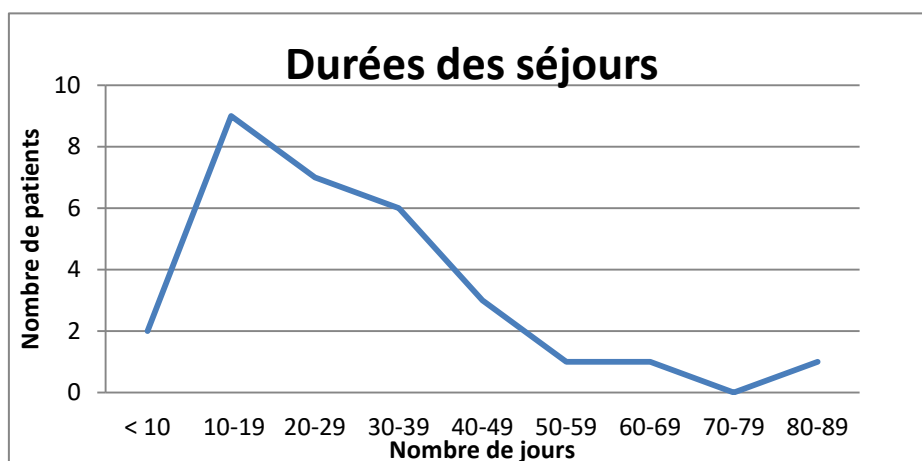


Figure 7 : Durées des séjours au CHCP

Nous avons recueilli le nombre d'hospitalisations réalisées à Charles Perrens pour chaque patient. Ils étaient hospitalisés en moyenne **5,5 fois** au CHCP. Le nombre de séjours maximum enregistré pour un patient est de vingt-sept.

Il s'agit du premier séjour pour sept d'entre eux. La moyenne d'âge des patients qui font leur premier séjour est de **34 ans** [28-39].

Au cours de leur dernier séjour, les patients sont restés hospitalisés en moyenne **28 jours**.

4- Pathologies psychiatriques et niveau cognitif des patients

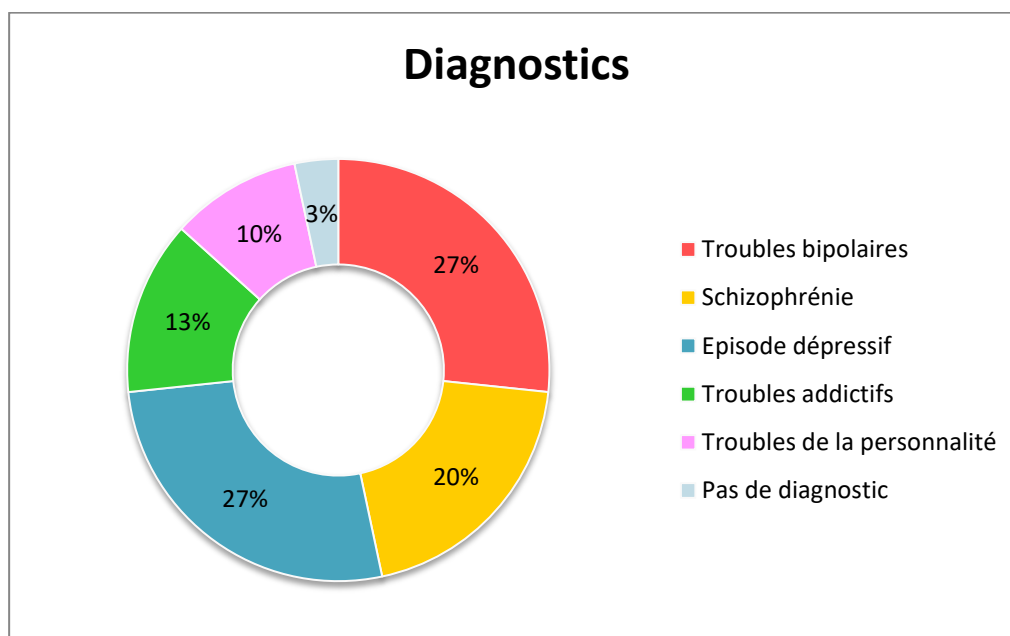


Figure 8 : Diagnostics des patients inclus dans l'étude

Les diagnostics établis par les médecins psychiatres sont codés par le CIM-10-MC. Sur trente patients, **27%** sont atteints de trouble bipolaire (F31), **27%** sont hospitalisés pour un épisode dépressif (F32 ou F33) et **20%** sont atteints de schizophrénie (F20-F29). Nous avons rencontré quatre personnes avec un

problème d'addiction entraînant des symptômes délirants. Une personne avec une addiction au cannabis (F12) et trois avec des troubles liés à l'alcool (F10) soit **13%** des patients. **Dix pourcent** appartiennent à la classe F60-F69 : troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte. Un patient n'a pas encore de diagnostic avéré, un trouble cognitif débutant lié à l'âge étant suspecté.

Pathologies	Nombre de patients	Niveau cognitif	
		Niveau 1	Niveau 2
Troubles bipolaires	8	2	6
Schizophrénie	6	3	3
Episode dépressif	8	4	4
Troubles addictifs	4	2	2
Troubles de la personnalité	3	0	3
Pas de diagnostic	1	0	1
Total	30	11	19

Tableau 1 : Diagnostics des patients inclus dans l'étude

Concernant les niveaux cognitifs déterminés par les psychiatres en fonction des pathologies des patients :

- **Onze** patients sont évalués à un niveau bas (niveau 1)
- **dix-neuf** à un niveau élevé (niveau 2).

5- Traitements médicamenteux

Pour chaque plan de prise réalisé, nous avons relevé le nombre de médicaments prescrits. Nous les avons ensuite classés en fonction du type de médicament : psychiatrique ou somatique. Au total, 165 lignes de médicaments prescrits pour les 30 plans de prises dont 95 lignes qui sont des médicaments psychiatriques et 70 lignes des médicaments somatiques. En moyenne il y a **5,5** médicaments [1-12] présents sur le plan de prise dont en moyenne **3** médicaments psychiatriques [1 – 6] et **2,46** médicaments somatiques [0-10]. Dix patients n'ont aucun traitement somatique.

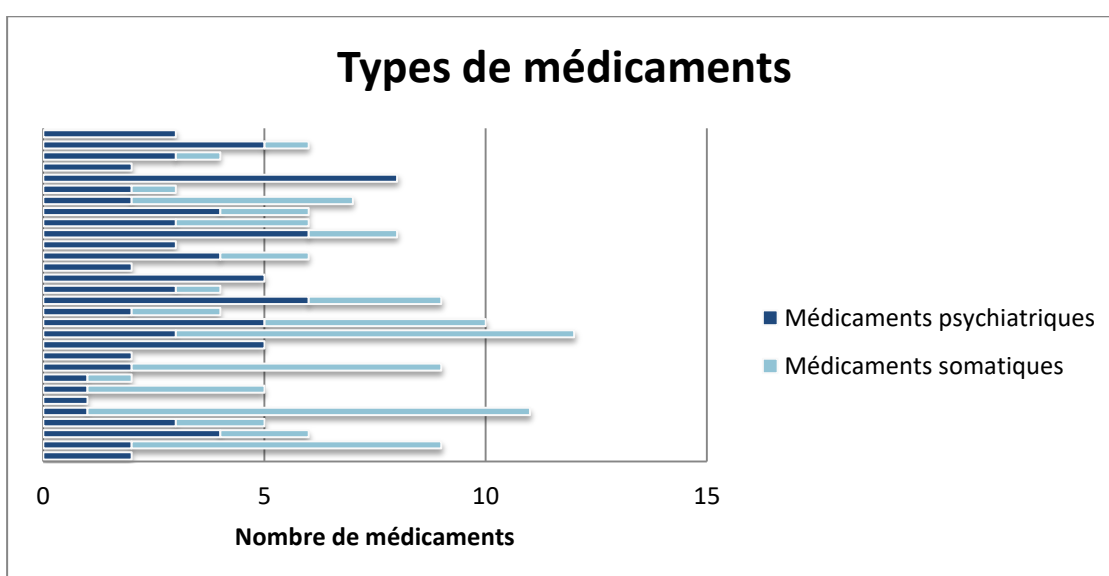


Figure 9 : Types de médicaments présents dans les PPM

Les médicaments de la sphère psychiatrique représentent 95 lignes au total sur les 30 plans de prise thérapeutique, soit **57.6%** des médicaments :

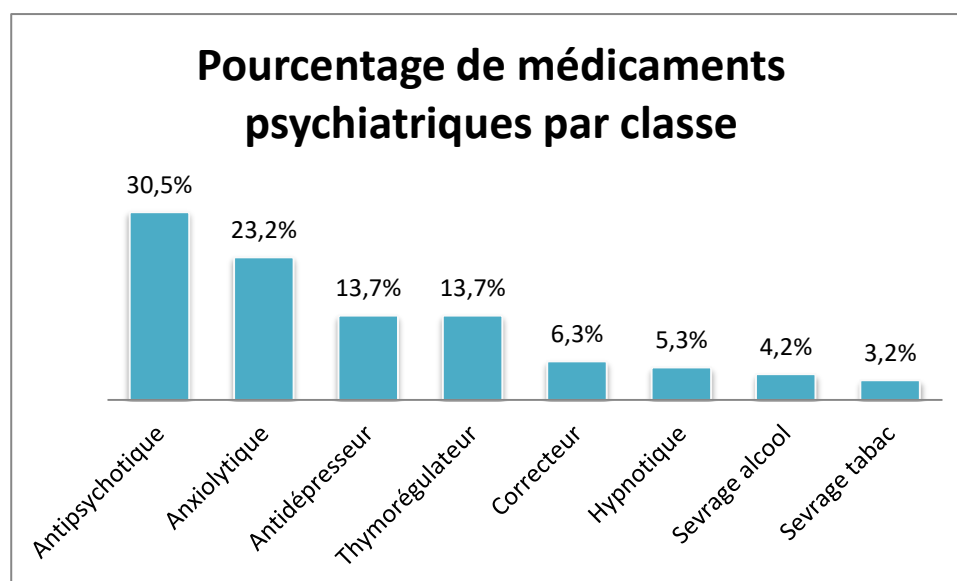


Figure 10 : Classes de médicaments psychiatriques présents dans les PPM

Les antipsychotiques représentent **30 %** des lignes de médicaments psychiatriques prescrits à la sortie d'hospitalisation. Ce sont seize prescriptions sur les trente de notre étude qui contiennent au moins un antipsychotique. Trois prescriptions indiquent quant à elles la prise de deux antipsychotiques en simultané.

Vingt-trois % sont des anxiolytiques. Ce sont dix-neuf prescriptions sur les trente qui en contiennent au moins un.

Treize % sont des antidépresseurs, soit neuf patients avec au moins un antidépresseur prescrit et deux patients avec deux antidépresseurs.

Treize % sont des thymorégulateurs, soit onze patients sur trente ont au moins un thymorégulateur prescrit et deux patients ont deux thymorégulateurs sur leur ordonnance.

Dans la catégorie des **correcteurs**, on retrouve les médicaments pour corriger les symptômes extrapyramidaux induits par les antipsychotiques. Ce sont **6%** des médicaments psychiatriques présents sur les plans de prise.

Les hypnotiques représentent **5%** des 95 lignes, **4%** sont des médicaments du sevrage alcoolique et **3%** pour le sevrage tabagique.

Nous avons relevé les classes thérapeutiques des **médicaments somatiques** prescrits à la sortie d'hospitalisation :

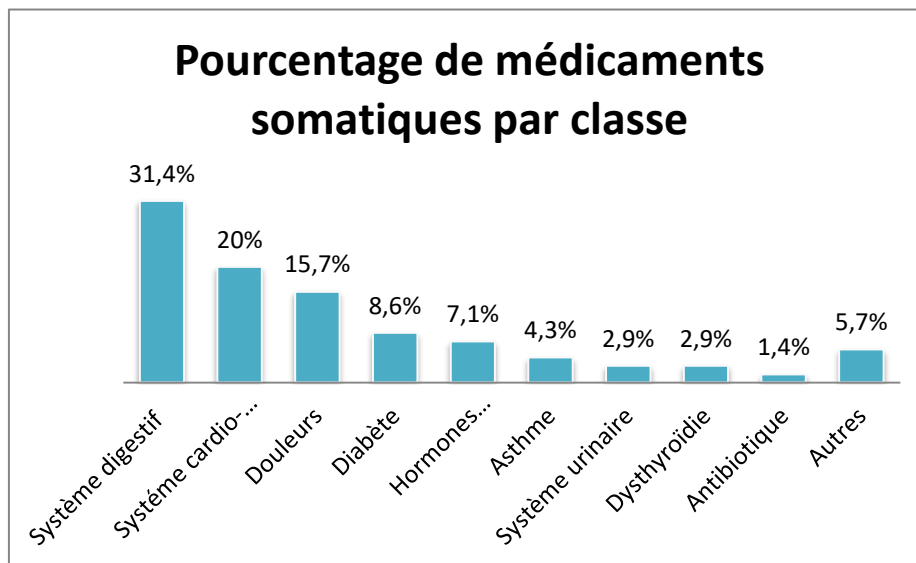


Figure 11 : Classes de médicaments somatiques présents dans les PPM

Les **médicaments du système digestif** comprennent :

- les laxatifs (représentent **54,5%** des médicaments du système digestif prescrit à la sortie d'hospitalisation),
- les anti-reflux,
- les inhibiteurs de la pompe à proton,
- les antispasmodiques,
- les médicaments antidiarrhéiques.

Les **médicaments du système cardiovasculaire** comprennent:

- les antihypertenseurs,
- les antiagrégants plaquettaires,
- les anticoagulants,
- les diurétiques,
- les hypocholestérolémians.

Les **médicaments de la douleur** comprennent :

- les antalgiques dont le paracétamol,
- les anti-inflammatoires non stéroïdiens,
- les morphiniques,
- les médicaments des neuropathies.

Dans la classe des **hormones féminines** :

- les contraceptifs,
- les substituts hormonaux contre l'ostéoporose,
- les traitements de la ménopause.

Dans la catégorie des **médicaments du système urinaire** :

- deux médicaments contre l'hypertrophie bénigne de la prostate.

Dans la catégorie « autres » :

- des collyres,
- des vitamines,
- des corticoïdes par voie cutanée

6- Modifications de traitement réalisées au cours de l'hospitalisation

Lors de notre étude des modifications de traitement ont été réalisées pendant le séjour des patients participants :

- une augmentation ou une diminution de posologie,
- un arrêt de médicament,
- une reconduction de traitement. Elle signifie que le médicament était déjà prescrit mais il a été arrêté par le patient (rupture de traitement). Les médecins décident alors de reconduire le médicament car il est encore indiqué et bien toléré par le patient.
- un switch est un changement de molécule tout en conservant la même classe thérapeutique (exemple d'un switch entre fluoxétine et sertraline, deux antidépresseurs de la famille des inhibiteurs sélectifs de la recapture à la sérotonine).

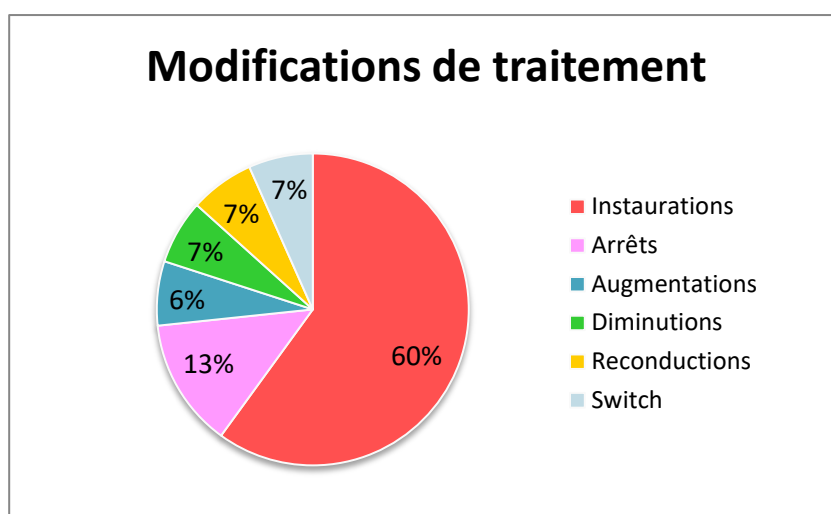


Figure 12 : Type de modifications de traitement réalisées au cours de l'hospitalisation

Pour six patients, il n'y a aucune modification de traitement pendant l'hospitalisation. Pour les autres, on note dix-neuf instaurations de traitement, quatre arrêts de molécules, deux augmentations de posologie, deux diminutions de posologie, deux reconductions et deux switches.

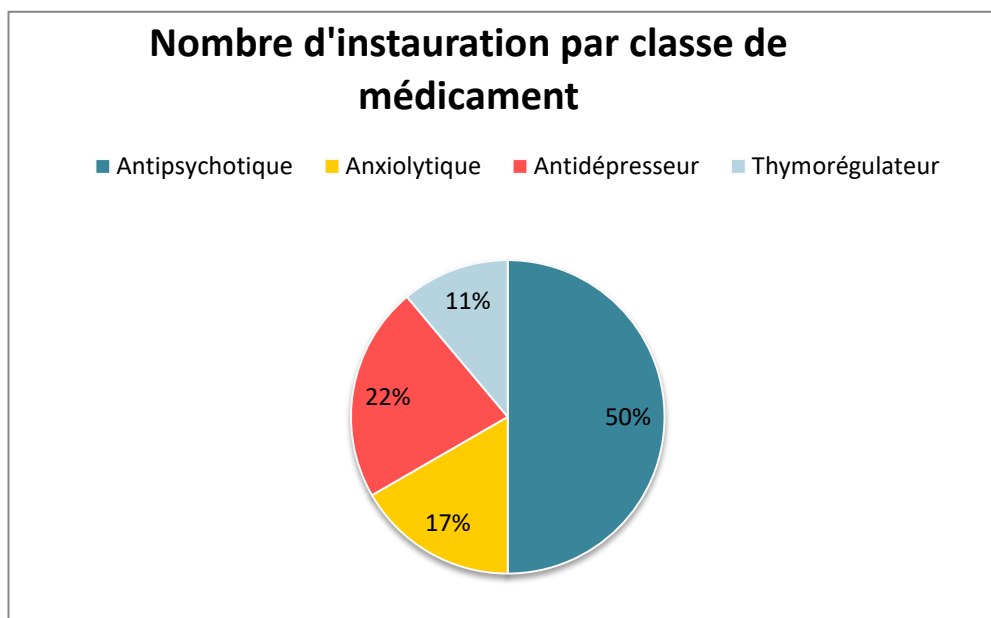


Figure 13 : Nombre d'instauration par classe de médicaments

Les médicaments instaurés au cours des séjours à Charles Perrens sont pour **la moitié** des antipsychotiques, **22%** sont des antidépresseurs, **17%** des anxiolytiques et **11%** des thymorégulateurs.

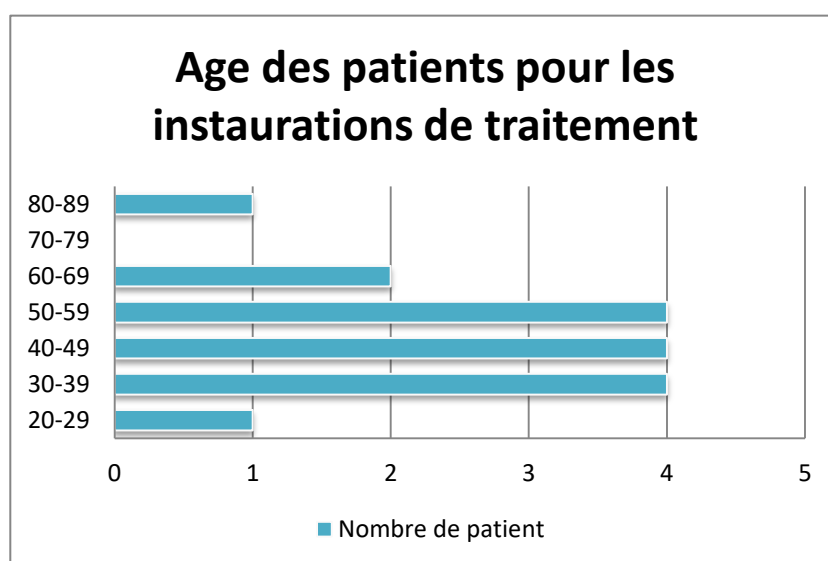


Figure 14 : Age des patients concernés par des instaurations de traitement

La majorité des patients concernés par une instauration de traitement ont entre **30 et 59 ans**. Ils se répartissent comme suit :

- Un entre 20 et 29 ans,
- quatre entre 30 et 39 ans,
- quatre entre 40 et 49 ans,
- quatre entre 50 et 59 ans,
- deux entre 60 et 69 ans,
- un entre 80 et 89 ans.

7- Sortie d'hospitalisation

A la fin de l'hospitalisation, sur les trente patients, vingt-neuf obtiennent l'autorisation de rentrer à leur domicile et un est quant à lui transféré dans une clinique spécialisée.

Parmi les retours à domicile, vingt-quatre patients ont convenu d'un suivi en CMP à leur sortie, un patient poursuit son suivi dans le service d'addictologie de l'hôpital Charles Perrens, deux ont choisi de continuer avec leur psychiatre libéral et deux autres n'ont pas de suivi prévu.

8- Réponses recueillies

Après l'élaboration du PPM et l'entretien pharmaceutique avec le patient, un questionnaire⁷ a été mis en place pour évaluer la satisfaction du patient. Ce questionnaire a été effectué **par vingt patients** de l'étude. Quatre questions sont alors posées au patient.

a) Question 1 : « Avez-vous compris votre traitement ? »

Réponse 1 : Non pas du tout (le patient ne sait pas citer un seul nom de médicament ni aucune posologie).

Réponse 2 : Un peu (le patient donne une notion d'un nom de médicament ou d'une posologie).

Réponse 3 : Partiellement (le patient est capable de citer son traitement, mais certains points, concernant le rôle des médicaments, restent incompris).

Réponse 4 : Presque la totalité du traitement est citée, un médicament ou une posologie est oublié.

Réponse 5 : Oui parfaitement

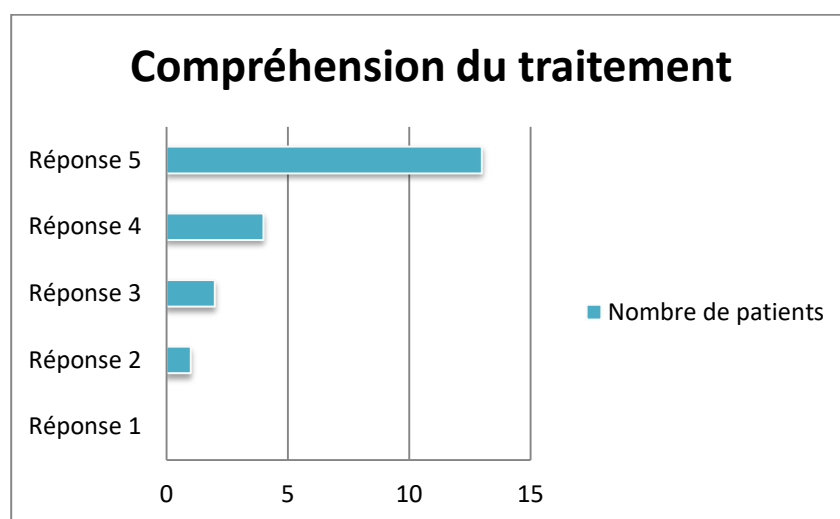


Figure 15 : Compréhension du traitement après intervention pharmaceutique

⁷ Annexe

Les résultats montrent :

- Aucun patient pour la réponse 1,
- 1 patient pour la réponse 2, soit 5%,
- 2 patients pour la réponse 3, soit 10%,
- 4 patients pour la réponse 4, soit 20%,
- 13 patients pour la réponse 5, soit 65%.

b) Question 2 : « Avez-vous des difficultés avec certains mots employés ? »

La question est volontairement ouverte afin que le patient puisse demander de préciser certains mots qu'il n'aurait pas compris. Aucun patient n'a répondu positivement à cette question.

c) Question 3 : « Trouvez-vous ce document utile ? »

Sur les vingt patients interrogés, deux ont jugé le document et l'intervention inutile. Parmi eux, un se situe à l'échelle 2 de la première question (le patient a compris un peu son traitement). Il a refusé de conserver le plan de soin à la sortie d'hospitalisation. L'autre se situe sur l'échelle 4 (presque la totalité du traitement compris).

d) Question 4 : « Avez-vous des questions ou des remarques ? »

Pour terminer l'entrevue avec le patient, nous finissons par cette question ouverte. Dans cette partie du questionnaire, nous avons rapporté les questions et les remarques émises par le patient.

Questions posées par le patient concernant le traitement :

« Est-ce que je peux conduire avec mes traitements ? »

« Puis-je trouver ces médicaments dans toutes les pharmacies ? »

Remarques du patient concernant le plan de prise en lui-même :

« Pourquoi ne pas regrouper les médicaments en fonction de l'heure de prise sur le document ? Ça serait mieux pour moi. ».

« Document très utile, manquait jusqu'à maintenant

« C'est un document utile pour ma famille aussi. ». Cette remarque a été faite à deux reprises.

9- Contact avec les CMP

Après leur sortie d'hospitalisation, vingt-quatre patients ont convenu un rendez-vous dans un CMP de leur secteur. Nous avons contacté par téléphone les CMP concernés, approximativement un mois après l'intervention pharmaceutique. Le plus souvent, nous rentrons en contact avec les infirmiers des CMP qui reçoivent le patient en rendez-vous. Nous avons eu des nouvelles de **seize patients**.

Pour les autres :

- **trois** patients étaient réhospitalisés avant leur rendez-vous au CMP,
- **deux** ne se sont pas présentés au rendez-vous,
- **et pour trois** patients, nous n'avons pas réussi à joindre les CMP pour faire le suivi.

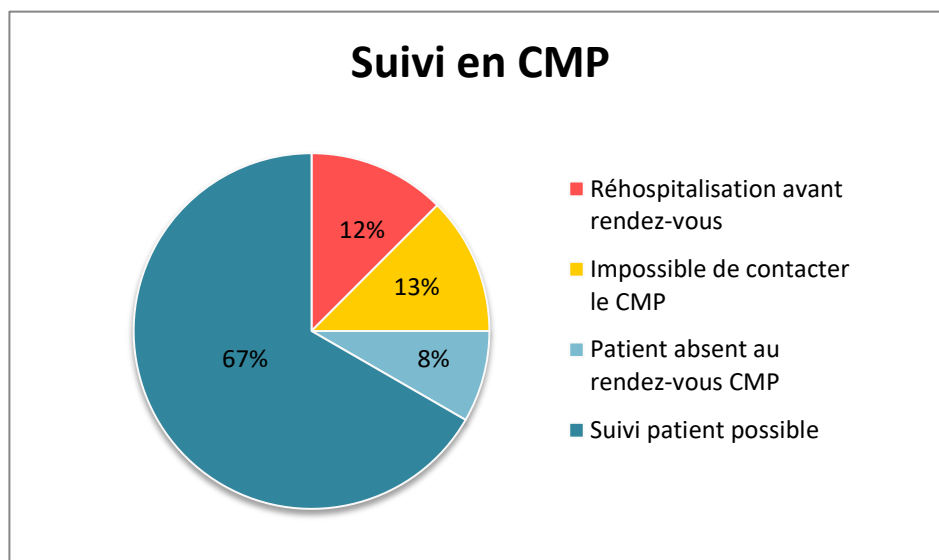


Figure 16 : Suivi en CMP pour 24 patients de l'étude

a) Utilisation du document

La première question posée est « Le patient est-il venu avec sa fiche de plan de soin ? Vous en a-t-il parlé ? »

Une infirmière a répondu positivement à la question. Pour le reste, le patient n'a pas parlé du plan de prise ni de notre intervention lors de sa sortie.

b) Observance du patient

La question portait sur l'adhésion thérapeutique après la sortie d'hospitalisation. « Pensez-vous que le patient soit observant ? ». Les réponses formulées sont des évaluations subjectives des psychiatres ou des infirmiers lors du suivi au CMP. C'est un point que le médecin ou l'infirmier aborde au cours de son rendez-vous avec le patient.

Cette question a pu être posée pour seize patients qui se sont présentés au rendez-vous du CMP et pour lesquels nous avons eu un suivi. Treize patients sont considérés comme adhérant aux traitements un mois après leur sortie d'hospitalisation.

V- Discussion

Les patients inclus dans l'étude étaient hospitalisés dans trois services du CHCP : les unités Morel, BSM 3 et Lescure 1 car la présence d'externes en pharmacie y est régulière depuis que les activités de pharmacie clinique se sont multipliées. Il était alors plus simple de mettre en place cette étude dans les unités où les externes en pharmacie étaient déjà présents et jouaient un rôle actif au sein de l'équipe soignante. Hormis la sélection des services, aucune autre sélection n'a été faite auprès des patients. Seul le manque de temps entre la décision de sortie et la sortie réelle du patient a mis un frein aux possibilités d'établir le PPM et de rencontrer le patient.

Les caractéristiques de notre échantillon de patients diffèrent sur certains points des données de la population psychiatrique en France. Au cours de l'étude, nous avons rencontré plus de femmes que d'homme (sex-ratio de 0,36) alors que les données nationales, tout comme au CHCP, donnent des proportions égales d'hommes et de femmes hospitalisées.

Les patients rencontrés étaient d'âges très différents. Le patient le plus jeune a 28 ans et le plus âgé 90 ans. La moyenne d'âge dans notre étude est de 51 ans soit 10 ans de plus que l'âge moyen des patients au CHCP et des données nationales. En effet, en France, en 2018, l'âge moyen des patients pris en charge en psychiatrie était de 44 ans (58).

Ce résultat est assez étonnant car la population en psychiatrie est souvent jeune. Ceci pourrait être expliqué par des patients en rechute donc ayant déjà eu plusieurs hospitalisations au cours de leur vie. En effet, dans notre échantillon, les patients avaient déjà réalisé en moyenne 5,5 séjours au CHCP. Ce résultat conforte donc notre idée que les patients de l'étude ont été hospitalisés plusieurs fois et sont plus âgés. En général la décompensation de la pathologie conduisant à l'hospitalisation et au diagnostic s'effectue entre 20 et 30 ans, soit beaucoup moins que la moyenne retrouvée dans notre étude de 44 ans.

La durée moyenne de séjour de notre échantillon de patients est de 28 jours, ce qui correspond à la durée moyenne de séjour à l'hôpital Charles Perrens (29 jours). Par contre, en France, elle est de 56,7 jours (59), soit le double.

Les femmes faisant des séjours plus courts que les hommes, nous pouvons expliquer que la proportion de femmes de notre étude soit plus élevée. Cependant elles multiplient les hospitalisations (60). De plus, nos patients sont plus âgés et ont fait déjà plusieurs séjours. Nous pouvons donc supposer qu'ils sont déjà diagnostiqués et traités, ce qui peut expliquer la sortie plus rapide d'hospitalisation.

Par contre, sept patients de notre étude faisaient leur premier séjour en hôpital psychiatrique, avec une moyenne d'âge de 34 ans [28-39 ans], ce qui est assez tard pour une première décompensation psychiatrique. Il y a donc un risque de non-adhésion plus élevé pour ces patients qui n'ont peut-être pas encore accepté leur diagnostic ou bénéficié de programme d'ETP. Cette moyenne d'âge est plus élevée que l'âge pour le diagnostic de la plupart des pathologies psychiatriques, notamment la

schizophrénie et les troubles bipolaires qui se font entre 15 et 30 ans (61). Mais un âge plus mature augmente la possibilité d'une meilleure compréhension de la maladie et du traitement. Il est alors plus simple pour le soignant d'intégrer le patient dans sa prise en charge.

D'autre part, un patient de 82 ans avait été hospitalisé pour la première fois pour des troubles cognitifs débutants dû à l'âge, nous pouvons nous interroger sur l'origine des troubles du comportement pouvant être lié à une démence ou à de réels troubles psychotiques.

En France en 2015, les motifs d'hospitalisation en psychiatrie sont majoritairement liées à des psychoses ou des troubles de l'humeur (60). Or notre échantillon contient plus de personnes hospitalisées pour un état dépressif majeur que la moyenne française, ce qui pourrait expliquer la moyenne d'âge élevé dans notre étude.

Ce taux de patients dépressifs peut être expliqué par la difficulté à traiter cette pathologie chronique. La prise en charge des dépressions se fait d'abord en ville par le médecin généraliste ou un psychiatre libéral. En cas de rechute ou de résistance aux traitements prescrits en ville, les médecins proposent une hospitalisation pour un suivi complet du patient. Lors de l'hospitalisation pour une dépression chronique, le patient a déjà été traité par plusieurs classes d'antidépresseurs, il peut être découragé par les traitements et donc adhérer plus difficilement aux nouveaux médicaments proposés. L'entretien avec des patients dépressifs chroniques est plus compliqué en raison du manque de motivation et du peu d'adhésion au traitement.

Les patients inclus dans l'étude sont à 63% évalués à un niveau cognitif élevé (niveau 2). Les patients atteints de troubles bipolaires sont à 75% évalués à un niveau 2. Pour les patients atteints de schizophrénie, ils sont autant à être évalués au niveau faible de compréhension qu'au niveau élevé, tout comme les patients faisant un épisode dépressif et ceux ayant des troubles de l'usage à des substances. Mais ces résultats sont issus d'un petit échantillon (30 patients dans notre étude) et sont une estimation des médecins psychiatres. Un test reconnu permettant l'évaluation du niveau cognitif aurait pu être utilisé pour apprécier au mieux le niveau de compréhension du patient.

La part importante de patient évalué à un haut niveau cognitif nous laisse supposer que les patients rencontrés ont compris leur diagnostic et leur traitement. L'adhésion thérapeutique semble plus accessible pour eux. Les entretiens étaient alors plus faciles avec ces patients.

Le nombre de médicaments prescrits à la sortie d'hospitalisation ; 5,5 médicaments en moyenne par patient dont 3 médicaments psychiatriques et 2 somatiques ; est assez élevé mais bien représentatif des prescriptions de psychiatrie. Ce nombre élevé de médicaments a une conséquence sur l'adhésion thérapeutique. Plus il y a de médicaments sur une ordonnance plus l'observance diminue (23).

57,6 % des médicaments prescrits sur les PPM de notre étude sont des médicaments psychotropes dont 30% sont des antipsychotiques, 23% des anxiolytiques, 13% des antidépresseurs et 13% des thymorégulateurs. Ce sont des traitements indiqués pour les pathologies psychiatriques, il est donc logique de les retrouver dans notre étude. Mais ils ne sont pas majoritaires car presque la moitié correspond à des médicaments somatiques.

La majorité des plans de prise, 19 sur 30, contenaient au moins un antipsychotique, ce qui est normal en psychiatrie. Cette classe de médicament qui s'est enrichie de diverses molécules au cours des trente dernières années se retrouve de plus en plus prescrite. En effet, l'extension de leurs indications (schizophrénie, troubles bipolaires, prévention des rechutes de dépression) et une tolérance qui se veut meilleure pour les antipsychotiques de deuxième génération conduisent à une augmentation de leur prescription. Ils sont retrouvés pour la prise en charge de troubles psychotiques aigus (agitation, épisode maniaque) mais surtout au long cours pour des troubles psychiatriques chroniques (62). En France entre 2007 et 2013, la prévalence d'utilisation a augmenté de 28,4 % pour les antipsychotiques de deuxième génération (63).

Ce résultat est à mettre en relation avec le nombre de médicaments appelés « correcteurs » retrouvés dans les PPM. Les antipsychotiques sont responsables de divers effets indésirables, parmi lesquels on retrouve les effets extrapyramidaux perturbant les mouvements du patient (contraction des muscles involontaires, tremblements, raideurs, mouvements désordonnés...). C'est pour cela que le trihexyphenidyle et la tropatépine, sont aussi présents en psychiatrie (6% des médicaments psychiatriques dans notre étude). Ils corrigent les effets extrapyramidaux induits par les antipsychotiques.

Les anxiolytiques sont la deuxième classe la plus retrouvée avec notamment la famille des benzodiazépines. Bien que la consommation de benzodiazépines soit en diminution en France depuis quelques années (-10 % entre 2012 et 2015), elle reste malgré tout encore importante : en 2015 la France est au deuxième rang de la consommation en Europe (64). Ces molécules sont principalement indiquées dans la prise en charge des troubles du sommeil et des troubles anxieux, symptômes fréquents dans les troubles psychiatriques. Elles sont donc souvent associées au traitement de fond (antipsychotique). C'est la raison pour laquelle les patients de notre étude se retrouvent plus exposés à ces molécules (23% des médicaments psychiatriques).

La part de médicaments somatiques dans les PPM est importante à commenter. En effet, les psychotropes sont responsables de beaucoup d'effets indésirables, qui peuvent avoir pour certains des conséquences graves sur la qualité de vie ou sur la santé du patient.

Dans notre étude, les traitements somatiques les plus prescrits sont des médicaments du système digestif et en particulier des laxatifs : 54,5 % des médicaments du système digestif prescrits à la sortie. Ce chiffre n'est pas étonnant, car les effets indésirables anticholinergiques (constipation, sécheresse buccale, rétention urinaire, tachycardie, hypotension...) des antipsychotiques sont les plus courants. Une constipation chronique peut être grave car peut entraîner un fécalome et par la suite une occlusion intestinale. Il est donc important de prévenir ces EI.

La deuxième classe de médicaments somatiques la plus retrouvée concerne les molécules du système cardio-vasculaire avec notamment des antihypertenseurs (6 antihypertenseurs sur 14 médicaments du système cardio-vasculaire retrouvés dans nos PPM).

En effet, cela peut s'expliquer car les antipsychotiques ont des effets indésirables cardio-vasculaires importants (arythmies, allongement de l'intervalle QT, bloc auriculo-ventriculaire, myocardite, hypotension, thromboses, dyslipidémies, diabète) (62). Le risque d'événements cardio-vasculaire est donc augmenté chez ces patients qui ont souvent des facteurs favorisants et des comorbidités (mauvaise alimentation, sédentarité, obésité, addiction, tabagisme...) (65) (66) (67).

En effet, le tabagisme est très présent dans la population psychiatrique et reste la principale cause de mortalité chez ces patients (augmentation du risque cardio-vasculaire et de pathologies cancéreuses).

Dans nos PPM les traitements pharmacologiques d'aide à l'arrêt du tabac représentent 3 % des médicaments. L'arrêt du tabac est plus difficile que dans la population générale en raison d'une dépendance plus importante et des symptômes de sevrage plus sévères. Le risque de dépression et de troubles anxieux au moment de l'arrêt freine l'instauration de substituts nicotiniques.

Les médicaments du diabète représentent une part non négligeable : 8,6 % des médicaments somatiques retrouvés dans les PPM réalisés. En effet, le diabète étant une pathologie grave il est essentiel d'en éviter les complications en mettant en place un traitement. Dans notre étude, 13 % des patients ont un diabète diagnostiqué. Dans la population générale française, la prévalence du diabète de type 2 est de 4,65% (68). Des études, comme celle réalisé au CHU de Saint-Etienne, montrent que la prévalence du diabète est 2 à 3 fois plus importante dans la population psychiatrique (69,70).

La troisième classe de médicament somatique la plus courante dans nos PPM est celle des médicaments de la douleur. Nous retrouvons principalement des antalgiques opioïdes faibles comme le paracétamol, les anti-inflammatoires non stéroïdiens ou les médicaments des douleurs neuropathiques. Nous pouvons nous interroger sur une notion de causalité entre douleurs et pathologies psychiatriques. Par exemple, un patient atteint de schizophrénie souffrant d'un syndrome extrapyramidal induit par son traitement antipsychotique peut se plaindre de douleurs musculaires. À l'inverse, un patient souffrant de douleurs neuropathiques chroniques peut développer une dépression (71).

La part des hormones féminines dans nos PPM est de 7,1 %. Ce pourcentage élevé est expliqué par le fait que 73 % des patients de notre étude sont des femmes. Pour les patientes les plus jeunes, on retrouve la prescription de contraceptifs. La contraception est essentielle pour les femmes en âge de procréer à cause du risque tératogène des thymorégulateurs (lithium, valproate et dérivés). Nous retrouvons également la prescription de substituts hormonaux pour la prise en charge des effets secondaires de la ménopause pour des patientes plus âgées.

Tous ces médicaments somatiques ajoutés au traitement psychiatrique déjà assez lourd, rendent plus difficiles une bonne adhésion thérapeutique du patient, d'autant plus si le niveau cognitif est faible ou si des troubles cognitifs sont présents.

Concernant les modifications de traitement, 60 % représentent des instaurations de traitement réalisées pendant l'hospitalisation dont 50% par un antipsychotique. En majorité, les patients concernés ont déjà fait en moyenne 6 séjours au CHCP, ce qui est important, et ont entre 30 et 60 ans. En raison de l'âge moyen des patients et du nombre de séjours déjà réalisés, nous pouvons imaginer qu'il s'agit de rechute, soit par chimiorésistance soit par une mauvaise adhésion au traitement. Lors des instaurations, beaucoup sont réfractaires au traitement car ils n'acceptent pas le diagnostic et/ou ont peur des EI. Le risque de rupture de traitement est alors plus fréquent et l'éducation du patient est importante pour qu'il comprenne l'utilité, les enjeux et les effets indésirables de ce celui-ci. L'âge assez élevé de notre échantillon pourrait faciliter la compréhension du PPM.

De plus, l'ajout d'un médicament sur une prescription augmente de 14 à 30 % le risque d'EIM (événement iatrogène médicamenteux) (72). Pour diminuer ce risque iatrogène, nous avons donc pensé à remettre le plan de prise au patient au cours d'un entretien pour lui expliquer son traitement, les changements qui ont eu lieu et les nouveaux médicaments prescrits.

La totalité, ou presque, des patients de notre étude terminait leur hospitalisation par un retour au domicile. Ce résultat suit la tendance nationale. En 2018, 90 % des séjours en hôpital psychiatrique se sont clôturés par un retour au domicile (58). La majorité des patients de notre étude (24/30) ont convenu un suivi en centre médical psychologique (CMP) ce qui leur permet de continuer les soins en ambulatoire. C'est pour cette raison que nous avons décidé d'appeler les CMP pour faire le suivi un mois après leur sortie. La prise en charge en CMP permet de garder un lien avec les patients et d'effectuer un suivi de l'adhésion thérapeutique.

Le questionnaire rempli à la fin de la rencontre avec le patient nous a permis de vérifier sa compréhension du traitement mais aussi d'évaluer la qualité et l'utilité du document réalisé.

Un résultat important de notre étude est celui de la première question évaluant la compréhension du traitement sur une échelle de 1 à 5. Ces chiffres montrent que 85% des patients rencontrés (somme des échelons 4 et 5) connaissent leur traitement. L'absence de patient à l'échelon 1 est encourageante car aucun patient ne sort d'hospitalisation sans avoir une notion de son traitement. Ces résultats sont très satisfaisants. Ils prouvent que notre entretien avec le patient, associé à la remise du plan de prise, lui a permis de retenir mais aussi de comprendre son traitement et par la suite augmente les chances d'adhésion thérapeutique.

Cependant, les résultats sont à modérer. Il aurait été intéressant d'évaluer les connaissances du traitement avant l'intervention du pharmacien puis de les comparer après, avec le questionnaire.

Nous n'avons pas effectué de comparaison avec une population témoin (sans consultation et sans PPM).

Par ailleurs, un autre entretien avec le patient quelques semaines plus tard aurait permis de vérifier que le patient a bien retenu toutes les informations de son traitement. Avec le retour à domicile et la reprise d'un quotidien, la maladie n'est plus au centre de l'attention du patient. Des informations seront peut-être oubliées, des confusions risquent de se créer entre les différents médicaments. C'est à ce moment-

là que le PPM, support matériel, peut être utile au patient.

La deuxième question posée au patient après l'entretien nous permet de nous évaluer et de savoir si nous avons employé un langage adapté au patient. Aucun ne nous a fait part de difficultés de compréhension avec le vocabulaire utilisé. Nous pouvons en conclure que nous avons réussi à nous adapter au niveau cognitif de chacun. Cependant, ce résultat peut être biaisé par la réserve du patient à nous témoigner ses difficultés. Un contexte moins formel favorisera davantage les interactions avec le patient qui sera alors peut-être moins intimidé pour nous faire part de ses difficultés.

Concernant l'intérêt d'un PPM personnalisé, nous avons posé directement la question aux patients de l'étude (question 3). Seuls deux patients sur vingt interrogés ont trouvé le PPM inutile, ce qui est très positif et montre un besoin d'éducation thérapeutique chez les patients. En ce qui concerne les deux patients réfractaires, le premier connaît bien son traitement (échelons 4 à la question 1) et ne ressent pas le besoin d'avoir un outil supplémentaire pour l'aider avec son traitement. Le deuxième ne connaît pas son traitement (échelons 2 à la question 1) et refuse de prendre le PPM au cours de l'entretien. Après appel au CMP, ce patient est encore dans le déni de sa pathologie et refuse de participer au programme d'ETP proposé dans son CMP. Il me confie d'ailleurs au cours de l'entretien qu'il prend son traitement car « c'est un ordre » de son médecin. Cette remarque nous montre toute la difficulté de l'adhésion aux traitements en psychiatrie, de l'acceptation du diagnostic et de la participation dans la prise en charge.

Selon la littérature, 27,5 % des patients sont intéressés par le concept d'un plan de prise à la sortie d'hospitalisation (73). Nos chiffres sont supérieurs avec 90 % des patients rencontrés qui disent être intéressés par le PPM. Ils se rapprochent plus des résultats de l'étude d'A.Grave au CHU de Grenoble, où tous les patients qui ont reçu un plan de prise pensent qu'il est utile pour la compréhension des ordonnances (74).

Les patients de notre étude ont donc bien adhéré au projet et sont intéressés par le PPM. Ce qui est très satisfaisant et encourageant pour l'avenir de cette activité qui pourrait être développée à plus grande échelle et qui pourrait être poursuivie à l'officine.

Au-delà de l'utilité pour le patient, certains nous ont fait la remarque de l'utilité pour leur famille. Le document permet aux aidants de connaître le traitement du patient et de se mettre à jour après l'hospitalisation. C'est un point qui n'avait pas été mis en avant jusqu'à maintenant. Si les aidants sont impliqués dans leur traitement et informés sur leur pathologie, la prise en charge et l'adhésion au traitement seront meilleures. Le plan de prise médicamenteux est un bon support pour aider la personne qui s'occupe de la prise du traitement (infirmière, aide-soignant, parents, conjoint...) mais il permet aussi d'expliquer la prise en charge de la pathologie pour les proches. C'est l'occasion pour le patient d'éclairer son entourage en ce qui concerne sa pathologie. Une infirmière libérale que nous avons contactée pour faire le suivi a trouvé le PPM très utile. Il lui a permis de se mettre à jour dans les modifications de traitement réalisées au cours de l'hospitalisation.

La quatrième question permet au patient de nous interroger concernant son traitement ou de nous faire des remarques sur le PPM. Des questions ont été posées notamment sur l'aspect pratique du traitement (où trouver les médicaments, conduite de véhicule avec les traitements). Cette question permet de mettre en évidence l'intérêt d'une rencontre avec le patient avant sa sortie pour répondre à d'éventuelles interrogations. La rencontre avec un pharmacien est l'occasion pour le patient de discuter avec un autre professionnel que le médecin ou les infirmiers rencontrés pendant l'hospitalisation. Cela montre le besoin de contact avec le pharmacien, qu'il soit hospitalier ou officinal.

Les remarques étaient très diversifiées. Les patients nous ont fait part d'améliorations sur la mise en page ou sur la rédaction pour faciliter la lecture du plan de prise. Une des idées proposées par un patient est de regrouper les médicaments en fonction de l'heure de prise. Pendant l'étude, les médicaments sur le PPM étaient présentés par classe. Nous avons fait le choix de mettre en premier les médicaments en relation avec la pathologie psychiatrique pour finir avec les médicaments des autres classes thérapeutiques. Nous pourrions proposer de modifier l'ordre des médicaments ou la mise en page à la convenance du patient.

Le suivi des patients un mois après la sortie était la partie de l'étude la plus compliquée à réaliser. Nous avons envisagé dans un premier temps d'appeler directement le patient pour vérifier si le document avait été utile au quotidien. Par ailleurs, c'était l'occasion de vérifier l'observance avec un test, par exemple avec le questionnaire de Girerd. Mais la difficulté à joindre les patients (mauvais numéro, manque de temps, refus de répondre de la part du patient) nous a obligés à changer de méthode. Vingt-quatre des patients sortants ont convenu un rendez-vous en CMP un mois après leur sortie. Nous avons décidé de faire le suivi avec les soignants (médecins psychiatres ou infirmiers) qui ont rencontré le patient au CMP.

Les résultats montrent que trois patients ont été réhospitalisés avant leur rendez-vous. La réhospitalisation est courante pour ce type de pathologies, surtout lors de l'instauration d'un traitement ou d'un premier diagnostic qui complique l'adhésion au traitement. Deux patients ne sont jamais venus au rendez-vous du CMP. L'absence du patient est possible en raison de problèmes personnels, de déménagement, mais peut aussi témoigner un déni de la pathologie ou un refus de se faire soigner. Nous avons demandé aux soignants des CMP s'ils avaient eu connaissance du PPM délivré au patient à la sortie. Mise à part l'infirmière libérale qui nous a confié avoir utilisé le document, aucun autre professionnel de santé ne nous a révélé avoir entendu parler du document. Ce qui est dommage même s'il était destiné au patient, et donc à une utilisation au domicile.

Concernant l'observance des traitements, lors des appels aux CMP, 13 patients sur les 16 suivis ont été considérés comme observants par le personnel soignant du CMP, soit 81 % des patients. Ces résultats de l'adhésion sont très prometteurs même s'ils sont estimés par les soignants, et non le résultat d'un test reconnu comme celui de Girerd. L'adhésion thérapeutique était la finalité de l'entretien et du plan de prise médicamenteux.

Au cours de l'étude, une autre conséquence positive de cette nouvelle activité a été mise en évidence. Lorsque l'externe en pharmacie prépare le plan de prise médicamenteux, il le fait valider par un pharmacien sénior ou interne. C'est un moment privilégié qui permet au pharmacien d'optimiser l'ordonnance avant la sortie d'hospitalisation en proposant au médecin des modifications. Par exemple, des anxiolytiques prescrits en « si besoin » sur l'ordonnance de sortie et que le patient n'a pas pris au cours de l'hospitalisation peuvent être supprimés. C'est aussi, comme le permet la conciliation de sortie, le moment de vérifier si tous les médicaments y compris les médicaments somatiques sont bien prescrits. La remise d'un plan de prise au patient lors de la conciliation de sortie pourrait être beaucoup plus fréquente surtout quand la présence d'externes en pharmacie dans les services peut faciliter cette activité.

La réalisation de cette étude au CHCP, nous donne des résultats prometteurs concernant l'intérêt du plan de prise médicamenteux adapté au niveau de compréhension. Les patients ont bien adhéré au projet et trouvent que le PPM leur est utile. Plusieurs nous ont fait part d'un manque d'aide pour la prise de leur traitement et ont trouvé que ce document était un bon moyen de synthétiser les informations le concernant. Les résultats sur la compréhension du traitement suite à l'entretien sont encourageants et montrent l'importance d'adapter nos explications au niveau cognitif du patient. De plus l'étude met en avant le rôle important que peut jouer le pharmacien dans la prise en charge du patient en augmentant ses connaissances sur son traitement et par la suite augmenter les chances d'adhésion thérapeutique.

Mais l'échantillon de notre étude est faible (seulement 30 patients) et plus ou moins représentatif de la population psychiatrique (échantillon plus âgé, plus féminin et séjours plus courts). Elle mériterait d'être réitérée avec un nombre de patient plus important.

Cette activité a été mise en place au CHCP durant 4 mois et s'inscrit dans les missions de pharmacie clinique. Elle pourrait être étendue à l'officine en complément du bilan partagé de médication. En effet, les missions du pharmacien se sont aussi multipliées en ville. Souvent considéré comme un des soignants le plus accessible, le pharmacien d'officine entretient une relation unique avec le patient. Il connaît bien ses traitements, ses pathologies et ses difficultés. Les visites régulières à l'officine et les discussions au comptoir sont des occasions pour le pharmacien de renforcer l'alliance thérapeutique. Il pourrait alors proposer aux patients les plus démunis face à leur traitement de réaliser un plan de prise médicamenteux adapté au niveau de compréhension et améliorer la mise en page en fonction des choix du patient : ordre des médicaments, heure de prise, images, taille de la police etc. Les visites régulières permettraient surtout au pharmacien de faire un point mensuel ou trimestriel sur les difficultés du patient avec son traitement.

CONCLUSION

Pour conclure, le pharmacien est de plus en plus sollicité pour accompagner le patient dans son parcours de soins. Les nombreuses missions développées ces dernières années en témoignent. Elles ont pour la plupart l'objectif de créer une véritable alliance thérapeutique entre le patient et ses soignants et ainsi d'augmenter l'observance aux traitements. Mais la diversité des pathologies nous oblige à nous adapter, notamment pour les patients de psychiatrie. En effet, comme expliqué dans la première partie, plusieurs obstacles s'imposent dans ce domaine et compliquent la prise en charge du patient.

Notre étude a été réalisée dans un contexte hospitalier avec des patients de psychiatrie et des traitements psychotropes nombreux. Elle a permis de montrer l'utilité d'un plan de prise médicamenteux remis au patient lors d'un entretien avec un pharmacien. L'adaptation des informations dans le PPM en fonction du niveau cognitif du patient a eu des résultats prometteurs sur la compréhension du traitement et par la suite sur l'observance. L'utilité du PPM pour le patient a largement été démontré tout comme l'utilisation pour ses aidants. Ce projet s'est installé dans quelques services et a été accepté par l'ensemble des soignants. Il serait intéressant de le développer dans d'autres services. La participation des médecins psychiatres à l'élaboration des référentiels d'informations sur les psychotropes montre l'envie de s'associer pour développer de nouveaux outils pour le patient. Ce travail pourrait être réalisé à plus grande échelle au CHCP mais aussi en ville.

Le pharmacien d'officine rencontre des patients de tout âge atteints de diverses pathologies et comorbidités. Il est souvent témoin, en raison des visites régulières des patients, de la difficulté pour certains à prendre leur traitement par manque d'informations, de compréhension ou d'organisation. Le plan de prise médicamenteux adapté au patient pourrait alors être une solution pour pallier à ces difficultés, que ce soit en psychiatrie ou dans toute autre pathologie.

ANNEXES

ANNEXE N°1 : QUESTIONNAIRE DE GIRERD

1. Ce matin avez-vous oublié de prendre votre médicament ?

☐ OUI ☐ NON

2. Depuis la dernière consultation avez-vous été en panne de médicaments ?

☐ OUI ☐ NON

3. Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?

☐ OUI ☐ NON

4. Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours votre mémoire vous fait défaut ?

☐ OUI ☐ NON

5. Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?

☐ OUI ☐ NON

6. Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?

☐ OUI ☐ NON

INTERPRETATION DU TEST :

OUI (0) : Bonne observance

OUI (1 ou 2) : Minime problème d'observance

OUI (>3) : Mauvaise observance

ANNEXE N°2 : PLAN DE PRISE MEDICAMENTEUX



PLAN DE PRISE DES MEDICAMENTS

A la sortie du service :



Ce document n'est pas une ordonnance, c'est un support pour vous accompagner dans la prise de vos médicaments.

Nom : Prénom : Date de naissance :

Allergies médicamenteuses :

Document valable le „„/„„/„„ . Toute modification rend caduque ce document.

Médicaments  (DCI / noms de spécialité)	Horaires de prise				Explication(s)	Commentaire(s)
	Matin 	Midi 	Soir 	Coucher 		

EN CAS D'OUBLI DE PRISE DE VOTRE TRAITEMENT : Il ne faut jamais prendre en double votre médicament oublié en pensant que cela permettra de rattraper votre erreur !!! Vous risquez un surdosage. Pensez surtout à signaler cet oubli à votre médecin.

DE MEME, EN CAS DE DOUBLE PRISE, contactez votre médecin traitant le plus rapidement possible.

Liste des médicaments qui ont été arrêtés par les médecins du service :



Pensez à rapporter à votre pharmacie les médicaments qui ont été arrêtés par les médecins du service.

Pharmacien référent / Interne en pharmacie / PPH
(Supprimer la/les mentions inutile(s))

Médecin hospitalier

ANNEXE N°3 : REFERENTIEL D'INFORMATION SUR LES MEDICAMENTS PSYCHOTROPES



Référentiel d'informations sur les psychotropes

DCI (princeps)	Classe du médicament	Phrases explicatives	Commentaires
OXAZEPAM (Seresta®)	ANXIOLYTIQUES	<u>Niveau 1</u> : Traitement provisoire, pour soulager les angoisses/les peurs/inquiétudes, améliorer le sommeil. <u>Niveau 2</u> : Traitement de crise de l'anxiété. Éviter une prise au long cours. Diminution progressive recommandée.	
DIAZEPAM (Valium®)			
LORAZEPAM (Temesta®)			
PRAZEPAM (Lysanxia®)			
BROMAZEPAM (Lexomil®)			
ALPRAZOLAM (Xanax®)			
CLORAZEPATE (Tranxene®)			
HYDROXYZINE (Atarax®)			
LOPRAZOLAM (Havlane®)	HYPNOTIQUES Longue durée d'action	<u>Niveau 1</u> : Aide à dormir.	
LORMETAZEPAM (Noctamide®)		<u>Niveau 2</u> : Lutte contre les réveils nocturnes.	
ZOLPIDEM (Stilnox®)	HYPNOTIQUES Courte durée d'action	<u>Niveau 1</u> : Aide à dormir.	
ALIMEMAZINE (Theralene®)		<u>Niveau 2</u> : Favorise l'endormissement.	
ZOPICLONE (Imovane®)			
LITHIUM (Teralithe®)	THYMOREGULATEURS	<u>Niveau 1</u> : Evite les fluctuations d'humeur. <u>Niveau 2</u> : Régule l'humeur et prévient les épisodes maniaques ou dépressifs.	
VALPROATE DE SODIUM (Depakote®, Depamide®)			
CARBAMAZEPINE (Tegretol®)			
OXCARBAMAZEPINE (TRILEPTAL®)			
LAMOTRIGINE (Lamictal®)			

ESCITALOPRAM (Seroplex®)	ANTIDEPRESSEUR ISRS	Niveau 1 : Traitement qui soulage la tristesse, améliore le moral et les angoisses. Niveau 2 : Améliore l'état dépressif. Efficace sur l'état dépressif, soulage l'absence de motivations. Traitement des Épisodes Dépressifs Caractérisés et des troubles anxieux.
PAROXETINE (Deroxat®)		
FLUOXETINE (Prozac®)		
FLUVOXAMINE (Floxyfral®)		
SERTRALINE (Zoloft®)		
VORTIOXETINE (Brintellix®)		
VENLAFAXINE (Effexor®)	ANTIDEPRESSEUR IRSNA	
DULOXETINE (Cymbalta®)		
MILNACIPRAN (Ixel®)		
MOCLOBEMIDE (Moclamine®)	ANTIDEPRESSEUR IMAO	
CLOMIPRAMINE (Anafranil®)	ANTIDEPRESSEURS TRICYCLIQUES	
IMIPRAMINE (Tofranil®)		
AMITRIPTYLINE (Laroxyl®)		
TIANEPTINE (Stablon®)	ANTIDÉPRESSEURS NON-CLASSIQUES	
MIANSERINE (Athymil®)		
MIRTAZAPINE (Norset®)		
AGOMELATINE (Valdoxan®)		

BIPERIDENE (Akineton®)	CORRECTEURS	<u>Niveau 1</u> : Réduit les tremblements, la difficulté à bouger et les contractures musculaires.	
TROPATEPINE (Lepticur®)		<u>Niveau 2</u> : Corrige des effets indésirables de certains médicaments comme les tremblements, la rigidité la lenteur des mouvements.	
TRIHEXYPHENIDYLE (Parkinane®)			
ACAMPROSATE (Aotal®)	SEVRAGE ALCOOLIQUE	<u>Niveau 1</u> : Aide au maintien de l'abstinence en diminuant les envies de consommer de l'alcool. <u>Niveau 2</u> : Aide au maintien de l'abstinence en diminuant le craving à l'alcool.	
NALMEFENE (Selincro®)		<u>Niveau 1</u> : Réduit les envies et le plaisir de consommer de l'alcool et aide au maintien de l'abstinence.	
NALTREXONE (Revia®)		<u>Niveau 2</u> : Réduit le craving à l'alcool, atténue l'effet recherché dans l'alcool et aide au maintien de l'abstinence.	
VARENICLINE (Champix®)	SEVRAGE TABAGIQUE	<u>Niveau 1</u> : Aide à diminuer les envies liées au tabac et permet le maintien de l'abstinence. <u>Niveau 2</u> : Aide à diminuer le Craving et permet le maintien de l'abstinence.	
METHADONE®	SEVRAGE OPIACES	<u>Niveau 1</u> : Ce médicament aide à arrêter puis à maintenir l'arrêt des opiacés comme l'héroïne en réduisant les envies de consommer.	
BUPRENORPHINE (Subutex®; Naloxone®; Subuxone®)		<u>Niveau 2</u> : Aide au sevrage des opiacés et au maintien de l'abstinence en réduisant le craving aux opiacés.	

CYAMEMAZINE (TERCIAN®)	ANTIPSYCHOTIQUES Classiques SÉDATIFS ponctuels	<u>Niveau 1</u> : Calme l'agitation et facilite le sommeil / soulage les angoisses. <u>Niveau 2</u> : Facilite le sommeil si pris le soir, ou l'anxiété si posologie répartie.	
ALEVOMEPROMAZINE (NOZINAN®)			
CHLORPROMAZINE (LARGACTIL®)			
LOXAPINE (LOXAPAC®)			
HALOPERIDOL (HALDOL®)	ANTIPSYCHOTIQUES Classiques traitement chronique	<u>Niveau 1</u> : Evite la réapparition de symptômes / hallucinations / idées hors réalité/bizarres.	<i>Voir en fonction des patients si l'on peut leur parler de leur pathologie (énoncer Schizophrénie/bipolarité), ou simplement les symptômes (hallucinations/idées fausses)</i>
FLUPENTIXOL (FLUANXOL®)			
ZUCLOPENTHIXOL (CLOPIXOL®)			
PIMOZIDE (ORAP®)			
LOXAPINE (LOXAPAC®)			
RISPERIDONE (RISPERDAL®)	ANTIPSYCHOTIQUE 2 G	<u>Niveau 2</u> : Traitement de fond de vos troubles et prévention des rechutes (idées délirantes/hallucinations).	
AMISULPRIDE (SOLIAN®)			
OLANZAPINE (ZYPREXA®)			
QUETIAPINE (XEROQUEL®)			
ARIPIPRAZOLE (ABILIFY®)			

OLANZAPINE (ZYPREXA®)	ANTIPSYCHOTIQUES 2G traitement troubles Bipolaires au long cours	<u>Niveau 1</u> : Évite les variations d'humeur. <u>Niveau 2</u> : Stabilise l'humeur, et prévient les épisodes maniaques (ou dépressifs).	
QUETIAPINE (XEROQUEL®)			À prendre au coucher car sédatif, métabolisme modifié par l'alimentation. Effet dose dépendant (300mg = phase dépressive/800mg = phase maniaque)
ARIPIRAZOLE (ABILIFY®)			
AMISULPRIDE (SOLIAN®)			Utilisé hors AMM pour cette indication
RISPERIDONE (RISPERDAL®)			
ARIPIRAZOLE LP (ABILIFY MAINTENA®)	ANTIPSYCHOTIQUES INJECTABLES D'ACTION PROLONGÉE	<u>Niveau 1</u> : Injection toutes les 2 à 4 semaines, afin de diminuer le nombre de comprimés à prendre chaque jour et ainsi éviter les oublis. Permet d'éviter les rechutes, et d'augmenter l'efficacité du traitement. <u>Niveau 2</u> : Injections toutes les 2 à 4 semaines selon le traitement, dans le but de remplacer les prises quotidiennes de vos comprimés et ainsi améliorer l'observance du traitement de fond de vos troubles.	Toutes les 4 semaines
HALOPERIDOL (HALDOL DECANOAS®)			Toutes les 4 semaines
ZUCLOPENTHIXOL LP (CLOPIXOL®)			Attention de ne pas toujours piquer la même fesse → effet carton Toutes les 2 à 4 semaines
RISPERIDONE LP (RISPERDAL CONSTA LP®)			Toutes les 2 semaines
FLUPENTIXOL (FLUANXOL LP®)			Toutes les 2 à 3 semaines
PALIPERIDONE (XEPLION®)			150mg à J1, 100mg à j8 puis toutes les 4 semaines
OLANZAPINE (ZYPADHERA®)			Toutes les 2 à 4 semaines

ANNEXE N°4 : QUESTIONNAIRE PATIENT



Questionnaire Plan de prise médicamenteux

Version
Juillet 2019

NOM : Prénom : Age : Sexe :

Patient concilié : ☐ oui ☐ non

Date :

Question à poser au patient :

1- Avez-vous compris votre traitement ? (Évaluer la compréhension du patient sur une échelle de 1 à 5)

☐ 1 : **Non pas du tout** (aucun nom de médicament/posologie cités)

☐ 2 : **Un peu** (capable de citer 1 médicament/posologie)

☐ 3 : **Partiellement** (capable de citer son traitement mais certain point reste incompris)

☐ 4 : **Presque la totalité** du traitement cité (1 médicament/posologie oublié)

☐ 5 : **Oui parfaitement**

2- Avez-vous des difficultés avec certains mots employés ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui lesquelles ?

3- Trouvez-vous ce document utile ? Allez-vous l'utiliser ?

☐ Oui ☐ Non

4- Avez-vous des questions ou des remarques ?

Question à poser au CMP :

Date de l'appel : professionnel de santé :

1- Le patient est-il venu avec sa fiche de plan de prise ?

☐ Oui ☐ Non

Vous en a-t-il parlé ?

☐ Oui ☐ Non

2- Pensez-vous que le patient soit observant ?

☐ Oui ☐ Non

BIBLIOGRAPHIE

1. Instruction n°DGOS/PF2/2016-49 du 19 février 2016 relative à l'appel à projet de mise en oeuvre de la pharmacie clinique en établissement de santé. [Internet]. [cité 5 mai 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-03/ste_20160003_0000_0072.pdf
2. Cahier thématique 13-Pharmacie clinique.pdf [Internet]. [cité 8 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/429903/2024829/version/11/file/Cahier+th%C3%A9matique+13+-+Pharmacie+clinique.pdf>
3. Décret n° 2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux pharmacies à usage intérieur. 2019-489 mai 21, 2019.
4. Allenet B, Juste M, Mouchoux C, Collomp R, Pourrat X, Varin R, et al. De la dispensation au plan pharmaceutique personnalisé : vers un modèle intégratif de pharmacie clinique. *Pharm Hosp Clin*. 1 mars 2019;54(1):56-63.
5. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 4 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante
6. Ledroit M, Megne Wabo M, Berroneau A, Xuereb F, Breilh D. Conciliation médicamenteuse et lien ville-hôpital. *Actual Pharm*. 1 déc 2017;56(571):39-41.
7. Loulière et al. - Isabelle Alquier Anne Broyard Charles Bruneau.pdf [Internet]. [cité 16 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-11/rapport_dexperimentation_sur_la_mise_en_oeuvre_conciliation_des_traitements_medicamenteux_par_9_es.pdf
8. Harang C, Martin S, Belmenouar O, Perrine P, Olivia K, Hamon R, et al. Conciliation médicamenteuse à l'admission : un réel impact sur la qualité de notre prise en charge. *Rev Médecine Interne*. 1 déc 2018;39:A202.
9. Mourgues F, Chaix F, Chermette M, Nelli M, Pasquier V, Nataf M. Conciliation médicamenteuse (CM) et entretien pharmaceutique à la sortie d'hospitalisation : axe d'amélioration du lien ville-hôpital au CH de Salon de Provence. *Pharm Hosp Clin*. 1 mars 2019;54(1):88.
10. DGOS. La conciliation médicamenteuse : enquête sur son déploiement nationale [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 20 mai 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/qualite/conciliation-medicamenteuse/article/la-conciliation-medicamenteuse-enquete-sur-son-deploiement-nationale>
11. Education thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 18 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
12. Ledroit M, Megne Wabo M, Berroneau A, Xuereb F. Place du pharmacien dans l'éducation thérapeutique. *Actual Pharm*. 1 mai 2017;56(566):45-8.
13. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 38. 2009-879 juill 21, 2009.

14. Décret n° 2018-841 du 3 octobre 2018 relatif aux conseils et prestations pouvant être proposés par les pharmaciens d'officine dans le but de favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes. 2018-841 oct 3, 2018.
15. Lehmann H. Un nouveau dispositif d'accompagnement du patient en officine : le « bilan partagé de médication ». Ann Pharm Fr. 1 juill 2019;77(4):265-75.
16. Bedouch P, Bardet J-D, Chanoine S, Allenet B. Chapitre 2 - Iatrogenèse médicamenteuse: quels enjeux pour la pharmacie clinique? In: Pharmacie Clinique et Thérapeutique (Cinquième Édition) [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2018 [cité 29 juill 2019]. p. 7-17.e3. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294750779000025>
17. Bond CA, Raehl CL, Franke T. Clinical Pharmacy Services, Pharmacy Staffing, and the Total Cost of Care in United States Hospitals. Pharmacother J Hum Pharmacol Drug Ther. 2000;20(6):609-21.
18. Bond CA, Raehl CL. Clinical Pharmacy Services, Pharmacy Staffing, and Hospital Mortality Rates. Pharmacother J Hum Pharmacol Drug Ther. 2007;27(4):481-93.
19. Clinical Pharmacy Services, Pharmacy Staffing, and Adverse Drug Reactions in United States Hospitals - Bond - 2006 - Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy - Wiley Online Library [Internet]. [cité 5 mai 2021]. Disponible sur: <https://accpjournals-onlinelibrary-wiley-com.docelec.u-bordeaux.fr/doi/abs/10.1592/phco.26.6.735>
20. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. 2003.
21. Juste M. Adhésion médicamenteuse. Pharm Hosp Clin. 1 juin 2019;54(2):107-8.
22. Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? Rev Mal Respir. 1 févr 2005;22(1, Part 1):31-4.
23. Cottin Y, Lorgis L, Gudjoncik A, Buffet P, Brulliard C, Hachet O, et al. Observance aux traitements : concepts et déterminants. Arch Cardiovasc Dis Suppl. 1 déc 2012;4(4):291-8.
24. Haynes RB, Sackett DL. Compliance in Health Care. Johns Hopkins University Press; 1979. 544 p.
25. Observance - Acadpharm [Internet]. [cité 29 févr 2020]. Disponible sur: <http://dictionnaire.acadpharm.org/w/Observance>
26. Mrozovski JM. Les concepts de suivi de la prise des traitements. Actual Pharm. 1 mai 2019;58(586):20-3.
27. Netgen. Observance et persistance : impact sur l'efficacité des traitements de l'ostéoporose [Internet]. Revue Médicale Suisse.
28. Bacqué M-H, Biewener C. L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ? Idées Econ Soc. 19 sept 2013;N° 173(3):25-32.
29. Benoit M, Pon J, Zimmermann MA. Comment évaluer la qualité de l'observance ? L'Encéphale. 1 janv 2009;35:S87-90.
30. Rapport_I_observance_mEdicamentouse_VF_CORR_DGS_2016.02.09.pdf [Internet]. [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: https://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_I_observance_mEdicamentouse_VF_CORR_DGS_2016.02.09.pdf

31. Baudrant-Boga M, Lehmann A, Allenet B. Penser autrement l'observance médicamenteuse : d'une posture injonctive à une alliance thérapeutique entre le patient et le soignant – Concepts et déterminants. *Ann Pharm Fr.* 1 janv 2012;70(1):15-25.
32. Lehmann A, Baudrant M, Calop N, Janoly-Dumenil A, Trout H, Allenet B. Chapitre 5 - Éducation thérapeutique du patient: Contexte, concepts et méthodes. In: *Pharmacie Clinique et Thérapeutique (Cinquième Édition)*. Paris: Elsevier Masson; 2018 [cité 29 juill 2019]. p. 41-54.e4.
33. Medication Safety: Effect of Content and Format of Prescription Drug Labels on Readability, Understanding, and Medication Use: A Systematic Review - William Shrank, Jerry Avorn, Cony Rolon, Paul Shekelle, 2007.
34. Troubles mentaux [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
35. Qu'appelle-t-on bonne santé mentale et troubles psychiques ? [Internet]. [cité 9 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/souffrance-psychique/definition>
36. Échange mondial de données sur la santé | GHDx [Internet]. [cité 15 oct 2021]. Disponible sur: <http://ghdx.healthdata.org/>
37. Principaux repères sur la dépression [Internet]. [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>
38. Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord.* 1 mars 2003;74(1):5-13.
39. Crocq M-A, Guelfi J-D. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
40. Principaux repères sur la schizophrénie [Internet]. [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
41. Comprendre le trouble bipolaire (ou maladie bipolaire) [Internet]. [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/trouble-bipolaire/comprendre-troubles-bipolaires>
42. Levaux M-N, Van der Linden M, Larøi F, Danion J-M. Caractérisation des difficultés dans la vie quotidienne de personnes souffrant de schizophrénie en rapport avec les facteurs cognitifs et cliniques. *Alter.* 1 oct 2012;6(4):267-78.
43. Pierre. Fiche thématique : les fonctions cognitives [Internet]. Centre ressource réhabilitation. 2021 [cité 17 oct 2021]. Disponible sur: <https://centre-ressource-rehabilitation.org/fiche-thematique-les-fonctions-cognitives>
44. Raffard S, Gely-Nargeot M-C, Capdevielle D, Bayard S, Boulenger J-P. Potentiel d'apprentissage et revalidation cognitive dans la schizophrénie. *L'Encéphale.* 1 sept 2009;35(4):353-60.
45. Peter E, Robert M, Guinet V, Krolak-Salmon P, Desestret V, Jacquin-Courtois S, et al. Vers une meilleure reconnaissance des troubles cognitifs en médecine interne ? *Rev Médecine Interne.* 1 mai 2021;42(5):299-301.
46. Bensasson G. Comportement d'observance et autonomie des patients en psychiatrie. *L'Évolution Psychiatr.* 1 janv 2013;78(1):142-53.
47. Amedro S. La remédiation cognitive dans la schizophrénie [Thèse d'exercice]. [1970-

2013, France]: Université de Bordeaux II; 2010.

48. Franck N. Remédiation cognitive en psychiatrie. *J Thérapie Comport Cogn*. 1 sept 2012;22(3):81-5.
49. Maurel M, Belzeaux R, Adida M, Fakra E, Cermolacce M, Da Fonseca D, et al. Schizophrénie, cognition et psycho-éducation. *L'Encéphale*. 1 déc 2011;37:S151-4.
50. De Beauchamp I, Lévy-Chavagnat D, Poupin C. Éducation thérapeutique et schizophrénie : quelles méthodes ? *Actual Pharm*. 1 mars 2013;52(524, Supplement):14-21.
51. De Beauchamp I, Lévy-Chavagnat D, Chavagnat J-J. Éducation thérapeutique et schizophrénie : Quels buts ? *Actual Pharm*. 1 mars 2013;52(524, Supplement):8-13.
52. Lang J-P, Jurado N, Herdt C, Sauvanaud F, Lalanne Tongio L. L'éducation thérapeutique pour les patients souffrant de troubles psychiatriques en France : psychoéducation ou éducation thérapeutique du patient ? *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. 1 févr 2019;67(1):59-64.
53. Territoire de Santé du CHCP | Charles Perrens [Internet]. [cité 4 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.ch-perrens.fr/usagers/territoire-de-sante-du-chcp>
54. Centre hospitalier de Charles Perrens. Activité et chiffres clés 2019. 2020 p. 4.
55. Constantin-Kuntz M, Pons É, Artaud B, Zoute C, Tran J. Parcours de soin en psychiatrie adulte : de l'hospitalisation à un suivi ambulatoire, du mouvement régressif à l'autonomie. *Cliniques*. 7 oct 2014;N° 8(2):88-105.
56. Petitjean F. Les effets de la psychoéducation. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 avr 2011;169(3):184-7.
57. Lecardeur L, Benbrika S. Vieillessement cognitif dans le trouble bipolaire et la schizophrénie. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 1 août 2016;16(94):233-7.
58. 16-20.pdf [Internet]. [cité 16 sept 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/16-20.pdf>
59. 15-20.pdf [Internet]. [cité 16 sept 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/15-20.pdf>
60. *synthese_analyse_de_lactivite_hospitaliere_2015.pdf* [Internet]. [cité 7 janv 2021]. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3020/synthese_analyse_de_lactivite_hospitaliere_2015.pdf
61. Baromètre santé 2017 [Internet]. [cité 24 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2017>
62. Tebeka S, Airagnes G, Limosin F. Antipsychotiques : quand et comment les prescrire ? *Rev Médecine Interne*. 1 mai 2017;38(5):328-36.
63. Verdoux H, Pambrun É, Tournier M, Begaud B. Usage et mésusage des médicaments psychotropes : les antipsychotiques, nouvelle panacée pour les troubles psychiatriques ? *Bull Académie Natl Médecine*. 1 juin 2016;200(6):1155-66.
64. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 9

sept 2021]. Disponible sur: <https://archiveansm.integra.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information>

65. Dépression résistante et syndrome métabolique: les liaisons dangereuses [Internet]. Fondation FondaMental. 2019 [cité 30 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.fondation-fondamental.org/node/2479>
66. Troubles affectifs et comorbidités endocrino-métaboliques. *L'Encéphale*. 1 déc 2014;40:S33-9.
67. Kouidrat Y, Amad A, Louhou R, Loas G, Lalau J-D. Schizophrénie : troubles métaboliques et nutritionnels. *Nutr Clin Métabolisme*. 1 sept 2016;30(3):266.
68. Outil de résultats GBD | GHDx [Internet]. [cité 31 oct 2021]. Disponible sur: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b>
69. Amami O, Siala-Kamoun M, Hachicha A. Quels liens entre diabète et schizophrénie ? *Inf Psychiatr*. 2009;Volume 85(1):77-82.
70. Le risque cardiovasculaire global des patients atteints de schizophrénie hospitalisés en psychiatrie au CHU de Saint-Étienne - ScienceDirect.
71. Lemogne C, Smagghe P-O, Djian M-C, Caroli F. La douleur chronique en psychiatrie : comorbidité et hypothèses. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 juin 2004;162(5):343-50.
72. Santucci R, Levêque D, Herbrecht R, Fischbach M, Gérout AC, Untereiner C, et al. Évènements iatrogènes médicamenteux : impact des consultations pharmaceutiques en cours d'hospitalisation. *Ann Pharm Fr*. 1 nov 2014;72(6):440-50.
73. Leplay C, Fellous L, Boutal F, Mascitti H, Villart M, Davido B, et al. Étude préliminaire à la mise en place d'un entretien pharmaceutique de sortie : enquête auprès des patients en sortie d'hospitalisation. *Pharm Hosp Clin*. 1 déc 2016;51(4):356.
74. Grave A, Planès S, Charlety D, Foroni L, Bedouch P, Allenet B. Étude observationnelle de satisfaction des patients à propos des consultations pharmaceutiques de sortie. *Pharm Hosp Clin*. 1 juin 2014;49(2):e52-3.

Serment de Galien

Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruite dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Titre : Plans de prise médicamenteux réalisés en psychiatrie: vers un accompagnement pharmaceutique personnalisé à la sortie du patient.

Résumé :

En psychiatrie, 75% des patients arrêtent leur traitement 18 mois après l'instauration. La rupture de traitement est très redoutée par les psychiatres car elle entraîne un risque majoré de rechute. Pour permettre une bonne adhésion thérapeutique, il est essentiel que les patients soient acteurs de leur prise en charge notamment en psychiatrie. En effet la population est jeune, les pathologies sont chroniques et les traitements sont souvent nombreux avec des effets indésirables importants. Nous avons donc réalisé des plans de prise médicamenteux adaptés au niveau cognitif du patient. En effet, les pathologies psychiatriques et leurs traitements psychotropes entraînent souvent des troubles cognitifs limitant le patient dans sa vie sociale.

En collaboration avec les psychiatres, nous avons donc rédigé un référentiel avec deux niveaux de langage (simple, soutenu) contenant les informations nécessaires à une adhésion thérapeutique des médicaments.

Avant leur sortie d'hospitalisation nous avons réalisé des entretiens avec les patients. Des plans de prise médicamenteux ont été remis afin de leur apporter des outils adaptés facilitant leur prise quotidienne. Une évaluation de la compréhension du traitement a été réalisée après l'entretien. Puis un suivi de l'adhésion thérapeutique a été effectué un mois après la sortie du patient.

Cette étude permet de montrer l'intérêt d'une intervention pharmaceutique avec un langage adapté à la sortie du patient dans une population où le suivi thérapeutique est difficile. Elle mériterait d'être étendue à un échantillon plus large. La mise en place des plans de prise pourrait se développer à plus grande échelle au Centre hospitalier Charles Perrens.

Mots clés : pharmacie clinique, psychiatrie, plan de prise médicamenteux

Title: Medication plan made in psychiatry: personalized support after hospitalization.

Abstract :

In psychiatry, 75% of patients stop their treatment 18 months after initiation. Discontinuation of treatment is very feared by psychiatrists because it increases risk of relapse. It is essential that patients are involved in their care to allow good therapeutic adherence. Especially in psychiatry with a young population, chronic pathologies and a lot of treatments with significant undesirable effects. So we made medication's plans adapted to the patient's cognitive level. Indeed, psychiatric pathologies and their psychotropic treatments often lead to cognitive disorders limiting the patient in his social life.

In collaboration with psychiatrists, we have drawn up a reference system with two levels of language (simple, sustained) containing required information for therapeutic adherence to drugs.

Before leaving hospital, we conducted interviews with the patients. Medication's plans were given to help them in their daily life. An assessment of treatment comprehension was performed after the interview. Then, therapeutic adherence is monitored one month after the end of hospitalization.

This study shows the value of a pharmaceutical intervention with a language adapted to the discharge of the patient in a population where therapeutic follow-up is difficult. It would deserve to be extended to a larger sample. The implementation of medication's plans could develop even more at the Charles Perrens Hospital Center.

Keywords : psychiatry, medication plan, pharmacare