

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