

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](mailto:sophie.khettar@gmail.com) (S. Khettar)

Les médicaments représentent la 3<sup>e</sup> 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](mailto: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

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

#### Références

- [1] ANSM. Citalopram (Seropram® et génériques): allongement dose-dépendant de l'intervalle QT. Lettre aux professionnels de santé; 2011.
- [2] ANSM. Escitalopram (Seroplex®) et allongement dose-dépendant de l'intervalle QT. Lettre aux professionnels de santé; 2011.
- [3] Conort O, Bedouch P, Juste M, Augereau L, Charpiat B, Roubille R, et al. Validation d'un outil de codification des interventions de pharmacie clinique. *J Pharm Clin* 2004;23:141–7.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.320>

#### P131

### Adjonction de séances de stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS) à visée potentialisatrice de l'électroconvulsivothérapie (ECT) dans la dépression résistante : à propos de 2 cas

P. Quesada<sup>1,\*</sup>, V. Compère<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Centre hospitalier du Rouvray, Sotteville-lès-Rouen, France

<sup>2</sup> CHU de Rouen, Rouen, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [pierre.quesada@ch-lerouvray.fr](mailto:pierre.quesada@ch-lerouvray.fr) (P. Quesada)

L'épisode dépressif majeur (EDM) : problème de santé publique majeur avec presque 121 millions de personnes affectées dans le monde et une prévalence vie entière de 5 à 15% [1]. Son évolution (20% de chronicisation et 30% de résistance aux anti-dépresseurs) ainsi que ses complications (suicide, dénutrition ou déshydratation) demeurent des enjeux majeurs pour les soignants. L'électroconvulsivothérapie (ECT) : un des traitements les plus efficaces de l'EDM, indiquée en cas de résistance médicamenteuse mais cette réponse est partielle avec 48% de rémission chez les patients présentant une dépression résistante [2]. La stimulation magnétique transcrânienne répétée haute fréquence (HF-rTMS) : thérapeutique instrumentale non invasive ayant prouvée son efficacité dans l'EDM [3]. Les ECT et l'HF-rTMS du cortex préfrontal dorsolatéral gauche (DLPFC) auraient un mode d'action commun. Nous nous sommes intéressés à la possibilité d'utiliser la rTMS afin de potentialiser les ECT.

**Méthodes de stimulation** La rTMS du DLPFC gauche a été réalisée à haute fréquence (20 Hz, 90% du seuil moteur, 20 trains de 2 secondes avec des intertrains de 60 secondes), de manière quotidienne, selon une méthode de repérage visuelle. Les ECT ont été réalisés de manière bitemporale. Une titration a été réalisée afin de définir individuellement le seuil épiléptogène de chaque patient.

**Description des cas** Méthode de repérage visuel « 10–20 ». Le patient 1 était une femme de 27 ans atteinte d'un trouble bipolaire de type 1 diagnostiqué à l'âge de 22 ans. Elle présentait un EDM évoluant depuis 9 mois. Elle était traitée par aripiprazole et lithium, après avoir reçu plusieurs thymorégulateurs et antidépresseurs. Les symptômes étaient un ralentissement psychomoteur majeur, une thymie triste avec pleurs, de l'anxiété et des idées suicidaires. Elle bénéficia de 10 séances de HF-rTMS du DLPFC gauche suivies d'ECT bitemporale. Les idéations suicidaires disparurent et la thymie s'améliora nettement après la troisième séance d'ECT. Initialement à 25 le score de Hamilton diminua à 2 après 5 ECT puis à 0 après 10 ECT. Le patient 2 était une femme de 39 ans souffrant d'une dépression chronique résistante, avec des antécédents de tentatives d'autolyses graves. Son traitement était composé de sertraline, lithium et loxapine. À son admission, elle présentait un ralentissement psychomoteur, une anhédonie, une anxiété, des troubles du sommeil ainsi que des idées suicidaires. Elle reçut

7 séances de HF-rTMS avant les ECT. La patiente fut sortante de l'hôpital après la sixième séance d'ECT. Initialement à 19 le score de Hamilton diminua à 3 après 5 ECT puis à 2 après 10 ECT. Pour les deux patientes, les crises électriques furent plus longues, avec des intensités de stimulation moindre et les améliorations cliniques plus rapides comparés aux autres patients présentant un état clinique et un traitement par ECT similaires, sans effet secondaire notable. Caractéristiques des crises électriques.

**Discussion** La neuro-excitabilité corticale a été étudiée chez des patients présentant un EDM. Plusieurs études ont retrouvé une diminution de l'ICI (inhibition intracorticale) et du CSP (période de silence corticale) au décours de l'EDM, impliquant un rôle probable du système GABAergique dans son ensemble. De plus, la normalisation du taux de GABA préfrontal est associée à la rémission dans l'EDM. L'ensemble de ces résultats est en faveur d'une diminution de la transmission synaptique GABAergique dans la dépression. Des auteurs ont retrouvé une augmentation du taux de GABA cérébral ainsi que de l'activité GABA-B après un traitement par ECT chez l'homme. La rTMS augmente également le CSP et les patients déprimés répondant à l'HF-rTMS du DLPFC gauche (20 Hz) ont un CSP et une ICI augmentées. Les modifications de l'ICI sont corrélées avec l'amélioration du score de HAMD (Hamilton Rating Scale for Depression). Les travaux d'Otis et Mody [4] indiquent que les changements du CSP ne sont détectables qu'après une importante activation de interneurones inhibiteurs, suggérant que l'activation des récepteurs GABA<sub>B</sub> nécessite une exposition prolongée au GABA ou une forte concentration de GABA. La HF-rTMS du DLPFC gauche et les ECT sembleraient donc avoir une activité GABAergique corticale commune avec une majoration du taux cérébral de GABA et des modifications de neuro-excitabilité. On peut s'attendre que la HF-rTMS du DLPFC gauche expose de manière répétée les récepteurs GABA à leur substrat et aurait un rôle d'amorce avant la réalisation d'ECT, permettant une meilleure efficacité du traitement par ECT comme dans le cas de nos deux patients.

**Mots clés** Dépression ; Pharmacorésistance ; Add on ; Electroconvulsivothérapie ; rTMS

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

#### Références

- [1] WHO. Data and statistics [Internet]; 2014. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicablediseases/mental-health/data-and-statistics>. Accessed on 16th July.
- [2] Heijnen WT, Birkenhäger TK, Wierdsma AI, et al. Antidepressant pharmacotherapy failure and response to subsequent electroconvulsive therapy: a meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol* 2010;30(5):616–9.
- [3] George MS, Lisanby SH, Avery D, et al. Daily left prefrontal transcranial magnetic stimulation therapy for major depressive disorder: a sham-controlled randomized trial. *Arch Gen Psychiatry* 2010;76:507–16.
- [4] Otis TS, Mody I. Differential activation of GABA<sub>A</sub> and GABA<sub>B</sub> receptors by spontaneously released transmitter. *J Neurophysiol* 1992;67(1):227–35.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.321>

#### P132

### Prise en charge pharmacologique du syndrome catatonique dans le trouble du spectre autistique : à propos de trois cas cliniques

J. Madigand<sup>1,2,\*</sup>, P. Lebain<sup>1</sup>, P. Ellul<sup>3</sup>, W. Choucha<sup>3</sup>, H. Charignon<sup>1,2,3</sup>, S. Dollfus<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> CHU de Caen, département de psychiatrie, Caen, France

<sup>2</sup> Université de Caen Basse Normandie, CNRS, UMR 6301 ISTCT, ISTS, GIP CYCERON, Caen, France