

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 dyskinesie 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 dyskinesies 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 dyskinesie 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 dyskinesies 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 dyskinesie iatrogène. En mars, la tétrabénazine est finalement réintroduite face aux dyskinesies 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 dyskinesie 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 ; Dyskinesie 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 Franca*, I. Dufaure-Garé

Institut Phisquare, fondation transplantation, Paris, France

* Auteur correspondant.

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

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

meilleure caractérisation de la réponse au traitement des patients présentant un TAA, susceptible d'orienter le médecin traitant.

Mots clés TAA ; Étifoxine HAM-A ; DMCI ; Modèles prédictifs
Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Cette analyse a été rendue possible grâce au soutien financier des laboratoires Biocodex et à la mise à disposition par le laboratoire des données individuelles des essais.

Pour en savoir plus

Servant D, Graziani PL, Moysse D, Parquet PJ. Traitement du trouble de l'adaptation avec anxiété : évaluation de l'efficacité et de la tolérance de l'éitifoxine par un essai en double aveugle contre produit de référence. *Encéphale* 1998;24(6):569–74.

Nguyen N, Fakra E, Pradel V, Jouve E, Alquier C, Le Guern M-E, et al. Efficacy of etifoxine compared to lorazepam monotherapy in the treatment of patients with adjustment disorders with anxiety: a double-blind controlled study in general practice. *Hum Psychopharmacol* 2006;21(3):139–49.

Stein DJ. Etifoxine versus alprazolam for the treatment of adjustment disorder with anxiety: a randomized controlled trial. *Adv Ther* 2015;32(1):57–68.

Volinsky CT, Raftery AE, Madigan D, Hoeting JA. Bayesian model averaging: a tutorial. *Stat Sci* 1999;14(4):382–417.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.318>

P129

Prévenir les erreurs médicamenteuses : la simulation au service de la psychiatrie

S. Khettar*, C. Cozon, R. Megard

Centre hospitalier Le Vinatier, Bron, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : sophie.khettar@gmail.com (S. Khettar)

Les médicaments représentent la 3^e cause d'évènements indésirables graves dans les établissements de santé [1] français. Les erreurs médicamenteuses (EM), par ailleurs évitables, sont une cause importante de morbidité et de mortalité [2]. Comprendre et analyser l'erreur est essentielle afin d'éviter sa répétition. Ainsi utiliser l'erreur comme outil de formation pour les professionnels de santé paraît particulièrement pertinent. La simulation utilise un environnement réaliste et interactif permettant de mobiliser des compétences techniques et non techniques, et a montré son intérêt dans la réduction du taux d'EM liées à l'administration médicamenteuse [3]. L'objectif est d'adapter au contexte psychiatrique un outil de simulation développé au Centre d'enseignement par simulation en anesthésie réanimation de Grenoble [4]: le « chariot piégé », associant des éléments techniques, environnementaux et contextuels propices à l'EM afin de favoriser la détection d'opportunités d'EM par le personnel infirmier lors de la préparation et l'administration des médicaments. Le dispositif s'intègre dans une formation existante comprenant des éléments théoriques et pratiques sur l'iatrogénie médicamenteuse (prescriptions erronées, retours d'expérience...) afin de développer le savoir, la pratique gestuelle et l'analyse critique des formés. Nous avons créé un scénario dans une fausse salle de soins comprenant une vingtaine d'opportunités d'EM réparties dans le chariot et dans l'environnement. Après un court briefing, l'apprenant reçoit par un facilitateur 2 ordonnances fictives qu'il doit préparer avec le matériel « piégé » à disposition. Lors du débriefing un questionnaire évaluant le nombre de risques d'EM détectés dans la simulation est donné à l'apprenant. L'intérêt de l'outil dans la détection des risques d'EM a été démontré [4]. Il serait intéressant d'évaluer l'impact de notre formation intégrant la simulation, sur le taux d'EM dans l'établissement. Un audit sur l'administration médicamenteuse réalisé à distance auprès des personnels formés et comparé aux mêmes données récoltées en amont de la formation permettra de suivre l'évolution du taux d'EM.

Mots clés Iatrogénie ; Erreurs médicamenteuses ; Prévention ; Formation

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

Références

[1] Michel P, et al. Enquête nationale sur les évènements indésirables graves associés aux soins (ENEIS) observés dans les établissements de santé., 17. Dossier solidarité et santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees); 2010 <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201017.pdf>.

[2] Phillips J, Beam S, Brinkner A, et al. Retrospective analysis of mortalities associated with medication errors. *Am J Health-Syst Pharm* 2001;58:1824–9.

[3] Ford DG, et al. Impact of simulation-based learning on medication error rates in critically ill patients. *Intensive Care Med* 2010;36:1526–31.

[4] Picard M, Bigeard V, Pardo Garcia P, Picard J, et al. « Le chariot piégé » : développement d'un outil de simulation pour prévenir les erreurs médicamenteuses en anesthésie. Paris: SFAR; 2014.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.319>

P130

Rôle du pharmacien dans la sensibilisation des prescripteurs aux contre-indications médicamenteuses avec escitalopram et citalopram

M. Gauton*, A. Egron, C. Rieu, C. Caty-Villa, L. Parneix-Sédiéy
Centre hospitalier de Cadillac, Cadillac, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : marion.gauton@ch-cadillac.fr (M. Gauton)

Suite à la mise en évidence d'un allongement dose-dépendant de l'intervalle QT avec escitalopram/citalopram, de nouvelles recommandations sont émises par l'ANSM en 2011 [1,2]. Les pharmaciens, par le biais des interventions pharmaceutiques [3] (IPs) sensibilisent les médecins à ces préconisations. L'impact sur la prise en charge médicamenteuse des IPs, relevant les associations médicamenteuses contre-indiquées avec ces antidépresseurs, a fait l'objet d'une étude rétrospective de décembre 2013 à juin 2015. Un total de 179 IPs (149 IPs escitalopram/30 IPs citalopram) est recensé avec une majorité de contre-indications (CI) (54,7%). Les médicaments les plus fréquemment associés sont des antipsychotiques (cyamémazine 60,2%, lévomépromazine 11,2%, amisulpride 9,2%). Les médicaments somatiques sont impliqués dans 4,1% des CI. Lorsque les IPs sont acceptées (environ 80%), les choix thérapeutiques sont variables: arrêt du neuroleptique (34,6%), de l'antidépresseur (32%), du médicament à visée somatique (1,3%), des deux médicaments (7,7%) ou diminution posologique d'un médicament (3,9%). Dans 20,5% des cas, les prescripteurs préfèrent maintenir l'association en instaurant un suivi clinique et biologique accru. Les antidépresseurs arrêtés ne sont pas remplacés dans 35,5% des cas et les antipsychotiques dans 54,5% des cas. Lors de la substitution de l'antidépresseur (64,5%), les médicaments prescrits sont principalement la paroxétine (25%) et la venlafaxine (20%). Dans 66,7% des cas, la loxapine substitue l'antipsychotique contre-indiqué. Les IPs permettent de rappeler aux prescripteurs les CI concernant escitalopram/citalopram. Leur impact sur la réévaluation du traitement montre l'intérêt de la collaboration prescripteur-pharmacien pour trouver l'alternative la plus favorable au patient. Le maintien de la CI, désormais éclairé, est justifié par le prescripteur par un état clinique stabilisé. Le pharmacien reste attentif au suivi de ces modifications et de la tolérance clinique si les associations sont conservées.

Mots clés Escitalopram ; Citalopram ; Associations contre-indiquées ; Recommandations ; Interventions pharmaceutiques