

émises : 54,9% ont été appliquées par le praticien (citalopram substitué par paroxétine dans trois quarts des cas) ; 35,3% des IP n'ont pas été suivies et 9,8% étaient non-applicables. Parmi les patients avec IP suivies, 15 (53,5%) avaient des LS expliquant la réévaluation des prescriptions aux MT ; 5 (17,9%) avaient des LS sans mention de la réévaluation avec maintien de la contre-indication ; 8 (28,6%) n'avaient pas de LS. Neuf des 15 patients avec LS exhaustive ont été ré-hospitalisés dans l'année sans contre-indication dans le traitement d'entrée (8 par maintien de la paroxétine et un par levée de l'interaction médicamenteuse). Trois des 5 patients sans notion de réévaluation dans la LS ont été ré-hospitalisés avec persistance de la contre-indication dans le traitement d'entrée. Les MT appliquent largement les recommandations de la LS, soulignant l'efficacité d'une collaboration pluriprofessionnelle ville-hôpital et le rôle primordial du pharmacien dans les conciliations médicamenteuses de sortie. Celle-ci sera prochainement mise en place dans l'établissement et prévoit l'intégration des fiches de conciliation aux LS pour informer les MT des réévaluations médicamenteuses. Un thésaurus d'interactions médicamenteuses décrivant le niveau d'interaction et la conduite à tenir pour les médicaments à risque d'allongement de l'espace QT a été créé comme outil d'aide à la prescription.

Mots clés Citalopram ; Allongement QT ; Erreurs médicamenteuses ; Interventions pharmaceutiques ; Conciliation ; Thésaurus

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

Pour en savoir plus

Lettre aux professionnels de santé par l'AFSSAPS (ANSM) en Novembre 2011 : « Citalopram : Allongement dose-dépendant de l'intervalle QT ».

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.305>

P116

Cartographie des risques a priori du circuit du médicament dans les structures extrahospitalières d'un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie : proposition d'un outil d'analyse

E. Lebas*, C. Bretagnolle, N. Rafrafi, L. Beaumont, R. Megard
CH Le Vinatier, Bron, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : eloise.lebas@ch-le-vinatier.fr (E. Lebas)

L'amélioration de la prise en charge médicamenteuse est un objectif constant des équipes en charge de la qualité et de la gestion des risques liés aux soins [1,2]. En psychiatrie, le circuit du médicament concerne à la fois les secteurs intra et extrahospitaliers, pour lequel l'analyse des risques est parfois moins maîtrisée. L'objectif de ce travail est d'établir une cartographie des risques, a priori, du circuit du médicament du secteur extrahospitalier de notre établissement (800 lits) afin d'aboutir à l'élaboration de recommandations pour la sécurisation de ce circuit [3]. Un état des lieux du fonctionnement du circuit du médicament en secteur extrahospitalier a été réalisé en collaboration avec la cellule qualité de janvier à juin 2015 au sein de 11 centres médico-psychologiques et 10 centres et/ou hôpitaux de jour. Les données recueillies lors de cette étude observationnelle ont été analysées selon la méthode AMDEC (analyse des modes de défaillance, de leurs effets, et de leur criticité). Après pondération (construction d'une matrice), les divers circuits ont été modélisés en logigrammes intégrant différents points (conciliation médicamenteuse, conditions de prescriptions, de délivrance, et d'administration) et comportant sept issues potentielles allant de la situation la plus à risque vers la plus sécurisée (pondérée à 100%). Les étapes du circuit les plus critiques sont l'absence de conciliation, la non-informatisation des prescriptions

et l'administration médicamenteuse sans prescription. Dans seulement 2 situations sur 28 (7%) le circuit extrahospitalier est sécurisé à 100% et dans 13 cas sur 28 (46%), un niveau de sécurisation supérieur à 50% (seuil d'acceptabilité défini) est atteint. Si le choix de la valeur seuil (50%) et la pertinence d'un tel outil restent critiquables, ce travail préliminaire a permis la mise en évidence des situations les plus à risque, la création d'un groupe de travail pluridisciplinaire et l'élaboration de mesures correctives.

Mots clés Psychiatrie ; Cartographie ; Risque ; Circuit ; Médicament

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

Références

- [1] Qualité de la prise en charge médicamenteuse. Outils pour les établissements de santé; 2012.
- [2] Manuel de certification des établissements de santé V2010; 2014.
- [3] La sécurité des patients. Mettre en oeuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé; 2012.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.306>

P117

Programme d'éducation thérapeutique ARSIMED® : première évaluation du module destiné aux familles

J. Di Paolo^{1,*}, C. Paumier¹, C. Pollet¹, N. Duc², E. Augeraud²

¹ EPSM Lille-Métropole, Armentières, France

² CH des Pyrénées, Pau, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jdipaolo@epsm-lille-metropole.fr (J. Di Paolo)

Le programme d'éducation thérapeutique ARSIMED® est indiqué pour les patients souffrant de troubles psychotiques. Il comprend un module destiné aux Familles de ces patients, visant à leur faire acquérir trois habiletés : une connaissance de la maladie et des traitements, une meilleure communication avec leur proche (utilisation d'une méthode basée sur l'écoute et l'empathie [1]), une meilleure gestion de leurs propres pensées et émotions (utilisation d'une méthode basée sur la Pleine Conscience [2]). Depuis 2012, ce module a été suivi par cinq groupes de familles, soit 40 participants. L'objectif est de réaliser une première évaluation de son efficacité en analysant les résultats de questionnaires individuels effectués avant et après avoir suivi la totalité du module (10 séances). Trois outils d'évaluation ont été utilisés : Questionnaire de santé GHQ-28 [3], Questionnaire des facultés de communication inspiré du questionnaire de Cungi [4], Echelle d'acceptation de la maladie et des traitements (auto-évaluation, score de 0 à 10). Les scores des questionnaires GHQ-28 réalisés après les séances ont été statistiquement supérieurs aux scores initiaux ($n=40$, t -Student = 1,88, $p < 0,05$, test unilatéral), même si l'écart moyen est faible (5 points). Il n'y a pas de différence significative concernant les questionnaires de communication. Selon les familles, l'acceptation de la maladie par leur proche a augmenté entre le début (score moyen : 3,9) et la fin (score moyen : 6,1) du programme ($n=31$, t -Student = 4,61, $p < 0,05$, test unilatéral). Une réévaluation des différents questionnaires sera réalisée à distance des séances pour tous les participants ; en effet, des bénéfices supérieurs pourraient être attendus sur un plus long terme car du temps est nécessaire pour l'acquisition des habiletés. D'autre part, les questionnaires seront modifiés afin de mesurer le ressenti des participants sur leur évolution avant et après le programme.

Mots clés Programme d'éducation thérapeutique ; Familles ; Troubles psychotiques

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

Références

- [1] Amador X. Comment faire accepter son traitement au malade. Schizophrénie et troubles bipolaires. Paris: Retz, Collection Savoir-faire psy; 2007.
- [2] Harris R. Passez à l'ACT. Pratique de la thérapie d'acceptation et d'engagement. Carrefour des psychothérapies. De Boeck; 2012.
- [3] Cungi, et al. General Health Questionnaire-28 (GHQ-28); 1998.
- [4] Goldberg, Hillier. Questionnaire sur la communication; 1979. p. 4.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.307>

P118

Conciliation des traitements médicamenteux dans un établissement de santé mentale : évaluation d'une nouvelle organisation

C. Paumier*, J. Di Paolo, A. Pilliez, C. Pollet
EPSM Lille-Métropole, Armentières, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : cpaumier@epsm-lille-metropole.fr (C. Paumier)

Un processus de conciliation des traitements médicamenteux (CTM) a été engagé en novembre 2013 dans plusieurs services de notre établissement de santé mentale : la pharmacie croise les sources d'information disponibles afin de documenter de manière exhaustive le traitement de ville des patients et compare celui-ci à la prescription faite lors de leur admission. Jusqu'à fin 2014, 2 externes effectuaient ce travail depuis la pharmacie, puis depuis début 2015, ils sont présents dans les unités de soins, avec un effectif supplémentaire (4 externes). Suite à ce changement d'organisation, l'efficacité du dispositif a été réévaluée en milieu d'année. En 2014 (12 mois), 178 CTM ont été réalisées ; 143 en 2015 (6 mois). Dix-huit prescriptions au total à l'admission en 2014 présentent au moins une divergence non intentionnelle (DNI) par rapport au traitement habituel du patient (10%) contre 31 en 2015 (22%). Après transmission de l'information au prescripteur, le nombre total de lignes DNI modifiées est de 17 (45%) en 2014 et de 52 en 2015 (93%). Les sources d'information les plus utilisées sont le Dossier Patient Informatisé (2014 et 2015 : 100%), le médecin traitant (2014 : 35,2%, 2015 : 77,6%) et la pharmacie d'officine (2014 : 5,2%, 2015 : 83,2%). La nouvelle organisation a permis de doubler le taux de DNI détectées, grâce notamment à la consultation beaucoup plus fréquente des informations du médecin traitant et de la pharmacie d'officine dont le recueil des coordonnées a pu être systématisé par les externes en pharmacie lors de chaque entrée de patient. L'intégration des externes dans les services a en outre facilité la transmission des DNI aux prescripteurs ce qui a augmenté le taux d'ordonnances modifiées en cas d'erreur. La nouvelle organisation permet donc d'optimiser le processus de CTM et sera poursuivie tant que les externes seront en effectif suffisant.

Mots clés Conciliation des traitements médicamenteux ; Continuité des soins ; Risque médicamenteux

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

Pour en savoir plus

Dufay E. Présentation dans le cadre de la journée organisée par l'OMEDIT Basse-Normandie « Qualité et sécurité des soins liées aux produits de santé : la conciliation des traitements médicamenteux », Jeudi 30 mai 2013, CHU de Caen.

Gabriel-Bordenave C, Colombe M. Mise en place de la conciliation d'entrée à l'EPSM Caen et en gériatrie aiguë au CHU. Présentation dans le cadre de la journée organisée par l'OMEDIT Basse-Normandie « Qualité et sécurité des soins liées aux produits de santé : la conciliation des traitements médicamenteux », Jeudi 30 mai 2013, CHU de Caen.

Alili J.M, Zivkovic D, Alemanni J, Garriguet P, Beauverie P. Mise en place d'une conciliation médicamenteuse dans un hôpital psychiatrique. Cahier de la pharmacie hospitalière 2013. Portail Internet SNPHEU (Syndicat national des pharmaciens praticiens hospitaliers et praticiens hospitaliers universitaires) Projet international High5s de l'OMS-Portail Internet Haute Autorité de santé.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.308>

P119

Medication and aggressiveness in real-world schizophrenia. Results from the FACE-SZ dataset

M. Favez¹, G. Fond^{1,*}, L. Boyer², P.M. Llorca³, A. Pelissolo¹

¹ AP-HP Mondor, Inserm U955 eq 15 DHU Pe-Psy, fondation FondaMental, Créteil, France

² Pôle psychiatrie universitaire, CHU Sainte-Marguerite, fondation FondaMental, Marseille, France

³ CHU de Clermont, université d'Auvergne, fondation Fondamental, Clermont-Ferrand, France

* Corresponding author.

E-mail address: guillaume.fond@gmail.com (G. Fond)

The primary objective of this study was to determine if second generation antipsychotic (SGA) administration was associated with lower aggressiveness scores compared to first generation (FGA). The secondary objective was to determine if antidepressants, mood stabilizers and benzodiazepines administration were respectively associated with lower aggressiveness scores compared to patients who were not administered these medications. 331 patients with schizophrenia ($n = 255$) or schizoaffective disorder ($n = 76$) (mean age = 32.5 years, 75.5 % male gender) were systematically included in the network of FondaMental Expert Center for Schizophrenia and assessed with the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders and validated scales for psychotic symptomatology, insight and compliance. Aggressiveness was measured by the Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ) score. Ongoing psychotropic treatment was recorded. Patients who received SGA had lower BPAQ scores than patients who did not ($p = 0.01$). More specifically, these patients had lower physical and verbal aggression scores. On the contrary, patients who received benzodiazepines had higher BPAQ scores than patients who did not ($p = 0.04$). No significant difference was found between BPAQ scores of patients respectively being administered mood stabilizers (including valproate), antidepressant, and the patients who were not. These results were found independently of socio-demographical variables, psychotic symptomatology, insight, compliance into treatment, daily-administered antipsychotic dose, the way of antipsychotic administration (oral vs long acting), current alcohol disorder and daily cannabis consumption. The results of the present study are in favor of a superior efficacy of second-generation antipsychotics in aggressiveness in patients with schizophrenia, but these results need further investigation in longitudinal studies. Given the potent side effects of benzodiazepines (especially dependency and cognitive impairment) and the results of the present study, their long-term prescription is not recommended in patients with schizophrenia and aggressive behavior.

Keywords Schizophrenia; Violence; Antipsychotic; Aggressiveness; Benzodiazepine

Disclosure of interest The authors declare that they have no competing interest.

Further reading

Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. *J Pers Soc Psychol* 1992;63(3):452–9.

Goedhard LE, Stolker JJ, Heerdink ER, Nijman HLI, Olivier B, Egberts TCG. Pharmacotherapy for the treatment of aggressive behavior in general adult psychiatry: a systematic review. *J Clin Psychiatry*.2006;67(7):1013–24.