

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET

DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE SAAD DAHLAB – BLIDA 1–



FACULTE DE MEDECINE

DEPARTEMENT DE PHARMACIE

Thèse d'exercice de fin d'études

Présentée en vue de l'obtention du Diplôme de Docteur en Pharmacie

Le rôle du pharmacien en psychiatrie

Session : septembre 2020

Présentée par :

•HASSAN Asmaâ

•NOUIOUA Fairouz.

•SAHLAOUI Souad.

Encadrée par :

Dr. L.NAMANE : Maitre de conférences A, médecin chef d'unité KAIBICH, EHS
Frantz Fanon de Blida.

Promotion : 2014 – 2020.

Remerciements

Avant tous je remercie Allah qui m'a éclairée le chemin du savoir et qui m'a donnée la volonté et la patience d'achever ce modeste travail et mon grand salut sur le premier éducateur notre prophète Mohamed (que la paix soit sur lui).

Nous tenons d'abord à remercier très chaleureusement notre promotrice **Dr. L.NAMANE** qui nous a permis de bénéficier de son encadrement. Les conseils qu'elle nous a prodigué, la patience, la confiance qu'elle nous a témoignés ont été déterminants dans la réalisation de ce mémoire.

Nous remercions tous les membres du jury d'accepter d'évaluer
notre travail.

Merci également aux différents professeurs qui nous ont formées durant nos six années en pharmacie et dont leur enseignement est resté précieux tout au long de notre cursus universitaire.

À tous les pharmaciens qui ont participé à notre enquête.

À tous nos collègues et amis, qui ont -directement ou indirectement- contribué à la réalisation de ce mémoire.

Merci à tous et à toutes.

Dédicace

Je dédie ce mémoire :

À du plus gentil des papas, qui m'a toujours encouragé, qui m'a aidé à surmonter les difficultés de la vie. A mon cher *ABI*.

À Ma douce et chère mère qui m'a donné le goût de vivre, Et surtout le goût d'apprendre. A ma chère *OMI*.

Ce travail est le fruit de votre très grande patience, me voilà aujourd'hui Docteur en pharmacie. Que dieu vous procure bonne santé et longue vie. « Merci pour les valeurs nobles, l'éducation et le soutien permanent venu de vous ».

À mes chères sœurs, *HADJER, CHAIMAA, IMEN, SALSABIL* et *NOUR ELHOUDA* qui n'ont jamais cessé de prier pour moi, qui ont toujours été à mes côté et m'ont tendu la main dans les moments les plus difficiles. « Merci pour ton soutien matériel et moral ».

À mes très chères et meilleures amies avec qui j'ai passée des moments difficiles et on a partagé la misère et la joie, *FAIROUZ, SOUAD, YOUSRA, SAFAA, NAILA, ZINEB, MERIEM* et *NOUR ELHOUDA* Je vous souhaite merveilleuse voie. « Merci pour vos rires ».

À *ZINEB, AISSA, MUSTAPHA* et *MOKHTAR* qui m'ont accompagné pendant le stage à l'officine. « Merci pour vos encouragements et votre aide ».

À tous ceux qui me sont chers.

Asmaâ

Dédicace

Je dédie ce mémoire :

À mon héros, **PAPA** aucun dédicace ne saurait assez éloquent pour exprimer l'amour et le respect que j'ai pour toi et la fierté d'être ta fille. Ta présence à mes côtés a toujours été ma source de force

À ma reine, **MAMA** quoi que je dise ou je fasse je ne saurai point te remercier comme il se doit. Sans ton support et tes sacrifices je n'y serai jamais arrivée

À mon âme sœur, ma moitié, mon mari **ISLAM**. Merci pour ton soutien, tes encouragements et ton amour

À mon frère **ABDOU**, à mes sœurs **MINA** et **SARA**

À la mémoire de mes chers grand-mères **FATOUM**, **FATOUM** et **MIRA**

À mes amies **MANAL**, **AMINA**, **ASMA**, **ZINEB**, **SAFAA**, **SOUAD**, **YOSRA** et **HOUDA**

Fairouz

Dédicace

Je dédie ce modeste travail accompagné d'un profond amour :

À celle qui m'a arrosé de tendresse et d'espoir, à la source d'amour, à la mère des sentiments fragiles qui m'a béni par ces prières ma mère **BADIA LACHKHEM**

À mon support dans ma vie qui m'a appris m'a supporté et m'a dirigé vers la gloire
mon père **BEAISSA SAHLAOUI**.

À mon trésor qui m'a soutenue tout au long de mes études mon mari **AHMED
GHEMARI**.

À mes chers sœurs et frères : **FATNA, IMAN, ZAINEB, SAFA, HORA, YUCEF** et
MUHAMED.

À mes meilleurs amis **ASMAA, FAIROUZ, SAFA** et **NAILA**

Souad

Tableau des matières

Liste des figures	I
Liste des tableaux	II
Liste d'abréviations	III
GLOSSAIRE	IV
Introduction	V

Partie bibliographique

Chapitre I : Généralités.....	2
I.1 Santé mentale :	3
I.1.1 Le concept de la santé mentale :	3
I.1.2 Déterminants de la santé mentale :	4
I.1.3 La psychiatrie :	4
I.2 Les principaux troubles psychiatriques :	5
I.2.1 La schizophrénie :	5
I.2.2 Troubles dépressifs :	10
I.2.3 Troubles bipolaires :	22
I.2.4 Troubles anxieux et névrotiques :	26
I.3 Les Thérapies en Psychiatrie :	33
I.3.1 Le traitement médicamenteux (les psychotropes):	33
I.3.1.1 Définition :	33
I.3.1.2 Classification des psychotropes :	33
I.3.1.3 Les effets indésirables des psychotropes :	35
I.3.1.4 Syndrome de sevrage, dépendance et abus :	37
I.3.2 Traitement non-médicamenteux :	37
Chapitre II : Le rôle du pharmacien dans l'établissement de la santé.	39
II.1 Pharmacien clinicien :	40
II.1.1 La pharmacie clinique :	40
II.1.1.1 Définition :	40
II.1.1.2 Historique et développement de la pharmacie clinique :	40
II.1.1.3 Exercice de la pharmacie clinique et rôle du pharmacien clinicien en Algérie:	41
II.1.1.4 Iatrogénie médicamenteuse:	42

II.1.1.5	Intérêt clinique et médico-économique :	45
II.1.1.6	En psychiatrie :	46
II.1.2	La conciliation des traitements médicamenteux :	48
II.1.2.1	Définition et objectifs :	48
II.1.2.2	Processus :	49
II.1.2.3	Conciliation en psychiatrie :	55
II.1.3	L'analyse et la validation pharmaceutique des prescriptions médicales : ..	57
II.1.3.1	Définition et objectifs :	57
II.1.3.2	Processus :	57
II.1.3.3	Analyse d'une prescription des médicaments psychotropes :	60
II.1.4	Éducation thérapeutique du patient :	60
II.2	Le pharmacien hospitalier :	61
II.2.1	Quotidien d'un pharmacien hospitalier en psychiatrie :	61
II.2.1.1	L'élaboration des besoins :	62
II.2.1.2	La procédure d'acquisition des produits pharmaceutiques :	62
II.2.1.3	La fonction approvisionnement :	63
II.2.1.4	La distribution aux services de soins :	65
II.2.1.5	La dispensation ambulatoire :	67
II.2.1.6	Les stocks permanents obligatoires :	67
II.2.1.7	Le compte de gestion matière :	67
II.2.1.8	Le registre de la pharmacie ou main-courante :	68
II.2.1.9	Les contrôles à effectuer à chaque niveau du circuit de consommation des produits pharmaceutiques :	69
Chapitre III	Le rôle du pharmacien à l'officine.	71
III.1	Le pharmacien d'officine :	72
III.2	Les différents rôles des officinaux :	73
III.2.1	Rôle du pharmacien d'officine à la pharmacovigilance :	73
III.2.1.1	Définition :	73
III.2.1.2	Naissance de la pharmacovigilance.	74
III.2.1.3	Champ de la pharmacovigilance :	74
III.2.1.4	La participation des officinaux :	75
III.2.1.5	Pharmacovigilance en psychiatrie :	76
III.2.2	Rôle dans la dispensation des médicaments	77

III.2.2.1 Détention, achat et délivrance des médicaments psychotropes :	77
III.2.3 Rôle dans l'éducation thérapeutique :	85
III.2.3.1 Définition :	85
III.2.3.2 Pourquoi l'éducation thérapeutique ?	85
III.2.3.3 Education thérapeutique et psychiatrie	86

Partie pratique

I. Matériels et méthodes	94
II. Présentation et interprétation des résultats :	96
III. Commentaires et Discussions	107
Conclusion :	111
Références bibliographiques	
Annexes	
Résumé	

Liste Des Figures

Figure N°01 : la classification des psychotropes selon Delay et Deniker.....	35
Figure N°02 : Etapes du processus de conciliation d'entrée proactive.....	50
Figure N°03 : Etapes du processus de conciliation d'entrée rétroactive.....	50
Figure N°04 : Etapes du processus de conciliation de sortie.....	55
Figure N°05 : participation des personnels de santé à la déclaration des effets indésirables.....	76
Figure N°06 : Différents étiquetages des substances vénéneuses.....	78
Figure N°07 : Armoire à pharmacie.....	81
Figure N°08 : pictogramme conduite.....	92
Figure N°09 : Pictogramme grossesse.....	92

Liste des tableaux

Tableau N° 01: classification des antidépresseurs.....	17
Tableau N° 02: Définitions succinctes des troubles anxieux.....	28
Tableau N°03 : Correspondances entre névroses, dans l’approche psychanalytique, et troubles anxieux et de la personnalité dans les classifications psychiatriques actuelles.....	29
Tableau N° 04 : Principales indications des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et des médicaments, utilisés séparément ou en association, dans les troubles anxieux.	32
Tableau N°05 : Niveaux d’analyse pharmaceutique, selon la SFPC.....	59
Tableau N°06 : Circonstances de survenue des effets indésirables impliquant une déclaration	73
Tableau N°07 : Classification des substances vénéneuses et leurs caractéristiques.....	79
Tableau N°08 : principaux effets indésirables des psychotropes.....	89
Tableau N°09 : principaux interactions médicamenteuses.....	91

Liste d'abréviations

A

AD: Antidépresseur.

Adr : Adrénaline

APA : American Psychiatric Association

ANSM: Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

ATC: Antidépresseurs tricycliques.

B

BMO : Billon médicamenteux optimisé

C

CHU: Centre hospitalier universitaire.

CTM : Conciliation de traitement médicamenteuse

D

DCI : Dénomination Commune Internationale

DEMS : Diplôme d'études médicales spécialisées.

DNI : Divergence Non Intentionnelle

DP : Dossier pharmaceutique

DSM IV : Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

E

ECT: Electroconvulsivothérapie.

ECS : Entraînement des compétences sociales

EDM: Episode dépressif majeur.

EHS : Etablissements Hospitaliers Spécialisés

EIG : Effet indésirable grave

EIM : Evènement Indésirable Médicamenteux

EM : Erreur médicamenteus

| LISTE D'ABREVIATIONS

ENEIS : Enquêtes Nationales sur les Evénements Indésirables graves associés aux Soins.

ETP: Education thérapeutique.

H

HAS : Haute Autorité de Santé

I

IMAO: Inhibiteurs de la monoamine oxydase.

IP : Intervention pharmaceutique

ISRS: Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine.

ISRSNa : Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine noradrénaline .

M

MAO: Monoamine oxydase.

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

N

NA : Noradrénaline

O

OMA : Ordonnance Médicamenteuse à l'Admission

OMS: Organisation mondiale de la santé.

Q

Qaly : Quality adjusted life year (année de vie pondérée par la qualité)

S

SFPC : Société française de pharmacie clinique

SNC : Système nerveux centrale

T

TCC: Thérapies comportementales et cognitives

TMS: Stimulation magnétique transcrânienne.

TOC : Trouble obsessionnel compulsif.

Introduction

Les troubles mentaux (psychiatriques ou psychologiques) impliquent des perturbations de la pensée, de l'émotion et/ou du comportement. Les effets d'un trouble mental peuvent être temporaires ou de longue durée. Le malade a besoin d'aide pour l'accepter, s'y adapter et apprendre à vivre avec afin d'éviter d'éventuelles séquelles.

La chaîne de suivi du trouble psychiatriques est constituée essentiellement de trois maillons : le médecin, le pharmacien et le patient qui œuvrent en partenariat complémentaire. Cette chaîne lie deux mondes complémentaires différents : celui du professionnel de la santé, riche de ses connaissances et de ses compétences et celui du malade avec sa souffrance, son ignorance et son impuissance, seul, face à sa maladie.

Aujourd'hui, les médicaments psychotropes sont une des réponses thérapeutiques aux troubles psychiques, en complément d'autres moyens thérapeutiques comme les psychothérapies et l'accompagnement social. Mais les médicaments psychotropes, du fait de leurs propriétés psychoactives, peuvent entraîner un risque d'abus ou de dépendance.

Le pharmacien d'établissement exerce en complémentarité avec le pharmacien d'officine afin de couvrir l'ensemble du parcours de soins du patient.

Fortes de ce constat et afin de déterminer le rôle du pharmacien dans la prise en charge, l'éducation et l'accompagnement des malades psychiatriques, nous avons mené une enquête à travers un questionnaire auprès des officines pharmaceutiques de la commune Laghouat.

Ce travail est divisé en quatre parties :

La première de ce travail sera consacrée à la description des troubles mentaux en termes épidémiologiques et physiopathologiques, ainsi qu'à l'étude des différentes stratégies thérapeutiques mises en œuvre.

Une vision globale et actualisée sur ce qui se fait, sur le versant thérapeutique (clinique et hospitalier), dans les établissements de la santé est présentée dans la seconde partie.

Le troisième chapitre est consacré au pharmacien d'officine face à des troubles psychiatriques.

Enfin, les résultats de l'enquête que nous avons menée sont exposés et discutés dans la dernière partie.

Partie Bibliographique

Chapitre I : Généralités

I. Généralités :

I.1 Santé mentale :

I.1.1 Le concept de la santé mentale :

La santé mentale est un droit humain fondamental et constitue une composante essentielle de la santé. Elle est définie comme un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté (1)

La santé mentale fait partie intégrante de la santé, La Constitution de l'OMS définit la santé comme suit : *«La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité»*. Cette définition a pour important corollaire que la santé mentale est davantage que l'absence de troubles ou de handicaps mentaux.

La santé et le bien-être mentaux sont indispensables pour que l'être humain puisse, au niveau individuel et collectif, penser, ressentir, échanger avec les autres, gagner sa vie et profiter de l'existence. C'est pourquoi, la promotion, la protection et le rétablissement de la santé mentale sont des préoccupations centrales pour les personnes, les collectivités et les sociétés partout dans le monde. (2)

Elle représente un enjeu majeur de santé publique et l'Organisation Mondiale de la Santé estime que près de 10% de la population adulte mondiale, soit environ 450 millions de personnes, souffrent de troubles mentaux. Une personne sur quatre dans le monde développera au cours de son existence un trouble mental, quelle qu'en soit la forme.

Les troubles mentaux représentent 7.4% de la charge globale de morbidité et constituent la principale cause d'incapacité dans le monde. Les personnes qui en sont atteintes sont exposées à un risque accru de mortalité prématurée. Les personnes vivant avec des troubles mentaux font souvent l'objet d'exclusion et de stigmatisation de la part de leur entourage, elles sont également plus exposées au risque de suicide que la population générale.

En raison des interruptions de longue durée qu'ils entraînent dans la vie professionnelle, d'une moindre participation à l'emploi et aux activités économiques en général, les troubles mentaux sont à l'origine de coûts économiques importants. La bonne santé mentale est la condition essentielle pour tout progrès humain et social.

Dans ce sens, la promotion de la santé mentale et le bien-être ainsi que le renforcement de la prévention et du traitement de l'abus de substances psychoactives figurent parmi les cibles à atteindre dans le cadre des Objectifs de Développement Durable retenus par les Nations Unis dans l'Agenda 2030 pour le développement durable. (1)

Il existe des stratégies et des interventions intersectorielles d'un bon rapport coût/efficacité pour promouvoir, protéger et recouvrer la santé mentale. (2)

I.1.2 Déterminants de la santé mentale :

La santé mentale est déterminée par une série de facteurs socio-économiques, biologiques et environnementaux.

Les déterminants sociaux et environnementaux de la santé mentale peuvent être considérés comme « *tout simplement des actions réalisées hors du champ spécifique de la santé qui ont une influence bénéfique sur la santé des individus et des populations* ».

L'OMS les définit plus précisément comme « *les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent* », celles-ci dépendant à leur tour des forces politiques, sociales et économiques qui les façonnent. Ainsi, parler des déterminants sociaux de la santé, c'est dépasser le strict point de vue biomédical et considérer la santé en tant que fait social

L'une des nomenclatures intéressantes pour présenter les déterminants sociaux de la santé est celle que proposent Mikkonen et Raphaël : chômage et sécurité d'emploi; emploi et conditions de travail; filet de sécurité sociale; insécurité alimentaire; petite enfance; revenu et répartition du revenu; sexe; éducation; exclusion sociale; handicap; logement; race; services de santé; statut d'Autochtone. En santé mentale, les déterminants tels le revenu, l'habitation, le soutien social, les conditions de travail ainsi que le capital social/inclusion sociale sont particulièrement bien documentés par de multiples études québécoises et internationales, aussi les troubles mentaux peuvent être dus à des causes biologiques, notamment à des facteurs génétiques qui contribuent à des déséquilibres chimiques du cerveau. (2)

I.1.3 La psychiatrie :

La psychiatrie, spécialité médicale consacrée à l'étude et au traitement des maladies mentales, connaît une prodigieuse expansion depuis ces dernières décennies.

Avec le progrès des neurosciences, de la psychopharmacologie et de l'imagerie cérébrale, la recherche des origines de la folie a sans doute beaucoup avancé. Mais elle reste encore partagée entre des courants médicaux organicistes et d'autres qui relèvent de la psychologie dynamique individuelle et sociale.

Le terme lui-même apparaît sous la plume du médecin allemand J.C. Rail en 1802, écrit "psychiatrie", et en France vers 1810, Mais il ne sera guère utilisé avant 1860. Jusque-là, c'est le terme de "médecine aliéniste" qui est généralement utilisé, en référence à l'aliénation mentale et aux aliénés qui en souffrent, terme introduit par P. Pine à la fin du XVIII^{ème} siècle et signant l'introduction de cette nouvelle spécialité médicale qui va prendre en charge ce que l'on appelait jusqu'alors la folie. (3)

I.2 Les principaux troubles psychiatriques :

I.2.1 La schizophrénie :

A. Définition :

Les psychoses sont des troubles qui peuvent se présenter sous de nombreuses formes: paranoïa, bouffée délirante aiguë, schizophrénie... Le point commun entre toutes ces formes est la perte plus ou moins durable et plus ou moins permanente de contact avec la réalité. Les psychoses désignent un ensemble de maladies mentales parmi lesquelles on distingue les psychoses aiguës des psychoses chroniques. Parmi celles-ci figurent principalement le groupe des schizophrénies

Schizophrénie ; terme par lequel Bleuler désigne tous les états mentaux qui présentent comme caractère essentiel la dissociation et la discordance des fonctions psychiques (affectives, intellectuelles et psychomotrices), avec perte de l'unité de la personnalité, rupture du contact avec la réalité et tendance à s'enfermer dans un monde intérieur. L'évolution plus ou moins rapide, souvent par poussées, aboutit parfois à la démence. Bleuler fait de la schizophrénie un syndrome de démence précoce. (4)

Le mot « schizophrénie » a pour étymologie grecque « schizein » signifiant fendre et "phrên" qui se traduit par la pensée. Le premier à avoir utilisé ce terme est un psychiatre suisse, Eugen Bleuler, en 1908. Littéralement, nous pouvons comprendre « esprit fendu ». En effet, Eugen Bleuler a remplacé l'ancien terme, démence précoce, utilisé par Emil Kraepelin pour décrire cette maladie par

schizophrénie, car il n'y avait pas d'évolution systématique vers la détérioration chez les patients atteints. (5)

La schizophrénie est caractérisée par la présence d'une dissociation (intellectuelle, affective et comportementale), d'hallucinations et de délire. En résultent des troubles du comportement importants (bizarrerie et inadaptation du sujet atteint) à l'origine d'un dysfonctionnement social. (6)

La schizophrénie apparaît le plus souvent au début de la vie d'adulte, période où se construisent les bases d'une carrière professionnelle et d'un réseau de relations affectives durables. La maladie entrave cette évolution naturelle, empêche le jeune adulte d'acquérir son indépendance et perturbe souvent le déroulement de ses études. Entre l'apparition des premiers symptômes et la stabilisation du traitement, les schizophrènes perdent fréquemment le contact avec leurs amis, et leurs relations sociales se réduisent. Pourtant, si le diagnostic est posé tôt, les médicaments et les dispositifs de soutien permettent à de nombreux malades de rester autonomes et de mener une vie affective et professionnelle normale. (7)

C'est une trouble mentale grave, qui peut avoir des répercussions dramatiques. Contrairement à ce qui est fréquemment rapporté, la schizophrénie n'est pas un dédoublement de la personnalité. L'OMS classe cette maladie dans le groupe des dix maladies qui entraînent le plus d'invalidité. C'est un facteur majeur de désocialisation et de précarité. (8)

Elle est à l'origine d'un véritable handicap psychique qui se traduit par une participation réduite aux rôles personnels et sociaux. Ces difficultés fonctionnelles rencontrées par les personnes souffrant d'une schizophrénie sont actuellement considérées comme des cibles prioritaires pour les interventions thérapeutiques. Cependant, leur nature est encore mal comprise, même si l'identification des facteurs impliqués fait l'objet d'un nombre croissant de travaux. (9)

La schizophrénie est un trouble très fréquent et ubiquitaire .elle touche en effet 0.3 à 1% de la population dans toutes les régions du globe .toutefois la symptomatologie schizophrénique est très hétérogène et aucune caractéristique n'est fortement spécifique de ce trouble. Le diagnostic de schizophrénie repose donc sur l'association de certains symptômes évocateurs dont la présence doit être observée pendant une durée suffisante. (10)

B. Epidémiologie

La schizophrénie est une maladie qui concerne environ 1% de la population mondiale, Chaque année, 2 nouveaux cas pour 10000 apparaissent ce qui représente près de 3 millions de sujets atteints et 90000 nouveaux cas par an en Europe, L'espérance de vie des patients est en moyenne de 10 ans inférieure à celle de la population générale, 40% des personnes qui en sont atteintes tentent de se suicider et 10 % de toutes les personnes atteintes de schizophrénie mettent fin à leurs jours(11).

Les taux d'incidence de la schizophrénie varient, selon les sites de l'étude de l'OMS, entre 0,10 et 0,70 pour mille avec une valeur médiane pour l'Europe de 0,20 pour mille, en population générale. (12)

En Algérie, on estime à 400 000 le nombre de schizophrènes (13). Selon le Pr Kacha ; chef de service hospitalo-universitaire de la clinique psychiatrique de Chéraga, la schizophrénie est classée au premier rang des troubles psychiatriques en Algérie, deux hommes pour une femme sont touchés par la maladie, cette pathologie occupe 70% des lits d'hospitalisation avec, là aussi, deux lits d'homme pour un lit de femme. (14)

Dans l'immense majorité des cas, la schizophrénie débute entre l'âge de 18 et 28 ans. En général, le début est plus précoce chez les hommes. Ce fait est observé depuis que l'on étudie cette maladie puisqu'il avait déjà été noté par Kraepelin. Une étude récente a montré que 62 % des hommes et 47 % des femmes étaient atteints avant l'âge de 25 ans.

Chez les hommes, on observe un pic entre 20 et 24 ans, un peu plus tardivement chez les femmes, et surtout, pour ces dernières, un deuxième pic après 45 ans. C'est une maladie « ubiquitaire », c'est-à-dire présente sous toutes les latitudes et dans toutes les cultures, elle existe dans le monde entier. Le profil symptomatique et le profil psychopathologique présentent d'étonnantes similitudes dans tous les pays et apparaissent comme indépendants des variations socioculturelles. (15)

C. Formes cliniques :

➤ **Type paranoïde :**

La caractéristique essentielle du type paranoïde de la schizophrénie est la présence des idées délirantes ou des hallucinations auditives prononcées dans un contexte de relative préservation du fonctionnement cognitif et de l'affect.

➤ **Type désorganisé :**

Les caractéristiques essentielles du type désorganisé de la schizophrénie sont un discours désorganisé, un comportement désorganisé, et un affect abrasé ou inapproprié.

➤ **Type catatonique :**

La caractéristique essentielle du type catatonique de la schizophrénie est une perturbation psychomotrice importante, pouvant comporter une immobilité motrice, une activité motrice excessive, un négativisme extrême, un mutisme, des singularités des mouvements volontaires, une écholalie, ou un écho praxie.

➤ **Type indifférencié :**

La caractéristique essentielle du type indifférencié de la schizophrénie est la présence de symptômes qui répondent au critère A de la schizophrénie mais qui ne répondent pas aux critères du type paranoïde, désorganisé ou catatonique. (16)

D. Prise en charge de la schizophrénie :

La prise en charge est multidisciplinaire, incluant un traitement pharmacologique associé à une prise en charge psychothérapique et des mesures de réinsertion sociale, Une hospitalisation est souvent nécessaire notamment dans les formes aiguës.

D-1- Traitement pharmacologique :

✓ **Les neuroleptiques anti-productifs :**

Constituent le traitement de fond, permettant de traiter l'épisode aigu et de prévenir les rechutes. Les recommandations actuelles préconisent, en 1re intention, la prescription d'un neuroleptique atypique, de préférence en monothérapie, pour plusieurs raisons :

- efficacité spécifique des antipsychotiques atypiques, par rapport aux neuroleptiques classiques, sur les symptômes négatifs, cognitifs et affectifs de la schizophrénie.
- efficacité identique sur les symptômes positifs.
- plus faible prévalence des effets secondaires de type extrapyramidal et moins de dyskinésies tardives à 1 an.
- diminution de la tendance au suicide pour la clozapine.
- amélioration de l'observance et du fonctionnement social.

À noter cependant qu'ils ne sont pas dénués d'effets indésirables, les principaux étant les effets métaboliques, la prise de poids et l'allongement du QT. La mise en place d'une surveillance spécifique est donc indispensable.

Les neuroleptiques classiques deviennent peu à peu des traitements de 2e ou de 3e intention, notamment en cas de résistance.

En cas de schizophrénie résistante, il est possible de faire appel à la clozapine, dont les modalités de prescription sont particulièrement réglementées en raison du risque d'agranulocytose.

Quelle que soit la molécule prescrite, il s'agit de traitements à long terme. En effet, les antipsychotiques semblent réduire le risque de rechute, dans la phase stable de la maladie, à moins de 30 % par an, alors que, sans traitement de maintenance, 60 à 70 % des patients rechuteraient à 1 an et 90 % à 2 ans. Ainsi, sur le plan de la durée, les recommandations classiques favorisent un maintien pour au minimum 1 an après un premier épisode, 5 ans après plusieurs épisodes et au très long cours lors de comportements violents ou auto-agressifs.

Cependant, de nombreux auteurs vont dans le sens d'un maintien des traitements au plus long cours avec une négociation extrêmement précise et une explication du rapport bénéfice/risque de l'arrêt au patient lors de la mise en œuvre du plan de traitement.

✓ **Les traitements anxiolytiques :**

Neuroleptiques sédatifs, benzodiazépines ou anxiolytiques non benzodiazépiniques peuvent être prescrits en association au traitement antipsychotique, notamment en début de traitement.

➤ **Les thymorégulateurs :**

Peuvent être prescrits en association aux neuroleptiques dans la prévention des schizophrénies dysthymiques. Une extrême prudence est de rigueur lors de l'association entre certains thymorégulateurs et certains neuroleptiques en raison de la potentialisation du risque d'agranulocytose (ex : association Tégrétol-Leponex).

➤ **Les antidépresseurs :**

Peuvent être prescrits en cas de comorbidité dépressive. Ils doivent être associés au traitement antipsychotique. Les doses prescrites sont, en règle générale, inférieures à celles habituellement utilisées dans le traitement des dépressions. Ce type de prescription doit être réservé aux psychiatres. (6)

D-2- Traitement non pharmacologique :**➤ L'électro convulsivothérapie (ECT) :**

Il s'agit d'un traitement irremplaçable dans un certain nombre d'états schizophréniques aigus que les médicaments seuls n'arrivent pas à apaiser.

L'ECT est une stimulation électrique appliquée sur le cortex cérébral à travers le scalp sous anesthésie générale et curarisation : pendant une fraction de seconde. (17)

➤ Thérapies comportementales et cognitives dans la schizophrénie :

Elles reposent principalement sur l'entraînement des compétences sociales (ECS) et sur la psychothérapie cognitive. L'ECS et la psychothérapie cognitive sont généralement mis en œuvre chez des patients dont le tableau clinique est stabilisé et dont le traitement psychopharmacologique est stable après avoir été réduit à la posologie minimale efficace. (18)

I.2.2 Troubles dépressifs :**A. Définition :**

Le terme de dépression est souvent utilisé en référence à plusieurs types de troubles dépressifs.

L'humeur : d'après J.Delay « *c'est une Disposition fondamentale, riche de toutes instances émotionnelles et instinctive qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur* ». (19)

« Déprimer », étymologiquement, signifie « rabaisser ».

La dépression, est un trouble mental caractérisé par des épisodes de baisse d'humeur (tristesse) accompagnée d'une faible estime de soi et d'une perte de plaisir ou d'intérêt dans des activités habituellement ressenties comme agréables par l'individu.

Cet ensemble de symptômes (syndrome, individualisé et anciennement classifié dans le groupe des troubles de l'humeur par le manuel diagnostique de l'association américaine de psychiatrie).

La dépression est une condition handicapante qui peut retentir sur le sommeil, l'alimentation et la santé en général avec notamment un risque de suicide dans les cas les plus graves (surtout dans la dépression mélancolique), ainsi que sur la famille, la scolarité ou le travail. (20)

La dépression affecte majoritairement la psychologie, soit l'humeur et le comportement, mais elle peut aussi s'exprimer par des troubles physiques. C'est pourquoi une personne dépressive peut être plus vulnérable aux infections, son système immunitaire étant affaibli. (21)

B. Epidémiologie :

Suivant l'Organisation Mondiale de la Santé, la dépression est la deuxième cause d'handicap. Elle se situe au quatrième rang des maladies en termes de coût financier par maladie. Selon les prévisions, en 2020, ce trouble se situera à la seconde place en termes de coût parmi les différentes maladies, quels que soient l'âge et le sexe. Aujourd'hui, il se situe déjà au deuxième rang pour la catégorie d'âge de 15 à 44 ans pour les deux sexes. Le suicide en est l'issue la plus tragique. On compte chaque année au niveau mondial 800 000 morts par suicide.

La dépression peut survenir dans n'importe quelle catégorie socio-professionnelle, à tous les âges, deux fois plus souvent chez la femme que chez l'homme et dans n'importe quelle ethnie.

Chaque année, plus de 350 millions de personnes souffrent de dépression dans le monde et seuls 25 % d'entre elles peuvent avoir accès à des traitements efficaces.

Globalement, les résultats montrent une prévalence de l'épisode dépressif sur un an aux environs de 7 %. La prévalence sur six mois est aux environs de 5 %. Sur la vie entière, cette prévalence est à 15 % : au cours de leur vie 15 % d'entre nous ont été, sont ou seront déprimés.

Ceci ne doit évidemment pas être confondu avec le fait que nous connaissons tous des moments de découragement avec des symptômes dépressifs : la dépression induit une rupture durable dans la vie familiale, affective et sociale.

Certaines données épidémiologiques laissent supposer que la dépression est devenue plus fréquente depuis la seconde guerre mondiale, touchant des individus de plus en plus jeunes. Certains proposent des explications sociales (vie de plus en plus stressante), d'autres avancent des hypothèses génétiques (modification du génome des populations contemporaines).

En réalité, la question reste ouverte. La seule étude (dite de Stirling County et menée aux USA) effectuée à quarante ans d'intervalle (1952, 1970 et 1992) sur une même population avec les mêmes méthodes de diagnostic indique plutôt une

décroissance de la prévalence de la dépression : 5,3 % en 1952, 5,3% en 1970 et 2,9 % en 1992. (22)

C. Formes cliniques

C-1- Formes évolutives : Certains syndromes dépressifs présentent une évolution dans le temps différente de l'épisode dépressif majeur

- **Dépressions brèves récurrentes** : Elles sont caractérisées par leur brièveté, environ 3 jours. Cependant, la sémiologie est complète. Ces épisodes dépressifs sont caractérisés par leurs récurrences (un ou deux accès par mois) et leur sévérité associée à un haut risque suicidaire.
- **Dysthymie et dépression chronique** : La dysthymie ou trouble dysthymique correspond à une humeur dépressive d'intensité modérée et d'évolution subaiguë volontiers supérieure à 2 ans.

La dépression chronique, dont la dysthymie est une forme particulière, correspond à un épisode dépressif dont la durée est supérieure à 2 ans.

- **Dépression saisonnière** : Ce type de dépression est caractérisé par sa récurrence en fonction des saisons : l'épisode débute en octobre ou novembre et dure environ 3 à 4 mois, ce qui correspond à la période hivernale où la luminosité est minimale. Ces épisodes touchent préférentiellement la femme d'âge moyen. Le traitement repose habituellement sur la photothérapie.

C-2- Formes symptomatiques :

✓ **Mélancolie typique** :

L'accès mélancolique réalise une forme prononcée d'état dépressif aigu. Elle est caractérisée par l'intensité de la douleur morale, l'importance du ralentissement psychomoteur, l'asthénie majeure et l'aboulie complète qui peut entraver les actes élémentaires de la vie et aboutir à une incurie.

Le contenu des pensées est foncièrement négatif et le désintérêt total : l'autodépréciation est systématique et sans appel, marquée à un degré de plus par des idées d'autoaccusation ou d'indignité aboutissant à une culpabilité et à un sentiment de honte qui appelle à une punition. Le sujet a souvent la conviction d'être incurable.

✓ **Dépression délirante** :

L'existence d'idées délirantes ou d'hallucinations au cours d'un accès dépressif n'est pas rare et, bien qu'elles ne témoignent aucunement d'une pathologie psychotique sous-jacente, elles constituent un facteur majeur de gravité de l'épisode. Ainsi, les

convictions dépressives négatives donnent naissance à de véritables constructions délirantes. (23)

✓ **Mélancolie stuporeuse :**

Lorsque le ralentissement psychomoteur est d'intensité maximale, l'inhibition aboutit à une immobilité avec mutisme, impossibilité de s'alimenter voire de s'hydrater. Le patient est prostré, le visage figé, les yeux exprimant souvent une angoisse majeure et une douleur morale intense. Cette forme de dépression engage le pronostic vital d'autant que la déshydratation est rapide et le raptus suicidaire possible. Elle nécessite une prise en charge en urgence et un traitement rapide, le plus souvent par électroconvulsivothérapie. (24)

C-3- Formes trompeuses :

✓ **Dépression anxieuse ou agitée :**

Dépression et anxiété sont deux troubles fréquemment associés. Ainsi, les sujets présentant un trouble anxieux ont plus de risque de développer un épisode dépressif.

Cependant, l'existence de symptômes anxieux peut être strictement contemporaine de l'épisode dépressif et s'y limiter. La dépression anxieuse correspond à un syndrome dépressif avéré au cours duquel les manifestations anxieuses dominent le tableau clinique, induisant une sub-agitation, voire une agitation, à la fois motrice et psychique désordonnée. Cette forme est marquée par un risque important de passage à l'acte suicidaire.

✓ **Dépression hostile :**

Dans certaines dépressions prédominent l'irritabilité, la susceptibilité, l'opposition et l'agressivité. Ces aspects caractériels peuvent remplacer l'humeur dépressive, notamment chez l'enfant et l'adolescent, comme le soulignent les critères diagnostiques du DSM IV-TR.

Mais un comportement d'hostilité associé à l'humeur dépressive peut être observé, caractérisant la dépression hostile au sens restreint que l'on retrouve parfois chez le sujet âgé.

✓ **Dépression masquée :**

La dépression est dite masquée lorsque les troubles somatiques participant à sa sémiologie sont prévalent et occultent les signes psychiques dépressifs qui sont discrets : troubles du sommeil, de l'appétit, de la libido ou asthénie. La symptomatologie peut être dominée par des douleurs sans étiologie organique avérée :

céphalées, rachialgies, douleurs abdominales, périnéales ou faciales. Cette forme de dépression pose des difficultés de diagnostic différentiel avec les troubles fonctionnels.

✓ **Dépression mixte :**

Dans le cadre d'un trouble bipolaire, on peut observer des accès au cours desquels s'associent des symptômes hypomaniaques ou maniaques et des symptômes dépressifs. La seule présence d'une humeur dépressive au cours d'un accès maniaque ne permet cependant pas de poser ce diagnostic. C'est la persistance d'une humeur dépressive et d'idées pessimistes et auto dépréciatrices qui permet d'évoquer un épisode mixte.

C-4- Forme en fonction du terrain :

✓ **Dépression du post-partum :**

Il faut différencier le post-partum blues, la dépression du post-partum et la dépression maternelle postnatale.

*Post-partum blues : Il correspond à une dysphorie transitoire qui apparaît entre le 3^e et le 5^e jour après l'accouchement et doit disparaître en quelques jours avec restitution ad integrum. Sa persistance et surtout son aggravation appellent à la vigilance car ils constituent un risque de survenue d'une psychose puerpérale.

* Dépression du post-partum et dépression maternelle postnatale : La dépression du post-partum survient dans le premier mois qui suit l'accouchement (habituellement vers la 3^e semaine). De son côté, la dépression maternelle postnatale (2^e au 12^e mois du post-partum) touche environ 10 % des femmes après l'accouchement et sa sémiologie atypique comprend habituellement une dysphorie anxieuse marquée par une irritabilité et associée à des symptômes dépressifs plutôt modérés.

✓ **Dépression de l'enfant et de l'adolescent :**

Chez l'enfant et l'adolescent, l'humeur dépressive peut être remplacée par une humeur morose et une irritabilité, par ailleurs, une absence de prise de poids en période de croissance est à considérer comme une perte de poids. Plus particulièrement, au cours d'une dépression de l'adolescent, on observe plus fréquemment que chez l'adulte une hypersomnie et une hyperphagie.

✓ Dépression du sujet âgé :

Bien que la prévalence des épisodes dépressifs majeurs soit moindre après 65 ans que chez l'adulte jeune, le médecin est de plus en plus souvent confronté à ce type de trouble, du fait du vieillissement de la population.

En outre, les tentatives de suicide sont plus fréquentes et aboutissent plus souvent au suicide « réussi » en raison d'une intention létale plus forte chez le sujet âgé et d'un terrain plus fragile. (23)

D- La prise en charge de la dépression :

Il s'agit d'une prise en charge complexe, personnalisée, globale, tenant compte des caractéristiques du trouble, des souhaits du patient, de l'existence d'un risque suicidaire et du contexte familial.

Une fois l'EDM diagnostiqué avec certitude, le traitement passe dans la majorité des cas par une prescription médicamenteuse en ambulatoire.

Les recommandations varient en fonction de la sévérité de la dépression :

- Dans les dépressions légères, une psychothérapie est proposée en 1^{ère} intention, les antidépresseurs ne sont pas indiqués dans ce cas.
- Dans les dépressions modérées, le traitement antidépresseur est recommandé en 1^{ère} intention, une psychothérapie pourra être proposée en association.
- Dans les dépressions sévères, le traitement antidépresseur est indispensable. Il sera envisagé en ambulatoire ou en hospitalisation.

***Objectifs de la prise en charge :**

L'objectif du traitement est multiple :

- réduire la durée de l'épisode dépressif et induire une rémission complète
- soulager la souffrance du patient.
- réduire le risque suicidaire.
- réduire le risque de rechutes ou de récurrences

D-1-Thérapeutique médicamenteuse :

Les dysfonctions neurobiologiques sous-tendant la dépression et les modes d'action des antidépresseurs restent mal connues. L'efficacité des antidépresseurs imipraminiques tricycliques a initialement conduit les chercheurs à penser qu'une déficience en monoamines cérébrales (telle la dopamine, la sérotonine et la noradrénaline) serait à l'origine de la dépression et que le traitement antidépresseur

agirait en réparant cette déficience. Les médicaments antidépresseurs sont répartis en 5 classes (tableau I) :

Les imipraminiques (tricycliques ou non) qui inhibent le recaptage présynaptique des neurotransmetteurs (principalement la sérotonine et la noradrénaline) et diminuent la sensibilité des récepteurs postsynaptiques noradrénergiques (down régulation) ;

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) qui inhibent de façon sélective le recaptage présynaptique de la sérotonine.

Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa) qui inhibent de façon sélective le recaptage présynaptique de la sérotonine et de la noradrénaline.

Cette double inhibition n'est pas toujours « synchronisée » et peut dépendre de la dose (par ex. l'effet noradrénergique de la venlafaxine n'apparaît que pour les posologies les plus élevées), les « autres » antidépresseurs (de mécanisme pharmacologique différent).

Les inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO), irréversibles non sélectifs (agissant sur la MAO-A et la MAO-B) ou sélectifs de la MAO-A qui inhibent l'activité enzymatique des monoamine-oxydases entraînant une augmentation synaptique des taux de monoamines cérébrales.

Les imipraminiques sont les antidépresseurs historiques de référence. Les ISRS, IRSNa et les « autres antidépresseurs » sont plus récents, présentent moins de contre-indications et sont généralement mieux tolérés. Ces modes d'actions ne permettent pas d'expliquer les délais d'action des antidépresseurs. Ainsi d'autres mécanismes d'action ont probablement un rôle important dans l'efficacité antidépressive, comme l'action sur l'activation et l'expression de facteurs de transcription et de facteurs neurotrophiques tel le BDNF (Brain Derived Neurotrophic Factor) permettant la survie et la croissance neuronale, la stimulation de la neurogenèse des cellules de l'hippocampe [4] et/ou la correction d'une hypofonctionnalité frontale.(25)

	Augmentation posologique	Augmentation moyenne (mg/j)	Propriétés remarquable
IRSS			
Citaloparm, Séropram*	10 mg/1-2 semaines	10-40	Sédation++
Escitalopram, Séroplex*	10 mg/1-2 semaines	10-20	Sédation++
Fluoxétine, Prozac*	10 mg par 2-3 semaines	10-40	Stimulant
Fluvoxamine, Floxyfral*	50 mg/ semaine	100-200	Sédation+++
Paroxétine, Déroxat*, Divarius*	10 mg par 1-2 semaines	20-40	Sédation++, anxiolytique
Sertraline, Zoloft*	25 mg par 1-2 semaines	50-200	Non sédatif, anxiolytique
IRSNa			
Milnacipran, Ixel*		75-100	
Venlafaxine, Effexor*	37,5-75 mg/ semaine	75-225	Non sédatif, anxiolytique
Principaux ADTC			
Amitriptyline, Laroxyl*	10-25 mg/ semaine	75-150	Sédation+++
Clomipramine, Anafranil*	25-50 mg/ semaine	75-150	Sédation++
Dosulépine, Prothiaden*	25-50 mg/ semaine	75-150	Sédation++
Imipramine, Tofranil*	25-50 mg/ semaine	75-150	Sédation++
Marprotiline, Ludiomil*	25-50 mg/ semaine	75-150	
Trimipramine, Surmontil*	10-25 mg/ semaine	75-150	Sédation+++
Autres			
Miansérine, Athymil*	10-30 mg/ semaine	30-90	Sédation+++
Mirtazapine, Norest*	15 mg/ semaine	14-45	Sédation+++
Tianeptine, Stablon*		37,5	
IMAO			
Iponiazide, Marsilid (non sélectif, irréversible)	25 mg/ semaine	50-100	
Modobémide, Modamine		300-450	

Tableau N° 05: classification des antidépresseurs.

*** Le choix du traitement**

Lors de la prescription d'un antidépresseur (AD) il faut prendre en considération :

- la préférence du patient et du médecin.
- la réponse antérieure à un antidépresseur.
- la sécurité, la tolérance et les effets secondaires anticipés.
- les comorbidités somatiques ou psychiatriques.
- les coûts.
- le choix de l'antidépresseur doit être personnel et introduit progressivement.

Il est recommandé de choisir le mieux toléré et le moins dangereux. Les recommandations actuelles proposent comme choix initial les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine/noradrénaline (ISRN), Ces classes de médicaments ont une efficacité similaire pour le traitement des épisodes dépressifs majeurs et seul le profil des effets indésirables est différent. (26)

Une méta-analyse plus ancienne évaluant l'efficacité des AD de nouvelle génération sur un épisode dépressif majeur a montré que les molécules suivantes ont davantage d'intérêt, même si globalement l'effet des AD est modéré : escitalopram, sertraline, venlafaxine et mirtazapine. La sertraline et l'escitalopram présentent le meilleur profil sur le plan de la tolérance, faisant d'eux le premier choix en MPR. (27)

Les tricycliques (ATC) et les inhibiteurs de monoamine oxydase (IMAO) sont de moins en moins prescrits comme traitement initial au vu de leur profil d'effets secondaires et leur toxicité en cas de surdosage. Ils sont indiqués pour des dépressions de degré sévère ou avec indication spéciale, par exemple lors de syndrome douloureux chronique.

Dans les traitements impliquant un mineur, il est recommandé de demander l'avis d'un pédopsychiatre.

Pour le sujet âgé, l'initiation sera plus progressive (débuter avec la demi-dose initiale adulte) avec un suivi médical plus rapproché, notamment de la tolérance, et la posologie adaptée à la fonction hépatique et rénale.

Un antidépresseur sédatif est préconisé pour une dépression de type anxieux (anxiété, irritabilité, trouble du sommeil) tandis qu'un antidépresseur stimulant est favorisé lors de Dépression inhibée (sommolence, apathie, aboulie, ralentissement psychomoteur).

Pour certaines molécules, le traitement est débuté à faible posologie et les doses sont augmentées graduellement jusqu'au résultat thérapeutique.

La dose cible est très importante car une des premières causes de non-réponse au traitement antidépresseur est une posologie journalière insuffisante.

Il faut souvent attendre 2 à 4 semaines avant de constater les premiers effets bénéfiques du traitement, cependant, on ne peut pas juger réellement de son efficacité avant 4 à 6 semaines. Cette action différée influe beaucoup sur l'abandon du traitement.

En outre, de ce délai d'action, découle une notion importante, celle de la « levée d'inhibition ». Il s'agit d'une période de quelques jours qui peut survenir environ 15 jours après le début du traitement, qui nécessite une attention particulière et impose une surveillance médicale.

Elle correspond au moment où l'efficacité du traitement sur le ralentissement psychomoteur apparaît alors que l'action sur l'humeur reste incomplète et que les idées suicidaires peuvent persister.

C'est une période critique chez certains patients pendant laquelle un risque de passage à l'acte peut être majoré (le risque de décès est rare sous traitement bien surveillé et ne remet pas en cause le rapport bénéfice/risque du traitement antidépresseur). En début de traitement, la prescription d'un traitement sédatif accompagnant celle de l'antidépresseur est assez courante, dans un but à la fois anxiolytique et hypnotique afin de soulager le patient en attendant les effets de l'antidépresseur, et de prévention de la levée d'inhibition.

Ce traitement doit être de courte durée. Les benzodiazépines sont les molécules de choix grâce à leurs propriétés : action contre l'anxiété, action contre l'angoisse, hypnotique relaxation musculaire et anticonvulsivant.

Leur durée de prescription doit être limitée dans le temps (de 8 à 12 semaines) du fait des effets secondaires (sur la mémoire et l'attention en particulier) et du risque de dépendance.

La surveillance en début de traitement est importante afin de confirmer la réponse à la pharmacothérapie, d'évaluer la tolérance au traitement et de renforcer l'observance.

*** Durée du traitement**

Le traitement d'un premier épisode dépressif dure en général de 4 à 6 mois : 6 à 12 semaines de phase d'attaque qui vise la rémission symptomatique ; 16 à 20 semaines de consolidation pour prévenir les rechutes.

Lorsque des symptômes résiduels persistent, le traitement sera poursuivi jusqu'à la rémission complète.

En cas d'épisodes récurrents, un traitement de maintenance peut être envisagé après la phase de consolidation.

***Arrêt du traitement :**

Dans l'existence d'un EDM, l'arrêt du traitement antidépresseur ne peut être envisagé que 6 mois à 1 an après la rémission clinique.

Ceci dans le but de prévenir des risques de rechute ou de récurrence. L'arrêt du traitement est envisagé avec le patient, qui doit être informé des risques de récurrence des symptômes et de syndrome de sevrage.

Ce dernier peut apparaître au cours de la semaine suivant l'arrêt du traitement, pour une durée de 7 jours maximum. Il associe anxiété, irritabilité, troubles du sommeil, vertiges et syndrome pseudo-grippal.

L'arrêt se fait progressivement avec une période de diminution des posologies (généralement de un à six mois) proportionnellement à la durée du traitement.

D-2 - Thérapeutique non médicamenteuse :

***La psychothérapie**

-Psychoéducation :

Dans un premier temps, il est important de discuter avec le patient de son diagnostic, en lui fournissant des explications simplifiées sur les causes neurobiologiques de la dépression, du pronostic, de l'informer et le rassurer sur les moyens thérapeutiques disponibles et leur efficacité.

Cela inclut aussi les effets attendus du traitement médicamenteux, ainsi que les effets indésirables qui peuvent se présenter, surtout en début de traitement et mentionner le délai d'action du médicament. L'implication des proches, après accord du patient, permet de fournir des explications sur la maladie, apporter du soutien psychologique et ainsi réduire les tensions familiales liées à l'incompréhension du vécu du patient déprimé. (28)

-Le traitement psychothérapeutique :

La psychothérapie constitue une part importante du traitement de la dépression et se définit comme une « *thérapeutique des maladies psychiques, des troubles de la personnalité et du comportement par des procédés psychiques, en particulier par le*

moyen de la parole ». Le soutien psychologique est toujours indiqué. Les psychothérapies dites structurées sont indiquées en monothérapies pour les épisodes dépressifs d'intensité légère à modérées et en association au traitement médicamenteux pour les épisodes dépressifs sévères. (29)

***Stimulation cérébrale**

***Electro convulsivothérapie.**

***Stimulation magnétique transcrânienne.**

***Luminothérapie :**

La luminothérapie consiste à s'exposer quotidiennement pendant 30 minutes à une heure, à une lumière artificielle imitant celle du soleil. La lumière pénétrée dans l'œil est transformée en signaux électriques, qui envoyés au cerveau, agissent sur les neurotransmetteurs dont la sérotonine qui régularise l'humeur et gouverne la production de mélatonine, responsable des cycles éveil sommeil. L'efficacité optimale n'apparaît qu'au terme de 2 à 4 semaines de traitement.

Ce caractère antidépresseur de la lumière est mis à profit dans le traitement de la dépression saisonnière, qui constitue sa principale indication. Le traitement débute dès que la luminosité baisse (septembre, octobre) et se poursuit jusqu'au printemps où il est préférable de diminuer graduellement l'exposition.

Elle peut également être utilisée comme traitement adjuvant d'un EDM, notamment pour des symptômes tels que l'hypersomnie, la fatigue et l'hyperphagie.

Cependant, elle nécessite un avis médical spécialisé afin d'en poser l'indication et d'éliminer les contre-indications : pathologies oculaires (glaucome, cataracte, rétine pigmentaire, dégénérescence maculaire), pathologies de peau (photo-allergie, porphyrie cutanée) ou traitements photosensibilisants. (30)

***Phytothérapie :**

Le rôle de la plante dans la dépression était réduit à peu de chose jusqu'à la découverte de l'effet du millepertuis qui a été comparé dans plusieurs études sérieuses aux antidépresseurs classiques (amitryptiline, imipramine). (31)

***Hygiène de vie :**

Un interrogatoire sur le mode de vie et des conseils sur des règles d'hygiène simples sont des alternatives qui devraient être systématiquement considérées car elles interviennent en complément des traitements thérapeutiques.

- Les apports de la nutrition :

Dans la dépression l'équilibre alimentaire est perturbé ; certaines personnes mangent trop, d'autres plus nombreuses manquent d'appétit. Il faut alors s'assurer d'une alimentation équilibrée. De plus, il est conseillé d'éviter l'alcool et autres excitants comme la caféine. Sur l'instant, l'alcool peut en effet donner l'impression de soulager, mais ces effets immédiats sont un piège : il a en fait des effets déresseurs qui sont liés à ses interférences avec le fonctionnement de plusieurs neuromédiateurs.

Il peut alors aggraver une dépression. De plus, sa consommation est vivement déconseillée avec la prise d'antidépresseur car elle majore les effets indésirables du traitement (notamment la sédation) et diminue son efficacité thérapeutique. Pour ce qui est de la caféine, de par son action sur le système nerveux sympathique, elle contribue à l'augmentation du stress. (32)

- Activité physique :

L'activité physique est associée à un meilleur bien-être mental et physique. Des études récentes ont révélé que les personnes en bonne forme physique sont moins vulnérables à la dépression et que, pratiqué de façon régulière, l'exercice peut réduire de façon importante les symptômes de la dépression.

En effet, l'exercice influe sur de nombreux systèmes biologiques, qui se répercute sur notre humeur de plusieurs façons : production d'endorphines (euphorie), diminution des taux de cortisol (diminution du stress), augmentation de l'énergie et à long terme augmentation des taux de sérotonine (amélioration de l'humeur). (33)

La pratique en groupe ou en club peut être intéressante, car elle associe les bienfaits de l'activité physique à ceux de l'échange avec d'autres personnes.

- Sommeil et relaxation :

Le stress, l'anxiété et la dépression ont souvent un effet perturbateur sur le sommeil, qui peut lui-même les aggraver. Les troubles du sommeil constituent une cause et un effet des troubles de l'humeur. Un meilleur équilibre de sommeil doit être recherché. (34)

I.2.3 Troubles bipolaires :***A-Définition :***

Ces troubles de l'humeur ont été baptisés successivement psychose maniaco-dépressive, maladie maniaco-dépressive puis selon les classifications actuelles troubles bipolaires.

Les troubles bipolaires sont caractérisés par la survenue généralement répétée d'épisodes dépressifs, maniaques, hypomanes ou mixtes séparés par des périodes au cours desquelles les sujets sont a priori indemnes de dysfonctionnement psychique majeur. (35)

Elle se traduit par une perte de contrôle extrême dans le comportement, le discours et les pulsions et par l'impossibilité de pouvoir gérer ses émotions.

Elle peut ainsi donner lieu à des troubles anxieux. Les malades connaissent des troubles cognitifs et du sommeil.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) place les troubles bipolaires au 6^e rang mondial des handicaps. Les personnes bipolaires ont une espérance de vie réduite de 10 ans en moyenne par rapport à la population générale, notamment du fait de tentatives de suicide plus fréquentes : 20% des malades non soignés décèdent de cette façon.

Les troubles bipolaires sont malheureusement souvent confondus avec une dépression, ce qui retarde le diagnostic et pénalise les patients. Selon la Fondation Fondamental, il s'écoule en moyenne 10 ans entre un premier épisode et la mise en place d'un traitement adapté. (36)

B-Epidémiologie :

Il s'agit d'une pathologie fréquente dont la prévalence sur la vie entière au sein de la population générale est estimée à environ 1 à 2%. Ce trouble est aussi fréquent chez l'homme que chez la femme. Le diagnostic de trouble bipolaire devra toujours être évoqué face à un épisode dépressif. Il reposera sur la recherche auprès du patient et de sa famille d'une alternance de manies ou d'hypomanies et d'épisodes dépressifs. Cette démarche se justifie d'une part, pour éviter la récurrence des épisodes thymiques et de leurs conséquences et d'autre part, dans la mesure où il existe un traitement préventif des rechutes.

Quelques chiffres permettent appréhender l'importance de cette démarche :

- il se passe en moyenne 8 ans entre le début des troubles et le fait que le diagnostic correct soit posé.
- 73% des patients reçoivent au moins 1 diagnostic incorrect.
- 3 à 5 médecins sont vus avant que le bon diagnostic ne soit posé Malheureusement cela n'est pas sans conséquence : la mortalité est 2,5 fois plus importante que dans la

population générale, et 19% des patients non traités décèdent par suicide (Goodwin et Jamison, 1990).

De plus le risque de désinsertion familiale, sociale et professionnelle augmente avec le retard dans la prise en charge.

C-Formes cliniques :

Les troubles bipolaires sont caractérisés par une vulnérabilité à présenter des fluctuations marquées de l'humeur de manière récurrente. Les caractéristiques des accès et leur évolution dans

Le temps permet de distinguer plusieurs formes cliniques. Cette pathologie est en effet extrêmement hétérogène, cependant chaque patient présente ses propres symptômes qui dans la majeure partie des cas se répèteront à l'identique. Les formes bipolaires sont classiquement classées en trois catégories :

***Le trouble bipolaire de type I :** est le plus typique, il est caractérisé par un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes habituellement accompagnés d'épisodes dépressifs majeurs (le trouble sera qualifié de bipolaire même en l'absence d'épisode dépressif). (35)

***Le trouble bipolaire de type II :** consiste en une alternance d'épisodes hypomaniaques et des épisodes dépressifs récurrents. L'épisode hypomaniaque se caractérise par les mêmes symptômes que l'accès maniaque mais moins intenses avec un retentissement sur le fonctionnement social moins important.

*** Le trouble bipolaire de type III :** présente un virage de l'humeur (manie) consécutif à la prescription d'un antidépresseur, sans vulnérabilité particulière du patient aux épisodes maniaques et dépressifs. (36)

Il existe également des états « frontières » qui sont des formes atténuées de la maladie. Entre dans ce cadre, le trouble cyclothymique définit par l'existence, pendant au moins deux ans, de fluctuations de l'humeur, caractérisées par la présence de symptômes dépressifs alternant avec des symptômes hypomaniaques sans que ces oscillations thymiques puissent répondre aux critères d'un épisode caractérisé. Ce trouble peut évoluer ultérieurement vers un trouble bipolaire de type I ou II, il est fréquemment retrouvé chez les apparentés de patients maniaco-dépressifs. (35)

D- la prise en charge :

Le traitement des troubles bipolaires repose sur le traitement des accès aigus et sur la prévention des rechutes. Si les traitements médicamenteux sont essentiels, il est

indispensable de proposer une aide psychologique adaptée au patient et à son entourage immédiat.

***Traitement des accès dépressifs :**

Les caractéristiques de l'accès dépressif vont guider la conduite à tenir et en premier lieu évaluer la nécessité d'une hospitalisation. Celle-ci se justifiera lors de la présence d'éléments psychotiques et/ou d'un risque suicidaire. Les recommandations actuelles selon l'American Psychiatric Association (APA) pour le traitement des épisodes dépressifs lorsqu'ils surviennent au cours d'un trouble bipolaire sont:

-Initiation du lithium ou d'un autre thymorégulateur, les antidépresseurs doivent être associés à un régulateur de l'humeur en cas d'inefficacité ou encore lorsque le pronostic vital est en jeu l'électroconvulsivothérapie (ECT) peut s'avérer nécessaire.
-Les antidépresseurs de premiers choix sont les inhibiteurs de recapture de la sérotonine en cas de symptômes psychotiques, il peut être nécessaire d'ajouter un antipsychotique. On évitera, chez les patients atteints de troubles bipolaires, les agents tricycliques susceptibles d'induire des virages maniaques ou des cycles rapides.

***Traitement des accès maniaques, hypomaniaques ou mixtes :**

L'accès maniaque justifie la plupart du temps une hospitalisation qui pourra, comme pour l'épisode dépressif, s'effectuer de façon contrainte.

L'entretien s'attachera à retrouver la prise de produits susceptibles de favoriser l'émergence de cet état, tels que les antidépresseurs, les corticoïdes ou les psychostimulants.

Le traitement de référence reste à ce jour le lithium (Téralithe®). Il possède des propriétés curatives propres vis-à-vis des accès maniaques, au même titre que le divalproate ou le valpromide (Depakote® ou Dépamide®) et les antipsychotiques. La carbamazépine (Tégréto®) ou l'oxcarbazépine peuvent également remplacer le lithium ou le valproate. L'adjonction d'une benzodiazépine durant une courte durée peut également être utile inversement les antidépresseurs pouvant déclencher ou aggraver les états maniaques et les états mixtes doivent être arrêtés lors de la survenue d'épisode maniaque. dans les cas plus rares de manies extrêmement sévères, de contre-indication ou de résistance aux traitements précités, le recours à l'électroconvulsivothérapie, qui est également curatif de la manie, peut se justifier.

***Traitement prophylactique des rechutes :**

Le trouble bipolaire étant caractérisé par la récurrence des troubles, le risque de récurrence justifie la mise en œuvre d'un traitement prophylactique. A l'heure actuelle, il est admis que ce traitement peut être débuté dès le premier épisode maniaque ou mixte.

Les recommandations que préconisent l'APA sont :

- le lithium (Téralithe®, Neurolithium®), ou le valproate (Depakote ou Dépamide®) en première intention avec comme alternatives possibles la carbamazépine (Tégrétol®) ou l'oxcarbazépine (Trilepsal®) ou la lamotrigine (Lamicital®).
- la prescription d'un antipsychotique au long cours ne doit pas être systématique et doit être soumise à évaluation. (35)

I.2.4 Troubles anxieux et névrotiques :**A-Définition :**

L'anxiété est une émotion normale et banale, qui peut devenir pathologique dans deux contextes différents :

- En tant que symptôme, dans presque toutes les affections psychiatriques.
 - En tant que diagnostic spécifique, dans ce que l'on nomme les « troubles anxieux ».
- Il s'agit des troubles psychiques les plus répandus dans la population générale. Ils peuvent concerner des personnes de tous âges, mais les jeunes adultes sont les plus touchés. Leur gravité est très variable, allant de formes relativement légères et peu gênantes à des formes très sévères et invalidantes.

En plus de la gêne psychologique et fonctionnelle produite par les pathologies anxieuses, celles-ci constituent des facteurs de risque pour d'autres affections psychiatriques (dépressions et addictions notamment) et somatiques (maladies cardiovasculaires), et induisent des consommations de soins et de médicaments importantes, justifiant un repérage attentif et des traitements adéquats. Dans la description de ces troubles, il faut distinguer trois niveaux :

- Les symptômes de base (émotions anxieuses, pensées anxieuses, comportements anxieux), qui sont des signes pouvant être présents sans gravité chez des sujets normaux, mais qui peuvent devenir pathologiques du fait de leur intensité, de leur répétition, de leur mauvais contrôle ;

- Les diagnostics de troubles anxieux à proprement parler (phobies, troubles obsessionnels compulsifs [TOC], etc.), qui correspondent à des syndromes bien établis sur la base d'un regroupement de symptômes.
- Les troubles névrotiques (névrose d'angoisse, névrose obsessionnelle, etc.), qui correspondent à l'association de symptômes anxieux et de traits de personnalité particuliers supposés être à l'origine des symptômes anxieux, dans la théorie psychanalytique.

B-Épidémiologie :

Les troubles anxieux touchent environ 12 % à 15 % de la population à un moment ou un autre de la vie. Ils concernent deux fois plus les femmes que les hommes, et apparaissent surtout dans l'enfance et au début de l'âge adulte, même si des formes à début tardif, après 50 ou 60 ans, peuvent se rencontrer. La durée des troubles est variable, de quelques mois à de nombreuses années, avec parfois des évolutions continues sans aucune rémission.

Les troubles anxieux les plus fréquents sont les phobies, qui peuvent toucher jusqu'à 10 % de la population, mais chacun des troubles anxieux connaît une prévalence supérieure à 1 %.

C-Formes cliniques :

***Troubles anxieux :** Ce sont des syndromes durables associant émotions, pensées et comportements pathologiques autour d'une anxiété excessive. Le type de trouble anxieux est défini surtout par l'objet de la peur et par les comportements qui en découlent.

On classe les troubles anxieux en sept grandes catégories, résumées dans le (Tableau 2) Plusieurs types de situations doivent alerter le praticien quant à l'existence possible d'un trouble anxieux, parmi lesquels :

Diagnostiques	Définitions
Trouble panique	Répétition d'attaques de panique spontanées avec anxiété anticipatoire (peur d'avoir peur)
Agoraphobie	Peur intense de lieux ou de situations dans lesquelles un malaise ou un incident pourrait survenir et être dangereux, sans sortie ni aide possible
Phobie sociale	Peur intense du regard et du jugement de l'autre, par crainte d'un jugement négatif ou d'une humiliation
Phobie spécifique	Peur intense, mais limitée à une situation précise (animal, sang, objet, environnement, etc.), après élimination d'une agoraphobie et d'une phobie sociale
Trouble obsessionnel Compulsif	Répétition de pensées intrusives considérées comme dangereuses ou coupables (obsessions), et associées à des actes répétitifs (compulsions) visant à réduire les risques ou l'angoisse
Trouble anxieux généralisé	Inquiétudes permanentes vis-à-vis des problèmes pouvant survenir dans l'avenir, sans s'en sentir responsable, avec tension nerveuse continue
État de stress post-traumatique	Angoisses, phobies et reviviscences directement liées à un événement traumatisant grave vécu dans le passé

Tableau N° 06: Définitions succinctes des troubles anxieux.

***Troubles névrotiques :**

Les classifications psychiatriques n'intègrent plus le terme de névrose dans leur nosographie [1]. Il s'agit en effet d'un concept directement issu des théories psychanalytiques freudiennes, qui fait l'hypothèse de mécanismes psychologiques particuliers (refoulement, déplacement, conflits intrapsychiques, etc.) à l'origine des symptômes anxieux ou dépressifs.

Ces mécanismes étant souvent difficiles à objectiver, et n'étant pas présents chez tous les patients, les classifications privilégient la description des troubles, sans hypothèse étiologique générale. Il existe cependant des correspondances assez fortes entre les concepts classiques de névroses et les diagnostics actuels. Dans la théorie psychanalytique, les névroses comportent des symptômes pouvant être ceux des

troubles anxieux, associés à des dysfonctionnements « structurels » correspondant en partie aux définitions des troubles de la personnalité (Tableau 3).

On peut ainsi reconstituer des diagnostics descriptifs, par exemple en associant un TOC à une personnalité obsessionnelle compulsive, ce qui peut se rapprocher de la névrose obsessionnelle. Cependant, un diagnostic de névrose ne peut pas reposer uniquement sur une approche descriptive des symptômes observés, et nécessite une analyse spécifique de phénomènes complexes, abordables au travers d'explorations particulières (entretiens psychanalytiques, tests projectifs, analyses des rêves, etc.). Ces aspects relèvent avant tout de mécanismes psychopathologiques en rapport avec les troubles de la personnalité.

Si la plupart des troubles névrotiques se retrouvent en grande partie dans les pathologies et personnalités anxieuses, la question de l'hystérie doit être traitée à part, car elle ne connaît pas de correspondance directe dans les troubles anxieux. (37)

Nosographie psychanalytique	Troubles anxieux	Troubles de la personnalité associés
Névrose d'anxiété	Trouble panique Agoraphobie Anxiété généralisée	Personnalité évitante
Névrose obsessionnelle	Trouble obsessionnel compulsif	Personnalité obsessionnelle compulsive
Névrose phobique	Phobies spécifiques Phobies sociales Agoraphobie	Personnalité évitante
Névrose traumatique	État de stress post-traumatique	Non décrite
Névrose hystérique	Conversions, troubles somatoformes *	Personnalité histrionique et dépendante

* Ne sont pas classés dans les troubles anxieux.

Tableau N°07 : Correspondances entre névroses, dans l'approche psychanalytique, et troubles anxieux et de la personnalité dans les classifications psychiatriques actuelles.

(37)

D- La prise en charge :

D-1-Traitements médicamenteux :

L'objectif d'un traitement par médicament psychotrope est de soulager la souffrance de la personne et de diminuer les troubles psychiques, afin d'avoir la meilleure vie possible.

Le médecin, psychiatre ou généraliste, après avoir identifié les symptômes d'un trouble psychique, peut prescrire, si besoin, un traitement par psychotrope. Il propose un accompagnement psychologique et médical pendant la durée du traitement (évaluation des effets bénéfiques et surveillance des effets indésirables).

Les anxiolytiques (ou tranquillisants), sont généralement utilisés pour soulager les troubles anxieux, mais aussi les troubles du sommeil.

Les anxiolytiques sont principalement des benzodiazépines. Certains antidépresseurs, des antihistaminiques, des bêtabloquants et certains neuroleptiques sont aussi utilisés pour soulager des troubles anxieux.

Les benzodiazépines ne sont efficaces que sur de courtes durées (4 semaines pour les benzodiazépines hypnotiques et 3 mois pour les benzodiazépines anxiolytiques). Au-delà, leur efficacité disparaît et laisse place aux effets indésirables (troubles de la mémoire chutes, surtout chez les personnes âgées, accidents de la voie publique, risque de démence de type Alzheimer...) et à la dépendance.

D-2- Traitement non médicamenteux :

En fonction des situations, le traitement des troubles anxieux peut comprendre des conseils d'hygiène de vie, de la relaxation, une psychothérapie et/ou un traitement médicamenteux. L'échange avec des personnes ayant les mêmes problèmes peut être d'une grande aide.

***Hygiène de vie :** La diminution de la consommation de café, l'arrêt de la consommation d'alcool et de tabac, ainsi que la pratique régulière d'une activité physique (marche, course, natation ou cyclisme) sont recommandées.

***Relaxation :** Elle améliore le contrôle émotionnel, aide à se déconnecter de son environnement et se concentrer sur soi, permet d'éviter l'accumulation des tensions musculaires et psychologiques. Pour se relaxer il faut s'entraîner à se concentrer en étant détendu musculairement. La relaxation peut être associée à une thérapie comportementale.

***Psychothérapies :** Traitement par des moyens psychologiques, qui se fait par des entretiens réguliers, individuels ou en groupe, avec un psychothérapeute. La durée du traitement varie de quelques mois à quelques années. Peut être pratiquée seule ou associée à d'autres thérapeutiques (ex : médicaments psychotropes). Tous les problèmes de type anxieux peuvent en bénéficier, quelle que soit la souffrance psychique exprimée.

-Thérapies comportementales et cognitives (TCC)

- Thérapie brève, validée scientifiquement, visant à remplacer les idées négatives et les comportements inadaptés par des pensées et des réactions en adéquation avec la réalité.

- En moyenne 10 à 25 séances, individuelles ou de groupe, de 30 à 45 minutes.

-Psychanalyse :

- Fait revenir au niveau conscient des souvenirs refoulés, afin de dénouer les conflits inconscients à l'origine des troubles.

- Dure plusieurs années, à raison de plusieurs séances de 30 à 45 minutes par semaine.

-Psychothérapie psychanalytique :

- Favorise la diminution ou la disparition des symptômes et l'apparition d'une meilleure adaptation.

- Brève (3 à 6 mois), en réponse à des problèmes réactionnels, ou plus longues (2 ou 3 ans), pour retrouver confiance en soi et renforcer les capacités de la personne.

- Psychothérapie de groupe :

- Favorise l'expression des sentiments et des émotions pour augmenter la liberté de la personne. Plusieurs méthodes (psychodrame, groupes de paroles...).

- Dure 1 ou 2 ans, à raison de séances hebdomadaires de 1 à 2 heures. (38)

	Thérapies cognitivocomportementales	Chimiothérapie
Troubles paniques	Relaxation Exposition intéroceptive Restructuration cognitive	Certains antidépresseurs * (escitalopram, venlafaxine LP, paroxétine, citalopram, clomipramine)
Agoraphobie	Désensibilisation, exposition graduée	Aucun (sauf anxiolytiques ponctuels)
Phobies spécifiques	Désensibilisation, exposition graduée	Aucun (sauf anxiolytiques ponctuels)
Phobies sociales	Restructuration cognitive Exposition en groupe Entraînement aux compétences sociales	Paroxétine, venlafaxine LP, escitalopram **
Troubles anxiété généralisée	Relaxation Restructuration cognitive Exposition cognitive Méditation en pleine conscience	Benzodiazépines (1 à 4 semaines) Buspirone Escitalopram, venlafaxine, paroxétine
Troubles obsessionnels compulsifs	Restructuration cognitive Exposition avec prévention de la réponse ritualisée	Antidépresseurs sérotoninergiques (escitalopram, paroxétine, fluoxétine, sertraline, clomipramine)
États de stress post -traumatique	Exposition Restructuration cognitive EMDR	Paroxétine
Autres troubles anxieux Troubles de l'adaptation	Gestion du stress Relaxation Affirmation de soi Méditation en pleine conscience	Benzodiazépines (1 à 4 semaines) Hydroxyzine, étifoxine Propranolol (manifestations fonctionnelles cardiaques à type de tachycardie et de palpitations au cours de situations émotionnelles transitoires)

* Indication : prévention des attaques de panique avec ou sans agoraphobie.

** Indication : trouble anxiété sociale caractérisée lorsqu'il perturbe de manière importante les activités professionnelles ou sociales.

EMDR : eyes movement desensitization and reprocessing.

Tableau N° 08 : Principales indications des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et des médicaments, utilisés séparément ou en association, dans les troubles anxieux. (37)

I.3 Les Thérapies en Psychiatrie :

I.3.1 Le traitement médicamenteux (les psychotropes):

I.3.1.1 Définition :

Les psychotropes comme étant des substances qui agissent sur le psychisme d'un individu en modifiant son fonctionnement mental. C'est la classe de médicaments la plus consommée dans le monde. (39)

De fait les psychotropes sont un groupe hétérogène de substances pharmacologiques dont les points communs sont leurs actions sur le système nerveux central et leur effet constant sur le psychisme. Les psychotropes peuvent stimuler, déprimer ou encore perturber l'activité mentale. Leur usage prolongé crée la pharmacodépendance. (40)

Les psychotropes qui sont susceptibles de conduire à des abus sont soumis à une restriction réglementaire. De fait, ces médicaments sont souvent utilisés pour leur effet sur l'activité mentale dont la conscience, l'humeur et la vigilance selon l'OMS : « *une substance psychoactive s'entend d'une substance qui, lorsqu'elle est ingérée ou administrée, altère les processus mentaux, comme les fonctions cognitives ou l'affect. Cette désignation de même que son équivalent de psychotrope sont les termes les plus neutres et descriptifs qui puissent s'appliquer à toute la catégorie des substances, licites ou non, qui présentent un intérêt pour les politiques de contrôle des drogues* ».

Le terme «psychoactif» n'implique pas forcément une dépendance; il est souvent omis dans le langage courant, par exemple quand il est fait référence à l'«utilisation de drogues» ou à l'«abus de substances».

I.3.1.2 Classification des psychotropes :

La classification des substances psychoactives qui a été généralement adoptée est celle de J. Delay et P. Deniker. Elle est fondée sur les effets dominants au point de vue clinique et expérimental, et distingue trois principaux groupes d'agents : les psycholeptiques, ou sédatifs, les psychoanaleptiques, ou stimulants du tonus mental ; les psychodysleptiques, qui dévient ou perturbent l'activité psychique. (41)

Les "drogues psychotropes" sont distinguées selon leur activité sur le système nerveux central, comme suit :

***Les sédatifs ou psycholeptiques** : Les dépresseurs du système nerveux central ou psycholeptiques sont des psychotropes qui ralentissent les fonctions psychiques en diminuant la vigilance et en déprimant l'activité du cerveau. Le terme de psycholeptique regroupe 16 diverses substances médicamenteuses. En thérapeutique ces médicaments sont utilisés comme adjuvants, en anesthésie générale, anxiolytiques, sédatifs, hypnotiques, analgésiques et antipsychotiques, Sont classés parmi les dépresseurs du SNC (42) :

- Anesthésiques généraux.
- Anxiolytiques, hypnotiques.
- Opiacés.
- Neuroleptiques (antipsychotiques).
- Autres dépresseurs du système nerveux central.

***Les excitants ou psychoanaleptiques** : Les psychoanaleptiques sont des substances psychotropes qui stimulent l'activité mentale. On distingue deux groupes de psychoanaleptiques, les Nooanaleptiques et les thymoanaleptiques :

- Les Nooanaleptiques ou psychostimulants renforcent l'activité intellectuelle et stimulent la vigilance. Ils sont de moins en moins prescrits (amphétamines).
- Les thymoanaleptiques ou antidépresseurs normalisent l'humeur.

***Les substances perturbant de façon diverse le psychisme ou psychodysleptiques** : Les psychodysleptiques sont des substances qui agissent sur le psychisme en provoquant un état hallucinatoire ou délirant. Ces produits sont utilisés par les toxicomanes ; seuls les dérivés de l'opium ont une application en thérapeutique ; ils sont recherchés pour leurs effets :

- Excitants : amphétamines.
- Euphorisants : cannabis, cocaïne, opium, héroïne.
- Hallucinogènes : mescaline, Diéthylamide de l'acide lysergique (LSD).
- Enivrants : alcool, solvants.

***Les régulateurs du psychisme** (les sels de lithium).

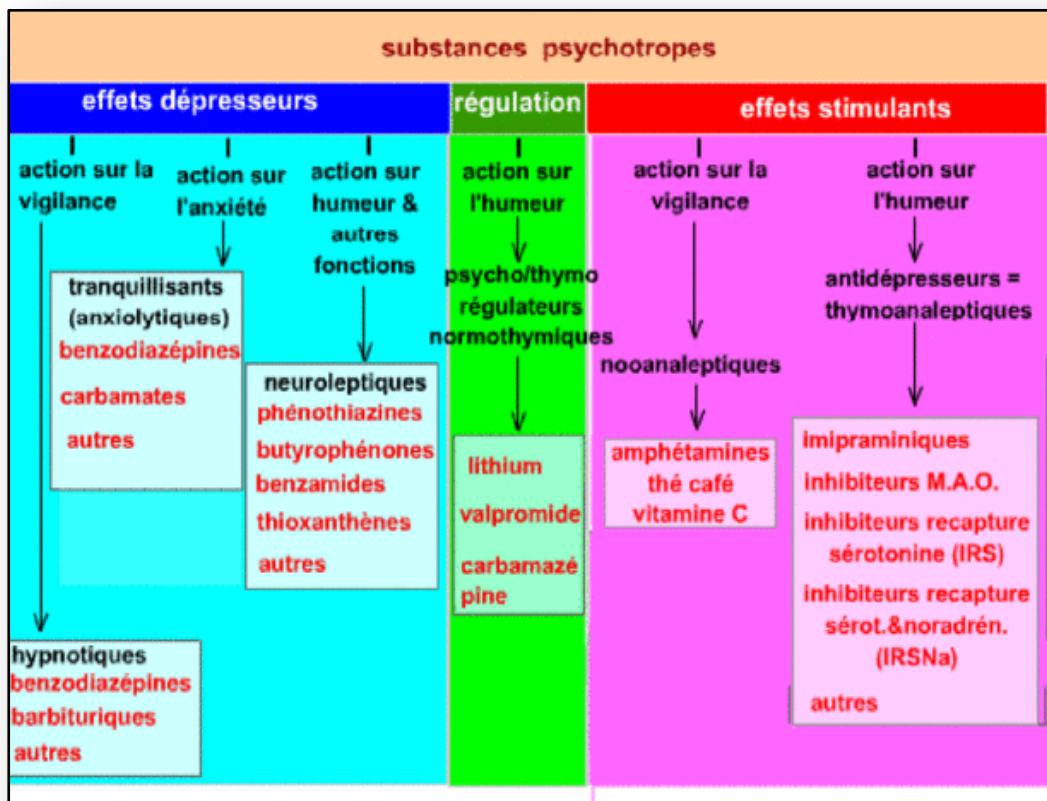


Figure N°01 : la classification des psychotropes selon Delay et Deniker.

1.3.1.3 Les effets indésirables des psychotropes :

A- Les dépresseurs du système nerveux central ou psycholeptiques :

* Anxiolytiques et hypnotiques :

La sédation est un effet observé essentiellement avec les benzodiazépines et l'hydroxyzine.

Elle est fonction de la dose, des caractéristiques pharmacologiques de la molécule et de la susceptibilité du sujet (état physiologique et âge).

Elle emprunte une symptomatologie variée : somnolence diurne, asthénie, impression de faiblesse, sensation vertigineuse. Dans de rares cas, on peut noter une dysarthrie, une ataxie, des difficultés à la marche témoignant le plus souvent d'un surdosage. (43)

*les neuroleptiques :

A/ Les effets indésirables neurologiques :

-Sédation.

-Effet moteurs extrapyramidaux.

- Akathisie.
- Dyskinésies tardives.
- Abaissement du seuil épiléptogène.
- Syndrome confusionnel.

B/ Les effets indésirables de type digestifs et urinaire :

- la diminution de la motilité intestinale.
- les troubles de la déglutition et les fausses routes.
- Sécheresse de la bouche.
- des troubles de la miction avec un risque de rétention aiguë d'urine.
- L'hypertrophie bénigne de la prostate avec dysurie.

C/ Les effets indésirables de type oculaire :

- un risque d'augmentation de la tension intra-oculaire.
- La mydriase.
- apparition de glaucome.

D/ Les effets indésirables de type cardiovasculaires :

- Hypotension orthostatique.
- Troubles cardiaques.
- Accident vasculaire cérébral.

E/ Les effets indésirables de type endocriniens :

- Hyperprolactinémie.
- Prise de poids et effet diabéto-gène.
- Dyslipédimie.

F/ Les effets indésirables de type dermatologique :

- Photosensibilisation.

G/ Les troubles sanguins :

- Agranulocytose avec clozapine (Léponex*).
- Thrombocytopénie, hyperéosinophilie, leucocytose ou leucopénie avec l'olanzapine (Zyprexa*).

H/ Le syndrome malin :

C'est une complication redoutable, mettant en jeu le pronostic vital du malade. (44)

B- Les stimulateurs du système nerveux central ou psychoanaleptique :

***les antidépresseurs :**

Effets indésirables des antidépresseurs tricycliques :

- Neurologiques : tremblements, vertige, sédation, délire somnolence ou insomnie.
- Neurovégétatifs : troubles de la vision, palpitation, tachycardie, rétention urinaire, glaucome, hypotension orthostatique.
- Psychiatrique : état confusionnel.

Effets indésirables des ISRS :

- Neurologiques : syndrome extrapyramidal, agitation, vertige.
- Neurovégétatifs : nausées, gastralgies, céphalées, sécheresse buccale, anorexies.
- Cutanés : hypersensibilité.

I.3.1.4 Syndrome de sevrage, dépendance et abus :

L'usage des produits entraîne peu souvent une tolérance (*c'est-à-dire une gradation du dosage pour compenser la perte d'effet*), et l'arrêt du traitement suscite rarement une sensation de manque qui acculerait le patient à une recherche compulsive du produit. En cela, les médicaments psychotropes ne seraient pas inducteurs de toxicomanie. Toutefois, l'arrêt du traitement occasionne chez certains patients de véritables gênes, tant physiologiques que psychiques, perturbations qui les inclineraient à reprendre leur consommation et à s'enfermer ainsi dans un usage chronique. Ce phénomène, nommé syndrome d'abstinence (ou syndrome de retrait, de sevrage ou encore d'interruption), constitue selon la recherche clinique le critère essentiel de la dépendance aux médicaments psychotropes.

Les symptômes du syndrome de sevrage sont proches de la pathologie ayant motivé la thérapeutique.

Le syndrome de dépendance peut s'appliquer à n'importe quelle substance dès lors que celle-ci peut être abusée ou que le consommateur ne parvient pas à en interrompre l'usage. Les perturbations observées à l'issue du traitement se rapportent à une construction mentale, c'est-à-dire psychologique. On parle alors de « dépendance aux substances sans dépendance physiologique ».

L'abus se traduit par un usage ou un dosage excessif des substances, il est d'autant plus probable lorsque le consommateur exprime un trouble addictif (aux opiacés notamment) ou un trouble de la personnalité (antisociale ou déviante). (45)

I.3.2 Traitement non-médicamenteux :

La résistance thérapeutique aux approches psychopharmacologiques et psychothérapeutiques est une difficulté fréquente, elle est rapportée de façon constante

dans la littérature avec une fréquence de 20 et 30 % concernant les troubles dépressifs. D'autres approches thérapeutiques semblent donc incontournables pour optimiser les soins : les psychothérapies structurées telles que la TCC ou thérapie comportementale et cognitive et les TIP ou thérapie interpersonnel ont montré leur efficacité dans les troubles anxieux et dépressifs, les approches psycho-éducatives améliorent l'observance dans les pathologies chroniques.

Les approches biologiques non médicamenteuses telles que l'ECT ou l'électroconvulsivothérapie restent une thérapeutique de référence dans le traitement des troubles de l'humeur et garde une indication dans les troubles schizophréniques résistants. Plus récemment, l'émergence de différentes techniques innovantes telles que la rTMS ou répétitive Transcranial Magnetic Stimulation, tDCS ou transcranial Direct Current Stimulation, MST ou Magnetic seizure therapy, DBS ou Deep Brain Stimulation, VNS ou Vagus Nerve Stimulation ont fait l'objet de très nombreuses recherches cliniques durant la dernière décennie. Certaines de ces techniques sont désormais validées (rTMS, VNS), d'autres restent expérimentales (tDCS, DBS, MST). L'arrivée de ces nouvelles approches non médicamenteuses va contribuer à faire évoluer la psychiatrie de façon sans doute encore difficile à imaginer pour nous. Nous proposons de faire ici un rapide panoramique de ces approches. (46)

Chapitre II :
Le rôle du pharmacien
dans l'établissement de la
santé.

II. Le rôle du pharmacien dans l'établissement de la santé :

II.1 Pharmacien clinicien :

II.1.1 La pharmacie clinique :

II.1.1.1 Définition :

Dans la dénomination pharmacie clinique, il existe le terme « clinique » qui signifie en grec « lit » c'est donc « la pharmacie au lit du malade ». (47)

Il existe plusieurs définitions mais la première et la plus utilisée est celle Charles Walton de l'université de Kentucky en 1961 qui définit la pharmacie clinique comme étant « l'utilisation optimale du jugement et des connaissances pharmaceutiques et biomédicales du pharmacien dans le but d'améliorer l'efficacité, la sécurité, l'économie et la précision selon lesquelles les médicaments doivent être utilisés dans le traitement des patients ». (48)

En septembre 2016, la Société française de pharmacie clinique (SFPC) a actualisé sa définition pour répondre aux enjeux sociétaux de santé publique. « La pharmacie clinique est une discipline de santé centrée sur le patient, dont l'exercice a pour objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique, à chaque étape du parcours de soins. Pour cela, les actes de pharmacie clinique contribuent à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficience du recours aux produits de santé. Le pharmacien exerce en collaboration avec les autres professionnels impliqués, le patient et ses aidants». (49)

Il s'agit essentiellement de réfléchir à partir d'un cas précis, sur le thérapeutique médicamenteuse et de discuter positivement ou négativement par rapport à une approche cout/efficacité et risque/bénéfice afin d'émettre une opinion pharmaceutique pouvant aider le corps médical à affiner sa thérapeutique médicamenteuse. (48)

Le pharmacien qui se livre à ces activités est appelé **pharmacien clinicien**.

II.1.1.2 Historique et développement de la pharmacie clinique :

Pour bien comprendre l'état d'esprit de la pharmacie clinique, il faut rappeler que cette discipline est :

□ Née aux États-Unis : grâce aux travaux réalisés par trois américains de l'université de Kentucky en 1960 : David Burkholder, Paul Parker et Charles Walton et suite à

l'augmentation des procès auxquels les médecins américains étaient confrontés et impliquant la mauvaise gestion thérapeutique médicamenteuse. (50)

□ En 1975 : elle fut développée au Québec, où elle était essentiellement hospitalière (soins oncologiques). (51)

□ En Angleterre : des études avaient mis en évidence la nécessité d'améliorer la qualité des prescriptions et l'administration des médicaments en termes de prévention d'effets secondaires et d'interactions médicamenteuses, ce qui a conduit au développement d'un nouveau système de prescription et de dispensation ainsi que la présence de pharmaciens dans les services de soins et lors des visites médicales. (52)(53)

□ En 1984 : elle a vu le jour en France où son enseignement est bien développé mais son implication en milieu hospitalier reste faible par rapport aux pays anglo-saxons ; un pharmacien pour 10 à 30 lits aux états unis et en Angleterre alors qu'en France c'est plutôt un pharmacien pour 150 à 200 lits. (54)

□ En Algérie : son enseignement ainsi que son exercice restent très limités jusqu'à présent. Des mémoires de fin d'études (DEMS en pharmacologie, docteur en pharmacie) sont réalisées en pharmacie clinique au niveau de département de Pharmacie d'Alger. Ce n'est qu'en 2018 que la spécialité de pharmacie clinique fut introduite dans le programme de résidanat.

II.1.1.3 Exercice de la pharmacie clinique et rôle du pharmacien clinicien en Algérie:

✓ Cadre réglementaire :

Depuis 2015, La pharmacie clinique est désormais un module enseigné aux étudiants en cinquième année pharmacie en Algérie.

Cette spécialité a été introduite au programme de résidanat en Algérie après la publication de **l'arrêté ministériel numéro 923 le 21 octobre 2018**, avec un poste pour chaque faculté et donc un total de dix postes de premiers pharmaciens cliniciens.

L'enseignement théorique se déroule sur quatre années, au sein des facultés de médecine et l'enseignement pratique, est assuré dans un service hospitalo-universitaire. Il peut aussi être assuré en fonction des moyens humains et matériels au sein des structures de santé publique en rapport avec le programme de formation, sous forme de stage pratiques.

L'avènement de pharmaciens cliniciens en Algérie et l'implantation de services de pharmacie clinique dans les hôpitaux impliquera(55):

□ L'efficacité des traitements, les effets secondaires des médicaments, le taux d'erreurs de médication, la morbidité et la mortalité, la durée de séjour, la compliance médicamenteuse et le bon usage du médicament.

□ La rationalisation des coûts pharmaceutiques, les coûts hospitaliers et les divers coûts indirects.

□ L'amélioration de la qualité de vie, le satisfécit des patients et du personnel médical.

➤ **Missions du pharmacien clinicien en Algérie :**

Le pharmacien clinicien doit intégrer en même temps les propriétés pharmacologiques des médicaments et la physiopathologie des patients, pour pouvoir exercer son rôle. Il doit se situer professionnellement entre le corps médical et le corps infirmier, en respectant le territoire de chacun (47). Ceci dit, étant donné que cette spécialité est nouvelle en Algérie, c'est le pharmacien hospitalier qui assure les missions citées ci-dessous.

- Analyse pharmaceutique des prescriptions médicamenteuses et dispensation des produits pharmaceutiques
- Participation à la visite de service des médecins
- Etablissement de l'historique médicamenteux
- Conseil et éducation thérapeutique du patient
- Contribution à la pharmacovigilance

II.1.1.4 Iatrogénie médicamenteuse:

❖ **Définition :**

l'Organisation Mondiale de la Santé définit en 1969 l'iatrogénie médicamenteuse comme « toute réponse néfaste et non recherchée à un médicament survenant à des doses utilisées chez l'homme à des fins de prophylaxie, de diagnostic et de traitement ».

Le terme iatrogénie provient du grec « iatros » qui signifie médecin et « génos » qui veut dire origine ou causes, donc iatrogénie : qui est provoqué par le médecin (56). L'iatrogénie médicamenteuse désigne les effets indésirables provoqués par les médicaments et ses risques sont trop souvent sous-estimés. Il s'agit par exemple (57):

- Des effets propres des médicaments concernés.
- D'une erreur dans la prise du médicament : mauvais horaire, double dose, etc ...

On peut classer les EIM en deux types :

– les évènements indésirables médicamenteux non évitables : Ils correspondent aux effets indésirables médicamenteux et surviennent dans des conditions normales d'utilisation du produit . Ils sont généralement connus et prévisibles car ils sont liés aux propriétés pharmacologiques du médicament.

– les évènements indésirables médicamenteux évitables : Ils proviennent d'une erreur médicamenteuse (EM). Il s'agit d'un écart par rapport à ce qui aurait dû être fait au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du patient. (58)

❖ Intervention du pharmacien

La réduction de l'iatrogénie médicamenteuse est l'un des principaux objectifs des actions de pharmacie clinique.

De nombreuses études ont mis en évidence les risques associés aux processus de soins en établissements de santé.

Aux Etats-Unis, 6,7 % des patients hospitalisés en 1994 avaient présenté un Evènement Indésirable Médicamenteux (EIM), plaçant ce risque entre la quatrième et la sixième cause de décès. (59)

En France, les enquêtes « ENEIS » (Enquêtes Nationales sur les Evénements Indésirables graves associés aux Soins) ont permis d'estimer l'incidence des Evénements Indésirables Graves (EIG) dans les établissements de santé, leur part d'évitabilité, et d'analyser leurs causes immédiates.

Pour rappel, un EIG se définit comme « un effet indésirable létal, ou susceptible de mettre la vie en danger, ou entraînant une invalidité ou une incapacité importante ou durable, ou provoquant ou prolongeant une hospitalisation, ou se manifestant par une anomalie ou une malformation congénitale » (article R5121-152 du CSP (60)). Les deux enquêtes ENEIS ont été réalisées en 2004 et 2009 par la DRESS (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), selon la même méthodologie. La comparaison des résultats a montré peu de changements en cinq ans (61). Sur la période d'étude de 2009, 374 EIG ont été

identifiés (contre 450 en 2004), dont 214 survenus au cours de l'hospitalisation et 160 à l'origine d'une hospitalisation.

Parmi ces EIG, 177 soit 47 % ont été identifiés comme « évitables ». Il faut noter que 1,6 % des séjours ont été causés par des EIG évitables associés à des produits de santé dont 1,3% liés aux médicaments. Lors de la seconde étude, une analyse économique a également été réalisée. Un impact sur la durée de séjour a ainsi été démontré : en moyenne 8,7 jours de prolongation d'hospitalisation lorsqu'un EIG était survenu pendant le séjour et une prolongation correspondant à la durée totale de l'hospitalisation lorsqu'un EIG en était à l'origine.

Selon Bates et al., un EIM se définit comme « tout dommage résultant de l'utilisation d'un médicament, ou de l'intervention d'un professionnel de santé relative à un médicament ». Les auteurs ont évalué l'incidence et l'évitabilité des EIM (62). Sur la durée de l'étude, 247 EIM et 194 EIM potentiels ont été identifiés, dont 28% ont été jugés évitables. Toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse étaient concernées : prescription, dispensation et administration.

Ils ont également montré que la survenue d'un EIM était corrélée à un allongement de la durée du séjour de 2,2 jours ($p=0,04$) et une augmentation des coûts associés de 3244 \$ ($p=0,04$). (63)

L'iatrogénie médicamenteuse est actuellement une problématique dont les enjeux sont colossaux, aussi bien sur le plan sanitaire qu'économique. Le caractère évitable de certains événements en fait d'autant plus une priorité.

De ce fait, la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse constitue le premier objectif et la première justification du recours à la pharmacie clinique. De nombreuses études ont prouvé l'impact de la pharmacie clinique dans la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse. En tant que spécialiste du médicament, le pharmacien clinicien doit veiller à la sécurité du circuit du médicament afin de réduire les erreurs médicamenteuses et donc prévenir l'iatrogénie médicamenteuse.

Lorsque l'EIM provient d'une EM, il est considéré comme évitable et il peut être réduit par le pharmacien clinicien, participant ainsi à la réduction de la morbi-mortalité liée à l'iatrogénie médicamenteuse. Le pharmacien clinicien doit optimiser l'usage des

médicaments, procéder à l'analyse pharmaceutique des prescriptions, participer à la visite médicale et enfin, conseiller et participer à l'éducation thérapeutique des patients.

Pour les EIM inévitables correspondant aux effets indésirables non dissociables des effets thérapeutiques, une gestion de l'évolution clinique et/ou une notification auprès des centres de pharmacovigilances sont nécessaires. (64)

II.1.1.5 Intérêt clinique et médico-économique :

Outre Atlantique, de nombreux auteurs se sont intéressés à la pharmacie clinique et ont cherché à en évaluer l'impact.

Initialement, la pharmacie clinique s'est développée dans les unités de soins présentant un risque iatrogène élevé, à savoir les unités de soins intensifs et de réanimation (65). Dans ces unités, il a été démontré une réduction d'évènements indésirables et d'erreurs médicamenteuses (66), une diminution de la mortalité, de la durée de séjour (67) et des coûts (66) (67). Bond et al. Ont montré que le nombre d'EIM était plus important dans les établissements de santé sans présence pharmaceutique, ceci associé à un excès de mortalité et une augmentation des dépenses de santé, dont les frais de médicaments (68) (69). Ils se sont également intéressés à l'impact économique de la pharmacie clinique, en démontrant qu'une augmentation du nombre de pharmaciens cliniciens et un développement des activités de pharmacie clinique sont associés à une réduction des coûts, dans les hôpitaux américains. (70)

Deux revues de la littérature ont été réalisées en 1996 et 2003 (71) (72). L'objectif de ces recherches systématiques était de sélectionner les études mesurant l'impact économique des activités de pharmacie clinique. La première revue s'est intéressée aux études publiées entre 1988 et 1995. La majorité des publications retrouvées (89 %) attribuait un bénéfice financier aux activités de Pharmacie clinique. Pour sept études, un rapport bénéfice/coût a pu être calculé. Il s'est révélé positif pour les sept publications [1,08 ; 75,84] avec une valeur moyenne de 16,70, soit pour 1 \$ investi dans les activités de pharmacie clinique, une réduction des coûts de 16,70 \$. Lors de la seconde recherche, réalisée à partir des données publiées entre 1996 et 2000, ce rapport était également positif dans les seize études pour lesquelles il a été calculé [1,7 ; 17], avec une valeur médiane de 4,68.

Plus récemment, l'ACCP (American College of Clinical Pharmacy) a réalisé une recherche similaire portant sur les publications de 2001 à 2005 (73). Parmi les études pour

lesquelles une analyse économique a été réalisée (n=45), un bénéfice économique était observé dans 69% d'entre elles.

Pour les quinze études proposant les données nécessaires pour déterminer le rapport bénéfice/coût,

Ce dernier s'est révélé positif dans 100 % des cas. Une valeur médiane de 4,81 a été obtenue. Sur la base des résultats de ces études, les auteurs ont ainsi montré un retour sur investissement de la pharmacie clinique, significatif. Néanmoins, malgré une amélioration des modèles d'étude en termes de rigueur depuis les années 80 et 90, les auteurs évoquent encore la nécessité de perfectionner les méthodes d'évaluation de l'impact économique.

Les activités de pharmacie clinique présentent donc un intérêt à la fois clinique et médico-économique. Les objectifs et les bénéfices attendus sont individuels (diminution du risque iatrogène chez le patient) et collectifs (coûts évités pour la société). L'Europe et la France présentent un retard considérable dans la mise en œuvre de ces activités comparativement à d'autres pays comme le Canada ou encore les Etats-Unis. Néanmoins, bien qu'il existe de grandes disparités au sein des établissements français en matière de mise en œuvre, la pratique de la pharmacie clinique se développe largement dans notre pays. La création, il y a 30 ans, de la SFPC a permis de promouvoir ces activités, par des moyens de formation et d'information. Une dynamique récente à l'initiative des instances sanitaires est également en route. La DGOS incite notamment les établissements de santé à se former à la pratique de la CTM afin de développer cette activité. (74)

II.1.1.6 En psychiatrie :

Pour rappel, les activités de pharmacie clinique se sont initialement développées dans les services de soins intensifs, puis leur pratique s'est secondairement élargie aux services de MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique). Elles ont également toute leur place dans les unités de psychiatrie. En effet, une comorbidité plus élevée et une mortalité accrue ont été retrouvées chez les patients présentant un trouble psychiatrique, qui plus est, chez les patients âgés. (75)

La comorbidité est souvent à l'origine d'une polymédication, majorant le risque d'interaction médicamenteuse. De plus, de nombreuses thérapeutiques utilisées en psychiatrie présentent une marge thérapeutique étroite nécessitant une surveillance rapprochée. Enfin, une faible adhérence au traitement est souvent présente dans cette population. (76)

Une revue de la littérature effectuée en 1996 et portant sur 12 études (publiées entre 1966 et 1995) a mis en évidence la contribution des pharmaciens cliniciens à l'amélioration de la qualité des soins des patients hospitalisés en psychiatrie (77) par :

- l'optimisation thérapeutique (diminution du nombre de médicaments prescrits, orientation vers certaines molécules).
- La diminution du nombre d'effets indésirables médicamenteux.
- Les bénéfices cliniques rapportés par les patients et les professionnels de santé.
- La diminution du nombre d'hospitalisations et du taux de ré-hospitalisations.
- La réduction des coûts.

En 1997, une étude prospective australienne a analysé les IP réalisées pendant 6 mois dans un service de soins psychiatrique (78). Sur les 204 interventions, 91,7 % ont été acceptées par le personnel médical et dans 20,3 % des cas, elles ont été jugées d'importance majeure. Plus récemment, en 2003, une nouvelle revue systématique des études évaluant l'impact des activités pharmaceutiques dans les unités de soins spécialisées en santé mentale a été réalisée (79). Les 16 études identifiées (publiées entre 1972 et 2003) montraient toutes un impact positif de ces activités (surveillance des traitements, recommandations, conseils aux patients et aux professionnels de santé). Enfin, une publication récente a montré que les interventions du pharmacien clinicien en psychiatrie permettaient une réduction moyenne des coûts de 5813 \$ par patient et par an. (80)

D'autre part, lors de l'admission de patients souffrant de pathologie psychiatrique, l'obtention d'un historique médicamenteux exhaustif peut parfois s'avérer difficile : décompensation de la pathologie psychiatrique, troubles cognitifs... (76). Morcos et al. ont mis en évidence des divergences aux points de transition en psychiatrie (81) : divergence à l'admission chez 69 % des patients et lors de la sortie chez 43 % d'entre eux. De plus, il semblerait que les médecins spécialistes portent une attention plus particulière aux médicaments relatifs à leur spécialité. Le psychiatre accorderait ainsi une moindre importance aux médicaments somatiques. (82)

L'étude de Brownlie et al. a évalué l'impact de la mise en place de la CTM dans un service de psychiatrie (83). Des DNI ont été retrouvées chez 56,2 % des patients conciliés, avec en moyenne 1,5 divergence par patient. La DNI la plus fréquente était l'omission. Enfin,

les associations les plus fortes retrouvées étaient divergence/âge et divergence/nombre de lignes de traitement. L'activité de CTM a donc toute sa place dans les unités de psychiatrie.

L'analyse pharmaceutique des prescriptions médicales permet également de prévenir les erreurs médicamenteuses en psychiatrie. La SFPC a analysé les IP enregistrées dans l'outil Act-IP® entre 2006 et 2009 (84). Dans les établissements psychiatriques, 60,2 % des interventions réalisées lors de l'analyse pharmaceutique ont été acceptées par les prescripteurs. La collaboration psychiatre-pharmacien est reconnue et doit être développée. (85). La pharmacie clinique en psychiatrie apporte une plus-value non négligeable en termes de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient et de réduction des coûts. Il est nécessaire que la pratique soit adaptée à la spécialité : profil de patient différent, particularités des thérapeutiques médicamenteuses, spécialisation de la prise en charge (frontière entre la prise en charge psychiatrique et somatique), etc.

II.1.2 La conciliation des traitements médicamenteux :

II.1.2.1 Définition et objectifs :

La définition de la CTM, validée par la Haute Autorité de Santé (HAS), est la suivante : « Processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri-professionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts ». Elle est aussi appelée «conciliation médicamenteuse ».

Elle peut être réalisée à l'entrée du patient à l'hôpital : c'est la conciliation d'entrée. Elle peut également être faite lors du transfert ou de la sortie du patient : on parle alors de conciliation de sortie.

Selon la SFPC, les objectifs du processus de conciliation médicamenteuse sont (86) :

- la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient à son admission en établissement de santé ou médico-social par la prévention ou par l'interception et la correction des erreurs médicamenteuses détectées grâce à la conciliation. La conséquence majeure est l'évitement de la survenue d'évènements indésirables graves :

- la contribution à la maîtrise des dépenses de santé par la diminution des coûts de prise en charge des événements indésirables médicamenteux qui sont associés à la mise en œuvre de traitement correcteur et/ou à la ré-hospitalisation non programmée des patients. Ainsi, elle vise la suppression des points critiques dans le parcours de soins du patient par :
 - une meilleure coordination de la prise en charge médicamenteuse entre les professionnels de ville en lien avec ceux de l'hôpital par la diffusion partagée des informations sur les traitements des patients
 - une prise en charge médicamenteuse plus performante quand sont associés, notamment dans le cadre du développement de la pharmacie clinique, à la conciliation l'analyse pharmaceutique des traitements, la gestion des médicaments du domicile apportés par le patient, la contribution à la révision, l'accompagnement du projet thérapeutique global et l'ETP.

La CTM contribue à sécuriser la prise en charge médicamenteuse et à réduire le risque d'iatrogénie médicamenteuse.

II.1.2.2 Processus :

A/Conciliation des traitements médicamenteux à l'admission :

Il existe 2 modes de conciliation :

- ✓ **la conciliation proactive:** le bilan des médicaments habituellement pris par le patient est réalisé **avant** la rédaction de la première ordonnance hospitalière à l'admission. Le médecin peut ainsi en tenir compte dans sa première prescription. La conciliation proactive permet de prévenir la survenue d'erreur médicamenteuse.

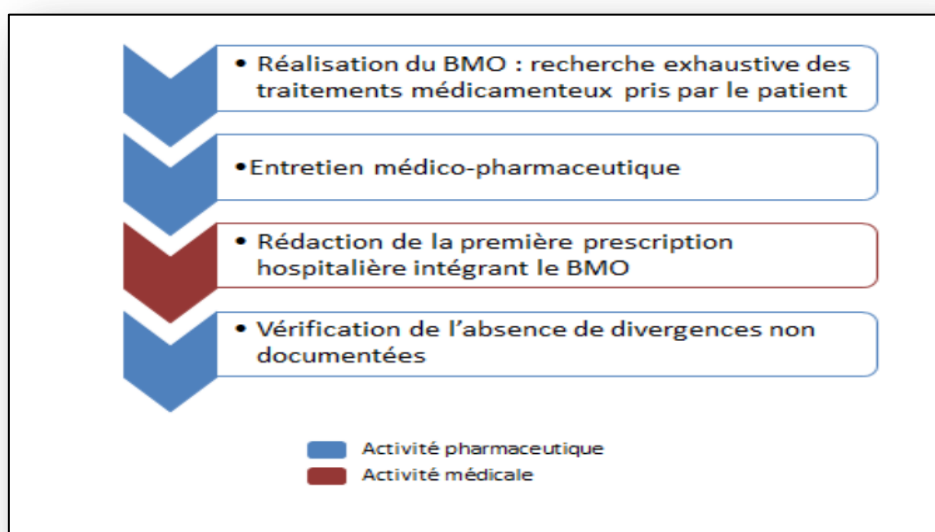


Figure N° 02 : Etapes du processus de conciliation d'entrée proactive

- **la conciliation rétroactive** : le bilan des médicaments habituellement pris par le patient est réalisé **après** la première ordonnance hospitalière. C'est le cas le plus fréquent. Elle permet de détecter et de corriger d'éventuelles divergences entre le bilan des médicaments réalisé à l'entrée et l'ordonnance hospitalière. L'intérêt est alors l'interception précoce des erreurs médicamenteuses.

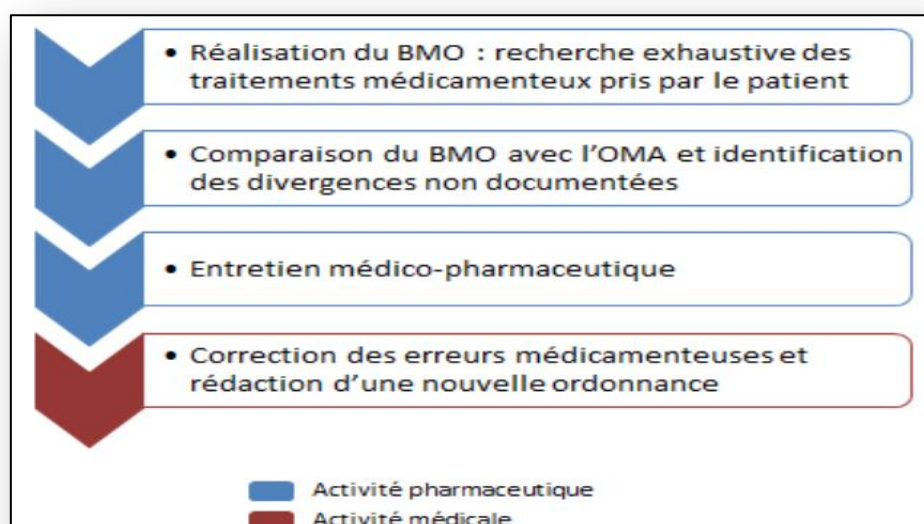


Figure N° 03 : Etapes du processus de conciliation d'entrée rétroactive.

La conciliation d'entrée consiste tout d'abord à identifier la liste exacte des médicaments pris par le patient avant son hospitalisation, c'est ce que l'on appelle le Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO). Puis, on compare cette liste à la prescription hospitalière (appelée Ordonnance Médicamenteuse à l'Admission ou OMA) afin de mettre en évidence d'éventuelles divergences.

L'analyse de ces divergences pourra engendrer une modification de la prescription hospitalière par le médecin.

La conciliation d'entrée comprend 4 étapes :

- L'élaboration du BMO,
- La comparaison du BMO avec l'OMA,
- l'analyse des divergences,(Cette étape est réalisée par le pharmacien ou l'interne en pharmacie.)
- La modification de la prescription.

➤ **Bilan Médicamenteux Optimisé :**

Le Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO) est une démarche permettant de recenser de manière exhaustive les traitements médicamenteux pris par le patient juste avant l'hospitalisation. Cette liste concerne les traitements prescrits par les médecins généralistes et spécialistes, ainsi que les médicaments pris par le patient en automédication. Elle peut être complétée par d'éventuels produits de santé tels que des produits diététiques, des produits de phytothérapie, des dispositifs médicaux, des vitamines, etc. Il est nécessaire de connaître, pour chaque ligne de prescription, le nom commercial du médicament ou la Dénomination Commune Internationale (DCI), le dosage, la posologie (dose, rythme et horaires), la forme galénique et la voie d'administration. Selon les recommandations de la HAS (87), un minimum de trois sources d'information est nécessaire « pour assurer une bonne robustesse » du processus, parmi :

- le patient ;
- son entourage (famille et aidants) ;
- le médecin traitant et les médecins spécialistes du patient ;

- les professionnels libéraux (Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)...);
- la ou les pharmacie(s) d'officine récemment fréquentée(s);
- les ordonnances récentes et les médicaments apportés par le patient;
- le dossier médical ou les comptes rendus d'hospitalisation;
- le Dossier Pharmaceutique (DP), etc.

L'utilisation du DP dans les PUI est possible depuis le décret n° 2012-1131 du 5 octobre 2012 relatif à la consultation et à l'alimentation du dossier pharmaceutique par les pharmaciens exerçant dans les pharmacies à usage intérieur. (88)

Cette étape est également l'occasion de rechercher les éventuelles allergies ou intolérances médicamenteuses du patient et d'évaluer son observance au traitement.

Le recueil de ces données peut être réalisé par tous les professionnels de santé participant à la prise en charge du patient : pharmacien ou médecin (praticien, interne ou externe), chirurgien-dentiste, préparateur en pharmacie, IDE, sage-femme, etc. La HAS recommande de confier la validation du BMO à un pharmacien. Néanmoins, elle peut être faite par tout prescripteur.

➤ **Ordonnance Médicamenteuse à l'Admission :**

L'Ordonnance Médicamenteuse à l'Admission (OMA) est la première ordonnance rédigée par le médecin en charge du patient, lors de son admission.

➤ **Comparaison BMO et OMA :**

La comparaison du BMO et de l'OMA a pour objectif l'identification d'éventuelles divergences, qu'elles concernent la molécule, la posologie, le dosage ou les modalités d'administration. Chaque DND, divergence non signalée dans le dossier médical, doit être analysée en collaboration avec le prescripteur. On distingue alors :

- les Divergences Intentionnelles (DI), qui, bien qu'elles n'aient pas été renseignées dans le dossier médical du patient, sont volontaires. La modification du traitement et la raison de la modification doivent être documentées par le prescripteur, afin d'éviter tout risque d'erreur médicamenteuse future.

- les Divergences Non Intentionnelles (DNI), réalisées involontairement par le prescripteur. Elles doivent être rectifiées sur la prescription, au risque de conduire à un EIM. Il peut s'agir d'un oubli de prescription, d'un ajout ou d'une modification de traitement.

Les deux figures suivantes présentent de manière synthétique les différentes étapes des processus de CTM d'entrée, proactive et rétroactive.

B/Conciliation des traitements médicamenteux de sortie :

La conciliation de sortie permet de garantir la continuité de la prescription médicamenteuse lors du retour du patient hospitalisé à son domicile.

Elle comprend 2 étapes :

-la comparaison de l'ordonnance médicamenteuse de sortie (OMS) avec les traitements devant être poursuivis après l'hospitalisation

-la transmission de modifications de traitements au patient et aux professionnels de santé de ville

➤ Comparaison de l'Ordonnance Médicamenteuse de Sortie avec le BMO :

Après s'être assuré de la concordance de l'Ordonnance Médicamenteuse de Sortie (OMS) avec la dernière prescription hospitalière réalisée, il convient de comparer l'ordonnance avec le traitement initial du patient (BMO). Cette étape permet d'identifier les évolutions de traitements réalisées au cours du séjour et les éventuelles divergences non intentionnelles, de la même manière que lors de l'admission.

La contrainte des marchés publics impose souvent, à l'admission du patient, la substitution de certains traitements par des médicaments référencés au livret thérapeutique (équivalences génériques ou thérapeutiques). Pour une meilleure observance et une meilleure continuité du traitement, il est préférable de prescrire sur l'ordonnance de sortie les médicaments initialement pris par le patient, s'ils n'ont pas fait l'objet d'une modification.

➤ **Fiche de liaison des traitements médicamenteux :**

La fiche de liaison des traitements médicamenteux répertorie les traitements pris par le patient avant son admission et ceux prescrits sur l'ordonnance de sortie. Elle comprend également la justification des modifications de traitements.

Elle est transmise aux professionnels de santé libéraux, acteurs de la prise en charge du patient après sa sortie d'hospitalisation : médecin généraliste, médecins spécialistes, pharmacien d'officine, IDE libéraux.

Dans le cas d'un transfert, la fiche de liaison est transmise aux professionnels de santé qui assureront la suite de la prise en charge du patient, dans le futur établissement de soins.

➤ **Plan de prise et entretien patient :**

L'entretien avec le patient sortant permet de lui transmettre les informations concernant les modifications de traitement réalisées au cours de l'hospitalisation. Il est également l'occasion de lui apporter des conseils de prise nécessaires au bon usage des médicaments et sources d'une meilleure observance. Enfin, il est possible d'orienter le patient vers un programme d'ETP adapté.

Lorsque les traitements sont gérés par les aidants, le plan de prise représente également une aide pour la préparation des unités de prises. En effet, le plan de prise se veut plus accessible que l'ordonnance destinée initialement aux professionnels de santé, celle-ci étant parfois difficilement lisible et/ou compréhensible

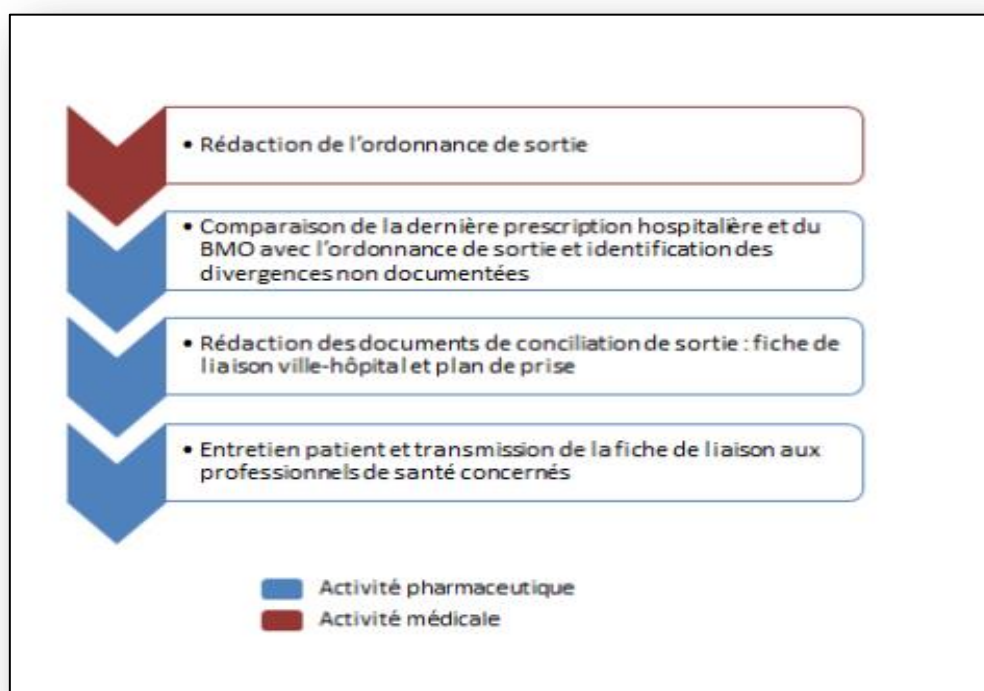


Figure N°04 : Etapes du processus de conciliation de sortie.

II.1.2.3 Conciliation en psychiatrie :

Les patients ayant des pathologies psychiatriques sont à haut risque de rechutes et donc de ré-hospitalisations. On remarque qu'un défaut d'observance est en cause dans près de 4 rechutes sur 10 (89). Plusieurs études rapportent que 16 à 80% des patients atteints de schizophrénie ne sont pas observant concernant leur traitement médicamenteux. (90)

L'opposition au traitement médicamenteux, le déni de la maladie, la peur des effets indésirables, les problèmes d'accès au traitement et la stigmatisation sont les causes les plus souvent exprimées par les patients schizophrènes pour justifier leur problème d'observance au traitement. Les patients schizophrènes évoquent certaines raisons comme étant des facteurs de bonne observance : les bénéfices quotidiens ressentis, le respect de l'autorité, la croyance en l'efficacité du traitement, la peur de la ré-hospitalisation, la prévention des rechutes, la volonté de remplir ses objectifs de vie ainsi qu'une relation positive avec le prescripteur. (91,92)

La conciliation médicamenteuse, tout comme l'éducation thérapeutique du patient et l'amélioration de la communication ville-hôpital entre les professionnels de santé jouent un rôle dans la prévention de la réadmission précoce des patients en hôpital psychiatrique. (93)

L'étude réalisée en 2004 au centre hospitalisé Sainte Marie en France à évaluer la situation actuelle en psychiatrie concernant la problématique de la prescription des psychotropes. Un état des lieux auprès des différents acteurs impliqués a été réalisé. Les patients interrogés déplorent un manque d'information et d'explication concernant leur traitement psychotrope (objectifs thérapeutiques du traitement, effets indésirables, interactions avec d'autres médicaments).

Les familles rapportent des difficultés importantes de communication avec le psychiatre. Elles avouent s'adresser de plus en plus aux pharmaciens pour répondre à leur besoin d'informations sur les traitements prescrits. Selon les infirmiers interrogés, il existe un manque de coordination entre les professionnels de santé ainsi qu'un manque de disponibilité et d'accessibilité des psychiatres. Les infirmiers qualifient le pharmacien de professionnel de santé idéal pour délivrer l'information médicamenteuse au patient et à leur famille.

Cette étude montre la nécessité d'une plus grande collaboration entre les différents acteurs (patients, famille, pharmacien, psychiatre...). Elle insiste également sur l'importance d'une meilleure information du patient et de son entourage pour l'optimisation de son suivi psychiatrique au long cours. (94)

Une étude écossaise a identifié les problèmes liés aux médicaments comme cause fréquente de réadmission à l'hôpital psychiatrique. Les modifications de traitements survenues lors de l'hospitalisation peuvent être source de confusion chez les patients une fois sortis de l'hôpital (entre ce qui a été arrêté, débuté ou modifié). Ces changements ne sont pas toujours appliqués sur l'ordonnance du médecin généraliste en raison d'une mauvaise communication entre le psychiatre et le médecin traitant. (93)

Lorsqu'on interroge les patients atteints de pathologies psychiatriques sur leur traitement, en particulier somatique, la fiabilité des informations recueillies peut parfois être remise en question. Les confusions de médicaments sont fréquentes. (95)

Par ailleurs, on note en psychiatrie un risque accru de morbidité et de mortalité par rapport à la population générale, avec une réduction de l'espérance de vie de 15 à 30 ans. Parmi les affections somatiques, les pathologies cardiovasculaires sont les plus retrouvées. De plus, la prise d'antipsychotiques au long cours est associée à un risque de survenue d'effets indésirables métaboliques et cardiaques. (96)

Le parcours de soins du patient psychiatrique fait intervenir un grand nombre d'acteurs et de structures. Des difficultés de coordination entre les différents intervenants créent parfois des points de rupture du parcours de soins et constituent des freins à la qualité de la prise en

charge. La majorité des patients sont suivis en ambulatoire, d'où l'importance de renforcer le lien ville-hôpital.

La conciliation médicamenteuse devrait donc contribuer à l'amélioration de la prise en charge du patient, tout particulièrement en psychiatrie, du fait des parcours de soins complexes, de la multiplicité des intervenants et des difficultés liées à la pathologie et aux traitements.

II.1.3 L'analyse et la validation pharmaceutique des prescriptions médicales :

II.1.3.1 Définition et objectifs :

Selon la SFPC, l'analyse et la validation pharmaceutique des prescriptions médicales est « une expertise structurée et continue des thérapeutiques du patient, de leurs modalités d'utilisation et des connaissances et pratiques du patient ». Son objectif est « d'obtenir une optimisation de l'efficacité et de la sécurité des thérapeutiques, ainsi qu'une minimisation des coûts et une pharmaco-adhérence optimale ».

L'analyse pharmaceutique présente un triple objectif (97) :

- l'objectif de prévention de l'iatrogénie médicamenteuse ;
- l'objectif médico-économique de promotion du bon usage du médicament;
- l'objectif réglementaire et médico-légal.

II.1.3.2 Processus :

- **Analyse pharmaco-thérapeutique :**

Lors de l'évaluation pharmaceutique, le pharmacien vérifie si la médication est à l'origine des symptômes ou des problèmes de santé du patient et détermine toutes les causes médicamenteuses qui pourraient être à l'origine de l'admission ou de la consultation. Il analyse les informations issues de la collecte de données et de l'histoire pharmaco-thérapeutique. Il s'appuie sur des données probantes relatives à la thérapie médicamenteuse du patient et évalue la qualité, le choix, l'efficacité et l'innocuité du traitement. (98)

- **Intervention pharmaceutique**

L'analyse pharmaceutique peut conduire le pharmacien à transmettre un (ou plusieurs) avis ou conseil(s) au prescripteur. On parle d' « intervention pharmaceutique ». Il peut s'agir :

- d'une proposition de suppression d'un médicament redondant, d'une adaptation posologique, d'une équivalence thérapeutique ou encore d'un suivi de recommandations ;
- d'une information concernant l'administration et/ou le suivi ;
- d'une proposition de traitement correcteur d'effets indésirables prévisibles ;
- de toute proposition pouvant améliorer la prise en charge thérapeutique.

Les IP peuvent être transmises oralement ou par écrit. Dans les deux cas, elles doivent être tracées dans le dossier patient.

Le pharmacien peut ainsi valider la prescription sans réserve, la valider avec réserve ou la refuser. En effet, selon l'article R4235-61 du CSP (99), « lorsque l'intérêt de la santé du patient lui paraît l'exiger, le pharmacien doit refuser de dispenser un médicament. Si ce médicament est prescrit sur une ordonnance, le pharmacien doit informer immédiatement le prescripteur de son refus et le mentionner sur l'ordonnance. ». En revanche, tous les logiciels informatiques ne proposent pas la fonction « validation avec réserve ». Cette subtilité est utilisée lorsqu'une IP est émise sans que la prescription ne présente un risque pour le patient (optimisation des modalités d'administration, suivi clinique ou biologique à envisager...).

- **Niveaux d'analyse**

Il existe différents niveaux d'analyse des prescriptions, définis par la SFPC.

Type	contexte	contenu	Eléments requis
Analyse niveau 1 : Revue de Prescription.	Patient connu, sans point d'intérêt Clinique nouveau.	Choix et disponibilité des produits de santé, Posologie, contre-indications et interactions principales.	Ensemble des prescriptions, renseignements de base sur le patient.
Analyse niveau2 : Revue des thérapeutiques	Patient connu, situation en évolution.	Choix et disponibilité des produits de santé, posologies, contre-indications et interactions principales. Adaptations posologiques, lien avec des résultats biologiques, évènements traceurs.	Ensemble des prescriptions, Renseignements patient, données biologiques.
Analyse niveau 3 : Suivi pharmaceutique.	Nouvelle admission d'un patient, évolution en cours et issues non établies.	Choix et disponibilité des produits de santé, posologies, contre-indications et interactions principales. Adaptations posologiques, liens avec résultats biologiques, évènements traceurs.	Ensemble des prescriptions, renseignements et dossier patient, données biologiques, historique médicamenteux, objectifs

Tableau N°05 : Niveaux d'analyse pharmaceutique, selon la SFPC.

II.1.3.3 Analyse d'une prescription des médicaments psychotropes :

Les médicaments les plus prescrits sont les psychotropes. Le pharmacien ou lors de son analyse pharmaceutique des prescriptions est garant du bon usage de ces médicaments et se doit d'être vigilant quant à leur utilisation. En effet, les patients atteints de pathologies psychiatriques et traités par des médicaments psychotropes ont un risque accru de morbidité et de mortalité par rapport à la population générale. Leur espérance de vie est en moyenne diminuée de 15 à 30 ans. Il est décrit qu'un traitement au long cours par antipsychotiques est associé à un risque de survenue d'EI principalement d'ordres métaboliques et cardiaques (100), ainsi les pathologies cardiovasculaires sont les affections somatiques les plus couramment retrouvées chez ces patients.

II.1.4 Éducation thérapeutique du patient :

En psychiatrie, les termes d'éducation thérapeutique (ETP) et de psychoéducation sont utilisés de manière équivalente pour décrire un processus d'apprentissage par lequel une personne acquiert des compétences pour gérer la maladie qui la concerne.

Initialement proposés par les professionnels de santé à l'entourage des personnes malades, des programmes de psychoéducation se sont développés depuis les années 80 à l'attention des personnes vivant avec des troubles psychiques.

Depuis une vingtaine d'années se développent également des programmes dits d'éducation thérapeutique du patient (ETP), définis par l'OMS. En France, ces programmes ont fait l'objet de recommandations méthodologiques de la Haute autorité de santé (HAS) depuis 2009.

«La psychoéducation peut être définie comme une intervention didactique et psychothérapeutique systématique qui vise à informer les patients et leurs proches sur le trouble psychiatrique et à promouvoir les capacités pour y faire face.». (101)

Au-delà de la transmission d'information, la psychoéducation est une méthode pédagogique ayant pour but :

- Une clarification de l'identité. - Une appropriation du pouvoir.

Selon l'OMS l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

II.2 Le pharmacien hospitalier :

Circulaire N° 007/MSPRH du 22 novembre 2005 **Circulaire N° 007/MSPRH du 22 novembre 2005** qui définit la Gestion du médicament de son achat à sa dispensation et le rôle du pharmacien hospitalier tout au long de cette chaîne.

Le pharmacien hospitalier est devenu l'acteur incontournable dans la chaîne des soins :

C'est celui qui maîtrise la décision de l'achat 'achat du médicament en accord avec le code des marchés, les orientations des prescripteurs. - Celui qui planifie, stocke, contrôle, dispense tout en garantissant la qualité et la sécurité du produit et pour le patient et pour le personnel soignant. - Celui qui s'assure du respect du suivi budgétaire. - Celui qui forme et encadre ses pairs de demain et son équipe. - Celui qui s'implique dans la prise en charge thérapeutique du malade.

Le Premier ministre, Abdelaziz Djerad, vient de signer le décret exécutif du 31 décembre 2019 publié le 5 janvier fixant les modalités de contrôle administratif, technique et de sécurité des substances et médicaments ayant des propriétés psychotropes.

Publié dans le dernier journal officiel (le premier de 2020), ce texte définit avec précision toutes les modalités techniques de la gestion des psychotropes, en passant par toutes les étapes, à savoir la production, l'importation, la distribution en gros et à l'officine, ainsi qu'aux pharmacies hospitalières

II.2.1 Quotidien d'un pharmacien hospitalier en psychiatrie :

Des lacunes importantes voire graves continuent à caractériser la gestion des produits pharmaceutiques dans les établissements publics de santé et concernent notamment les aspects suivants :

- mauvaise programmation des approvisionnements.
- mauvaise appréciation des tensions et fréquentes ruptures des produits pharmaceutiques.
- non-respect des règles de stockage et de sécurité.
- dispersion des lieux d'entreposage et de distribution.

- insuffisance voire absence de traçabilité du médicament.
- contrôle inexistant de la destination finale des produits.
- absence de recoupement fiche malade.
- consommation des médicaments selon le traitement prescrit.
- absence totale de gestion économique du médicament.
- sous-utilisations de l'outil informatique.

Dans ce cadre, et en vue d'une gestion efficace et rationnelle des produits pharmaceutiques, dont l'objectif cardinal est d'en assurer la disponibilité permanente, à destination exclusive du malade, il est rappelé à l'ensemble des intervenants dans la gestion de la pharmacie hospitalière, les règles régissant la conduite à tenir dans toutes les phases destinées à mettre à la disposition des prescripteurs et de manière continue, les produits pharmaceutiques nécessaires à une bonne prise en charge des patients, en respect des règles de gestion rationnelle et de procédure de contrôle interne.

II.2.1.1 L'élaboration des besoins :

L'élaboration des besoins en produits pharmaceutiques constitue une phase déterminante à laquelle une attention particulière doit être accordée par l'ensemble des personnels, notamment les prescripteurs ; ces derniers doivent agir dans un cadre concerté (conseil scientifique – conseil médical et comités du médicament), nécessaire à l'arbitrage et à l'établissement précise des commandes à effectuer.

II.2.1.2 La procédure d'acquisition des produits pharmaceutiques :

La fonction « achat », une fois les besoins arrêtés et valorisés, doit être menée avec la plus grande vigilance, et vise comme objectif, de veiller à la disponibilité des médicaments au moindre coût.

A cet effet, les règles procédurales établies en matière de passation de marché, conformément aux dispositions du décret présidentiel n° 02-250 du 24 juillet 2002 portant réglementation des marchés publics et du décret présidentiel n° 03-301 du 11 septembre 2003 modifiant et complétant le décret présidentiel n° 02-250 du 24 juillet 2002 portant la réglementation des marchés publics, doivent être scrupuleusement respectées, en vue d'une passation de marché transparente, où la concurrence entre les différents fournisseurs est effective.

En tout état de cause, toute acquisition de produits pharmaceutiques doit faire l'objet d'une consultation préalable, destinée à faire jouer pleinement la concurrence et à

établir le choix des offres les plus favorables en matière de disponibilité et de prise en charge. Il est rappelé à cet effet, les termes du circulaire ministériel n° 002/SP/MIN/MSPRH/05 du 06 juillet 2005.

II.2.1.3 La fonction approvisionnement :

Il est à noter que les quantités reçues et valorisées doivent être transcrites dans le registre de la pharmacie destiné à justifier tous les mouvements des produits pharmaceutiques. Ce registre (dont le détail est donné au paragraphe 7) constitue « la main courante » ; les fiches de stocks et/ou de position doivent faire l'objet d'une attention particulière et être tenues à jour. Elles doivent renseigner sur la situation des stocks physiques disponibles.

Le processus d'approvisionnement suit et concrétise la phase d'achat selon les étapes énumérées ci-après :

- **La commande :**

Le responsable de la pharmacie doit établir deux types de bons de commande :

- Bon de commande mensuel pour tous les produits stock ; - Bon de commande annuel livrable par tranches pour les réactifs chimiques et galéniques. Les bons de commande mensuels doivent préciser :

- la dénomination commune internationale (DCI). - la forme et le dosage du produit. - la quantité libellée en unité de compte.

Ces bons de commandes sont signés conjointement par le responsable de la pharmacie et le directeur de l'établissement.

C'est le responsable de la pharmacie ou la personne dûment mandatée qui est chargée de déposer le bon de commande auprès du fournisseur choisi en respect de la réglementation des marchés publics. En effet, toute commande doit s'inscrire dans le cadre d'un marché conclu en respect de la réglementation des marchés publics.

Le fournisseur devra apposer son visa sur le double du bon de commande.

- **La réception :**

La vérification de la conformité, la quantification des produits livrés et le contrôle de leur date de péremption, sont à la charge du responsable de la pharmacie qui effectue toutes ces opérations au vu du bon de commande qui a été émis, ainsi que du bon de livraison et de la facture qui ont été réceptionnés.

Clause contractuelle dans les marchés établis avec les fournisseurs sont provisoires et ne deviendront définitifs que si la conformité est dûment constatée.

Lorsque la livraison est conforme, la mention « service fait » est signifiée par le responsable de la pharmacie sur la facture, en apposant sa signature accompagnée de la date et du numéro d'enregistrement.

Cette facture est adressée au responsable du service économique de l'établissement pour sa pris en charge et son ordonnancement.

Le responsable du service économique et le responsable de la pharmacie établissent une situation hebdomadaire des états de paiements des factures réceptionnées, pour la transmettre aussitôt au directeur d'établissement.

Dans le cas d'erreur ou de non-conformité des produits commandés, le responsable de la pharmacie doit faire immédiatement rapport détaillé au responsable des services économiques, qui doit saisir le fournisseur dans les 24 heures. Il doit consigner les constats de non-conformité établis par responsable de la pharmacie et les factures litigieuses avec numéro, date et montant du paiement.

Le service économique ne fera l'objet de la transmission de la facture, objet de la commande non-conforme, que lorsque tous les litiges et anomalies, donc toutes les réserves liées à la non-conformité, auront été levés par le fournisseur.

- **Le stockage :**

Le personnel chargé du stockage doit tenir des registres coté et paraphés par le directeur de l'établissement servant aux inventaires permanents ; il doit en outre renseigner quotidiennement la fiche de stocks dont le modèle est joint en annexe. Cette fiche est tenue à jour en y transcrivant tous les mouvements.

- **La réception au niveau des pharmacies extrahospitalières :**

Le responsable au niveau des structures extrahospitalières (polycliniques, centre de santé, salle de soins et de consultation) chargé de la pharmacie, est sous la responsabilité du responsable de la pharmacie de l'établissement.

Lors de la réception des produits, à partir de la pharmacie principale, le personnel désigné est tenu de vérifier la conformité et la quantification des produits livrés et de procéder à l'inscription sur des registres, cotés et paraphés par le directeur de l'établissement, ou sont reportées toutes les réception et les sorties.

La tenue de fichier de stock et de ventilation au niveau des pharmacies extrahospitalières est obligatoire.

La distribution des produits pharmaceutiques au niveau des structures extrahospitalières se fait sur ordonnances individuelles et nominatives.

Ces ordonnances sont transmises au responsable de la pharmacie de l'établissement qui fait le suivi et l'exploitation.

II.2.1.4 La distribution aux services de soins :

La distribution se fait :

- Sur bon de commande hebdomadaire « dotation pour besoins urgents » ;
- Sur ordonnance individuelle et nominative. Seuls les praticiens chefs de services et les médecins autorisés dont les spécimens signature sont dûment déposés auprès de la pharmacie principale de l'établissement, sont habilités à signer les bons de commande hebdomadaire.

Le bon de commande doit préciser, outre la quantité demandée, le stock restant au niveau du service.

La livraison comporte les étapes suivantes :

- Dépôt à la pharmacie du bon de commande ou ordonnances, signés par le chef de service ou les médecins autorisés.
- Analyses et traitement des bons et ordonnances par le responsable de la pharmacie de l'établissement.
- Préparation des produits par les préparateurs qui doivent signer les bons de livraisons qu'ils ont exécutés.
- Remise des produits aux agents nommément désignés par le chef de service pour prendre livraison des produits avec signature sur un registre de retrait des produits sur lequel est mentionné :
 - La date de livraison au service. - Les numéros de bons ou ordonnances.
 - Le nom, prénom, matricule et signature de l'agent qui retire les produits.
 - Classement journalier des doubles bons de livraisons. Le renouvellement d'une dotation, pour besoins urgents, s'effectue sur présentation des doubles de documents de prescription, accompagnés d'un état récapitulatif.

Les prélèvements sur la dotation doivent être faits sur l'aval d'une prescription ou d'un protocole de soin d'urgence, et donnent lieu à des relevés d'administration et de prélèvements.

Ces relevés permettent d'avoir un état récapitulatif servant de base de calcul pour les quantités à délivrer par la pharmacie principale.

Le praticien chef de service est par conséquent responsable des commandes (besoins urgents) établies pour les besoins de son service et sur lesquelles il aura apposé son visa.

Il veille à la destination du produit pharmaceutique. Pour cela, il est tenu à la gestion comptable des entrées et des sorties des produits pharmaceutiques dans le service.

Les bons de commandes, libellés en dénomination commune internationale en ce concerne les médicaments, doivent être en conformité avec la nomenclature des services et/ou structures (polyclinique, centre de santé ...).

Les ordonnances sont dispensées quotidiennement.

Le praticien chef de service veille à la tenue des registres de prescription par les praticiens autorisés. Ces registres comptent les renseignements suivants :

- identification du praticien et visa.
- identification du patient.
- âge du patient.
- numéro de lit du patient.
- numéro d'admission.
- posologie de chaque médicament administré par patient et/ou dispositif médical administré. - date de la prescription.
- durée du traitement.
- observations éventuelles. Au vu des prescriptions, établies par les praticiens de service, et après enregistrement sur le registre de prescription de service, le surveillant médical chef est chargé de l'administration des médicaments des plateaux de soins destinés aux patients.

Le chef de service veille au respect de l'ordonnancement des prescriptions médicales, sur les supports de prescription, par les praticiens du service.

Ces mesures sont appelées à être respectées et contrôlées quotidiennement par le praticien chef de service et chaque fois que nécessaire par le responsable de la pharmacie.

La commande et la prescription des stupéfiants sont régies par des dispositions particulières.

II.2.1.5 La dispensation ambulatoire :

Les malades hospitalisés, déclarés sortants d'un établissement de soins, et qui doivent poursuivre leur traitement à titre ambulatoire, continueront à bénéficier de la couverture thérapeutique prodiguée par l'établissement hospitalier du lieu de résidence de ces malades, pour les médicaments à usage hospitalier strict, non vendus dans les officines.

Dans le cas où l'établissement ayant initié un traitement n'est pas celui de lieu de résidence du malade, il transmet un rapport médical justifiant la prescription à l'établissement du lieu de résidence, afin que ce dernier assure la prise en charge effective des produits pharmaceutiques nécessaires aux malades, en conformité avec la nomenclature des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine, objet de l'arrête n° 123 du 28 septembre 2005. L'impact financier conséquent devra être pris en charge dans la budgétisation subséquente de l'établissement ayant engagé la dépense.

Les médicaments hors nomenclature, et en attendant leur enregistrement et leur intégration dans la nomenclature des produit pharmaceutiques à usage de la médecine humaine, dévieront être désormais budgétisés par les établissements, pour en assurer la disponibilité.

II.2.1.6 Les stocks permanents obligatoires :

Le directeur de l'établissement et le pharmacien responsable, veillent à la disponibilité permanente d'une réserve suffisante.

II.2.1.7 Le compte de gestion matière :

L'introduction de l'outil informatique dans la gestion du produit pharmaceutique ne doit nullement occulter la tenue obligatoire des supports classiques de gestion (registre de la pharmacie, fiches de stock, fiche de position ou de casier ainsi que le compte de gestion matière).

Le compte de gestion matière des produit pharmaceutique est annuel et doit comporter des indications conformément aux libelles de la nomenclature budgétaire, titres concernés par le mouvement de ces produits (entrées et sorties valorisées) ainsi que la valeur exacte des stocks existant en fin d'exercice.

Il constitue ainsi la justification physique de toutes les opérations d'acquisition de ces produits depuis le 1^{er} janvier au 31 décembre de l'exercice budgétaire, et de la contrepartie de la comptabilité financière, tenue conformément aux indications du registre des dépenses classées, respectant scrupuleusement les quatre phases de la comptabilité publiques (engagement, liquidation, mandatement et paiement).

La phase relative à la liquidation des factures doit être menée avec la plus grande vigilance, car le service fait ne peut apposer que si la conformité en matière quantitative,

Qualitative et de prix, est établie conformément aux clauses du marché et du cahier des charges.

II.2.1.8 Le registre de la pharmacie ou main-courante :

La tenue de ce registre est d'une importance capital ; il est destiné au contrôle de tous les mouvements quantitatifs des entrées et sorties, ainsi que de la situation de stocks physiques qui doivent être tenus à jour.

Le prix unitaire des produits doit être porte à Coté de la DCI afin de permettre détermination de la valeur des stocks. Un état valorisé des entrées et sorties te ainsi que des stocks doit être élaboré mensuellement. L'utilisation de l'outil informatique doit permettre de titre à tout moment l'état du stock physique et valorisé.

Les fiches de stock des produits pharmaceutiques constituent des écritures comptables, contenues dans le registre de la pharmacie.

Les écritures relatives au mouvement de tout produit doivent être tenues à jour afin de permettre un control aisé de la situation des stocks et prévenir la déperdition de toute matière.

La tenue de ces fiches doit être exigée au niveau de toutes les pharmacies hospitalières, extrahospitalières et de service.

II.2.1.9 Les contrôles à effectuer à chaque niveau du circuit de consommation des produits pharmaceutiques :

C'est sous la responsabilité du responsable de la pharmacie qu'il est régulièrement le contrôle des armoires à pharmacie extrahospitalière et celles des services de soins de l'établissement.

A ce contrôle systématique et régulier, des contrôles ponctuels et d'opportunité doivent être opérés en ce qui concerne les médicaments à surveillance particulier (chaîne de froid, stupéfiants, médicaments à cout élevé ou strictement à usage hospitalier...).

La responsable de la pharmacie détermine les écarts de stock entre des quotas fournis et les quantités consommées et portées sur le registre de prescription.

A l'issue du contrôle, le responsable de la pharmacie transmet le rapport écrit au directeur d'établissement dans lequel sont identifiés et signalés toutes les remarques.

Au cours du contrôle, le responsable de la pharmacie se doit de vérifier :

- les conditions de stockage et la conformité du rangement des médicaments, des psychotropes, des antiseptique, des solutés massifs et objets de pansement.
- les coffres à stupéfiant.
- le niveau de stock.
- La tenue des documents de gestion (registre de la pharmacie, fiches de stock, ordonnance, archivage des bons de livraison et registres des unités et armoire pharmacie de service).
- la validité des produits en termes de date de péremption.
- le report des prescriptions sur les fiches de soins.

Le rapport du control est adressé par responsable de la pharmacie au directeur de l'établissement .Le directeur de l'établissement prend tous les mesures qui s'imposent après avoir adressé ses observations écrites au praticien chef de service.

Le responsable de la pharmacie est en droit de reprendre tout excès de stock, après en avoir informé le directeur de l'établissement.

Les dons et échantillons fournis par les laboratoires aux établissements hospitaliers doivent être impérativement remis après accord du responsable de la pharmacie de l'établissement, à la pharmacie principale de l'établissement qui en assure la distribution, en respect des dispositions de la présente circulaire.

L'ensemble de la procédure de la décrite ci-dessus, vise à assurer a traçabilité du produit pharmaceutique dès sa réception au niveau de l'établissement et jusqu'à sa consommation par le patient, à répondre au mieux aux besoins thérapeutiques exprimés et à éviter les risques de pénurie ou de surstock. A cet effet, la pharmacie de l'établissement et des structure extrahospitalières doit être ouverte et assurer le service en permanence, 24 heures sur 24 et sept jours sur sept.

Les responsables d'établissement sont tenus d'adresser un rapport au plus tard le 31 décembre 2005 aux services concernés du Ministère de la Santé, et de mentionner, le cas échéant, toute difficulté rencontrée dans ce cadre.

Chapitre III :
Le rôle
du pharmacien à l'officine.

III. Le rôle du pharmacien à l'officine

III.1 Le pharmacien d'officine :

Beaucoup de nos concitoyens ignorent le profil et le niveau des études de cette profession. Ils confondent dans la plupart des cas le pharmacien universitaire de formation et l'auxiliaire appelé communément «le vendeur en pharmacie» qui ne requiert pas de formation universitaire spécialisée ni de diplôme spécifique, du moins sur le plan réglementaire. Malheureusement d'ailleurs, les qualifications de l'auxiliaire en pharmacie d'officine sont prépondérantes dans la qualité du service et des informations offertes par celui-ci aux patients et clients.

En fait, le pharmacien d'officine est un diplômé de la faculté des sciences médicales (bac+6), alors que dans certains pays voisins comme le Maroc il est de bac+7, sanctionné par un doctorat en pharmacie qui lui permet d'exercer la profession d'officinal, comportant la préparation de certains médicaments ,la pratique des examens biologiques et enfin l'activité majeure, la dispensation des médicaments qui ne consiste pas à remettre ou «vendre» les médicaments comme de simples marchandises régies par les seules lois du commerce et des marges bénéficiaires, l'acte de dispensation des médicaments obéit à un code de déontologie et des règles d'art, l'art de préparer les médicaments et de les dispenser, dans le but ultime de promouvoir et de protéger la santé de l'homme. Cette responsabilité est particulièrement lourde lorsque le pharmacien conseille des médicaments aux malades pour des malaises qui ne requièrent pas de prescriptions médicales. Il doit par ses compétences remises régulièrement à jour (formation continue obligatoire) veiller avec des conseils appropriés et des informations utiles à l'usage optimal du médicament. Il doit agir contre tout usage mal adapté, abusif ou détourné en refusant de vendre un médicament ou d'exécuter une ordonnance douteuse, ce qui est en somme anti-commercial en ordinaire, est souvent règles de l'art et bonne pratique de dispensation. Ces bonnes pratiques et cette responsabilité sont assumées pleinement par le pharmacien d'officine dans sa contribution efficace et depuis toujours à la santé publique, à la maîtrise des dépenses santé et à la bonne santé financière de l'assurance sociale, un rôle pourtant important mais qui ne lui est malheureusement pas reconnu.

(102)

III.2 Les différents rôles des officinaux :

III.2.1 Rôle du pharmacien d'officine à la pharmacovigilance :

III.2.1.1 Définition :

La pharmacovigilance est définie comme «la science et les activités liées à la détection, l'évaluation, la compréhension et la prévention des effets indésirables des médicaments ou d'autres problèmes éventuels liés aux médicaments»(103)

La pharmacovigilance repose sur le signalement des effets indésirables, le recueil des données, le prix de mesures correctives ou préventives, voire la réalisation d'études complémentaires. Le pharmacien d'officine doit jouer un rôle de premier ordre, concourant à réduire les risques liés à l'utilisation des médicaments. Il doit se positionner vis-à-vis des patients comme un interlocuteur de choix.(104)

Notion	Définition
Surdosage	Prise d'une quantité supérieure à la posologie recommandée par le résumé des caractéristiques du produit (RCP)
Mésusage	Non-respect intentionnel des recommandations d'usage
Abus médicamenteux	Usage excessif volontaire, ponctuel ou chronique, avec des symptômes psychiques ou psychologiques
Erreur médicamenteuse	Erreur involontaire lors de la prescription, la délivrance ou l'administration d'un médicament
Exposition professionnelle	Exposition à un médicament dans le cadre professionnel

Tableau N°06 : Circonstances de survenue des effets indésirables impliquant une déclaration (107).

III.2.1.2 Naissance de la pharmacovigilance

Parmi les premières mises en garde sur le risque d'effets néfastes d'une sur utilisation d'une substance ayant des propriétés « pharmacologiques », on retrouve certains textes hippocratiques. Les premières collaborations internationales sur la pharmacovigilance (PMV) ne remontent qu'au début des années 60 après le scandale de la thalidomide, l'OMS ayant défini la PMV en 1972 comme « toute activité tendant à obtenir des indications systématiques sur les liens de causalité probables entre médicaments et réactions adverses dans une population ». Pourtant dès le 19e siècle et au début du 20e siècle de nombreux accidents et autres scandales auront émaillé l'histoire médicale et conduit en particulier à la naissance par étapes de la FDA aux États-Unis. En France, c'est le scandale du Stalinon® qui conduira à l'ordonnance de février 59 obligeant à plus de contrôles et de garanties du côté des fabricants de médicaments et qui indirectement protégera le territoire des accidents de la thalidomide mais pas quelques années plus tard des conséquences dramatiques des effets transgénérationnels du diethylbestrol. Pourtant dans beaucoup de ces cas, l'équivalent des « lanceurs d'alerte » de l'époque, souvent des médecins ou scientifiques, avaient identifié les risques mais n'avaient pas été lus ou écoutés. L'histoire des scandales récents du Vioxx® ou du Médiator® nous rappelle combien cette vigilance doit être maintenue et sans cesse revisitée. Elle peut aussi servir d'exemple à « une vigilance environnementale » tant les conséquences sanitaires des scandales environnementaux contemporains sont nombreuses.(105)

III.2.1.3 Champ de la pharmacovigilance :

La définition de la pharmacovigilance reprend les notions mises en avant par l'OMS et précise plus amplement les actions entrant dans son champ selon trois axes

➤ **L'obligation de déclaration :**

Le premier axe établit que les effets indésirables suspectés d'être dus à des médicaments doivent être déclarés.

Des précisions concernant les circonstances de survenue des effets indésirables à déclarer doivent être recherchées, notamment en cas de surdosage, de mésusage, d'abus et d'erreur médicamenteuse ou encore d'exposition professionnelle (tableau 1)
[*a revoir].

➤ Le recueil des données :

Le deuxième axe de la pharmacovigilance repose sur la prise en compte systématique des signalements par le recueil, l'enregistrement, l'évaluation et l'exploitation des informations déclarées. À partir de ces données, il sera possible de prendre des mesures correctives afin de prévenir et réduire les risques liés à l'utilisation des médicaments

➤ La réalisation d'études :

Le dernier axe de la pharmacovigilance consiste en la réalisation d'enquêtes complémentaires lorsque des éléments concernant la sécurité d'emploi des médicaments doivent être approfondis. Ces études en vie réelle permettent de décrire la sécurité et l'efficacité des médicaments dans la vie quotidienne des patients, un contexte éloigné des conditions standardisées des essais cliniques(106)

III.2.1.4 La participation des officinaux :

À l'officine, les missions ont considérablement évolué au cours de ces dernières années. Si de nombreuses tâches incombent au pharmacien ou se réalisent sous sa responsabilité, certaines peuvent et doivent s'effectuer en collaboration étroite avec le préparateur. (108)

Le pharmacien contribue à la surveillance et l'évaluation des effets indésirables liés à l'utilisation des médicaments et porte une attention particulière aux médicaments sous Plan de gestion de risques.

Les pharmaciens sont tenus de signaler, sans délai, tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament au centre régional de pharmacovigilance³⁰. Ces effets indésirables peuvent être spontanément signalés au pharmacien par le patient ou détectés par le pharmacien lorsqu'il procède au suivi du traitement. Le pharmacien peut informer le patient de la possibilité de déclarer des effets indésirables sur le site Internet de l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé.

Afin de contribuer au dispositif de pharmacovigilance, l'équipe officinale dispose de toute la documentation utile : un document relatif à la détection des effets indésirables médicaments indiquant des éventuelles questions à poser aux patients, le formulaire de déclaration, les coordonnées du centre régional de pharmacovigilance.

La mise en place d'alerte dans le logiciel d'aide à la dispensation permet aux utilisateurs d'identifier les médicaments sous Plan de Gestion de risques.(109)

La démarche qualité au sein des officines est aujourd'hui un enjeu majeur.. Des drames sanitaires ont conduit à la création de la pharmacovigilance, étape obligatoire de tout médicament après sa commercialisation. Les professionnels de santé jouent un rôle fondamental dans le système national de pharmacovigilance. Il repose sur le signalement des effets indésirables. Les pharmaciens délivrent les médicaments, interlocuteur privilégié des patients ils détectent les effets indésirables. Cependant la sous notification reste majeur et l'implication des pharmaciens reste faible. (110)

Déclarations des événements indésirables aux centres de pharmacovigilance de 3 pays en 2017			
2017	Canada	France	Algérie
déclarant	Nb de déclarations	nb de déclarations	nb de déclarations
médecins	19 029	26 846	72
pharmaciens	5 277		
autres PS	20 318	31 798	
consommateurs	19 873		
laboratoires		23 433	
total	64 497	82 077	72
Pop. en million d'hab.	36.71	67.12	41.32

Figure N°05 : participation des personnels de santé à la déclaration des effets indésirables

III.2.1.5 Pharmacovigilance en psychiatrie :

Le manque d'introduction de nouveaux médicaments psychotropes dont l'effet pharmacologique est basé sur des mécanismes innovants nous oblige à utiliser au mieux ceux actuellement disponibles. En effet, le nombre d'hospitalisations suite à des effets adverses de médicaments est impressionnant. D'autre part, les comorbidités psychiatriques et somatiques, une réponse insuffisante à un seul agent thérapeutique

exigent une association médicamenteuse parfois abondante, qu'il s'agit de gérer au mieux afin d'éviter des effets indésirables. D'ailleurs, la législation exige qu'ils soient déclarés aux autorités sanitaires.

Le symposium a pour but de faire le point sur les données récentes de la pharmacovigilance en psychiatrie, par un résumé sur les obligations légales, la présentation de travaux internationaux récents dans des domaines spécifiques de la pharmacovigilance des psychotropes : hépatotoxicité des antidépresseurs, hématotoxicité des antipsychotiques, prolongation de l'intervalle QT associée aux médicaments psychotropes. Les schémas de contrôle sanguin hebdomadaire des neutrophiles obligatoire pour tout patient recevant de la clozapine varient considérablement sur le long terme selon les pays. les investissements se montent à plusieurs million d'Euros par année de vie gagnée ajustée à la qualité de vie (QALY). (111)

III.2.2 Rôle dans la dispensation des médicaments

III.2.2.1 Détention, achat et délivrance des médicaments psychotropes :

➤ Classification des substances vénéneuses :

A l'officine, toutes les substances vénéneuses doivent être classées dans un ordre logique (par listes) et contenu dans des récipients (conditionnement) adaptés. Si la spécialité renferme une substance vénéneuse à dose non exonérée son conditionnement comporte un cadre de couleur dans lequel le pharmacien inscrira le numéro d'ordre à l'ordonnancier, le mode d'emploi indiqué par le prescripteur et apposera son cachet. Ces cadres sont de couleur différente selon le tableau où est inscrit le médicament :

* **Tableau A** : substances <<toxiques>>

* **Tableau B** : substances <<stupéfiants>>

* **Tableau C** : substances <<dangereuses>>

Ce cadre est rouge pour les tableaux A et B ; il est vert pour le tableau C(112)

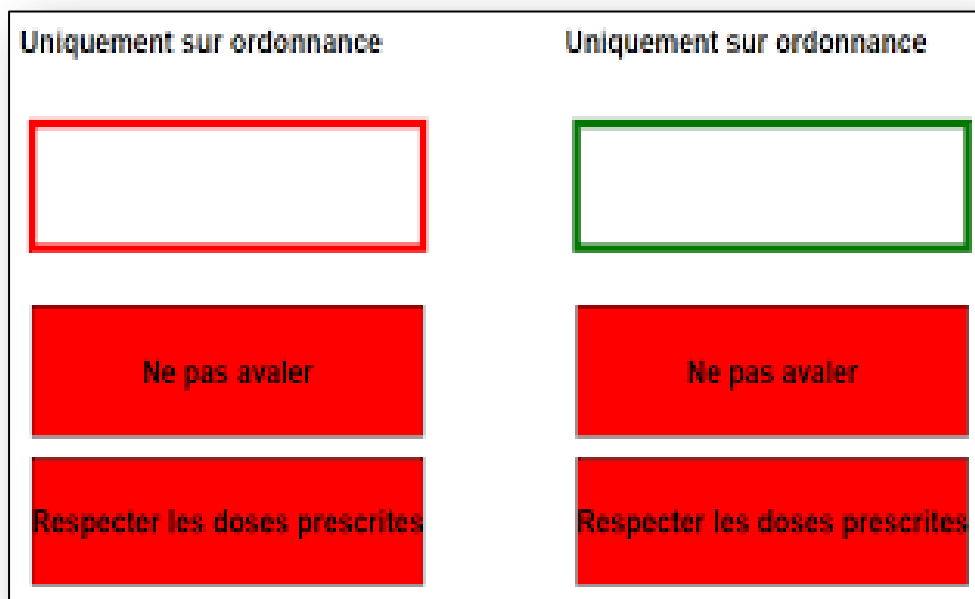


Figure N°06 : Différents étiquetages des substances vénéneuses

Nouvelle réglementation de l'étiquetage des substances vénéneuses

- * **Liste I** correspond au tableau A
- * **Liste II** correspond au tableau C
- * **Stupéfiants** correspond au tableau B (113)

Liste	Ancienne dénomination	Appellation	Caractéristiques	Exemples
liste I	liste A	les toxines	dangereux	Colchicine et ses sels, Adrénaline, etc.
liste II	liste C	les dangereux	Potentiellement dangereux	Anesthésiques locaux, Alimémazine
liste des stupéfiants	liste B	• Groupe I : les « vrais » stupéfiants purs, à l'état brut	Toxicomanie	morphine, opium
		Groupe II : peuvent devenir des stupéfiants purs par dilution, mélange, etc.	Toxicomanie	codéine, amphétamines

Tableau N°07 : Classification des substances vénéneuses et leurs caractéristiques

➤ **Les conditions de commande et, d'achat et de stockage des médicaments dites psychotropes :**

• **La commande :**

Art. 9. — La commande de substances et médicaments ayant des propriétés psychotropes, doit être formulée séparément des autres médicaments, sur un bon de commande, comportant la signature du pharmacien avec sa griffe et son numéro d'inscription à l'organe chargé de la déontologie des pharmaciens

. Art. 10. — Les substances et médicaments ayant des propriétés psychotropes, doivent faire l'objet d'une facture séparée correspondant au bon de commande y afférent.

Art. 11. — Le pharmacien directeur technique d'un établissement pharmaceutique, le pharmacien d'officine, le pharmacien assistant et le pharmacien hospitalier d'établissement de santé public et privé, doivent s'assurer à chaque réception des substances et médicaments ayant des propriétés psychotropes, des informations suivantes :

- la conformité de la facture au bon de commande émis ;
- le numéro du lot ;
- la quantité livrée ;
- la date de la péremption. (114) (annexe N°01)

- ***L'achat :***

Tout achat ou cession, même à titre gratuit des dites substances doivent être inscrites sur un registre spécial aux substances du tableau B. (112)

- ***Stockage :***

La législation impose de conserver les stupéfiants dans une 'armoire aux poisons' plus communément appelée 'coffre à stupéfiants'. Chaque produit doit être identifié et quantifié.

Il est également obligatoire de procéder à la vérification quotidienne du contenu du coffre à stupéfiants. Ce travail permet d'identifier les moyens pour augmenter la rigueur et la reproductibilité dans la gestion des stupéfiants.



Figure N°07 : Armoire à pharmacie

➤ *Les prescriptions de médicaments psychotropes :*

Les prescriptions de médicaments psychotropes sont individuelles et effectuées par écrit, datées et signées du prescripteur. La signature doit être authentifiable, l'original de la prescription est conservé dans le dossier médical, une copie est remise à la pharmacie. Toutefois, la prescription peut être faite de manière informatisée sous réserve que le prescripteur soit identifié, la prescription mémorisable et l'édition sur papier possible.

Les prescriptions mentionnées doivent comporter :

- * L'identification de l'établissement et de l'unité de soins ;
- * L'identification du prescripteur avec l'intitulé précis de sa fonction ;
- * L'identification précise du malade :
 - Le nom,

- Le prénom,
- Le sexe,
- L'âge,
- Le cas échéant, la taille et le poids ;
- * L'identification du ou des médicaments :
 - La dénomination et, s'il s'agit d'une préparation magistrale, la formule détaillée ;
 - La forme pharmaceutique ;
 - Le dosage ;
 - La posologie et la durée de traitement ;
 - La voie d'administration ;
- * Toute autre information nécessaire à la dispensation des médicaments concernés.

Toutes les précautions doivent être prises pour éviter les pertes, les vols et les falsifications des ordonnances. A cet effet, les prescriptions écrites sont effectuées sur des ordonnances réservées à l'usage de l'établissement, extraites de blocs d'ordonnances numérotés et paginés ; Les blocs d'ordonnances et tout tampon d'identification doivent être rangés sous clef, Toutes autres précautions complémentaires en fonction des caractéristiques de chaque établissement peuvent être prises. (113)

➤ ***La dispensation des médicaments psychoactifs :***

• **Définition :**

La dispensation est l'acte pharmaceutique qui associe à la délivrance des médicaments « l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe, la préparation éventuelle des doses à administrer et la mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage des médicaments ». La dispensation des médicaments est réservée par la loi aux pharmaciens en raison de

leurs compétences pharmaceutiques et doit être réalisée en conformité avec les bonnes pratiques. (116)

La dispensation est l'acte qui caractérise l'intervention du pharmacien, car elle est une démarche complète de relation avec le patient.

L'officine est l'établissement de santé affecté à la dispensation au détail des médicaments. (117)

- **Les étapes de la dispensation :**

Le pharmacien a une obligation éthique de sécuriser le soin médicamenteux afin d'éviter toute mise en danger du malade

- ✓ **Etape 1 : Analyser l'ordonnance :**

C'est l'acte éthique par excellence pour sécuriser la délivrance d'un médicament, l'analyse comporte deux périodes essentielles :

- un contrôle pour vérifier la conformité de l'ordonnance (identification du prescripteur, interrogatoire du malade...)

- une analyse de la prescription pour s'assurer de l'adéquation entre le contenu de l'ordonnance et le patient à traiter, pour repérer l'éventualité d'interactions, pour relever les redondances pharmacologiques, pour situer la disponibilité financière du patient...). En revanche, l'analyse de l'ordonnance peut conduire à proposer au médecin une substitution d'un médicament princeps par un générique, ou encore un sursis à délivrer un médicament en attente d'une information complémentaire et décisive. La demande est faite par écrit dans une fiche navette circulant entre le prescripteur et le pharmacien, c'est l'opinion pharmaceutique.

- ✓ **Etape 2 : Informer le malade au moment de la dispensation :**

L'information concerne le médicament et son mode d'emploi :

- faire reconnaître le médicament par le malade ;
- expliquer le mode d'emploi de la forme galénique ;

- informer sur la fréquence d'administration et la durée du traitement ;
- mettre en garde contre les traitements cumulés (l'automédication, prévenir une pharmacodépendance);
- signaler les effets indésirables les plus graves;
- rappeler les rendez- vous pour consultation ou pour examens biologiques;
- vérifier la compréhension des informations et des mises en garde.

La communication avec le malade est un moment fort, elle vise à développer des aptitudes élégantes d'écoute, d'explication et de perspicacité pour mieux comprendre le malade, tout en veillant à préserver sa dignité dans sa quête de compassion. (113)

➤ **L'ordonnancier :**

Après exécution de la prescription, en ce qui concerne les médicaments de la liste 1 et 2, l'ordonnance doit être revêtue du cachet du pharmacien qui a délivré le médicament prescrit et comporter le numéro sous laquelle prescription est inscrite à l'ordonnancier et la date de la délivrance. Le pharmacien est tenu d'inscrire les dits médicaments et substances sur un ordonnancier. Les inscriptions sur ce registre sont faites de suite sans un espace blanc, rature ni surcharge au moment de la dispensation. Elles indiquent les noms et les qualités des substances vendues la date de la dispensation et le nom et l'adresse du prescripteur.

Art. 34. — Les registres et les ordonnanciers, sont cotés et paraphés par :

- le directeur de l'établissement concernant les établissements publics de santé ;
- le directeur de la santé et de la population de la wilaya concernant les officines et les établissements de santé privés.

L'exemplaire de l'ordonnance contenant des substances et médicaments ayant des propriétés psychotrope, est conservé par le pharmacien pendant deux (2) années. (114) (annexe N°02)

III.2.3 Rôle dans l'éducation thérapeutique :

III.2.3.1 Définition :

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est une pratique qui trouve un ancrage à la fois dans la médecine, la pédagogie de la santé et les sciences humaines et sociales. Elle accorde une place prépondérante au patient en tant qu'acteur de sa santé. Selon l'OMS, l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) vise à "aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique."

Il s'agit d'une pratique complémentaire des soins prescrits sur ordonnance par votre médecin ; d'une pratique personnalisée selon vos besoins ; d'une pratique basée sur une approche pluridisciplinaire (plusieurs professionnels de santé et/ou associations de patients associés). (118)

L'éducation thérapeutique (ETP) fait partie du travail du pharmacien qui sera plus impliqué dans la prise en charge des malades, notamment chroniques. Le champ d'action des pharmaciens sera élargi grâce à la nouvelle loi sanitaire 18-11 qui évoque l'éducation thérapeutique, a-t-on fait savoir, soulignant que le pharmacien ne sera pas appelé seulement à écouler les médicaments, alors qu'il est en mesure d'accompagner le malade durant son traitement et, par conséquent, contribuer à la rationalisation des dépenses, notamment pour les caisses de sécurité sociale. (119)

III.2.3.2 Pourquoi l'éducation thérapeutique ?

L'éducation thérapeutique permet d'acquérir des compétences utiles pour devenir acteur de sa santé en s'impliquant dans la prise en charge de sa maladie. Ainsi, à la suite du suivi d'un programme d'éducation thérapeutique, la personne peut être en mesure de :

- mieux comprendre sa maladie et ainsi pouvoir l'accepter ;
- connaître les bénéfices et les effets secondaires de ses traitements ;
- connaître les mesures préventives à adopter : aménagement de l'environnement, prise d'un traitement préventif, etc. ;
- reconnaître une aggravation et savoir réagir de manière adéquate ;

- identifier les facteurs ou circonstances déclenchant des pics de résurgence de la maladie pour mieux les éviter ;
- résoudre les difficultés du quotidien liées à la maladie (améliorer la vie de tous les jours)(118)

III.2.3.3 Education thérapeutique et psychiatrie

➤ **La psychoéducation :**

La psychoéducation peut être définie comme une intervention didactique et psychothérapeutique systématique qui vise à informer les patients et leurs proches sur le trouble psychiatrique et à promouvoir les capacités pour y faire face. Ce n'est pas seulement une transmission d'information, mais aussi une méthode pédagogique adaptée aux troubles ayant pour but une clarification de l'identité', une appropriation du pouvoir et une modification des attitudes et des comportements. (120)

➤ **Objectifs en Education Thérapeutique :**

- ✓ Acquérir des connaissances compétences sur la maladie et le traitement.
- ✓ Comprendre sa maladie, s'approprier sa maladie et trouver une autonomie.
- ✓ Arriver à faire une place acceptable à cette maladie dans sa vie
- ✓ Continuer à se développer Grandir Evoluer(121)

A. Le pharmacien d'officine et son rôle dans l'éducation thérapeutique du patient :

Dans la plupart des programmes interdisciplinaires encourageant la promotion de l'éducation thérapeutique du patient (ETP), l'implication du pharmacien d'officine y est rarement évoquée alors qu'il se situe au carrefour de la chaîne des soins et contribue par ses compétences à aider le patient et à le motiver dans la prise de son traitement. Régulièrement confronté aux patients nécessitant un suivi à long terme, le pharmacien mérite d'être mieux reconnu dans son rôle de renforçateur thérapeutique. Une recherche-action a été menée afin de mettre en exergue son rôle dans l'éducation thérapeutique

➤ **Une approche interdisciplinaire :**

Afin d'agir le plus en amont possible dans la chaîne des soins, la collaboration interdisciplinaire nécessite le partage des compétences des différents partenaires

impliqués dans cette chaîne. Le pharmacien d'officine, professionnel de la santé situé à l'interface entre le patient et le médecin, est un médiateur précieux permettant de renforcer le message thérapeutique du médecin et des autres professionnels de la santé dans le but d'optimiser le suivi des patients. Interlocuteur compétent quant aux informations relatives à tout ce qui concerne la médication, il est également le professionnel de la santé le plus accessible au public. Les compétences qu'il développe dans la prévention, la détection et la résolution des problèmes pharmacothérapeutiques améliorent considérablement l'efficacité du traitement médicamenteux et méritent une meilleure implication interdisciplinaire. (122)

➤ **la posture éducative :**

Le pharmacien d'officine est le dernier professionnel de santé en contact avec le patient avant que celui-ci ne se retrouve seul chez lui face à son médicament. Il doit donc s'assurer de la bonne compréhension du traitement et de la bonne maîtrise du savoir technique pour la prise de ce médicament. Malgré cela, les études montrent que l'observance n'est estimée qu'à 50% pour les maladies chroniques ; cette observance diminuant largement pour les traitements topiques. Le pharmacien d'officine, une fois formé à l'éducation thérapeutique disposera d'un outil supplémentaire pour obtenir une meilleure adhésion au traitement. En effet à la demande du patient, lorsque celui-ci ressent une réticence à la prise du médicament, la posture éducative va permettre de mettre à jour ses réticences et permettre au pharmacien de travailler dessus.

- Dans un 1er temps grâce à **des questions ouvertes**, le pharmacien va pouvoir explorer la représentation que le patient a de son traitement et de sa pathologie, c'est ce que l'on appelle le diagnostic éducatif. Les bénéfices attendus seront mis à jour : les freins et obstacles à l'observance seront levés.

- Dans un deuxième temps, **l'apprentissage** à proprement parler sera abordé : le pharmacien va ainsi évoquer les acquisitions du savoir avec le patient : du savoir-faire et du savoir être. Pour cela, le pharmacien peut utiliser des supports pédagogiques tels que le chevalet par exemple.

- Dernière étape: **l'évaluation**. Le pharmacien doit profiter de sa proximité et de sa disponibilité avec le patient pour régulièrement évaluer les réussites et les échecs.

L'évaluation se fait entre les 2 entretiens entre le patient et le pharmacien mais aussi entre les consultations médicales et la délivrance des médicaments à l'officine. En effet, sur le parcours, peut apparaître dans l'esprit du patient des craintes par rapport aux bénéfices attendus ou effets secondaires du traitement.(123)

➤ **Soutien des patients et/ou les aidants dans la gestion du traitement :**

Au cours de l'évolution de la maladie cognitive, la supervision partielle ou totale de la gestion du traitement du patient par l'aidant devient sécuritaire. En effet, cela permet de garantir l'observance, d'éviter les erreurs médicamenteuses et ainsi de prévenir l'iatrogénie médicamenteuse. Une revue de la littérature a permis de mettre en évidence les rôles des aidants dans la gestion du traitement médicamenteux. Les rôles identifiés, parfois complexes pour des aidants non-professionnels, étaient les suivants : la participation aux décisions thérapeutiques ; la gestion du renouvellement et de l'approvisionnement des traitements prenant en compte les multiples prescripteurs ; la préparation des doses à administrer ; l'administration de plusieurs médicaments, parfois contre la volonté du patient et selon les schémas posologiques prescrits ; l'éviction des erreurs et interactions médicamenteuses potentielles ; la surveillance des effets indésirables ; la prise de décision concernant l'administration du traitement (continuer, arrêter le médicament ou diminuer, augmenter la posologie selon contexte clinique).

Cette revue narrative a permis de démontrer la nécessité de conduire de nouvelles études interventionnelles présentant une méthodologie solide afin d'évaluer l'impact clinique du pharmacien au sein de cette population. Les pharmaciens d'officine, dits acteurs de proximité, font partie des professionnels de santé les plus facilement accessibles dans les soins primaires. Leur rôle auprès des patients vivant au domicile et de leurs aidants, mais également auprès des patients : prévention de l'iatrogénie médicamenteuse et promotion du bon usage du médicament ; repérage des patients présentant une altération des performances cognitives et des aidants épuisés ; et, suivi éducatif ambulatoire concernant la gestion des médicaments du fait de son intégration au sein d'équipes pluridisciplinaires. (124)

L'action des psychotropes sur le cerveau peut entraîner des effets secondaires dangereux souvent imprévisibles et parfois irréversibles. Chacun des médicaments psychotropes comporte ses propres effets, contre-indications et interactions.

Classes thérapeutiques	Classes pharmacologiques	médicaments	Effets indésirables
neuroleptiques	Neuroleptiques typiques (classique)	_Phénothiazines : chlorpromazine, levomepromazine _benzamides : sulpiride, métopropramide _butyrophénones : halopéridol, droperidol	-effets atropiniques -hypotension orthostatiques -glaucome -rétention urinaire -sédation, appétit et prise de poids -photosensibilisation (phénothiazines) -troubles du rythme cardiaque -syndrome malin des neuroleptiques (grave)
	Neuroleptiques atypiques	-dibenzodiazepine :colzapine, olanzapine -benzamides : amisulpiride -butyrophénone : resperidone	- de façon fréquente, une insomnie, une constipation, des sensations d'étourdissement, une prise de poids, une hyperprolactinémie, une gynécomastie, une impuissance, une aménorrhée-galactorrhée
Les antidépresseurs	Antidépresseurs tricycliques	Imipramine, amitryptiline	-Effets anticholinergiques périphériques : sécheresse buccale, constipation, rétention urinaire, mydriase, vision trouble et tachycardie. -Effets anticholinergiques centraux : confusion mentale, tremblements des extrémités, risques épileptogènes. -Blocage α_2 adrénergique périphérique : risque

			<p>d'hypotension orthostatique, de tachycardie réactionnelle.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Effets anti H1 (histamine) central : sédation, prise de poids car inhibition du centre de la satiété. -Levée de l'inhibition suicidaire . -Dyskinésie tardive (permanents même après l'arrêt du traitement) - Troubles sexuels: baisse de la libido, troubles de l'érection... -Avitaminose B
	Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine	Fluoxétine Paroxétine Sertraline escitalopram	<p>Perte d'appétit</p> <ul style="list-style-type: none"> -insomnies -Somnolence -Tremblement -Agitation -Mal de tête -Transpiration excessive -Vertige -Visibilité tremblée -Perte de libido .,dysfonctionnement érectile -syndrome sérotoninergique
	Inhibiteurs de la mono-amino oxydase (IMAO)	Iproniazide Moclobémide	<ul style="list-style-type: none"> - insomnies - nausées - céphalées - vertiges -hypertension artérielle ou hypotension orthostatique avec tachycardie
Les anxiolytiques	Agonistes GABA	Benzodiazépines : Alprazolam, Bromazépam,	<ul style="list-style-type: none"> -Somnolence -troubles de la mémoire

		Clotiazépam	-troubles de l'équilibre avec risques de chutes chez les âgées - glaucome, -accoutumance - dépendance - syndrome de sevrage
--	--	-------------	---

Tableau N°08 : principaux effets indésirables des psychotropes.

Il est primordial aussi d'informer le patient et les aidants des éventuelles interactions médicamenteuses.

Médicament	Deuxième médicament		Interaction
Neuroleptiques	Dépresseurs du système nerveux central SNC (alcool, opiacées)		Potentialisation de l'effet dépresseur du SNC
	Antidépresseurs tricycliques (avec phénothiazines)		Potentialisation des effets indésirables atropiniques
	Inducteurs enzymatiques :barbituriques, phénytoïne (avec phénothiazines)		Diminution de l'effet neuroleptique
	Antiacides, sels bivalents et trivalents (avec phénothiazines)		Complexation
	Levodopa		Annulation des effets (antagoniste\agoniste)
Antidépresseurs	tricycliques	Alcool	Majoration de l'effet sédatif
		Clonide, guanitidine	Inhibition de l'effet antihypertenseur
		Sympathomimétiques α et β mixtes (Adr, NA, dopamine)	Hypertension artériel
	IMAO non sélectifs	Médicaments sérotoninergiques : ATD, dextrométorphane, triptans, tramadol, ...	Syndrome sérotoninergique
		Vasoconstricteurs	Pic d'hypertension artériel
	ISRS	Sumatriptan	Syndrome sérotoninergique
Anxiolytiques (benzodiazépines)	Alcool, antidépresseurs, antihistaminiques sédatifs, barbituriques, clonidine, hypnotiques, dérivés morphiniques, neuroleptiques		Potentialisation de l'effet dépresseur du SNC

Tableau N°09 : principales interactions médicamenteuses.

Les pharmaciens d'officine prennent ensuite le relais. Ce sont également des professionnels de santé de premier recours du fait d'une grande présence sur le territoire, d'une grande disponibilité et d'une amplitude horaire large. Ils peuvent être consultés à tout moment de la journée, sans prise de rendez-vous. Ils assurent le respect de la posologie et le bon usage des médicaments et notamment les précautions d'emploi surtout dans les cas particuliers (conduite, grossesse, allaitement, ...)

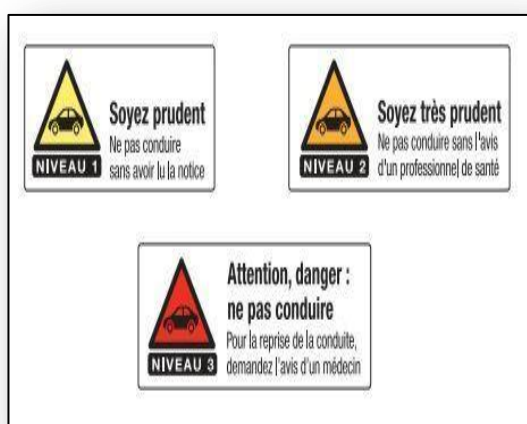


Figure N°08 : pictogramme conduite.



Figure N°09 : Pictogramme grossesse.

Partie pratique

I. Matériels et méthodes

1. Contexte et objectifs de l'étude

En Algérie, comme dans le monde entier, les troubles psychiatriques constituent un vrai problème de santé public. Le pharmacien d'officine, professionnel de la santé de proximité, disponible pour aider les patients à comprendre et à accepter leurs maladies et l'importance de leurs prévention, en fournissant des soins pharmaceutiques adaptés aux besoins de chaque patient, il va jouer donc un rôle important dans la prise en charge de ses patients.

Cette enquête a pour objectif principal de : déterminer le rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge, l'éducation et l'accompagnement des troubles psychiatriques afin d'établir leur place dans ce parcours de soins.

2. Type d'enquête :

Vu la nature de la recherche et ses objectifs, nous sommes dirigé vers une étude descriptive concernant le rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge des troubles psychiatriques.

3. Lieu et durée d'enquête:

Dans le cadre de réalisation de notre mémoire de fin d'études en tant que docteur en pharmacie. Nous avons choisi principalement les officines de la wilaya de Laghouat. Cette enquête a débutée en Mai 2020 pour s'achever à la fin de juillet de la même année.

4. Population cibles :

Dans le cadre de notre exercice professionnel, nous avons adressé notre questionnaire aux pharmaciens d'officines.

Le questionnaire a été distribué de deux manières :

- Soit par déplacement et contact direct avec les pharmaciens au niveau de leurs officines.
- Soit par un questionnaire proposé sur un groupe Facebook (je suis pharmacien). Une fois l'accord obtenu pour répondre à l'enquête, un email contenant le questionnaire est envoyé à l'intéressé. Au total, 45 réponses ont été récoltées, 24provenant d'officine, 21 provenant des réponses électroniquement reçues.

5. L'outil d'investigation :

Nous avons choisi pour notre enquête un questionnaire dans l'objectif de recueillir des résultats plus fiables et plus précis.

Le questionnaire comporte 19 questions, 08 questions fermées, 09 questions de choix et 2 questions ouvertes. Les questions ouvertes permettent aux pharmaciens d'exprimer leurs avis.

Le questionnaire s'articule sur trois (3) parties :

- Partie 1 : rassemble des informations concernant les titulaires (le sexe, mode d'exercice, l'expérience professionnels).
- Partie 2 : exprime la relation patient/pharmacien et pharmacien/médecin.
- Partie 3 : donne au pharmacien l'opportunité d'exprimer son opinion par le biais de deux (2) questions ouvertes.

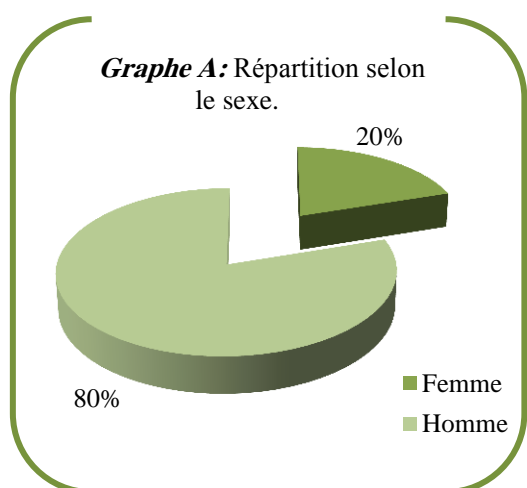
II. Présentation et interprétation des résultats :

1. Identification de la population cible :

A. Répartition des pharmaciens selon le sexe :

Le sexe	Femme	Homme	Totale
Effectif	09	36	45
Fréquence	20%	80%	100%

Tableau A : Répartition selon le sexe.



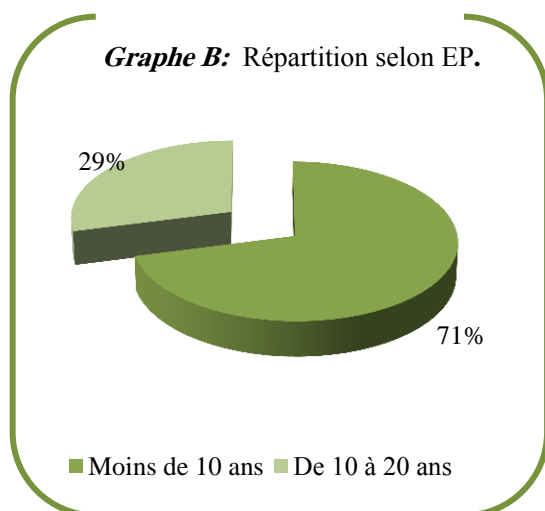
Interprétation :

Nous remarquons que notre échantillon est majoritairement masculin 80%.

B. Répartition des pharmaciens selon l'expérience professionnelle :

EP	Moins de 10 ans	De 10 à 20 ans	Plus de 20 ans	Totale
Effectif	32	13	00	45
fréquence	71%	29%	00%	100%

Tableau B : Répartition selon l'expérience professionnelle.



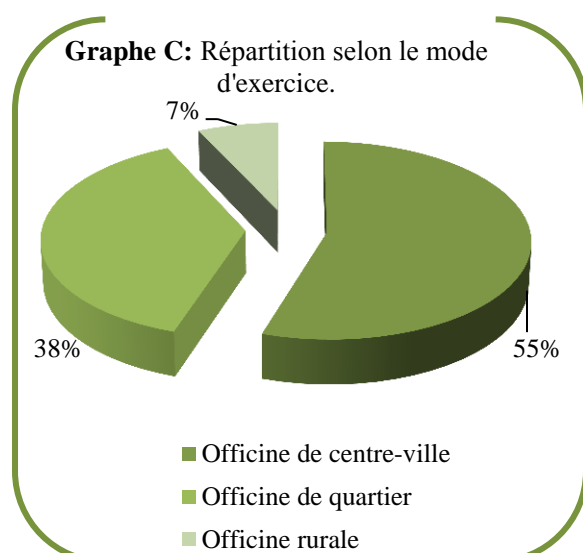
Interprétation :

À travers le tableau ci-dessus, on constate que 32 trente-deux soit 71% des pharmaciens possèdent une expérience de travail moins de 10 ans, 13 treize soit 29% ont une expérience professionnelle entre 10 à 20 ans.

C. Répartition des pharmaciens selon le mode d'exercice :

Mode d'exercice	Officine de centre-ville	Officine de quartier	Officine rurale	Totale
Effectif	25	17	03	45
Fréquence	55%	38%	07%	100%

Tableau C : Répartition selon le mode d'exercice.



Interprétation :

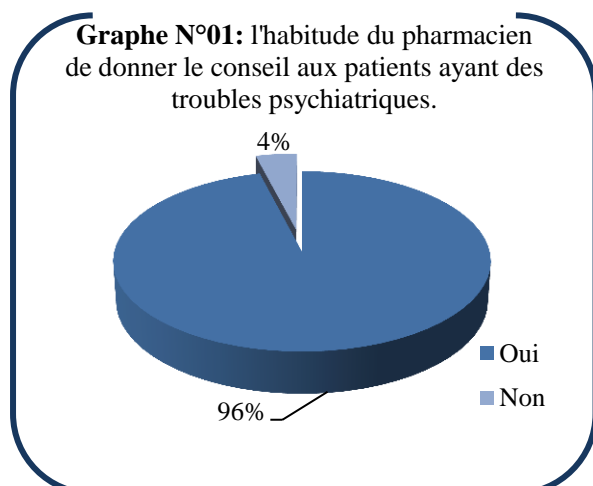
D'après les résultats on retrouve plus que la moitié (55%) des pharmaciens interrogés travaillent en pharmacie de centre-ville. Contre (38%) pharmaciens s'installent dans des officines de quartier, et (7%) des pharmaciens exercent leur profession aux officines rurales.

2. Présentation des résultats :

- ♣ **Question N°01 :** Avez-vous déjà conseillé des patients présentant des troubles d'ordre psychiatrique, dans votre pratique professionnelle ?

	Oui	Non	Totale
Effectif	43	02	45
Fréquence	96%	04%	100%

Tableau N°01 : L'habitude du pharmacien de donner le conseil aux patients ayant des troubles psychiatriques.



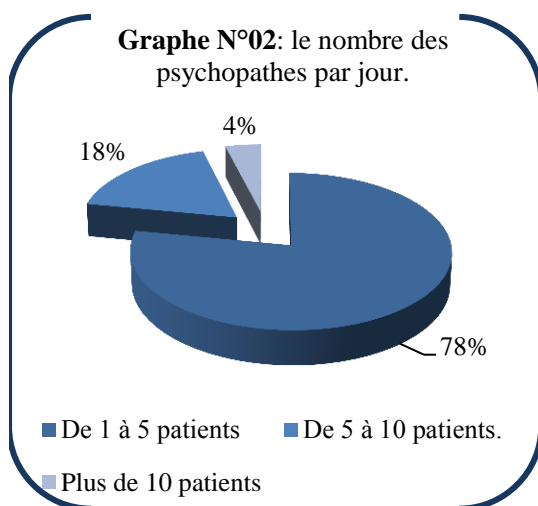
Interprétation :

D'après le tableau ci-dessus on trouve que la plupart des pharmaciens interrogés (96%) donnent des conseils lors de la délivrance des traitements.

♣ **Questions N°02 :** Quelle est le nombre de ces patients que vous recevez par jour?

	0 patient	De 1 à 5 patients.	De 5 à 10 patients.	Plus de 10 patients.	Totale
Effectif	00	35	08	02	45
fréquence	00%	78%	18%	04%	100%

Tableau N°02 : le nombre des psychopathes par jour.



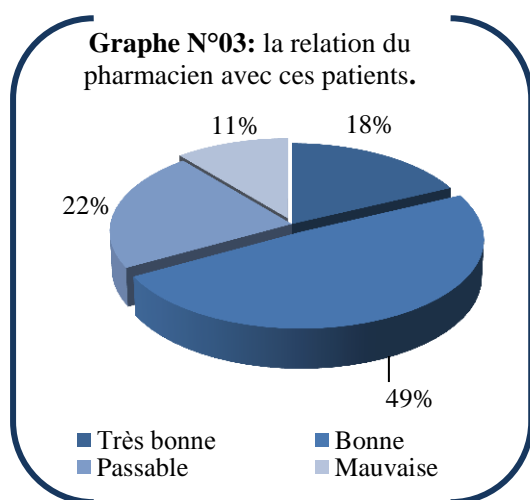
Interprétation :

Selon les résultats obtenus, 78% des pharmaciens signalent que le nombre de psychopathe arrivant à la pharmacie par jour est entre (1-5).

♣ **Question N°03 :** comment qualifieriez la relation avec ces patients ?

	Très bonne.	Bonne.	Passable.	Mauvaise	Totale
Effectif	08	22	10	05	45
Fréquence	18%	49%	22%	11%	100%

Tableau N°03 : la relation du pharmacien avec ces patients.



Interprétation :

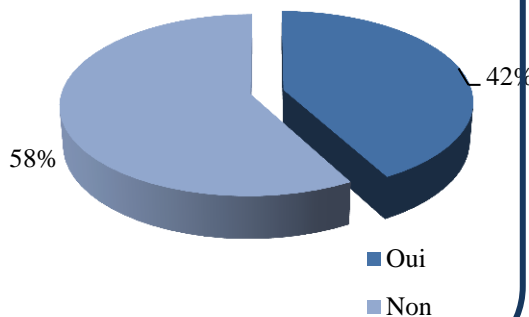
D'après les résultats on distingue que Presque la moitié des pharmaciens interrogées qualifiaient que la relation était bonne.

- ❖ **Question N°04 :** Disposez-vous d'un espace de confidentialité dans votre officine?

	Oui	Non	Totale
Effectif	19	26	45
fréquence	42%	58%	100%

Tableau N°04 : Présence d'espace de confidentialité au niveau d'officine.

Graphe N°04: présence d'espace de confidentialité au niveau d'officine.



Interprétation :

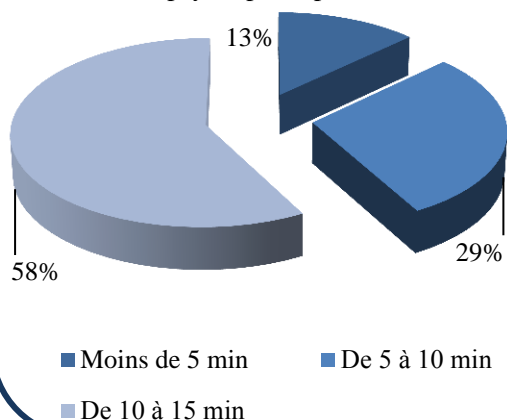
Plus que la moitié des pharmaciens interrogés ne disposent pas d'espace de confidentialité malgré son importance vue la sensibilité de la maladie.

- ❖ **Question N°05 :** Quel est le temps moyen que vous accordez avec ces patients par minutes?

	Moins de 5 min	De 5 à 10 min	De 10 à 15 min	Totale
Effectif	06	13	26	45
Fréquence	13%	29%	58%	100%

Tableau N°05 : Le temps moyen accordé à un psychopathe par minutes.

Graphe N°05: le temps moyen accordé à un psychopathe par minutes.



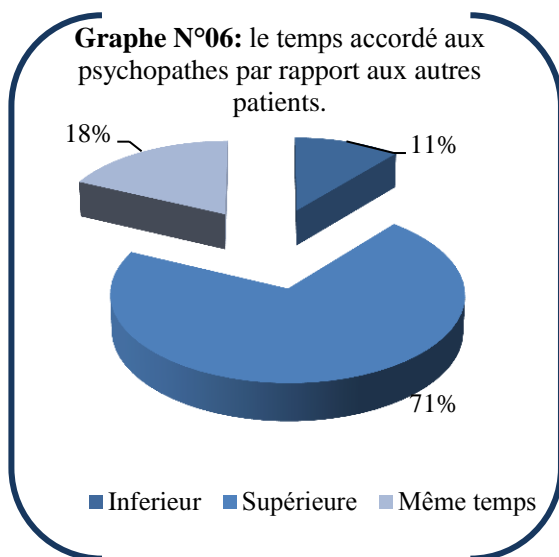
Interprétation :

Plus que la moitié des pharmaciens déclarent accorder de 10 à 15 min pour dispenser une ordonnance à un psychopathe.

- ❖ **Question N° 06 :** Comment jugez- vous le temps que vous accordez aux patients présentant des troubles psychiatriques par rapport aux autres patients ?

	Inferieur	Supérieure	Même temps	Totale
Effectif	05	32	08	45
Fréquence	11%	71%	18%	100%

Tableau N°06 : Le temps accordé aux psychopathes par rapport aux autres patients.



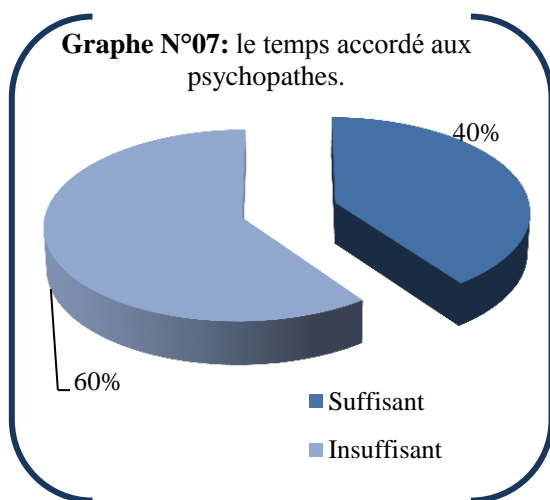
Interprétation :

Suivant les résultats du tableau ci-dessus on remarque que la plupart des pharmaciens consacrent pour un psychopathe un temps supérieur par rapport aux autres patients.

- ❖ **Question N°07 :** comment jugez-vous le temps accorder aux ces patients ?

	Suffisant	Insuffisant	Totale
Effectif	18	27	45
Fréquence	40%	60%	100%

Tableau N°07 : Le temps accordé aux psychopathes.



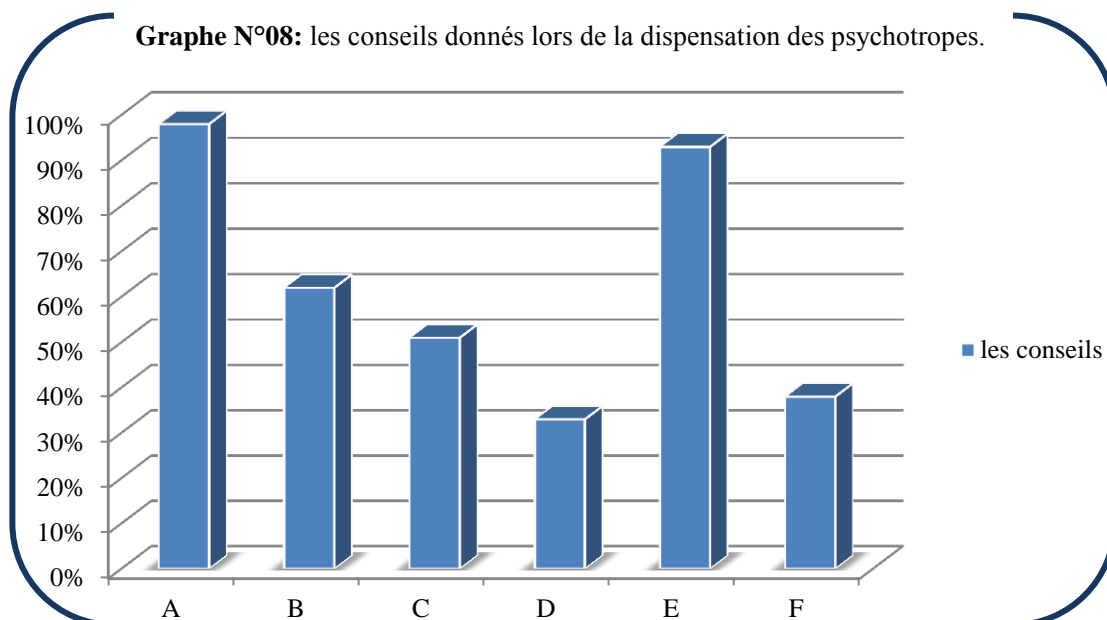
Interprétation :

Nous avons constaté que 60% des pharmaciens jugent que le temps accordé aux psychopathes est insuffisant.

❖ **Question N°08** : Quelles sont les conseils que vous donnez aux patients lors de la dispensation des psychotropes ?

<i>Les conseils</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence</i>
<i>A : Posologie et horaires</i>	44	98%
<i>B : Intérêt de chaque médicament</i>	28	62%
<i>C : Effets indésirables possibles</i>	23	51%
<i>D : Interactions médicamenteuses éventuelles</i>	15	33%
<i>E : Modalités d'utilisation (pour un nouveau médicament).</i>	42	93%
<i>F : Conditions de conservation.</i>	17	38%
<i>Totale</i>	45	100%

Tableau N°08 : Les conseils donnés lors de la dispensation des psychotropes.



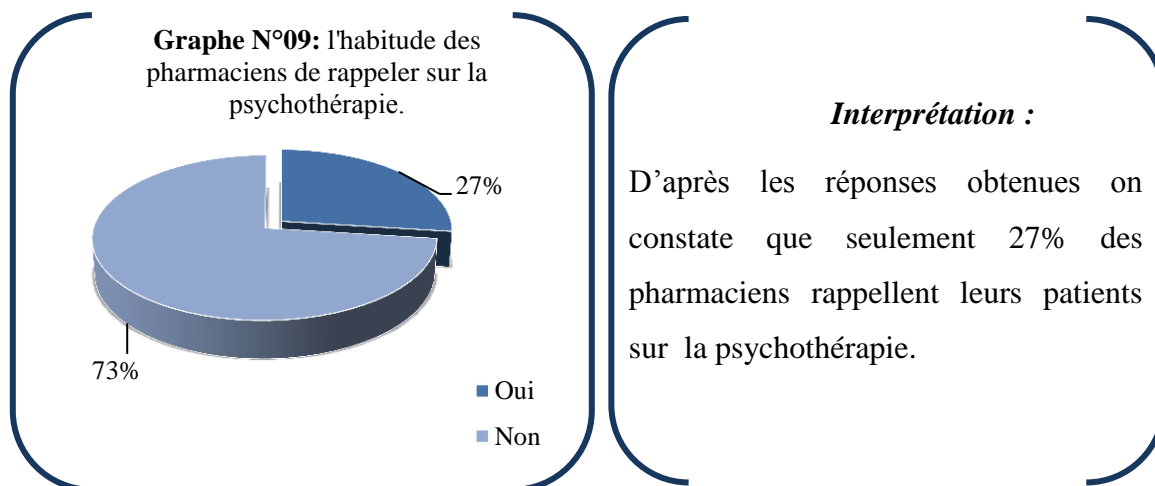
Interprétation :

D'après ces résultats nous avons trouvé que la majorité des pharmaciens insistent surtout sur la posologie, l'intérêt de chaque médicament et modalités d'utilisation (pour un nouveau médicament) par rapport aux autres conseils (les interactions et effets indésirables possibles).

❖ **Question N°09 :** Faites- vous un rappel sur la psychothérapie ?

	Oui	Non	Totale
Effectif	12	33	45
Fréquence	27%	73%	100%

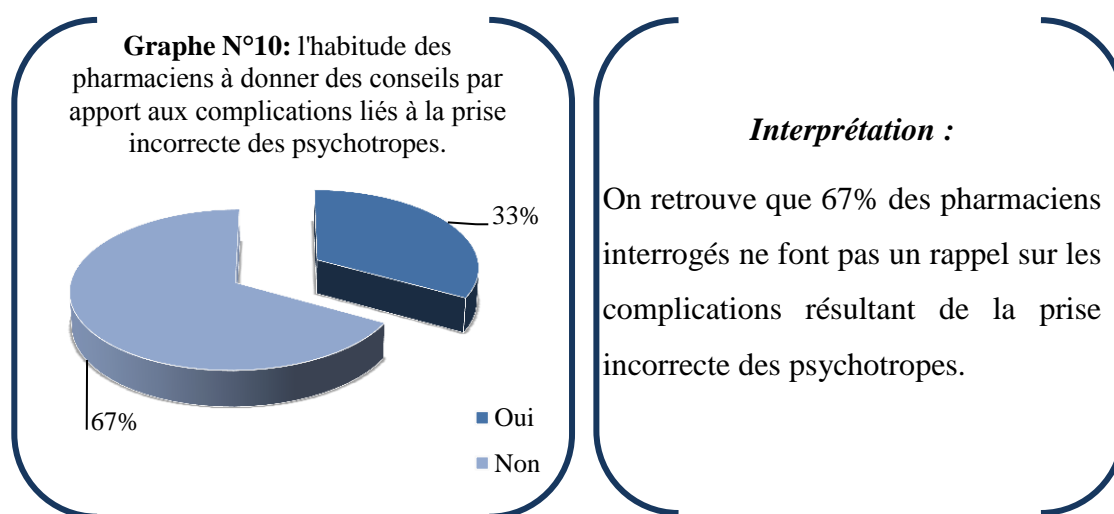
Tableau N°09 : L'habitude des pharmaciens de rappeler sur la psychothérapie.



❖ **Question N°10 :** Faites-vous un rappel sur les complications résultant de la prise incorrecte des psychotropes ?

	Oui	Non	Totale
Effectif	15	30	45
Fréquence	33%	67%	100%

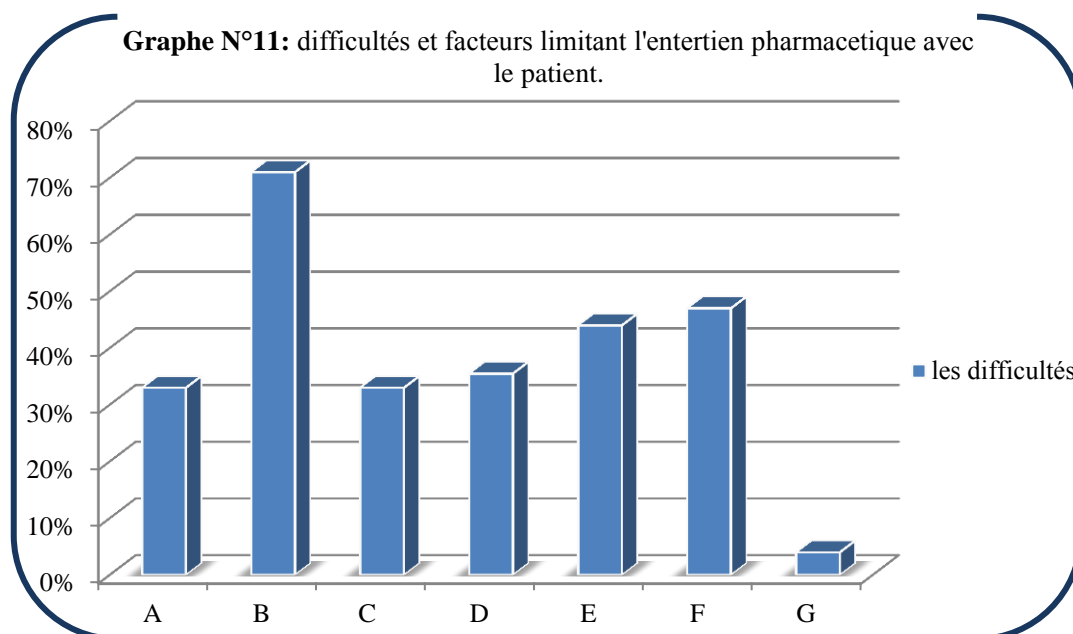
Tableau N°10 : L'habitude des pharmaciens à donner des conseils par apport aux complications liés à la prise incorrecte des psychotropes.



❖ **Question N°11 :** Ressentez-vous des difficultés ou identifiez-vous des facteurs limitant l'entretien pharmaceutique ?

	Effectif	Fréquence
A : La difficulté du pharmacien à trouver une place pour l'entretien.	15	33%
B : Le niveau intellectuel et aptitude du patient	32	71%
C : Le manque de temps.	15	33%
D : Le manque de formation.	16	35.5%
E : Le manque de communication.	20	44%
F : Le manque d'information sur le suivi médical et le traitement du patient.	21	47%
G : Aucune difficulté.	02	04%
Totale	45	100%

Tableau N°11 : Difficultés et facteurs limitant l'entretien pharmaceutique avec le patient.



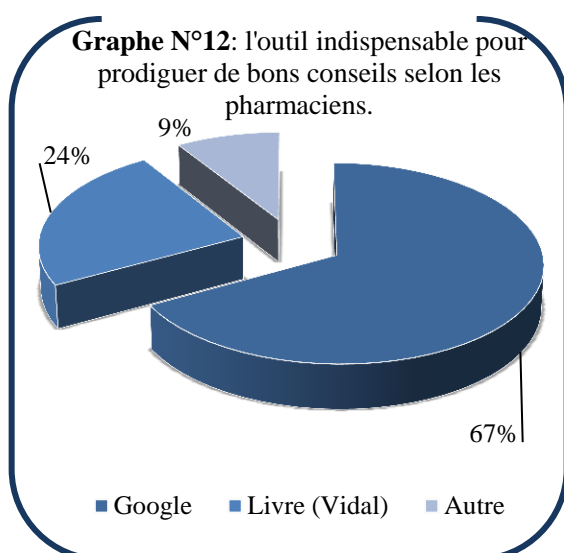
Interprétation :

Selon le tableau et le graphe N°11, le niveau intellectuel et l'aptitude du patient posent un problème majeur pour (71%) des pharmaciens. Ce facteur limitant rend difficile la communication pharmacien-patient et qui exige de prendre un temps supplémentaire pour l'entretien et ce dernier représente un obstacle d'après ce qui est déclaré par plus du tiers des pharmaciens.

- ❖ **Question N°12:** Quel 'est l'outil utilisé pour prodiguer de bons conseils des stupéfiants et des psychotropes ?

				<i>Totale</i>
<i>Effectif</i>	30	11	04	45
<i>fréquence</i>	67%	24%	9%	100%

Tableau N°12 : L'outil indispensable pour prodiguer de bons conseils selon les pharmaciens.



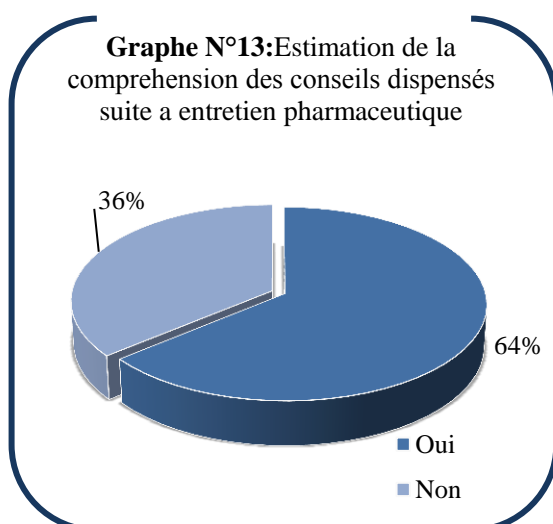
Interprétation :

A travers le tableau ci-dessus nous constatons que le site internet était l'outil le plus utilisé par les personnes interrogées 67%.

- ❖ **Question N°13 :** Estimeriez-vous avoir compris les conseils que vous aurez dispensés lors d'un entretien pharmaceutique ?

	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Totale</i>
<i>Effectif</i>	29	16	45
<i>Fréquence</i>	64%	36%	100%

Tableau N°13: Estimation de la compréhension des conseils dispensés suite à entretien pharmaceutique.



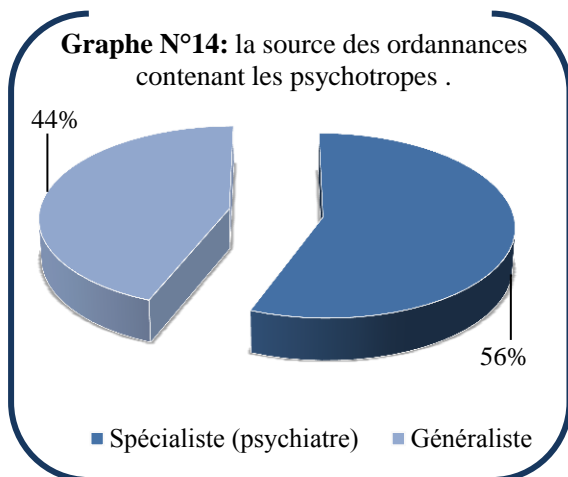
Interprétation :

D'après les résultats on distingue que 64% des pharmaciens déclarent que leurs conseils sont compris par les patients, par contre 36% déclarant le contraire.

❖ **Question N°14 :** d'où proviennent les ordonnances contenant les psychotropes ?

	Spécialiste (psychiatre)	Généraliste	Totale
Effectif	25	20	45
Fréquence	56%	44%	100%

Tableau N°14: la source des ordonnances contenant les psychotropes.



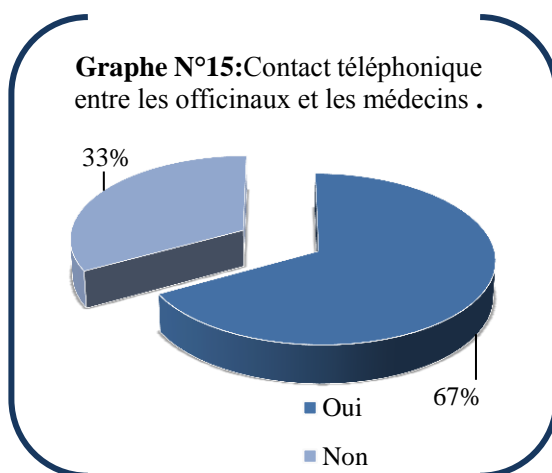
Interprétation :

D'après les réponses ci-dessus on trouve que 56% des ordonnances contenant des psychotropes dérivait par un psychiatre.

❖ **Question N°15 :** vous arrive-t-il de contacter le médecin ?

	Oui	Non	Totale
Effectif	30	15	45
Fréquence	67%	33%	100%

Tableau N°15 : Contact téléphonique entre les officinaux et les médecins.



Interprétation :

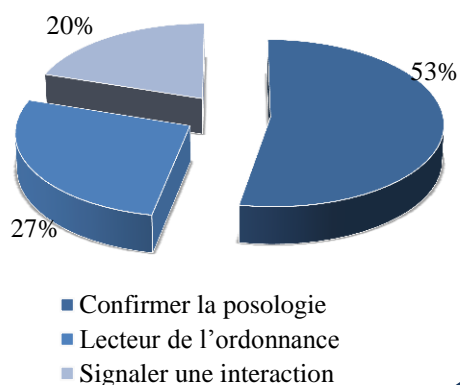
Selon le tableau ci-dessus on remarque que la majorité des officinaux arrivent de contacte le médecin 67%.

❖ **Question N°16 :** pour quelles raisons ?

	Confirmer la posologie	Lecteur de l'ordonnance	Signaler une interaction	Totale
Effectif	16	08	06	30
Fréquence	53%	27%	20%	100%

Tableau N°16: les raisons de contact entre le pharmacien et le médecin.

Graphe N°16: les raisons de contact entre le pharmacien et le médecin.



Interprétation :

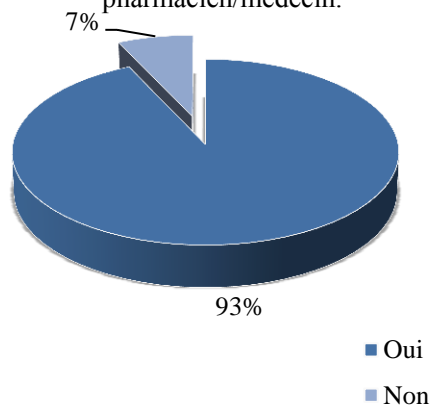
Le tableau ci-dessus nous indiquons que 27% des pharmaciens contactaient le médecin par téléphone pour la lecture de l'ordonnance, 53% confirmation de la posologie et 20% signalement d'une interaction.

❖ **Question N°17:** Y a-t-il à votre avis, un manque de collaboration entre les pharmaciens à l'officine et les prescripteurs des psychotropes ?

	Oui	Non	Totale
Effectif	42	03	45
Fréquence	93%	07%	100%

Tableau N°17 : la collaboration pharmacien / médecin.

Graphe N°17: la collaboration pharmacien/médecin.



Interprétation :

D'après les réponses obtenues nous trouvons que la majorité 93% des pharmaciens déclarant un manque de collaboration entre eux et les prescripteurs des psychotropes.

III. Commentaires et Discussions

Notre travail a été d'étudier le rôle du pharmacien en psychiatrie à travers une enquête réalisée au niveau des pharmacies officinales de la wilaya de Laghouat. Voyons maintenant en détail les idées fortes à retenir de cette enquête.

Dans notre étude nous avons ciblé principalement trois volets dans la prise en charge des troubles psychiatriques :

- Volet de prise en charge psychique et relationnelle.
- Volet de prise en charge médicamenteuse.
- Volet de communication pharmacien et médecin

✓ **Volet de prise en charge psychique et relationnelle :**

-Relation patient/pharmacien :

Dans la pratique officinale quotidienne, le pharmacien se trouve souvent confronté à un patient qui devrait recevoir plus d'attention en ce qui concerne le type de conseils et le temps consacré à cet entretien pharmaceutique.

En effet, 78% des pharmaciens qu'on a interrogés déclarent recevoir 1 à 5 patients présentant des troubles psychiatriques par jour.

On note que des pharmaciens interrogés (58%) signalent accorder une durée dite optimale de 10-15 min (avec une moyenne de 12 min). cette durée est jugée - par les questionnés - supérieur au temps accordé aux autres patients. Le temps qu'accorde le pharmacien pour son patient est un paramètre important.

La relation entre le pharmacien et ses patients ayant des troubles psychiatriques était bonne pour 49% des officinaux. Nous avons constaté que cette relation s'améliore suivant la fidélité du malade et la qualification de l'équipe officinale.

-Facteurs limitant l'entretien pharmaceutique :

Concernant les obstacles rencontrés et les facteurs limitant la pratique de l'entretien pharmaceutique, la majorité des pharmaciens se plaignent du niveau intellectuel et l'aptitude des patients cela peut être dû à la difficulté de trouver des termes simples et compréhensifs pour le patient. Ceci est dû en partie à la différence de langue utilisée au cursus universitaire et à celui de la vie quotidienne.

✓ **Volet de prise en charge médicamenteuse**

-Traitement :

Selon les réponses collectées, les pharmaciens affirment qu'ils abordent très souvent (98% des cas) avec les patients la posologie et horaire, et pour les modalités d'utilisation sont abordées dans (93 %), de même, notons que (62%) des pharmaciens informent leur patients sur l'intérêt de chaque médicament et (51%) déclarent sur les effets indésirables

Ces conseils permettent d'informer le patient sur les risques qu'il encoure en utilisant son traitement. Un patient bien informé sur ce sujet peut participer à la surveillance de son traitement et à la gestion de ses effets indésirables.

- Le rappel sur la psychothérapie :

La psychothérapie est globalement rappeler (27%) des cas d'après les pharmaciens .Cela peut être dû au fait que le pharmacien laisse au psychiatre d'insister sur ce point. Le pharmacien pourra revenir à ce point lors de prochaines discussions avec le patient. La psychothérapie est primordiale dans le traitement, il est crucial de l'aborder régulièrement au comptoir.

-Complications :

Les pharmaciens déclarent aborder ce point d'une manière fréquente (67%). La sensibilisation des patients compte aux complications a pour objectif d'éviter la mauvaise observance dont le taux est aussi élevé dans les pathologies psychiatriques que dans les pathologies médicales (diabète, hypertension artérielle), pour les traitements chroniques (125). Environ 50% des patients ne prennent pas correctement le traitement prescrit, responsable en grande partie de l'inefficacité constatée des traitements. (126)

-les outils de bons conseils :

Pour ce qui est des outils indispensables pour prodiguer de bons conseils, les sites internet sont majoritairement consultés par les officinaux (soit 67%). La plupart lancent ses recherches sur Google ou consultent le site Doctissimo principalement et cela est probablement dû à la facilité d'accès. Les officinaux consultent secondairement les livres (soit 24%) et utilisent le Vidal, Larousse médical ou Dorozs comme livre de référence.

Selon une étude faite dans la ville de Sikasso à Bamako (2005), 46,66% des pharmaciens possédaient à la fois un Dictionnaire thérapeutique et un Vidal (59).

✓ **Volet de communication pharmacien et médecin :**

Pour le pharmacien d'officine, il n'est pas facile d'obtenir les données cliniques ; néanmoins, dans un premier temps, le comportement du patient pourra guider le pharmacien pour faire l'éducation thérapeutique, le pharmacien, en général, disposera d'assez d'informations s'il y est préparé. Pour procurer vraiment le soin pharmaceutique, il est inévitable d'établir de bons rapports avec les médecins traitant (..).

Dans notre étude la majorité des pharmaciens (soit 93%) croient qu'il y'a un manque de collaboration entre les pharmaciens à l'officine et les prescripteurs des psychotropes et (67%) d'eux arrivent de contacter le médecin.

Le phénomène d'hyper-consommation de médicaments dans un but psychotrope est relativement fréquent parmi les patients se présentant en consultation de médecine générale, que ce soit dans le cadre d'un suivi régulier ou de façon occasionnelle. La formation et les informations disponibles sur le sujet sont paradoxalement peu nombreuses, et le prescripteur se retrouve face à de nombreuses difficultés lorsqu'il y est confronté.

Proposition des nouvelles méthodes pour améliorer le statut de conseils pharmaceutiques aux patients psychiatriques en Algérie :

Pour atteindre notre deuxième objectif nous avons mis à la disposition des pharmaciens deux questions ouvertes pour exprimer leurs idées, leurs pensées et pour donner librement leurs propositions afin d'améliorer la qualité de conseils pharmaceutiques aux ces patients. Les réponses des pharmaciens sont très variées :

*La création des espaces de confidentialité au niveau de l'officine est indispensable pour être plus à l'aise lors de la Communication avec le patient.

* Améliorer l'observance par la distribution des brochures

* Un contact permanent avec les prescripteurs pour l'échange des informations nécessaires.

* Créer un dossier médical, contenant l'historique médicamenteux du patient.

* Organiser des formations sur les entretiens (pharmacien-patient).

* Attribuer assez de temps pour cette catégorie de patients.

* Des journées de sensibilisation dans chaque pharmacie

Difficultés rencontrées lors de l'enquête :

Au cours de notre étude nous avons été confrontés à plusieurs difficultés notamment l'indisponibilité des pharmaciens, et la difficulté à se déplacer en raison de la pandémie Corona.

Le choix du questionnaire comme outil d'investigation présente aussi quelques limites. En effet, les réponses obtenues ne reflètent pas toujours la réalité du terrain et on est tenu à croire sur parole les réponses fournies par le pharmacien. L'utilisation des questions fermées avec des propositions fixe a permis de cadrer les réponses des pharmaciens et ainsi nous faciliter l'exploitation des résultats. Par contre, il était impératif que le questionnaire soit bien conçu initialement pour cerner toutes les propositions possibles.

D'autres obstacles ont été rencontrés lors de la diffusion du questionnaire auprès des pharmaciens. Il s'agit du refus de répondre au questionnaire, de prétendre de ne pas avoir assez de temps pour répondre et de donner des réponses incomplètes qui nous ont obligés à exclure tout le formulaire.

Conclusion :

L'officine constitue une porte d'entrée de choix pour accéder au système de santé, et la disponibilité du pharmacien fait de lui un professionnel de santé de premier recours. En effet ; Le rôle du pharmacien tend vers un réel accompagnement du patient dans sa maladie, ce qui engendre l'apparition de nouvelles tâches comme l'interrogation du patient sur le vécu de sa maladie, l'obtention de sa part d'informations relatives à son observance et aux effets indésirables, l'éducation ou encore la fourniture des informations utiles et adaptées.

A travers cette enquête, nous avons souhaité contribuer à l'amélioration du service rendu aux patients présentant des troubles psychiatriques et leurs prises en charge par l'équipe officinale.

Les officinaux ont conscience du rôle important qu'ils peuvent jouer en terme de conseil au patient, malgré les difficultés rencontrés au cours leur exercice en raison du niveau intellectuel et l'aptitude des patients et le manque de temps pour mettre au profit toutes leurs connaissances et services auprès des patients psychiatriques d'une part. D'autres parts, à cause du manque d'informations et de formation au cours de leur cursus universitaires en matière de conseil aux patients psychiatriques, d'où la nécessité de garantir une formation continue et une mise à jour régulière de l'équipe officinale d'un côté et d'alléger les charges administratives qui épuisent le pharmacien et le rendent moins disponible auprès de ses malades

Néanmoins, des initiatives individuelles de certains pharmaciens, telles que des séances de sensibilisation et de dépistage en officine, doivent être encouragées, pour une meilleure prise en charge des troubles psychiatriques.

En effet, le bien être du patient psychiatrique nécessite une étroite collaboration entre le médecin et le pharmacien puisque les pharmaciens connaissent mal les clients psychiatriques à l'officine ils ont un mode de vie changeant, ils cumulent parfois plusieurs troubles psychiatriques et somatiques sont souvent difficiles à établir à l'officine.

Enfin, on a constaté que le pharmacien est l'un des premiers acteurs décisifs qui doit contribuer par ces conseils au bon usage des médicaments et au bien-être du

patient malgré le rôle du pharmacien n'est malheureusement pas bien reconnu ni bien apprécié à sa juste valeur pour le moment. D'autant plus, qu'il semble parfois difficile à s'organiser correctement en Algérie.

Références bibliographiques

- (01) <http://www.sante.gov.dz/prevention/322-sante-mentale.html>.
- (02) <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
- (03) Julien-Daniel Guelfi et Frédéric Rouillon 2006 : Manuel de psychiatrie 2 ème édition 2006.
- (04) Garnier-Delamare. Dictionnaire des termes techniques de medecine 21é edition.
- (05) Llorca P-M. La schizophrénie. In: Encyclopédie Orphanet. 2004. [cité 2 juillet 2015]
- Disponible sur : <https://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-schizo.pdf>
- (06) [http://www.psychanalyse.com/pdf/PSYCHOSE ET DELIRE CHRONIQUE20ARTICLE REVUE DU PARATICIEN.pdf](http://www.psychanalyse.com/pdf/PSYCHOSE_ET_DELIRE_CHRONIQUE20ARTICLE_REVUE_DU_PARATICIEN.pdf)
- (07) <https://eurekasante.vidal.fr/maladies/psychisme/schizophrenie-psychoses.html>
- (08) Llorca PM, 2004.
- (09) Levauxa M-N et al. 2012.
- (10) Franck N. clinique de la schizophrénie EMC psychiatrie. 2013..
- (11) <https://www.orpha.net>
- (12) Jablenski A et al. 1992
- (13) Schizophrénie : Près d'un demi-**million** de cas enregistrés en Algérie .Avalable frome : <http://www.algerie360.com>.
- (14) Kacha F, 2009.
- (15) La Schizophrénie -Bernard Granger & Jean Naudin -Santé & Médecine, Le Cavalier Bleu édition 3.
- (16) DSM -4 - manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : Elsevier Masson. 4eme édition
- (17) <https://www.ma-schizophrenie.com/prise-en-charge/traitements-des-schizophrenies/>.
- (18) <http://www.blog-elsevier-masson.fr/2018/02/therapies-comportementales-cognitives-schizophrenie/>.

(19) livre de C.Arbisio/ J.C.Arrousse-Bastide : psychologie clinique : débats et enjeux. La psychologie clinique en dialogue 2002-page 146.

(20) Barlow ; Abnormal psychology: An integrative approach (5th ed) Belmont, CA, Etats-Unis, Thomson Wordsworth 2005 pages 248-249.

(21) Prise en charge d'un élément dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Service des recommandations et références professionnelles. Argumentaire. ANAES. 2002 ; 85p.

(22)<https://www.etat-depressif.com/depression/histoire-epidemiologie/consultele13/05/2019>

(23) Eisinger P. Syndrome dépressif. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Traité de Médecine Akos, 7-0080, 2008.

(24) Goodwin FK, Jamison KR. The manic-depressive illness. New York: O.U. Press; 1990 (938p).

(25) La Presse Médicale Volume 37, Issue 5, Part 2, May 2008, Pages 867-875

(26) Gartlehner. comparative benefits and harms of second -generation antidepressants for treating major depressive disorder. an updated meta-analysis. Ann Intern Med 2011.

(27) Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Geddes JR, Higgins JP, Churchill R, et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple treatments meta-analysis. Lancet 2009; 373(9665):746-58.

(28) Tursi MF and al. Effectiveness of psychoeducation for depression: a systematic review. Aust N Z J Psychiatry. 2013.

(29) Küchenhoff. Psychothérapie dans la dépression. Forum Med Suisse 2012 ;12 :267-271.

(30) Goudemand M. Les états dépressifs. Éd. Lavoisier Médecine-Sciences Publications. 2010 ; 578 p.

(31) phytothérapie de la dépression p.Goetz 2010 p246 ,247,248.

(32) La dépression chez l'adulte : en savoir plus pour s'en sortir. Repérer les symptômes, connaître les traitements, savoir à qui s'adresser. INPES. 2009; 92p.

(33) Blake H. Physical activity and exercise in the treatment of depression. Frontiers in Psychiatry. 2012 ; 3 (106) : 4p.

(34) La dépression chez l'adulte : en savoir plus pour s'en sortir. Repérer les symptômes, connaître les traitements, savoir à qui s'adresser. INPES. 2009 ; 92 93p.

(35) Henry C, Gay C: Maladie maniaco-dépressive ou troubles bipolaires. Encyclopédie Orphanet, janvier 2004

(36) <https://sante.lefigaro.fr/>

(37) A. Pelissolo, Professeur (antoine.pelissolo@upmc.fr). Service de psychiatrie adultes, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France.

(38) Dr Gilbert Riquier (psychiatre, Hôpital Simone Veil), Aude Caria (directrice, Psycom) et Céline Loubières (chargée de mission, Psycom).

(39) BONTEMPS A., FAUCONNIER J., BOSSON J. L. et al. Evaluation de la prescription des médicaments dans un CHU ; J. Pharm. Clin. 1997, 16:49-53.

(40) Organe international de contrôle des stupéfiants : Disponibilité des opiacés pour les besoins médicaux, dans : rapport de l'organe international de contrôle des Stupéfiants pour 1995, New York, Nations Unies, 1996

(41) Pierre DENIKER : membre de l'Académie de médecine, professeur à la faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Paris

(42) Bibliothèque de l'OMS : Rapport sur la santé dans le monde 2001 : La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs ; p 11-12.

(43) <https://pharmacomedicale.org>

(44) Patrick Juignet, Psychisme, 2013.

(45) Philippe Le Moigne, Sociologue, chargé de recherche, Centre de Recherche Psychotropes, Santé Mentale, Société (CESAMES). Centre national de la recherche scientifique (CNRS) – Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) – Université Paris-V René Descartes

(46) D. Szekely *, M. Polosan. Clinique universitaire de psychiatrie (Pr T. Bougerol), pavillon D.-Villaos, CHU de Grenoble, BP 127, 38043 Grenoble cedex 9, France

(47) Calop J, Grain F. Définition de la pharmacie clinique. In: Gimenez F, Brazier M, Calop J, Dine T, Tchiakpé L. Pharmacie Clinique et Thérapeutique. Paris: Masson 2000. p. 3-7.

(48) Vidal F. Pharmacie clinique : état des lieux et spécificité en milieu cancérologique. Thèse de D.E.S : Pharmacie : Faculté de pharmacie de l'université de Nantes. Soutenue le 15 Septembre 2008. P. 10-27.

(49) Ordre national des pharmaciens Français. La pharmacie clinique : une discipline centrée sur le patient. In : Les cahiers de l'ordre national des pharmaciens N :13, La Pharmacie Clinique : Etat des lieux et perspectives d'une discipline en développement. Décembre 2018. P. 3.

- (50) Orloff M. Simulation en sante : positionnement dans l'acquisition des compétences en pharmacie clinique. Thèse pour obtenir le diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie, Université Aix Marseille. Soutenue le 05 Octobre 2017. P 31.
- (51) Gibaud S. Introduction à la Pharmacie Clinique. Cours de 4ème année :Pharmacie : Université de Lorraine.
- (52) Perderson CA, Shneider PJ, Scheckelholff DJ. ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings : Monitoring and patients, édition 2009. P 542-558.
- (53) Cotter SM, Barber ND, McKee M. Survey of clinical pharmacy services inUnited Kingdom National Health Service Hospitals. 1994.P 2676-2684.
- (54) Spinewine A. La pharmacie clinique, une nouvelle orientation pharmaceutique au service des patients : réalisations à l'étranger et possibilités en Belgique. Louvain Médical, 2003, vol. 122, p. 127-139.
- (55) Arrêté ministériel n 923 du 21 Octobre 2018 portant ouverture d'une formation en vue de l'obtention du diplôme d'études médicales spéciales (DEMS) en pharmacie clinique et fixant sa durée et son programme.
- (56) Calop J, Grain F. Iatrogénie médicamenteuse. In: Gimenez F, Brazier M, Calop J, Dine T, Tchiakpé L. Pharmacie Clinique et Thérapeutique. Paris: Masson 2000. p. 9-20.
- (57) Ameli.fr. l'Iatrogénie médicamenteuse. 05 juillet 2018. Consulté le 10 Janvier 2019.<https://www.ameli.fr/assure/sante/medicaments/la-iatrogenie-medicamenteuse/iatrogenie-medicamenteuse>
- (58) Schmitt E,Antier D, Bernheim C, Dufay E, Husson M, Tissot E. Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse. Société Française de Pharmacie Clinique; 2006.
- (59) Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. JAMA. 1998 Apr 15;279(15):1200-5.
- (60) Article R5121-152 - Modifié par Décret n° 2013-923 du 16 octobre 2013 - art. 2 - Code de la santé publique.
- (61) Michel P, Lathelize M, Quenon JL, Bru-Sonnet R, Domecq S, Kret M. Comparaison des deux Enquêtes Nationales sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins menées en 2004 et 2009. Rapport final à la DREES (Ministère de la Santé et des Sports) – Mars 2011, Bordeaux.
- (62) Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, Servi D et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. ADE Prevention Study Group. JAMA. 1995 Jul 5;274(1):29-34.

(63) Bates DW, Spell N, Cullen DJ, Burdick E, Laird N, Petersen LA et al. The costs of adverse drug events in hospitalized patients. Adverse Drug Events Prevention Study Group. JAMA. 1997 Jan 22- 29;277(4):307-11.

(64) Bedouch P., Allenet B., Calop J. L'iatrogénie médicamenteuse : quels enjeux pour la pharmacie clinique ? In : Calop J., Limat S., Fernandez C. Pharmacie Clinique et Thérapeutique. 3ème éd. Paris : Elsevier-Masson, 2008, p. 9-18.

(65) Kane SL, Weber RJ, Dasta JF. The impact of critical care pharmacists on enhancing patient outcomes. Intensive Care Med. 2003 May;29(5):691-8.

(66) Kopp BJ, Mrsan M, Erstad BL, Duby JJ. Cost implications of and potential adverse events prevented by interventions of a critical care pharmacist. Am J Health Syst Pharm. 2007 Dec 1;64(23):2483-7.

(67) MacLaren R, Bond CA, Martin SJ, Fike D. Clinical and economic outcomes of involving pharmacists in the direct care of critically ill patients with infections. Crit Care Med. 2008 Dec;36(12):3184-9.

(68) Bond CA, Raehl CL. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and adverse drug reactions in United States hospitals. Pharmacotherapy. 2006 Jun;26(6):735-47.

(69) Bond CA, Raehl CL. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and hospital mortality rates. Pharmacotherapy. 2007 Apr;27(4):481-93.

(70) Bond CA, Raehl CL, Franke T. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and the total cost of care in United States hospitals. Pharmacotherapy. 2000 Jun;20(6):609-21.

(71) Schumock GT, Meek PD, Ploetz PA, Vermeulen LC. Economic Evaluations of Clinical Pharmacy Services: 1988-1995. Pharmacotherapy 1996;16(6):1188-1208.

(72) Schumock GT, Butler MG, Meek PD, Vermeulen LC, Arondekar BV, Bauman JL. Evidence of the Economic Benefit of Clinical Pharmacy Services: 1996–2000. Pharmacotherapy 2003;23(1):113–132.

(73) Perez A, Doloresco F, Hoffman JM, Meek PD, Touchette DR, Vermeulen LC. ACCP: economic evaluations of clinical pharmacy services: 2001-2005. Pharmacotherapy. 2009 Jan;29(1):128.

(74) Note d'information DGOS/PF2 N°2015/65 relative aux résultats de l'enquête nationale sur le déploiement de la conciliation médicamenteuse dans les établissements de santé. Direction générale de l'offre de soins DGOS. décembre 2015. Disponible sur : http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/Appels-a-projetsFinancements/Offre-de-soins/Offre_de_soins_2016/pharma-clinique/NOTEDGOSPF2-201565-enquete-conciliation-medicamenteuse.pdf.

- (75) Lacro JP, Jeste DV. Physical comorbidity and polypharmacy in older psychiatric patients. *Biol Psychiatry*. 1994 Aug 1;36(3):146-52.
- (76) Procyshyn RM, Barr AM, Brickell T, Honer WG. Medication errors in psychiatry: a comprehensive review. *CNS Drugs*. 2010 Jul;24(7):595-609.
- (77) Jenkins MH, Bond CA. The impact of clinical pharmacists on psychiatric patients. *Pharmacotherapy*. 1996 Jul-Aug;16(4):708-14.
- (78) Alderman CP. A prospective analysis of clinical pharmacy interventions on an acute psychiatric inpatient unit. *J Clin Pharm Ther*. 1997 Feb;22(1):27-31.
- (79) Finley PR, Crismon ML, Rush AJ. Evaluating the impact of pharmacists in mental health: a systematic review. *Pharmacotherapy*. 2003 Dec;23(12):1634-44.
- (80) Gardner KN, Diefenderfer LA, Nelson LA, Iuppa C, Elliott E, Kleinhesselink K et al. Cost-avoidance and qualitative analysis of clinical pharmacy interventions by psychiatric pharmacy residents at state psychiatric facilities. *Am J Health Syst Pharm*. 2016 Jan 1;73(1):e46-53.
- (81) Morcos S, Francis SA, Duggan C. Where are the weakest links? A descriptive study of discrepancies in prescribing between primary and secondary sectors of mental health service provision. *Psychiatric Bull*. 2002;26:371–374.
- (82) Clarke NA. What the eye doesn't see: drugs psychiatrists and GPs don't know their patients are on. *Psychiatric Bull*. 1993;17:469-70.
- (83) Brownlie K, Schneider C, Culliford R, Fox C, Boukouvalas A, Willan C et al. Medication reconciliation by a pharmacy technician in a mental health assessment unit. *Int J Clin Pharm*. 2014 Apr;36(2):303-9.
- (84) Bedouch P, Sylvoz N, Charpiat B, Juste M, Roubille R, Rose FX et al. Trends in pharmacists' medication order review in French hospitals from 2006 to 2009: analysis of pharmacists' interventions from the Act-IP© website observatory. *J Clin Pharm Ther*. 2015 Feb;40(1):32-40.
- (85) Wheeler A, Crump K, Lee M, Li L, Patel A, Yang R et al. Collaborative prescribing: a qualitative exploration of a role for pharmacists in mental health. *Res Social Adm Pharm*. 2012 May- Jun;8(3):179-92.
- (86) Allenet B, Arnauld P, Azizi Y, Baum T, Bonhomme J, Desbuquois AC et al. Réaliser une conciliation des traitements médicamenteux à l'admission du patient hospitalisé. SFPC – Guide de gestion des risques associés aux produits de santé V100214
- (87) Initiative des HIGH 5s, Medication Reconciliation. Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français. HAS. Septembre 2015.

(88) Décret n° 2012-1131 du 5 octobre 2012 relatif à la consultation et à l'alimentation du dossier pharmaceutique par les pharmaciens exerçant dans les pharmacies à usage intérieur.

(89) Passerieux C, Caroli F, Giraud-Baro E. Les personnes atteintes de schizophrénie et la rechute. L'Encéphale décembre 2009 ; 35(6) :586-94.

(90) Misdrahi D, Llorca P-M, Lançon C, Bayle F-J. L'observance dans la schizophrénie : facteurs prédictifs, voies de recherches, implications thérapeutiques. L'Encéphale 2002 ; 28(3) :266-72.

(91) Yamada K, Watanabe K, Nemoto N, Fujita H, Chikaraishi C, Yamauchi K, et al. Prediction of medication noncompliance in outpatients with schizophrenia: 2-year followup study. Psychiatry Research 2006; 141(1):61-9.

(92) Santone G, Rucci P, Muratori ML, Monaci A, Ciarafoni C, Borsetti G. Attitudes toward medication in inpatients with schizophrenia: a cluster analytic approach. Psychiatry Research 2008; 158(3):324-34.

(93) Vigod SN, Kurdyak PA, Dennis C-L, Leszcz T, Taylor VH, Blumberger DM, Seitz DP. Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. The British Journal of Psychiatry 2013 ; 202(3) :187-94.

(94) Palazzolo J, Midol N, Candau J. Vers une gestion autonome de la médication en psychiatrie ? Approche anthropologique. Annales Médico-psychologiques, Revue Psychiatrique novembre 2008 ; 166 (9) :717-26.

(95) Dizet S, Varnier V. La conciliation médicamenteuse en psychiatrie. Santé Mentale août 2016

(96) Saravane D, Fève B, Frances Y, Corruble E, Lançon C, Chanson P, et al. Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. L'encéphale 2009; 35(4):330-9.

(97) Bedouch P. Analyse pharmaceutique des prescriptions médicamenteuses. Journées OMEDIT Languedoc-Roussillon - 12 juin 2013 - Montpellier [En ligne]. [Réf. du 11 janvier 2017]. Disponible sur : <http://www.ars.languedocroussillon.sante.fr/Analyse-pharmaceutique-des-pre.171978.0.html>.

(98) Moisan A, Le Bellec M-L, Truet S, Peronne E, Lemoine D. Audit de satisfaction après huit mois de conciliation. Le Pharmacien Hospitalier Et Clinicien 2012 ; 47(4) :280.

(99) Article R4235-61 - Code de la santé publique

- (100) Saravane D, Feve B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P, et al. Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. L'Encéphale. 1 sept 2009 ; 35(4) :330-9.
- (101) La psychoéducation : définition, historique, intérêts et limites, Bonsack C Rexhaj S. et Favrod J. Annales Médico-Psychologiques, 173, 2015, 79-84.
- (102) Pharmacien d'officine. SAMIR ABDESS 12 JUIN 2006
- (103) organisation mondiale de la santé oms
- (104) Actualités Pharmaceutiques :Volume 56, Décembre 2017, Pages 24-27
- (105) Gilles Defer .Service de neurologie, et pôle recherche, prévention et santé publique, CHU de Caen, Caen
- (106) Yves MICHELSc , Docteur en pharmacie. Actualités pharmaceutiques. n° 571.décembre 2017
- (107) Décret n° 2012-1244 du 8 novembre 2012 relatif au renforcement des dispositions en matière de sécurité des médicaments à usage humain soumis à autorisation de mise sur le marché et à la pharmacovigilance.
- (108) Buxeraud, J., Faure, S., & Beaujard, M. (2019). De nouveaux challenges pour l'équipe officinale.
- (109) Khaled Al Shouli (Doctorant en droit) Droit, Déontologie & Soins Volume 17, Issue 1, March 2017, Pages 47-58
- (110) Gabrielle Marais. Démarche qualité à l'officine : place de la pharmacovigilance
- (111) P. Baumann ; Département de psychiatrie, université de Lausanne, DP-CHUV, Prilly, Lausanne, Suisse
- (112) Le cadre réglementaire des médicaments stupéfiants et psychotropes – Dr Abdelhakim ZALIM, pharmacien inspecteur, chef de la division de l'inspection de la pharmacie
- (113) Etude des bonnes pratiques de dispensation des psychotropes et neuroleptiques dans les officines ,2010
- (114) Journal officiel de la république algérienne ; chapitre3 : Contrôle en matière d'acquisition et de détention de substances et médicaments ayant des propriétés psychotropes. 5 janvier 2020
- (115) Abiba Anastasie Mbele-Owona Pharmacie galénique et législation pharmaceutique, Université de Yaoundé 1 June, 2018
- (116) Khaled Al Shouli (Doctorant en droit) Droit, Déontologie & Soins Volume 17, Issue 1, March 2017, Pages 47-58

(117) A. HELALI, C. BRUNETON • Travail du Centre National de Pharmacovigilance et de Matéiovigilance (A.H., Professeur, Directeur), C H U de Bab El Oued, B P 2 4 7 , Alger 16009, A l g é r i e et de ReMeD (C.B., Pharmacienne déléguée générale), Paris, France.

(118) <https://www.actions-traitements.org/accompagnement/etp-cest-quoi/>

(119) Le vice-président du Conseil national de l'ordre des pharmaciens (CNOP), Mettioui Nouredine,) mars 2019

(120) La psychoéducation : définition, historique, intérêts et limites, Bonsack C., Rexhaj S. et Favrod J. Annales Médico-Psychologiques, 173, 2015, 79-84

(121) Prof. Alain Golay, Education th Education thérapeutique du patient psychiatrique: du patient psychiatrique: nouveaux rôles du Pharmacien nouveaux rôles du Pharmacie

(122) C. Rosset A. Golay Rev Med Suisse 2006; volume 2. 30863

(123) Denis Cassaing, Pharmacien-Eduphar lors de la journée de formation ETPDAY 2013

(124) Geriatr Psycho Neuropsychiatre Vieil, vol. 17, n ° 1, mars 2019)

(125) OLIVIER-MARTIN R. Facteurs psychologiques, observance et résistance aux traitements antidépresseurs. L'encéphale 1986; 12: 197-203.

(126) National Institute for Health and Care Excellence. Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. NICE clinical guideline 76. 2009 ; 33p. [

Annexes

Annexe N°03 : Questionnaire Adressé aux Pharmaciens.

Dans le cadre de l'élaboration d'un mémoire de fin d'études concernant

« **Le rôle du pharmacien en psychiatrie** ».

On vous prie de bien vouloir remplir ce questionnaire qui servira à l'élaboration de cette recherche, on vous remercie d'avance pour votre collaboration.

-
- Les réponses sont confidentielles.
 - Ne mentionnez pas votre nom.
 - Veuillez répondre lisiblement et précisément sans ratures.
 - Cochez à l'aide d'un X dans la case correspondante.

Renseignements Généraux :

A. Sexe : Femme Homme

B. Expérience professionnelle :

Moins de 10 ans De 10 à 20 ans Plus de 20 ans.

C. Votre mode d'exercice:

Officine de Centre-ville Officine de quartier Officine rurale

Question 01: Avez-vous déjà conseillé des patients présentant des troubles d'ordre psychiatrique, dans votre pratique professionnelle ?

Oui Non

Question 02 : Quelle est le nombre de ces patients que vous recevez par jour?

0 patient. De 1 à 5 patients.
 De 5 à 10 patients. Plus de 10 patients.

Question 03 : comment qualifieriez la relation avec ces patients ?

Très bonne. Bonne.
 Passable. Mauvaise.

Question 04 : Disposez-vous d'un espace de confidentialité dans votre officine ?

Oui Non

Question 05: Quel est le temps moyen que vous accordez avec ces patients par minutes?

Moins de 5 min. De 5 à 10 min. De 10 à 15 min.

Question 06 : Comment jugez- vous le temps que vous accordez aux patients présentant des troubles psychiatriques par rapport aux autre patients ?

Inferieur. Supérieure. Même temps.

Question 07 : comment jugez-vous le temps accorder aux ces patients ?

Suffisant. Insuffisant.

Question 08 : Quelles sont les conseils que vous donnez aux patients lors de la dispensation des psychotropes ?

- Posologie et horaires.
- Intérêt de chaque médicament.
- Effets indésirables possibles.
- Interactions médicamenteuses éventuelles
- Modalités d'utilisation (pour un nouveau médicament).
- Conditions de conservation.

Question 09 : Faites- vous un rappel sur la psychothérapie ?

Oui Non.

Question 10: Faites-vous un rappel sur les complications résultant de la prise incorrecte des psychotropes ?

Oui Non

Question 11: Ressentez-vous des difficultés ou identifiez-vous des facteurs limitant l'entretien pharmaceutique ?

- La difficulté du pharmacien à trouver une place pour l'entretien.
- Le niveau intellectuel et aptitude du patient.

- Le manque de temps.
- Le manque de formation.
- Le manque de communication.
- Le manque d'information sur le suivi médical et le traitement du patient.
- Aucune difficulté.

Question 12 : Quel 'est l'outil utilisé pour prodiguer de bons conseils des stupéfiants et des psychotropes ?

- Google livre(Vidal) Autre

Question 13 : estimeriez-vous avoir compris les conseils que vous aurez dispensés lors d'un entretien pharmaceutique ?

- Oui Non

Question 14 : d'où proviennent les ordonnances contenant les psychotropes ?

- Spécialiste (psychiatre) Généraliste

Question 15 : vous arrive-t-il de contacter le médecin ?

- Oui Non (passe à la 17^{ème}

Question)

Question 16 : pour quelles raisons ?

- Confirmer la posologie Lecteur de l'ordonnance Signaler une interaction

Question 17 : Y a-t-il à votre avis, un manque de collaboration entre les pharmaciens a l'officine et les prescripteurs des psychotropes ?

- Oui Non

Question 18 : Y a-t-il d'autres choses que vous souhaiteriez évoquer concernant votre rapport à la pathologie psychiatrique, sa thérapeutique ou ses patients ?

.....
.....
.....
.....

Question 19 : avez-vous un commentaire ? Une question ?une remarque ?

.....
.....
.....
.....
.....

Résumé :

Le pharmacien intervient dans les soins des patients en psychiatrie, par des tâches multiples qui dépassent l'ancien rôle limité par la dispensation des médicaments.

Le pharmacien d'établissement exerce en complémentarité avec le pharmacien d'officine afin de couvrir l'ensemble du parcours de soins du patient. En tant que pharmacien clinicien ou hospitalier dans un service de psychiatrie, il assure l'optimisation de la prise en charge des patients sur le plan thérapeutique (efficacité, sécurité et le coût) et la minimisation des risques d'iatrogénie médicamenteuse. et aussi au niveau des officines, le pharmacien peut réaliser des entretiens pharmaceutiques pour des patients atteints d'une trouble mental, Par ses compétences dans l'analyse pharmacologique, la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse, la surveillance et la gestion des effets indésirables, aussi ses conseils hygiéno-diététiques, par ses capacités d'écoute et de communication, il va permettre d'atténuer les fréquentes réticences au traitement mais également d'améliorer l'observance et la satisfaction du patient ainsi que l'accompagnement de l'entourage.

Afin d'évaluer la qualité et la pratique du conseil aux psychopathes par le pharmacien, une enquête est effectuée auprès des pharmaciens dans la wilaya de Laghouat

Le résultat de l'enquête démontre que le pharmacien aborde souvent certains points essentiels tels que la posologie et les modalités d'utilisation des médicaments (98%). On peut aussi soulever une lacune dans la méthodologie appliquée lors de l'entretien pharmaceutique, nous trouvons aussi que la majorité des pharmaciens (93%) déclarant un manque de collaboration entre eux et les prescripteurs des psychotropes, ce qui explique les nombreuses difficultés lorsqu'il y est confronté.

Notre étude a confirmé que le conseil à l'officine est un acte pharmaceutique primordial et que le pharmacien reste l'un des principaux acteurs dans le système de santé.

Mots clés : pharmacien, psychiatrie, iatrogénie, hospitalier, clinicien, officine.

Abstract :

The pharmacist is involved in the care of psychiatric patients, with multiple tasks that go beyond the former role limited by the dispensing of drugs.

The establishment pharmacist works in conjunction with the dispensary pharmacist in order to cover the entire patient care path. As a clinical or hospital pharmacist in a psychiatric department, he ensures the optimization of patient care from a therapeutic point of view (efficacy, safety and cost) and the minimization of the risks of drug iatrogenism. And also at level of pharmacies, the pharmacist can carry out pharmaceutical interviews for patients suffering from a mental disorder, Through his skills in pharmacological analysis, prevention of drug iatrogenism, monitoring and management of adverse effects, also his advice hygieno-dietetic, through its listening and communication skills, it will reduce frequent reluctance to treatment but also improve patient compliance and satisfaction as well as support for those around them.

In order to assess the quality and practice of counseling psychopaths by pharmacists, a survey is carried out among pharmacists in the wilaya of Laghouat

The results of the survey show that the pharmacist often discusses certain essential points such as the dosage and how to use the drugs (98%). We can also raise a gap in the methodology applied during the pharmaceutical interview, we also find that the majority of pharmacists (93%) declaring a lack of collaboration between them and the prescribers of psychotropic drugs, which explains the many difficulties when he is confronted with it.

Our study confirmed that pharmacy advice is an essential pharmaceutical act and that the pharmacist remains one of the main players in the health system.

Key words: pharmacist, psychiatry, iatrogenic, hospital, clinician.

ملخص :

يشارك الصيدلي في رعاية المرضى النفسيين، بمهام متعددة تتجاوز الدور السابق المحدود بصرف الأدوية

يعمل صيدلي المؤسسة بالاشتراك مع صيدلي المستوصف من أجل تغطية مسار رعاية المريض بالكامل. بصفته صيدلياً سريريًا أو صيدليًا بالمستشفى في قسم الطب النفسي ، فهو يضمن تحسين رعاية المرضى من وجهة نظر علاجية (الفعالية والأمان والتكلفة) وتقليل مخاطر العلاج العلاجي للأدوية. على مستوى الصيدليات ، يمكن للصيدلي إجراء مقابلات صيدلانية للمرضى الذين يعانون من اضطراب عقلي ، من خلال مهاراته في التحليل الدوائي ، والوقاية من العلاج العلاجي للعقاقير ، ومراقبة الآثار الضارة ومعالجتها ، وكذلك نصائحه النظام الغذائي الصحي ، من خلال مهارات الاستماع والتواصل ، سيقبل من الإحجام المتكرر عن العلاج ولكنه أيضًا يحسن امتثال المريض ورضاه بالإضافة إلى دعم من حولهم.

من أجل تقييم جودة وممارسة تقديم المشورة للمرضى النفسيين من قبل الصيدلة ، يتم إجراء مسح بين الصيدلة في ولاية الأغواط

تظهر نتائج المسح أن الصيدلي يناقش في كثير من الأحيان بعض النقاط الأساسية مثل الجرعة وكيفية استخدام الأدوية (98%). كما يمكننا أن نرفع فجوة في المنهجية المطبقة خلال المقابلة الصيدلانية، كما نجد أن غالبية الصيدلة (93%) يعلنون عدم تعاون بينهم وبين واضعي الأدوية النفسية، وهو ما يفسر الصعوبات العديدة التي تواجههم عند يواجه به.

أكدت دراستنا أن المشورة الصيدلية هي عمل صيدلاني أساسي وأن الصيدلي يظل أحد العناصر الفاعلة الرئيسية في النظام الصحي.

