Les entretiens pharmaceutiques pour les patients souffrant de pathologies psychiatriques : intérêt de la mise en place en officine de ville dans le cadre de la continuité de prise en charge hospitalière ?

Audrey Sabadie

▶ **To cite this version:**

Audrey Sabadie. Les entretiens pharmaceutiques pour les patients souffrant de pathologies psychiatriques : intérêt de la mise en place en officine de ville dans le cadre de la continuité de prise en charge hospitalière ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03710993

HAL Id: dumas-03710993

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03710993

Submitted on 1 Jul 2022

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.

université de BORDEAUX

U.F.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année 2022 Thèse n°66

THÈSE POUR L'OBTENTION DU

DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Par SABADIE Audrey

Née le 06 juillet 1995 à Bordeaux
Le 23 juin 2022

LES ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES POUR LES PATIENTS SOUFFRANT DE PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES :

INTÉRÊT DE LA MISE EN PLACE EN OFFICINE DE VILLE DANS LE CADRE DE LA CONTINUITÉ DE PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE ?

Sous la direction du Dr. Anne-Laure DEBRUYNE

Membres du jury :

Dr. TRIAN Thomas	Président
Dr. DEBRUYNE Anne-Laure	Pharmacien, Praticien Hospitalier
Dr. SIMATTI Clara	Pharmacien d'Officine

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier le Dr. **Anne-Laure DEBRUYNE**, pour avoir dirigé cette thèse. Merci de m'avoir fait confiance sur ce sujet, merci de m'avoir permis de pouvoir réaliser cette thèse, de m'avoir accompagnée, dans une période pas simple, ce qui a dû mettre un peu en pause cette thèse qui me tenait à cœur. Merci de ne pas m'avoir laissé tomber, d'avoir partagé vos connaissances avec moi, et d'avoir sublimé mon travail. Merci pour tout.

Merci Monsieur **Thomas TRIAN** d'avoir accepté d'être mon jury de thèse, deux fois de suite à un an d'intervalle, sacré Covid... Merci d'avoir réaccepté toujours avec plaisir et merci pour votre bonne humeur dont je me souviendrai toujours durant mes TP. C'est un honneur de vous avoir comme président de jury pour ma thèse.

Un grand merci à Madame **Clara SIMATTI**, mon binôme de TP, mon amie, mon acolyte, aujourd'hui grande pharmacienne, d'avoir accepté de bien vouloir être jury de ma thèse. Merci pour tes conseils pour toujours m'améliorer et me pousser vers le haut, merci d'avoir toujours été là durant ces longues années d'étude qui n'ont pas toujours été simples et merci de m'y accompagner jusqu'au bout. Tu es une personne exceptionnelle et je suis ravie que nos chemins se sont croisés, et je suis sûre qu'on aura encore pleins de choses à partager, des fous rires, des soirées, des confidences...

Merci à tous les **copains de pharma**, **Clara** donc, **Ezilda**, **Ha-My**, **Juliette**, **Alex**, **Adrien** mon fillot, **Grégoire**, **Lucas**, **Eugénie**, **Sarah**, **Valentin**, **Camille**… Je vous aime tous et je vous remercie pour tout ce que vous avez pu m'apporter durant ces 6 années. On a partagé beaucoup, et vous m'avez permis de pouvoir supporter pas mal d'épreuves pendant mes études. A nos ferias, à nos WEP, à nos galas, à nos soirées au « Torito » le jeudi soir, à nos opens airs, à nos QG « le Petit Québec » et « le Couleur Café », à nos vacances, à tout, merci.

À toutes mes **copines de danse**, **Philipine**, **Marie**, **Virginie**, **Annaëlle**, et ma prof **Julia**, qui sont là depuis ma tendre enfance. Vous m'avez permis d'être une des plus belles versions de moi-même, jamais jugée, toujours soutenue et valorisée. Merci, la danse m'a permis aussi durant toutes ces années de m'évader, de ne plus penser à rien et de sortir du stress des études, des angoisses des exams. Merci à vous de toujours être là pour moi.

Merci à **Maïne**, mon amie depuis le lycée. Merci à toute la richesse que tu m'as apportée, je me souviens encore de notre conversation au « Petit Québec », à parler de mon sujet de thèse, l'idée que j'en avais, et à quel point tu t'en es intéressée. Merci pour ton écoute, merci de toujours être là malgré le temps et la distance qui a pu nous séparer. Merci d'être toi et de m'apporter toujours que le positif !

Merci à **Aurélia**, coup de cœur amicale de Valence, tu as su me remonter le moral quand ça n'allait pas et croire en moi quand je n'avais plus la force de le faire. Merci de me faire rire et de partager ta folie avec moi. Pas merci pour la tentation des tatouages par contre.

J’aimerais remercier également **Antoine**, mon conjoint, mon confident, mon ami, mon complice. Tu es arrivé vers la fin de mes études mais tu as su m’apporter tellement d’apaisement, un soutien, tu as sublimé ma personne et je t’en remercie. Malgré les souffrances et angoisses que j’ai portées, tu as su les calmer pour faire ressortir le meilleur de moi-même. Merci d’être toi tout simplement.

Enfin, j’aimerais remercier ma famille.
À mes grands-parents, **Marie-France** et **Pierre**, mais également **Michèle**, qui ont cru en moi et qui m’accordent aujourd’hui toute leur confiance vis-à-vis de mes conseils pharmaceutiques. Leur fierté à mon égard n’a pas de prix.

Merci **David** et **Delphine**, mon oncle et sa super conjointe que je considère comme ma tante de cœur, merci d’être là, merci pour tous ces moments partagés ensemble, à nos barbecues et nos brunchs, à nos fous rires et nos escapes games horreur, je ne m’en lasserai jamais. Merci Delphine de t’être aussi impliquée dans ma vie professionnelle et de véhiculer une si belle image de moi. Merci à vous deux de croire en moi.

Merci **Dimitri**, mon frère, on en a traversé des choses ensemble, mais je suis tellement fière des personnes que nous sommes devenues, merci d’avoir été là pour moi, dans les bons comme dans les mauvais moments, merci des crises de fous rires et de toutes les bêtises qu’on a pu se raconter, merci d’avoir toujours cru en moi. Je sais que nous sommes l’un et l’autre une épaule sur laquelle se reposer quand ça ne va pas, mais qu’on s’insultera en jouant à MarioKart ensemble. Tu es un pilier et une force dans ma vie, je t’en remercie.

Et enfin, merci **Carine**, maman, la femme sans qui rien de tout ça n’aurait été possible. Merci de m’avoir soutenue, moralement, physiquement, financièrement, toutes les deux longtemps seules face à un mur, tu m’as permis de reprendre confiance en moi, de me donner la force d’aller jusqu’au bout et de me reconstruire. Tu es une force infaillible, une femme que j’admire, et je ne te remercierai jamais assez pour tout ce que tu as fait pour moi.
Merci **Jean-Éric** également, toi qui accompagnes et prends soin de ma mère aujourd’hui, merci de t’être intégré dans la famille en me traitant toujours dans le respect et la protection, merci d’avoir cru en moi. Et **Nelly** également, ta lettre m’a touché et j’espère que tu seras fière de toi un jour, comme vous me rendez fière de moi aujourd’hui.

À celui qui n’est plus là, mon grand-père **Daniel**, tu as été la raison pour laquelle j’ai voulu travailler dans la santé, tu étais une des personnes les plus empathiques et altruistes que j’ai pu connaître, et j’espère tenir ça de toi. Où que tu sois, j’espère que tu es fier de moi et que tu as trouvé la paix que tu mérites.

Table des matières

LISTE DES FIGURES **7**

LEXIQUE **10**

INTRODUCTION(1) **11**

PARTIE I : LES ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES (EP) **14**

I. DEFINITION **14**

II. LES EP A L'OFFICINE **14**

A. CODE REGLEMENTAIRE 14
B. METHODOLOGIE 15
1. Patients sous AVK *16*
1.1 Rappel sur les AVK(6) 16
1.2 Pourquoi accompagner les patients sous AVK ?(7) 17
2. Patients asthmatiques *18*
2.1 Rappel sur l'asthme et les antiasthmatiques(9) 18
2.2 Pourquoi accompagner les patients asthmatiques ?(10) 19
3. Patients sous AOD *20*
3.1 Rappels sur les AOD 20
3.2 Indications(6) 20
3.3 Pourquoi accompagner les patients sous AOD ?(3) 21
4. Patients sous anticancéreux oraux *22*
4.1 Rappel sur les anticancéreux oraux 22
4.2 Pourquoi accompagner les patients sous anticancéreux oraux ?(14) 22
C. ÉTATS DES LIEUX DES PRATIQUES 24

III. LES EP A L'HOPITAL **26**

A. CADRE REGLEMENTAIRE 26
B. METHODOLOGIE 26
C. ÉTATS DES LIEUX DES PRATIQUES 28

IV. LES PATIENTS SOUFFRANT DE MALADIES PSYCHIATRIQUES **29**

A. POURQUOI VISER CES MALADIES ? 29
1. La schizophrénie *29*
1.1 Définition(20) 29
1.2 Traitements utilisés(6) 30
1.2.1 Mécanisme d'action des antipsychotiques de 1ère génération 31
1.2.2 Mécanisme d'action des antipsychotiques de 2nde génération 32
1.2.3 Mécanisme d'action de l'aripiprazole, seule molécule de 3ème génération 32
1.2.4 Interactions médicamenteuses 32
2. La dépression et troubles anxiolytiques *33*
2.1 Définition des différents troubles(20) 33
2.1.1 La dépression 33
2.1.2 Les troubles anxieux 34
2.2 Traitements utilisés(6) 36
2.2.1 Traitements utilisés pour la dépression mais également dans le traitement de fond des troubles anxieux 36
2.2.2 Traitements de crise des troubles anxieux(6) 39
3. Les troubles du sommeil *41*
3.1 Définition(20) 41
3.2 Traitements utilisés(6) 41
3.2.1 Mécanisme d'action des assimilés benzodiazépines 41
3.2.2 Autres médicaments hypnotiques 42
4. Les troubles bipolaires *42*
4.1 Définition(20) 42
4.2 Traitements utilisés(6) 43
4.2.1 Mécanismes d'action des médicaments normothymiques(27) 43
4.2.2 Mécanisme des autres médicaments prescrits 45

B. INTERET DES EP VIS-A-VIS DES PSYCHOTROPES ABORDES 45
1. Les antidépresseurs *45*
2. Les anxiolytiques et hypnotiques *47*
3. Les antipsychotiques et thymorégulateurs *49*
4. Lien ville-hôpital *50*

PARTIE II : ÉTUDE SUR LE BESOIN DE PATIENTS SOUFFRANTS DE PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES 53

I- INTRODUCTION 53
II- OBJECTIFS 54
III- METHODOLOGIE 55
IV- RESULTATS 55
1. Analyse des données sociodémographiques des patients *55*
1.1 Sexe des patients 55
1.2 Âge des patients 55
1.3 Diagnostic des patients 56
1.4 Nombre de nuits passés en hospitalisation 57
1.5 Données sur les traitements médicamenteux des patients 57
2. Analyse des données du patient sur ses médicaments *58*
2.1 Gérez-vous seul(e) vos médicaments ? 58
2.2 Vous déplacez-vous seul(e) pour aller chercher les médicaments à la pharmacie d'officine ? 58
2.3 Vous arrive-t-il d'oublier de prendre vos médicaments ? 58
2.4 Vous est-il déjà arrivé d'arrêter votre traitement sans avis médical ? 58
3. Analyse des questions en rapport avec les EP hospitaliers et de pharmacie d'officine *58*
3.1 Les EP à l'hôpital 59
3.2 Les EP à l'officine 59
3.3 Informations sur leur maladie 60
3.4 Informations sur leurs médicaments 60
V- DISCUSSION 60
1. Données sociodémographiques des patients *60*
2. Données sur les traitements médicamenteux des patients *60*
3. Analyse des données du patient sur ses médicaments *61*
VI- LIMITES DE L'ETUDE 67

CONCLUSION 68

ANNEXE 69

ANNEXE 1 : AFFICHE ASSURANCE MALADIE POUR LES EP 69
ANNEXE 2 : FICHE D'ENTRETIEN D'EVALUATION AVK 70
ANNEXE 3 : FICHE D'ENTRETIEN D'EVALUATION AVK 2 71
ANNEXE 4 : FICHE D'ENTRETIEN D'EVALUATION AVK 3 72
ANNEXE 5 : FICHE D'ENTRETIEN D'EVALUATION AVK 4 73
ANNEXE 6 : FICHE D'ENTRETIEN D'EVALUATION ASTHME 74
ANNEXE 7 : FICHE D'ENTRETIEN D'EVALUATION ASTHME 2 75
ANNEXE 8 : FICHE D'ENTRETIEN D'EVALUATION ASTHME 3 76
ANNEXE 9 : FICHE D'ENTRETIEN D'EVALUATION ASTHME 4 77
ANNEXE 10 : FICHE D'ENTRETIEN D'EVALUATION AOD 78
ANNEXE 11 : FICHE D'ENTRETIEN D'EVALUATION AOD 2 79
ANNEXE 12 : FICHE D'ENTRETIEN D'EVALUATION AOD 3 80
ANNEXE 13 : FICHE D'ENTRETIEN D'EVALUATION AOD 4 81
ANNEXE 14 : FICHE D'ENTRETIEN D'EVALUATION ANTICANCEREUX ORAUX, EXEMPLE DU METHOTREXATE 82
ANNEXE 15 : FICHE D'ENTRETIEN D'EVALUATION ANTICANCEREUX ORAUX, EXEMPLE DU METHOTREXATE 2 83
ANNEXE 16 : FICHE D'ENTRETIEN D'EVALUATION ANTICANCEREUX ORAUX, EXEMPLE DU METHOTREXATE 3 84
ANNEXE 17 : FICHE D'ENTRETIEN D'EVALUATION ANTICANCEREUX ORAUX, EXEMPLE DU METHOTREXATE 4 85
ANNEXE 18 : FICHE D'ENTRETIEN D'EVALUATION ANTICANCEREUX ORAUX, EXEMPLE DU METHOTREXATE 5 86

ANNEXE 19 : FICHE EP STAGE 87
ANNEXE 20 : FICHE EP STAGE 2 88
ANNEXE 21 : FICHE MEMO POSTURE EP 89
ANNEXE 22 : FICHE MEMO POSTURE EP 2 90
ANNEXE 23 : FICHE MEMO POSTURE EP 3 91
ANNEXE 24 : GRILLE D'EP AU CHCP 92
ANNEXE 25 : QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES PATIENTS DU CHCP 93
ANNEXE 26 : QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES PATIENTS DU CHCP 2 94
BIBLIOGRAPHIE 95
SERMENT DE GALIEN 97

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Les processus de Pharmacie Clinique selon la SFPC 12
Figure 2 - Différentes spécialités disponibles 16
Figure 3 - Où agissent les anticoagulants sur le système de coagulation (Pharmacomédicale.org) 20
Figure 4 - Différentes molécules d'anticancéreux oraux - Assurance maladie 22
Figure 5 - Différentes pathologies et leurs taux associés de mortalité en France en 2016 - FHP - MCO 23
Figure 6 - Entretiens pharmaceutiques SFPC 27
Figure 7 - Les antipsychotiques (cours Mathilde DUBOIS, pharmacologie des médicaments antipsychotiques) 31
Figure 8 - Mécanisme d'action des différents antipsychotiques(22) 31
Figure 9 - Différents antidépresseurs (Cours M. MULLER) 36
Figure 10 - Mécanismes d'action des différents antidépresseurs (24) 37
Figure 11 - Mécanisme d'action des benzodiazépines(26) 39
Figure 12 - Nombre par quinzaine des délivrances sur ordonnance d'antidépresseurs en 2018, 2019, 2020, 2021, comparaison observée sur attendu 46
Figure 13 - Nombre par quinzaine des délivrances sur ordonnance d'anxiolytiques en 2018, 2019, 2020, 2021, comparaison observée sur attendu 47
Figure 14 - Nombre par quinzaine des délivrances sur ordonnance d'hypnotiques en 2018, 2019, 2020, 2021, comparaison observée sur attendu 48
Figure 15 - Évolution des instaurations des antipsychotiques observées en 2020 et 2021 par rapport à l'attendu 49
Figure 16 - Conclusions des principales études réalisées 1 51
Figure 17 - Conclusions des principales études réalisées 2 52
Figure 18 - Conséquences de l'absence de coordination entre les médecins généralistes et les spécialistes 52
Figure 19 - Proportions de l'âge des patients 56
Figure 20 - Proportions des différentes pathologies des patients 56
Figure 21 - Proportions des différentes durées d'hospitalisation des patients 57
Figure 22 - Proportions des différents médicaments prescrits en fonction des différents patients 57
Figure 23 - Différents pourcentages de confiance des Français vis-vis des différents professionnels de santé(32) 61
Figure 24 - Les différents avis des Français sur le rôle du pharmacien(32) 62
Figure 25 - Le regard des Français sur les différentes missions du pharmacien(32) 63
Figure 26 – Annexe 1 : Affiche assurance maladie pour les entretiens pharmaceutiques 69
Figure 27 –Annexe 2 : Fiche d'entretien d'évaluation AVK 70
Figure 28 –Annexe 3 : Fiche d'entretien d'évaluation AVK 2 71
Figure 29 –Annexe 4 : Fiche d'entretien d'évaluation AVK 3 72
Figure 30 – Annexe 5 : Fiche d'entretien d'évaluation AVK 4 73
Figure 31 –Annexe 6 : Fiche d'entretien d'évaluation asthme 74
Figure 32 – Annexe 7 : Fiche d'entretien d'évaluation asthme 2 75
Figure 33 – Annexe 8 : Fiche d'entretien d'évaluation asthme 3 76
Figure 34 – Annexe 9 : Fiche d'entretien d'évaluation asthme 4 77
Figure 35 -Annexe 10 : Fiche d'entretien d'évaluation AOD 78
Figure 36 – Annexe 11 : Fiche d'entretien d'évaluation AOD 2 79

Figure 37 – Annexe 12 : Fiche d'entretien d'évaluation AOD 3 80
Figure 38 – Annexe 13 : Fiche d'entretien d'évaluation AOD 4 81
Figure 39 – Annexe 14 : Fiche d'entretien d'évaluation anticancéreux oraux, exemple du Méthotrexate 82
Figure 40 – Annexe 15 : Fiche d'entretien d'évaluation anticancéreux oraux, exemple du Méthotrexate 2 83
Figure 41 -Annexe 16 : Fiche d'entretien d'évaluation anticancéreux oraux, exemple du Méthotrexate 3 84
Figure 42 – Annexe 17 : Fiche d'entretien d'évaluation anticancéreux oraux, exemple du Méthotrexate 4 85
Figure 43 -Annexe 18 : Fiche d'entretien d'évaluation anticancéreux oraux, exemple du Méthotrexate 5 86
Figure 44 -Annexe 19 : Fiche entretien stage 1 87
Figure 45 – Annexe 20 : Fiche entretien stage 2 88
Figure 46 – Annexe 21 : Fiche mémo posture EP 89
Figure 47 -Annexe 22 : Fiche mémo posture EP 2 90
Figure 48 – Annexe 23 : Fiche mémo posture EP 3 91
Figure 49 – Annexe 24 : Grille d'EP au CHCP 92
Figure 50 – Annexe 25 : Questionnaire à destination des patients concernant l'intérêt de la mise en place d'EP à l'officine destinés aux patients souffrant de pathologies psychiatriques 1 93
Figure 51 – Annexe 26 : Questionnaire à destination des patients concernant l'intérêt de la mise en place d'EP à l'officine destinés aux patients souffrant de pathologies psychiatriques 2 94

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Tableau comparant la manie et l'hypomanie 43
Tableau 2 - Tableau récapitulatif des différents résultats obtenus aux différentes thématiques des EP abordés en entretien 59

LEXIQUE

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique
CSP : Code de la Santé Publique
SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique
EP : Entretiens Pharmaceutiques
CM : Conciliation Médicamenteuse
EPC : Expertise Pharmaceutique Clinique
ETP : Entretien Thérapeutique du Patient
TVP : Thromboses Veineuses Profondes
EP : Embolie Pulmonaire
IDM : Infarctus Du Myocarde
FA : Fibrillation Auriculaire
AVK : Anti-Vitamines K
AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
ENEIS : Étude Nationale sur les Évènements Indésirables graves liés aux Soins
INR : International Normalized Ratio
SPLF : Société de Pneumologie de Langue Française
AOD : Anticoagulants Oraux Directs
ETEV : Évènements ThromboEmboliques Veineux
ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
EI : Effets Indésirables
IM : Interactions Médicamenteuses
CHU : Centre Hospitalier Universitaire

INTRODUCTION(1)

Le métier de pharmacien est en constante évolution en France, en témoignent de nouvelles missions telles que la vaccination contre la grippe en 2019, les TROD (test rapide d'orientation diagnostique) angine depuis janvier 2020, et celles survenues avec la pandémie de COVID-19.

En effet, les pharmaciens ont notamment été très sollicités pour la distribution des masques d'état aux différents professionnels de santé, aux patients atteints de la Covid-19, ou encore aux patients à risque. Également, nous avons dû gérer les pénuries, notamment de gels hydroalcooliques où nous avons pu ainsi fabriquer nos propres solutions hydroalcooliques pour pallier à la demande des patients.

La possibilité de renouveler des ordonnances, dans l'objectif de soulager les médecins et d'éviter la contamination de patients atteints de maladies chroniques a également été mise en place.

Les pharmaciens ont aussi été formés à pratiquer les tests antigéniques depuis novembre 2020 et sont responsables de déclarer tous cas positifs, comme négatifs, à l'assurance maladie. Depuis mars 2021, ils sont formés et autorisés à vacciner contre la Covid 19.

De même, les pharmaciens ont eu un rôle important d'éducation des patients sur cette nouvelle maladie (explication des recommandations que ce soit pour la durée d'isolement, le port du masque ou les gestes barrières) et ont su rassurer les patients. Ces derniers s'informent de plus en plus auprès de leurs pharmaciens et son rôle est essentiel dans le circuit de santé.

Les principales missions du pharmacien, fixées par l'article L.4231-I du Code la Santé Publique (CSP) sont :

- Assurer le respect des devoirs professionnels
- Assurer la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession
- Veiller à la compétence des pharmaciens
- Contribuer à promouvoir la santé publique et la qualité des soins (sécurité des actes professionnels)

La pharmacie clinique est une discipline pharmaceutique, définie en septembre 2016 par la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) afin de répondre aux enjeux sociétaux de santé publique : « La pharmacie clinique est 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'efficience du recours aux produits de santé. Le pharmacien exerce en collaboration avec les autres professionnels impliqués, le patient et ses aidants ».

La SFPC a mis en adéquation cette définition avec trois types d'actes pharmaceutiques :

- La dispensation
- Le bilan de médication

- Le plan pharmaceutique personnalisé(2)

Les EP (entretiens pharmaceutiques) apparaissent dans le cadre de la CM (Conciliation Médicamenteuse), d'EPC (Expertise Pharmaceutique Clinique) et d'ETP (Entretien Thérapeutique du Patient).

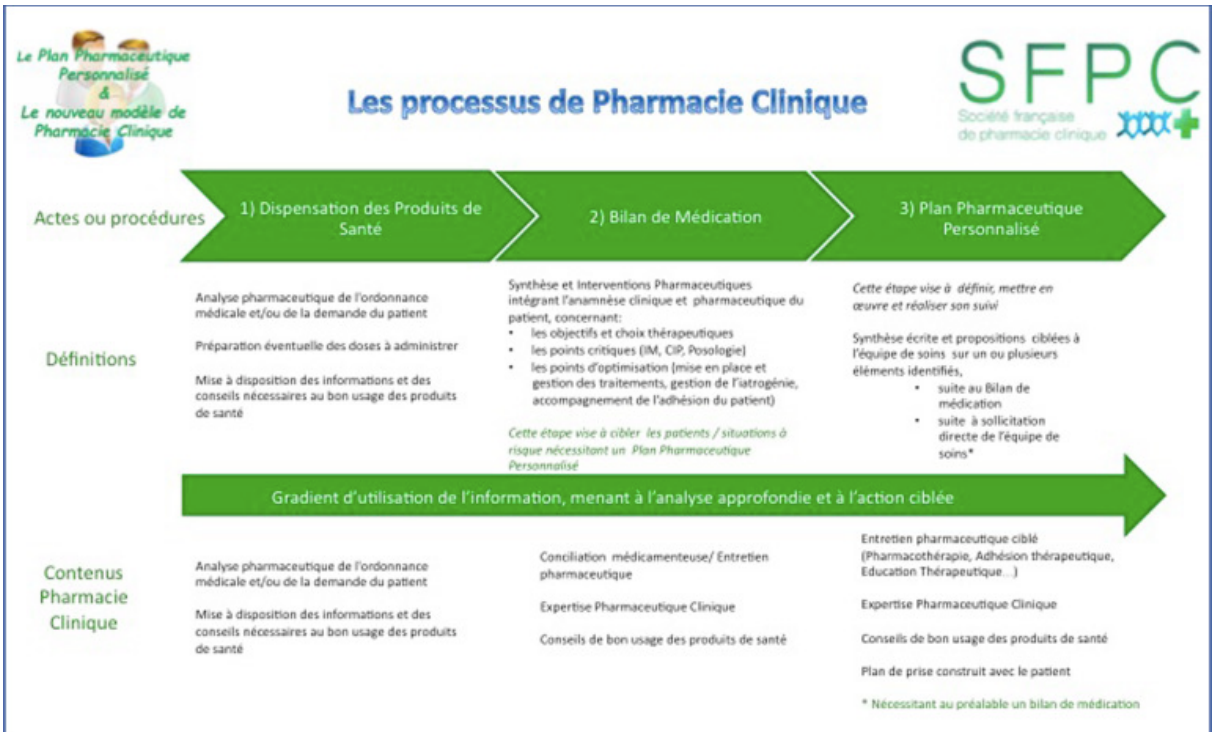


Figure 1 - Les processus de Pharmacie Clinique selon la SFPC

Le pharmacien doit accompagner le patient dans sa prise médicamenteuse en lui proposant des plans de prises par exemple, en vérifiant son adhésion médicamenteuse et son suivi biologique, ainsi que la survenue d'effets indésirables.

L'adhésion thérapeutique est essentielle pour les entretiens pharmaceutiques. Elle se définit comme une adéquation entre le comportement du patient et les recommandations du professionnel de santé.

Tous ces actes pharmaceutiques permettent la sécurisation de la prise médicamenteuse du patient, et les actes de pharmacie clinique contribuent à renforcer cette sécurisation et surtout permettent un échange avec le patient.

La convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine publiée le 4 avril 2012, marque l'évolution du métier de pharmacien avec notamment l'ambition de revaloriser son rôle en santé publique. Elle a été publiée au Journal Officiel du 6 mai 2012 et est rentrée en vigueur le lendemain.

C'est à ce moment-là que commence l'accompagnement des patients sous anticoagulants oraux et des patients asthmatiques, traité par les avenants 1, 3, 4 et 5 à la convention nationale des pharmaciens d'officine.(3)

Depuis, l'accompagnement a été étendu le 29 juillet 2020 avec la signature d'un nouvel avenant (l'avenant 21), visant à accompagner les patients sous anticancéreux oraux.

Pourquoi ne pas élargir à d'autres pathologies cet accompagnement ? Ne serait-il pas intéressant de pouvoir le proposer aux patients atteints de maladies psychiatriques ? Voire à toutes pathologies chroniques ?

Partie I : Les entretiens pharmaceutiques (EP)

I. Définition

La convention nationale a défini l'entretien pharmaceutique comme « l'un des principaux moyens permettant aux pharmaciens d'assurer la prise en charge personnalisée et optimale du patient ». Il s'agit en réalité d'un rendez-vous que le pharmacien propose au patient afin de l'accompagner dans le suivi de son traitement et ainsi améliorer sa compréhension et l'adhésion au traitement.(4)

Selon la SFPC, l'EP 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. Il se décline selon des objectifs prédéfinis et adaptés au patient.
L'entretien peut être mis en œuvre dans le cadre d'une CM (entrée ou sortie), d'une évaluation et/ou d'un renforcement de l'adhésion, thérapeutique et d'une action éducative ciblée. Il peut être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation conventionnelle, d'une hospitalisation de jour, d'une consultation externe, de manière conventionnée à l'officine ou dans le cadre d'une maison de santé. » (5)

Ce rendez-vous étant, bien entendu, confidentiel, il est nécessaire de disposer d'un espace de confidentialité adéquat.

II. Les EP à l'officine

a. Code réglementaire

Comme dit précédemment, les entretiens pharmaceutiques sont nés de la Convention Nationale du 4 avril 2012 signée entre des pharmaciens titulaires d'officine et de l'assurance maladie.

En ce qui concerne les entretiens pharmaceutiques, 4 nouvelles missions sont développées (3):

- Pour les patients sous AVK : anti-vitamines K (avenant n°1)
- Pour les patients asthmatiques (avenant n°4)
- Pour les patients sous AOD : anticoagulants oraux directs (avenant n°8)
- Pour les patients sous anticancéreux oraux (avenant N°21, depuis juillet 2020)

Il est demandé en officine à la suite de la Convention Nationale d'avril 2012, de faire 2 entretiens la première année sauf dérogations (si premier entretien réalisé en fin d'année par exemple, chevauchement autorisé). Puis, 2 autres entretiens sont à réaliser dans les années suivantes, ou à défaut 2 évaluations d'adhésion thérapeutique.
Ainsi, le pharmacien sera rémunéré de cette manière :

- 50€/an/patient lorsque les 2 entretiens sont réalisés

- 30€ s'il n'y a eu qu'un seul entretien ou s'il s'agit de 2 évaluations d'adhésion thérapeutique

À la suite de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, les EP sont désormais payés à l'acte, alors qu'ils étaient avant rémunérés sur objectifs de santé publique (ROSP). Il convient de facturer via un code-acte la séquence annuelle d'accompagnement et de conserver tous les justificatifs des accompagnements réalisés, comme à l'accoutumée.
En conséquence, le portail de déclaration et de consultation des entretiens pharmaceutiques sur amelipro a été fermé à partir du 1er janvier 2021.

En ce qui concerne les EP pour les anticancéreux par voie orale, la rémunération est différente (étant donné des différents profils d'anticancéreux oraux et leur enjeux respectifs) :

- Pour les patients sous traitements anticancéreux au long cours :
    - La première année dite de référence : 60€ pour un entretien initial et 2 entretiens thématiques
    - Les années suivantes : 20€ pour un entretien d'observance
- Pour les patients sous autres traitements anticancéreux :
    - La première année dite de référence : 80€ pour un entretien initial et 2 entretiens thématiques
    - Les années suivantes : 30€ pour 2 entretiens thématiques

Il existe des conditions pour mener à bien ces entretiens : le consentement éclairé du patient et un espace de confidentialité pour recevoir le patient, sans lequel les entretiens ne seront pas réalisables.

Le pharmacien s'aide de documents (fiche de suivi des entretiens et questionnaire d'observance, voir annexe) qui sont essentiels à conserver en cas de contrôle de l'assurance maladie. Tous les documents sont enregistrés sur l'espace professionnel d'Ameli.fr et certaines informations doivent être renseignées : numéro de sécurité sociale du patient, numéro RPPS du pharmacien qui réalise l'entretien et également la date de l'entretien. Les résultats ne sont pas envoyés à l'assurance maladie (secret professionnel).

Aucune formation spécifique n'est requise selon les textes officiels (formation initiale de l'université). Cependant, depuis quelques années, des formations en ligne sont proposées par plusieurs instituts que nous verrons par la suite.

b. Méthodologie

Quelle que soit la pathologie ciblée de l'entretien, le pharmacien doit se préparer de la manière suivante :

- Informer l'équipe de la démarche, préparateurs y compris, car ils aident au repérage des patients.
- Fixer un rendez-vous avec le patient.
- Préparer l'historique médicamenteux du patient en essayant d'être exhaustif avec l'historique informatique et le dossier pharmaceutique, pour d'éventuelles questions supplémentaires sur son traitement.

- Après le rendez-vous, il est important de communiquer avec l'équipe des sujets abordés car les patients pourraient en reparler au comptoir ultérieurement.

Les documents nécessaires à la réalisation de l'EP sont disponibles sur Ameli.fr avec des adaptations en fonction des pathologies.

Dans les avenants, il est précisé un temps d'entretien de 20 minutes réglementaire. En pratique, il est généralement plus long car l'intégralité des traitements d'un patient est souvent abordée (et non pas que les AVK, AOD, antiasthmatique ou anticancéreux oraux).

1. Patients sous AVK

Les documents à disposition sont : (Cf. Annexes 1, 2, 3 4 et 5) :
- Guide d'accompagnement du patient (le même pour toutes les maladies)
- Fiche de suivi patient
- Évaluation de l'observance pour les entretiens à venir
- Dépliant d'information patient pour lui expliquer en quoi consiste l'entretien

1.1 Rappel sur les AVK(6)

Ce sont des anticoagulants oraux analogues structuraux de la vitamine K et font parties des antithrombotiques. Il existe deux types d'AVK :

- Dérivés coumariniques : warfarine (COUMADINE®) et acénocoumarol (SINTROM®), ce dernier n'étant plus trop utilisé
- Dérivés de l'indanédione : fluindione (PREVISCAN®)

DCI	SPECIALITE	½ VIE	POSO MOYENNE	RETOUR A LA NORMALE
ACENOCOUMAROL	SINTROM 4 mg MINISINTROM 1mg	**8h**	4 à 8mg (paliers de 1mg) 1 ou 2 prises/jr	**2 à 3 jrs**
FLUINDIONE	PREVISCAN 20mg	**31h**	20 à 40mg (paliers de 5mg)	**3 à 4 jrs**
WARFARINE	COUMADINE 1mg COUMADINE 5mg	**35 à 45h**	4 à 10 mg (paliers de 1mg)	**4 jrs**

Figure 2 - Différentes spécialités disponibles

Les différentes indications sont les suivantes :
- Relais d'héparine dans les traitements curatifs des thromboses veineuses profondes (TVP), d'embolie pulmonaire (EP) et en prévention de leur récidive

- Prévention des complications thromboemboliques des infarctus du myocarde (IDM) compliqués
- D'emblée en traitement préventif des complications thrombotiques de certaines cardiopathies (fibrillation auriculaire (FA), prothèses valvulaires)
- Prévention des thromboses sur cathéter

1.2 Pourquoi accompagner les patients sous AVK ?(7)

Les AVK représentent le traitement anticoagulant de référence pour des pathologies fréquentes (comme la FA, les prothèses valvulaires, en prévention d'accidents thromboemboliques…). Cependant, il constitue un traitement qui nécessite des précautions et une éducation importante.

Après plus de 40 ans d'utilisation, l'assurance maladie a constaté qu'ils constituent une des premières causes d'accidents iatrogéniques en France, et selon les études ENEIS (Étude Nationale sur les Évènements Indésirables graves liés aux Soins) 1 et 2, ils représentent 37% en 2004 et 31% en 2009 des évènements indésirables graves rapportés liés au médicament.

Selon l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé), plus d'un million de patients sont traités par AVK avec une moyenne d'âge de 73 ans. On estime que les AVK sont responsables chaque année de 17300 hospitalisations liées à un accident iatrogénique et le nombre d'accidents mortels liés aux hémorragies sous AVK est estimé à environ 5000 par an. (8)

En effet, il s'agit de médicaments à marge thérapeutique étroite dont la prise se doit d'être sous surveillance renforcée en raison du risque hémorragique en cas de surdosage, mais également du risque thromboembolique en cas de sous-dosage. Cette surveillance se fait par la mesure du taux de prothrombines, avec l'INR (International Normalized Ratio). L'INR du patient doit toujours se trouver dans une fourchette établie par le médecin, il est important de lui expliquer pourquoi, car dans les deux cas il existe un risque mortel.

Le risque majeur des anticoagulants reste le risque hémorragique, dont les manifestations peuvent survenir dans différentes zones, il est donc important que le patient connaisse tous ces signes évocateurs. De plus, le risque hémorragique est particulièrement élevé pour les patients âgés, avec des pathologies associées, ayant des insuffisances rénales ou hépatiques, en ayant un faible poids corporel et les interactions médicamenteuses.

Le patient doit véritablement être acteur de sa santé, qu'il connaisse le médicament, comprenne les surveillances à faire et qu'il maitrise les résultats, appréhende les risques liés aux interactions médicamenteuses les plus fréquentes, notamment avec les AINS (Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens) utilisés en automédication, mais également l'Aspégic® ou l'Aspirine® qui majorent le risque hémorragique.

Plusieurs notions doivent être abordées lors de l'entretien :
- Rôle de l'AVK
- Pourquoi le traitement a-t-il été prescrit ?

- Notion de marge thérapeutique étroite
- L'INR
- Posologie prescrite
- Interactions médicamenteuses
- Horaire d'administration à respecter
- Que faire en cas d'oubli ?
- Importance de l'adhésion thérapeutique
- Importance de la surveillance

Bien évidemment, le patient risque de ne pas tout retenir. C'est pour cette raison qu'un deuxième entretien est souvent nécessaire pour compléter les informations et vérifier ses acquisitions.

Seuls les patients majeurs, chroniques sous traitement AVK pour une durée consécutive prévisible ou effective supérieure ou égale à 6 mois sont éligibles à l'accompagnement.

2. Patients asthmatiques

Les documents mis à disposition sont les mêmes que pour les AVK (Cf. Annexes 6, 7, 8 et 9)

2.1 Rappel sur l'asthme et les antiasthmatiques(9)

Selon la SPLF (Société de Pneumologie de Langue Française), l'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies aériennes définie par la présence de symptômes respiratoires (dyspnée, sifflements, oppression thoracique et/ou toux) variables dans le temps et en intensité ET d'une obstruction des voies aériennes variable.

L'obstruction des voies aériennes est objectivée par l'existence d'un trouble ventilatoire obstructif réversible totalement ou partiellement, à l'état basal ou après un test de provocation bronchique.

L'inflammation est associée à l'obstruction bronchique qui cause la difficulté respiratoire. Elle est, elle-même, due à une bronchoconstriction, un œdème inflammatoire et une hypersécrétion de mucus.

Les principaux facteurs environnementaux favorisant et entretenant ces anomalies sont les infections virales, les allergies respiratoires, et les irritants bronchiques.
L'évolution est marquée par la survenue de « poussées » appelées exacerbations qui sont des évènements importants et potentiellement graves, sources de décès.

Il y a aura donc des traitements médicamenteux pour pallier aux différents symptômes : les bronchodilatateurs (β2-mimétiques à courte ou longue durée d'action, les anticholinergiques ou les xanthines), les anti-inflammatoires (corticoïdes et anti-leucotriènes) ou les anticorps anti-IgE (Omalizumab, réservé aux asthmes sévères de palier 5 et de cause allergique car traitement très couteux).

La prise en charge au long cours a pour objectif de contrôler l'asthme, c'est-à-dire diminuer les symptômes et les exacerbations et améliorer la fonction respiratoire.

Un asthme qui n'est pas chronique n'aura pas besoin d'un traitement chronique et souvent il est dû à des stimuli extérieurs tels que les allergènes, ainsi l'éviction de l'allergène sera parfois suffisante pour calmer la crise.

2.2 Pourquoi accompagner les patients asthmatiques ?(10)

L'analyse de la littérature met en évidence que chez 27 à 60% (11) des personnes asthmatiques, le niveau de contrôle des symptômes est insuffisant.

Un asthme mal contrôlé engendre un traitement de crise plus de 2 fois par semaine et une altération de la qualité de vie.

En 2012, on comptait près de 15000 hospitalisations liées à l'asthme et 1000 décès par an.

Les corticoïdes constituent le traitement de référence de l'asthme persistant, mais ce traitement n'est pas anodin et il s'avère parfois insuffisant notamment en cas de :

- Mauvaise adhésion médicamenteuse (dans les conclusions d'une thèse portant sur comment relancer les EP sur l'asthme à l'officine, les conclusions de l'étude montrait qu'entre 50 et 70% des patients présentaient un défaut d'observance, des erreurs dans la technique d'inhalation, et une méconnaissance de la physiopathologie de l'asthme et des facteurs déclenchants(12))
- Erreur de manipulation de l'inhalateur
- Facteur aggravant de la maladie

Les patients éligibles au dispositif d'accompagnement sont ceux présentant une prescription de corticoïdes inhalés et dont la durée de traitement prévisible est supérieure ou égale à 6 mois.

C'est pourquoi, l'éducation thérapeutique pour les patients asthmatiques est indispensable. Souvent, ils ne prennent pas la totalité de la dose car ils sont en difficultés vis-à-vis du dispositif, ou ne comprennent pas l'importance d'un traitement chronique pensant qu'il faut juste calmer les crises.

Également, s'ils n'ont pas de problèmes respiratoires sur le moment, ils ne comprennent pas pourquoi ils doivent quand même prendre les corticoïdes inhalés tous les jours.

Ces différentes raisons expliquent que l'asthme est souvent mal contrôlé pouvant amener à des hospitalisations voire des décès.

3. Patients sous AOD

Les documents à dispositions sont les mêmes que pour les deux cas précédents (Cf. Annexes 10, 11, 12 et 13)

3.1 Rappels sur les AOD

Ce sont des anticoagulants oraux directs, c'est-à-dire qu'ils inhibent directement, réversiblement et spécifiquement un facteur activé de la coagulation.

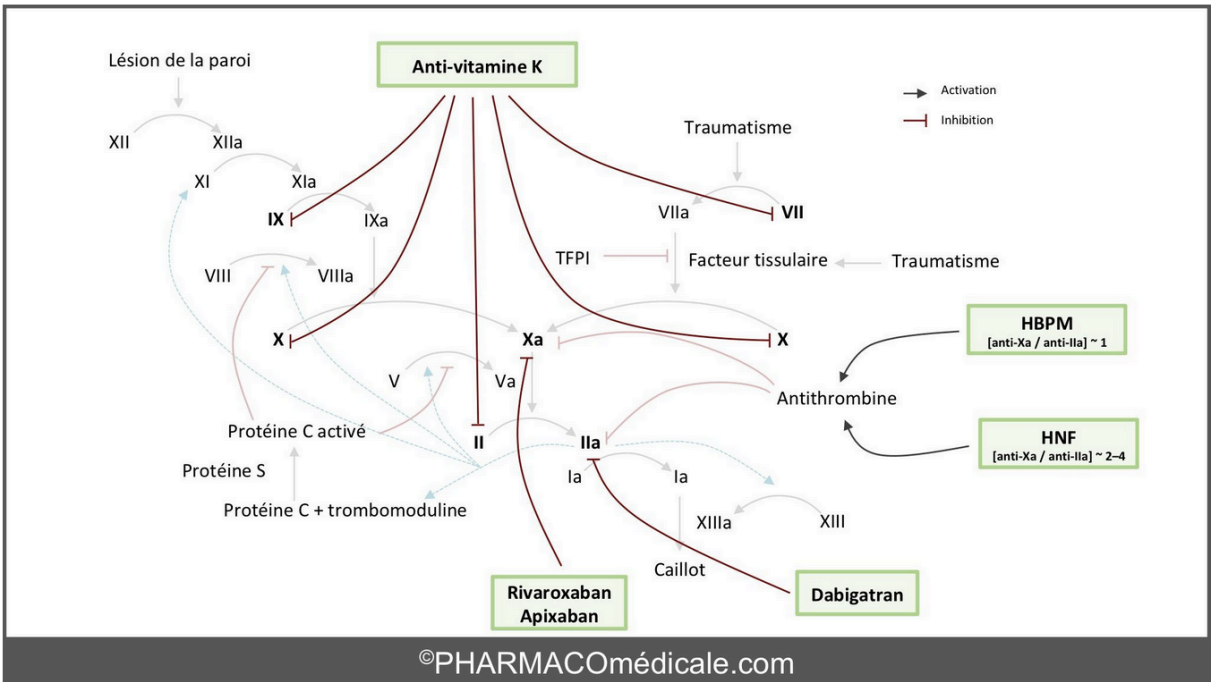


Figure 3 - Où agissent les anticoagulants sur le système de coagulation (Pharmacomédicale.org)

Les molécules les plus utilisées sont :

- Dabigatran (PRADAXA®), qui inhibe le facteur IIa
- Rivaroxaban (XARELTO®), qui inhibe le facteur Xa
- Apixaban (ELIQUIS®), qui inhibe également le facteur Xa.

Ils ont une efficacité immédiate contrairement aux AVK et n'ont pas besoin de contrôle biologique d'INR.

3.2 Indications(6)

Ils sont utilisés souvent comme alternative aux AVK quand l'INR fluctue trop en cas de :

- Prévention des évènements thromboemboliques veineux (ETEV) en chirurgie orthopédique
- Prévention des AVC et embolies systémiques (patients atteints de FA non valvulaire + facteurs de risque)
- Traitement des TVP et EP et préventions des récidives sous forme de TVP et d'EP

3.3 Pourquoi accompagner les patients sous AOD ?(3)

Selon l'assurance maladie, 13,7% des plus de 65 ans ont été exposés au moins 1 fois à un anticoagulant en 2012 contre 4% pour la population générale. De plus, 31% des cas d'accidents iatrogéniques sont dus aux anticoagulants.

L'accompagnement des patients permet de s'assurer notamment de leur adhésion thérapeutique et de surveiller le risque iatrogénique, et ceci, tout en prenant en compte le fait qu'il n'existe pas de surveillance biologique. Le patient doit être en capacité de savoir comment surveiller son traitement par AOD qui est différent du traitement par AVK.

Avant la mise en route du traitement, la clairance de la créatinine ainsi que la fonction hépatique et un dosage de l'hémoglobine doivent être réalisés. Ces dosages seront ensuite à réaliser au moins une fois par an pour surveiller les fonctions.

Parmi les effets indésirables des AOD, les diarrhées peuvent impacter l'adhésion du patient à son traitement. Le pharmacien doit informer le patient et l'aider à trouver des solutions adaptées pour y remédier.

D'un point de vue pharmacocinétique, la demi-vie des AOD étant plus courte que celle des AVK, l'oubli d'une prise a des conséquences bien plus importantes sur leur coagulation avec un risque thromboembolique plus élevé. Et, contrairement aux AVK, il n'existe pas d'antidote en cas de surdosage (sauf pour le dabigatran) et donc cela rend le risque hémorragique également plus élevé.

Seuls les patients majeurs, chroniques sous traitement AOD pour une durée consécutive prévisible ou effective supérieure ou égale à 6 mois sont éligibles à l'accompagnement, comme pour les AOD.

L'avenant n°11 à la convention nationale, signé en juillet 2017 et appliqué depuis janvier 2018, définit de nouvelles modalités concernant ces 3 catégories, AVK, AOD et asthme. En effet, pour faciliter la mise en place de ces EP en officine, il y a eu un allègement de l'accompagnement et une réévaluation financière de l'acte. Des formations sont maintenant proposées en ligne par plusieurs structures (par exemple principe actif formation) avec pour objectifs de :

- Acquérir une méthodologie efficiente pour mener un entretien efficace dans un temps limité
- Mieux s'organiser à l'officine afin d'optimiser la mise en place des EP
- Cibler les patients et les convaincre de suivre le dispositif d'accompagnement
- S'approprier les clés de la communication verbale et non verbale
- Mener un entretien sur les 3 catégories

Pour cela, ils ont mis en place différentes méthodes de formation, en présentielle, pendant une journée et en groupe avec :

- Méthode interrogative : séance interactive
- Méthode expérientielle : partage d'expérience des participants entre eux, réalisation de bilans de médication en groupe sur des cas réels d'ordonnances
- Méthode affirmative : afin de permettre l'apprentissage des connaissances
- Support pédagogique : remis à tous ceux qui ont participé à la formation

Tout ça permet un échange entre confrères avec des mises en pratique à travers des jeux de rôle notamment, permettant aux pharmaciens de mieux visualiser l'organisation de leur EP.(13)

Comme dit précédemment, les anticancéreux oraux ont été ajoutés comme sujet d'EP, pour ça il y aura d'autres moyens de formation.

4. Patients sous anticancéreux oraux

4.1 Rappel sur les anticancéreux oraux

Il s'agit de traitements dont les effets indésirables pouvant être rencontrés sont :

- Anomalie des phanères
- Arthralgies et myalgies
- Effets digestifs
- Céphalées
- Éruptions cutanées

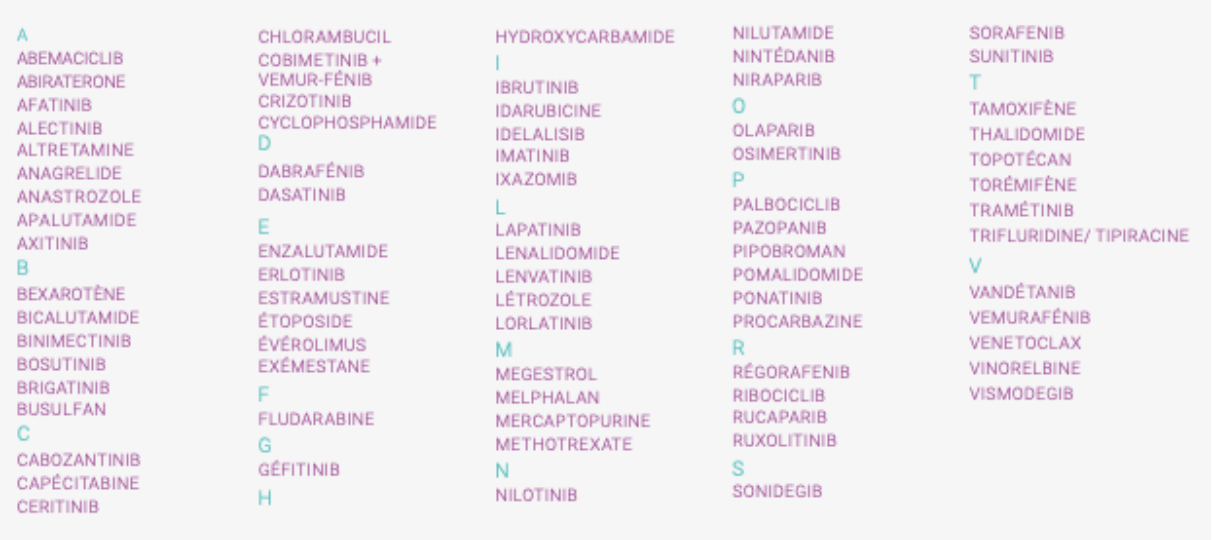


Figure 4 - Différentes molécules d'anticancéreux oraux - Assurance maladie

4.2 Pourquoi accompagner les patients sous anticancéreux oraux ?(14)

Le cancer est une des pathologies les plus mortelles en France. La figure 5 ci-dessous présente les différentes pathologies et leurs taux associés de mortalité en France en 2016.

Effectifs, proportions et taux standardisés de décès par catégorie de décès, année 2016, France métropolitaine

Catégorie	Deux sexes			Hommes			Femmes			Sex-ratio
	Nb	%	Txstd	Nb	%	Txstd	Nb	%	Txstd	
Maladies infectieuses et parasitaires	10 177	1,8%	15,1	4 822	1,7%	18,4	5 355	1,8%	11,7	1,6
Sida et VIH	303	0,1%	0,5	237	0,1%	0,8	66	0,0%	0,2	3,8
Tumeurs	168 064	29,0%	268,1	95 324	33,0%	347,4	72 740	25,1%	188,8	1,8
– VADS (Cancer des voies aérodigestives supérieures)	8 714	1,5%	14,4	6 789	2,3%	23,7	1 925	0,7%	5,2	4,6
– Estomac, foie, pancréas, côlon, rectum, anus	41 843	7,2%	66,3	23 892	8,3%	87,0	17 951	6,2%	45,7	1,9
Côlon, rectum, anus	17 716	3,1%	27,5	9 350	3,2%	34,5	8 366	2,9%	20,5	1,7
Pancréas	11 089	1,9%	17,3	5 498	1,9%	19,9	5 591	1,9%	14,8	1,3
– Poumons, bronches, trachée	31 526	5,4%	52,4	22 316	7,7%	78,9	9 210	3,2%	25,8	3,1
– Mélanome	1 732	0,3%	2,8	959	0,3%	3,5	773	0,3%	2,1	1,7
– Sein, utérus, ovaire	19 626	3,4%	26,5	242	0,1%	0,9	19 384	6,7%	52,0	0,0
Sein	12 669	2,2%	17,0	242	0,1%	0,9	12 427	4,3%	33,1	0,0
– Prostate	8 721	1,5%	17,0	8 721	3,0%	34,0	0	0,0%	0,0	
– Reins et vessie	8 860	1,5%	14,9	6 337	2,2%	23,7	2 523	0,9%	6,2	3,8
– Cerveau et système nerveux central	3 907	0,7%	6,3	2 221	0,8%	7,7	1 686	0,6%	4,9	1,6
– Hémopathies malignes	14 040	2,4%	22,2	7 662	2,7%	28,5	6 378	2,2%	15,9	1,8
– Autres tumeurs	29 095	5,0%	45,4	16 185	5,6%	59,6	12 910	4,4%	31,1	1,9
Diabète	11 275	1,9%	16,9	5 571	1,9%	21,0	5 704	2,0%	12,7	1,7
Démences	40 336	7,0%	52,2	12 173	4,2%	49,6	28 163	9,7%	54,9	0,9
Parkinson	6 526	1,1%	10,2	3 642	1,3%	14,1	2 884	1,0%	6,3	2,2
Maladies cardiovasculaires	140 424	24,2%	204,4	64 977	22,5%	252,7	75 447	26,0%	156,2	1,6
– Cardiopathies ischémiques	32 460	5,6%	50,7	19 342	6,7%	73,4	13 118	4,5%	27,9	2,6
– Maladies cérébrovasculaires	31 228	5,4%	44,5	12 936	4,5%	50,1	18 292	6,3%	38,8	1,3
Maladies respiratoires chroniques	11 156	1,9%	17,7	6 452	2,2%	24,8	4 704	1,6%	10,6	2,3
Maladies chroniques du foie	6 742	1,2%	11,1	4 841	1,7%	16,6	1 901	0,7%	5,6	3,0
Maladies du rein et de l'uretère	7 413	1,3%	11,0	3 420	1,2%	13,7	3 993	1,4%	8,4	1,6
Mort subite de l'adulte	1 782	0,3%	2,7	995	0,3%	3,6	787	0,3%	1,9	2,0
Cause inconnue	24 589	4,2%	36,8	12 743	4,4%	47,0	11 846	4,1%	26,6	1,8
Accidents	26 681	4,6%	40,1	14 269	4,9%	52,8	12 412	4,3%	27,5	1,9
– Accidents de transport	3 031	0,5%	4,8	2 256	0,8%	7,4	775	0,3%	2,3	3,3
– Chutes accidentelles	7 655	1,3%	11,3	3 647	1,3%	14,2	4 008	1,4%	8,4	1,7
Suicide	8 435	1,5%	14,0	6 450	2,2%	22,0	1 985	0,7%	5,9	3,7
Autres causes	115 630	20,0%	169,4	53 247	18,4%	204,2	62 383	21,5%	134,6	1,5
Toutes causes	579 230	100,0%	869,7	288 926	100,0%	1 087,8	290 304	100,0%	651,6	1,7

Nb : Nombre de décès ; Txstd : taux standardisé sur la population Eurostat 2012, pour 100 000 habitants.

Figure 5 - Différentes pathologies et leurs taux associés de mortalité en France en 2016 - FHP - MCO

L'objectif d'avoir modifié la galénique des anticancéreux par voie intraveineuse en voie orale est de pouvoir permettre au patient de se soigner à domicile. Cependant, cela nécessite une très bonne adhésion thérapeutique et une très bonne connaissance du traitement, et ce, en tenant compte du fait qu'il s'agit de molécules avec des effets indésirables non négligeables.

Les dépistages organisés, la mise à disposition de traitements ciblés limitant la toxicité, la disponibilité des anticancéreux en ville ont modifié la prise en charge des cancers.

Les objectifs de ces entretiens sont :

- Rendre le patient autonome et pleinement acteur de sa santé et son traitement
- Limiter la perte de repères de ces patients
- Favoriser le suivi, le bon usage et l'observance des anticancéreux oraux
- Informer le patient et obtenir l'adhésion à son traitement
- L'aider dans la gestion des traitements
- Prévenir les effets indésirables qui sont nombreux et gênants avec ce genre de traitement

L'accompagnement du patient débute par l'analyse des interactions des traitements pris par le patient et comprend 3 entretiens :

- Entretien initial : recueil des informations générales relatives au patient avec évaluation des connaissances du patient sur son traitement au regard notamment des informations qu'il a reçu par le médecin, et information des modalités de prise de son traitement.
- Second entretien : le pharmacien va évoquer avec le patient les difficultés qu'il rencontre dans sa vie quotidienne en lien avec son traitement ainsi que les éventuels effets indésirables auxquels il est confronté.
- Dernier entretien : celui servira à apprécier l'observance du patient.

Le patient sera suivi avec un ou plusieurs entretiens par an selon les molécules du traitement.

Les personnes pouvant bénéficier de ce traitement, et donc d'entretiens thérapeutiques ciblés, sont des patients adultes traités par anticancéreux par voie orale.

Les documents fournis par l'assurance maladie dépend de la molécule concernée : il y a une fiche entretien spécifique à chaque anticancéreux oral (exemple du méthotrexate en annexes 14, 15, 16, 17 et 18).

Également, le site de l'AFSOS (Association Francophone des Soins Oncologiques de Support), avec le soutien de La Roche-Posay, propose des formations sous forme de « serious-game »(15). Ce programme digital permet de découvrir les prérequis à la mise en place de l'EP en oncologie. Quatre modules de formations permettent d'aborder plusieurs thématiques :

- Connaître les différents types de cancer et le parcours du patient
- Les thérapies anticancéreuses
- Les effets indésirables liés aux toxicités des traitements anticancéreux
- Comment bien mener un EP en oncologie ?

c. États des lieux des pratiques

Actuellement, les pharmaciens se servent des documents fournis par l'assurance maladie pour effectuer leurs entretiens avec les patients. Cependant certaines pharmacies peuvent, elles-mêmes, faire leur propre protocole d'entretiens.

Il est obligatoire à l'université de Bordeaux, pour les étudiants de 3ème et 4ème année, durant leur stage d'effectuer ces entretiens à l'aide de documents fournis par la faculté. Ils reprennent globalement tout ce qui est présenté dans les documents fournis par l'assurance maladie.

Tous les documents sont présentés en annexe 19 et 20.

Pour en avoir déjà réalisés dans le cadre de mes deux stages de 3ème et 4ème année, les entretiens peuvent durer largement plus de 20 minutes, car le patient a toujours des questions sur son traitement annexe. Il est rare d'avoir des patients ayant exclusivement un traitement pour l'asthme, ou seulement un anticoagulant de manière isolée.

Le lancement avait été initialement prometteur, avec, en décembre 2014, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) qui avançait que « 14584 officines soit 63% étaient impliquées dans l'accompagnement des patients sous AVK » soit un total cumulé de 153 375 adhésions enregistrées pour 161 110 entretiens réalisés. Cependant, cela ne représentait que 15% des patients éligibles à un entretien sur les 1,1 millions de personnes sous traitement chronique par AVK en 2011 selon l'ANSM.

Un bilan plus récent a montré que les officinaux ne trouvait pas les documents fournis adéquats, que la démarche était plus de s'assurer que le patient détenait l'information et non pas de l'accompagner dans une démarche de compréhension et d'adhésion. Les fiches fournis par l'UNCAM contenant 25 questions ne permettaient que difficilement d'imaginer un dialogue fructueux entre le patient et son pharmacien, et ainsi ils se sont doucement éloignés des objectifs d'un entretien tant le déroulement a été mal expliqué.

Il en a été de même avec les entretiens sur l'asthme, les questions étaient trop restreintes et cela amenait plus à de la vérification qu'à de l'écoute et du dialogue.(16)

Ces raisons expliquent que peu d'officine pratiquent les EP de cette façon, ou alors elles réadaptent leurs questionnaires. Le temps de 20 minutes n'est souvent pas respecté, et cela devient chronophage pour le pharmacien qui est de plus en plus sollicité. Maintenant que les entretiens sont rémunérés à l'acte, nous pouvons nous interroger si cela aidera à leur pratique.

Dans la thèse précédemment citée sur comment relancer les EP de l'asthme en officine (12), les pharmaciens qui avaient déjà conduits des EP sur l'asthme ont été interrogés pour connaitre, selon eux, les principaux obstacles rencontrés qui les démotivaient à les poursuivre :

- La faible adhésion des médecins (92%)
- Le manque de temps (67%)
- Le manque de valorisation financière (58%),
- Le manque de formation (29%)
- Le manque de moyens humains (22%)
- La faible adhésion des patients (20%)

Un des leviers principaux réside donc naturellement dans la pluridisciplinarité, le travail en réseau et une communication optimale entre les professionnels de santé (notamment médecin et pharmacien) autour de la prise en charge d'un patient.

III. Les EP à l'hôpital

a. Cadre réglementaire

Après de multiples recherches, j'ai pu constater qu'il n'y avait aucun cadre réglementaire pour les EP à l'hôpital. Cette activité est pratiquée par le pharmacien praticien hospitalier au même titre que les autres activités de pharmacie clinique, sans qu'il y ait de rémunération spécifique pour ces différents actes.

Le développement et la pratique des entretiens pharmaceutiques diffère d'un centre hospitalier à un autre.

b. Méthodologie

Pour ce qui est de la méthodologie, globalement, la SFPC met à disposition des documents expliquant comment procéder, et ça pour tout type de pratiques en rapport avec la pharmacie clinique.

En ce qui concerne les entretiens pharmaceutiques, la société savante fournit :

- Un document qui reprend les différents objectifs et étapes à respecter (Fiche mémo de 2019) avec un tableau récapitulatif qui reprend les objectifs des entretiens pharmaceutiques en fonction du moment du parcours de soins (Cf. figure 6).
- Un kit posture en entretien publié en 2022.

Ce kit "posture en entretien" est un outil destiné à tout le personnel pharmaceutique pratiquant ou désirant pratiquer des entretiens pharmaceutiques, à l'officine comme à l'hôpital.

Il est constitué :

- *D'une fiche mémo "posture en entretien" dont l'objectif est de lister et détailler les techniques posturales utiles au bon déroulement d'un entretien.*
- *D'une fiche mémo-poche correspondant à une version portefeuille imprimable à glisser dans une poche pour avoir en un coup d'œil un rappel des techniques posturales.*
- *D'un set complet de vidéos pédagogiques destinées à la formation à la posture. Ces vidéos sont disponibles plus bas sur cette page. Un exemple de format pédagogique vous est proposé pour une utilisation locale (hôpital, université, officine...).*

Toutes les informations et vidéos sont disponibles à l'adresse Internet suivante : https://sfpc.eu/posture-en-entretien/ et des exemples des différentes fiches mémo seront présentées en annexes 21, 22 et 23.

Ces vidéos sont très intéressantes avec une première version sur les choses à ne pas faire, et une deuxième version avec la bonne posture et comportement à adopter. Ce que j'en ai personnellement retenu, c'est :

- Dans un premier temps, ne jamais commencer à expliquer les choses au comptoir, si jamais le patient est intéressé, fixer un rendez-vous avec lui, le

patient peut être pressé ou pas préparé psychologiquement à recevoir des informations au moment où il vient chercher son traitement

- Informer le patient sur la durée, essayer de ne pas dépasser trente minutes auquel cas, refixer un rendez-vous pour donner d'autres informations au patient.
- Commencer par essayer de savoir ce qu'a retenu le patient, en lui posant des questions ouvertes, le patient peut ainsi reformuler avec ses mots ce qu'il a retenu de ce qui lui a été dit à l'hôpital, et ainsi, le pharmacien peut apporter ou corriger des informations supplémentaires.
- Ne pas forcément avoir un questionnaire sous les yeux, avoir une écoute active sans avoir les yeux rivés sur sa feuille
- Essayer de ne pas être dans un vrai face à face pour que le patient soit à l'aise

		Type d'entretien							
		Conciliation médicamenteuse d'entrée	**Conciliation médicamenteuse de sortie**	**Entretien pharmaceutique réalisé dans le cadre d'une consultation pluridisciplinaire**	**Entretien pharmaceutique ciblé**	**Bilan de médication (bilan partagé de médication si en officine)**	**Télésurveillance, Télésoin, Accompagnement thérapeutique**	**Bilan éducatif partagé**	**séance éducative d'ETP**
Elément déclencheur		Entrée/Transfert	Sortie/Transfert	Nouveau traitement Modification d'un traitement Effet secondaire Défaut d'observance Marge thérapeutique étroite Consolidation des connaissances (traitement et maladie)	Nouveau traitement Modification d'un traitement Effet secondaire Défaut d'observance Marge thérapeutique étroite Consolidation connaissances traitement et maladie	Patient agé polymédicamenté	Maladie chronique/ arrêté télésurveillance du 6/12/2016	Maladie chronique programme validé ARS	Maladie chronique programme validé ARS
Objectifs de l'entretien									
Faire connaissance avec le patient/évaluer son autonomie en vie quotidienne MMS, GIR...)		■		■	■	■	■	■	■
S'assurer de la capacité du patient à participer à l'entretien		■	■	■	■	■	■	■	■
Etablir la liste des traitements	Recueil d'information	■		■	■	■			■
Repérer des problèmes pharmacothérapeutiques	Expertise pharmaceutique clinique			■	■	■	■		■
Evaluer le comportement du patient en lien avec sa qualité de vie	Situations critiques (oublis, vomissements, voyages...)		■	■	■	■	■		■
	Adhésion	■		■	■	■	■		■
	Automédication / Interactions / Alimentation	■	■	■	■	■	■		■
Evaluer les connaissances et compétences des patients	Pathologie		■	■	■	■		■	■
	Indication et mécanisme		■	■	■	■		■	■
	Posologie et Modalités de prises	■	■	■	■	■	■	■	■
	Suivi clinico-biologique		■	■	■	■	■	■	■
	Surveillance, Effets Indésirables	■	■	■	■	■	■	■	■
Evaluer l'organisation/traitement - Autonomie médicamenteuse/Parcours pharmaceutique		■	■	■	■	■	■	■	■
Repérer les besoins/ressources/freins/la motivation du patient				■	■	■	■	■	■
Améliorer la gestion des effets indésirables	Identifier			■	■	■	■		■
	Prévenir, Limiter		■	■	■	■	■		■
	Connaître la conduite à tenir		■	■	■	■	■		■
Evaluer la bonne compréhension des informations transmises			■	■	■	■	■	■	■
Répondre aux besoins éducatifs									■
Tracer l'activité		■	■	■	■	■	■	■	■
Communiquer/Transmettre aux autres professionnels (DMP...)		■	■	■	■	■	■	■	■
Temps (à titre indicatif, peut varier selon les patients)		10 à 20 min	10 à 20 min	30 à 60 min	30 à 60 min	20 à 40 min	30 à 60 min	30 à 60 min	à adapter
Collectif/individuel		individuel	individuel	individuel	individuel	individuel	les 2	individuel	les 2
Lieu		hospitalier/officine	hospitalier	hospitalier	officine / ambulatoire* / hospitalier	officine / ambulatoire* / hospitalier	officine / ambulatoire*	officine / ambulatoire*	officine / ambulatoire*
Acteurs		pharmacien, interne, étudiant, préparateur	pharmacien, interne	pharmacien	pharmacien	pharmacien	pharmacien si formation des 40h + DPC validé dans la pathologie	pharmacien si formation des 40h	pharmacien si formation des 40h
Suivi		non	non	à périodicité définie (souvent par le médecin spécialiste)	à périodicité définie	à périodicité définie	3 séances 6 mois renouvelable	à périodicité définie	à périodicité définie
* ambulatoire : dispensation aux patients ambulatoires, EHPAD, Maisons de santé pluriprofessionnelles...									

Figure 6 - Entretiens pharmaceutiques SFPC

La méthodologie est globalement semblable à celle de l'officine :

- **Faire connaissance avec le patient** : se présenter, vérifier l'identité du patient et sa disponibilité. Ensuite, il faut s'installer de façon ouverte à côté du patient pour éviter le face à face et qu'il se sente oppressé. Essayer de réduire les nuisances sonores s'il y en a (TV, fermer la porte), amorcer l'interaction sur autre chose que l'objectif de la venue afin de construire un relationnel centré sur le patient et non sur la maladie. Ensuite il faut expliquer la durée de l'entretien, l'objectif et le déroulement de l'entretien, expliquer pourquoi le patient a été ciblé par l'entretien afin de diminuer l'inquiétude et d'éviter toute stigmatisation. Il faut l'informer qu'on prendra des notes mais qu'on sera toujours à l'écoute et insister sur le respect par le pharmacien de la confidentialité médicale.

- **S'assurer de la capacité du patient à participer à l'entretien** : en posant des questions ouvertes telle que « décrivez-moi ce qui vous arrive »
- **Établir la liste des traitements** (prescrits ou non, y compris donc l'automédication, les compléments alimentaires, la phytothérapie, les dispositifs médicaux etc…), il doit y avoir 3 sources en tout (comprenant le patient)
- **Repérer les problèmes liés à la thérapeutique**
- **Évaluer le comportement du patient** : sur les situations critiques (voyages, oublis, vomissements), sur l'adhésion, sur l'automédication et l'alimentation
- **Évaluer les connaissances et savoir-faire des patients** : sur sa pathologie, les indications et mécanismes d'action, les posologies et les modalités de prises, le suivi clinico-biologique…
- **Améliorer la gestion des effets indésirables** : savoir les identifier, les prévenir et la conduite à tenir
- **Évaluer l'organisation du traitement et l'autonomie médicamenteuse** : dans le but de l'aider en lui apportant des solutions d'organisation
- **Repérer les besoins, ressources, freins et motivation du patient**
- **Évaluer la bonne compréhension des informations transmises**
- **Répondre aux besoins éducatifs**
- **Tracer l'activité sous forme d'avis ou de compte-rendu** et le faire figurer dans le dossier du patient afin que n'importe quel professionnel de santé puisse le consulter
- **Transmettre et partager les informations importantes** avec les autres professionnels de santé

c. États des lieux des pratiques

Malgré de nombreuses recherches, il n'existe à l'heure actuelle aucun état des lieux des pratiques des différents hôpitaux en France. Cependant, en allant sur le site de PubMed et en cherchant avec les termes « entretiens pharmaceutiques », en 2015, il y avait 412 résultats, alors qu'en 2021, nous retrouvons 840 résultats avec les même mots clés.

C'est donc une discipline en plein essor, qui se développe de plus en plus. Par exemple, dans un service de rétrocession au CHU de Lyon, ils ont mis en place des entretiens pharmaceutiques à l'initiation de médicament sous autorisation temporaire d'utilisation nominative. L'objectif de ce travail était d'apporter un premier retour d'expérience sur la faisabilité et l'intérêt de la mise en place d'EP pour les patients initiant un traitement soumis à autorisation temporaire d'utilisation nominative. La discussion de cette étude a montré et confirmé un intérêt pour leur mis en place, avec une amélioration de la connaissance du patient, avec une meilleure gestion des interactions médicamenteuses et des effets indésirables.(17)

C'est également le cas d'une autre étude où ont été mis en place des entretiens thérapeutiques à l'hôpital sur les anticoagulants oraux, cette étude a été réalisé à Calire-et-Cuire (69300), près de Lyon également. Cette étude a conclu à l'intérêt des EP notamment pour les patients sous AOD qui avaient moins de connaissances que les patients sous AVK.(18)

IV. Les patients souffrant de maladies psychiatriques

a. Pourquoi viser ces maladies ?

Les maladies psychiatriques regroupent un certain nombre de pathologies avec la schizophrénie, les troubles de l'humeur (dépression et troubles bipolaires), les troubles anxieux.

En psychiatrie, les raisons de la non adhésion des patients à leurs traitements sont nombreuses et notamment liées aux effets indésirables, ce qui amène à des arrêts brutaux qui peuvent provoquer des rechutes de leur maladie. Ces traitements sont souvent d'instauration progressive, certains sont à marge thérapeutique étroite. De nombreuses données sont à appréhender par les patients avec notamment des règles hygiéno-diététiques essentielles à maitriser.

Les benzodiazépines, molécules anxiolytiques ou hypnotiques, sont énormément utilisées en France. En effet, selon l'état des lieux sur l'utilisation des benzodiazépines de l'ANSM publié en avril 2017 (qui fait état de la consommation jusqu'en 2015 inclue), on estime que près de 13,4% de la population française a consommé en 2015 au moins une fois une benzodiazépine pour palier à l'anxiété.(19)

La France se situe derrière l'Espagne au 2ème rang mondial de la consommation de benzodiazépines en Europe. En 2015, 64,6 millions de boîtes de benzodiazépines anxiolytiques et 46,1 millions de boîtes d'hypnotiques ont été vendues en France. Ce sont les femmes qui en consomment le plus, quel que soit l'âge, et cette prévalence augmente avec l'âge et est la plus importante chez les femmes de plus de 80 ans. L'âge médian des nouveaux utilisateurs de benzodiazépines est de 49 ans, et dans 82% des cas, le traitement est initié par un médecin généraliste.

15% des nouveaux utilisateurs ont eu un premier épisode de traitement d'une durée non conforme avec les recommandations, parmi lesquels environ 2% de plus d'un an.

De nouvelles données sont apparues suite à la situation sanitaire que nous connaissons actuellement, avec des répercussions sur la prescription d'anxiolytiques, hypnotiques, mais également des antidépresseurs. Nous verrons ces données en fin de partie.

1. La schizophrénie

1.1 Définition(20)

La schizophrénie est une pathologie qui peut se déclarer tôt dans l'enfance avec des symptômes psychotiques apparaissant à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte.

Pour être diagnostiqué schizophrène, il faut au moins deux (ou plus) des critères suivants :

- Idées délirantes (délires de persécution (les plus fréquents), délires référentiels, délire de grandiose, délire d'érotomanie, délire nihiliste, délire somatique…)
- Hallucinations (expériences de perception sans stimulus, auditives, visuelles…)

Ces deux premiers symptômes sont regroupés dans la catégorie des symptômes positifs ou productifs.

- Discours désorganisé (passer du coq à l'âne, qu'on appelle déraillement ou association lâche, également le discours peut nuire à une communication efficace)
- Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique (stupidité enfantine, agitation imprévisible, baisse marquée de la réactivité, posture rigide…)
- Symptômes négatifs ou déficitaires (expression émotionnelle diminuée, aboulie, anhédonie, asociabilité)

La schizophrénie est caractérisée par un haut taux de suicide : près de la moitié des schizophrènes font une tentative de suicide au cours de leur vie, et 10 à 15% en décéderaient. L'espérance de vie est estimée à 56 ans, ceci s'expliquant par deux facteurs : un taux important de suicide (50 fois plus élevé que dans la population générale) et par un manque de soin personnel de la personne malade développant d'autres maladies.(21)

Depuis plus d'une cinquantaine d'années, l'hypothèse dopaminergique sert à expliquer comment les traitements agissent vis-à-vis de la pathologie. En effet, chez ces personnes il y aurait une augmentation de la synthèse et libération de dopamine dans les synapses. Ainsi les traitements utilisés vont être en majorité des antagonistes dopaminergiques. Cependant, d'autres pistes de réflexion sont en cours de recherche.

1.2 Traitements utilisés(6)

Il existe 3 types d'antipsychotiques :

- De 1ère génération, appelés les antipsychotiques classiques (ou autrefois neuroleptiques), contenant 4 familles de molécules
- De 2ème génération, appelés les antipsychotiques atypiques, contenant 2 familles de molécules
- De 3ème génération, dont la seule molécule est l'aripiprazole (ABILIFY®)

Pour bien comprendre le fonctionnement des antipsychotiques, il est important de comprendre comment fonctionnent les voies dopaminergiques centrales. Il existe 3 grandes voies dopaminergiques au niveau du système nerveux central :

- Voie tubéro-infundibulaire : inhibe la libération de la prolactine par l'hypophyse
- Voie nigrostriée : contrôle la motricité
- Voie méso-corticolimbique : impliquée dans l'émotivité, l'anxiété, les fonctions cognitives, la motivation et le plaisir

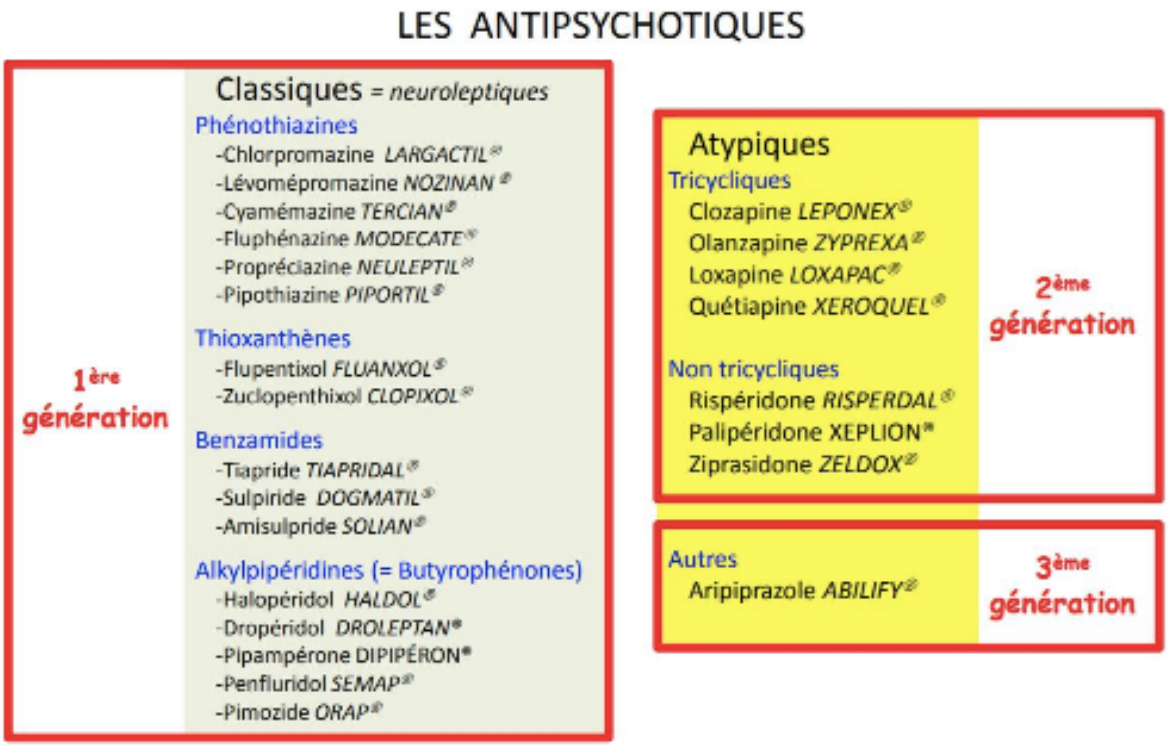


Figure 7 - Les antipsychotiques (cours Mathilde DUBOIS, pharmacologie des médicaments antipsychotiques)

1.2.1 Mécanisme d'action des antipsychotiques de 1ère génération

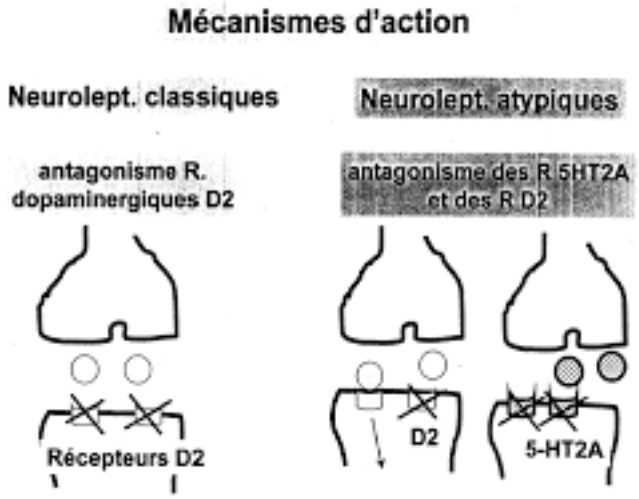


Figure 8 - Mécanisme d'action des différents antipsychotiques(22)

Ce sont des antagonistes dopaminergiques, ils bloquent donc la transmission dopaminergique. Ils permettent donc de diminuer les symptômes productifs mais bloquent toutes les voies dopaminergiques. C'est pourquoi, nous retrouvons des effets indésirables importants avec notamment :

- Des troubles extrapyramidaux : dyskinésie, tremblements, dystonie… syndrome malin des neuroleptiques (rare mais grave avec 20% de décès, il s'agit d'une urgence thérapeutique. Il entraine une hyperthermie >41°C, une confusion mentale ou une stupeur, une hypertonie musculaire avec

augmentation des CPK et une rhabdomyolyse pouvant entrainer une insuffisance rénale, et un désordre végétatif avec une pâleur, sueur, tachycardie, hypotension, collapsus, tachypnée…)
- Des troubles cognitifs : troubles de la mémoire, troubles de perception, etc.
- Hyperprolactinémie ce qui entraine des impuissances chez l'homme, et des troubles des menstruations chez la femme, ainsi que des gynécomasties et des galactorrhées
- Augmentation des symptômes déficitaires

1.2.2 Mécanisme d'action des antipsychotiques de 2nde génération

Ce sont également des antagonistes, mais en plus d'être des antagonistes dopaminergiques, ces molécules sont aussi des antagonistes sérotoninergiques 5HT2A (avec plus d'affinité pour ces derniers que les récepteurs dopaminergiques). Cette nouvelle sélectivité aide à réduire les symptômes productifs mais également les symptômes déficitaires. Cependant ils ont un manque de sélectivité global et peuvent donc se fixer à d'autres récepteurs impliqués dans cette voie sérotoninergique.

Cela entraine donc de nouveaux effets indésirables avec notamment :
- Sédation, hypotension, vertiges : effets apha-1 adrénergiques
- Augmentation de l'appétit et donc prise de poids : effets antihistaminiques H1
- Sécheresse buccale, constipation, rétention urinaire, troubles de la vision : effets muscariniques

Il faut savoir que ces effets indésirables existent aussi dans la 1ère génération (car ils ne sont pas sélectifs des récepteurs dopaminergiques) mais sont moins marqués que pour la deuxième génération.

Il existe un effet indésirable propre à la clozapine qui est la leucopénie et l'agranulocytose, qui peut engendrer de gros risques infectieux, donc cette molécule nécessite une surveillance accrue biologique avec une NFS régulière (hebdomadaire pendant 18 semaines et mensuelle par la suite).

1.2.3 Mécanisme d'action de l'aripiprazole, seule molécule de 3ème génération

C'est un agoniste partiel des récepteurs dopaminergiques et un antagoniste partiel des récepteurs sérotoninergiques. La molécule va donc diminuer les transmissions dopaminergiques en rentrant en compétition avec le ligand endogène qui ne peut plus se fixer (il y aura donc moins d'effets indésirables dopaminergiques et sera beaucoup mieux tolérée que les molécules de 1ère génération).

Elle a donc les mêmes effets indésirables que les deux précédentes générations mais beaucoup moins marqués et moins fréquents.

1.2.4 Interactions médicamenteuses

Elles sont nombreuses, il est donc important de connaître le traitement du patient et de l'informer sur ça :
- Avec les hypnotiques, alcool et médicaments du système nerveux central, cela entraine de la sédation et de la somnolence

- Par antagonisme pharmacologique avec L-DOPA, agonistes dopaminergiques, médicaments utilisés dans la maladie de Parkinson
- Avec les médicaments à effets anticholinergiques : potentialisation des effets (antidépresseurs tricycliques, médicaments utilisés en automédication très souvent pour le rhume contenant un anticholinergique, comme ACTIFED® ou FERVEX® par exemple)
- Avec les médicaments anti-arythmiques et antihypertenseurs, car les antipsychotiques peuvent entrainer un allongement du QT à l'origine de torsade de pointe, les antipsychotiques peuvent donc provoquer des arythmies et cela va interagir avec ces médicaments
- Avec les substances inhibitrices et inductrices des CYP450
- Avec les médicaments myélotoxiques pour la clozapine

S'il y a arrêt du traitement il se doit d'être progressif car il y a un syndrome de sevrage si arrêt brutal.
L'adhésion thérapeutique du patient atteint de schizophrénie est essentielle afin de garantir un maximum d'efficacité de traitement. Certains patients vont répondre à certaines molécules et d'autres non, d'où l'important de trouver la bonne molécule adaptée à la bonne personne au bon dosage et d'avoir un suivi régulier auprès du patient.

L'éducation thérapeutique a toute sa place du fait des nombreux effets indésirables et des interactions médicamenteuses, et afin de travailler le plan de prise individuel (conduite de véhicules par exemple).

2. La dépression et troubles anxiolytiques

2.1 Définition des différents troubles(20)

2.1.1 La dépression

La dépression est une pathologie regroupant au moins 5 des symptômes suivants, présents pendant une même période de 2 semaines :
- Humeur dépressive (se sentir vide, triste, pleurer)
- Diminution marquée de l'intérêt pour toute ou presque toutes les activités ou du plaisir (anhédonie)
- Perte de poids significative ou au contraire augmentation du poids, allant avec une diminution ou une augmentation de l'appétit
- Insomnie ou hypersomnie
- Agitation ou ralentissement psychomoteur
- Fatigue ou perte d'énergie
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée
- Diminution de l'aptitude à penser, la capacité de se concentrer ou être indécis sur tout
- Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires, tentative de suicide successive

Parmi tous ces symptômes, les deux premiers cités doivent être présents. Les symptômes entrainent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social ou professionnel, comme pour la schizophrénie.

L'épisode ne doit pas être imputable aux effets physiologiques d'une substance médicale et il n'y a jamais eu d'épisodes maniaques ou hypomaniaques.

L'hypothèse historique concernant la cause des troubles de l'humeur est l'hypothèse monoaminergique stipulant qu'il y a des déficiences fonctionnelles de la neurotransmission monoaminergique (noradrénaline, sérotonine). La dépression serait donc due à un déficit en monoamines au niveau central.

Il y a également l'hypothèse de la balance neurogénèse/apoptose, basée sur le déséquilibre de cette balance, si celle-ci penche plutôt sur l'apoptose, on a une augmentation des symptômes dépressifs et vice versa.(23)

Les deux hypothèses peuvent être combinées, ainsi la noradrénaline et la sérotonine inhibent l'apoptose tout en favorisant la neurogénèse, elles vont donc vers l'amélioration de l'état.

2.1.2 Les troubles anxieux

Il existe différents troubles anxieux : trouble d'anxiété généralisé, l'agoraphobie, les troubles de panique ou encore le syndrome de stress post traumatique.

L'anxiété généralisée se définit comme une anxiété excessive durant au moins 6 mois et dont la personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation. L'anxiété et les soucis sont associés à 3 ou plus des symptômes suivants :

- Agitation et sensation d'être survolté
- Fatigabilité
- Difficulté de conservation de mémoire
- Irritabilité
- Tension musculaire
- Perturbation du sommeil

Pour l'agoraphobie, cela se traduit comme une anxiété marquée, couvrant 2 ou plus des 5 situations suivantes :

- Utiliser des transports publics
- Être dans des espaces ouverts
- Être dans des endroits fermés
- Faire la file ou être dans une foule
- Être à l'extérieur de la maison

La peur et l'anxiété sont disproportionnées par rapport aux situations et sont présentes durant au moins 6 mois. Cela vaut pour toutes autres phobies.

Les troubles de panique se définissent comme une préoccupation persistante ou un changement de comportement lié à la survenue récurrente d'attaques de panique inattendues. C'est donc une montée soudaine de peur qui atteint un pic en quelques minutes, durant laquelle l'individu ressent au moins 4 des symptômes suivants :

- Palpitations
- Transpiration
- Tremblements ou secousses
- Essoufflements/étouffements, étranglement

- Douleur
- Gêne thoracique ou abdominal
- Nausée
- Vertige, paresthésie
- Déréalisation
- Peur de perdre le contrôle
- Peur de mourir

Enfin, le trouble de stress post-traumatique se traduit par :

- Le fait d'avoir été confronté à la mort ou une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles
- La présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs évènements traumatisants qui sont apparus après que le ou les évènements traumatisants se sont produits : souvenirs répétitifs involontaires et envahissants du ou des évènements traumatisants, rêves récurrents dont le contenu ou les émotions sont liés à l'évènement et qui provoquent un sentiment de détresse, réactions dissociatives où la personne a l'impression de revivre le traumatisme, sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'épisode traumatisant, réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'épisode traumatisant
- Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs évènements traumatiques
- Altérations des cognitions et de l'humeur associés à un ou plusieurs évènements traumatiques
- Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs évènements traumatiques avec les symptômes suivants : irritabilité ou accès de colère, comportement irréfléchi ou autodestructeur, hypervigilance, réaction de sursaut exagéré, problèmes de concentration, troubles du sommeil
- Perturbation (symptômes) dure plus d'un mois et entraine une souffrance cliniquement significative
- Perturbation non attribuable aux effets physiologiques d'une substance ou une autre affection

Ce syndrome peut apparaître à n'importe quel âge.

2.2 Traitements utilisés(6)

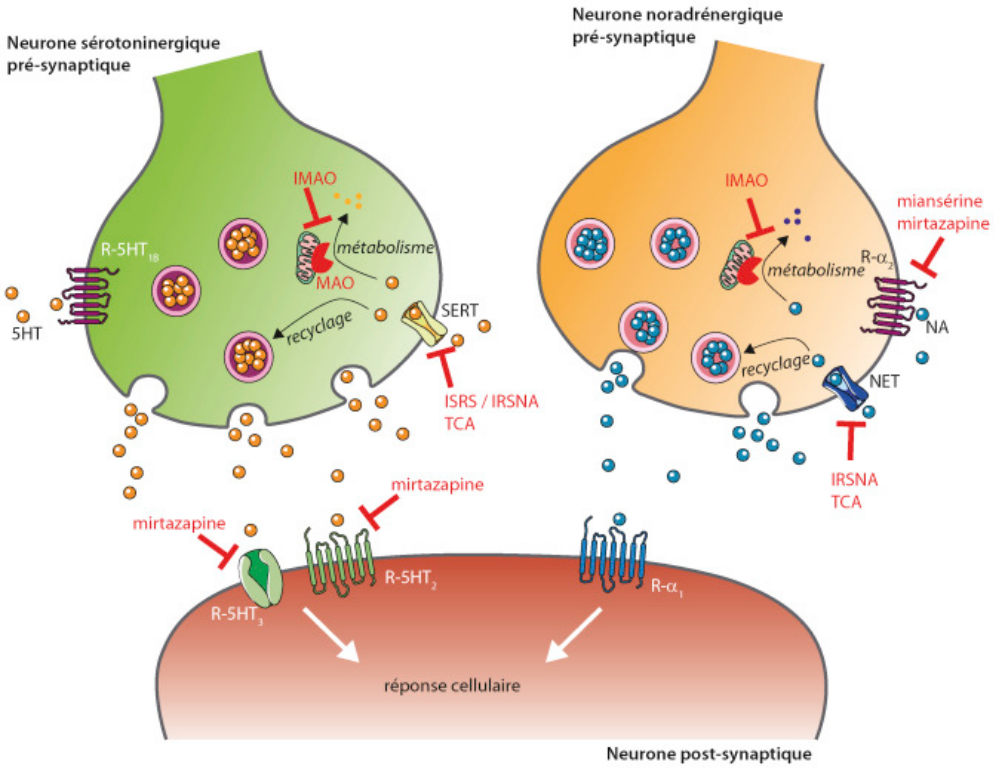
2.2.1 Traitements utilisés pour la dépression mais également dans le traitement de fond des troubles anxieux

Les antidépresseurs sont classés en 4 grandes familles :

- Les tricycliques et apparentés = imipraminiques : les molécules concernées sont l'imipramine, l'amitryptiline, la clomipramine…
- Les inhibiteurs de mono amines oxydases (iMAO) : iproniazide et la moclobémide
- Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) : citalopram, escitalopram, fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine, sertraline…
- Les inhibiteurs de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) : duloxétine, milnacipran et venlafaxine

Figure 9 - Différents antidépresseurs (Cours M. MULLER)

2.2.1.1 Mécanisme d'action des antidépresseurs (imipraminiques, ISRS, ISRNA)



IMAO : inhibiteurs de la monoamine oxydase ; ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ; IRSNA : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ; NET : transporteur de la norépinéphrine ; SERT : transporteur de la sérotonine ; TCA : antidépresseurs tricycliques.

Figure 10 - Mécanismes d'action des différents antidépresseurs (24)

L'inhibition des transporteurs de récepteurs des monoamines font qu'il n'y a plus ni de noradrénaline ni de sérotonine dans les fentes synaptiques disponibles pour être recyclés et donc il y a plus d'activation des récepteurs. Mais ces notions immédiates ne permettent pas d'expliquer les effets thérapeutiques puisque les antidépresseurs ont un effet qui survient qu'après 2 à 3 semaines de traitement.

Ainsi, l'inhibition des transporteurs est la cible initiale des antidépresseurs, et cette inhibition va déclencher des modifications plus tardives qui seront, elles, responsables de l'effet thérapeutique.

L'effet immédiat c'est qu'en bloquant les différents transporteurs, il y aura une accumulation de sérotonine et de noradrénaline, les récepteurs seront donc encore plus stimulés et le potentiel d'action résultant encore plus inhibé (car il y a un rétrocontrôle négatif), donc finalement de moins en moins de sérotonine et de noradrénaline ne seront libérés. L'effet immédiat est donc un frein des voies sérotoninergiques et noradrénergiques.

Or, quand un récepteur est trop stimulé, on a une désensibilisation, avant ça nous avons donc une levée de l'inhibition et c'est pourquoi il faut toujours durant les premiers jours de traitement surveiller les patients qui peuvent décider de passer à l'acte par la levée d'inhibition concernant leurs idées noires.

Ce temps de latence de la désensibilisation explique l'effet des antidépresseurs tardif de 2 à 3 semaines. Une fois les récepteurs désensibilisés, il y aura une augmentation de la concentration en monoamines et cela améliorera l'humeur.

Pour les imipraminiques, ils agissent sur la dopamine, la noradrénaline, l'acétylcholine, et ils n'ont pas de sélectivité comme les ISRS ou IRSNA. Ils ont également des affinités pour les récepteurs H1, muscariniques de l'acétylcholine et les alpha1 adrénergique, ce qui amène de nombreux effets indésirables.

2.2.1.2 Mécanisme d'action des inhibiteurs de monoamines oxydases (iMAO)

Les monoamines oxydases sont des enzymes qui catalysent la désamination oxydative des monoamines et permet donc leur recyclage. En empêchant leur action, il y aura l'augmentation de la transmission des monoamines dans la fente synaptique.

Il existe deux types de monoamines :
- MAO-A dont les substrats sont la noradrénaline, la sérotonine, la dopamine et la tyramine
- MAO-B dont les substrats sont la dopamine, la tyramine et la phényléthylamine

En pratique, ces molécules sont très peu utilisées mais ils peuvent devenir une alternative thérapeutique en cas d'échec d'un traitement par une autre famille d'antidépresseur.

2.2.1.3 Effets indésirables

Ils peuvent être :
- Dus à la liaison aux récepteurs H1 : sédation, somnolence, vertige
- Dus à la liaison aux récepteurs muscariniques : rétention urinaire, sécheresse buccale, constipation, tachycardie, troubles de l'accommodation visuelle, mydriase.
- Dus à la liaison aux récepteurs alpha 1 adrénergiques : hypotension orthostatique.

En cas de surdosage, un allongement de l'intervalle QT avec risque de torsade de pointe peut survenir.

D'autres sont fréquents :
- Troubles sexuels et de la libido, cela est du à l'augmentation de la transmission sérotoninergique via l'activation de récepteurs 5HT1B/2A/2C
- Troubles digestifs avec des nausées, vomissements et dyspepsies via l'activation de récepteurs sérotoninergiques 5-HT3
- Prise de poids à cause du blocage des récepteurs sérotoninergiques 5-HT2C et histaminergiques H1
- Problèmes de vigilance, troubles du sommeil avec l'activation des récepteurs post-synaptiques (notamment 5-HT1A/1B/3/7)(25)

Il existe un effet indésirable important pour les ISRS et IRSNA qui est le syndrome sérotoninergique (s'il est trop stimulé) : confusion, myoclonies, agitation,

tremblements, sueurs, frissons, fièvre, diarrhée. Il s'agit là encore d'une urgence thérapeutique car le patient peut en décéder si ce n'est pas pris en charge.

La dépression est une pathologie dont la plupart des gens atteints ne sont pas vraiment conscients qu'ils sont malades, ils ont tendance à penser que ce n'est qu'une mauvaise passe dans leur vie. Ce qui fait que le diagnostic ne se fait pas forcément pour toutes les personnes atteintes.

De plus, le traitement est long (au moins 6 mois pour une rémission complète dans les formes les plus légères, plus un arrêt dégressif qui augmente encore le nombre de mois de traitement).

Cependant c'est une pathologie importante à prendre en charge car le risque suicidaire peut être très important. Comme vu précédemment, le passage à l'acte peut se faire durant les premières semaines de traitement c'est pourquoi il est très important d'informer le patient et de le suivre.

2.2.2 Traitements de crise des troubles anxieux(6)

Les médicaments actuellement disponibles sont :

- Les benzodiazépines (également utilisés comme hypnotiques) : les plus utilisés
- Antihistaminique : hydroxyzine
- Autres : étifoxine

2.2.2.1 Mécanisme d'action des anxiolytiques

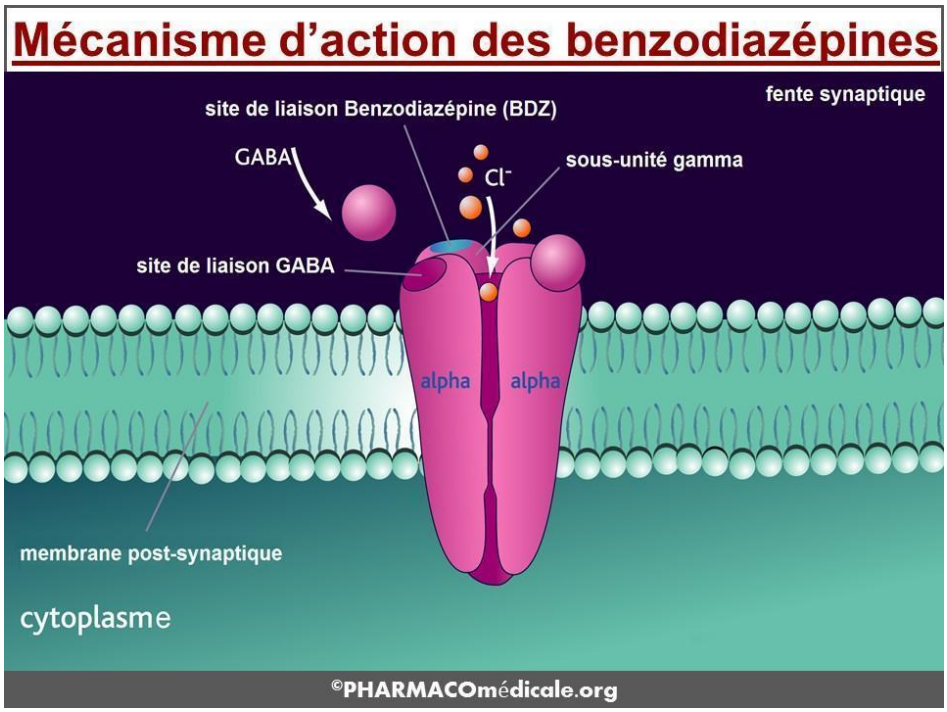


Figure 11 - Mécanisme d'action des benzodiazépines(26)

Il existe une vingtaine de molécules ; les benzodiazépines vont avoir, en points communs, les mêmes cibles et mêmes mécanismes d'action, les mêmes propriétés

pharmacologiques et les mêmes effets indésirables mais il y deux différences majeures entre elles :

- Les caractéristiques pharmacocinétiques notamment la durée d'action, fonction de la demie vie de la molécule
- Les indications thérapeutiques qui vont découler directement de la pharmacocinétique.

Ainsi, une benzodiazépine à demi-vie courte sera plutôt utilisée comme hypnotique pour faciliter l'endormissement et ne pas avoir d'effet résiduel sédatif dans la journée avec une prise le soir.

Au contraire, une benzodiazépine à demi-vie longue sera utilisée comme anxiolytique pour couvrir l'anxiété sur la journée. Il faut noter que calmer les angoisses peut tout de même faciliter l'endormissement.

Les benzodiazépines ont 4 propriétés majeures :

- Réduction de l'anxiété
- Effet sédatif et hypnotique
- Effet anticonvulsivant/antiépileptique
- Effet relaxant musculaire

Ces molécules vont jouer sur la voie GABAergique, en se fixant sur un site modulateur différent de celui du GABA qui va avoir pour conséquence d'induire une modification allostérique du récepteur permettant d'augmenter l'affinité pour le GABA. Ainsi, il y aura plus de GABA qui va se fixer sur son récepteur ce qui permet les propriétés citées précédemment (en fonction de la sous unité du récepteur GABA).

Les autres effets sont :

- Phénomène de tolérance,
- Amnésie (impact sur les démences ?)
- Baisse de la vigilance et somnolence
- Augmentation de l'effet d'autres médicaments dépresseurs du SNC et de l'alcool
- Troubles du comportement : hypotonie musculaire, incoordination motrice
- Dépendance physique et psychique (effet rebond à l'arrêt avec symptômes de sevrage)

2.2.2.2 Les antihistaminiques : l'hydroxyzine

L'effet anxiolytique ne sera observé que pour les antihistaminiques de 1ère génération qui sont des molécules lipophiles et ainsi capables d'avoir une action centrale.

L'hydroxyzine va avoir une action centrale et périphérique et a une action légère, donc plutôt indiquée dans l'anxiété mineure ou en prémédication lors de l'anesthésie pour calmer les patients.

Les effets indésirables vont être liés à la faible sélectivité pour les récepteurs H1 et vont avoir un effet antagoniste sur d'autres récepteurs :

- Alpha 1 adrénergique : hypotension, tachycardie réflexe

- Muscarinique à l'acétylcholine : sécheresse buccale, rétention urinaire, constipation…
- Sérotoninergique : augmentation de l'appétit

3. Les troubles du sommeil

3.1 Définition(20)

Ils sont définis comme une insatisfaction par rapport à la quantité ou la qualité de sommeil associée à un ou plus des symptômes suivants :
- Difficulté à trouver le sommeil
- Difficulté à maintenir le sommeil
- Réveils fréquents ou incapacité à se rendormir

Cette perturbation doit se produire au moins 3 nuits par semaine et doit être présente au moins 3 mois. Cela a des répercussions dans le domaine professionnel ou scolaire. On estime qu'on a une difficulté à trouver le sommeil si le temps pour s'endormir est supérieur à 30 minutes, et si on dort moins de 6h et demi.

3.2 Traitements utilisés(6)

Les molécules disponibles sont :
- Benzodiazépines
- Assimilés benzodiazépines : zolpidem (STILNOX®) qui est maintenant un assimilé stupéfiant et zopiclone (IMOVANE®)
- Antihistaminiques : doxylamine (DONORMYL®), alimémazine, prométhiazine…
- Mélatonine

La durée de prescription des benzodiazépines hypnotiques est normalement limitée à 4 semaines contre 12 semaines pour les anxiolytiques. En effet, les hypnotiques ne sont, en théorie, jamais prescrits pour l'insomnie chronique, mais pour les insomnies occasionnelles ou transitoires.

3.2.1 Mécanisme d'action des assimilés benzodiazépines

Ce sont des molécules apparentées aux benzodiazépines, les points communs qu'elles ont entre elles sont qu'elles se fixent sur les récepteurs GABA de la même façon, et augmente ainsi l'affinité pour le GABA. La différence est que les apparentées n'auront qu'une indication hypnotique et pas d'action anxiolytique.

Cela vient du fait qu'il y a une légère affinité préférentielle sur une sous-unité qui a un rôle dans l'effet sédatif.

Les effets indésirables vont du coup se rapprocher de ceux des benzodiazépines, avec des vertiges, de la somnolence, de l'incoordination physique, une sensation d'ivresse, des cauchemars et baisse de la libido…

3.2.2 Autres médicaments hypnotiques

- Antihistaminiques

L'alimémazine, la prométhiazine et la doxylamine vont avoir un effet sédatif lié à l'action antihistaminique central et périphérique. Ils sont indiqués dans le traitement d'insomnies occasionnelles.

Les effets indésirables sont les mêmes que l'hydroxyzine.

En pratique, la doxylamine est la molécule de référence à l'officine pour ce genre de molécules. Elle est en vente libre.

- Mélatonine

Elle est indiquée dans l'insomnie primaire, caractérisée par un sommeil de mauvaise qualité chez des patients de 55 ans et plus.

Il s'agit d'un agoniste des récepteurs MT1 et MT2 (MT=mélatonine). L'hormone endogène augmente sa concentration peu après la tombée de la nuit avec un pic entre 2 et 4h du matin et participe au contrôle des rythme circadiens et à la régulation du rythme jour-nuit.

Donc cette molécule sera particulièrement appréciée s'il y a un décalage du rythme. Elle est également en vente libre mais peut aussi être prescrite pour des dosages plus élevés (2mg en général) en préparation.

Il existe deux spécialités :
- Le CIRCARDIN® : indiqué, en monothérapie, pour le traitement à court terme de l'insomnie primaire caractérisée par un sommeil de mauvaise qualité chez des patients de 55 ans ou plus.
- Le SLENYTO® : indiqué pour le traitement de l'insomnie chez les enfants et les adolescents de 2 à 18 ans, présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et/ou un syndrome de Smith-Magenis, lorsque les mesures d'hygiène du sommeil ont été insuffisantes.(6)

4. Les troubles bipolaires

4.1 Définition(20)

Il en existe de 2 types :
- Trouble bipolaire de type 1 : trouble de l'humeur ou il y aura au moins un épisode de manie
- Trouble bipolaire de type 2 : doit comporter au moins un épisode d'hypomanie et au moins un épisode de dépression majeure.

Critères d'un épisode de manie et/ou d'hypomanie : dans le cadre de la manie, cela dure 1 semaine et dans le cas d'hypomanie cela dure 4 jours consécutifs. Au cours de cette période on a une humeur anormalement élevée, expansive ou irritable, une

augmentation anormale de l'activité ou de l'énergie, et 3 des symptômes suivants doivent être présents :

- Estime de soi exagérée ou idées de grandeurs
- Besoin réduit de sommeil
- Plus grande loquacité que d'habitude
- Fuite des idées ou expériences subjectives que les pensées s'emballent
- Distractivité, perte d'attention
- Augmentation de l'activité sociale, professionnelle, scolaire, mais pour autant inefficaces dans l'exécution de ces activités
- Excitation locomotrice
- Engagement excessif dans les activités dommageables, à conséquences graves

Donc pour bien différencier les deux, voici le tableau 1 comparant la manie et l'hypomanie :

Tableau 1 - Tableau comparant la manie et l'hypomanie

MANIE	HYPOMANIE
- Dure 1 semaine - La perturbation de l'humeur est assez sévère pour nécessiter une hospitalisation - Présence caractéristique psychotique (délire, hallucination)	- Dure 4 jours consécutifs - La sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entrainer une hospitalisation - Il n'y a jamais de délire ou d'hallucination

4.2 Traitements utilisés(6)

Nous parlerons de régulateurs de l'humeur ou normothymiques ou thymorégulateurs.

Il existe 3 types de traitements médicamenteux qui ont l'AMM :

- Lithium (TERALITHE®)
- Antiépileptiques thymorégulateurs : médicaments dérivés de l'acide valproïque à savoir le divalproate de sodium (DEPAKOTE®) et le valpromide (DEPAMIDE®). Il existe aussi la lamotrigine (LAMICTAL®) et la carbamazépine (TEGRETOL®)
- Les antipsychotiques atypiques : olanzapine, rispéridone, aripiprazole et la quétiapine.

4.2.1 Mécanismes d'action des médicaments normothymiques(27)

- Lithium

Ce traitement est indiqué en prévention des rechutes des troubles bipolaires mais également dans le traitement curatif des états d'excitations maniaque ou hypomaniaque.

Il existe une forme à libération immédiate et une forme à libération prolongée (LP). Il est utilisé autant en curatif qu'en préventif. Ce traitement est plus efficace dans les troubles bipolaires de type I que le type II.

Le mécanisme d'action du lithium reste à ce jour incertain et complexe mais il diminuerait l'activité dopaminergique et glutamatergique et aurait un effet de modulation des neurotransmissions. A contrario il semblerait augmenter l'activité GABAergique et sérotoninergique.

Il s'agit d'un sel qui va participer aux échanges ioniques. C'est un médicament à marge thérapeutique étroite, qui nécessite une instauration progressive avec dosage régulier de la lithiémie.
Ainsi, un bilan pré-thérapeutique est nécessaire et les fourchettes thérapeutiques de lithiémies à atteindre sont les suivantes :

- 0,5 à 0,8 mEq/L pour la forme à libération immédiate
- 0,8 à 1,2 mEq/L pour la forme LP

Il faudra, par la suite, faire un suivi de la lithiémie avec 3 contrôles successifs dans la fourchette, qui se font toutes les 2-3 semaines pour vérifier l'équilibre du traitement. La fonction rénale sera suivie régulièrement car les ions lithium rentrent en compétition avec les ions sodium et cela peut diminuer la clairance rénale), ainsi que la TSH (hormone régulatrice de la glande thyroïde, qui dépend également des ions de lithium).

Les effets indésirables retrouvés en cas de surdosage notamment sont :

- Troubles digestifs dus à la sécrétion hydrosodée au niveau de l'intestin (diarrhées, douleurs abdominales),
- Effets rénaux (syndrome polyurique, polydipsie),
- Troubles neurologiques (tremblements)
- Goût métallique dans la bouche, perte de cheveux, gain de poids
- Troubles thyroïdiens (hypothyroïdie)

L'adhésion thérapeutique du patient est, une fois de plus, indispensable et essentielle.

- Antiépileptiques thymorégulateurs(6)

Concernant le DEPAKOTE®, et le DEPAMIDE®, le mécanisme d'action, bien que complexe et mal connu, serait également lié à une augmentation de l'activité GABAergique.

Les effets indésirables sont :

- Sédation
- Élévation des transaminases (hépatite médicamenteuse)
- Malformation du fœtus durant la grossesse les rendant formellement contre indiquées chez les femmes enceintes et en âge de procréer. Un moyen de contraception efficace est indispensable ainsi que la signature d'un accord de soins si vraiment ils sont prescrits. Ils ne sont donc utilisés qu'en cas d'inefficacité ou d'intolérance aux autres traitements disponibles chez les femmes en âge de procréer.

En ce qui concerne la lamotrigine, elle est plutôt prescrite dans les troubles bipolaires à prédominance d'épisodes dépressifs. Elle bloque les canaux sodiques voltage dépendant, mais le mécanisme d'action dans les troubles bipolaires n'est pas connu.

Ce traitement est assez bien toléré. L'effet indésirable à connaître est le syndrome de Lyell, nécrolyse épidermique toxique, pouvant mettre en danger la vie du patient. Un protocole d'instauration progressive est à respecter. Si des effets cutanés arrivent, l'arrêt du traitement est préconisé.

La carbamazépine est plutôt indiquée en 2ème voire 3ème intention compte tenu de ses effets indésirables et de son caractère inducteur enzymatique la rendant difficile à manipuler. Elle bloque également les canaux sodiques voltage dépendant, mais l'effet « antimaniaque » serait dû à un effet dépressif sur la régénération de la dopamine et de la noradrénaline.

Ses effets indésirables sont nombreux (effets digestifs, maux de tête, etc.) mais les plus importants sont également une nécrolyse épidermique toxique et également le DRESS syndrome (syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse) pouvant mettre en danger le patient.

4.2.2 Mécanisme des autres médicaments prescrits

Le mécanisme d'action des antipsychotiques de deuxième génération a déjà été abordé.

b. Intérêt des EP vis-à-vis des psychotropes abordés

Les traitements utilisés pour traiter les maladies psychiatriques sont complexes et nécessitent certaines connaissances afin d'appréhender leur fonctionnement. Également, l'adhésion thérapeutique du patient est indispensable.
Le pharmacien a toute sa place dans le parcours de soins du patient atteint de pathologies psychiatriques.

L'état des lieux en France en mars 2014 publié sur Santé Publique France a montré des chiffres significatifs. 16 millions de français parmi les 11-75 ans ont déjà pris des médicaments psychotropes. Les médicaments psychotropes les plus consommés au cours de l'année (2014) sont les anxiolytiques (10%), suivis par les hypnotiques (6,1%) et les antidépresseurs (6%). Le niveau de consommation de thymorégulateurs (0,7%) et celui des neuroleptiques (0,8%) sont nettement inférieurs.(28)

Nous allons revoir classes thérapeutiques après classes thérapeutiques l'intérêt qu'il y aurait à instaurer des EP en officine.

1. Les antidépresseurs

Premièrement, EPI-PHARE a fait un rapport de l'usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 et a donc fait un point de situation jusqu'au 25 avril 2021.
Et au total, depuis le début de l'année 2021, un solde positif de 1 million de délivrances (+8%) sur ordonnance en pharmacie d'antidépresseurs est constaté par rapport à l'attendu sur la même période.

En primo-prescription d'antidépresseurs durant cette période, on observe une augmentation de +23%.(29)

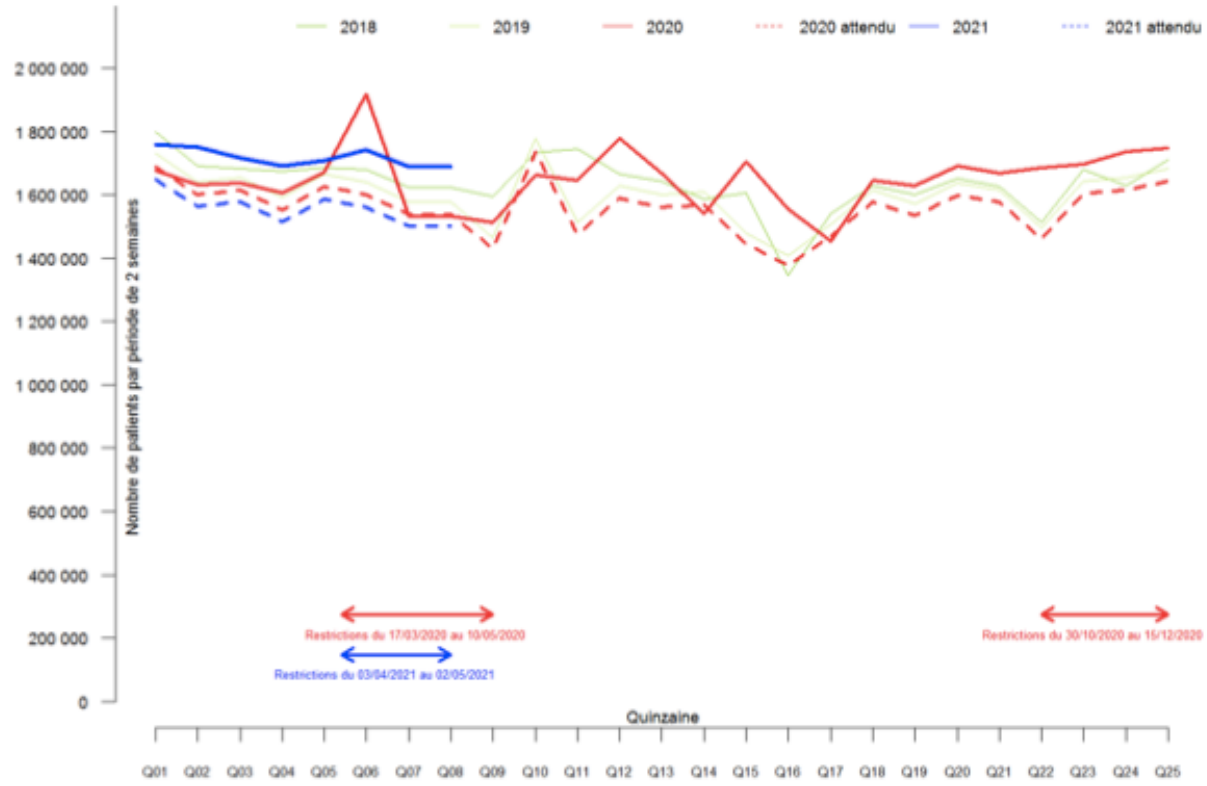


Figure 12 - Nombre par quinzaine des délivrances sur ordonnance d'antidépresseurs en 2018, 2019, 2020, 2021, comparaison observée sur attendu

La crise de Covid-19 a donc eu un impact sur la prescription d'antidépresseurs en France, c'est un premier point qui permet de penser qu'il est important de travailler cette famille médicamenteuse avec les patients.

De plus, les antidépresseurs sont des médicaments qui commencent à agir après 2 à 4 semaines. Pendant ce laps de temps, une levée d'inhibition peut survenir avec un risque accru de passage à l'acte. Il est donc primordial de les alerter sur ce point, qu'ils puissent agir si le début de traitement est difficile et être accompagnés en cas de besoin.

Également, les effets indésirables apparaissent généralement en début de traitement et disparaissent par la suite. Il est primordial d'informer le patient pour s'assurer de son adhésion thérapeutique sur cette période délicate. Il existe des rechutes en cas d'arrêt brutal, l'arrêt d'un traitement antidépressif se fait uniquement en décroissance progressive.

Il y a aussi quelques interactions médicamenteuses importantes, avec notamment le tramadol qui peut provoquer un syndrome sérotoninergique qui peut potentiellement être mortel.

C'est également des médicaments prescrits en traitement de fond pour les troubles anxieux et ceci doit être travailler avec le patient.

En conclusion, ce sont des molécules très prescrites, avec un délai d'action important, des effets indésirables nombreux, nécessitant une bonne adhésion du patient avec des risques de rechutes en cas d'arrêt brutal. Ce sont des traitements généralement longs avec un arrêt en diminution progressive qui allonge le temps de prise. L'entretien pharmaceutique peut être une solution pour accompagner le patient.

2. Les anxiolytiques et hypnotiques

Selon la même étude d'EPI-PHARE, l'augmentation des délivrances d'anxiolytiques et d'hypnotiques depuis début 2021 est encore plus marquée que les antidépresseurs. On a un solde positif de +1,3 millions de délivrances d'anxiolytiques depuis le début 2021, et + 580 000 délivrances d'hypnotiques sur la même période (cf. courbes ci-dessous).

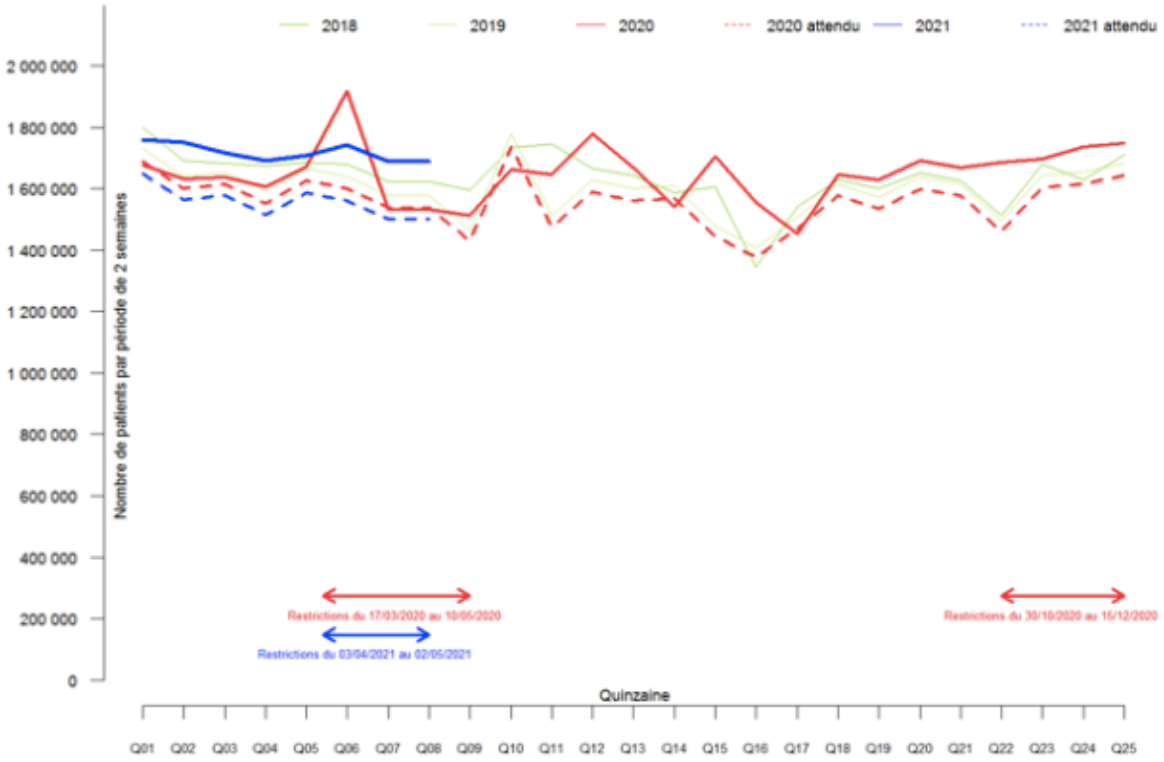


Figure 13 - Nombre par quinzaine des délivrances sur ordonnance d'anxiolytiques en 2018, 2019, 2020, 2021, comparaison observée sur attendu

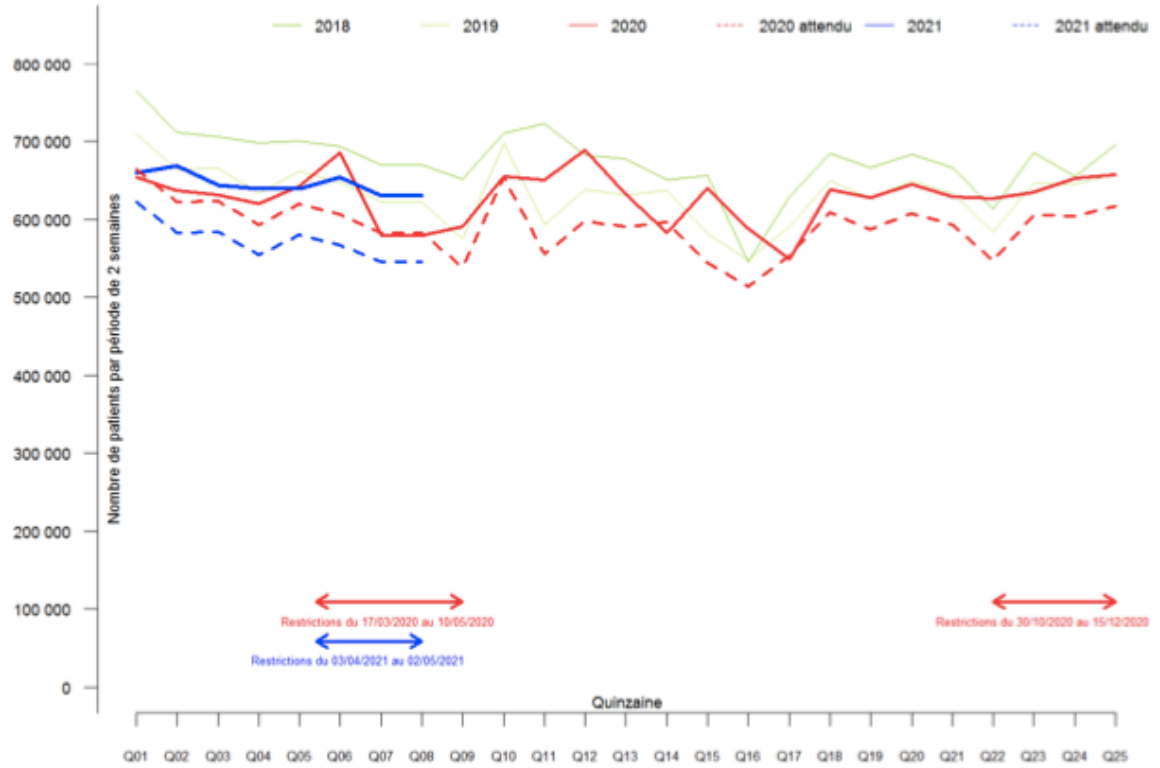


Figure 14 - Nombre par quinzaine des délivrances sur ordonnance d'hypnotiques en 2018, 2019, 2020, 2021, comparaison observée sur attendu

Ces molécules sont donc déjà connues pour être très consommées en France, et la pandémie a accentué cette consommation notamment chez les jeunes.

Leurs effets indésirables sont non négligeables tels que la baisse de la vigilance ou la somnolence quand elles sont consommées en journée, ce qui les rend incompatibles avec la conduite d'engins motorisés, mais qui peut également perturber la vie sociale et professionnelle.

Une étude canadienne s'est intéressée aux risques d'accidents, et notamment de la route, pouvant être associés à la consommation de benzodiazépines.
Cette étude a montré dans les analyses cas témoin, que les risques relatifs de mortalité et de soins médicaux à l'urgence variaient de 1,45 à 2,4 selon la durée d'utilisation et la quantité de médicaments consommés. Dans les rapports de police et des services d'urgence, l'usage des benzodiazépines était un facteur de cause de 1 à 65% des accidents.
La conclusion de cette étude admet que l'usage des benzodiazépines augmente de près du double le risque d'accident de la route.(30)

Également, ces molécules peuvent augmenter l'effet dépresseurs du SNC en association avec de l'alcool ou d'autres médicaments (dont les antidépresseurs qui peuvent souvent être prescrits avec, mais également les opioïdes, qui sont parfois consommés en automédication). Ces associations réduisent l'activité fonctionnelle et la coordination motrice (dangereux pour l'utilisation de véhicules motorisés). Une

surconsommation seule ou associée pourrait même entrainer la mort avec une dépression respiratoire.

Enfin, elles peuvent créer une dépendance physique et psychique avec un effet rebond à l'arrêt du traitement et des symptômes de sevrage. Il existe aussi un effet de tolérance, ayant pour conséquence le fait de devoir augmenter le dosage pour avoir un effet équivalent, ce qui entretien l'addiction.

L'entretien pharmaceutique, ciblé sur les anxiolytiques et/ou les hypnotiques, trouve donc toute sa place.

3. Les antipsychotiques et thymorégulateurs

Concernant les antipsychotiques, selon la même étude EPI-PHARE, il y a une hausse de +5% par rapport à l'attendu au premier confinement de 2020 et cette hausse s'est confirmée jusqu'à la fin de 2020 et même amplifiée au début de l'année 2021.

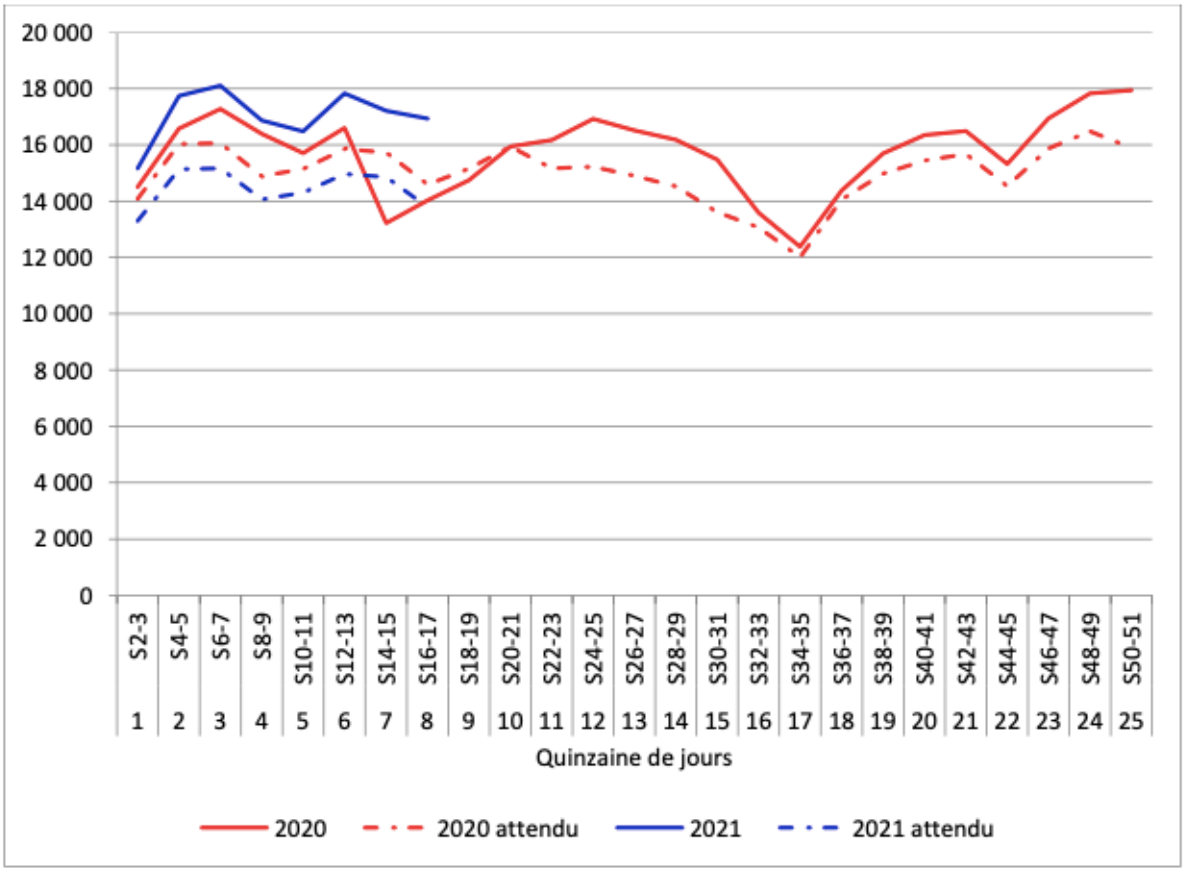


Figure 15 - Évolution des instaurations des antipsychotiques observées en 2020 et 2021 par rapport à l'attendu

Les antipsychotiques sont donc également beaucoup plus prescrits ces dernières années. Pour cette famille médicamenteuse également, l'adhésion thérapeutique du patient doit être travaillée en lui expliquant le mécanisme d'action, les effets indésirables potentiels qui en découlent et comment les prendre en charge. Les interactions avec l'alcool, le tabac, le cannabis sont des thèmes à aborder lors de l'entretien pharmaceutique.

Les données de pharmacovigilance et les études pharmaco-épidémiologiques ont montré que l'exposition aux antipsychotiques de seconde génération est associée à une augmentation du risque de troubles métaboliques (prise de poids, diabète insulino-dépendant, dyslipidémies), ce qui accroit la morbidité et la mortalité cardio-vasculaire des personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères et réduit leur espérance de vie, déjà nettement inférieure à celle de la population générale.

Concernant les régulateurs de l'humeur, nous avons vu précédemment que c'est une classe médicamenteuse qui nécessite également des surveillances et l'adhésion du patient. Les entretiens pharmaceutiques ont tout leur intérêt.

4. Lien ville-hôpital

Tout l'enjeu du parcours de soins du patient réside dans une communication des différents professionnels : de l'hôpital vers la ville, de la ville vers l'hôpital, mais également entre les professionnels de ville entre eux.

Selon plusieurs études recensées dans un même article, la coopération entre médecins généralistes et spécialistes est difficile. En effet, différents tableaux décrivent les problèmes rencontrés entre les médecins généralistes et les spécialistes, et ce qui ressort le plus est le manque de communication.

Un deuxième tableau montre les conséquences de ces problèmes de communication entre les médecins généralistes et les spécialistes. Sont rapportés des soucis sur le traitement du patient avec des effets néfastes sur leur prise en charge, une mauvaise gestion de leur traitement, une augmentation de la iatrogénie, une non-compliance au traitement, une perte d'information et une diminution de la confiance du patient sont décrits.(31)

Le pharmacien, de par son expertise sur les médicaments peut aider à faire le lien, et les entretiens pharmaceutiques constituent une activité participant au lien et à un parcours de soins optimal du patient atteint de pathologie psychiatrique.

Ces tableaux sont présentés ci-dessous :

Chew-Graham *et al.* 2008	Enquête auprès de MG, psychiatres et responsables de CMHT	Manque de communication directe de médecin à médecin
Bambling *et. al.* 2007	Enquête auprès de 37 MG, 19 équipes de soins en santé mentale et 18 participants à des organismes communautaires	« Consensus qu'il existe des problèmes significatifs dans la communication et la liaison inter-services et que l'amélioration de la collaboration et des soins partagés constituent la partie critique d'une solution effective »
Kovess-Masfety V *et al*, 2007	Enquête ESEMED en population générale dans 6 pays européens auprès des sujets ayant un diagnostic vie entière de trouble de l'humeur, trouble anxieux ou d'abus d'alcool, sur un éventuel adressage par leur MG à un spécialiste en santé mentale	Taux d'adressage est le plus bas en France France : 22,2 % Italie : 55,1 % Pays-Bas : 52,8 % Espagne : 40,4 % Les tendances sont valables, quel que soit le diagnostic
Grembowski DE, 2002	Enquête auprès de 17 187 patients dans les salles d'attente en MG aboutissant à 1336 patients présentant des symptômes dépressifs	Taux d'adressage à un spécialiste (22 %), et de soins spécialisés (38 %) Facteurs associés
Craven et Bland 2002	Revue de la littérature (collaboration soins primaires-psychiatrie)	« Besoin d'amélioration de la relation entre la psychiatrie et les soins primaires » – communication pauvre, insatisfaisante (Tanielian *et al.* 2000, Bindman *et al.* 1997, Burbach et Harding 1997, Lipkin 1997, Craven *et al.* 1996, Falloon *et al* 1996, Watters *et al.* 1994, Cornwall 1993, Naik et Lee 1993, Goldberg *et al.* 1993, Kentish *et al.* 1987, Pullen et Yellowlees 1985 – manque de coordination et de collaboration (Orleans *et al.* 1985)
Tanielian *et al.* 2000	Enquête auprès de 340 psychiatres	« Les psychiatres identifient l'inadéquation de l'information et de la communication du médecin généraliste vers le psychiatre comme un problème majeur. » (Appréciation variable selon les différents domaines de la communication étudiés)
Killaspy *et al.* 1999	Étude prospective auprès de 224 patients adressés en consultation psychiatrique	« La communication entre les MG et les psychiatres semble adéquate concernant les nouveaux patients ; cependant il existe des déficits importants dans la communication des psychiatres vers les MG au cours du suivi des patients et plus particulièrement pour ceux qui ne viennent plus à leur RDV. »
Bindman *et al.* 1997	Enquête auprès de 100 patients et leur MG	« Les MG n'ont que des connaissances limitées des traitements que leurs patients reçoivent ; mise en évidence de discontinuités importantes entre les soins primaires et secondaires ; nécessité d'une meilleure communication en vue de soins partagés. »
Craven *et al.* 1997	« *focus goups* » de MG	« Les MG mettent en avant des relations difficiles avec les services psychiatriques locaux : ils se plaignent des relations entre MG et psychiatres, de l'accès difficile aux avis et du manque de communication. »

Figure 16 - Conclusions des principales études réalisées 1

Smyth *et al.* 1994	Analyse de 91 courriers d'adressage de 24 MG	« Fréquemment les informations-clé qui semblent pertinentes aux psychiatres sont omises. De plus, les informations sur l'histoire médicale et l'histoire sociale sont insuffisantes. Le travail de lien entre MG et psychiatres ainsi que des programmes de formation s'intéressant à ces points seraient utiles. »
Brown et Weston 1992	Enquête auprès de 154 MG	« Niveau élevé d'insatisfaction qui suggère une nécessaire amélioration des interactions entre MG et psychiatres. »
Pullen et Yellowlees 1985	Enquête auprès de 80 MG et 80 psychiatres	« Aucune amélioration sur les 10 dernières années ; besoin d'enseignement, de formation, pour la rédaction du courrier et les habilités de communication. »
Gold 1978		« Nécessité d'améliorer les échanges d'information entre MG et psychiatres afin que le patient puisse bénéficier des soins optimaux. »
Williams et Wallace 1974	Enquête auprès de 81 MG et 29 psychiatres	« La communication a besoin d'être améliorée des 2 parts, mais les courriers des MG se rapprochent davantage des besoins des psychiatres que l'inverse. »

Figure 17 - Conclusions des principales études réalisées 2

Conséquences	**Auteurs**
Fragmentation des soins du patient	Chew-Graham *et al.* 2008
Conséquences sur la planification des soins	Raine *et al.* 2005
Effet néfaste sur la prise en charge des patients	Lester *et al.* 2004 Killaspy *et al.* 1999
Barrière au traitement efficace des troubles mentaux sévères	Meadows *et al.* 2007
Délivrance inefficace des soins et risque de duplication des services	Mitchell *et al.* 2002
Absence ou retard au diagnostic Interruption des soins Répétition des examens complémentaires	Epstein 1995
Perdus de vue	Killaspy *et al.* 1999 Essex *et al.* 1990
Mauvaise gestion du traitement	Hampson *et al.* 1996 Essex *et al.* 1990
Augmentation de la iatrogénie	Epstein 1995
Non-compliance au traitement	McGlade *et al.* 1988
Tensions dans les relations entre praticiens	Chew-Graham *et al.* 2007 Westerman *et al.* 1990
Confusion des rôles Répartition non claire des responsabilités	Essex *et al.* 1990
Soulève des questions médico-légales	McGlade *et al.* 1988
Divergences de perception entre patient, MG et spécialiste	Westerman *et al.* 1990
Perte d'information	Epstein 1995
Diminution de la confiance du patient	Westerman *et al.* 1990
Attentes des patients devenant peu claires ou irréalistes	Epstein 1995

Figure 18 - Conséquences de l'absence de coordination entre les médecins généralistes et les spécialistes

Partie II : Étude sur le besoin de patients souffrants de pathologies psychiatriques

I- Introduction

La pharmacie clinique est particulièrement développée au Centre Hospitalier Charles Perrens (CHCP). Les EP sont présents à travers différentes activités :

- Des EP de recueil sont réalisés dans le cadre de la conciliation des traitements d'entrée,
- Des EP axés sur les modifications thérapeutiques effectuées pendant l'hospitalisation avec remise éventuelle d'un plan de prise sont proposés lors de la conciliation de sortie proactive,
- Des EP ciblés ont été mis en place en 2019 pour répondre à des besoins d'informations des patients lors d'instauration de traitement par exemple,
- Enfin, des EP constituent une première partie d'un programme d'ETP (Éducation Thérapeutique) « Mieux vivre avec la schizophrénie ».

Nous allons principalement axer nos propos sur les EP ciblés ou réalisés dans le cadre de l'ETP. L'objectif de ces EP est de travailler avec le patient différentes thématiques autour du médicament avec notamment :

- Les représentations que se fait le patient sur les médicaments,
- Quels sont ses traitements et comment il les prend (plan de prise) ?
- Le lien « médicament » / « pathologie-symptômes »
- Les différents effets indésirables et les conduites à tenir
- Le traitement de fond vs traitement ponctuel de crise
- La notion d'automédication
- Les différentes notions d'interactions médicamenteuses et/ou toxiques (alcool, tabac notamment)
- La notion d'observance/adhésion thérapeutique (sa définition et pourquoi c'est important)
- Où trouver de l'information sur le médicament ?

L'entretien est tracé sur le dossier patient informatisé de l'hôpital avec le nom du patient, le pharmacien qui l'a réalisé, s'il y a présence ou non d'une infirmière, l'objectif formulé lors du diagnostic éducatif (si l'EP intervient dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique), les commentaires sur l'entretien et la date d'une prochaine évaluation prévue.

Une grille d'entretien pharmaceutique au CHCP a été mise en place. Elle se présente sous forme de tableau et présente 9 questions ouvertes (voir annexe 24) :

- Que pensez-vous des médicaments en général et de vos médicaments ?
- Pouvez-vous me citer vos médicaments ? Comment les prenez-vous ?
- À quoi sert chacun de vos médicaments ?
- Ressentez-vous des effets indésirables ? Comment réagissez-vous si un effet indésirable survient ?

- Pouvez-vous différencier vos traitements de fond par rapport à vos traitements ponctuels ?
- Savez-vous ce qu'est l'automédication ? À votre avis, est-ce dangereux ?
- Si je vous dis « interactions médicamenteuses », qu'est-ce que cela vous évoque ? À votre avis, est-ce dangereux de prendre de l'alcool et de fumer pour vos médicaments ?
- Savez-vous ce qu'est « l'observance » ? Pourquoi est-ce important ?
- Si vous cherchez une information sur vos médicaments, comment faites-vous ?

Pour avoir assisté à un EP à Charles Perrens durant mon stage hospitalier de cinquième année hospitalo-universitaire, le pharmacien adapte ces questionnements et les échanges en fonction des réponses du patient et cible ses besoins essentiels. Prenons l'exemple d'un patient atteint de schizophrénie qui fumait du cannabis. Le pharmacien lui a expliqué le mécanisme d'action des antipsychotiques, en expliquant l'impact sur les différentes voies dopaminergiques du cerveau, et les effets indésirables qui pouvaient en découler. C'est aussi comme ça qu'elle a pu lui expliquer pourquoi il faisait des crises psychotiques lorsqu'il fumait avec des pics de dopamine qui s'opposaient au fonctionnement des médicaments.
Malgré toutes les explications fournies, le patient était réfractaire à se soigner et à équilibrer son traitement, persuadé qu'il pouvait retrouver une vie normale sans traitement et qu'il fallait juste pour lui arrêter de fumer du cannabis.

Les EP ciblés ont débuté en 2019 au CHCP : 22 patients vus en 2019, 32 en 2020 et 59 en 2021.

II- Objectifs

Le principal objectif de cette enquête est de connaitre l'intérêt des patients atteints de pathologies psychiatriques pour bénéficier d'EP, que ce soit à l'hôpital mais également à l'officine.

Les objectifs secondaires sont :
- D'évaluer la connaissance des patients vis-à-vis de leur traitement médicamenteux
- De connaître leurs attentes éventuelles pour avoir des informations complémentaires sur leurs médicaments,
- D'établir un éventuel intérêt de ces EP pour le parcours de soins du patient et la fluidité des informations entre la ville et l'hôpital.

III- Méthodologie

Dans le cadre de cette thèse, j'ai réalisé une enquête auprès des patients hospitalisés au CHCP à l'aide d'un questionnaire (voir annexe 25 et 26). Les patients interrogés étaient des adultes hospitalisés dans des unités d'admission, en hospitalisation complète.

Le questionnaire est divisé en trois grandes parties :

- Les données socio-démographiques du patient et son traitement médicamenteux
- Le questionnement du patient sur ses traitements
- Le questionnement du patient sur les EP avec un pharmacien à l'hôpital et en officine

J'ai souhaité évaluer la connaissance actuelle des patients vis-à-vis de leur traitement, leur degré d'autonomie, leur adhésion médicamenteuse et s'ils ressentent le besoin ou non de discuter de leur traitement avec un pharmacien.

Etudiante en 5ème année hospitalo-universitaire (5AHU) en pharmacie à la PUI de Charles Perrens durant ma cinquième année d'étude (avril-juin 2019), nous avons commencé par monter le questionnaire et demander les autorisations à trois psychiatres responsables d'unités de soins différentes afin de réaliser l'étude.

Les questionnaires ont été remplis en deux temps :

- Une première fois par moi-même, sur une période de deux après-midis fin 2019.
- Une deuxième fois par d'autres étudiants en 5ème AHU en pharmacie en mars 2020.

IV- Résultats

Au final, 33 patients du CHCP ont été interrogés, choisis de manière aléatoire.

Le fait que les questionnaires aient été remplis par différentes personnes à deux périodes différentes explique la perte de données pour un patient (partie socio-démographique non complétée). Le patient a donc été écarté de l'étude ce qui explique que seulement 32 patients sont compris dans l'étude.

1. Analyse des données sociodémographiques des patients

1.1 Sexe des patients

L'étude comportait 17 hommes (53%) et 15 femmes (47%).

1.2 Âge des patients

Plus de 50% des patients avaient plus de 50 ans avec un âge moyen de de 47 ans [18 ans-74 ans].

La figure 19 ci-dessous présente les différentes proportions de l'âge des patients

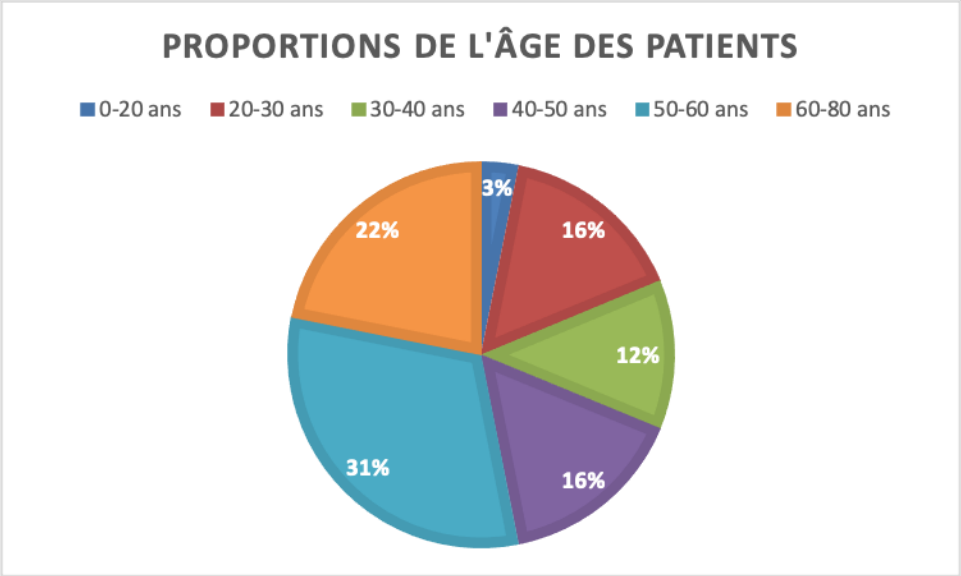


Figure 19 - Proportions de l'âge des patients

1.3 Diagnostic des patients

Nous avons volontairement regroupé les patients sous 4 grands diagnostics (cf. figure 20 ci-dessous) afin de simplifier l'analyse des données : Dépression, troubles anxieux, bipolarité et schizophrénie

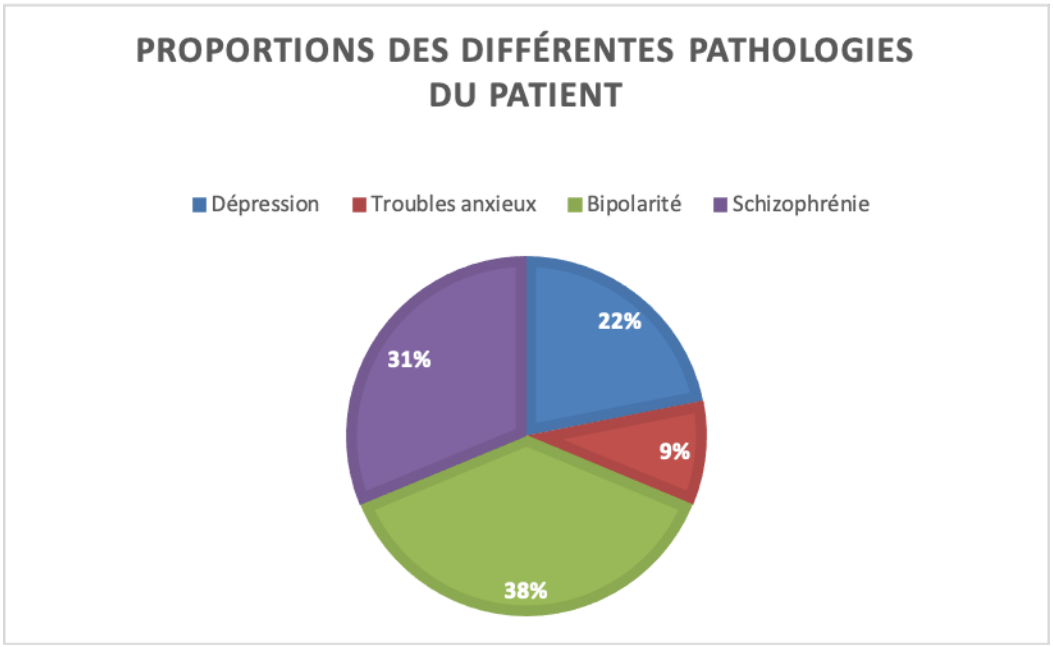


Figure 20 - Proportions des différentes pathologies des patients

Les diagnostics étaient donc les suivants : trouble bipolaire (12 patients), troubles schizophréniques (10 patients), troubles dépressifs (7 patients), et 3 patients souffraient de troubles anxieux.

1.4 Nombre de nuits passés en hospitalisation

Les patients sont restés majoritairement hospitalisés entre 1 et 2 mois. Parmi les patients interrogés, la durée moyenne de séjour est de 52 jours.

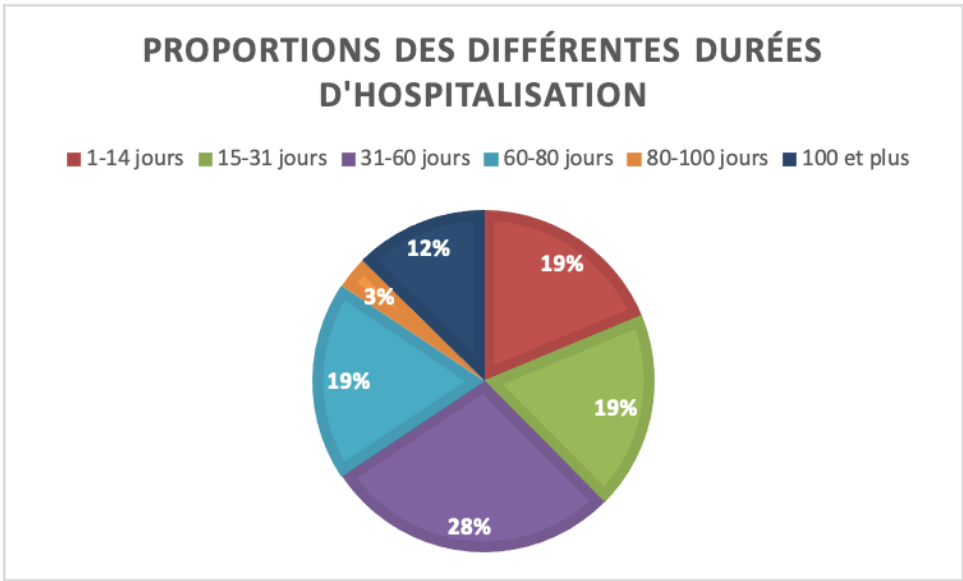


Figure 21 - Proportions des différentes durées d'hospitalisation des patients

En regardant la figure 21, nous constatons que les durées de séjours sont toutefois très variables (de 3 à 209 nuits).

1.5 Données sur les traitements médicamenteux des patients

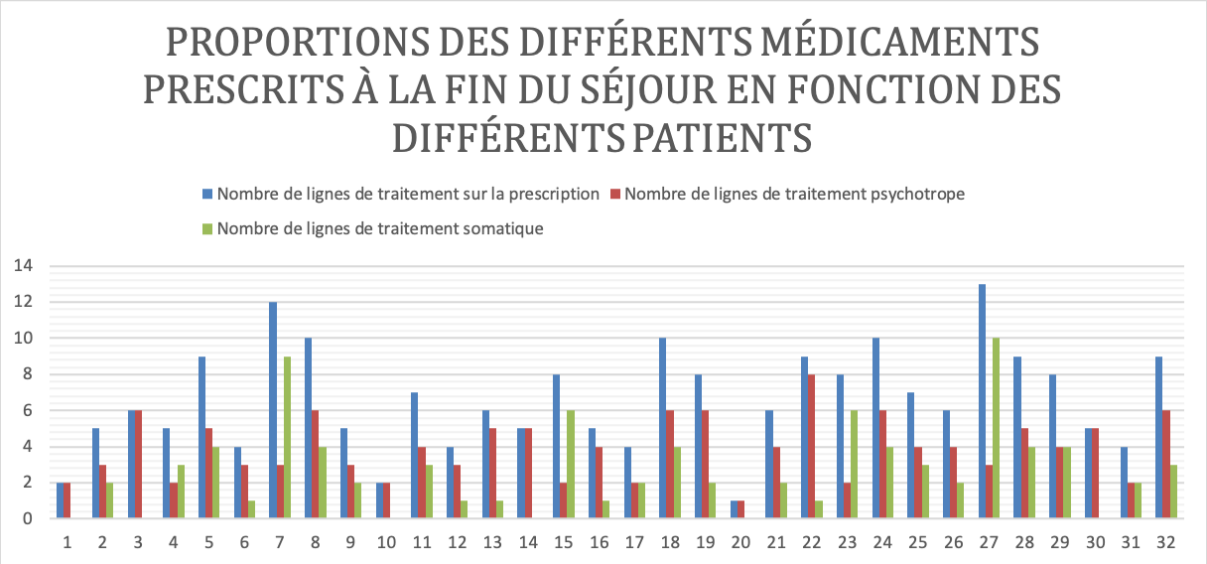


Figure 22 - Proportions des différents médicaments prescrits en fonction des différents patients

La moyenne de lignes de traitements sur la prescription était de 6,6 lignes.

Dans ces traitements, en moyenne il y avait :

- 3,9 donc 4 lignes de traitement psychotrope
- 2,7 donc 3 lignes de traitement somatique

En moyenne, le patient sort d'hospitalisation avec une prescription contenant 65% de traitement psychotrope.

2. Analyse des données du patient sur ses médicaments

Plusieurs questions ont été posées sur la gestion du patient de ses médicaments au quotidien.

2.1 Gérez-vous seul(e) vos médicaments ?

La majorité des patients sont autonomes sur leur traitement avec 72% (23) des patients interrogés qui géraient leur traitement seuls vs 28% (9 patients) dont les traitements sont gérés par une infirmière libérale.

Respectivement 6 des 23 patients et 3 des 9 autres patients utilisaient des piluliers.

2.2 Vous déplacez-vous seul(e) pour aller chercher les médicaments à la pharmacie d'officine ?

A cette question, la grande majorité des patients (26 patients soit 81% des patients) répondent se déplacer seuls pour aller chercher leur médicament à la pharmacie.

Pour les patients ayant répondu « oui » à cette question, la question suivante leur était posée : « Demandez-vous des conseils à votre pharmacien ? ». Treize patients ont répondu « oui », dont 1 personne se rendant accompagnée. Ainsi, la moitié des personnes qui vont à la pharmacie posent des questions à leur pharmacien d'officine.

2.3 Vous arrive-t-il d'oublier de prendre vos médicaments ?

Sur les patients interrogés, 63% n'oublient jamais leur traitement (20 patients) contre 37% (12 patients) qui peuvent l'oublier de temps en temps.

Il y a donc plus d'un tiers des patients dont l'adhésion médicamenteuse n'est pas optimale.

2.4 Vous est-il déjà arrivé d'arrêter votre traitement sans avis médical ?

Sur ce point, les patients ont répondu à 53% (17 patients) qu'il leur arrivait d'arrêter leur traitement sans avis médical.

3. Analyse des questions en rapport avec les EP hospitaliers et de pharmacie d'officine

Cette dernière partie du questionnaire a été conçue pour connaître l'intérêt que portent les patients sur les EP à l'hôpital, et à une éventuelle mise en place à l'officine, et connaître quels sujets ils souhaiteraient aborder le cas échéant.

3.1 Les EP à l'hôpital

Aucun patient n'a bénéficié d'EP lors de son séjour hospitalier. Cependant, un patient sur deux aurait été intéressé par cet entretien.

3.2 Les EP à l'officine

A la question posée « À la sortie d'hospitalisation, lorsque vous irez chercher vos traitements à la pharmacie d'officine, souhaiteriez-vous vous entretenir avec le pharmacien afin qu'il réponde aux questions que vous vous posez sur vos médicaments ? », les réponses sont davantage en faveur d'un EP à l'officine avec 59% des patients (19) qui seraient favorables vs contre 41% (13 patients).

- **Thématiques à aborder lors d'EP**

Le tableau 2 ci-dessous reprend les résultats des différentes questions posées aux patients :

Tableau 2 - Tableau récapitulatif des différents résultats obtenus aux différentes thématiques des EP abordés en entretien

Thématiques	OUI (Nombre de patients ; %)	NON (Nombre de patients ; %)
Gestion du traitement	16 ; 50%	16 ; 50%
Mécanisme d'action	21 ; 66%	11 ; 24%
Explications sur modifications thérapeutiques	19 ; 59 %	13 ; 41%
Effets indésirables et prévention	22 ; 69%	10 ; 31%
Automédication	12 ; 37%	20 ; 63%
Conduites à tenir si oubli du traitement	13 ; 41%	19 ; 59%
Alcool et médicaments	8 ; 25%	24 ; 75%
Arrêt des médicaments	8 ; 25%	24 ; 75%

Pourtant en croisant les données, 53% (17) des patients ont avoué avoir déjà arrêter leur traitement sans avis médical, mais seulement 5 seraient intéressés d'avoir un EP à ce sujet.

Certains patients m'ont confié préférer parler de ce sujet avec leur médecin plutôt qu'avec leur pharmacien d'officine.

Un patient m'a dit à l'oral que pour les 3 dernières questions, il existait la notice et que cela suffisait.

- **Autres sujets que les patients souhaiteraient aborder**

La dernière question de cette partie était ouverte. Sur les 32 patients interrogés, 7 patients ont parlé d'autres sujets : parmi eux, plusieurs m'ont dit qu'ils prenaient des médicaments sans savoir ce que c'était, sans savoir à quoi ils servaient. Certains ont

parlé des IM (interactions médicamenteuses) et ont insisté sur les EI et comment y faire face.

Une personne m'a également parlé qu'elle avait des difficultés à gérer son temps et ses traitements et une autre a évoqué son quotidien avec son traitement mais cela revient également à la gestion des traitements.

Le souhait d'avoir des informations plus précises sur un médicament précis (et non pas forcément l'intégralité du traitement) a également été précisé.

Un patient m'a dit qu'il était curieux et qu'il pourrait parler de tout, tellement le sujet l'intéresse.

Ainsi, la thématique à ajouter serait celle des IM.

3.3 Informations sur leur maladie

D'une manière générale, 72% (soit 28 patients) des interrogés pensent être assez informés sur leur maladie.

3.4 Informations sur leurs médicaments

La dernière question posée, pour faire écho à celle précédemment posée sur la maladie, était « D'une manière générale, jugez-vous être assez informé(e) sur vos médicaments ? ».
Les résultats sont plus mitigés cette fois-ci, avec seulement 44% des patients (14) pensant être assez informés, contre 56% (18 patients) qui pensent que non.

V- Discussion

1. Données sociodémographiques des patients

Concernant les premiers résultats au sujet du diagnostic, nous avons étudié une population de patients hospitalisés pour des troubles bipolaires ou schizophréniques. Une même enquête en ville aurait peut-être révélé une proportion plus importante de troubles dépressifs et anxieux, et nous pouvons nous interroger sur une différence de réponses (et donc d'attentes) aux questionnaires en fonction de la pathologie traitée.

2. Données sur les traitements médicamenteux des patients

La moyenne de lignes de traitements sur la prescription était de 6,6 lignes, et une prescription contenant 65% de traitement psychotrope à la sortie, ce qui peut, d'un point de vue soignant, être un critère essentiel pour justifier de la nécessité d'EP.

3. Analyse des données du patient sur ses médicaments

o Questionnement du pharmacien d'officine

Pour rappel, la moitié des personnes qui vont à la pharmacie posent des questions à leur pharmacien d'officine. Cette donnée interroge. En effet, une étude portant sur la satisfaction des Français vis-à-vis des pharmaciens, réalisée en ligne du 22 au 25 mars 2019, sur un échantillon de 1022 personnes âgées de 18 ans et plus, a montré que, d'une manière générale, les pharmaciens bénéficient d'un très haut niveau de confiance de la part des Français.

La figure ci-dessous montre les différents niveaux de confiance des Français vis-à-vis des différents professionnels de santé.

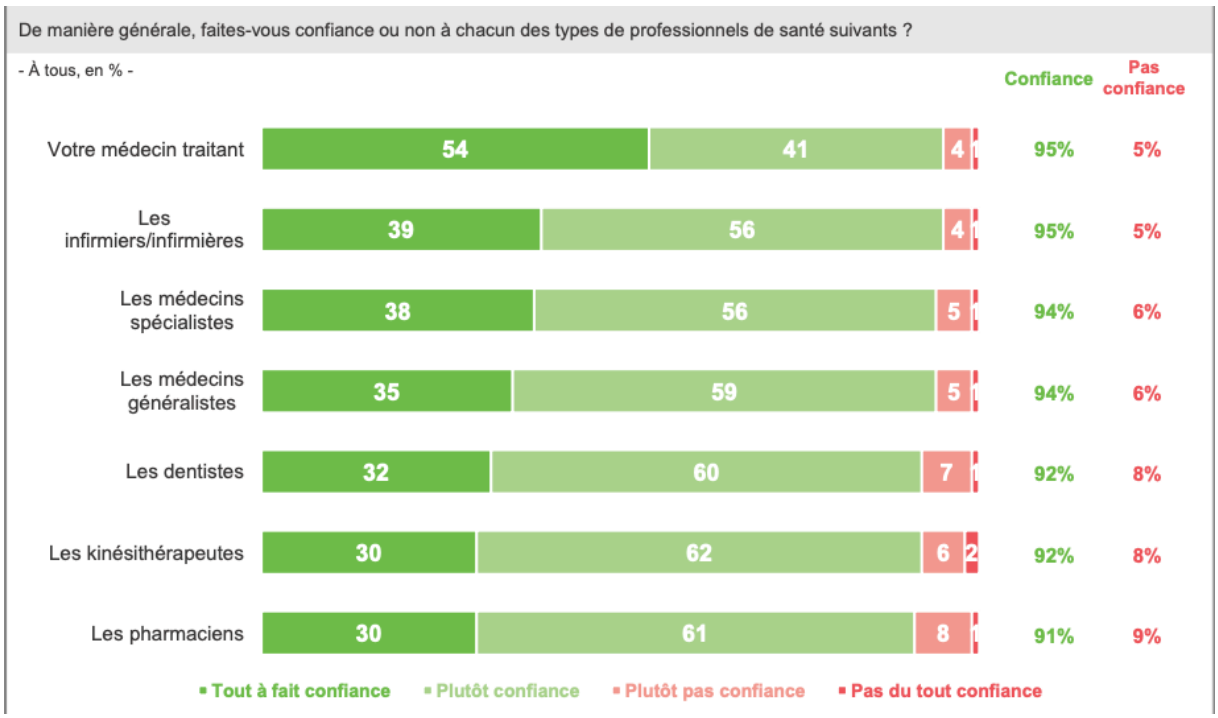


Figure 23 - Différents pourcentages de confiance des Français vis-vis des différents professionnels de santé(32)

Nous pouvons également constater que les Français ont davantage confiance en leur médecin traitants (95%), médecins spécialistes (94%) et médecins généralistes (94%) qu'en leur pharmacien (91%). Cependant, la différence est minime et le niveau de confiance reste élevé.

Selon cette même étude, près de la moitié des Français souhaiteraient voir le pharmacien prendre une plus grande place dans la gestion de leur santé. En témoigne la figure ci-dessous :

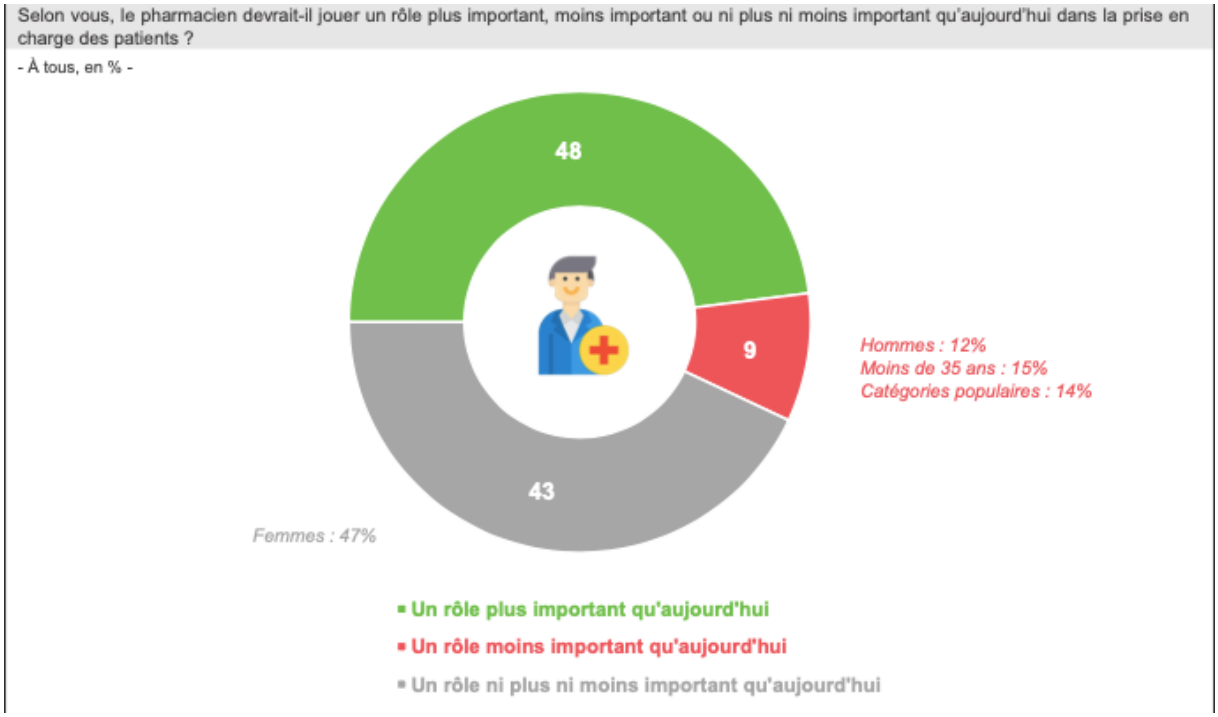


Figure 24 - Les différents avis des Français sur le rôle du pharmacien(32)

Ces résultats sont encourageants et laissent penser que certains patients seraient favorables à une place plus importante de leur pharmacien dans leur prise en charge. La porte serait-elle ainsi ouverte pour mener des EP pour les traitements psychiatriques?(32)

- **L'oubli des médicaments et l'arrêt des traitements par les patients : un reflet du manque d'adhésion thérapeutique**

Un nombre de patients non négligeable souhaiterait travailler la notion d'adhésion médicamenteuse et les risques d'arrêt des traitements (effets rebonds et rechutes de la maladie).

Il aurait été intéressant de les questionner davantage sur les raisons de ces oublis/arrêts (manque d'efficacité, effets indésirables, peur d'une addiction, etc.) Y a-t-il une crainte d'addiction face à certains médicaments ?

Une étude (Le spectre de la dépendance aux médicaments chez les usagers, Sens et enjeux d'une notion) a mentionné qu'une recherche menée il y a plus de 15 ans sur les usages sociaux des médicaments dans différents groupes a montré que les fortes réticences que suscitent les psychotropes étaient tout particulièrement observables chez les personnes d'origine protestante et qu'elles étaient liées, dans cette population, à la crainte de dépendance que leur prise prolongée peut induire. Aujourd'hui, cette étude a montré que la crainte est davantage présente dans la population générale, dans des milieux socio-culturels plus et larges et plus nombreux. L'étude a également montré que la crainte est maintenant en plus associée à toutes sortes de classes de médicaments et pas que les psychotropes.(33)

Également, il serait essentiel de travailler leur connaissance des risques à ne pas bien suivre la prescription médicale.

- **Les EP à l'hôpital**

Aucun patient n'a bénéficié d'EP lors de son séjour hospitalier. Ceci peut s'expliquer notamment par le fait qu'au moment de l'étude, les EP n'étaient pas encore bien développés sur le CH Charles Perrens.

Le fait qu'un patient sur deux aurait été intéressé par cet entretien est une donnée intéressante pour promouvoir cette activité de pharmacie clinique.

- **Les EP à l'officine**

Le fait qu'une majorité de patients (59%) serait favorable aux EP est un bon indicateur.

Selon la même étude qu'auparavant, les Français à 82% étaient favorables au suivi du traitement médical de certains patients par le biais du bilan médical partagé ou des EP. Cela va donc dans le même sens que mes résultats, d'autant plus qu'il s'agit de population générale, certainement que d'autres patients atteints de maladie chroniques seraient donc intéressés. Voici ci-dessous le regard des Français sur l'élargissement des missions des pharmaciens entrés en vigueur ou non :

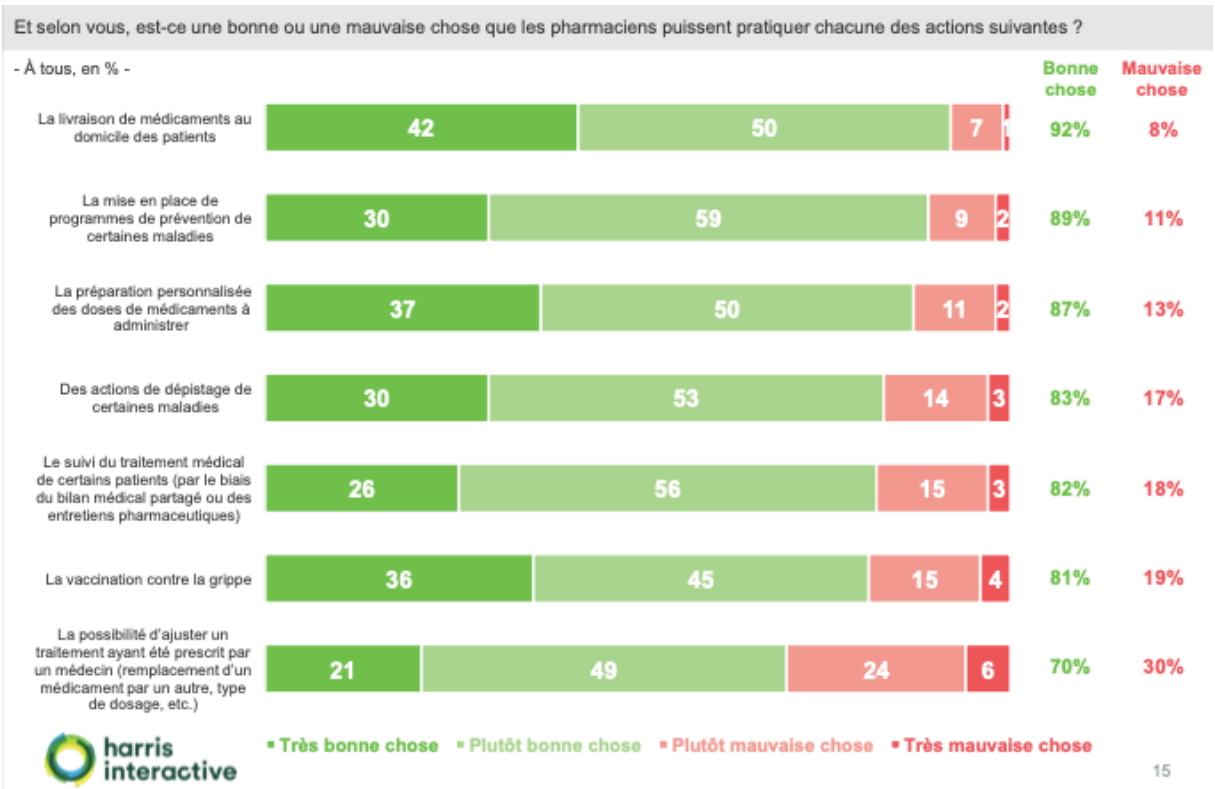


Figure 25 - Le regard des Français sur les différentes missions du pharmacien(32)

Il est intéressant à présent de détailler les résultats en lien avec les thématiques proposées.

- Gestion du traitement

Nous avions vu que 72% des patients géraient leur traitement seul, ce qui peut expliquer qu'une partie de ces personnes s'estiment autonomes et ne ressentent pas forcément le besoin d'explications sur ce point-là. C'est un sujet qui, effectivement, est très peu exploité et dont il faut quand même quelques connaissances de « culture générale » sur le médicament et son trajet dans l'organisme.

Également, des plans de prises pourraient être proposés, avec des informations sur quand prendre chaque médicament, donner des conseils pour éviter les oublis, faire des rappels sur les modalités de prises mais également d'arrêt des médicaments. C'est ce que montre la figure 25 ci-dessus, avec 87% des Français de l'étude qui pensent que c'est une bonne chose que les pharmaciens puissent élaborer de façon personnalisée la préparation des doses de médicaments à administrer.

- Explications sur les modifications thérapeutiques

Certains patients ont signalé qu'ils en parlaient déjà avec le médecin s'il y avait une modification dans leur traitement. Nous pouvons donc penser que plus de la moitié des patients interrogés n'en parlent pas avec leur médecin, ou alors sont en demande d'en reparler avec le pharmacien, qui aborde le médicament différemment des autres professionnels de santé. Encore une fois, la figure 25 montre que 70% des Français de l'étude pense que cela serait une bonne chose que les pharmaciens aient la possibilité d'ajuster un traitement ayant été prescrit par un médecin avec le remplacement d'un médicament par un autre, ou un changement de dosage, etc. sans forcément devoir appeler le médecin. Cela montre encore une fois qu'ils nous feraient confiance sur ce sujet-là et qu'il serait intéressant de l'aborder en EP.

- Effets indésirables et prévention

Les patients ne savent pas toujours comment les prévenir, et donc ce sujet est incontournable.

Selon la LEEM (Les Entreprises du Médicaments), lorsqu'elle a présenté la 2nde édition de son Observatoire Sociétal du médicament, une enquête réalisée en janvier 2012 a conclu que 84% des patients ont « plutôt » ou « tout à fait » confiance dans les médicaments. Par contre, 4 Français sur 10 estimaient que les médecins ne donnaient pas suffisamment d'informations sur les médicaments qu'ils prescrivaient et que c'était pourquoi 78% d'entre eux allaient chercher des informations supplémentaires sur les effets secondaires (58%) sur internet, la notice et auprès des pharmaciens.(34) Cela montre donc que c'est un sujet pertinent à aborder.

- Automédication

Les résultats peuvent s'expliquer de deux façons : soit les patients interrogés étaient très prudents et ne pratiquent pas d'automédication, soit au contraire, ils pensent maîtriser leur automédication et ne voient pas de danger.
Tout patient qui prend des médicaments dans le cadre d'une maladie chronique doit être sensibiliser à cette question.

Selon une étude réalisée par Afipa nouvellement NèreS, du 30 août au 5 septembre 2018 et du 13 au 15 février 2019 en ligne, interrogeant 1000 français, 80% des Français ont acheté des produits d'automédication. 43% décident d'avoir recours à l'automédication au début des symptômes, 39% quelques jours après le début des symptômes et douleurs, 8% quand les symptômes s'intensifient dans l'attente d'un rendez-vous médical, 2% en complément du traitement prescrit par le médecin et 1% lorsque le traitement prescrit par leur médecin est terminé. 59% des Français ont recours au conseil du pharmacien pour acheter leur produit d'automédication, 47% achètent en pharmacie en sachant ce qu'ils veulent, 22% sont informés par a publicité, 21% recherchent des informations sur internet et 11% se renseigne auprès de leur entourage.

Parmi les raisons pour lesquelles ils ont recours à l'automédication, 44% disent savoir comment se soigner, 26% trouvent cela plus rapide de se soigner par soi-même, 23% n'ont pas le temps d'aller chez le médecin, pour 14% le médecin n'était pas disponible, 9% veulent limiter les effets secondaires d'un traitement prescrit.

Enfin l'étude conclut que 90% des français demandent conseil au pharmacien concernant l'automédication.(35) Cela montre une fois de plus l'importance de parler de l'automédication en EP, et cela montre une défaillance du système de santé avec 14% de patients dont le médecin n'était pas disponible, mais également une lenteur d'accès aux soins avec 26% qui trouvent cela plus rapide de se soigner soi-même.

- <u>Conduite à tenir si oubli du traitement</u>

Même si 63% des patients disaient ne pas oublier leur traitement, cette thématique semble incontournable.

- <u>Alcool et médicaments</u>

Les résultats peuvent témoigner d'un manque d'informations vis-à-vis de l'alcool et des traitements psychiatriques.
Même en étant un consommateur occasionnel, la question de l'alcool et des médicaments semble une donnée à connaitre.

- <u>L'arrêt des traitements</u>

Seulement 25% des patients seraient intéressés alors que 53% des patients interrogés avaient déjà arrêté un de leur traitement sans avis médical. Cette thématique est incontournable de tout EP.

Enfin, les résultats obtenus à la dernière question posée (« D'une manière générale, jugez-vous être assez informé(e) sur vos médicaments ? ») sont surprenants avec seulement 44% des patients (14) pensant être assez informés, contre 56% (18 patients) qui pensent que non.
Cela peut refléter plusieurs choses :

- Les patients n'osent pas et/ou ne pensent pas à aborder tous ces sujets avec leur pharmacien, que ce soit hospitalier ou officinal
- Les patients ne sont pas au courant qu'ils peuvent parler de ça à leur pharmacien

- Les missions du pharmacien ne sont pas assez explicites du grand public
- Les pharmaciens ne sont pas reconnus dans ce rôle-là.

Cependant, l'étude mentionnée sur les attentes de satisfaction des Français vis-à-vis des pharmaciens démontrait avec la figure 25 que les Français pensaient que les nouvelles missions du pharmacien étaient une bonne chose, et la figure 24 montrait que les français pensaient que c'était une bonne chose également d'élargir le rôle du pharmacien. C'est pourquoi proposer des entretiens concrets sur des sujets précis pourrait aider le patient à en savoir plus sur son traitement, et l'élargir à plus de sujets serait intéressant que ce soit pour le pharmacien ou le patient et cela renforcerait la relation que les patients entretiennent avec leur pharmacien d'officine.

Tous ces résultats témoignent également d'une défaillance du lien « hôpital/ville », et des informations spécifiques au médicament données au patient tout au long de son parcours de soins. Certaines notions appartiennent presque à une question de « culture générale du médicament » : connaitre les conséquences d'un oubli, d'un arrêt, de l'automédication, ou savoir comment gérer les principaux EI.

Le rapport n° 328 de M. Alain MILON de 2008, paru au Sénat, intitulé « Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, rapport sur la prise en charge psychiatrique en France », fait état d'une inadaptation démographique et territoriale croissante. En effet, le nombre de psychiatres est globalement stable. Cependant, leur répartition selon les départements est très inégale. La répartition territoriale des psychiatres est à l'image des autres médecins, avec une prédominance marquée des centres urbains et une disparité forte entre 30 départements disposant d'un psychiatre pour 3333 habitants et un groupe de 13 départements qui ne comptent d'un psychiatre pour 8473 habitants(36). C'est pourquoi l'étude montre qu'il devrait y avoir des délégations de tâches pour les pharmaciens d'officine dont les EP en ville pourraient faire partis.

- **Les connaissances de sa pathologie et son traitement selon le patient**

Les deux dernières questions du questionnaire avaient pour but de mesurer, selon le patient, leur niveau de connaissance sur leur pathologie et traitement :

- 72% pensent être assez informés sur leur pathologie
- 44% pensent être assez informés sur leur traitement

Cet écart semble à montrer que le médecin informe bien sur la pathologie (à travers le diagnostic posé) mais qu'en est-il de l'information sur le traitement sachant que le pharmacien, expert du médicament, a toute sa place ? Rappelons-nous que la LEEM avait noté que 4 français sur 10 estimaient ne pas avoir assez d'informations par leur médecin sur leur traitement et cela appuie les résultats de mon étude.

Une explication peut également venir à nouveau du manque de communication entre les professionnels de santé (« Hôpital/Ville » et « Ville/ Ville »).

Le patient a donc besoin de plus d'informations sur son traitement, sur les mécanismes d'action de leur médicament, sur les EI, etc.

VI- Limites de l'étude

Cette thèse a été lancée avant la crise sanitaire. Cette pandémie a perturbé le bon déroulement de ce travail, et ceci peut expliquer le faible échantillon de patients interrogés.

CONCLUSION

À travers ce travail, nous avons pu appréhender l'importance de mener des EP à l'officine, comme pour d'autres maladies chroniques, auprès de patients atteints de pathologies psychiatriques.

Des thématiques sont essentielles à aborder :

- Les familles de psychotropes,
- Les indications,
- La différence entre « traitements de fond » et « traitements ponctuels »,
- Les mécanismes d'action
- Les effets indésirables : lesquels, comment les prévenir et les prendre en charge,
- Les oublis,
- L'automédication,
- L'alcool, le tabac, le THC, le CBD, etc.

Pour leur mise en place concrète à l'officine, plusieurs points sont à travailler :

- La communication auprès des autres professionnels de santé et des patients sur cette activité de pharmacie clinique que le pharmacien (hospitalier ou officinal) peut proposer,
- Le développement d'outils permettant de pallier au manque de communication pour entre l'Hôpital et la Ville, mais également entre la Ville et l'Hôpital,
- Le fait de repenser les priorités et les objectifs de santé publique du pharmacien d'officine, avec valorisation de ce type d'activité,
- La formation aux EP ciblés des pharmaciens d'officine,
- La mise en place d'un lieu dédié dans les officines.

Le patient a besoin d'être acteur de sa santé, de sa prise en charge, mais aussi de son traitement et de sa gestion à la maison. Le pharmacien, spécialiste des médicaments, est le professionnel le plus à même de l'aider dans cet objectif.

ANNEXE

Annexe 1 : Affiche assurance maladie pour les EP

Figure 26 – Annexe 1 : Affiche assurance maladie pour les entretiens pharmaceutiques

Annexe 2 : Fiche d’entretien d’évaluation AVK

l'Assurance Maladie

AVK
ENTRETIEN D'ÉVALUATION

Objectifs de l'entretien :

- Recueillir les informations générales sur le patient.
- Évaluer l'appropriation du traitement et son observance par le patient.
- Définir le programme d'entretiens thématiques nécessaire au patient et lui expliquer son déroulement.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

NOM

PRÉNOM

ÂGE POIDS

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE

RÉGIME D'AFFILIATION

ADRESSE

NOM DU MÉDECIN TRAITANT

AVK PRESCRIT	POSOLOGIES	DÉBUT DE TRAITEMENT + PRESCRIPTEURS

AUTRES TRAITEMENTS PRESCRITS AU LONG COURS

AUTRES MÉDICAMENTS/COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES CONSOMMÉS

›››

Figure 27 –Annexe 2 : Fiche d’entretien d'évaluation AVK

Annexe 3 : Fiche d'entretien d'évaluation AVK 2

HISTORIQUE DES AVK (MÉDICAMENTS, DATE DE PRESCRIPTION, POSOLOGIES, ÉVENTUELS ACCIDENTS LIÉS AU TRAITEMENT, CHANGEMENT DE TRAITEMENT)

VÉRIFICATION DE L'ABSENCE DE CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES OU RELATIVES (CF. RCP)

LABORATOIRE HABITUEL QUI DOSE L'INR DU PATIENT

HABITUDES DE VIE POUVANT INTERFÉRER AVEC LE TRAITEMENT AVK (ALIMENTATION, ALCOOL, TABAC, ACTIVITÉ PHYSIQUE, SPORT DE CONTACT, ACTIVITÉ MANUELLE, BRICOLAGE, JARDINAGE, DÉPLACEMENT, VOYAGE…)

IDENTIFICATION DES DIFFICULTÉS MOTRICES/COGNITIVES/SENSORIELLES QUI NÉCESSITENT ASSISTANCE

LE PATIENT A-T-IL UN CARNET DE SUIVI? OUI NON

NOTIONS GÉNÉRALES SUR LE TRAITEMENT AVK

COMMENT LE PATIENT VIT-IL GLOBALEMENT SON TRAITEMENT ?			
SAIT-IL À QUOI SERT SON TRAITEMENT AVK ?	A	PA	NA
LE PATIENT SAIT-IL POURQUOI « NOM DE LA SPÉCIALITÉ AVK PRESCRITE » LUI A ÉTÉ PRESCRIT ? SI OUI, EST-IL CAPABLE DE RESTITUER EN TERMES SIMPLES L'INDICATION THÉRAPEUTIQUE ?	A	PA	NA
SAIT-IL QUE SON TRAITEMENT PRÉSENTE CERTAINS RISQUES ET PEUT-IL LES INDIQUER ?	A	PA	NA
SAIT-IL QUE SON TRAITEMENT REQUIERT UNE SURVEILLANCE BIOLOGIQUE ?	A	PA	NA

A Acquis PA Partiellement acquis NA Non acquis

Figure 28 –Annexe 3 : Fiche d'entretien d'évaluation AVK 2

Annexe 4 : Fiche d'entretien d'évaluation AVK 3

LE PATIENT CONNAÎT-IL LA DOSE PRESCRITE PAR SON MÉDECIN? A PA NA

SI OUI, LA RESPECTE-T-IL? A PA NA

CONNAÎT-IL LA POSOLOGIE PRESCRITE PAR SON MEDECIN? A PA NA

LE PATIENT SAIT-IL À QUELLE HEURE IL DOIT PRENDRE CE MÉDICAMENT ET QU'IL FAUT LE PRENDRE TOUS LES JOURS À LA MÊME HEURE? A PA NA

LE PATIENT OUBLIE-T-IL PARFOIS SON TRAITEMENT? OUI NON

SAIT-IL QUOI FAIRE EN CAS D'OUBLI D'UNE DOSE? A PA NA

PRÉCISEZ .....

LE PATIENT SAIT-IL QU'IL EST IMPORTANT :

– DE NOTER LES PRISES SUR SON CARNET DE SUIVI? A PA NA

– DE NOTER TOUT OUBLI ÉVENTUEL DANS SON CARNET DE SUIVI? A PA NA

QUELS AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ VOIT-IL EN DEHORS DU PHARMACIEN ET DE SON MÉDECIN? .....

LEUR PRÉSENTE-T-IL SA CARTE « JE PRENDS UN TRAITEMENT PAR AVK »? OUI NON

SAIT-IL QU'IL DOIT INFORMER SON MÉDECIN DE TOUTE INTERVENTION MÉDICALE, MÊME BÉNIGNE (PETITE CHIRURGIE, EXTRACTION DE DENT...) ET DE TOUT CHANGEMENT DE SITUATION (GROSSESSE...)? OUI NON

A Acquis PA Partiellement acquis NA Non acquis

Figure 29 –Annexe 4 : Fiche d'entretien d'évaluation AVK 3

Annexe 5 : Fiche d'entretien d'évaluation AVK 4

PLAN D'ACCOMPAGNEMENT

À l'issue de cet entretien d'évaluation et sur la base des réponses formulées par le patient, effectuer le bilan afin de déterminer l'accompagnement à mettre en place en fonction des besoins identifiés du patient. Sur cette base, convenir de plusieurs entretiens spécifiques en précisant au patient le contenu de l'accompagnement. Tous les éléments abordés lors de l'entretien d'évaluation pourront être développés lors des différents thèmes d'entretien proposés.

Le plan d'accompagnement est évolutif en fonction des points que vous identifierez au cours du programme comme restant partiellement acquis ou non acquis pour votre patient.

DATE DE L'ENTRETIEN D'ÉVALUATION ../...../..... NOM DU PHARMACIEN

ENTRETIENS PROGRAMMÉS	Nbre	DATES			
SURVEILLANCE BIOLOGIQUE	.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....
OBSERVANCE	.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....
EFFETS DU TRAITEMENT	.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....
VIE QUOTIDIENNE ET ALIMENTATION	.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....

CONCLUSION

Pour optimiser votre temps, copier-coller la conclusion que vous venez de rédiger dans le formulaire de synthèse des conclusions.

1. DEMANDER AU PATIENT S'IL A DES QUESTIONS OU REMARQUES.
2. FIXER LES PROCHAINS RENDEZ-VOUS.
3. COMPLÉTER LE BILAN DE L'ENTRETIEN.

BILAN DE L'ENTRETIEN

REMARQUES/QUESTIONS DU PATIENT

ENREGISTRER
Pensez à enregistrer le formulaire dans le dossier de votre patient, sur votre ordinateur

Figure 30 – Annexe 5 : Fiche d'entretien d'évaluation AVK 4

Annexe 6 : Fiche d’entretien d’évaluation asthme

l'Assurance Maladie

ASTHME
ENTRETIEN D'ÉVALUATION

Objectifs de l'entretien :

- Recueillir les informations générales sur le patient.
- Évaluer la compréhension du traitement par le patient.
- Définir le programme d'entretiens thématiques nécessaire au patient et lui expliquer son déroulement.
- Créer un dossier pharmaceutique au nom du patient si cela n'a pas encore été fait.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

NOM

PRÉNOM

ÂGE

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE

RÉGIME D'AFFILIATION

ADRESSE

NOM DU MÉDECIN TRAITANT ET/OU PNEUMOLOGUE

MÉDICAMENTS PRESCRITS	POSOLOGIES	DÉBUT DE TRAITEMENT

IDENTIFICATION DES DIFFICULTÉS MOTRICES/COGNITIVES/SENSORIELLES

Figure 31 –Annexe 6 : Fiche d’entretien d'évaluation asthme

Annexe 7 : Fiche d’entretien d’évaluation asthme 2

COMPRÉHENSION DU TRAITEMENT DE L'ASTHME PAR LE PATIENT

DOCUMENT DU PATIENT
(plan d'action de l'asthme, auto-questionnaire, peak-flow ou autre...)

dd

LE PATIENT A-T-IL SUIVI OU SUIT-IL UN PROGRAMME ETP DANS UNE ÉCOLE DE L'ASTHME ? DATE ../../..... ET DURÉE .....

LE PATIENT SAIT-IL POURQUOI SON TRAITEMENT EST PRESCRIT ? A PA NA

COMMENT VIT-IL SON ASTHME ?

ddd

SAIT-IL NOMMER SES MÉDICAMENTS ?
- POUR LE TRAITEMENT DE FOND A PA NA
- POUR LE TRAITEMENT DE CRISE A PA NA

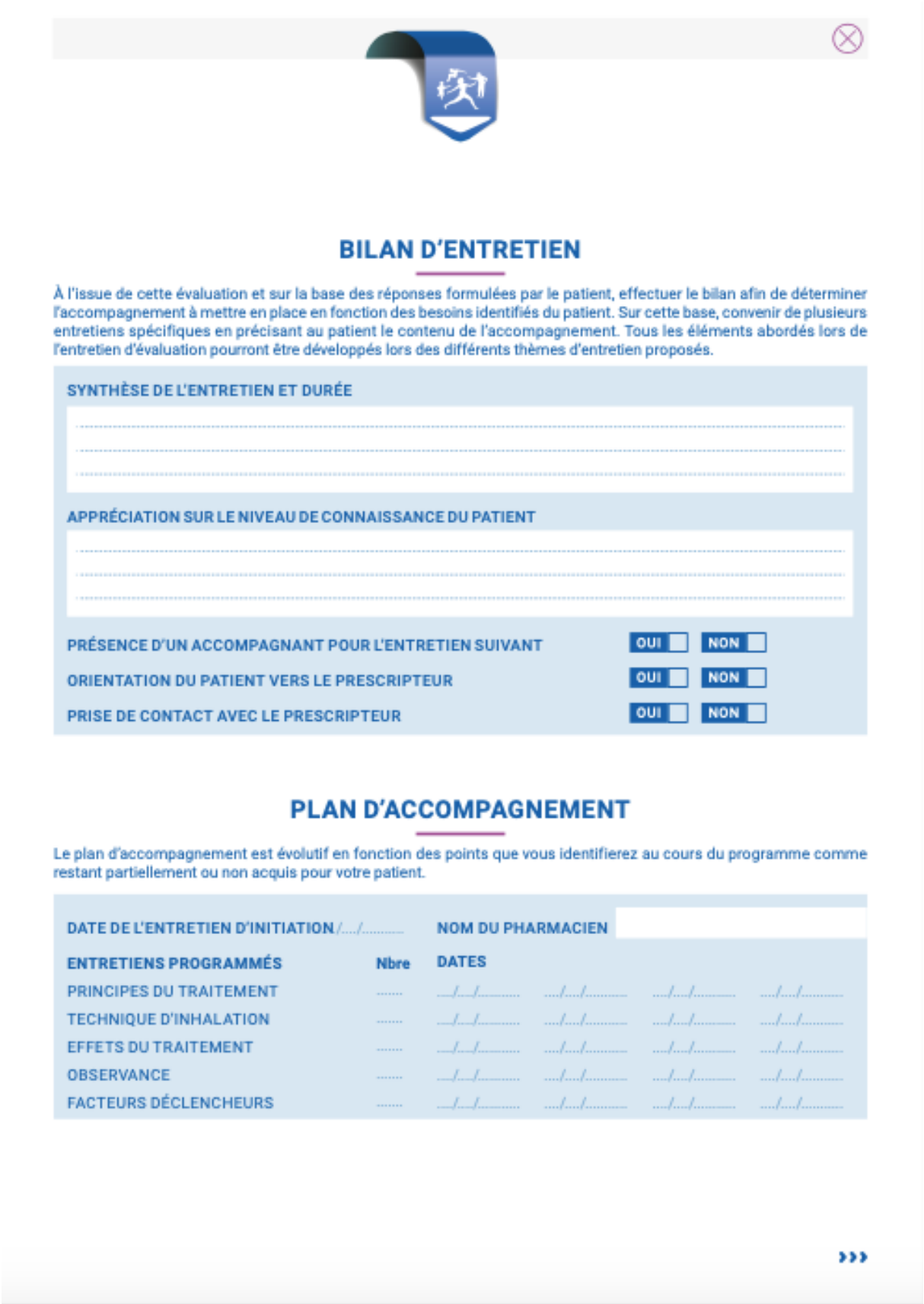
CONNAÎT-IL LA POSOLOGIE QUI LUI EST PRESCRITE ?
- POUR SON TRAITEMENT DE FOND A PA NA
- POUR LE TRAITEMENT DE SES CRISES A PA NA

PREND-IL RÉGULIÈREMENT SON TRAITEMENT DE FOND ? A PA NA

A Acquis PA Partiellement acquis NA Non acquis

Figure 32 – Annexe 7 : Fiche d’entretien d'évaluation asthme 2

Annexe 8 : Fiche d'entretien d'évaluation asthme 3



BILAN D'ENTRETIEN

À l'issue de cette évaluation et sur la base des réponses formulées par le patient, effectuer le bilan afin de déterminer l'accompagnement à mettre en place en fonction des besoins identifiés du patient. Sur cette base, convenir de plusieurs entretiens spécifiques en précisant au patient le contenu de l'accompagnement. Tous les éléments abordés lors de l'entretien d'évaluation pourront être développés lors des différents thèmes d'entretien proposés.

SYNTHÈSE DE L'ENTRETIEN ET DURÉE

.....

.....

.....

APPRÉCIATION SUR LE NIVEAU DE CONNAISSANCE DU PATIENT

.....

.....

.....

PRÉSENCE D'UN ACCOMPAGNANT POUR L'ENTRETIEN SUIVANT	OUI ☐	NON ☐
ORIENTATION DU PATIENT VERS LE PRESCRIPTEUR	OUI ☐	NON ☐
PRISE DE CONTACT AVEC LE PRESCRIPTEUR	OUI ☐	NON ☐

PLAN D'ACCOMPAGNEMENT

Le plan d'accompagnement est évolutif en fonction des points que vous identifierez au cours du programme comme restant partiellement ou non acquis pour votre patient.

DATE DE L'ENTRETIEN D'INITIATION ../../..... NOM DU PHARMACIEN

ENTRETIENS PROGRAMMÉS	Nbre	DATES			
PRINCIPES DU TRAITEMENT	.....	../../.....	../../.....	../../.....	../../.....
TECHNIQUE D'INHALATION	.....	../../.....	../../.....	../../.....	../../.....
EFFETS DU TRAITEMENT	.....	../../.....	../../.....	../../.....	../../.....
OBSERVANCE	.....	../../.....	../../.....	../../.....	../../.....
FACTEURS DÉCLENCHEURS	.....	../../.....	../../.....	../../.....	../../.....

›››

Figure 33 – Annexe 8 : Fiche d'entretien d'évaluation asthme 3

Annexe 9 : Fiche d’entretien d’évaluation asthme 4

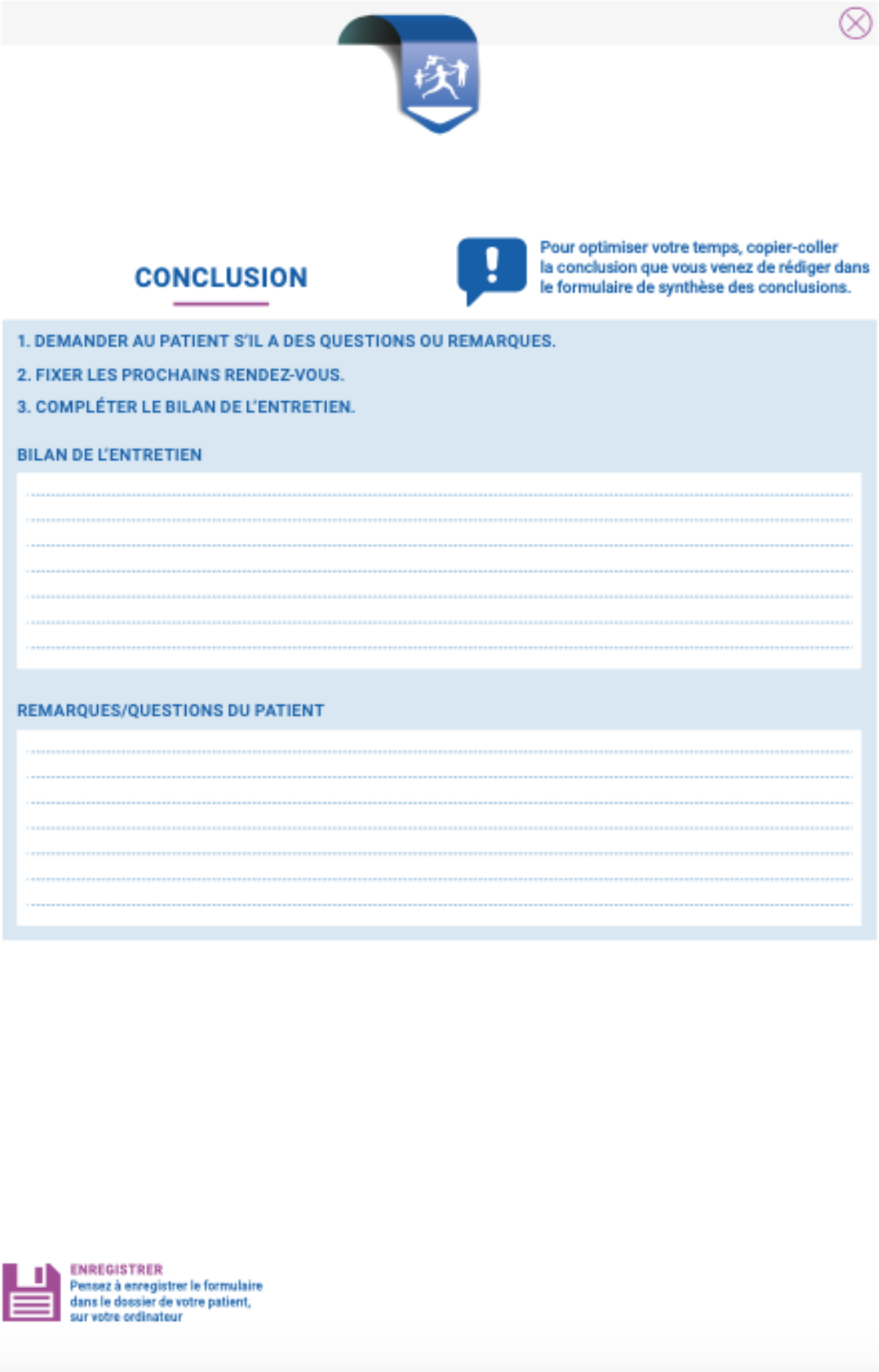


Figure 34 – Annexe 9 : Fiche d’entretien d'évaluation asthme 4

Annexe 10 : Fiche d’entretien d’évaluation AOD

l'Assurance Maladie

AOD
ENTRETIEN D'ÉVALUATION

Objectifs de l'entretien :
- Recueillir les informations générales sur le patient.
- Évaluer l'appropriation du traitement et son observance par le patient.
- Définir le programme d'entretiens thématiques nécessaire au patient et lui expliquer son déroulement.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

NOM
PRÉNOM
ÂGE
POIDS
N° DE SÉCURITÉ SOCIALE
RÉGIME D'AFFILIATION
ADRESSE
NOM DU MÉDECIN TRAITANT

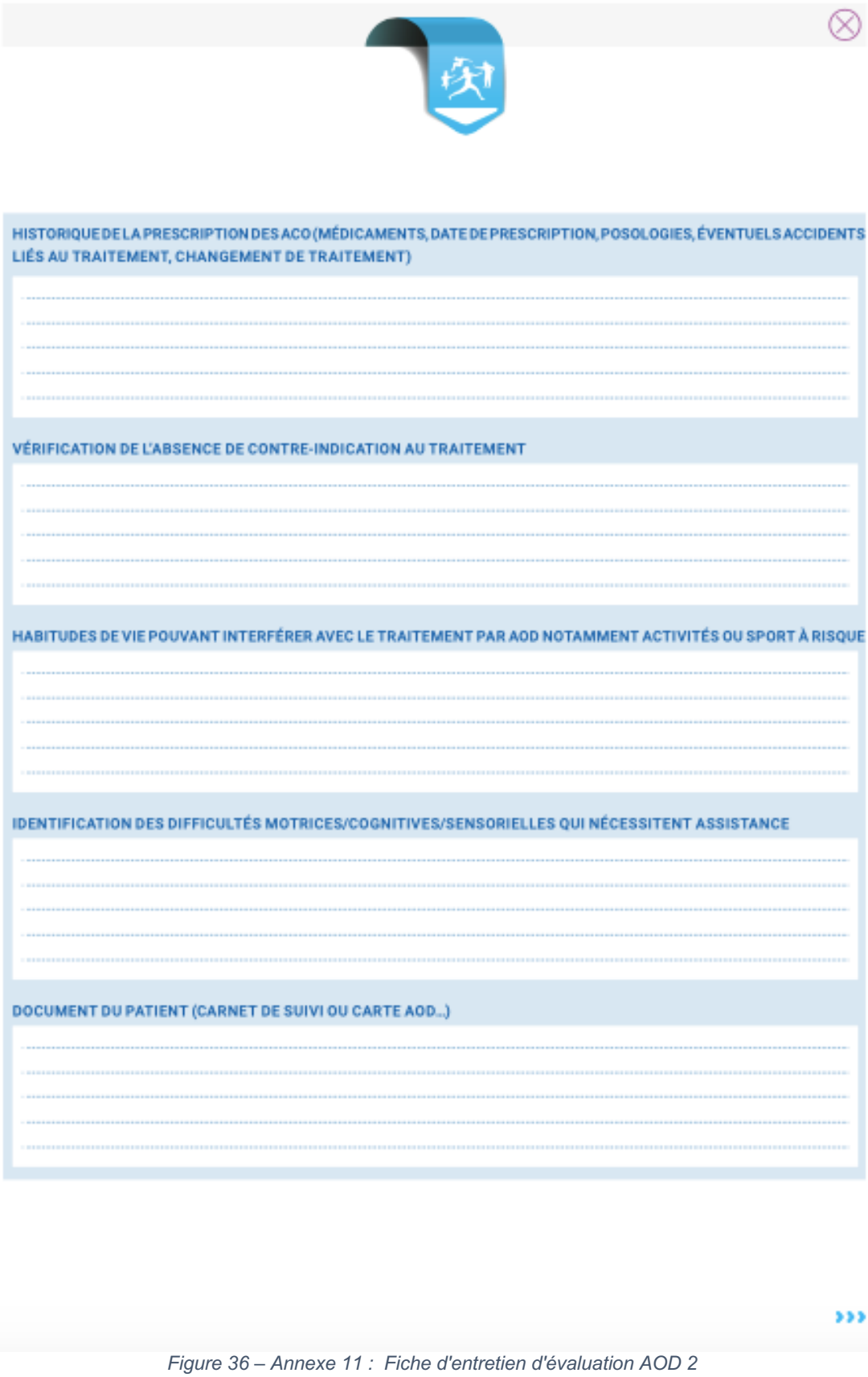
AOD PRESCRIT	POSOLOGIES	DÉBUT DE TRAITEMENT + PRESCRIPTEURS

AUTRES MÉDICAMENTS PRESCRITS AU LONG COURS

AUTRES MÉDICAMENTS/COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES CONSOMMÉS

Figure 35 -Annexe 10 : Fiche d'entretien d'évaluation AOD

Annexe 11 : Fiche d’entretien d’évaluation AOD 2



HISTORIQUE DE LA PRESCRIPTION DES ACO (MÉDICAMENTS, DATE DE PRESCRIPTION, POSOLOGIES, ÉVENTUELS ACCIDENTS LIÉS AU TRAITEMENT, CHANGEMENT DE TRAITEMENT)

VÉRIFICATION DE L'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION AU TRAITEMENT

HABITUDES DE VIE POUVANT INTERFÉRER AVEC LE TRAITEMENT PAR AOD NOTAMMENT ACTIVITÉS OU SPORT À RISQUE

IDENTIFICATION DES DIFFICULTÉS MOTRICES/COGNITIVES/SENSORIELLES QUI NÉCESSITENT ASSISTANCE

DOCUMENT DU PATIENT (CARNET DE SUIVI OU CARTE AOD...)

Figure 36 – Annexe 11 : Fiche d'entretien d'évaluation AOD 2

Annexe 12 : Fiche d'entretien d'évaluation AOD 3

NOTIONS GÉNÉRALES SUR LE TRAITEMENT AOD

COMMENT LE PATIENT VIT-IL GLOBALEMENT SON TRAITEMENT ?

LE PATIENT SAIT-IL À QUOI SERT « NOM DE LA SPÉCIALITÉ AOD PRESCRITE » ? A PA NA

LE PATIENT SAIT-IL POURQUOI SON TRAITEMENT AOD EST PRESCRIT ? (EST-IL CAPABLE DE RESTITUER EN TERMES SIMPLES L'INDICATION THÉRAPEUTIQUE) A PA NA

SAIT-IL QUE SON TRAITEMENT PRÉSENTE CERTAINS RISQUES ET PEUT-IL LES INDIQUER ? A PA NA

LE PATIENT CONNAÎT-IL LA DOSE PRESCRITE PAR SON MÉDECIN ? A PA NA

SI OUI, LA RESPECTE-T-IL ? OUI NON

LE PATIENT SAIT-IL QUAND PRENDRE CE MÉDICAMENT ET QU'IL FAUT LE PRENDRE TOUS LES JOURS À LA MÊME HEURE ? A PA NA

POUR LE XARELTO® 15 MG ET 20 MG, LE PATIENT SAIT-IL QU'IL DOIT ÊTRE PRIS AVEC DES ALIMENTS ? A PA NA

EN DEHORS DE SON MÉDECIN OU DE SON PHARMACIEN, QUELS AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ RENCONTRE-T-IL ?

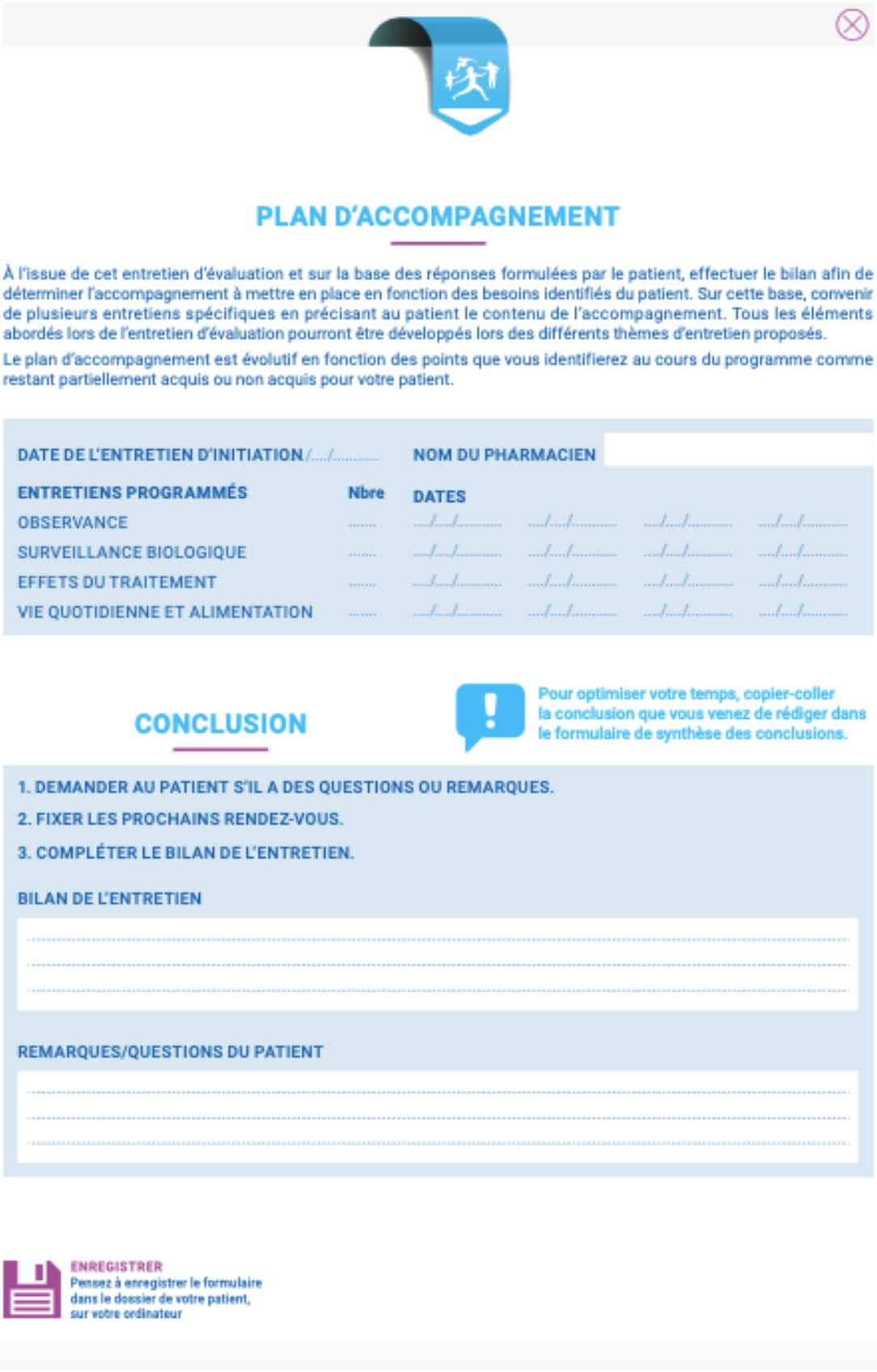
LE PATIENT LEUR PRÉSENTE-T-IL LA CARTE « JE PRENDS UN TRAITEMENT ANTICOAGULANT PAR AOD » QUI LUI A ÉTÉ REMISE ? VÉRIFIER OUI NON

SAIT-IL QU'IL DOIT INFORMER SON MÉDECIN DE TOUTE INTERVENTION MÉDICALE, MÊME BÉNIGNE (PETITE CHIRURGIE, EXTRACTION DE DENT…) ET DE TOUT CHANGEMENT DE SITUATION (GROSSESSE…) ? OUI NON

A Acquis PA Partiellement acquis NA Non acquis

Figure 37 – Annexe 12 : Fiche d'entretien d'évaluation AOD 3

Annexe 13 : Fiche d'entretien d'évaluation AOD 4



PLAN D'ACCOMPAGNEMENT

À l'issue de cet entretien d'évaluation et sur la base des réponses formulées par le patient, effectuer le bilan afin de déterminer l'accompagnement à mettre en place en fonction des besoins identifiés du patient. Sur cette base, convenir de plusieurs entretiens spécifiques en précisant au patient le contenu de l'accompagnement. Tous les éléments abordés lors de l'entretien d'évaluation pourront être développés lors des différents thèmes d'entretien proposés.

Le plan d'accompagnement est évolutif en fonction des points que vous identifierez au cours du programme comme restant partiellement acquis ou non acquis pour votre patient.

DATE DE L'ENTRETIEN D'INITIATION ..../...../..... NOM DU PHARMACIEN

ENTRETIENS PROGRAMMÉS	Nbre	DATES			
OBSERVANCE	.....	..../..../.....	..../..../.....	..../..../.....	..../..../.....
SURVEILLANCE BIOLOGIQUE	.....	..../..../.....	..../..../.....	..../..../.....	..../..../.....
EFFETS DU TRAITEMENT	.....	..../..../.....	..../..../.....	..../..../.....	..../..../.....
VIE QUOTIDIENNE ET ALIMENTATION	.....	..../..../.....	..../..../.....	..../..../.....	..../..../.....

CONCLUSION

Pour optimiser votre temps, copier-coller la conclusion que vous venez de rédiger dans le formulaire de synthèse des conclusions.

1. DEMANDER AU PATIENT S'IL A DES QUESTIONS OU REMARQUES.
2. FIXER LES PROCHAINS RENDEZ-VOUS.
3. COMPLÉTER LE BILAN DE L'ENTRETIEN.

BILAN DE L'ENTRETIEN

.....
.....
.....

REMARQUES/QUESTIONS DU PATIENT

.....
.....
.....

ENREGISTRER
Pensez à enregistrer le formulaire dans le dossier de votre patient, sur votre ordinateur

Figure 38 – Annexe 13 : Fiche d'entretien d'évaluation AOD 4

Annexe 14 : Fiche d’entretien d’évaluation anticancéreux oraux, exemple du Méthotrexate

l'Assurance Maladie

PATIENT SOUS ANTICANCÉREUX PAR VOIE ORALE ENTRETIEN INITIAL

Objectifs de l'entretien :

- Recueillir les informations générales sur le patient.
- Connaître son ressenti par rapport à son traitement.
- Lui présenter le schéma et les règles de prise.

DATE DE L'ENTRETIEN

NOM/PRÉNOM DU PHARMACIEN

Il est important d'évoquer avec le patient dès l'entretien initial le schéma thérapeutique, les règles de prise de ces traitements et la conduite à tenir en cas d'oubli, notamment en cas d'initiation de traitement.

Il est nécessaire d'avoir une approche et un discours adaptés au patient, à sa connaissance de sa maladie, son acceptation...

NOM

PRÉNOM

ÂGE POIDS/TAILLE (IMC)

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE

RÉGIME D'AFFILIATION

ADRESSE

NOM DU OU DES TRAITEMENTS ANTICANCÉREUX ORAUX PRESCRITS

AUTRES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX AU LONG COURS

»»»

Figure 39 – Annexe 14 : Fiche d'entretien d'évaluation anticancéreux oraux, exemple du Méthotrexate

Annexe 15 : Fiche d’entretien d’évaluation anticancéreux oraux, exemple du Méthotrexate 2

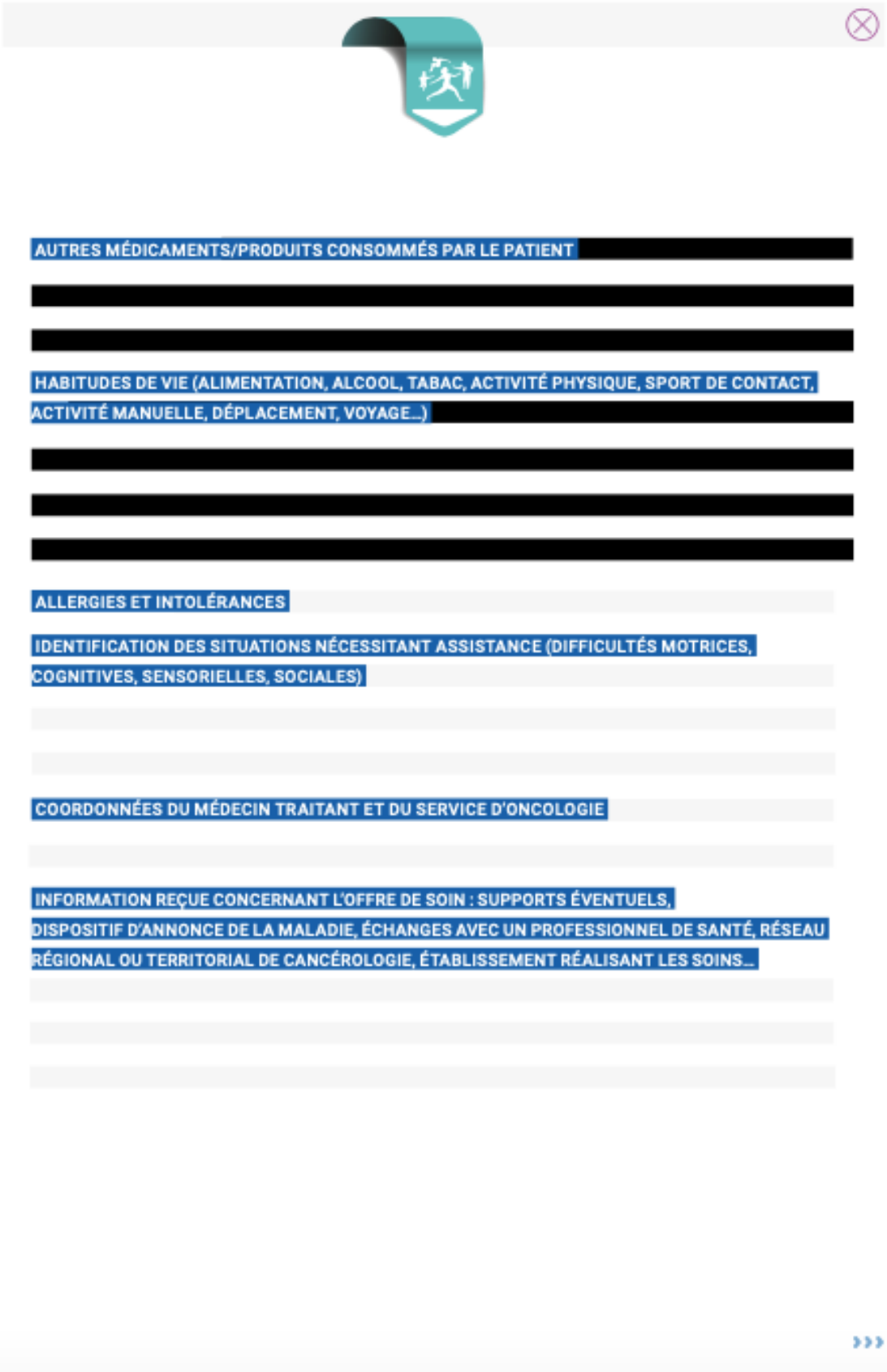
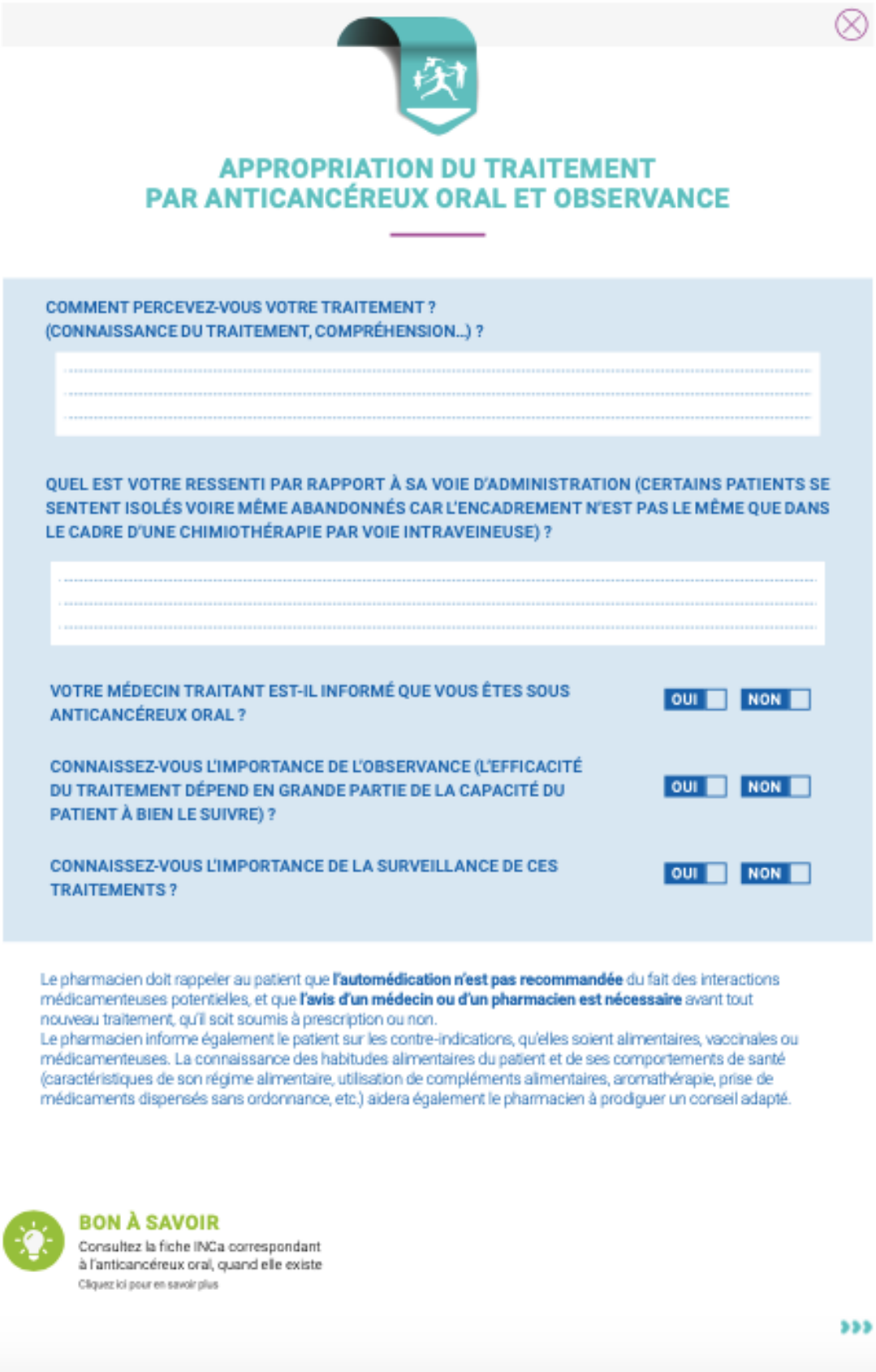


Figure 40 – Annexe 15 : Fiche d'entretien d'évaluation anticancéreux oraux, exemple du Méthotrexate 2

Annexe 16 : Fiche d'entretien d'évaluation anticancéreux oraux, exemple du Méthotrexate 3



APPROPRIATION DU TRAITEMENT
PAR ANTICANCÉREUX ORAL ET OBSERVANCE

COMMENT PERCEVEZ-VOUS VOTRE TRAITEMENT ?
(CONNAISSANCE DU TRAITEMENT, COMPRÉHENSION...) ?

QUEL EST VOTRE RESSENTI PAR RAPPORT À SA VOIE D'ADMINISTRATION (CERTAINS PATIENTS SE SENTENT ISOLÉS VOIRE MÊME ABANDONNÉS CAR L'ENCADREMENT N'EST PAS LE MÊME QUE DANS LE CADRE D'UNE CHIMIOTHÉRAPIE PAR VOIE INTRAVEINEUSE) ?

VOTRE MÉDECIN TRAITANT EST-IL INFORMÉ QUE VOUS ÊTES SOUS ANTICANCÉREUX ORAL ? OUI NON

CONNAISSEZ-VOUS L'IMPORTANCE DE L'OBSERVANCE (L'EFFICACITÉ DU TRAITEMENT DÉPEND EN GRANDE PARTIE DE LA CAPACITÉ DU PATIENT À BIEN LE SUIVRE) ? OUI NON

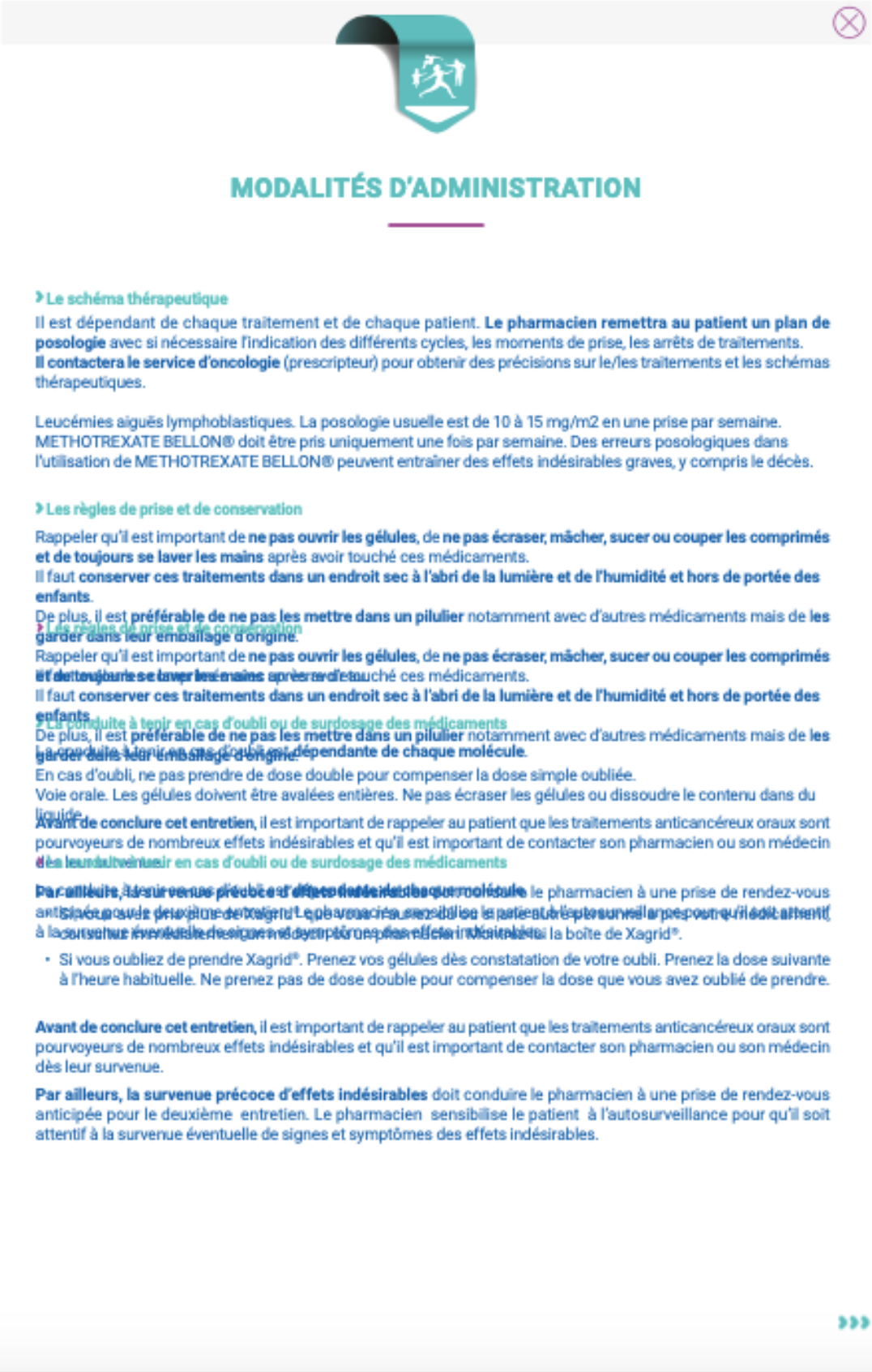
CONNAISSEZ-VOUS L'IMPORTANCE DE LA SURVEILLANCE DE CES TRAITEMENTS ? OUI NON

Le pharmacien doit rappeler au patient que **l'automédication n'est pas recommandée** du fait des interactions médicamenteuses potentielles, et que **l'avis d'un médecin ou d'un pharmacien est nécessaire** avant tout nouveau traitement, qu'il soit soumis à prescription ou non.
Le pharmacien informe également le patient sur les contre-indications, qu'elles soient alimentaires, vaccinales ou médicamenteuses. La connaissance des habitudes alimentaires du patient et de ses comportements de santé (caractéristiques de son régime alimentaire, utilisation de compléments alimentaires, aromathérapie, prise de médicaments dispensés sans ordonnance, etc.) aidera également le pharmacien à prodiguer un conseil adapté.

BON À SAVOIR
Consultez la fiche INCa correspondant à l'anticancéreux oral, quand elle existe
Cliquez ici pour en savoir plus

Figure 41 -Annexe 16 : Fiche d'entretien d'évaluation anticancéreux oraux, exemple du Méthotrexate 3

Annexe 17 : Fiche d'entretien d'évaluation anticancéreux oraux, exemple du Méthotrexate 4



MODALITÉS D'ADMINISTRATION

› Le schéma thérapeutique

Il est dépendant de chaque traitement et de chaque patient. **Le pharmacien remettra au patient un plan de posologie** avec si nécessaire l'indication des différents cycles, les moments de prise, les arrêts de traitements. **Il contactera le service d'oncologie** (prescripteur) pour obtenir des précisions sur le/les traitements et les schémas thérapeutiques.

Leucémies aiguës lymphoblastiques. La posologie usuelle est de 10 à 15 mg/m2 en une prise par semaine. METHOTREXATE BELLON® doit être pris uniquement une fois par semaine. Des erreurs posologiques dans l'utilisation de METHOTREXATE BELLON® peuvent entraîner des effets indésirables graves, y compris le décès.

› Les règles de prise et de conservation

Rappeler qu'il est important de **ne pas ouvrir les gélules**, de **ne pas écraser, mâcher, sucer ou couper les comprimés et de toujours se laver les mains** après avoir touché ces médicaments.
Il faut **conserver ces traitements dans un endroit sec à l'abri de la lumière et de l'humidité et hors de portée des enfants**.
De plus, il est **préférable de ne pas les mettre dans un pilulier** notamment avec d'autres médicaments mais de **les garder dans leur emballage d'origine**.

› La conduite à tenir en cas d'oubli ou de surdosage des médicaments

La conduite à tenir en cas d'oubli est dépendante de chaque molécule.
En cas d'oubli, ne pas prendre de dose double pour compenser la dose simple oubliée.
Voie orale. Les gélules doivent être avalées entières. Ne pas écraser les gélules ou dissoudre le contenu dans du liquide.

- Si vous oubliez de prendre Xagrid®. Prenez vos gélules dès constatation de votre oubli. Prenez la dose suivante à l'heure habituelle. Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre.

Avant de conclure cet entretien, il est important de rappeler au patient que les traitements anticancéreux oraux sont pourvoyeurs de nombreux effets indésirables et qu'il est important de contacter son pharmacien ou son médecin dès leur survenue.

Par ailleurs, la survenue précoce d'effets indésirables doit conduire le pharmacien à une prise de rendez-vous anticipée pour le deuxième entretien. Le pharmacien sensibilise le patient à l'autosurveillance pour qu'il soit attentif à la survenue éventuelle de signes et symptômes des effets indésirables.

Figure 42 – Annexe 17 : Fiche d'entretien d'évaluation anticancéreux oraux, exemple du Méthotrexate 4

Annexe 18 : Fiche d’entretien d’évaluation anticancéreux oraux, exemple du Méthotrexate 5

MODALITÉS D'ADMINISTRATION

CONNAISSEZ-VOUS LE SCHÉMA DE PRISE DE VOTRE TRAITEMENT ? OUI NON

CONNAISSEZ-VOUS LES RÈGLES DE PRISE DE VOTRE MÉDICAMENT ? OUI NON

CONNAISSEZ-VOUS LA CONDUITE À TENIR EN CAS D'OUBLI ? OUI NON

LE PATIENT A-T-IL DES QUESTIONS ? OUI NON

SI OUI, LESQUELLES ?

ENREGISTRER
Pensez à enregistrer le formulaire dans le dossier de votre patient, sur votre ordinateur

Figure 43 -Annexe 18 : Fiche d'entretien d'évaluation anticancéreux oraux, exemple du Méthotrexate 5

Annexe 19 : Fiche EP stage

Fiche entretien pour le stage d'enseignement coordonné
de 3ème et 4ème année – Université de Bordeaux

Nom du patient (initiale) :.....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Age : ..... Poids (si nécessaire) : .....

N° de Sécurité sociale (pas les 6 derniers chiffres): .....

Régime d'affiliation : .....

Adresse (seulement la ville) : .....

Date de l'entretien et **nom et prénom du stagiaire** : .....

Informations générales	Entretien	
Spécialités prescrites	Posologies	Date début traitement ..... / ..... / .... / ..... / .... / ..... / .... / ..... / .... / ..... / .....
Nom du médecin traitant et/ou du spécialiste	.....	
Difficultés motrices/cognitives / sensorielles	.....	
Le patient possède-t-il un plan d'action de sa pathologie, un auto-questionnaire ou tout autre document en rapport avec sa pathologie	.....	
Le patient a-t-il suivi ou suit-il un programme d'ETP	Date ..... / ..... /	Durée du programme .....
Demander au patient comment il vit globalement sa pathologie	.....	

Historique pharmaceutique – Dossier pharmaceutique	
Quels sont les médicaments (s'il y en a) pouvant interférer avec les médicaments de l'ordonnance ? et pourquoi ?	

Figure 44 -Annexe 19 : Fiche entretien stage 1

Annexe 20 : Fiche EP stage 2

Fiche entretien pour le stage d'enseignement coordonné
de 3ème et 4ème année – Université de Bordeaux

Notions générales sur le traitement de la pathologie

❶ – Les principes du traitement	Entretien
1- Le patient connait-il sa pathologie ? Description.	☐ A ☐ PA ☐ NA
2- Le patient sait-il nommer ses médicaments (sinon lui repréciser et l'indiquer sur les boites)	☐ A ☐ PA ☐ NA
3- Le patient connait-il les doses prescrites par son médecin (sinon repréciser les posologies conformément à l'ordonnance)	☐ A ☐ PA ☐ NA
4- Le patient peut-il décrire comment les médicaments agissent ? (sinon expliquez-lui si vous le savez)	☐ A ☐ PA ☐ NA
5- Le patient connait-il le bénéfice de son traitement ? (sinon expliquez-lui l'intérêt si vous le savez)	☐ A ☐ PA ☐ NA
6- Le patient connait-il les risques et contre-indications de son traitement ?	☐ A ☐ PA ☐ NA
7- Le patient sait-il quand prendre les médicaments ? Lui demander de préciser. (sinon l'expliquer et en parler au médecin traitant après accord avec le patient)	☐ A ☐ PA ☐ NA
A : Acquis PA : Partiellement Acquis NA : Non Acquis	

❷ – Les principes de la technique d'emploi du traitement (si nécessaire)	Entretien
8- Le patient maitrise-t-il la technique d'emploi du matériel nécessaire à son traitement ? Démonstration par le patient (si incorrect, démontrer si vous savez)	☐ A ☐ PA ☐ NA
A : Acquis PA : Partiellement Acquiq NA : Non Acquis	

❸ – L'importance de l'adhérence au traitement	Entretien
9- Les médicaments sont-ils faciles à prendre ?	☐ oui ☐ non
10- Evaluation de l'observance - le patient oublie-t-il parfois de prendre son traitement ? - le patient a-t-il parfois du mal à se rappeler de prendre son traitement ? - quand le patient se sent mieux, lui arrive-t-il d'arrêter de prendre son traitement - si le patient se sent moins bien lorsqu'il prend son traitement, arrête-t-il parfois de le prendre ? Si le patient a répondu par au moins un « oui », rechercher la cause de la mauvaise adhésion et donner si possible des conseils adaptés pour améliorer l'observance (et que faire en cas d'oubli). Dans le cas est en reprise de traitement suite à une phase d'interruption, peut-il préciser la raison pour laquelle il a arrêté son traitement ?	☐ oui ☐ non ☐ oui ☐ non ☐ oui ☐ non ☐ oui ☐ non

❹ – Les effets indésirables des médicaments	Entretien
11- Le patient ressent-il des effets indésirables pouvant être liés à son traitement ? Les décrire. (si oui, donner des conseils adaptés pour les prévenir ou les atténuer, si vous les connaissez)	☐ oui ☐ non

❺ – Les interactions médicamenteuses	Entretien
12- Hormis ce traitement, le patient prend-il d'autres traitements ? Le patient est-il vacciné contre la grippe ?	☐ oui ☐ non

Fiche entretien pour le stage d'enseignement coordonné
de 3ème et 4ème année – Université de Bordeaux

Facteurs déclenchant/aggravant la pathologie et conseils pour les éviter

	Entretien
13- Le patient peut-il dire s'il a identifié des facteurs qui déclenchent ou aggravent sa pathologie ? Donner des conseils pour les éviter quand cela est possible.	☐ oui ☐ non
14- Si non demander au patient d'y réfléchir et de noter d'éventuels facteurs qu'il a repérés pour en parler à son pharmacien.	
Remettre au patient une fiche listant les facteurs déclenchants (si vous les connaissez)	

Conclusion pour le patient

	Entretien
15- Le patient a-t-il des questions ? Si oui, lesquelles ?	☐ oui ☐ non

Conclusion pour le stagiaire

	Entretien
16- Petite synthèse de l'entretien et durée approximative	.....
17- Appréciation du stagiaire sur le niveau d'information du patient	
18 - Prévoir l'orientation du patient vers le prescripteur (après concertation avec le pharmacien maître de stage)	
19- Prévoir une prise de contact du pharmacien avec le prescripteur	

Figure 45 – Annexe 20 : Fiche entretien stage 2

Annexe 21 : Fiche mémo posture EP

Partie 3 : Compétences de posture en entretien

Postures à éviter	Postures à privilégier	Exemples d'éléments de langage
Environnement et posture physique		
Débuter un entretien sans s'y être préparé	Préparer l'entretien (en amont : lecture du dossier patient, préparation des objectifs, des documents…) et s'y préparer (se concentrer sur ce moment)	
Ne pas structurer l'entretien	Structurer l'entretien selon une séquence logique et selon le type (dirigé, semi-dirigé ou non dirigé)	
Effectuer l'entretien même si l'on n'est pas en capacité (fatigue, manque de concentration, …)	Si besoin et possible, passer la main à un collègue formé	
Ne pas se soucier d'un environnement parasite ou de sources d'interruptions de tâche	Préparer l'environnement pour se rendre disponible : couper son téléphone, éteindre la télé (dans le cas d'une chambre de patient) …	
S'imposer	Demander si l'on dérange, proposer de repasser (à l'hôpital) ou au patient de revenir (à l'officine) si possible Vérifier l'aptitude du patient à recevoir l'entretien (réceptivité : émotionnelle, psychologique, de langage…)	*Etes-vous disponible maintenant pour XX minutes ou pouvons-nous programmer un entretien plus tard ?*
Utiliser un lieu (comptoir, debout, 2e patient dans la chambre…) ou un moment (soins, patients nombreux au comptoir…) inadapté à la communication	Utiliser un lieu de mise en confiance plus adapté (assis, espace de confidentialité, hors de la chambre, …) ou vérifier si l'entretien est possible (demander si l'on dérange, expliquer à l'autre patient pourquoi il ne bénéficie pas de l'entretien…)	
Se placer trop près ou trop loin du patient, derrière un bureau / comptoir	Se placer à une distance acceptable, à côté du patient si possible	
Rester debout, les bras croisés, ne pas être tourné vers le patient, ne pas prendre en compte l'accompagnant le cas échéant	S'asseoir, bras non croisés, être à la même hauteur que le patient afin de conserver le contact visuel, garder le corps tourné vers le patient, légèrement penché vers lui Prendre en compte la présence d'un accompagnant / aidant dans son positionnement	
Avoir un visage fermé, froncer les sourcils	Adopter une expression ouverte sur le visage, facilitée par des hochements de tête et des sourires (communication non verbale adaptée)	
Se précipiter, ne pas prendre un temps adapté au patient (trop court ou trop long)	Montrer que l'on est disponible pour le patient, ne pas montrer que l'on est pressé. Etre attentif autant que faire se peut au rythme du patient et le respecter en fonction de ses propres contraintes	
Changer de rythme de parole, avoir un timbre de voix inadapté	Parler avec un débit donnant le temps au patient de comprendre le message, ajuster le timbre de sa voix	
Présenter une posture prescriptive ("il faut"), imposer des conseils	Préférer une posture collaborative, aider le patient à identifier ses propres ressources pour faire émerger du patient ses propres solutions	*Selon vous, qu'est ce qui pourrait vous aider à… ?*
Quitter la pièce en pensant déjà à autre chose	Rester à l'écoute (active) des mots et réactions du patient jusqu'à la fin de l'entretien, même une fois l'entretien terminé	

Figure 46 – Annexe 21 : Fiche mémo posture EP

Annexe 22 : Fiche mémo posture EP 2

Postures à éviter	Postures à privilégier	Exemples d'éléments de langage
Conduite de l'entretien		
Débuter directement sans s'être présenté	Se présenter : nom, prénom, profession. Préciser que l'on fait partie de l'équipe, et que l'on est soumis au secret médical (à mentionner au besoin)	*Bonjour, je suis Camille Dupont, pharmacien(ne)…*
Débuter l'entretien sans avoir expliqué au patient le déroulement, parler directement de la maladie ou des traitements	Annoncer l'objectif de l'entretien, son déroulement, ainsi que sa durée approximative. Utiliser un brise-glace pour faciliter la parole	*Pouvez-vous me raconter comment ça se passe à la maison quand vous avez mal ? J'ai besoin de comprendre comment se passe pour vous la maladie et ce que vous faites pour vous soigner.*
S'écarter de la structure de l'entretien alors que ce n'est pas à la demande du patient	Respecter la structure de l'entretien	
Prendre en permanence des notes, lire une trame d'entretien sans l'avoir expliquée au patient	Annoncer au patient la prise de notes et son utilisation, maîtriser la trame d'entretien pour ne pas rompre le dialogue et la relation	*Je vais prendre quelques notes pour m'aider à faire la synthèse de notre entretien.*
Partir avec une idée en tête, sans faire attention à la demande du patient, être focalisé sur autre chose que le patient (sa propre posture, …)	Ecouter la situation, les problématiques, les demandes et les besoins du patient, explorer ses représentations et ses connaissances, identifier ses priorités, ressources et freins, observer son attitude (méfiance, anxiété…)	*Qui vous aide ?* *Qu'est-ce qui vous limite ?*
Utiliser des tournures de phrase allant à l'encontre de l'écoute active (Gordon 1985) : effrayer, consoler, fournir la solution, persuader, argumenter, diriger, moraliser, juger, interpréter, étiqueter	Adopter une attitude de non jugement, ne pas se prononcer si c'est bien ou mal, ne pas dire à la personne ce qu'elle devrait faire	
Donner une information standard inadaptée	S'adapter au niveau de connaissance et de compréhension du patient, donner des informations en lien avec ses besoins	
Essayer de répondre tout de suite aux questions du patient	Noter les questions et y revenir dans un second temps si nécessaire	*Je vous propose de noter vos questions et d'y revenir en fin d'entretien ou une autre fois. Vous aurez une réponse à vos questions.*
Ne pas vouloir montrer qu'on ne sait pas et prendre le risque de répondre de manière erronée, ne pas connaître ses limites	Savoir dire que l'on ne sait pas et que l'on va faire des recherches, être conscient de ses limites (techniques, émotionnelles), savoir diriger vers un autre professionnel de santé	*Je n'ai pas la réponse à cette question mais je vais me renseigner, je reviendrai vers vous.*
Interrompre le patient dans son discours pour atteindre l'objectif de l'entretien	Apprendre à doser les interruptions et redirections, écouter le patient	
Toujours utiliser des questions fermées	Utiliser des questions ouvertes pour ouvrir le débat, laisser le patient évoquer ses propres problématiques, et n'utiliser les questions fermées que pour vérifier des points précis	*Qu'est-ce qui vous amène à… ?* *En quoi… ? Comment… ?*
Utiliser les "pourquoi" (entraine une défense, des justifications)	Utiliser les "comment" (pour analyser le comportement et ses processus)	*Comment gérez-vous vos traitements à la maison ?*
Ne pas relancer ni reformuler, répondre instantanément (désirabilité), ne laisser aucun silence	*Utiliser des techniques permettant au patient de développer ses dires :*	
	* non verbal (sourire, hochement de tête)	
	* reformulations	*En d'autres termes…* *Si j'ai bien compris…*

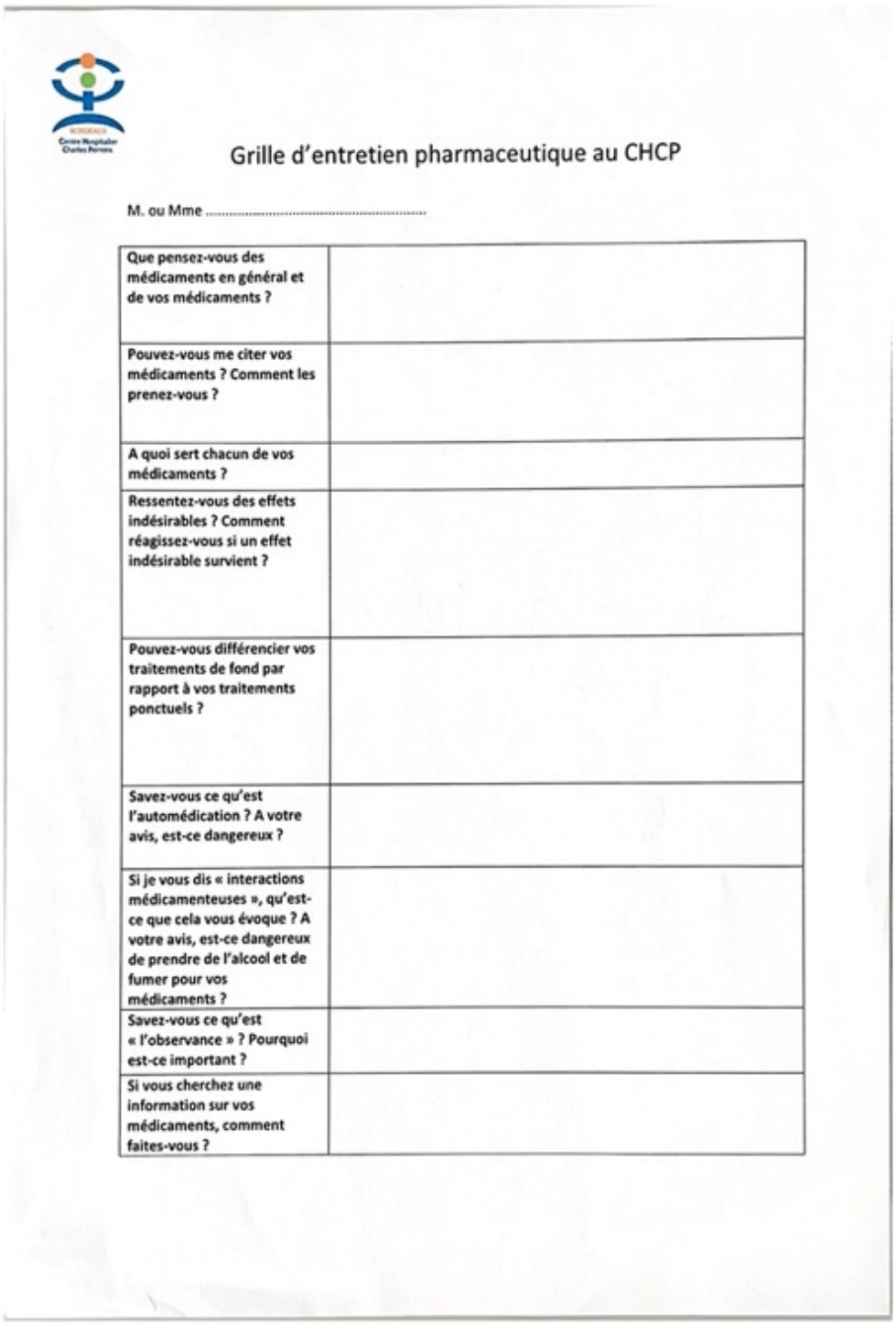
Figure 47 -Annexe 22 : Fiche mémo posture EP 2

Annexe 23 : Fiche mémo posture EP 3

	* relances simples	*Et ensuite ?, je vous écoute, pouvez-vous m'en dire plus ?, c'est-à-dire ?, racontez-moi...*
	* écho-miroir ou reflet	*Patient : ces dernières années, j'ai été très stressé* *Soignant : stressé...*
	* vérification synthèse	*Si je comprends bien...*
	* respect des silences	
Ne pas reconnaître les émotions du patient (colère, peur, tristesse), tenter de l'apaiser, banaliser l'émotion	Reconnaître les émotions (celles du patient mais aussi ses propres émotions), faire une pause dans l'entretien pour les clarifier, verbaliser l'empathie et ses émotions en tant qu'intervenant, donner de l'espace au patient pour qu'il communique sur ses émotions, identifier les arguments sur lesquels rebondir pour travailler avec le patient, ne pas résoudre à la place du patient	*"Je vous sens en colère / triste aujourd'hui", "qu'est-ce que je peux faire pour vous aider ?"*
Utiliser des doubles négations, du vocabulaire trop médical, des acronymes, des mots longs, donner trop d'informations	S'adapter au patient, utiliser les mêmes mots, la même syntaxe que lui (synchronie). Utiliser un langage simple et compréhensible : des phrases courtes, des mots simples et courants, des dessins simples, articuler, aborder les aspects pratiques	*Patient : si j'ai mal à la tête...* *Soignant : pour votre mal de tête...* *Patient : si j'ai des céphalées...* *Soignant : pour vos céphalées...*
Utiliser "on" (impersonnel)	Utiliser "Je" (personnel)	*Je vous propose...*
Avoir tendance à trop discuter du passé ou du futur	Mener l'entretien autour des problématiques du moment (ici et maintenant)	
Dérouler l'intégralité de l'entretien sans faire de résumés en cours	Faire un résumé, à la fin d'un sujet spécifique d'exploration, pour en confirmer la compréhension avant de procéder à l'étape suivante	*Pour résumer ce que l'on vient d'aborder...*
Ne pas conclure l'entretien lorsque tout a été abordé	Synthétiser, reformuler les idées à clarifier (dont le plan de soins) et éventuellement des objectifs	*En synthèse...* *Cette synthèse pourra être transmise à...*
Laisser le patient seul avec ses décisions et ses avancées dans l'atteinte de l'objectif	Selon le type d'entretien, aider le patient à formuler un "engagement" clair, daté, précis et proposer de le suivre dans l'atteinte des objectifs énoncés	*Patient : Je pourrai faire cela* *Soignant : qu'est-ce qui vous aiderait ? Comment pensez-vous vous y prendre ? Quand pourriez-vous commencer ?* puis reformuler les propositions du patient
Ne pas remercier le patient	Remercier le patient	*Je vous remercie pour cet échange.*

Figure 48 – Annexe 23 : Fiche mémo posture EP 3

Annexe 24 : Grille d'EP au CHCP



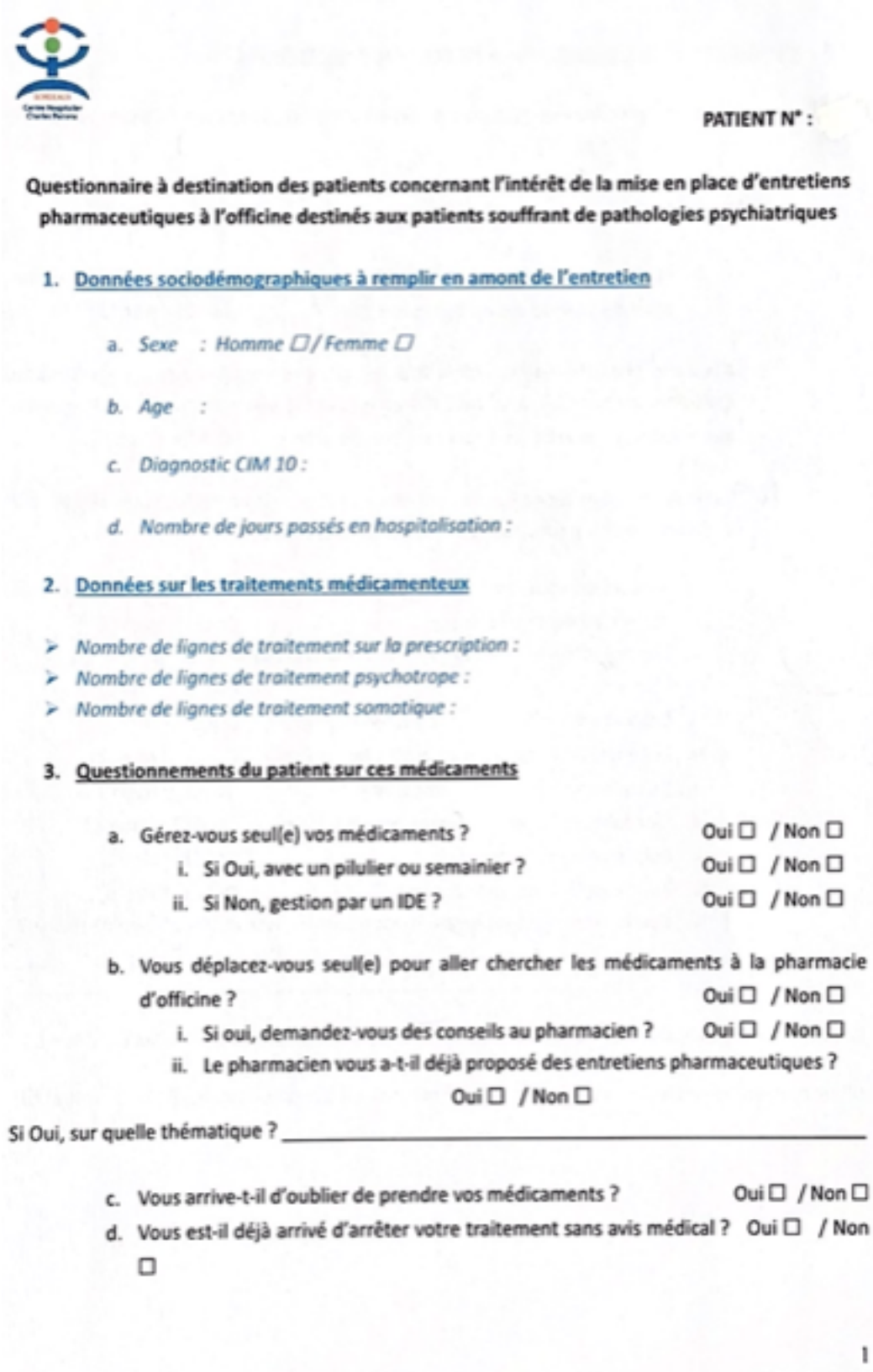
Grille d'entretien pharmaceutique au CHCP

M. ou Mme .....

Que pensez-vous des médicaments en général et de vos médicaments ?	
Pouvez-vous me citer vos médicaments ? Comment les prenez-vous ?	
A quoi sert chacun de vos médicaments ?	
Ressentez-vous des effets indésirables ? Comment réagissez-vous si un effet indésirable survient ?	
Pouvez-vous différencier vos traitements de fond par rapport à vos traitements ponctuels ?	
Savez-vous ce qu'est l'automédication ? A votre avis, est-ce dangereux ?	
Si je vous dis « interactions médicamenteuses », qu'est-ce que cela vous évoque ? A votre avis, est-ce dangereux de prendre de l'alcool et de fumer pour vos médicaments ?	
Savez-vous ce qu'est « l'observance » ? Pourquoi est-ce important ?	
Si vous cherchez une information sur vos médicaments, comment faites-vous ?	

Figure 49 – Annexe 24 : Grille d'EP au CHCP

Annexe 25 : Questionnaire à destination des patients du CHCP



PATIENT N° :

Questionnaire à destination des patients concernant l'intérêt de la mise en place d'entretiens pharmaceutiques à l'officine destinés aux patients souffrant de pathologies psychiatriques

1. **Données sociodémographiques à remplir en amont de l'entretien**

   a. *Sexe : Homme ☐ / Femme ☐*

   b. *Age :*

   c. *Diagnostic CIM 10 :*

   d. *Nombre de jours passés en hospitalisation :*

2. **Données sur les traitements médicamenteux**

- *Nombre de lignes de traitement sur la prescription :*
- *Nombre de lignes de traitement psychotrope :*
- *Nombre de lignes de traitement somatique :*

3. **Questionnements du patient sur ces médicaments**

   a. Gérez-vous seul(e) vos médicaments ? Oui ☐ / Non ☐
      i. Si Oui, avec un pilulier ou semainier ? Oui ☐ / Non ☐
      ii. Si Non, gestion par un IDE ? Oui ☐ / Non ☐

   b. Vous déplacez-vous seul(e) pour aller chercher les médicaments à la pharmacie d'officine ? Oui ☐ / Non ☐
      i. Si oui, demandez-vous des conseils au pharmacien ? Oui ☐ / Non ☐
      ii. Le pharmacien vous a-t-il déjà proposé des entretiens pharmaceutiques ? Oui ☐ / Non ☐

Si Oui, sur quelle thématique ? _____

   c. Vous arrive-t-il d'oublier de prendre vos médicaments ? Oui ☐ / Non ☐
   d. Vous est-il déjà arrivé d'arrêter votre traitement sans avis médical ? Oui ☐ / Non ☐

1

Figure 50 – Annexe 25 : Questionnaire à destination des patients concernant l'intérêt de la mise en place d'EP à l'officine destinés aux patients souffrant de pathologies psychiatriques 1

Annexe 26 : Questionnaire à destination des patients du CHCP 2

4. Entretiens avec pharmacien hospitalier et pharmacien d'officine ?

a. Avez-vous rencontré un pharmacien lors de votre hospitalisation à Charles Perrens ?
Oui ☐ / Non ☐

i. Si Oui, avez-vous été satisfait(e) de cet entretien ? Oui ☐ / Non ☐

ii. Si Non, auriez-vous été intéressé(e) par un entretien avec ce professionnel pour discuter de vos médicaments ? Oui ☐ / Non ☐

b. A la sortie d'hospitalisation, lorsque vous irez chercher vos traitements à la pharmacie d'officine, souhaiteriez-vous vous entretenir avec le pharmacien afin qu'il réponde aux questions que vous vous posez sur vos médicaments ? Oui ☐ / Non ☐

c. Par la suite, souhaiteriez-vous un entretien avec le pharmacien de votre officine sur vos médicaments pour approfondir les questions suivantes :

i. Gestion de votre traitement (comment prendre le médicament, avec quoi comme aliment ou boisson) Oui ☐ / Non ☐
ii. Comprendre comment agit le médicament dans mon organisme Oui ☐ / Non ☐
iii. Explications sur les modifications de traitement Oui ☐ / Non ☐
iv. Les effets indésirables et comment les prévenir Oui ☐ / Non ☐
v. Des informations sur l'automédication Oui ☐ / Non ☐
vi. Que faire si j'oublie de prendre mes médicaments ? Oui ☐ / Non ☐
vii. Puis-je boire de l'alcool ? Oui ☐ / Non ☐
viii. Puis-je arrêter mes médicaments ? Oui ☐ / Non ☐
ix. Quelle autre sujet souhaiteriez-vous aborder avec le pharmacien d'officine ?

_____

_____

D'une manière générale, jugez-vous être assez informé(e) sur votre maladie ? Oui ☐ / Non ☐

D'une manière générale, jugez-vous être assez informé(e) sur vos médicaments ? Oui ☐ / Non ☐

2

Figure 51 – Annexe 26 : Questionnaire à destination des patients concernant l'intérêt de la mise en place d'EP à l'officine destinés aux patients souffrant de pathologies psychiatriques 2

BIBLIOGRAPHIE

1. 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. mars 2019;54(1):56-63.
2. Les cahiers de l'Ordre national des pharmaciens n°13 - Décembre 2018 [Internet]. [cité 5 sept 2019]. Disponible sur: http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/429903/2024829/version/11/file/Cahier+th%C3%A9matique+13+-+Pharmacie+clinique.pdf
3. Avenants - Ameli.fr.html [Internet]. [cité 5 sept 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/gironde/pharmacien/textes-reference/textes-conventionnels/avenants
4. Qu'est-ce qu'un entretien pharmaceutique ? Pharmagest.com [Internet]. Pharmagest. 2017 [cité 5 sept 2019]. Disponible sur: https://pharmagest.com/entretien-pharmaceutique/
5. Lexique SFPC.pdf.
6. VIDAL.
7. 2016203_EntretiensPharmaceutiques_AVK_GuideAccompagnement.pdf [Internet]. [cité 5 sept 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/2016203_EntretiensPharmaceutiques_AVK_GuideAccompagnement.pdf
8. Les anticoagulants en France en 2014 : état des lieux , synthèse et surveillance. 2014;78.
9. Collège des Enseignants de Pneumologie, item 188, ASTHME-RHINITE_2021.pdf.
10. 2016203_EntretiensPharmaceutiques_asthme_GuideAccompagnement.pdf [Internet]. [cité 5 sept 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/2016203_EntretiensPharmaceutiques_asthme_GuideAccompagnement.pdf
11. Cuecq A., Pepin S., Ricordeau P. Remboursement de médicaments antiasthmatiques : une approche de la prévalence et du contrôle de l'asthme CNAMTS Points de repère 2008 ; 24 : 1-11. Anissa Afrite, Caroline Allonier, Laure Com-Ruelle, Nelly Le Guen. L'asthme en France en 2006 : prévalence, contrôle et déterminants. Rapport IRDES n°549, janvier 2011.
12. Thèse : comment relancer les EP asthme à l'officine, étude pilote en région Occitanie, par Simona AGOSTINI-FERRIER.
13. Formation présentielle DPC - Entretien pharmaceutique : Anticoagulants & Asthme - Principe Actif Formation [Internet]. [cité 4 mai 2022]. Disponible sur: https://www.principe-actif-formation.fr/details-formation+presentielle+dpc+entretien+pharmaceutique+anticoagulants+asthme-1538.html?fbclid=IwAR01RvWJMQ5Ickrl0ewyVPVU06dD2WI9VO5Yj-WiOVOI1xg_I8Bsr7EaOgc
14. Accompagnement pharmaceutique index - Assurance maladie.pdf.
15. Formation Pharmacien : entretien pharmaceutique en oncologie - AFSOS [Internet]. [cité 6 mai 2022]. Disponible sur: https://www.afsos.org/fiche-formation/formation-pre-requis-en-oncologie-en-partenariat-avec-la-roche-posay/
16. Jean-Michel MROZOVSKI. La loi HPST, des avancées et des échecs dont il

faut tirer les léçons. 2017.
17. M. Diet, V. Nave, J. Amiot, S. Garcia, I. Carpentier, K. Beny. Entretiens pharmaceutiques à l'initiation de médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation nominative dans un service de rétrocession. 18 août 2021;
18. L. Laval, J-F Charbonnel. Entretiens anticoagulants. Mise en place et évauations au sein d'un établissement de santé spécialisé en cardiologie. 19 janv 2020;
19. États des lieux de la consommation de benzodiaépines en France - AVril 2017 - ANSM.
20. Marc-Antoine CROCQ, GUELFI Julien-Daniel, BOYER Patrick, PULL Charles-Bernard, PULL Marie-Claire,. DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.
21. Florea ML, Courtet P. Schizophrénie et risque suicidaire. In: Suicides et tentatives de suicide [Internet]. Cachan: Lavoisier; 2010. p. 128-33. (Psychiatrie). Disponible sur: https://www.cairn.info/suicides-et-tentatives-de-suicide--9782257203984-p-128.htm
22. Les neuroleptiques.
23. Bourin M. Les antidépresseurs. :6.
24. Nathalie Niederhoffer, Nelly Etienne-Selloum, Sébastien Faure. Les différentes familles d'antidépresseurs. Elsevier. déc 2016;55(Issue 561):1-10.
25. D.J DAVID, D. GOURION. Antidépresseurs et tolérance : déterminants et prise en charge des principaux effets indésirables. In: L'encéphale. 2016.
26. Benzodiazépines [Internet]. [cité 6 mai 2022]. Disponible sur: https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/benzodiazepines
27. Fidelle G, Colas MD, Lefort H. L'EMPLOI DES PSYCHOTROPES EN MÉDECINE GÉNÉRALE D'UNITÉ. :27.
28. Beck F, Guignard R, Haxaire C. La Santé en action n° 427. 2014;(427):3.
29. Rapport EPI-PHARE usage des médicaments de ville en France durant l'épidemie de la Covid-19.pdf.
30. Thomas RE. Benzodiazepine use and motor vehicle accidents. :10.
31. Hardy-Baylé MC, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? 2014;90:14.
32. Rapport_Harris-Les_Francais_et_leurs_attentes_vis-a-vis_des_pharmaciens-_OCP.pdf.
33. Le spectre de la dépendance aux médicaments chez les usagers. Sens et enjeux d'une notion [Internet]. [cité 12 juin 2022]. Disponible sur: https://journals.openedition.org/anthropologiesante/6152
34. LEEM (Les Entreprises du Médicament).
35. NèreS représente les laboratoires pharmaceutiques [Internet]. [cité 12 juin 2022]. Disponible sur: https://neres.fr/
36. La psychiatrie en France : de la stigmatisation à la médecine de pointe [Internet]. [cité 12 juin 2022]. Disponible sur: https://www.senat.fr/rap/r08-328/r08-328_mono.html

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 instruit(e) 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 couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

Titre : Les entretiens pharmaceutiques pour les patients souffrant de pathologies psychiatriques deux : intérêt de la mise en place en officine de ville dans le cadre de la continuité de prise en charge hospitalière ?

Résumé : Le métier de pharmacien est en constante évolution depuis plusieurs années. Les entretiens pharmaceutiques ont débuté en 2012, en officine, en premier lieu pour les patients sous AVK, puis les patients asthmatiques, les patients sous AOD, et tout récemment en 2020 pour les patients sous anticancéreux oraux.
La pharmacie clinique prend une importante place dans le métier de pharmacien. Alors pourquoi restreindre les entretiens pharmaceutiques uniquement à ces pathologies et traitements, et ne pas les proposer aux patients souffrant de maladies psychiatriques ? En psychiatrie, les raisons de la non adhésion des patients à leurs traitements sont nombreuses et notamment liées aux effets indésirables, ce qui amène à des arrêts brutaux qui peuvent provoquer des rechutes de leur maladie. Ces traitements sont souvent d'instauration progressive, certains sont à marge thérapeutique étroite. De nombreuses données sont à appréhender par les patients avec notamment des règles hygiéno-diététiques essentielles à maitriser. C'est pourquoi j'ai réalisé un questionnaire auprès de patients du Centre Hospitalier Charles Perrens afin de connaître s'il y avait un intérêt pour eux de réaliser des entretiens pharmaceutiques en officine de ville dans le cadre de la continuité de leur prise en charge hospitalière. La crise sanitaire du Covid-19 ayant bouleversé notre métier de pharmacien, ne serait-il pas nécessaire de travailler notre rôle dans le cadre du développement des activités de pharmacie clinique en officine de ville et d'élargir nos compétences à un plus grand nombre de pathologies ?

Mots clés : Entretiens, psychiatriques, officine

Title: Pharmaceutical education for psychiatric patients: interest of implementation in community pharmacy as part of the follow up of hospital care?

Abstract: The pharmacy profession has been constantly evolving for several years. Pharmaceutical education began in 2012 in pharmacies, first for patients on AVK, then asthma patients, patients on DOACs, and very recently in 2020 for patients on oral cancer drugs. Clinical pharmacy plays an important role in the pharmacy profession. So, why restricting pharmaceutical education only to these pathologies and treatments, and not offering them to patients suffering from psychiatric illness?
In psychiatry, the reasons why patients do not adhere to their treatments are numerous and in particular linked to adverse effects, leading to sudden cessations which can cause disease relapses. These treatments are often gradually introduced, as some have a narrow therapeutic margin. An important amount of informations is to be apprehended by the patients with in particular essential hygiene-dietetic rules to master. This is the reason why I carried out a questionary involving patients of the Charles Perrens Hospital, in order to know if it could be beneficial from a patient's perspective to carry out pharmaceutical interviews in community pharmacies as part of the continuity of their hospital care. Covid-19 crisis having upset our profession as pharmacists, would not it be necessary to work on our role in the development of clinical pharmacy activities in community pharmacies and to extend our skills to a greater number of pathologies ?

Keywords : Pharmaceutical, education, psychiatric