

P124

Analyse des erreurs de préparation des piluliers dans le cadre de la DJIN destinée au service de psychiatrie à l'HIA Laveran

S. Le Tohic^{1,*}, C. Muziotti¹, E. Ferrand¹, F. Paul², A. Bailli¹, G. Gauthier¹, C. Boulliat¹

¹ HIA Laveran, service pharmacie, Marseille, France

² HIA Laveran, service de psychiatrie, Marseille, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : sarah.le-tohic@intradef.gouv.fr (S. Le Tohic)

Introduction Dans le cadre de la sécurisation du circuit du médicament, une EPP a été réalisée pour mettre en évidence le nombre d'erreurs identifiées lors de la préparation des piluliers dans le cadre de la DJIN des patients hospitalisés en psychiatrie.

Matériels et méthode Menée de janvier à décembre 2014, cette étude prospective a permis de recenser et de typer les erreurs identifiées lors de la préparation des piluliers. Quotidiennement et de manière aléatoire, 4 chariots sur 10 étaient entièrement contrôlés. Les 6 autres ne l'étaient que partiellement, à raison de 2 piluliers choisis au hasard par chariot. Les résultats obtenus correspondent au nombre d'erreurs rapporté au nombre d'ordonnances contrôlées, par service et par mois.

Résultats et discussion En 2014, le pourcentage d'erreurs identifiées pour le service de psychiatrie est de 6,04%, soit 1 erreur toutes les 26 lignes. Ce résultat est conforme aux données de la littérature (6–7%), contrairement à celui obtenu pour l'ensemble de l'hôpital (7,78%). En effet, le service de psychiatrie témoigne d'une certaine stabilité en raison d'une chronicité des pathologies traitées et d'une protocolisation des prises en charge. Les patients sont ainsi souvent suivis depuis longtemps et leur traitement ne change que ponctuellement. Cependant, malgré cette sécurité apparente, la vigilance de l'équipe soignante est essentielle : sur les 1300 ordonnances non contrôlées, 79 erreurs n'auraient donc pas été interceptées par la pharmacie, si le même pourcentage d'erreurs est appliqué.

Conclusion Le double contrôle lors de la préparation des traitements est essentiel. Il permet d'intercepter les erreurs à la pharmacie, mais aussi dans le service clinique. À l'heure où l'exercice de l'infirmier est à la médicalisation, l'infirmier reste le dernier verrou avant le patient.

Mots clés Circuit du médicament ; DJIN ; Psychiatrie

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

X. Bohand, L. Lefeuvre, P. Le Garlentezec, O. Aupée. Mise en oeuvre de la dispensation à la délivrance nominative des médicaments à l'HIA Percy. *Med Armees* 2010;38:267–72.

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient: La délivrance des médicaments en établissement de santé. 2012. Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.314>

P125

Évaluation de la prescription de l'agomélatine au sein de l'EPSM de l'agglomération Lilloise

P. Fournier*, E. Zawadzki, C. Wattecamps

EPSM de l'agglomération Lilloise, Lille, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pauline.fournier@epsm-al.fr (P. Fournier)

Contexte L'introduction de l'agomélatine est peu fréquente au sein de notre établissement, 39 patients sur les 925 patients sous antidépresseurs ont été répertoriés en un an, soit 4,21%. L'objectif

de cette étude était de comprendre pourquoi cet antidépresseur était si peu prescrit.

Méthodes Une étude rétrospective a été réalisée sur 1 an (du 1/06/2014 au 1/06/2015) pour l'ensemble des services d'hospitalisation de l'établissement. Une analyse des prescriptions d'agomélatine a été effectuée à partir du logiciel Pharma® : posologie, durée, nombre de patients. La cause d'un éventuel arrêt ou d'un relais par une autre molécule a été évaluée à partir des informations recueillies dans les dossiers patients (logiciel Crossway®).

Résultats Sur les 39 patients ayant reçu de l'agomélatine, la posologie était de 1 comprimé par jour pour 82% des patients et 2 comprimés par jour pour les 18% restant. Seize patients (41%) ont arrêté le traitement sur cette période, la moyenne de durée de leur traitement était de 25 jours [1–90]. Concernant les causes d'arrêt du traitement, 6 patients (37,5%) l'ont arrêté à cause d'effets secondaires somatiques (5 pour des troubles hépatiques, 1 pour trouble du sommeil type insomnie), 5 (31,25%) pour cause d'inefficacité de la molécule dont 3 patients pour lesquels le traitement a été arrêté avant les 15 jours recommandés. Pour 3 patients la cause d'arrêt n'a pas été retrouvée. L'arrêt du traitement a été suivi par la prescription d'un autre antidépresseur sauf pour 2 patients où l'indication n'était plus retrouvée.

Conclusion Le peu de prescription d'agomélatine peut s'expliquer par une efficacité jugée discutable de la molécule sur les pathologies dépressives nécessitant une hospitalisation mais aussi des effets secondaires hépatiques fréquents imposant une surveillance accrue. L'indication de l'agomélatine pour la pathologie dépressive traitée en hospitalisation est donc « discutée ».

Mots clés Évaluation ; Prescription ; Agomélatine ;

Anti-dépresseur ; EPSM

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

HAS. Quelle place pour l'agomélatine dans le traitement de la dépression ? 2010. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/fiche_bum_valdoxan.pdf.

Taylor D. Antidepressant efficacy of agomelatine: meta-analysis of published and unpublished studies. *BMJ* 2014;348.

Singh SP, Singh V, Kar N. Efficacy of agomelatine in major depressive disorder: meta-analysis and appraisal. *Int J Neuropsychopharmacol* 2011;23:1–12.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.315>

P126

Efficacité d'une démarche de psychoéducation sur l'insight de patients bipolaires I résistants

A. Docteur^{1,2,3,*}, C. Mirabel-Sarron^{1,2,3}, E. Siobud-Dorocant^{1,2,3}, L. Breda^{1,2,3}, C. Cazes^{1,2,3}, F. Rouillon^{1,2,3,4}, P. Gorwood^{1,2,3,4}

¹ CMME/centre de responsabilités psychothérapies, Paris, France

² Centre hospitalier Sainte-Anne, Paris, France

³ Université Paris V René Descartes, Paris, France

⁴ Inserm U894, centre de psychiatrie et de neurosciences, centre hospitalier Sainte-Anne, Paris, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : A.DOCTEUR@ch-sainte-anne.fr (A. Docteur)

Le trouble bipolaire est une maladie chronique gravement invalidante pour laquelle le traitement médicamenteux, qui repose sur la prescription de thymorégulateurs, est indispensable. L'objectif principal de tout soignant est d'augmenter l'adhésion aux traitements et que l'observance aux thymorégulateurs soit la meilleure possible. Le temps nécessaire à l'acceptation du trouble est très individuel et peut demander plusieurs années. Les démarches psychoéducatives, apparues il y a tout juste 30 ans visent à augmenter les connaissances sur la maladie, les traitements pharmacologiques et psychologiques et permet l'identification des conséquences du trouble ainsi que l'apprentissage de moyens pour y faire face. Des

travaux récents suggèrent que le niveau d'insight de la maladie permettrait de prédire le profit que tire le patient d'une démarche psychoéducative sur la maladie, dans le sens où les patients qui ont un meilleur *insight* augmenteraient davantage leurs connaissances sur leur maladie et les traitements que les autres. Mieux connaître sa maladie permettrait de mieux gérer ses traitements médicamenteux et psychologiques et aiderait à réduire le taux de rechutes et les conséquences psychosociales. Il s'agit d'évaluer l'efficacité d'une démarche de psychoéducation sur l'acceptation du trouble de 32 patients bipolaires de type I résistants. Tous ont participé à 8 séances de psychoéducation issues d'un programme TCC long en 20 séances selon le programme de Lam, qui constitue l'une des références internationales pour le trouble bipolaire. Chaque patient a été évalué avant et après les 8 séances de psychoéducation à l'aide des questionnaires suivants : la Mood Disorder Insight Scale (MDIS) (Sturman et Sproule, 2003), « Tester ses connaissances du trouble bipolaire » (Basco, 2008), « Évaluation des connaissances de base sur les troubles bipolaires » (Bauer et Mc Bride, 1996). Notre hypothèse est que la psychoéducation permettrait aux patients bipolaires d'accéder à une meilleure acceptation du trouble. Les résultats seront présentés et discutés.

Mots clés Trouble bipolaire ; Psychoéducation ; *Insight* ; Connaissance de la maladie

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

González-Isasi A, Echebura E, Limiana JM, González-Pinto A. Predictors of good outcome in patients with refractory bipolar disorder after a drug or a drug and cognitive-behavioral treatment. *Comprehensive Psychiatry* 2012;53:224–29.

Lam DH, et al. Cognitive therapy for bipolar disorder: a therapist's guide for concepts, methods and practice. Chichester: Wiley & Sons, 1999.

Latalova K. Insight in bipolar disorder. *Psychiatr Quat* 2012;83:293–310.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.316>

P127

À propos d'un cas de dyskinésie tardive d'évolution fatale induite par l'aripiprazole

E. Heitzmann*, H. Javelot

Établissement public de santé Alsace Nord, Brumath, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : edwige.heitzmann@ch-epsan.fr (E. Heitzmann)

L'aripiprazole peut être considéré comme un antipsychotique de 3^e génération et présente théoriquement un faible risque d'induire des symptômes extrapyramidaux. Cependant, des cas de dyskinésies tardives et de dystonies induites par l'aripiprazole sont désormais rapportés assez fréquemment dans la littérature. Nous décrivons ici le cas d'un patient ayant présenté une dyskinésie d'évolution dramatique. À l'automne 2011, alors âgé de 74 ans, M X., qui n'a pas d'antécédent psychiatrique connu, présente un syndrome dépressif majeur pris en charge initialement par une association aripiprazole/escitalopram. En 2012, l'apparition progressive de dyskinésies bucco-linguo-faciales et de mouvements choréïques des membres inférieurs conduisent à l'arrêt de l'aripiprazole. Une IRM ne révèle aucune lésion des noyaux gris ou du tronc cérébral, notamment. Courant 2013 les symptômes sont amendés par l'utilisation de la tétrabénazine. Au cours de l'année suivante, on note successivement l'apparition d'une dyspnée d'effort bruyante sur spasmes diaphragmatiques, puis d'un stridor permanent sur spasme laryngé. La tétrabénazine est arrêtée en novembre 2014 dans un contexte d'aggravation de la symptomatologie dépressive. Le spasme laryngé est amélioré début 2015 par l'injection de toxine botulique, mais l'effet bénéfique s'estompe rapidement. Une nouvelle IRM réalisée en décembre 2014 ne révèle

pas d'élément pour une étiologie alternative à l'hypothèse d'une dyskinésie iatrogène. En mars, la tétrabénazine est finalement réintroduite face aux dyskinésies qui persistent et deviennent de plus en plus sévères dans leur intensité. Mr X décède début juillet 2015 suite à un arrêt cardiaque dans un contexte d'insuffisance respiratoire terminale. Ce cas rappelle la prudence indispensable qu'il convient d'adopter dans l'utilisation de l'aripiprazole perçu comme un traitement antipsychotique avec un bon profil de sécurité clinique. Notre patient présentait plusieurs facteurs de risque de dyskinésie tardive incluant un âge avancé, la présence d'un trouble de l'humeur et une exposition à l'antipsychotique sur une durée supérieure à 6 mois.

Mots clés Aripiprazole ; Dyskinésie tardive ; Décès

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

Alexander J, Bickerstaff S. Aripiprazole induced tardive dyskinesia—acruing evidence. *Aust N Z J Psychiatry* 2013;47(3):289–90.

Goyal R, Devi SH. A case of aripiprazole induced tardive dyskinesia in a neuroleptic-naïve patient with two years of follow up. *Clin Psychopharmacol Neurosci* 2014;12(1):69–71.

Ono S, Suzuki Y, Shindo M, Endo T, Fukui N, Sugai T, et al. Improvement of tardive dyskinesia and dystonia associated with aripiprazole following a switch to quetiapine: case report and review of the literature. *J Clin Pharm Ther* 2012;37(3):370–2.

PeOa MS, Yaltho TC, Jankovic J. Tardive dyskinesia and other movement disorders secondary to aripiprazole. *Mov Disord* 2011;26(1):147–52.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.317>

P128

Le trouble de l'adaptation avec anxiété : recherche de facteurs prédictifs d'une réponse au traitement

L. Riou França*, I. Dufaure-Garé

Institut Phisquare, fondation transplantation, Paris, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : lrioufranca@phisquare.org (L. Riou França)

Objectifs Une analyse groupée de 3 essais évaluant la non-infériorité d'étilofixine dans le trouble de l'adaptation avec anxiété (TAA) a été entreprise pour explorer les caractéristiques associées à la réponse au traitement.

Méthode Le critère principal d'efficacité était le score d'anxiété sur l'échelle d'Hamilton (HAM-A) à la fin de l'étude (j28) ajusté sur sa valeur initiale (j0). L'évolution entre j0 et j28 du HAM-A (Δ HAM-A) était l'un des critères secondaires. Une méthode Bayésienne de combinaison de modèles (BMA) estime la probabilité d'inclusion a posteriori (PIP) des caractéristiques initiales communes aux essais dans un modèle prédictif de la réponse. La différence minimale cliniquement importante (DMCI) est définie comme le Δ HAM-A moyen parmi les patients « légèrement améliorés » à j28 sur un CGI-I.

Résultats Au total, 545 patients ayant reçu pendant 4 semaines de l'étilofixine ou un traitement anxiolytique comparatif (buspirone ou benzodiazépine) ont été analysés. Les patients légèrement améliorés au CGI-I ont une différence de score HAM-A entre j0 et j28 de 10 en moyenne. L'anxiété et la dépression initiales sont identifiées comme prédicteurs forts de la réponse (PIP = 100 %), le sexe comme prédicteur potentiel (PIP = 69 %). L'âge, la sévérité initiale (CGI-S), le domaine de stress, n'ont pas d'influence (PIP < 18 %). Plus l'anxiété initiale du patient est élevée, plus elle diminue à j28. À l'inverse, un score de dépression élevé à l'inclusion est associé à une anxiété plus élevée à j28.

Conclusions Les diminutions de l'anxiété plus importantes chez les patients initialement les plus anxieux sont de nature à conforter la prescription d'un traitement. Cette analyse a permis une